



landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 5 | 29. Juli 2026



Strategie gegen die Sparpolitik ↳ 04
Gesetzesvorhaben im Überblick ↳ 08
Interdisziplinäre Versorgung ↳ 12
Zwei Pauschalen - zwei Systeme ↳ 24
Nutzerrechte im Mitgliederportal ↳ 30
Das ist neu zum 3. Quartal ↳ 32
Sie fragen - wir antworten ↳ 33
Hinweis zu Hybrid-DRG ↳ 34





PETER KURT JOSENHANS
stellv. Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Leserinnen und Leser,

es ist tatsächlich wieder Sommerpause, die Medien suchen nach Themen. In dieses Vakuum stößt nun ausgerechnet die Bundesregierung hinein und verkündet die Abschaffung der AU-Karenztage: Jede(r) soll bereits am ersten Tag der Krankheit zum Arzt. Dazu wird auch gleich die „Telefon-AU“ mit abgeschafft. „IRRSINN“ sagen ärztliche Institutionen und selbst die Kassen! Eine „Zumutung, die an Unverschämtheit grenzt“ – in der Tat: Abgesehen von geschätzt 30 Millionen zusätzlichen Praxisbesuchen, bei knappen ärztlichen Ressourcen zudem auch zusätzlicher Bürokratieaufwand. Herr Merz findet's richtig. Es sei zwar „eine harte Entscheidung“, aber der Wettbewerbsnachteil zu hoher AU-Quoten rechtfertige dies. Die AOK sagt „Symbolpolitik“, sie sieht den jüngsten AU-Tage-Anstieg technisch begründet durch die Verbesserung der Datenlage und sagt klar, die telefonische Krankschreibung sei dafür nicht verantwortlich. Garniert wird dies alles mit den neuen Budgetierungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes.

Honni soit qui mal y pense: Ist es nicht wunderbar, mehr Patienten in die Praxen zu schicken, mehr Kontakte zu verursachen, mehr Bürokratie zu veranlassen, wenn man dann mit einem Gesetz gleichzeitig dafür gesorgt hat, dass es nichts kostet? Ich meine: Widersinniger kann man die Versorgung nicht an die Wand fahren! Damit hat sich auch die Vertreterversammlung der KV Bremen beschäftigt und deutlich gegen das Gesetzesvorhaben gestellt: Nicht Sparpolitik mit dem Rotstift, sondern Transformation hin zu einem verbindlich gesteuerten System ist die Lösung (→ Seite 4). Vorschläge hat die Selbstverwaltung der Psychotherapeuten- und Ärzteschaft in Bremen längst gemacht!

Apropos: Das GKV-BStabG ist nicht in den Vermittlungsausschuss gegangen. U.a. der Vorsitzende der Länderkammer, Herr Dr. Bovenschulte, hatte ja zuletzt noch laut darüber nachgedacht. Nun wurde das GKV-BStabG mit knapper Regierungsmehrheit verabschiedet, nachdem auch der Bundesrat es ohne Vermittlungsausschuss passieren ließ. Warum? In letzter Minute sicherte Frau Warken den Ländern für die Krankenhäuser 550 Mio. Euro extra zu! Handwerklich vielerlei schlecht gemacht, insbesondere für die niedergelassenen Praxen, durch weitreichende Budgetierungen, unvollständige Rückführungen von Bereinigungsbeträgen, dem Wegfall der Angemessenheitsprüfung für psychotherapeutische Leistungen etc.. Auch die Notfallreform, mit viel Gegenwind aus dem KV-System, ist jetzt fast unverändert zum Regierungsentwurf geworden und wurde in den Bundesrat gegeben. Weitere Gesetzesvorhaben liegen vor: Turbo-BMG schlägt zu! Sehen Sie hierzu auch den Bericht auf Seite 8.

Erfolgreich hat sich zunächst einmal die KBV via Eilbeschluss gegen die pauschale Absenkung der Honorare für die Psychotherapeuten gewandt: Die sofortige Vollziehung ist ausgesetzt, bis in der Hauptsache entschieden wurde. Etappensieg!

Hin zur Versorgungsrealität: In unserem Schwerpunktthema gehen wir auf die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Haus-/Kinderärzten ein, zeigen Best-Practice-Beispiele (→ Seite 14) und sprechen im Interview darüber. Eine gute Ergänzung dazu: Unser besonderes Versorgungsangebot „Psychische Gesundheit“ (→ Seite 20).

Ich wünsche Ihnen zugleich im Namen Ihres KV Bremen-Teams eine spannende Lektüre!

Ihr
Peter Kurt Josenhans,
stellv. Vorsitzender des Vorstandes

↳ AUS DER KV

- 04** — **Aufklärung und Opposition:** Wie ist die richtige Strategie gegen die Sparpolitik?
- 08** — **Gesetzesvorhaben im Überblick:** Was in diesem Jahr noch passiert
- 10** — **Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...**

↳ IM BLICK

- 12** — **Gut verzahnt:** Wie die interdisziplinäre Versorgung ineinandergreift
- 14** — **Von Medikation bis Diagnostik:** So läuft die Zusammenarbeit in der Praxis
- 16** — **Interview mit Kinderarzt:** „Von Vorteil ist, wenn man sich ein Netzwerk aufbaut!“
- 18** — **Gastbeitrag:** Wesentlicher Punkt ist Verständnis für unterschiedliche Rahmenbedingungen
- 20** — **Vernetzung auch mit dem Vertrag „Psychische Gesundheit“**
- 22** — **Gut zu wissen:** Patienten an psychotherapeutische Praxen vermitteln

↳ IN PRAXIS

- 24** — So unterscheiden sich die **Vorhalte- und die Versorgungspauschale**
- 30** — **Mein KVHB Portal:** Zugriffsrechte jetzt gezielt vergeben
- 32** — Auf einen Blick: Das ist neu zum 3. Quartal
- 33** — **Sie fragen – Wir antworten**

↳ IN KÜRZE

- 34** — **Meldungen & Bekanntgaben**
 - Hinweis zur Abrechnung postoperativer Leistungen bei Hybrid-DRG: GOP 88110 angeben!
- 35** — **Liposuktion bei Lipödem ist auch im Stadium I und II seit Juli EBM-Leistung**
 - Sonderlinsen bei Katarakt-OPs: Privatrechnungen für Mehraufwand ist nicht mehr möglich
- 36** — **Vergütung für neues Alzheimer-Medikament Donanemab geregelt**
- 37** — **Übergangslösung für Hybrid-DRG: Zuschläge für Eingriffe bei Kindern in den EBM aufgenommen**
- 38** — **Für DiGA „Axia“ können ab sofort neue Leistungen abgerechnet werden**
 - Folgeverordnung von AKI darf künftig per Videosprechstunde verordnet werden
- 39** — **IP-Wunde 2.0 wird verlängert: Einschreibungen sind bis zum 31. Dezember möglich**
- 40** — **Teilnahme an Hilfekonferenzen bei der Komplexversorgung von Erwachsenen wird ab sofort vergütet**
- 41** — **Mehrere GOP im EBM-Abschnitt 11.4 zu künstlicher Befruchtung geändert**
- 42** — **Für die Verordnung von Arzneimitteln gelten wieder Wirtschaftlichkeitsziele**
- 44** — **GOP 01648 für die Erstbefüllung der ePA kann weiterhin abgerechnet werden**
- 45** — **Ambulantes Operieren: EBM und AOP-Katalog wurden zum 1. Juli angepasst**
- 46** — **Erweiterter Bewertungsausschuss beschließt Kürzungen in der Humangenetik**
- 50** — **Weitere DMP-Schulungen können im Videoformat durchgeführt werden**
 - Ab dem 1. Oktober gibt es ein neues DMP-Teilnahmeformular für Versicherte
- 51** — **Netzwerke zur Suizidprävention in Bremen und Bremerhaven**
 - Praxisdialog zur Klimagesundheit rund um die Geburt und frühe Kindheit

↳ ÜBER KOLLEGEN

- 52** — **„Moin, wir sind die Neuen!": Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor**
- 53** — **Kleinanzeigen**

↳ SERVICE

- 54** — **Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen**
- 56** — **Der Beratungsservice der KV Bremen**

Aufklärung und Opposition: Wie ist die richtige Strategie gegen die Sparpolitik?

In diesen Monaten werden in der Gesundheitspolitik wichtige Weichen gestellt: Natürlich beschäftigte sich auch die Vertreterversammlung der KV Bremen auf ihrer Sitzung am 13. Juni intensiv mit dem GKV-Spargesetz und Co. Neben einer Resolution gaben die Delegierten auch grünes Licht für eine Kampagne.

Vertreterversammlung
vom 13. Juni 2026

⇒ Momentan hat es Politik leicht. Es werden so viele Gesetze, Papiere und Initiativen in die Diskussion gebracht, dass es den Playern im Gesundheitswesen schwerfällt, Schritt zu halten. Und wenn sie sich sortiert haben, zerfleischen sich die Akteure gegenseitig, so wie beispielsweise bei der Apothekenreform Ärzte und Apotheker. Selbst wenn sie gemeinsam auftreten – so geschehen bei der Pressekonferenz der KV Bremen mit der Krankenhausgesellschaft und den Kammern – nehmen sie kaum Einfluss auf die öffentliche Meinung. Gesundheitsministerin Nina Warken geriert sich erfolgreich als Macherin. In der Öffentlichkeit wird „Sparen“ als unausweichlich anerkannt.

Schlechte Rahmenbedingungen, um Einfluss zu nehmen. Doch die Vertreterversammlung der KV Bremen will sich nicht entmutigen lassen. In einer intensiven Diskussion auf ihrer Sitzung am 13. Juni in Bremerhaven beschäftigten sich die Delegierten mit den Folgen der einkommensorientierten Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen und sparten auch ethische Fragestellungen nicht aus: Ist es vertretbar, Medizin nach Kassenlage zu betreiben und schlimmstenfalls Menschen Versorgung aus finanziellen Gründen vorzuenthalten? Und das als Vertreter einer gut situierten Berufsgruppe?

Eine Annäherung auf diese Frage gibt die Resolution, auf die sich die Vertreterversammlung einigen konnte. Darin wird deutlich dargelegt, dass die Verantwortung für die Defizite im deutschen Gesundheitswesen die Politik trägt. Dr. Stefan Trapp, Vorsitzender der Vertreterversammlung, brachte es auf den Punkt: „Wir machen seit Jahren gute Vorschläge für echte Reformen. Dass der Reformdruck jetzt so groß ist, kann man nicht den Ärzten und Psychotherapeuten oder ihrer Selbstverwaltung ankreiden. Spargesetze nach dem Rasenmäherprinzip sind nicht der richtige Weg.“

Verstärkt wird der Widerstand gegen das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (kurz: GKV-Spargesetz) durch den Umstand, dass ausgerechnet der ambulante Bereich überproportional geschöpft werden soll, obwohl die Kostentreiber in anderen Bereichen zu suchen sind, was die beschlossene Resolution belegt.

Auch über die mangelnden Einflussmöglichkeiten der Ärzte- und Psychotherapeuten auf Politik und die öffentliche Meinung diskutierten die Delegierten ausführlich. Während Krankenkassen und Pharmaindustrie mit großem Budget agieren und die Krankenhäuser über die Landespolitik eine starke Lobby haben, können niedergelas-



sene Ärzte und Psychotherapeuten dem nur wenig entgegensetzen. Die Hinweise auf die hohen Fallzahlen und die Bedeutung des ambulanten Sektors als Schutzschirm für den stationären Bereich verpuffen regelmäßig und kommen bei den Menschen nicht an.

Auf diesen Umstand will die Vertreterversammlung der KV Bremen reagieren und hat sich für eine Informations- und Aufklärungskampagne ausgesprochen. Die Kampagne soll hauptsächlich auf Social-Media-Kanälen ausgespielt werden, um eine möglichst breite und junge Öffentlichkeit anzusprechen. Schon im Vorfeld hatte eine Arbeitsgruppe aus der Vertreterversammlung Vorarbeiten geleistet und im Rahmen einer Ausschreibung eine Bremer Agentur ausgewählt. Die Kampagne soll einerseits faktenbasiert die Bedeutung des ambulanten Bereichs darlegen und andererseits die Menschen emotional ansprechen. Auch andere KVen sollen Zugriff auf die Videos und Beiträge erhalten, um die Reichweite zu erhöhen. <—

➔ **BREMER GESUNDHEITSWESEN LÄDT ZUR PRESSEKONFERENZ ZUM GKV-SPARGESETZ EIN**

Der Widerstand gegen das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz verbindet: Sieben Institutionen aus dem Bremer Gesundheitswesen, darunter die Krankenhausgesellschaft und die KV Bremen, haben am 10. Juni zu einer gemeinsamen Pressekonferenz eingeladen. Auch wenn das Interesse der regionalen Medien an den Sparmaßnahmen bisher bescheiden war – diesen Termin konnten sie nicht ignorieren.

Die Partner:

- Ärztekammer Bremen, Christina Hillebrecht
- DIAKO Evangelisches Diakonie-Krankenhaus, Thomas Kruse
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Dr. Bernhard Rochell
- Kassenzahnärztliche Vereinigung im Lande Bremen, Frank Wessels
- Krankenhausgesellschaft Freie Hansestadt Bremen, Judith Borsch
- Psychotherapeutenkammer Bremen, Amelie Thobaben
- Zahnärztekammer Bremen, Maria Schletter



KV BREMEN WENDET SICH BEZÜGLICH GKV-SPARGESETZ AN ETHIKRAT

Die KV Bremen hat den Deutschen Ethikrat angeschrieben, um die Folgen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und die erklärte Wende zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik im deutschen Gesundheitswesen nach ethischen Kriterien überprüfen zu lassen.

Aus Sicht der KV Bremen berührt der politische Kurswechsel Grundfragen der medizinischen Versorgungsgerechtigkeit. „Wenn die Ausgaben systematisch an die Einnahmen gekoppelt werden, entsteht die Gefahr, dass medizinisch notwendige Versorgung nicht mehr nach Bedarf, Dringlichkeit und Nutzen organisiert wird, sondern nach fiskalischer Verfügbarkeit“, erklären die Vorstände der KV Bremen.

Mittlerweile gibt es eine Reaktion des Deutschen Ethikrates. Darin wird erklärt, dass eine KV formal nicht den Ethikrat anrufen könne. Es wird sehr unverbindlich in Aussicht gestellt, dass 2027 oder später der Ethikrat „bei der Auswahl neuer Themen auch Ihre Anregung berücksichtigt“

Strukturreformen statt Symbolpolitik: Der ambulante Versorgungsbereich ist nicht das Problem, sondern die Lösung!

RESOLUTION DER VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV BREMEN VOM 13. JUNI 2026

Reformen im Gesundheitswesen sind notwendig. Daran besteht kein Zweifel. Doch dass der Reformdruck in der Gesetzlichen Krankenversicherung heute so groß ist, liegt nicht an der Selbstverwaltung der Ärzte und Psychotherapeuten, sondern an jahrelanger politischer Untätigkeit. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen und andere haben frühzeitig konkrete Vorschläge für strukturelle Reformen formuliert. Statt echte Reformen umzusetzen, greift der Gesetzgeber mit einem Spargesetz zum Rasenmäher. Aber: Pauschale Kürzungen ersetzen keine Strukturpolitik! Stattdessen bedrohen sie genau die Versorgungsstrukturen, die für echte Reformen gebraucht werden.

Denn die geplanten Kürzungen treffen in einem hohen Maße ausge-rechnet den Bereich, der heute den größten Teil der Versorgung trägt: die Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Die ambulante Versorgung stemmt 580 Millionen Behandlungsfälle in Deutschland und ist damit das Rückgrat der medizinischen Versorgung. Diese Zahlen wachsen Jahr für Jahr an, ohne dass der Anteil an den Gesundheitskosten gestiegen ist. Die Ambulantisierung funktioniert also bereits, denn der Klinikanteil an den Gesamtbehandlungsfällen wird bei seit Jahren gleichbleibenden stationären Fallzahlen immer kleiner. Trotzdem steigen die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlungen erheblich stärker und liegen inzwischen bei mehr als dem Doppelten der Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung. Dazu kommt: Mittlerweile haben auch die Arzneimittelkosten die Ausgaben für die ambulante Behandlung überholt. Wer über Finanzierungsdruck im Gesundheitswesen spricht, darf diese ungleiche Dynamik nicht ausblenden!

Sozial äußerst ungerecht ist, dass die Politik einen weiteren zentralen Kostentreiber seit Jahren nicht konsequent angeht: versicherungsfremde Leistungen. Aufgaben, die gesamtgesellschaftlich gewollt sind, müssen auch gesamtgesellschaftlich finanziert werden und nicht über die Beiträge der gesetzlich Versicherten.

Kurzum: Die Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sind nicht die Kostentreiber im Gesundheitssystem. Die Ambulantisierung in Deutschland schreitet erfolgreich voran. Doch nun wird all jenen, die daran Anteil haben, ein schwerer Schlag versetzt. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird nicht zu einer Stabilisierung des Gesundheitswesens führen. Es wird stattdessen notwendige Strukturreformen erschweren, wenn nicht sogar unmöglich machen.

Vertreterversammlung vom 13. Juni 2026

Deshalb appelliert die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen an alle politischen Verantwortlichen, nicht auf kurzsichtige Symbolpolitik zu setzen, sondern echte Strukturreformen anzugehen. Diese werden durch zielgenaue gute Versorgung Einspareffekte erzielen:

- Verbindliche Patientensteuerung einführen, damit Patienten gezielt in die richtige Versorgungsebene gelangen.
- Primärärztsystem aufbauen mit Hausärzten sowie Kinder- und Jugendärzten als ersten Ansprechpartnern und verbindlichen Pfaden in die fachärztliche Versorgung. Frauenärzte, Augenärzte und Psychotherapeuten bleiben unter bestimmten Voraussetzungen direkt erreichbar.
- Notfallversorgung neu ordnen mit medizinischer Ersteinschätzung und digitaler Triage, Doppelstrukturen abbauen.
- Digitalisierung praxistauglich gestalten mit nutzerfreundlichen Anwendungen, interoperablen Systemen und echter Entlastung.

Die Zukunft der wohnortnahen medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung ist ambulant! Doch dafür müssen jetzt die Weichen für die richtigen Rahmenbedingungen gestellt werden. Wer die finanzielle Basis der ambulanten Versorgung untergräbt, riskiert die flächendeckende Versorgung. Wenn wir unsere Teams, Praxismieten und Sachkosten nicht mehr voll bezahlen können, müssen wir in den Praxen Leistungen einschränken! Wir wollen das nicht. Daher appellieren wir an die Politik: Überarbeiten Sie die vorgelegten Gesetzentwürfe gründlich. Haben Sie Mut zu strukturellen Reformen, die die ambulante Versorgung stärken statt schwächen.

⇒ **GESUNDHEITSHAVEN STARTET IM VIERTEN QUARTAL**

Nach dem krankheitsbedingten Ausfall der Projektleitung soll die KV-Praxis Gesundheitshaven in Bremerhaven voraussichtlich im Oktober eröffnen. Die Vertreterversammlung gab auf ihrer Sitzung am 13. Juni grünes Licht für die Beauftragung eines Dienstleisters, der den Start der Praxis begleiten soll.

Daneben sind auch weitere Hürden genommen worden: Der KV-Vorstand konnte auf der Sitzung der Vertreterversammlung die Einstellungszusage für einen Kinderarzt zum 1. August verkünden. Außerdem wird aktuell mit weiteren Interessenten konkret über ein Engagement im Gesundheitshaven gesprochen.

Der Gesundheitshaven ist eine „Startup-Praxis“ in Bremerhaven, in der zunächst Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte angestellt werden, um die Versorgung vor Ort zu stärken. Das Besondere: Angestellte Mediziner können ohne wirtschaftliches Risiko in den Praxisalltag einsteigen; ein variables Vergütungs- und Ansparmodell soll später den Schritt in die eigene Niederlassung in Bremerhaven erleichtern. Partner sind die KV Bremen sowie die regionalen gesetzlichen Krankenkassen.

Gesetzesvorhaben im Überblick: Was in diesem Jahr noch passiert

In diesem Jahr werden einige Gesetze verabschiedet, die direkt oder indirekt auf Praxen wirken werden. Hier finden Sie einen Überblick darüber, was bereits in trockenen Tüchern ist und was der Gesetzgeber in den nächsten Monaten umsetzen will.

APOTHEKENVERSORGUNGS- WEITERENTWICKLUNGSGESETZ

ZIEL

Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Apotheken und Sicherstellung einer flächendeckenden Arzneimittelversorgung, insbesondere im ländlichen Raum

INHALTE

- Verdoppelung der Apotheken-Notdienstpauschale sowie Zuschuss für Teilnotdienste
- Erweiterung des Leistungsspektrums um Impf-, Test- und Präventionsangebote sowie venöse Blutentnahmen
- Ausschluss von Nullretaxationen aus rein formalen Gründen
- Impfungen nach entsprechender Schulung auch durch PTA, Pharmazieingenieure sowie Pharmazeuten im Praktikum möglich
- Befristeter Ausschluss exklusiver Rabattverträge für Biosimilars
- Möglichkeit zur Abgabe eines vorrätigen Arzneimittels, wenn das rabattierte Arzneimittel nicht verfügbar ist

STAND

Verabschiedet

INKRAFTTRETEN/WIRKUNG

Sommer 2026

GKV-BEITRAGSSATZSTABILISIERUNGSGESETZ

ZIEL

Stabilisierung der GKV-Beiträge bis mindestens 2030 durch Kopplung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung an die Einnahmen (einnahmeorientierte Ausgabenpolitik)

INHALTE

- Begrenzung der Honorarsteigerungen im ambulanten Bereich durch Kopplung an die Grundlohnsumme sowie einen zusätzlichen Abschlag von minus 1 Prozent
- Einführung von Begrenzungen für extrabudgetäre Leistungen
- Streichung der TSVG-Vergütungsregelungen für TSS-Akutfälle, TSS-Vermittlungsfälle, Haus- und Facharzttermine sowie offene Sprechstunden

STAND

Verabschiedet

INKRAFTTRETEN/WIRKUNG

Januar 2027

APRIL 2026

MAI 2026

JUNI 2026

JULI 2026

AUGUST 2026

SEPTEMBER 2026

GESETZ ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG

ZIEL

Bessere Vernetzung und Abstimmung zwischen vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst, Notaufnahmen und Rettungsdiensten sowie gezieltere Steuerung von Hilfesuchenden in die jeweils passende Versorgungsebene

INHALTE

- Weiterentwicklung der 116117 zu einer durchgängig erreichbaren KV-Akuteleitstelle mit digitaler Vernetzung zum Rettungsdienst
- Einführung eines 24/7-telemedizinischen Angebots sowie eines 24/7-aufsuchenden Dienstes im ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Etablierung Integrierter Notfallzentren (INZ) an der Schnittstelle zwischen Anlaufpraxen und Notaufnahmen sowie Einbindung von Kooperationspraxen
- Ausgestaltung der medizinischen Notfallrettung als Sachleistung der GKV
- Stärkere Digitalisierung und Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer

STAND

Kabinettsentwurf liegt vor. Verabschiedung wird für den Herbst erwartet.

INKRAFTTRETEN/WIRKUNG

offen

PRIMÄRVERSORGUNGSSYSTEM

ZIEL

Stärkere Steuerung von Patienten; Verkürzung von Wartezeiten, Reduzierung von Doppeluntersuchungen und effizientere Organisation der ambulanten Versorgung

INHALTE

- Haus- und Kinderärzte als zentrale erste Anlaufstelle mit Ausnahmeregelungen für bestimmte Facharztgruppen, Psychotherapeuten und schwere chronische Erkrankungen
- Einführung einer standardisierten Ersteinschätzung, auch telefonisch oder digital
- Stärkere Einbindung multiprofessioneller Teams und Gesundheitsberufe

STAND

Die Einführung eines Primärversorgungssystems ist im Koalitionsvertrag vorgesehen. Ein Referentenentwurf wird nach der Sommerpause erwartet.

INKRAFTTRETEN/WIRKUNG

offen

GESETZ FÜR DATEN UND DIGITALE INNOVATION IM GESUNDHEITSWESEN

ZIEL

Weitere Digitalisierung und bessere Vernetzung im Gesundheitswesen sowie Weiterentwicklung der ePA mit Mehrwert für Versicherte und Leistungserbringer; Verbesserung der Interoperabilität zwischen den Systemen; Stärkung der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur

INHALTE

- Einführung einer digitalen Bedarfseinschätzung zur Steuerung in die passende Versorgungsebene
- Einführung der eÜberweisung
- Nutzung digitaler Angebote wie Terminbuchung, Ersteinschätzung und eÜberweisungen über ePA-App
- Vorbereitung digitaler Elemente eines Primärversorgungssystems
- Stärkung der Rolle der gematik zur Sicherstellung der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur
- Erweiterung der Möglichkeiten der Krankenkassen zur Nutzung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten
- Einführung eines kostenfreien interoperablen Datenexports beim Wechsel des Praxisverwaltungssystems

STAND

Referentenentwurf liegt vor. Weitere Verfahren ist unklar.

INKRAFTTRETEN/WIRKUNG

offen

zusammengestellt von CHRISTOPH FOX | 0421.34 04-328 | c.fox@kvhb.de

OKTOBER 2026

NOVEMBER 2026

DEZEMBER 2026

JANUAR 2027

FEBRUAR 2027

MÄRZ 2027

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

10

Aus der KV
Landesrundschriften | Juli 2026

Arzt muss Hinweis auf gelöschte Rezensionen dulden

Köln | Ein Arzt muss hinnehmen, dass ein Bewertungsportal auf mehrere gelöschte Rezensionen zu seiner Praxis hinweist. Das entschied das Oberlandesgericht Köln (Az.: 15 W 55/26). Nutzer dürften erfahren, wie viele Bewertungen nach Beschwerden entfernt wurden. Im konkreten Fall hatte das Portal bei den Rezensionen vermerkt, dass es Bewertungen „aufgrund einer Beschwerde wegen Diffamierung nach deutschem Recht“ entfernt habe. Der betroffene Arzt wollte den Hinweis löschen lassen und eine erneute Veröffentlichung verhindern. ←

Bremer Gesundheitsamt warnt vor Kräuterdroge „Spice“

Bremen | Nach mehreren medizinischen Notfällen warnt das Bremer Gesundheitsamt vor dem Konsum der Droge „Spice“. Die synthetischen Cannabinoide können schwere Vergiftungen verursachen und lebensbedrohliche Folgen haben. Es kann zu psychischen Symptomen kommen, wie starke Angstzustände, Wahnvorstellungen oder Halluzinationen sowie körperliche Symptome wie Bewusstlosigkeit, Atemstörungen bis zu Atemstillstand, Krampfanfälle oder Herzrhythmusstörungen. In schweren Fällen können solche Vergiftungen zu bleibenden gesundheitlichen Schäden führen oder lebensbedrohlich sein. ←

Nutzen von Osteopathie bei Kreuz- schmerzen als unklar bewertet

Essen | Die vorhandene Evidenz erlaubt keine klare Aussage zum Nutzen oder zum Schaden der Osteopathie bei unspezifischen Kreuzschmerzen. Zu diesem Ergebnis kommt die Auswertung „Osteopathie bei unspezifischen Kreuzschmerzen“, die der Medizinische Dienst Bund im Rahmen des IGeL-Monitors vorgestellt hat. Die Arbeitsgruppe des IGeL-Monitors bewertete die Nutzen-Schaden-Bilanz der Intervention insgesamt als „unklar“. ←

Pathologie im Klinikum Bremen bleibt weiterhin eigenständig

Bremen | Die Pathologie des Klinikums Bremen Mitte bleibt eigenständig. Sei dem 1. Juli arbeitet das Institut aber auf unbestimmte Zeit mit der Unimedizin Göttingen zusammen. Mit diesem Schritt reagiert die Klinik auf die fehlerhaften Brustkrebsbefunde aus dem vergangenen Jahr. Die Universitätsmedizin Göttingen soll das Bremer Institut als Partner unterstützen, sagt eine Sprecherin des kommunalen Klinikverbunds Gesundheit Nord (Geno). Die Göttinger würden etwa gemeinsam mit dem Bremer Team auf die Arbeitsabläufe in der Pathologie schauen und diese neu ausrichten. ←

Angriffe auf Gesundheitspersonal sollen in Statistik gesondert ausgewiesen werden

Hamburg | Angriffe auf Personal im Gesundheitswesen sollten künftig in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) gesondert erfasst und ausgewiesen werden. Darauf haben sich die Innenminister der Länder bei einer Innenministerkonferenz verständigt. Der Auftrag zur Umsetzung geht an das Bundesinnenministerium (BMI). Bislang werden solche Attacken in der PKS unter Körperverletzungsdelikten registriert und nicht gesondert ausgewiesen. ←

Merck kauft US-Laborausrüster für zehn Milliarden Euro

Darmstadt | Der Darmstädter Pharma- und Technologiekonzern Merck baut sein Geschäft mit Laborausrüstung mit einer Milliardenübernahme in den USA aus. Der Dax-Konzern übernimmt den Anbieter von Life-Science-Werkzeugen und Analysetechnologien Bio-Techne mit Sitz in Minneapolis für knapp zehn Milliarden Euro, wie Merck mitteilte. ←

- ▶ DIAKO EV. DIAKONIE-KRANKENHAUS
- ▶ ST. JOSEPH-STIFT
- ▶ ROLAND-KLINIK
- ▶ ROTES KREUZ KRANKENHAUS



Vier stellen uns vor

DIAKO Krankenhaus Bremen



Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung

Leitung: Prof. Dr. med. Michael Bohnsack

Fon 0421-6102-1501

orthopaedie@diako-bremen.de

Kompetenzen

- Erstes und größtes Endoprothetikzentrum in Bremen, zertifiziert seit 2012
- Über 2.000 Endoprothesen und Wechseloperationen pro Jahr
- Durchführung aller gelenkerhaltenden Operationsverfahren, arthroskopische Techniken und Umstellungsoperationen
- Referenzzentrum für Hüftgelenkarthroskopie
- Primär- und Wechselendoprothetik am Hüft-, Knie- und Schultergelenk
- Minimalinvasive Operationsverfahren, OCM-Technik
- Individuelle Planung und Implantatwahl, knochen sparende Kurzschaftprothesen und Teilprothesen (Schlittenprothese)
- Beidseitige Endoprothetik
- Zertifizierte Knochenbank
- Frühmobilisation und ambulantes Rehabilitationszentrum

Krankenhaus St. Joseph-Stift



Zentrale Notaufnahme

Leitung: Dr. med. Matthias Lueken, Malte Rühlmann (Stellv.)

Fon 0421-347-0

zna@sjs-bremen.kim.telematik

Kompetenzen

- Interdisziplinäres Team 24 Stunden / 7 Tage die Woche
- Gemeinsamer Tresen mit der KV-Praxis Bremen am Standort inkl. digital unterstützter strukturierter med. Ersteinschätzung
- Ersteinschätzung nach dem Manchester-Triage-System
- Erstversorgung sämtlicher schwerer und lebensbedrohlicher Erkrankungen und Verletzungen inkl. Schockraumversorgung
- Zertifiziertes lokales Traumazentrum
- Schwerpunktmäßig in der ZNA vertreten: Allgemein- und Viszeralchirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde, HNO-Klinik, Augenheilkunde und Geriatrie
- Hochfrequentiert: über 32.000 Patientenkontakte pro Jahr
- Nach internationalem Vorbild modernisiertes Raumkonzept mit 22 Behandlungsplätzen mit optimaler Raumnutzung und verkürzten Prozessabläufen
- Angegliederte Beobachtungsstation, enge Zusammenarbeit mit der Intermediate-Care- und Intensivstation

Roland-Klinik



Zentrum für Schulterchirurgie, Arthroskopische Chirurgie und Sporttraumatologie

Leitung: Dr. med. Rüdiger Ahrens

Fon 0421-8778-372

orthopaedie2@roland-klinik.de

Kompetenzen

- Gelenkerhaltende Eingriffe an Schulter, Knie, Ellenbogen, Sprunggelenk und am Hüftgelenk mittels modernster OP-Verfahren
- Behandlung von Knorpelschäden aller großen Gelenke
- Behandlung von Rissen der Rotatorenmanschette
- Behandlung der Kalkschulter (Tendinosis calcarea)
- Stabilisierende OP an der Schulter bei Labrumverletzungen
- Endoprothetik (Gelenkersatz) an der Schulter
- Behandlung von Enge- und Impingementsyndromen
- Behandlung von Kreuzband- und Meniskusverletzungen
- Behandlung der instabilen Kniescheibe (Patellaluxation)
- Behandlung von Bandverletzungen des Sprunggelenks
- Behandlung von Überlastungssyndromen durch Sport
- Behandlung der Osteochondrosis dissecans (OD)
- Behandlung von Gelenksteife

Rotes Kreuz Krankenhaus



**Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Wiederherstellungschirurgie / D-Arzt**

Leitung: Dr. med. Dirk Hadler

Fon 0421-5599-531

hadler.d@roteskreuzkrankenhaus.de

Kompetenzen

- Behandlung von Unfallverletzungen jeglicher Art
- Operative und konservative Behandlung von Brüchen inklusive Becken, Wirbelsäule und Kindertraumatologie
- Behandlung der Frakturen des alten Menschen (Schenkelhals, Wirbelkörper)
- Arthroskopische Chirurgie von Knie, Schulter, Ellenbogen und Sprunggelenk
- Interdisziplinäre Behandlung von Schwerstverletzten
- Bandplastiken an Kreuzbändern, Schulter, Ellenbogen und Sprunggelenk
- Diagnostik und Therapie von Knochen- und Gelenkinfektionen einschließlich Knochenaufbau
- Behandlung sämtlicher Verletzungsfolgen (Fehlstellungen, Pseudarthrosen, Versteifungen)
- Behandlung von BG
- Minimalinvasives Operieren

Gut verzahnt: Wie die interdisziplinäre Versorgung ineinander greift

Ein gutes Zusammenspiel zwischen psychologischen Psychotherapeuten sowie Haus- und Kinderärzten ist ein zentraler Faktor für eine erfolgreiche Behandlung. Wie kann dieser Austausch gelingen?

12



↳ Bei psychischen Erkrankungen zeigt sich, dass eine enge Abstimmung zwischen Ärzten und Psychotherapeuten hinweg den Therapieverlauf stabilisieren kann. Häufige Störungsbilder sind Depressionen, Angststörungen oder psychosomatische Beschwerden. Besonders hausärztliche aber auch kinderärztliche Praxen sind dabei für viele Betroffene die erste Anlaufstelle. Studien aus der Primärversorgungsforschung zeigen, dass etwa ein Drittel der hausärztlichen Konsultationen einen klaren psychischen oder psychosozialen Bezug aufweist. Bei Hausärzten besteht häufig bereits ein langjähriges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Das erleichtert es den Patienten oft, im hausärztlichen Setting den ersten Schritt zu machen und seelische Belastungen anzusprechen.

Äußerst wichtig ist nach einem ersten Kontakt durch den Hausarzt allerdings die sichere Diagnose durch Psychologische Psychotherapeuten. Denn sie sind auf die Behandlung psychischer Störungen spezialisiert. Psycho-

therapeuten klären unter anderem, ob eine behandlungsbedürftige Störung oder Indikation für eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie vorliegt. Welche weiteren Informationen es seitens der ambulanten Psychotherapie für Haus- und Kinderärzte und deren Patienten gibt, lesen Sie auf → Seite 22.

Da Psychologische Psychotherapeuten jedoch keine Medikamente verordnen dürfen, ergibt sich genau daraus eine enge Schnittstelle zur haus- und kinderärztlichen Versorgung, die zunächst die somatische Abklärung übernimmt und in vielen Fällen auch die psychopharmakologische Behandlung steuert. Bei letzterem ist eine enge Rückkopplung besonders essentiell, wie der Bremer Kinder- und Jugendarzt Martin Schacht schildert. (→ Interview Seite 16). „Gerade bei begleitender Medikation ist es wichtig, dass Ärzte und Psychotherapeuten voneinander wissen, wenn eine Medikation begonnen wird“, so Martin Schacht. Bei Bedarf erfolgt (ggf. gemeinsam) die Weiterleitung an die psychiatrische Fachversorgung.



Beispiele aus der Praxis ↳ 14

**Interview mit Bremer Kinderarzt
Martin Schacht** ↳ 16

**Gastbeitrag von Bremer
Psychotherapeut Christoph Sülz** ↳ 18

Vertrag „Psychische Gesundheit“ ↳ 20

**Gut zu wissen! Patienten an psychothe-
rapeutische Praxen vermitteln** ↳ 22



Wie ein typischer Verlauf in der Zusammenarbeit von Hausärzten und Psychotherapeuten sein kann, zeigen reale Beispiele aus Bremer Praxen. (→ Seite 14). Hier lassen sich die wichtigsten Schnittstellen dieser Zusammenarbeit erkennen: Darunter sind Überweisungen, Konsiliarberichte sowie die gemeinsame Abstimmung bei psychopharmakologischen Therapien.

Auch im Bereich Arbeitsunfähigkeit und Sozialmedizin zeigt sich insbesondere bei der Behandlung von erwachsenen Patienten die enge Verzahnung: Die Krankenschreibung erfolgt in der Regel in der hausärztlichen Praxis, während Psychotherapeuten wichtige Einschätzungen zur aktuellen Belastbarkeit und zum therapeutischen Ver-

lauf beitragen. Gemeinsam werden oft zudem Maßnahmen wie stufenweise Wiedereingliederung, Rehabilitationsanträge oder sozialmedizinische Stellungnahmen begleitet.

Damit diese Zusammenarbeit gut funktioniert, braucht es vor allem verlässliche Kommunikationswege, ein gegenseitiges Verständnis der jeweiligen Rollen und eine pragmatische Nutzung von Schweigepflichtentbindungen. Wie dieser Austausch gelingen kann, lesen Sie auf den folgenden Seiten. <←

Von Medikation bis Diagnostik: So läuft die Zusammenarbeit in der Praxis

Wie funktioniert die Verzahnung von Psychotherapeuten sowie Haus- und Kinderärzten im Praxis-Alltag? Diese anschaulichen Beispiele aus psychotherapeutischen Bremer Praxen zeigen, wie die gemeinsame Behandlung von Patienten optimal laufen kann.

1

MÄDCHEN MIT SCHLUCKSTÖRUNG UND PHOBIE BEIM KINDERARZT

Der Kinderarzt ruft mich an, da er ein 11-jähriges Mädchen gesehen habe, das nach einem Erlebnis mit starkem Verschlucken in der Schule über Globus-Gefühl klagt und nur noch wenige sehr weiche Dinge esse und Schluckprobleme zeigt. Außerdem deutliche Gewichtsabnahme in kurzer Zeit. Er bittet um Mitbeurteilung und ggf. Mitbehandlung. Der Kollege hat es richtig „geahnt“, mir zeigt sich eine dissoziative Schluck-Störung sowie eine Phobie (Angst zu sterben, wenn sie „falsch“ esse). Ich biete Sprechstunden an. Von der Mutter erfahre ich, dass der Kinderarzt außerdem eine Endoskopie angeordnet hat, da der Zöliakie-Wert erhöht sei, welche zeitnah erfolgen wird. Für mich ist deutlich, dass diese Untersuchung weitere Ängste schüren wird, zudem den Fokus auf die von den Patienten angenommene körperliche Verursachung verstärkt (das Mädchen meint, „da ist etwas kaputt gegangen“) und dadurch die ständige Selbstbeobachtung anheizt. Ich diskutiere mit dem Kinderarzt meine Bedenken und die Notwendigkeit der Spiegelung. Er kann meine Sichtweise gut nachvollziehen, seine gastroenterologischen Leitlinien geben die Untersuchung angesichts der Gewichtsabnahme und des auffälligen Zöliakie-Wertes aber als notwendig an. Wir vereinbaren einen zeitlichen Aufschub, bis erste Interventionen durch mich erfolgen können. Zudem achten wir anschließend beide darauf, der Familie die Spiegelung als reine Ausschlussdiagnostik zu vermitteln und ihr wenig Gewicht zu geben. Das Ergebnis ist unauffällig. Die dissoziative und phobische Störung lässt sich in diesem frühen Stadium mit 10 Stunden so weit gut behandeln, dass das Mädchen und die Eltern die restlichen Schritte der Exposition allein umsetzen können.

2

HAUSARZT UND PSYCHOTHERAPEUT ENTWICKELN VEREINBARUNG

Eine 30-jährige Patientin hat große Angst, schwer zu erkranken. Von ihr beobachtete körperliche Symptome führen dazu, dass sie in kurzer Zeit diverse Notaufnahmen verschiedener Fachgebiete aufsuchte. Obwohl es ihr nicht gelingt, in der Nacht ihre Angst ausreichend zu bewältigen, so hat sie doch die Vermutung, dass es eine psychische Komponente geben könnte und sucht Hilfe bei einem Psychotherapeuten. Es lässt sich verstehen, dass traumatische Erfahrungen ihrer Kindheit dadurch reaktiviert worden sind, dass ihre Tochter jetzt in ähnlichem Alter ist. Der Psychotherapeut regt an, sich mit dem Hausarzt auszutauschen. Gemeinsam mit dem Hausarzt entwickelt er ein Angebot an die Patientin, bei dem sie sich kurzfristig sowohl an den Hausarzt als auch an den Psychotherapeuten wenden darf. Die Vereinbarung beinhaltet aber auch, dass sie nicht mehr in Notaufnahmen fährt. Im Rahmen einer Langzeitpsychotherapie gelingt es der Patientin, zu differenzieren wie psychischer Stress zu körperlichen Symptomen führt und dass diese sich wieder stabilisieren, wenn sie versteht, was die Erregung auslöst und sich beruhigt. Die Rückversicherung durch andere benötigt sie am Ende der Behandlung nicht mehr. Das Ausmaß auftretender Ängste hat sich weitestgehend normalisiert.

3

**ZUSAMMENARBEIT BEI DER
WIEDEREINGLIEDERUNG EINES
PATIENTEN**

Ein 45-jähriger pädagogischer Mitarbeiter eines beruflichen Gymnasiums befindet sich in psychotherapeutischer Behandlung. Anlass für die Psychotherapie ist das Vorliegen einer Traumafolgestörung, die sich entwickelt hat, nachdem der Patient im privaten Umfeld Opfer eines tätlichen Angriffs geworden ist. Die Traumafolgestörung wird erfolgreich psychotherapeutisch behandelt. In fortgeschrittener Behandlung kontaktiert die Hausärztin nach erfolgter Zustimmung des Patienten und entsprechender Schweigepflichtentbindung die Psychotherapeutin. Sie möchte besprechen, ob bezüglich des Wiedereingliederungsplans hinsichtlich der noch vorhandenen Restsymptomatik Besonderheiten zu beachten sind und wie die Psychotherapeutin die Belastbarkeit des Patienten einschätzt. Gemeinsam wird, in Rücksprache mit dem Patienten, im Wiedereingliederungsplan festgelegt, dass der Arbeitgeber den Patienten während der Wiedereingliederung nicht zu Pausenaufsichten einteilt, sodass gewährleistet ist, dass der Patient keine körperlichen Auseinandersetzungen schlichten muss, solange dieser Trigger noch nicht vollständig psychotherapeutisch bearbeitet werden konnte.

4

**MEDIKATION UND GLEICHZEITIGE
PSYCHOTHERAPEUTISCHE
ANBINDUNG**

Bei einer 15-Jährigen, die mir mit depressiven Symptomen (Rückzug, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit) vorgestellt wird, zeigt sich im Rahmen der psychotherapeutischen Diagnostik, dass die Depression sekundäre Folge eines unbehandelten ADHS bei guter kognitiver Grundbegabung ist. Da es angesichts 9. Klasse Oberschule auf den Abschluss zugeht und die Selbstwertproblematik insbesondere durch schulisches Versagen aufrechterhalten wird, ist die Medikation entsprechend dringlich. Ich erkundige mich deshalb bei der Kinderärztin und diskutiere mit ihr, welche Möglichkeiten sie sieht. Sie stimmt zu, mit der Standardmedikation zu beginnen angesichts paralleler psychotherapeutischer Anbindung – mit der Einschränkung, dass es bei spezifischeren Fragestellungen der Einstellung doch in fachärztliche Hände gehen müsse. Die Patientin spricht zum Glück gut auf Methylphenidat an. Angesichts der dadurch einsetzenden schulischen Erfolge lässt sich auch die depressive und Selbstwertproblematik in der Psychotherapie besser behandeln.

Interview: „Von Vorteil ist, wenn man sich ein Netzwerk aufbaut!“

Beim Austausch zwischen Kinderärzten und Psychotherapeuten gibt es Verbesserungsbedarf, sagt der Bremer Kinder- und Jugendarzt Martin Schacht. Wo es hakt, aber auch welche Abläufe von Vorteil sind, erklärt er im Interview.

Wenn Sie Ihren Praxisalltag als Kinder- und Jugendarzt betrachten – welche Fälle haben Sie mit Schnittstellen zur Psychotherapie?

Grundsätzlich muss man hier unterscheiden zwischen akuten Fällen und nicht akuten Fällen. Akut psychisch Kranke wären zum Beispiel Anorektiker, die rasant an Gewicht abnehmen oder Fälle von Suizidalität. Hier brauchen wir natürlich einen engen Draht in die Klinik oder zu niedergelassenen Psychotherapeuten – wenn die Patienten schon in Therapie sind. Die nicht akuten Patienten umfassen zum Beispiel Zwänge, Ängste, Depressionen und ADHS, wo wir aufgrund der Symptomatik dann die Diagnostik bei Psychotherapeuten empfehlen. In den letzten Jahren hat der Bedarf an Therapieplätzen enorm zugenommen. Das bedeutet nicht, dass immer psychiatrische Krankheitsbilder vorliegen, sondern häufig auch pädagogische Themen der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit im familiären System im Vordergrund stehen. Kinderärzte machen auch viel pädagogische Beratung. Hier können wir uns in unserem Fachbereich nochmal sensibilisieren: Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen ernst nehmen und frühzeitig im Rahmen von Präventionsmaßnahmen z.B. pädagogische Beratungen wie Familienhilfe mit Erziehungsberatung veranlassen, bevor es zu einer chronischen Fehlentwicklung kommt. So könnten Psychotherapeuten bei zu geringen Therapieplätzen auch etwas entlastet werden.

Wie läuft bei Ihnen die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ab?

Für gewöhnlich ist es so: Wir stellen die Indikation für eine Psychotherapie und die Eltern machen sich dann erst mal auf die Suche nach niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychia-

tern (KJP-Praxen). Wenn der Konsiliarbericht kommt, wissen wir: Die Patienten sind jetzt für eine psychotherapeutische Behandlung bei einem Therapeuten angekommen. Mit dem Konsiliarbericht geben wir dann von somatischer Seite das „Go“ für den Therapeuten. Im Optimalfall wäre es natürlich gut, wenn man nach einer gewissen Zeit in den Austausch kommt – der findet aber eigentlich nur sehr selten statt. Einen Austausch über laufende Therapien kriegen wir für gewöhnlich dann über die Eltern und über die Kinder und Jugendlichen selbst.

An welchen Punkten gibt es weitere Schnittstellen?

Schnittstellen gibt es insbesondere da, wo psychosomatische Beschwerden im Vordergrund stehen oder wir Medikamente geben. Hier brauchen wir auch einen Austausch mit den Therapeuten. Zum Beispiel bei Erkrankungen wie Depression oder ADHS ist es wichtig, dass Ärzte und Psychotherapeuten „voneinander wissen“. Aber auch bei Erkrankungen, wo es starke somatische Beschwerden gibt, wie eben Anorexie. Die Information wird zum Teil durch die Eltern transportiert, aber auch direkt ausgetauscht. Und das gelingt zum Teil, aber es ist sicherlich ausbaufähig – und die Zeit ist der entscheidende Faktor. Weitere Schnittstellen gibt es zu den Reha-Kliniken und im pädiatrischen Bereich mit Mutter/Vater-Kind-Kuren. Hier erhalten wir regelmäßig Abschlussberichte.

Woran könnte es liegen, dass wenig Austausch zwischen Haus- und Kinderärzten und Psychotherapeuten stattfindet?

Man muss vorweg dazu sagen: Befunde erhalten wir. Also Befunde der neuropsychologischen Diagnostik, Intelligenz- und Konzentrationstests und so weiter. Diese Informatio-

MARTIN SCHACHT ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Bremen. Seine Schwerpunkte sind Pädiatrische Pneumologie, Pädiatrische Gastroenterologie und Systemische Familientherapie. Seit 2009 arbeitet er in seiner eigenständigen Praxis an der Schwachhauser Heerstraße.



nen bringen unter anderem relativ selbstverständlich die Eltern mit. Aber wir bekommen keine Rückmeldung über laufende Therapien. Für diesen weiteren Austausch fehlt auf beiden Seiten einfach häufig Zeit – und die Finanzierung. Das wäre aber ganz gut – wir betreuen z.B. gerade akut eine Patientin mit Anorexie. Sie ist bereits therapeutisch angebunden und wir bekommen einfach keinen Kontakt zum Therapeuten, obwohl wir bereits unsere Geheimnummer mitgeteilt haben. Gerade bei Patienten in einer Krise wäre es gut, kurze Wege beim Austausch zwischen den Allgemeinmedizinerinnen und Pädiatern auf der einen Seite und den Psychologischen Psychotherapeuten auf der anderen zu haben. Letztendlich ist es aber auch ein gegenseitiges Zeitproblem und die Überlastung des ambulanten Systems.

Welche Verbesserungen würden Sie sich an den Schnittstellen zwischen Pädiatrie und Psychotherapie wünschen?

Gerade beim Etablieren kurzer Wege im Austausch zwischen den Fachrichtungen sehe ich viel Verbesserungsbedarf. Was wir neben der Schweigepflichtentbindung brauchen, sind für den Informationsaustausch öfter „Geheimnummern“ – also direkte Durchwahlen, unter denen die Psychotherapeuten für Ärzte gut zu erreichen sind. Und dementsprechende E-Mail Adressen. Ein Wunsch wäre, wenn wir nach der Ausführung des Konsiliarberichts vielleicht nach sechs Monaten eine Rückmeldung erhalten. Wie lange die Therapie geplant ist, wie die Therapie läuft und ob z.B. ein Wechsel von Einzel auf Gruppentherapie geplant ist.

Welche „Tipps“ zu Abläufen aus Ihrer Praxis können Sie an andere Haus- oder Kinderärzte weitergeben? Was funktioniert in Ihrer Praxis gut und vielleicht auch in

anderen Praxen?

Von Vorteil ist, wenn man sich ein Netzwerk aufbaut. Wenn man also zu ein paar therapeutisch arbeitenden Kollegen einen engeren Draht hat. Wir geben keine direkten Empfehlungen, denn die Wahl ist ja persönlich und die Therapie hängt immer von der Beziehung zwischen Therapeuten, den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern ab. Aber es ist gut, sich ein Netzwerk im Umfeld aufzubauen und hier kurze Wege zu etablieren. Der Kontakt und Austausch mit den Aus- und Weiterbildungsinstituten in Bremen (NIVT und NOKI) klappt in der Regel schon ganz gut, da die Finanzierung solcher Gespräche im kollegialen Austausch wohl keine große Rolle spielt. Davon abgesehen, gibt es noch einen Punkt: Ich sehe eine Aufgabe als niedergelassener Pädiater oder Hausarzt darin, die Patienten in gewisser Art bei der Therapie zu begleiten und sie auch von unserer Seite zu motivieren, dranzubleiben. Es kann immer etwas dauern, bis sich tatsächlich etwas durch die Therapie bewegt. Durch dieses „Nadelöhr“ müssen die Patienten gut kommen.

Eine Herzensangelegenheit von mir ist die primäre Prävention zur Stärkung des familiären Systems (Familienwerkstatt im St. Josef Stift, Bremen), denn Kindheit ist keine Krankheit. Durch gute Prävention kann Therapie verhindert werden und so stünden den wirklich betroffenen Kindern/Jugendlichen ausreichend Therapieplätze zur Verfügung.

Wesentlicher Punkt ist Verständnis für unterschiedliche **Rahmenbedingungen**

Bei der Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten sowie Haus- und Kinderärzten besteht an einigen Stellen noch weiteres Potenzial. Einen Einblick in die Sicht- und Arbeitsweise der Psychologischen Psychotherapeuten gibt an dieser Stelle Christoph Sülz.

⇒ Die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt- und Psychotherapiepraxen funktioniert – wie dargestellt – in vielen Bereichen gut. Angesichts knapper personeller und finanzieller Ressourcen besteht jedoch weiteres Potenzial, die jeweiligen Kompetenzen noch besser zu nutzen und Versorgungsprozesse effizienter zu gestalten.

Ein wesentlicher Punkt ist dabei das Verständnis für die unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Manchen Hausärztinnen und Hausärzten ist nicht bewusst, dass psychotherapeutische Leistungen nahezu ausschließlich zeitgebunden erbracht werden und das abrechenbare Kontingente begrenzt sind. Während sich in einer Hausarztpraxis vermutlich kurzfristig Termine einschieben oder Telefonate flexibel organisieren lassen, sind psychotherapeutische Praxen durch fest geplante Therapiesitzungen deutlich weniger flexibel. Dies ist keine Frage der Kooperationsbereitschaft, sondern Ausdruck unterschiedlicher Versorgungsstrukturen.

Therapeuten übernehmen wichtige Steuerungsfunktion

Zudem sind die Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie von 2017, insbesondere die Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde immer noch nicht allen

bekannt. Nicht jede psychische Belastung erfordert eine Richtlinienpsychotherapie. Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen die Diagnosen und die Indikation in den Psychotherapeutischen Sprechstunden. Somit übernehmen wir eine wichtige Steuerungsfunktion im Versorgungssystem. Gleichzeitig reduziert diese Aufgabe die Zeit, die für psychotherapeutische Behandlungen zur Verfügung steht.

Eine strukturelle Versorgungslücke besteht insbesondere bei chronisch erkrankten Menschen. Das System der Richtlinienpsychotherapie ist überwiegend auf zeitlich begrenzte Behandlungen ausgerichtet. Für Patientinnen und Patienten mit dauerhaftem oder wiederkehrendem Unterstützungsbedarf fehlen definierte Leistungen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weiteren Versorgungsstrukturen ist wünschenswert. Für die dafür notwendigen Leistungen muss ein ausreichendes Honorar zur Verfügung gestellt werden.

Das Gros der Psychotherapeut*innen ist aus meiner Sicht bereit, aktiv die Versorgungsstrukturen mitzugestalten. Leider wird von Vertreter*innen der Krankenkassen oder auch von dem scheidenden Vorsitzenden des GB-A,

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. **CHRISTOPH SÜLZ** ist niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut in Bremen. Er ist seit 2023 stellvertretender Präsident im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen und außerdem Mitglied in der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV).



Prof. Hecken, das Narrativ wiederholt, wir würden zu viele Menschen „mit Befindlichkeitsstörungen“ oder zu wenige Schwerkranke behandeln. Solche Vorwürfe basieren häufig auf einer Unkenntnis der beschriebenen Versorgungsstrukturen und sagen weniger über die Arbeitsweise von Psychotherapeut*innen aus sondern mehr über das Unwissen oder die politische Agenda der Personen, die sie äußern.

Regelmäßig Sprechstunden über die TSS anbieten

Welche Einschnitte mit den aktuell verhandelten Reformen des Gesundheitssystems noch auf uns zukommen werden, lässt sich derzeit nur erahnen. Es wird jedoch m.E. weiterhin darum gehen, die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu nutzen, um die Versorgung weiter mitzugestalten und auszubauen. Chancen sehe ich insbesondere darin, regelmäßig Sprechstunden über die Terminservicestelle anzubieten und eine Steuerungsrolle einzunehmen. Weiterhin kann jede*r Psychotherapeut*in prüfen, ob die Qualifikation zur Erbringung gruppenpsychotherapeutischen Angebote erworben werden kann. ←

Vernetzung auch mit dem Vertrag „Psychische Gesundheit“

Den Vertrag zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven, der hkk und der KV Bremen gibt es seit mehreren Jahren. Er dient nicht nur der besseren Steuerung von Patienten, sondern federt zudem die Absenkung der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen zumindest teilweise ab.

⇒ Der Selektivvertrag „Psychische Gesundheit“ koordiniert und optimiert die Versorgung für Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven sowie der hkk mit psychischen Erkrankungen. Ziel ist es, Betroffene schneller in passende Hilfen zu steuern und Therapieabbrüche und unnötige Klinikaufenthalte zu vermeiden. Außerdem sollen mit der Vereinbarung ambulante, digitale und sozialpsychiatrische Angebote besser verzahnt werden.

Aktuell sind knapp 200 Netzwerkpartner beteiligt, etwa 325 ärztliche und psychotherapeutische Praxen und sechs Fachdienste.

Die Leistungen des Vertrags gehen über die gewohnte Regelversorgungsleistung hinaus. Das bedeutet, von einer möglichen Abwertung der Psychotherapieleistungen wäre diese Vereinbarung nicht betroffen. Die Honorarabsenkung für Psychotherapeuten ist nach einem Gerichtsentscheid vorerst ausgesetzt. Hintergrund ist eine Klage der KBV. Wann über die Klage in der Hauptsache entschieden wird, ist noch nicht klar.

Außerdem ist der Vertrag auch für Praxen mit begrenztem Leistungsumfang (z.B. beim Jobsharing) interessant. Diese Praxen können ohne Probleme zusätzliche Behandlungsangebote machen.

Am Vertrag teilnehmen können:

- Allgemeinmediziner (nur Einschreibung)
- Hausärztlich tätige Internisten (nur Einschreibung)
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin
- Psychologische Psychotherapeuten

Kinder- und Jugendtherapeuten sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nicht teilnahmeberechtigt.

Eingeschrieben werden können:

Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven und der hkk ab 18 Jahren mit folgenden Diagnosen: F2*, F3*, F4* und F6*. Details zu den geforderten Diagnosen und weitere Infos finden Sie unter www.kvhh.de im Downloadcenter, Stichwort Vertrag: Psychische Gesundheit.

Der Vertrag heißt:

- bei der AOK: Der kurze Weg – Kompetenznetzwerk mentale Gesundheit
- bei der hkk: medirekt Gesunde Seele
- bei IVP: Psychische Erkrankungen
- bei der KV Bremen: Psychische Gesundheit

Netzwerktreffen in der KV Bremen

Am Mittwoch, 16. September, findet in der KV Bremen übrigens das nächste Netzwerktreffen von 16-18 Uhr statt. Anmeldungen können gern per Fax an: 040 – 59 36 13 969 oder per E-Mail an klablack@ivpnetworks.de gesendet werden. ←

Diagnostikrechtshandbogen

Schmerzen mit dem Gesellschaftsvertrag durch
unklare Stimmsrechte/ veraltete Vertragsklauseln

Geschäftsdaten

Eingehende Rechtsberatung & weitergehende Betreuung
zur Vermeidung juristischer und ökonomischer Fallstricke

Auftrag

Überweisungsschein

☐ Kasse ☒ Fiktiver
Rechtsanwalt ☒ Prokura ☒ Compliance
Beratung

HF&P HAMMER PARTNERS

☒ Anwaltskanzlei ☐ Juristische
Beratung ☐ Wirtschaftsprüfung

☐ Notar ☐ Steuerberater

☐ Makler ☐ Immobilien
Management ☐ Unternehmens
Beratung ☐ Controlling

HF&P Hammer partners
Rechtsanwälte

06

Aber nicht jeder komplizierte Fall ist medizinisch. Überweisen Sie sich dann an einen der führenden Spezialisten für Arzt- und Medizinrecht. Darja Šeiheta (Hammer partners Rechtsanwaltsgesellschaft mbH) und Dirk R. Hartmann (HFBP Rechtsanwälte & Notare) vereinen ihre Expertise in Bremen.

Gut zu wissen: Patienten an psychotherapeutische Praxen vermitteln

Sie sind Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt und Ihr Patient möchte sich an eine psychotherapeutische Praxis wenden? Folgende Fakten sind dabei „gut zu wissen“ – für Sie und Ihre Patienten!

Für GKV-Patienten, die einen Termin in einer psychotherapeutischen Praxis wünschen, ist folgendes wichtig:

→ Die Arztsuche der KV Bremen und auch das Angebot der 116117 geben Infos über alle kassenzugelassenen Psychotherapeuten.
→ Die Suche über Google führt grundsätzlich immer in die gleichen, besonders bekannten Praxen oder auch in Praxen von Heilpraktikern.

→ Für die Terminvereinbarung gibt es die telefonische Erreichbarkeit. Zu dieser Zeit erreichen Ihre Patienten die psychotherapeutischen Praxen. Die Praxen stellen hier sicher, dass sie zur Terminkoordination erreichbar sind. Die Zeiten veröffentlicht die KV Bremen in der Arztsuche. Die meisten Termine werden über diesen Weg vermittelt.

→ Sofern Praxen nicht dazu auffordern, sollten keine anderen Kommunikationskanäle genutzt werden. So sind zum Beispiel Massenmails ohne Anrede, die an alle Praxen geschickt werden, weniger effektiv als ein persönlicher Anruf zur richtigen Zeit. Am Telefon ist es möglich, eine besondere Dringlichkeit zu erkennen und Terminvergaben zu priorisieren. Das sind Patienten mit hochakuter Symptomatik, beispielsweise ausgelöst durch ein besonderes Ereignis, einen Unfall, Tod, Suizid eines nahen Angehörigen oder eine eigene lebensbedrohliche körperliche Erkrankung. Extrem großes Leid entsteht z.B. durch Symptome wie Alpträume, Wiedererleben traumatischer Erfahrungen, Panikstörung, Zwangsstörung, Lebensüberdruß oder extrem ausgeprägte Schlafstörungen. Am Telefon besteht auch die

Möglichkeit zur ersten Beratung oder zur Verbesserung der Suchstrategie.

→ Die psychotherapeutischen Sprechstunden ermöglichen, zu klären, ob ein Behandlungsbedarf vorliegt und ob eine Indikation für eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie besteht. Dazu wird in der psychotherapeutischen Praxis eine Diagnostik durchgeführt sowie eine Anamnese erhoben. In manchen Fällen wird ersichtlich, dass eine ambulante Psychotherapie nicht ausreichend ist. Dann kann über stationäre Behandlungsangebote informiert werden und bei Bedarf eine Krankenhauseinweisung und gegebenenfalls auch eine Verordnung eines Krankentransports ausgestellt werden.

So gelingt der Austausch:

Es gibt viele Kooperationen zwischen Hausarzt- und Psychotherapiepraxen. Einige tauschen gegenseitig „Geheimnummern“ aus. Kurzfristige diagnostische Abklärung und Kriseninterventionen werden auf diesem Weg oft möglich. Auch persönlich! Lassen Sie gerne die Patienten mitteilen, wenn Sie den Austausch wünschen und wie Sie telefonisch erreichbar sind.

Der schriftliche Austausch kann erfolgen:

→ durch Ärzte: Überweisungen oder Arztbriefe

→ durch Psychotherapeuten: PTV 11 (Psychotherapeutische Sprechstunde) Überweisung zum Konsil (Muster 7), kurze (Haus-)Arztbriefe.

→ Ausführliche Befundberichte oder Abschlussberichte sieht der Leistungskatalog der GKV nicht vor.

Wünsche der psychotherapeutischen Behandler an mitbehandelnde (Haus)-Ärztinnen und -ärzte

Bitte überlassen Sie die Indikationsstellung den Psychotherapeuten!

→ Nicht jede psychische Störung oder Symptomatik gehört in die Richtlinien-Psychotherapie. Wenn Patienten zur diagnostischen Abklärung und Beratung kommen, eröffnen Sie die Möglichkeit, die Indikationsstellung differenziert vorzunehmen und ggf. über andere Behandlungs- und Unterstützungsformen zu beraten. Bei Überweisungen in die psychotherapeutische Sprechstunde wäre es hilfreich, wenn diese zur Diagnostik und Indikationsstellung ausgestellt wird. So fällt es in der Sprechstunde leichter, zu vermitteln, falls keine ambulante Richtlinien-Psychotherapie, sondern etwas anderes empfohlen wird. Bei nur einem Teil der Patienten mit psychischer Symptomatik liegt eine Indikation im Sinne der Richtlinien-Psychotherapie vor.

Psychotherapeuten klären:

→ Liegt eine behandlungsbedürftige Störung vor?
 → Liegt die Indikation für eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie vor?
 → Ist ambulant ausreichend?
 → Ist die Prognose für eine Richtlinien-Psychotherapie ausreichend günstig und die Wirtschaftlichkeit gegeben? In vielen Fällen entscheidet ein Gutachterverfahren, ob eine Behandlung möglich wird. Dieses erfordert aufwändige Berichte, die schlecht vergütet werden.

→ Behandlungsbedürftige psychische Störung oder psychische Reaktion auf soziale Belastung? In letzterem Falle erfolgt entsprechende Aufklärung und Informationen zu Beratungsstellen.

→ Ist die GKV/PKV der richtige Kostenträger? Es können auch Unfallversicherungen, Traumaambulanzen oder Rentenversicherungen infrage kommen.

→ Bei Suchterkrankung muss oft zunächst Behandlung im Rahmen der Suchthilfe stattfinden. Die Psychotherapie-Richtlinie sieht Abstinenz oder zeitnahe erreichbare Abstinenz als Grundlage für eine ambulante Psychotherapie als Voraussetzung vor.

Der Konsiliarbericht:

→ Der Konsiliarbericht dient dem Nachweis einer somatischen Abklärung vor Aufnahme einer Psychotherapie. Hausärzte bzw. Fachärzte machen die erforderlichen Angaben. Wichtig sind Medikamentenplan, organmedizinische Anamnese und Befunde sowie Informationen über erfolgte Diagnostik und Laborparameter zur somatischen Abklärung. Der Konsiliarbericht ist Bestandteil des Berichtes an den Gutachter. Schwerwiegende medizinische Befunde müssen in der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden. Das reine Aufführen psychischer Diagnosen ist an der Stelle weder erforderlich noch hilfreich.

So unterscheiden sich die Vorhalte- und die Versorgungspauschale

Die Vorhaltepauschale und die Versorgungspauschale für Hausarztpraxen sind zwei voneinander unabhängige Vergütungssysteme. Wie sich die beiden Systeme in ihren jeweiligen Voraussetzungen, Kriterien und Abrechnungslogiken unterscheiden, haben wir für Sie zusammengefasst.

VORHALTEPAUSCHALE VS. VERSORGUNGSPAUSCHALE

Die Vorhaltepauschale (seit dem 1. Januar 2026) für Hausarztpraxen soll die Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung abbilden. Dabei werden vor allem organisatorische und leistungsbezogene Strukturen der Praxis vergütet. Wie hoch die Vergütung ausfällt, hängt davon ab, wie viele von insgesamt zehn festgelegten Kriterien eine Praxis erfüllt – zum Beispiel in den Bereichen Hausbesuche, Impfleistungen oder Sprechzeiten. Je nach Erfüllung können zusätzlich Zuschläge zur Pauschale hinzukommen. Außerdem sind auch Zu- und Abschläge vorgesehen, etwa abhängig von Fallzahlen oder Impfquoten. Im Kern geht es darum, die Praxisstruktur und die Breite der Versorgung zu vergüten – unabhängig vom einzelnen Patientenfall.

Weitere Infos ab → Seite 25.

Im Gegensatz dazu steht die Versorgungspauschale (seit dem 1. Juli 2026). Sie ist für hausärztliche Praxen eine patientenbezogene Vergütung für die kontinuierliche Behandlung von chronisch erkrankten Patienten. In vielen Fällen ersetzt sie die bisherige Versicherten- und Chronikerpauschale sowie den Medikationsplan-Zuschlag. Die Versorgungspauschale wird für klar definierte chronische Erkrankungen gewährt, sofern bestimmte Voraussetzungen in Bezug auf Kontakthäufigkeit und Arzneimitteltherapie erfüllt sind. Sie gilt jeweils für einen Zeitraum von sechs Monaten. Bei einem erhöhten Betreuungsbedarf kann zusätzlich ein entsprechender Zuschlag abgerechnet werden. Im Mittelpunkt steht dabei die Vergütung der kontinuierlichen Betreuung konkreter chronischer Patienten über einen festgelegten Zeitraum. Weitere Infos ab → Seite 27.

➔ DIE VORHALTEPAUSCHALE (SEIT DEM 1. JANUAR 2026)

Zum 1. Januar 2026 wurde die Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen im EBM neu geregelt. Die bisherige Pauschale zur hausärztlichen Grundversorgung (GOP 03040) bleibt dabei bestehen, wurde jedoch um 10 Punkte abgesenkt. Ergänzend wurden die neuen Zuschläge GOP 03041 (10 Punkte) und GOP 03042 (30 Punkte) eingeführt, sie erweitern die bisherige Systematik.

Die Höhe der Vergütung richtet sich danach, in welchem Umfang eine Praxis definierte strukturelle und versorgungsbezogene Kriterien erfüllt. Insgesamt werden bis zu zehn Kriterien berücksichtigt. Diese werden von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geprüft und automatisch in Form der entsprechenden Zuschläge berücksichtigt.

Grundsätzlich gilt dabei ein System in drei Stufen:

- Vorhaltepauschale plus Zuschlag I (128 Punkte plus 10 Punkte): wird gezahlt, wenn die Praxis mindestens zwei bis maximal sieben Kriterien erfüllt
- Vorhaltepauschale plus Zuschlag II (128 Punkte plus 30 Punkte): wird gezahlt, wenn die Praxis acht bis alle zehn Kriterien erfüllt
- Vorhaltepauschale ohne Zuschlag (128 Punkte): wird gezahlt, wenn die Praxis kein oder nur ein Kriterium erfüllt

Zusätzlich zu den Kriterien gibt es Zuschläge und Abschläge. Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen pro Quartal erhalten einen Aufschlag von 9 Punkten auf die GOP 03040, während bei weniger als 400 Behandlungsfällen ein Abschlag von 13 Punkten erfolgt. Neu ist zudem ein deutlicher Abschlag in Höhe von 40 Prozent der Vorhaltepauschale, wenn im Quartal weniger als zehn Schutzimpfungen durchgeführt werden. Ausgenommen hiervon sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen sowie Substitutionspraxen.

Einen Teil der Kriterien müssen Sie über definierte GOP verpflichtend nachweisen, andere GOP werden automatisch durch die KV Bremen berücksichtigt. Für die Kriterien „Zusammenarbeit“ sowie „Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten“ genügt der Nachweis einmal je Quartal durch die Angabe der entsprechenden GOP in einem Behandlungsfall. Beim Kriterium „Zusammenarbeit“ ist eine Kennzeichnung jedoch nur erforderlich, wenn keine Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) erfolgt.

Folgende GOP dienen als Nachweis:

- GOP 99349 (Kriterium „Zusammenarbeit“): Bestätigung der regelmäßigen Teilnahme an Qualitätszirkeln. Ein gesonderter Nachweis gegenüber der KV Bremen ist im Rahmen der Abrechnung nicht erforderlich.
- GOP 99350 (Kriterium „Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten“): Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die Sprechstunden bzw. Praxisöffnungszeiten. Voraussetzung ist, dass die Sprechstunden in den vorgegebenen Zeitfenstern jeweils mindestens 60 Minuten dauern. Zudem ist das Sprechstundenangebot entsprechend den Vorgaben des § 17 Abs. 1 Satz 6 BMV-Ä an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu melden. Die Kennzeichnung mit der GOP 99350 bleibt hiervon unberührt und ist weiterhin erforderlich

DIE ZEHN KRITERIEN DER VORHALTEPAUSCHALE IM ÜBERBLICK:

Kriterium	GOP	Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums
Haus- und Pflegeheimbesuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100, 38105	Mindestens 5 %*
Geriatrische / palliativmedizinische Versorgung	03360, 03362, 03370, 03371, 03372, 03373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, 30980, 30984	Mindestens 12 %*
Kooperation Pflegeheim	37100, 37102, 37105, 37113, 37120	Mindestens 1 %*
Schutzimpfungen	Bitte vergleichen Sie hierzu die regionale Gebührenordnung	Mindestens 7 % (1., 2. und 3. Quartal)* Mindestens 25 % (4. Quartal)*
Kleinchirurgie / Wundversorgung / postoperative Behandlung	02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313, 31600	Mindestens 3 %*
Ultraschalldiagnostik Abdomen und / oder Schilddrüse	33012, 33042	Mindestens 2 %*
Hausärztliche Basisdiagnostik Langzeitblutdruckmessung und / oder Langzeit-EKG und / oder Belastungs-EKG und / oder Spirographie	03241, 03321, 03322, 03324, 03330	Mindestens 3 %*
Videosprechstunde	01450	Mindestens 1 %*
Zusammenarbeit	Regional: 99349	Erfüllt bei BAG oder der Teilnahme an Qualitätszirkeln Angebot von mindestens 14-täglich stattfindenden Sprechstunden am:
Sprechstunden / Praxisöffnungszeiten	Regional: 99350	→ Mittwoch nach 15 Uhr und / oder → Freitag nach 15 Uhr und / oder → an mindestens einem Werktag → nach 19 Uhr und / oder → vor 8 Uhr

* Die einzelnen GOP je Kriterium werden innerhalb der Praxis kumuliert bewertet. Entscheidend ist die prozentuale Erfüllung je Kriterium, nicht die konkrete Zusammensetzung der einzelnen Leistungen.

➔ DIE VERSORGUNGSPAUSCHALE (SEIT DEM 1. JULI 2026)

Seit dem 1. Juli 2026 wird die Versorgungspauschale für bekannte, chronisch erkrankte Patienten durch Hausärzte über die GOP 03100 des EBM abgerechnet. Besteht im Folgequartal der Berechnung ein erhöhter Betreuungsbedarf, können Sie ergänzend den Zuschlag nach GOP 03110 (bis 8 Prozent) abrechnen.

Voraussetzungen GOP 03100 (Versorgungspauschale)

- ➔ Alter: ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr und
- ➔ kontinuierliche Versorgung mit einem erkrankungsspezifischen verschreibungspflichtigen Arzneimittel und
- ➔ Vorliegen einer der genannten gesicherten Diagnosen (diese muss in der Quartalsabrechnung zwingend dokumentiert werden):
 - ➔ E03.0 Angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma, E03.1 Angeborene Hypothyreose ohne Struma, E03.4 Atrophie der Schilddrüse (erworben), E03.8 Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose, E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet, E06.3 Autoimmunthyreoiditis,
 - ➔ E78.0 Reine Hypercholesterinämie, E78.2 Gemischte Hyperlipidämie, E78.4 Sonstige Hyperlipidämien, E78.5 Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet, E78.6 Lipoproteinmangel, E78.8- Sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, E78.9 Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet,
 - ➔ I10.0- Benigne essenzielle Hypertonie (ausgenommen: ICD-10-GM I10.01), I10.00 Benigne essenzielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise, I10.9- Essenzielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet (ausgenommen: ICD-10-GM I10.91), I10.90 Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise,
 - ➔ M10.0- Idiopathische Gicht.

Eckpunkte und Berechnung

- ➔ Abrechnung
 - ➔ 1x pro Behandlungsfall, höchstens 2x pro Krankheitsfall (nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen).
 - ➔ Bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall ist mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.
 - ➔ Die GOP 03100 ist erneut abrechnungsfähig, wenn zwischen letzter und erneuter Abrechnung mehr als ein, jedoch höchstens drei Quartale ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt liegen
- ➔ Chronikerzuschläge (GOP 03220 ff.)
 - ➔ Wurde die GOP 03100 abgerechnet, gilt die kontinuierliche Behandlung für die Chronikerzuschläge (GOP 03220 ff.) als erfüllt, wenn die GOP 03100 zwei Quartale vor dem aktuellen Quartal berechnet wurde.
 - ➔ Die Chronikerzuschläge 03220 und 03221 können im Quartal und Folgequartal der GOP 03100 nicht von einer anderen Praxis berechnet werden.
- ➔ Im Quartal ist die GOP 03100 nur von einer Vertragsarztpraxis und im Folgequartal durch keine andere Vertragsarztpraxis abrechnungsfähig.
- ➔ Die Versichertenpauschale nach der GOP 03000 kann weiterhin von anderen Vertragsarztpraxen im selben oder Folgequartal abgerechnet werden (z. B. im Vertretungsfall).
- ➔ Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Unterabschnitt 3.2.4), palliativmedizinische Versorgung (Unterabschnitt 3.2.5) sowie aus Kapitel 37 (Kooperations- und Koordinationsleistungen Pflegeheim, palliativmedizinische Versorgung, Patienten mit psychiatrischem und psychotherapeutischem Betreuungsbedarf, Außerklinische Intensivpflege, Long-COVID, können neben der Versorgungspauschale im Behandlungsfall und im Folgequartal abgerechnet werden.

➔ GOP 03110 BEI INTENSIVEM BETREUUNGSBEDARF

GOP 03110 Zuschlag für intensiven Betreuungsbedarf

- ➔ Für Patienten mit erhöhtem Betreuungsbedarf kann im Folgequartal ein Zuschlag berechnet werden. Dieser ist je Praxis bis zu einer Anzahl von 8 Prozent der im Vorquartal abgerechneten GOP 03100 berechnungsfähig. Voraussetzung für die Berechnung der GOP 03110 ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde.
- ➔ Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 03110 ist, dass die chronische Erkrankung, die der Berechnung der GOP 03100 zugrunde lag, auch im Folgequartal weiterhin entsprechend kodiert wird. Dabei muss die Erkrankung im Rahmen der Behandlung weiterhin von Bedeutung sein. Dies gilt auch dann, wenn der Patient die Praxis im Folgequartal beispielsweise aufgrund einer akuten Erkrankung aufsucht.

Eckpunkte und Berechnung

- ➔ Bewertung nach Altersgruppen (Stand 2026)
 - ➔ Patienten 19 bis 54 Jahre - 19,37 Euro
 - ➔ Patienten 55 bis 75 Jahre - 22,04 Euro
- ➔ Abrechnung
 - ➔ 1x pro Behandlungsfall, maximal 2x pro Krankheitsfall berechnungsfähig

- ➔ Wichtig: Steht für den Patientenkontakt im Folgequartal keine abrechnungsfähige GOP zur Verfügung, wird der Fall mit der Pseudo-GOP 88230 gekennzeichnet (anzusetzen durch die Praxis). Bei einem Videokontakt ist hierfür die GOP 88220 anzusetzen. Durch die Kennzeichnung werden diese Fälle auch bei fehlender direkter Vergütung für die Fallzählung im jeweiligen Abrechnungsquartal berücksichtigt. Dies betrifft unter anderem die Fallzählung im Rahmen von z.B. der Vorhaltepauschale sowie des Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo).

Versorgungspauschale und Hausarztvertrag (HZV nach § 73b SGB V)

- ➔ Soll in einem Quartal eine HZV-Ziffer abgerechnet werden, die einen Arzt-Patienten-Kontakt voraussetzt, jedoch weder die GOP 03110 noch eine andere abrechnungsfähige GOP angesetzt werden kann, ist die Pseudo-GOP 88230 zu dokumentieren. Erfolgt der erforderliche Arzt-Patienten-Kontakt ausschließlich im Rahmen einer Videosprechstunde, ist stattdessen die Pseudo-GOP 88220 anzusetzen.

➔ ALLE NEUEN GOP IM RAHMEN DER VERSORGUNGSPAUSCHALE AUF EINEN BLICK:

GOP	Beschreibung
03100	Versorgungspauschale
03110	Zuschlag zur Versorgungspauschale bei intensivem Betreuungsbedarf im Folgequartal
03043 (Zufügung KVHB)	Halbjährliche Vorhaltepauschale
03044 (Zufügung KVHB)	Zuschlag zur halbjährlichen Vorhaltepauschale bei Erfüllung 2–7 Kriterien
03045 (Zufügung KVHB)	Zuschlag zur halbjährlichen Vorhaltepauschale bei Erfüllung ≥ 8 Kriterien
03046 bis 03048 (Zufügung KVHB)	Weitere Zuschläge zur halbjährlichen Vorhaltepauschale bei Abrechnung der GOP 03110
88230	Pseudo-GOP zur Kennzeichnung eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes im Folgequartal der Versorgungspauschale
88220	Pseudo-GOP zur Kennzeichnung eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes im Folgequartal der Versorgungspauschale in der Videosprechstunde

→ DIE WICHTIGSTEN FRAGEN UND ANTWORTEN ZUR VERSORGUNGSPAUSCHALE:

Was ist das Besondere an der Versorgungspauschale?

Die Versorgungspauschale entspricht inhaltlich der bisherigen Versichertenpauschale, wird jedoch für sechs Monate vergütet und ersetzt folgende Leistungen:

- Versichertenpauschale (GOP 03000)
- Chronikerpauschalen (GOP 03220 und 03221)
- Zuschlag für den Medikationsplan (GOP 03222)

Die Vergütung erfolgt altersabhängig (Stand 2026):

- Patienten 19 bis 54 Jahre – 45,36 Euro
- Patienten 55 bis 75 Jahre – 51,34 Euro

Wann kann die erstmalige Berechnung erfolgen?

- Wenn der Patient in den letzten vier Quartalen (inklusive aktuellem Quartal) wegen derselben chronischen gesicherten Erkrankung (s.o.) behandelt wurde und eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel zulasten der GKV erfolgt ist.
- Zusätzlich müssen in mindestens drei Quartalen Arzt-Patienten-Kontakte in der Praxis stattgefunden haben, davon in mindestens zwei Quartalen persönlich (ein persönlicher Kontakt kann durch eine Videosprechstunde ersetzt werden).

Wann kann die Versorgungspauschale nicht abgerechnet werden?

Die bisherigen Versicherten- und Chronikerpauschalen können weiterhin berechnet werden, wenn die Voraussetzungen für die Versorgungspauschale nicht erfüllt sind. Dies betrifft insbesondere Patienten,

- bei denen mehr als eine langandauernde, lebensverändernde chronische Erkrankung vorliegt oder
- die mehr als ein verschreibungspflichtiges Medikament dauerhaft benötigen.

Ausnahme:

- Die GOP 03100 ist auch bei Patienten mit zwei Arzneimitteln zu berechnen, sofern diese jeweils aus einem verschreibungspflichtigen Wirkstoff bestehen und ein entsprechendes Kombinationspräparat, das ausschließlich aus einer Zusammensetzung dieser beiden Wirkstoffe besteht, verfügbar ist.

Was passiert mit der Vorhaltepauschale bei Patienten mit Versorgungspauschale?

- Hausärzte erhalten bei Patienten mit einer Versorgungspauschale eine angepasste Vorhaltepauschale. Für die Abrechnung werden die neuen GOP 03043 bis 03045 in den EBM aufgenommen. Die Bewertung wird auf die Halbjahrespauschale angepasst. Für Patienten, bei denen im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale aufgrund des intensiven Betreuungsbedarfs die GOP 03110 berechnet wird, werden die GOP 03046 bis 03048 als Zuschläge aufgenommen. Die GOP werden von der KV Bremen automatisch der Abrechnung hinzugefügt, sobald die Voraussetzungen erfüllt sind.

Beschluss online nachlesen:

Den entsprechenden Beschluss mit zahlreichen Folgeanpassungen an verschiedenen Stellen des EBM finden Sie auf der Homepage der KBV oder über den QR-Code. Die Änderungen betreffen insbesondere Berechnungsausschlüsse von Leistungen in dem Quartal, in dem die Versorgungspauschale berechnet wird, sowie im darauffolgenden Quartal. Hierzu zählt unter anderem der Ausschluss der Berechnung der Chronikerpauschalen (GOP 03220 und 03221) durch weitere Vertragsarztpraxen, wenn für den betreffenden Patienten bereits eine Versorgungspauschale durch eine andere Vertragsarztpraxis berechnet wurde.



Ansprechpartnerinnen bei der Abrechnung:

ANKE HOFFMANN

0421.3404-141 | a.hoffmann@kvhb.de

JANINE SCHAUBITZER

0421.3404-315 | j.schaubitzer@kvhb.de

MeinKVHB Portal: Zugriffsrechte jetzt gezielt vergeben

Im MeinKVHB Portal ist nun eine Nutzerverwaltung implementiert. Praxisverantwortliche können – und sollten – ab sofort Nutzer mit verschiedenen Rechten anlegen. Auf diese Weise kann beispielsweise der Kreis derjenigen, die die Honorardaten einsehen können, eingegrenzt werden.



Der Punkt „Benutzerverwaltung“ ist über die Hauptnavigation zu erreichen. Dieser Punkt ist nur von Praxisverantwortlichen bzw. Administratoren zu sehen.



In der Übersicht finden Sie die angelegten Benutzer. Regelmäßig ist hier der Nutzer „Admin“ voreingetragen. Als Praxisverantwortlicher haben Sie die vollständigen Administratorenrechte.

Über einen Klick auf das Kopf-Symbol können Sie einen neuen Benutzer anlegen.



Tipp für Praxisverantwortliche/Admins: Legen Sie aus Sicherheitsgründen zusätzlich zu Ihrem Admin-Profil einen persönlichen Nutzerzugang an. Verwenden Sie diesen für die tägliche Arbeit im Portal und den Admin-Zugang ausschließlich für administrative Aufgaben.

The screenshot shows the 'NEUER NUTZER' (New User) registration form on the KVHB Portal. The form includes fields for 'Vorname' (First Name), 'Nachname' (Last Name), 'Geburtsdatum' (Date of Birth), 'Geburtsort' (Place of Birth), 'E-Mail' (Email), and 'Passwort' (Password). There are also checkboxes for 'Ich bin...' (I am...) and 'Ich möchte...' (I would like...). A 'Schlüssel' (Key) icon is visible on the left side of the form.

The screenshot shows the 'BERECHTIGUNGEN: NEU NUTZER' (Permissions: New User) page on the KVHB Portal. It features a table with columns for 'Berechtigung' (Permission) and 'Zugriff' (Access). The table lists permissions such as 'Posteingang - Honorarabrechnung' and 'Posteingang - Allgemein'. The 'Zugriff' column has checkboxes for 'Ja' (Yes) and 'Nein' (No).



Geben Sie die personenbezogenen Daten ein. Das Passwort müssen Sie vorgeben (kann später durch den Nutzer geändert werden).

Bitte teilen Sie der betroffenen Person anschließend Nutzernamen und Passwort mit. Eine Benachrichtigung per Mail ist noch nicht implementiert.

Hinweis: Es können bis zu 24 Stunden vergehen, bis der neue Nutzeraccount angelegt und nutzbar ist.

Über das Schlüsselsymbol auf einer Nutzerkarte gelangen Sie zu der Maske der Berechtigungsvergabe.



Hier können Sie per „drag and drop“ die folgenden Ausprägungen dem Nutzer entweder zuweisen bzw. entziehen.

→ Posteingang allgemein:
Der Nutzer erhält Leserechte

→ Posteingang Upload:
Der Nutzer kann Dokumente in das Portal hochladen

→ Posteingang Honorarabrechnung:
Der Nutzer kann auch Mitteilungen mit Honorardaten (Honorarbescheid, Kontoauszüge, Anlage 8.1, etc.) einsehen.

Auf einen Blick: Das ist neu zum 3. Quartal

Was hat sich zum 3. Quartal 2026 für Vertragsärzte und -psychotherapeuten geändert? Einige wichtige Neuerungen haben wir hier zusammengetragen.

Außerklinische Intensivpflege

Die Folgeverordnung von außerklinischer Intensivpflege ist unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen einer Videosprechstunde möglich. Hierfür hat der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. Juli 2026 angepasst. → S. 38

Alzheimer-Medikament

Für die Infusionstherapie mit Donanemab kann ab sofort die neue GOP 02103 abgerechnet werden. Das Medikament Donanemab mit dem Handelsnamen Kisunla kann Erwachsenen mit früher Alzheimer-Erkrankung verabreicht werden. → S. 36

DMP

Seit dem 1. Juli 2026 können weitere Schulungen zu DMP im Videoformat durchgeführt werden. Den vertrauten Abrechnungsziffern muss dabei lediglich ein „Suffix“ angefügt werden. → S. 50

Liposuktion

Bei Patientinnen mit Lipödem kann eine Liposuktion ab sofort unabhängig vom Schweregrad-Stadium erfolgen. Der Bewertungsausschuss hat hierfür den EBM zum 1. Juli angepasst. → S. 35

Gesetzliche Unfallversicherung

Die Gebührenordnung für Ärzte in der gesetzlichen Unfallversicherung wurde überarbeitet. Die Neuerungen betreffen vornehmlich die Grundleistungen. Außerdem gibt es einen neuen Abschnitt für Arthroskopien. Zudem wurden wieder die Gebühren angehoben. Die Änderungen sind zum 1. Juli 2026 in Kraft getreten. → **Landesrundschriften Juni 2026, S. 22**

Komplexversorgung

Für die Teilnahme an Hilfekonferenzen im Rahmen der Komplexversorgung von Erwachsenen mit schweren psychischen Erkrankungen erhalten Ärzte und Psychotherapeuten jetzt eine Vergütung. Durch die Einführung der neuen Leistung soll die Vernetzung mit anderen sozialgesetzlichen Leistungsbereichen wie Reha-Einrichtungen oder Wohngruppen gefördert werden. → S. 40

Vertrag „Gesunde Kindheit in Bremen“

Zum 1. Juli 2026 wurde der Rahmenvertrag „Gesunde Kindheit in Bremen“ mit der IKK gesund plus um drei neue Module erweitert. Folgende neue Module wurden mit der IKK gesund plus vereinbart: Vorsorgeuntersuchung „BabystartPlus“ (Modul 2) Orthopädische Vorsorgeuntersuchung (Modul 4) Mädchen Check-In Plus – Deine Erstberatung beim Frauenarzt (Modul 6) → **Landesrundschriften April 2026, S. 20**

Versorgungspauschale

Seit dem 1. Juli 2026 wird die Versorgungspauschale für bekannte, chronisch erkrankte Patienten von Hausärzten über die GOP 03100 abgerechnet. Die wichtigsten Abrechnungsdetails und Anspruchskriterien auf → S. 24

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.

Weitere FAQ unter
www.kvhb.de/praxen/faq

Abrechnung & Honorar

Handelt es sich um einen Hausarztvermittlungsfall, wenn ich einen Patienten an einen Facharzt überweisen möchte, bei dem dieser im laufenden Quartal bereits in Behandlung war?

Nein, hierbei handelt es sich um keinen Hausarztvermittlungsfall. <|

Praxisalltag

Wieviel kostet eine Kleinanzeige im Landesrundschreiben?

Für Mitglieder: kostenlos. Nicht-Mitglieder zahlen 50 Euro. Das Formular für Kleinanzeige finden Sie auf der

Homepage der KV Bremen unter Praxen – Landesrundschreiben – Kleinanzeige aufgeben. <|

Terminservicestelle

Bin ich verpflichtet, Termine an die Terminservicestelle zu melden?

Ja, durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ergibt sich für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten eine Verpflichtung zur Meldung freier Termine an die Terminser-

vicestelle. Die KV Bremen hat auf Grundlage von Erfahrungswerten und Prognosen Richtwerte für die Fachrichtungen festgelegt. <|

Hygiene

Wo finde ich aktuelle Hygienepläne für die Arztpraxis?

Dazu schreiben Sie uns bitte eine E-Mail: hygiene@kvhb.de. <|

Abrechnung & Honorar

Ist es ausreichend, wenn der Patient mir einen Versicherungsnachweis in seiner Krankenkassen-App zeigt, sollte er seine elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht dabei haben?

Ja, der Versicherungsnachweis, ersichtlich in einer Krankenkassen-App,

ist in diesem Fall ausreichend. <|

Meldungen & Bekanntgaben

↳ ABRECHNUNG/HONORAR

Hinweis zur Abrechnung postoperativer Leistungen bei Hybrid-DRG: GOP 88110 angeben!

- Da es bei den Quartalsabrechnungen wiederholt zu Unklarheiten bei der Ansetzung postoperativer Leistungen im Zusammenhang mit Hybrid-DRG kommt, weist die KV Bremen nochmals auf die aktuell geltende Regelung hin. Besonders wichtig: Setzen Sie die GOP 88110 an!
- Die Abrechnung erfolgt über die GOP der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 unter Angabe der GOP 88110.
- Abrechnung:
 - Die berechnungsfähige GOP des Abschnitts 31.4.3 richtet sich nach dem OPS-Kode gemäß Anhang 2 zum EBM.
 - Ist der OPS-Kode der Hybrid-DRG-Leistung nicht im Anhang 2 enthalten, können folgende GOP ebenfalls berechnet werden, ebenfalls stets unter Angabe der GOP 88110:
 - GOP 31600 für Ärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich
 - GOP 31611 für Operateure
 - GOP 31610 für Fachärzte, die auf Überweisung des Operateurs die postoperative Behandlung übernehmen
 - Wurde die Leistung gemäß § 115f SGB V durch ein Krankenhaus erbracht, können Ärzte die GOP des Abschnitts 31.4.2 oder 31.4.3 auch ohne Überweisung des Operateurs abrechnen, abweichend von der Leistungslegende und der Präambel Nr. 1 der 31.4.1.
- **Wichtiger Hinweis:** Erbringen Sie Hybrid-DRG-Leistungen, geben keine GOP 88110 zur postoperativen Leistung an und weist sonst keine Angaben in der Quartalsabrechnung auf einen entsprechenden Eingriff hin, muss bei der Bearbeitung der Quartalsabrechnung davon ausgegangen werden, dass es sich bei der OP um eine ambulante EBM-Leistung handelt und die postoperative Behandlung auf Überweisung durch den Operateur erfolgt ist.
- Weitere Informationen unter www.kvhh.de in der Rubrik Praxen → Abrechnung-Honorar → Hybrid-DRG

Liposuktion bei Lipödem ist auch im Stadium I und II seit Juli EBM-Leistung

- Bei Patientinnen mit Lipödem kann eine Liposuktion jetzt unabhängig vom Schweregrad-Stadium erfolgen. Der Bewertungsausschuss (BA) hat hierfür den EBM zum 1. Juli angepasst.
- Für die Liposuktion bei Lipödem an Unterschenkel, Unterarm, Oberarm und Ellenbogen rechnen Ärzte ab 1. Juli 2026 die neue GOP 31095 (Bewertung: 4.750 Punkte / 605,17 Euro) ab. Für Eingriffe an Oberschenkel und Knie gilt die bestehende GOP 31096 (Bewertung: 6.037 Punkte / 769,14 Euro), die GOP 31097 entfällt.
- Der Zeitzuschlag nach der GOP 31098 wird an die neuen Leistungen angepasst. Er kann bei Simultaneingriffen zu den GOP 31095 und GOP 31096 sowie bei Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten mit medizinischer Begründung zur GOP 31096 berechnet werden. Die Kostenpauschale 40165 bleibt berechnungsfähig.
- Die belegärztlichen GOP zur Liposuktion im Abschnitt 36.2.2 EBM wurden analog angepasst.
- Bei der Liposuktion gibt es bezüglich der entsprechenden QS-Richtlinie Voraussetzungen zur Qualitätssicherung. Es wurden entsprechende Anforderungen in die Bestimmungen zu Abschnitt 31.2.2 (bzw. 36.2.2) sowie ergänzende Hinweise zu den betroffenen GOP aufgenommen. Demnach ist eine Überweisung erforderlich, in der ein Vertragsarzt aus den in der QS-Richtlinie Liposuktion festgelegten Fachgruppen bestätigt, dass die dort definierten Diagnosekriterien sowie die Indikationsvoraussetzungen erfüllt sind. Darüber hinaus muss der Operateur den Body-Mass-Index (BMI) sowie gegebenenfalls die Waist-to-height-Ratio dokumentieren.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

Sonderlinsen bei Katarakt-OPs: Privatrechnung für Mehraufwand ist nicht mehr möglich

- Für den Mehraufwand bei der Implantation einer Sonderlinse auf Wunsch des Patienten dürfen Augenärzte für bestimmte Leistungen keine Privatrechnung mehr ausstellen. Dies betrifft den Eingriff sowie die postoperative Überwachung und Behandlung.
- Künftig gilt: Der im Zusammenhang mit der Implantation einer auf Patientenwunsch gewählten Sonderlinse entstehende Mehraufwand darf nicht mehr separat über die Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden. Dies betrifft den operativen Eingriff, die postoperative Überwachung sowie die postoperative Behandlung. Diese Leistungen sind vollständig durch die entsprechenden GOP des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abgegolten. Eine zusätzliche privatärztliche Liquidation, auch in anteiliger Form, ist ab dem 1. Juli nicht mehr zulässig.
- Mehrkosten für ärztliche Leistungen außerhalb des operativen Eingriffs und der postoperativen Überwachung und Behandlung, die nur aufgrund der Ausübung des Wahlrechts gemäß § 33 Abs. 9 SGB V notwendig werden, sowie Sachmittel in Zusammenhang mit diesen Leistungen sind durch den Versicherten selbst zu tragen.
- Weitere Änderungen sind durch den Beschluss nicht erfolgt.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

Vergütung für neues Alzheimer-Medikament Donanemab geregelt

→ Für die Therapie mit dem neuen Alzheimer-Medikament Donanemab steht die Vergütung fest. KBV und GKV-Spitzenverband haben vereinbart, welche Leistungen die behandelnden Ärzte ab dem 1. Juli im EBM abrechnen können.

→ Donanemab ist ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von Erwachsenen mit klinisch diagnostizierter leichter kognitiver Störung und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit, bei denen eine Amyloid-Beta-Pathologie nachgewiesen wurde und die Apolipoprotein E ε4 (ApoE ε4)-Nichtträger oder heterozygote ApoE ε4-Träger sind. Donanemab wird alle vier Wochen als intravenöse Infusion über mindestens 30 Minuten angewendet, die Patienten müssen nach der Infusion für mindestens 30 Minuten beobachtet werden. Die Fachinformation sieht vor der Gabe die Feststellung der Amyloid-Beta-Pathologie durch Liquordiagnostik und die Testung auf ApoE ε4-Homozygotie vor. Die Therapie muss regelmäßig mit MRT-Untersuchungen des Gehirns kontrolliert werden.

→ Wesentliche Unterschiede zwischen Donanemab und dem ebenfalls zur Behandlung einer leichten kognitiven Störung und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit verwendeten monoklonalen Antikörper Lecanemab ergeben sich aus den Vorgaben der Fachinformationen zur Anwendung – insbesondere zu Infusionsdauer, Nachbeobachtung und Dosierungsschema.

Neue GOP zur Infusionstherapie mit Donanemab

→ Für die intravasale Infusion mit Donanemab und Nachbeobachtung wird die neue GOP 02103 „Infusionstherapie mit Donanemab“ in den EBM aufgenommen. Mit der ersten Anmerkung werden die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III des G-BA umgesetzt. Die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Donanemab darf demnach ausschließlich durch Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen.

→ Die zweite und dritte Anmerkung sieht unter anderem eine Therapie unter Aufsicht eines interdisziplinären Teams vor, sowie eine Infusion alle vier Wochen bei einer maximalen Therapiedauer von 18 Monaten und Berechnungsfähigkeit von höchstens 20 mal pro Patient. Die Finanzierung dieser Leistung erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Kennzeichnung bestehender GOP für extrabudgetäre Vergütung

→ Für die Diagnostik der Amyloid-Beta-Pathologie bei der Indikationsstellung der Therapie mit Donanemab rechnen Ärzte für die Lumbalpunktion nach der GOP 02342 ab; dazu werden die Anmerkungen zwei und drei um den Wirkstoff Donanemab ergänzt. Die Abrechnung der Diagnostik durch eine MRT-Untersuchung des Neurocraniums vor der Einleitung der Therapie mit Donanemab und im Zusammenhang mit der Therapie mit Donanemab wird mit der GOP 34410 abgerechnet. Dazu werden die erste und zweite Anmerkung um den Wirkstoff Donanemab ergänzt. Die Kennzeichnung der GOP 02342 und 34410 (Buchstabe A) wurde bereits für die Indikationsstellung der Therapie mit Lecanemab eingeführt und gilt auch bei der Gabe von Donanemab.

→ Für die Bestimmung des ApoE-Genotyps vor der Gabe von Donanemab wird die GOP 11602 im Abschnitt 11.4.5 EBM um den Wirkstoff Donanemab ergänzt. Die Finanzierung dieser Leistung erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

→ Da die Gabe von Donanemab ebenso wie die Gabe von Lecanemab eine bestätigte Amyloid-Beta-Pathologie voraussetzt, wird der Wirkstoff Donanemab in die vierte und fünfte Anmerkung zum Katalog nach den GOP 32385 bis 32398 und 32400 bis 32409 im Abschnitt 32.3.4 EBM aufgenommen. Die GOP 32407 bis 32409 sind jetzt auch im Zusammenhang mit der Indikationsstellung von Donanemab berechnungsfähig, sie sind durch die Angabe einer bundeseinheitlichen Zusatzkennzeichnung (Buchstabe A) zu kennzeichnen. Auch die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

Übergangslösung für Hybrid-DRG: Zuschläge für Eingriffe bei Kindern in den EBM aufgenommen

- Hybrid-DRG sind auch wieder für Kinder-OPs möglich. Aufgrund der späten gesetzlichen Änderung ist eine Anpassung der Fallpauschalen allerdings erst 2027 möglich. Als schnelle Übergangslösung wurden jetzt befristete Zuschläge in Höhe von 60 Prozent in den EBM aufgenommen.
- Die Zuschläge gelten für den Zeitraum 16. April 2026 bis 31. Dezember 2026. Die neuen Zuschläge auf die ambulante Operation inklusive Anästhesie gleichen die Vergütung für Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen im EBM an die Vergütung der Hybrid-DRG an.
- Für Menschen mit Behinderung erfolgt die Anpassung der Hybrid-DRG erst ab 2027. Eine Übergangsregelung für 2026 ist hier nicht möglich.
- Hinweise zur Abrechnung:
 - Die neuen GOP 31950 bis 31997 finden Sie im EBM-Abschnitt 31.8.
 - Die KV Bremen setzt die Zuschläge bei erfüllten Voraussetzungen automatisch in Ihre Quartalsabrechnung dazu.
 - Die Zuschläge werden gewährt, wenn eine ambulante Operation gemäß EBM-Abschnitt 31.2 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durchgeführt wurde.
 - Die Leistungslegende des Zuschlags muss den entsprechenden OPS-Code enthalten.
 - In der Leistungslegende des Zuschlags sind alle OPS-Kodes des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs aufgeführt, die auch im Anhang 2 zum EBM gelistet sind.
 - Die Operations- und Anästhesieleistungen sowie die mit der Operation zusammenhängenden Leistungen können nach den Regularien des EBM abgerechnet werden.
 - Laborleistungen und Sachkosten bleiben zusätzlich abrechnungsfähig.
 - Erfolgt die ambulante Operation unter Anästhesie (EBM-Abschnitt 31.5.3), ist der Zuschlag im Innenverhältnis zwischen Operateur und Anästhesist aufzuteilen.

Bewertungsausschuss ergänzt Übergangsregelung zu den Zuschlägen

- Außerdem hat der Bewertungsausschuss (BA) die Übergangsregelung ergänzt. Die Anpassungen betreffen zusätzliche Zuschläge für beidseitige urologische und gynäkologische Eingriffe sowie die Abrechnung von Zuschlägen bei Simultaneingriffen.
- Die Zuschlagsregelungen im Abschnitt 31.8.2 EBM wurden um zwei weitere GOP ergänzt:
 - GOP 31998 mit einer Bewertung von 4.481 Punkten: Zuschlag zur GOP 31275 für einen urologischen Eingriff der Kategorie Q5.
 - GOP 31999 mit einer Bewertung von 4.255 Punkten: Zuschlag zur GOP 31306 für einen gynäkologischen Eingriff der Kategorie S6.
- Der BA stellt in der neuen Präambel 31.8.1 zudem klar, dass alle neuen Zuschläge nach den GOP 31950 bis 31999 im Zusammenhang mit Simultaneingriffen jeweils nur einmal als Zuschlag zum Haupteingriff berechnungsfähig sind.
- Die Vergütung der Leistungen des Abschnitts 31.8 EBM erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
- Wichtig: Die KV Bremen setzt die Zuschläge bei erfüllten Voraussetzungen automatisch in Ihre Quartalsabrechnung dazu.

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

Für DiGA „Axia“ können ab sofort neue Leistungen abgerechnet werden

→ Für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) „Axia“ wurden zum 1. Juli zwei neue GOP in den EBM aufgenommen. Mit diesen Leistungen können die Verlaufskontrolle und Auswertung der Anwendung abgerechnet werden.

→ „Axia“ wird für Menschen mit axialer Spondyloarthritis eingesetzt (umgangssprachlich auch als Morbus Bechterew bekannt). Die App soll nach Angaben des Herstellers durch Bewegungsübungen und edukative Inhalte die Therapie unterstützen. „Axia“ wurde im Februar dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

→ Folgende GOP sind neu:

→ Im Abschnitt 1.4 „Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen“ wurde die GOP 01483 (64 Punkte / 8,15 Euro) aufgenommen.

→ Im Abschnitt 30.7.1 „Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten“ wurde gleichzeitig die GOP 30782 (64 Punkte / 8,15 Euro) aufgenommen, damit auch Ärzte mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V diese Leistungen berechnen können.

→ Beide GOP sind einmal je Behandlungsfall, aber höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

Folgeverordnung von AKI darf künftig per Videosprechstunde verordnet werden

→ Die Folgeverordnung von außerklinischer Intensivpflege ist unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen einer Videosprechstunde möglich. Hierfür hat der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. Juli 2026 angepasst.

→ Die 37710 (Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil B und C) wird im obligaten Leistungsinhalt um den Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Paragraph 6 Absatz 1a der AKI-RL sowie Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte ergänzt. Zudem wird eine weitere Abrechnungsanmerkung bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde aufgenommen.

→ Die Kosten für den Post-Versand des Vordrucks nach Muster 62B und gegebenenfalls zusätzlich Muster 62C an den Patienten beziehungsweise die Bezugsperson können über die Kostenpauschale 40128 abgerechnet werden. Diese wird entsprechend erweitert.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

IP-Wunde 2.0 wird verlängert: Einschreibungen sind bis zum 31. Dezember möglich

FADUUSE ARRALEH
0421.34 04-150 | f.arraleh@kvhb.de
MICHAEL SCHNAARS
0421.34 04-154 | m.schnaars@kvhb.de

→ Der seit dem 1. April 2025 bestehende Selektivvertrag IP-Wunde 2.0 wurde um sechs Monate verlängert. Somit sind Neueinschreibungen bis zum 31. Dezember 2026 möglich.

Bereits eingeschriebene Versicherte können darüber hinaus noch bis zu sechs Monate im Rahmen des Vertrags behandelt werden. Leistungen können entsprechend noch bis spätestens 30. Juni 2027 abgerechnet werden.

..... 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.)



Teilnahme an Hilfekonferenzen bei der Komplexversorgung von Erwachsenen wird ab sofort vergütet

→ Der Ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) hat Änderungen an der Vergütung der Komplexversorgung schwer psychisch kranker Erwachsener beschlossen. Zu den Neuerungen gehören unter anderem zwei neue GOP für die Teilnahme an Hilfekonferenzen. Die Änderungen sind zum 1. Juli in Kraft getreten.

→ Mit dem G-BA-Beschluss wurde die Teilnahmemöglichkeit von Netzwerkmitgliedern (Ärzte, Psychotherapeuten, Kooperationspartner, Koordinationssperson etc.) an leistungsbereichsübergreifenden Hilfekonferenzen (SGB-übergreifende Hilfekonferenz) ergänzt.

Für die Teilnahme wurde die Aufnahme folgender Leistungen im EBM beschlossen:

- GOP 37555 für die SGB-übergreifende Hilfekonferenz:
 - 128 Punkte je vollendete 10 Minuten; höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig
 - Die Hilfekonferenz kann auch per Video erfolgen, der Technikzuschlag für Videosprechstunden (GOP 01450) ist im Zusammenhang mit der GOP 37555 dementsprechend berechnungsfähig.
 - Die GOP 37555 ist von Ärzten und Psychotherapeuten berechnungsfähig, die nach Kapitel 14, 16, 21, 22 oder 23 des EBM Leistungen berechnen dürfen.
- GOP 37556 als Zuschlag zur GOP 37555 bei Teilnahme eines nichtärztlichen beziehungsweise nichtpsychotherapeutischen Kollegen oder auch mehrerer solcher Kollegen:
 - 128 Punkte je vollendete 10 Minuten; höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig
 - Die GOP ist ausschließlich durch den Bezugsarzt beziehungsweise Bezugspsychotherapeuten berechnungsfähig
 - Die Vergütung der GOP 37556 ist durch den Bezugsarzt beziehungsweise Bezugspsychotherapeuten an den oder an die entsprechenden nicht-ärztlichen beziehungsweise nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer zu verteilen.

Weitere Anpassungen im EBM

→ Mit der Aufnahme der mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung neu eingeführten Berufsgruppe „Fachpsychotherapeut“ in die KSVPsych-RL erfolgt die Ergänzung der Fachpsychotherapeuten für Erwachsene in der dritten Bestimmung zum Abschnitt 37.5 EBM.

→ Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung im obligaten Leistungsinhalt der GOP 37525 (Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten) sowie eine Präzisierung des Aufgabenumfangs des Bezugsarztes beziehungsweise Bezugspsychotherapeuten durch Aufnahme eines dritten Spiegelstriches.

→ In der Leistungslegende und in der dritten Anmerkung zur GOP 37551 (Zuschlag zur GOP 37550) wird eine redaktionelle Korrektur vorgenommen.

**Ansprechpartner zur Abrechnung
für Psychotherapeuten:**

PETRA BENTZIEN
0421.34 04-165 | p.bentzien@kvhb.de

Ansprechpartner zur Abrechnung:

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de

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

Mehrere GOP im EBM- Abschnitt 11.4 zu künstli- cher Befruchtung geändert

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de

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

→ Der Bewertungsausschuss hat die Finanzierungsempfehlung zur künstlichen Befruchtung zum 1. Oktober 2026 neu gefasst. Die Anpassungen wurden aufgrund der Weiterentwicklung der humangenetischen In-vitro-Diagnostik in Abschnitt 11.4 EBM erforderlich.

→ Unter anderem wird die GOP 11351 (Cystische Fibrose – Gezielte Untersuchung auf die häufigsten Mutationen im CFTR-Gen) im Abschnitt 11.4.2 EBM (Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen) gestrichen.

→ Die (molekular-) zytogenetischen GOP 11501 bis 11503, 11506 und 11508 des Abschnitts 11.4.3 EBM (In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen bei syndromalen oder seltenen Erkrankungen) werden in die GOP 11715 bis 11719 überführt.

→ Die bisherigen Regelungen zur extrabudgetären Vergütung und bundeseinheitlichen Kennzeichnung nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses werden fortgeführt.

Für die Verordnung von Arzneimitteln gelten wieder Wirtschaftlichkeitsziele

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

→ Die KV Bremen und die Krankenkassen schließen jährlich eine Arzneimittelvereinbarung für das Land Bremen. Dabei wird insbesondere Wert auf Wirtschaftlichkeitsziele gelegt. Hier finden Sie die aktuelle Übersicht für das Jahr 2026.

→ Das Ausgabevolumen 2026 („Soll“) wird gegenüber dem Vorjahr um 4 Prozent gesteigert. Damit sollen unter anderem die Preissteigerungen im Arzneimittelbereich aufgefangen werden.

Arzneimittel oder Wirkstoffgruppe

ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Calcium-Antagonisten
Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BPH
Antidiabetika exklusive Insuline
Calcium-Antagonisten
GABA-Analoga
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
Mittel zur Osteoporosetherapie
Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer
Niedermolekulare Heparine
Interleukin 12/23- und Interleukin 23-Inhibitoren
starkwirksame orale und transdermale Opioide
Systemische Cortisongabe

Leitsubstanzen / Beispiele für Alternativen

Enalapril, Lisinopril und Ramipril
Enalapril, Lisinopril und Ramipril jeweils mit Amlodipin oder Nitrendipin
Tamsulosin
Metformin; ggf. Sulfonylharnstoffe; Empagliflozin, Dapagliflozin (bei gleichzeitig bestehender Nephropathie oder klinisch manifester Herzinsuffizienz); Liraglutid (bei gleichzeitig bestehender kardiovaskulärer Vorerkrankung oder kardiovaskulären Risikofaktoren)
Amlodipin und Nitrendipin
Gabapentin
Simvastatin, Pravastatin und Atorvastatin sowie zusätzlich Etezimib bei hohem kardiovaskulärem Risiko bzw. sehr hohen LDL-C-Werten
Alendronsäure, Risedronsäure und Ibandronsäure
Amitriptylin und Doxepin
Enoxaparin
Ustekinumab (Biosimilar-Präparate)
orales generisches Morphin
Prednisolon

Arzneimittel oder Wirkstoffgruppe

Adalimumab
Aflibercept
Bevacizumab
Eculizumab
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe
Denosumab
Etanercept
Golimumab
Filgrastim
Follitropin alfa

Biosimilar

Biosimilar
Biosimilar (ab Marktverfügbarkeit)
Biosimilar
Biosimilar
Biosimilar
Biosimilar
Biosimilar
Biosimilar
Biosimilar
Biosimilar

Quote

90%
30%
95%
30%
85%
60%
95%
30%
95%
90%

Infliximab	Biosimilar	95%
Insulin-Analoga (aspart, lispro, glargin)	Biosimilar	40%
Natalizumab	Biosimilar	30%
Omalizumab	Biosimilar	50%
Pegfilgrastim	Biosimilar	95%
Ranibizumab	Biosimilar	50%
Rituximab	Biosimilar	95%
Somatropin	Biosimilar	70%
Teriparatid	Biosimilar	70%
Tocilizumab	Biosimilar	35%
Trastuzumab	Biosimilar	95%
Ustekinumab	Biosimilar	55%

Arzneimittel oder Wirkstoffgruppe	Generika	Quote
Fingolimod		95%
Nilotinib		50%
Rivaroxaban		95%
Ticagrelor		80%

Arzneimittel-Vereinbarung 2026	Qualitative und quantitative Ziele	Quote
Antibiotika	rationaler Einsatz mit kritischer Indikationsprüfung, Zurückhaltung insbesondere bei Reserveantibiotika (z.B. Fluorchinolone, Cephalosporine)	
BCR-ABL-Tyrosinkinase-Inhibitoren	Verordnung von generischen Präparaten der Wirkstoffe Imatinib, Dasatinib oder Bosutinib, sofern es die medizinische Indikation zulässt	
Blutzuckerteststreifen	Blutzuckerteststreifen sind vorrangig rabattiert oder generisch und bei längerfristiger Indikation für intensiverte Messungen als Gesamtquartalsbedarf auf einem Rezept zu verordnen.	
Cannabis, Verordnungen nach § 31 Abs. 6 SGB V	VO von Fertigarzneimitteln, standardisierten Zubereitungen oder Extrakten. Einsatz von Cannabisblüten nur im medizinisch begründeten Ausnahmefall und nur zum Verdampfen. Die Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten.	
Migräneprophylaktika	Vorrangige Verordnung der Wirkstoffe Metoprolol, Propranolol, Flunarizin und Amitriptylin. Ggf. auch zur Therapie der chronischen Migräne zugelassene Arzneimittel mit Clostridium botulinum Toxin Typ A.	
HIV-Arzneimittel	Sofern indikations- und leitliniengerecht sowie auch aktuell lieferfähig, sollte auf Therapieschemata mit generisch verfügbaren Wirkstoffen bzw. Wirkstoffkombinationen zurückgegriffen werden.	
Hyposensibilisierung (spezifische Immuntherapie)	Bei Neueinstellungen und Umstellungen sind grds. zugelassene Therapieallergene zu wählen, sofern zugelassene Therapieallergene mit gleichem Applikationsweg zur Verfügung stehen. (Siehe Übersicht auf KVHB.de)	
Klimabewusste Inhalativa-Verordnung	Bei der Verordnung von inhalativen Arzneimitteln (Pulverinhalatoren, Dosieraerosole) zur Therapie von Asthma und COPD ist die S2k-Leitlinie „Klimabewusste Verordnung von Inhalativa“ zu beachten (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-059 , letzter Zugriff: 29.05.2024)	
Multimedikation/Polypharmazie	VO für Patienten, die dauerhaft fünf oder mehr Wirkstoffe erhalten, sind kritisch zu überprüfen. Empfehlungen von Fachgesellschaften (z. B. HÄ-LL Multimedikation) sind zu beachten.	

Für die Verordnung von Arzneimitteln gelten wieder Wirtschaftlichkeitsziele (Fortsetzung)

Protonenpumpenhemmer	nur indikationsgerechter Einsatz	-10%
Therapie - ADHS	vorrangig Methylphenidat	
Therapie - Asthma bronchiale	Ausschöpfung der Basistherapie Biologikatherapie: vorrangig Biosimilar-Präparate	
Therapie - Alzheimer	Verordnung von monoklonalen IgG1-Antikörpern gegen Beta-Amyloid nur nach kritischer Indikationsstellung für heterozygote Apolipoprotein E-ε4 (ApoE-ε4)-Träger oder ApoE-ε4-Nichtträger und nach einer durch geeignete Tests bestätigten Amyloid-Pathologie	
Therapie - atopische Dermatitis	Ausschöpfung der Basistherapie	
Therapie - chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Psoriasis, Rheuma	Ausschöpfung der Basistherapie Biologikatherapie: unter Berücksichtigung der Leitlinien vorrangig festbetragsgebundene TNFa-Inhibitoren, soweit verfügbar Biosimilar-Präparate	
Therapie - multiple Sklerose	Wirksamkeitskategorien 1 und 2*: vorrangig Generika-Präparate der Wirkstoffe Dimethylfumarat, Teriflunomid, Fingolimod oder Glatirameracetat	
Therapie - Prostatakarzinom	Antandrogen-Therapie: vorrangig Abirateron, soweit indiziert Abirateron: Berücksichtigung wirtschaftlicher Packungsgrößen	
Verbandmittel	Eine wirtschaftliche Versorgung setzt voraus, dass: → das Verbandmittel für das Wundstadium geeignet ist, → es zur Größe und Art der Wunde passt, → eine rationale und wirtschaftliche Wechselfrequenz beachtet wird, → bei Notwendigkeit mehrerer Verbandmittel, diese nur in sinnvoller Art und Weise miteinander im Wundbereich kombiniert werden. → Silberverbände sollten nur für infizierte Wunden über eine maximale Therapiedauer von 2 Wochen eingesetzt werden.	

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

* S2k-Leitlinie Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis Optica Spektrum und MOG-IgG-assoziierte Erkrankungen - Living Guideline

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

GOP 01648 für die Erstbefüllung der ePA kann weiter abgerechnet werden

→ Der Bewertungsausschuss hat die Vergütung der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) ein letztes Mal verlängert, und zwar bis zum 31. Dezember 2026.

Die GOP 01648 bleibt unverändert mit 89 Punkten (11,34 Euro) bewertet und wird weiterhin außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Sollte die gesetzliche Grundlage für die Leistung entfallen, endet die Regelung vorzeitig.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

Ambulantes Operieren: EBM und AOP-Katalog wurden zum 1. Juli angepasst

→ Für bestimmte Prozeduren im Zusammenhang mit Gastrostomie- oder Jejunostomiekathetern wurden zum 1. Juli neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Der AOP-Katalog (Abschnitt 2) wurde hinsichtlich der Kennzeichnung im Abschnitt 2 ebenfalls zum 1. Juli entsprechend angepasst.

→ Zum Hintergrund: Mit der Erweiterung des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs wurden für die Jahre 2023 und 2024 einige den OPS-Kodes zugeordnete GOP mit einem Sternchen (*) gekennzeichnet. Die so gekennzeichneten GOP können bei Durchführung der jeweiligen Prozedur befristet auch dann abgerechnet werden, wenn deren obligater Leistungsinhalt die für die Prozedur notwendigen Inhalte nicht oder nicht vollständig enthält. Der BA passt den EBM schrittweise an. Mit dem aktuellen Beschluss sind nun Anpassungen im EBM für einen weiteren Teil der Prozeduren erfolgt. Für die Anpassung des EBM im Zusammenhang mit der Endosonographie von Magen, Ösophagus, Duodenum, Gallenwegen und Pankreas und die Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchung im Zusammenhang mit einer MRT-gesteuerten perkutane Biopsie eines thorakalen Gelenkes gibt es noch keinen Beschluss, die Beratungen hierzu dauern an.

Neue Leistungen im EBM

→ Für den Wechsel und das Entfernen eines Jejunostomiekatheters entsprechend der OPS-Kodes 8-124.0 und 8-124.1 sowie für das Entfernen eines Gastrostomiekatheters entsprechend dem OPS-Kode 8-123.1 wurden die GOP 04517, 04519 und 04524 in den Abschnitt 4.5.1 EBM sowie die GOP 13413, 13414 und 13416 in den Abschnitt 13.3.3 EBM aufgenommen. Die Finanzierung erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

→ Ist für das Entfernen eines Gastrostomiekatheters eine Ösophago-Gastro-duodenoskopie erforderlich, kann die GOP 04511 oder 13400 abgerechnet werden. Deren Vergütung erfolgt bei entsprechender Kennzeichnung extrabudgetär.

→ Die neuen Leistungen im Überblick:

- 04517/13413 Wechsel eines Jejunostomiekatheters
1.197 Punkte/152,50 Euro
- 04519/13414 Entfernung eines Jejunostomiekatheters
878 Punkte/111,86 Euro
- 04524/13416 Entfernung eines Gastrostomiekatheters
51 Punkte/6,50 Euro

Weitere Anpassungen im EBM

→ Für den Wechsel eines Gastrostomiekatheters entsprechend der OPS-Kodes 8-123.00 und 8-123.01 erfolgen Anpassungen in der Legende und im obligaten Leistungsinhalt der bestehenden GOP 04513 im Abschnitt 4.5.1 EBM und der GOP 13412 im Abschnitt 13.3.3 EBM.

→ Im Abschnitt 2 des AOP-Katalogs gibt es für die perkutan-endoskopische Gastrostomie mit und ohne jejunale Sonde die OPS-Kodes 5-431.22 bis 5-431.29, denen die GOP 13412 zugeordnet ist. Da diese das Einführen einer jejunalen Sonde bisher nicht beinhaltet, erfolgt eine entsprechende Ergänzung im fakultativen Leistungsinhalt.

→ Mit den Anpassungen wird klargestellt, dass sowohl die Neuanlage als auch der Wechsel eines Gastrostomiekatheters einschließlich des Einführens einer jejunalen Sonde durch den Pylorus mit der GOP 13412 abgerechnet werden kann.

→ Im Abschnitt 4.5.1 EBM gibt es bereits den Zuschlag zu den GOP 04511, 04513 und 04514 nach der GOP 04515, der als obligater Leistungsinhalt das Einführen einer jejunalen Sonde beinhaltet.

Erweiterter Bewertungsausschuss beschließt Kürzungen in der Humangenetik

→ Die Ausgaben für humangenetische Untersuchungen werden reduziert. Das Sparpaket tritt zum 1. Oktober 2026 in Kraft. Vorgesehen sind unter anderem eine Absenkung der Bewertung humangenetischer Leistungen sowie zusätzliche Mengenstaffelungen auf Praxisebene.

→ Insgesamt soll der Leistungsbedarf für die humangenetische In-vitro-Diagnostik (EBM-Abschnitt 11.4) um rund 31 Prozent sinken. Die Krankenkassen begründen die Maßnahmen mit gesunkenen Kosten für Analysegeräte und Verbrauchsmaterialien. Aus Sicht der KBV gibt es dafür keinerlei Belege, weshalb sie gegen den Beschlussantrag gestimmt hat und parallel ein entsprechendes Kostengutachten erstellen lässt.

→ Zum Hintergrund: KBV und GKV-Spitzenverband haben seit längerer Zeit über die Weiterentwicklung der Humangenetik beraten. Ziel war es, die Mengendynamik in der Humangenetik zu begrenzen, ohne die Versorgung zu beeinträchtigen, und zugleich die Abrechnung transparenter zu gestalten. Entsprechend sieht der Beschluss neben finanziellen Anpassungen auch strukturelle Änderungen im EBM vor. Die Verhandlungen sind aufgrund deutlich auseinandergehender Positionen bei den vorgesehenen Kürzungen gescheitert, weshalb EBA eingeschaltet wurde.

Kürzungen vor allem bei der Sequenzierung

→ Zu größeren Einsparungen soll dem Beschluss zufolge vor allem die Neubewertung und Neustrukturierung der Untersuchungen mittels Sequenzierung zur Diagnostik seltener Erkrankungen (aktuell GOP 11513) beitragen. Künftig werden vier GOP eingeführt, die sich nach der Sequenzlänge richten. Die Leistungen sind einmal pro Krankheitsfall berechnungsfähig und unterliegen neuen Höchstwerten sowie einer praxisbezogenen Abstaffelungsregelung zur Mengensteuerung. Die Bewertung liegt dabei bis zu 25 Prozent unter dem bisherigen Niveau der GOP 11513. Insgesamt wird für die Sequenzierleistungen zur Diagnostik seltener Erkrankungen ein Leistungsbedarf in Höhe von 41 Prozent freigesetzt.

→ Neu ist zudem, dass ab Oktober umfangreiche Mutationssuchen mit einem Sequenzumfang von mehr als 40 Kilobasen mittels Sequenzierung ausschließlich von Fachärzten für Humangenetik sowie von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik durchgeführt und abgerechnet werden dürfen. Für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin ist dies künftig nicht mehr vorgesehen. Der EBA folgt damit der Musterweiterbildungsordnung, nach der die humangenetische Diagnostik und die ärztliche Bewertung komplexer genetischer Analysen dem Weiterbildungsinhalt der Fachärzte für Humangenetik zugeordnet sind.

→ Auch die Eigenerbringung weiterer humangenetischer Leistungen wird eingeschränkt. Die GOP des Kapitels 11 EBM werden in den entsprechenden Präambeln bei Kinderärzten, Dermatologen und Internisten gestrichen. Damit erfolgt eine Anpassung an die geltende Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Für vor dem 1. Oktober 2026 erteilte Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Abschnitte 11.3, 11.4.1 und 11.4.3 EBM gilt eine Übergangsregelung: Sie behalten ihre Gültigkeit bis zum Inkrafttreten einer neuen Qualitätssicherungsvereinbarung für genetische Untersuchungen.

Überblick zu den strukturellen Anpassungen

→ Eine zentrale strukturelle Neuerung ist die Einführung einer Zuschlagssystematik für die pathogenetischen Leistungen im Abschnitt 11.4.3 EBM. So sind künftig Zuschläge zu GOP für spezifische Erkrankungsgruppen berechnungsfähig. Mit dieser Weiterentwicklung soll eine erhöhte Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens und der Mengenentwicklung erzielt werden. Zur Integration der Diagnostik nicht-seltener genetischer Erkrankungen werden die GOP

des Abschnitts 11.4.4 in den Abschnitt 11.4.3 überführt; der Abschnitt 11.4.4 entfällt ersatzlos.

→ Maßgeblich zur Freisetzung von Leistungsbedarf trägt die Absenkung der Bewertungen molekulargenetischer Untersuchungen im Abschnitt 11.4 EBM bei. Die Auswirkungen wurden anhand der Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2024 simuliert. Insgesamt beträgt der Anteil der Bewertungsabsenkungen an der Leistungsbedarfsfreisetzung 56 Prozent.

→ Mit dem vorliegenden Beschluss werden darüber hinaus neue Höchstwertregelungen im Krankheitsfall eingeführt, die zur Einsparung von Leistungsbedarf beitragen:

→ Abschnittsübergreifender Höchstwert über alle molekulargenetischen GOP der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 EBM,

→ Methodenübergreifende Höchstwerte für Untersuchungen mittels Sequenzierung mit großem Untersuchungsumfang sowie Untersuchungen auf große Deletionen und Duplikationen (GOP 11726/11727 und 11730) und

→ Höchstwerte über die unterschiedlichen GOP für Sequenzierleistungen im Abschnitt 11.4.3 EBM (GOP 11724 bis 11727 und 11732). Neu eingeführte und bereits bestehende Höchstwertregelungen haben einen Anteil von 20 Prozent an der Leistungsbedarfsfreisetzung des Abschnitts 11.4 EBM.

Praxisspezifische Abstaffelungen

Bewertungsabsenkungen und Höchstwertregelungen werden durch die folgenden Abstaffelungsregelungen auf Praxisebene ergänzt:

→ Abstaffelung der GOP 11302 und 11305 des Abschnitts 11.4.1 EBM für die ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen,

→ Abstaffelung der GOP 11440 des Abschnitts 11.4.2 EBM für die Diagnostik des hereditären Mamma- und Ovarialkarzinoms,

→ Methodenübergreifende Abstaffelung der Sequenzierleistungen und Untersuchungen auf große Deletionen und Duplikationen des Abschnitts 11.4.3 EBM (GOP 11724 bis 11727, 11730, 11732 und 11743) und

→ abschnittsübergreifende Abstaffelung von GOP für molekulargenetische Untersuchungen, die keiner gesonderten Abstaffelung unterliegen.

Die neu eingeführten Abstaffelungsregelungen haben einen Anteil von 24 Prozent an der Leistungsbedarfseinsparung des Abschnitts 11.4 EBM.

Pränataldiagnostik

→ Humangenetische Untersuchungen nach den GOP 11716, 11717, 11719, 11724 bis 11727 sowie 11730 sind entsprechend ihrer Legendierung grundsätzlich nur postnatal berechnungsfähig. Mit Ausnahme der GOP 11730 (aktuell GOP 11512) entspricht dies der bisherigen Regelung im EBM. Mit dem Beschluss des BA wurde die Berechnungsfähigkeit von entsprechenden molekulargenetischen Untersuchungen bei vorgeburtlichen Indikationen in der Protokollnotiz Nr. 2 geregelt.

→ In der Bestimmung Nr. 2 zum Abschnitt 11.4 EBM wird mit diesem Beschluss eine Folgeregelung in den EBM aufgenommen, die die Regelung aus der Protokollnotiz ersetzt. Die Leistungen nach den GOP 11716, 11717, 11719, 11724 bis 11727 sowie 11730 sind demnach im Ausnahmefall pränatal berechnungsfähig und erfordern neben der Angabe der medizinischen Notwendigkeit eine Kennzeichnung nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der aktuell bestehende Abrechnungsausschluss der GOP 01793 für pränatale zytogenetische Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge neben GOP des Abschnitts 11.4.3 EBM wurde auf die zytogenetischen GOP 11715 bis 11717 beschränkt, die bereits Bestandteil des Leistungsumfangs der GOP 01793 sind. Diese Anpassung ist notwendig, da in bestimmten Fällen in Ergänzung zur Zytogenetik eine weiterführende molekular(zyto)genetische Diagnostik medizinisch notwendig sein kann.

Änderungen und Anpassungen in mehreren Abschnitten

- Im Abschnitt 11.4.1 EBM sind weiterhin fallbezogene Pauschalen der In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen zusammengefasst. Die Anpassungen im Einzelnen:
 - Die GOP 11301 wird neu bewertet und die Abrechnung vom Behandlungsfall auf den Krankheitsfall umgestellt.
 - Die GOP 11305 wird als Zuschlag zu den GOP 11727 und 11743 neu in den Abschnitt 11.4.1 EBM aufgenommen und vergütet den erhöhten Aufwand für die ärztliche Beurteilung und Befundung von besonders umfangreichen Sequenzanalysen von mehr als 40 Kilobasen. Diese GOP ist, wie auch die GOP 11727 und 11743, ausschließlich von Fachärzten für Humangenetik und Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
 - Die GOP 11302 und 11305 unterliegen einer Staffellung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal für beide GOP abgerechneten Gesamtpunktzahl.
 - Die GOP 11303 für die erneute Beurteilung und Befundung von genetischen Varianten unklarer Signifikanz ist zukünftig bereits nach mindestens einem Jahr berechnungsfähig. Damit können die in dieser Zeit erlangten wissenschaftlichen Erkenntnisgewinne entsprechend zeitnah für die Diagnostik genutzt werden.

- Die Struktur des Abschnitts 11.4.2 EBM wird vereinfacht, wobei die Systematik der indikationsbezogenen Einzelleistungen erhalten bleibt. Dabei werden GOP für eine mittlerweile obsolet gewordene Stufendiagnostik in indikationsbezogene Pauschalen überführt und die Leistungslegenden an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Es ergeben sich die folgenden Änderungen:
 - Cystische Fibrose: Streichung der GOP 11351. Der Leistungsinhalt der GOP 11351 wird von der vollständigen Untersuchung entsprechend GOP 11352 umfasst.
 - Noonan-Syndrom: Streichung der GOP 11355. Die molekulargenetische Diagnostik wird in der GOP 11356 zusammengefasst und der Leistungsinhalt der GOP 11355 in diese GOP überführt.
 - Muskeldystrophie Typ Duchenne-Becker: Streichung der GOP 11370. Die molekulargenetische Diagnostik wird in der GOP 11371 zusammengefasst.
 - Myotone Dystrophie Typ 1 und Typ 2: Die Vorgabe der anzuwendenden Untersuchungsmethode wird aus den Leistungslegenden der GOP 11390 und GOP 11395 gestrichen und die Berechnung für die Anwendung weiterer Untersuchungsmethoden geöffnet.
 - Hämophilie A: Streichung der GOP 11400. Der Leistungsinhalt der GOP 11400 ist aufgrund der inhaltlichen Anpassung der Leistungslegende der GOP 11401 zukünftig von dieser umfasst.
 - Spinale Muskelatrophie: Streichung der GOP 11411. Der Leistungsinhalt der GOP 11411 wird als fakultativer Leistungsinhalt in die GOP 11410 integriert.
 - Marfan-Syndrom Typ I: Streichung der GOP 11445. Die Untersuchungen nach den GOP 11444 und 11445 werden unter der neu gefassten Legendierung der GOP 11444 zusammengefasst.
 - Ehlers-Danlos-Syndrom Typ IV: Streichung der GOP 11447. Die Untersuchungen nach den GOP 11446 und 11447 werden von der neu gefassten Leistungslegende der GOP 11446 umfasst.
 - Syndrome mit thorakaler Aortenerweiterung: Streichung der GOP 11448. Molekulargenetische Untersuchungen entsprechend GOP 11448 sind zukünftig mit den GOP des Abschnitts 11.4.3 EBM berechnungsfähig.

- Im neu gefassten Abschnitt 11.4.3 EBM „In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen“ werden die GOP für die genetische Diagnostik bei syndromalen oder seltenen sowie nicht-seltenen genetisch bedingten Erkrankungen zusammengefasst. Die neue Struktur im Überblick:
 - Aufnahme von neun Erkrankungsgruppen als verpflichtende Grundleistung für alle in diesem Abschnitt aufgeführten pathogenetischen GOP zur Erhöhung der Transparenz auf Abrechnungsebene (GOP 11700 bis GOP 11708).

- Überführung und Eingliederung der GOP des Abschnitts 11.4.4 EBM für Untersuchungen zur Diagnostik nicht-seltener Erkrankungen in die neue Zuschlagssystematik (GOP 11731 und GOP 11732). Die Unterscheidung zwischen Untersuchungen zur Diagnostik von seltenen oder syndromalen Erkrankungen und nicht-seltenen genetisch bedingten Erkrankungen bleibt durch entsprechend differenzierte Leistungslegenden analog zur derzeitigen Leistungsstruktur bestehen.
- Aufwertung von bisher untervergüteten zytogenetischen Untersuchungen um insgesamt 14 Prozent:
 - Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne für weitere(molekular-) zytogenetische Analysen (GOP 11715),
 - Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse (GOP 11716) sowie
 - molekularzytogenetische Charakterisierung konstitutioneller chromosomaler Aberrationen an Interoder Metaphasen mittels In-situ-Hybridisierung (GOP 11717).
- Einführung einer neuen Systematik für die Mutationssuche mittels Sequenzierung zur Diagnostik seltener genetisch bedingter Erkrankungen (aktuell GOP 11513):
 - Überführung in insgesamt vier GOP mit unterschiedlichem Sequenzumfang (GOP 11724 bis GOP 11727).
 - Pauschale Abrechnung der Sequenzierung in Abhängigkeit von der auswerteten Sequenzlänge.
 - Neue Höchstwertkonstruktion zur Vermeidung der mehrfachen Vergütung bei gleichzeitiger Abrechnung von mehr als einer der vier GOP im Krankheitsfall.
 - Begrenzung der Abrechnung besonders umfangreicher Multigenanalysen von mehr als 40 Kilobasen kodierender Sequenz (GOP 11727) auf Fachärzte für Humangenetik und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik.
- Aufnahme der GOP 11743 für die erneute bioinformatische Auswertung besonders umfangreicher Mutationssuchen mit einem Sequenzumfang von mehr als 40 Kilobasen kodierender Sequenz (GOP 11727) nach Ablauf von mindestens einem Jahr, wenn die medizinische Fragestellung zum Zeitpunkt der ursprünglichen Analyse nicht beantwortet werden konnte. Durch die Einführung der GOP 11743 entfällt die Erfordernis einer erneuten Sequenzierung. Die übrigen, aktuell bestehenden GOP 11511, 11512 und 11516 bis 11518 für molekulargenetische Untersuchungen werden mit den GOP 11721 bis 11723, 11728 und 11730 fortgeführt.
- Die Krankenkassen werden einmalig zu einer nicht basiswirksamen Nachzahlung in Höhe von 20 Prozent des gegebenenfalls für 2026 gegenüber 2025 festzustellenden Mengenwachstums der Leistungen des Abschnitts 11.4 EBM verpflichtet. Beim Vergleich bleibt die Absenkung der Bewertungen für das vierte Quartal 2026 nicht korrigiert. Der Bewertungsausschuss legt die Nachzahlungsbeträge bis zum 31. Juli 2027 fest. Die Verteilung auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt nach dem gleichen Schlüssel wie bei der Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Aufteilung des Nachzahlungsbetrages auf die einzelnen Krankenkassen erfolgt aus Konsistenz- und Einfachheitsgründen mit demselben Verteilungsschlüssel, der für die Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die einzelnen Krankenkassen angewandt wird.

Weitere DMP-Schulungen können im Videoformat durchgeführt werden

- Seit dem 1. Juli 2026 können weitere Schulungen zu DMP im Videoformat durchgeführt werden. Den vertrauten Abrechnungsziffern muss dabei lediglich ein „Suffix“ angefügt werden.
- Bei folgenden Schulungen ist dies möglich:
 - „Medias 2 ICT“
 - „Die Ambulante Fürther Asthaschulung (NASA)“
 - „Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA)“
- Den vertrauten Abrechnungsziffern muss dabei lediglich ein „Suffix“ (V oder W) angefügt werden. Die Abrechnung ist möglich, wenn eine Genehmigung* der KV Bremen für Videosprechstunden vorliegt. Die Vergütung der Videoschulungen entspricht der Vergütung der Präsenzsulungen. Dadurch müssen Sie sich nicht mit neuen Ziffern vertraut machen, sondern lediglich mit den Suffixen. z.B. „MEDIAS 2 ICT“-Schulung (12 UE):
 - Präsenz-Schulung: GOP 99914/ als Video-Schulung: GOP 99914V
 - Präsenz-Nachschulung: GOP 99914N/ als Video-Nachschulung 99914W
 - Schulung mit Qualitätspauschale: es gilt sowohl in Präsenz, als auch im Videoformat die GOP 99914Q
- Bitte beachten Sie, dass die entsprechenden neuen Ziffern für Videoschulungen vorerst manuell in das PVS eingespielt werden müssen. Videoschulungen sind mittlerweile in mehreren DMPs möglich. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) veröffentlicht dazu die jeweils gültige Übersicht.
- Fragen dazu können Sie gerne an die KV Bremen richten.
- Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden dürfen, muss mindestens ein Präsenzangebot für die jeweiligen Schulungsindikationen von dem schulenden Leistungserbringer vorgehalten werden.
- *Grundvoraussetzung für die Videoschulungen ist eine Genehmigung der KV Bremen zur Videosprechstunde. Diese kann, sofern noch nicht erteilt, formlos über genehmigung@kvhb.de beantragt werden: „Hiermit erkläre ich, dass ich für die Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde einen zertifizierten Videodienstanbieter gem. Anlage 31b zum BMV-Ä nutze.“

SYLVIA KANNEGIESSER
0421.34 04-339 | s.kannegieser@kvhb.de
KATHARINA RÖSLER
0421.34 04-160 | k.roesler@kvhb.de
BRITTA KÖHNE
0421.34 04-196 | b.koehne@kvhb.de

Ab dem 1. Oktober gibt es ein neues DMP-Teilnahmeformular für Versicherte

- Ab dem 1. Oktober 2026 wird das aktuelle indikationsübergreifendes DMP-Teilnahmeformular für Versicherte angepasst. Dieses ersetzt alle bisherigen DMP-Teilnahmeformulare.
- Die neuen Formulare können ab dem 1. September 2026 in der KV Bremen abgeholt werden. Eingesetzt dürfen die Formulare erst zum 1. Oktober 2026.

MICHAEL SCHNAARS
0421.34 04-154 | m.schnaars@kvhb.de
FADUUSE ARRALEH
0421.34 04-150 | f.arraleh@kvhb.de
SYLVIA KANNEGIESSER
0421.34 04-339 | s.kannegieser@kvhb.de

Netzwerke zur Suizidprävention in Bremen und Bremerhaven

- Um die Suizidprävention zu stärken, hat sich Anfang des Jahres ein Suizidpräventionsnetzwerk für Bremen und Bremerhaven gegründet. Nun fanden im April und Juni Treffen der Steuerungsgruppe statt. Diese setzt sich aus Vertretern der Gesundheitsämter der beiden Städte Bremerhaven und Bremen, der Senatorischen Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, des Klinikums Reinkenheide und der Psychotherapeutenkammer Bremen zusammen.
- Die Steuerungsgruppe entwickelte einen ersten Fahrplan für weitere Schritte: Zur stärkeren regionalen Vernetzung sollen unter der Federführung der Gesundheitsämter in beiden Kommunen Netzwerke aufgebaut werden.
- Als ein primäres Ziel wird die Enttabuisierung des Themas Suizidalität verfolgt. Mit diesem Landesrundsreiben erhalten Sie Plakate, die an sichtbaren Orten in den Praxen aufgehängt werden sollen. Auf den Plakaten wird auf die Möglichkeit hingewiesen, sich über die Terminservicestelle zur Abklärung und Beratung einen Termin für eine Psychotherapeutische Sprechstunde vermitteln zu lassen.
- Am Freitag, 11. September 2026, findet um 18 Uhr in der Marktkirche Unser Lieben Frauen ein ökumenischer Gottesdienst anlässlich des Welttages zur Suizidprävention statt. Kirsten Kappert-Gonthier, MdB und KV-Mitglied, wird an diesem Abend eine Kanzelrede halten. Merken Sie sich gern diesen Termin vor.

Praxisdialog zur Klimagesundheit rund um die Geburt und frühe Kindheit

- Hitzewellen und hohe UV-Belastungen stellen insbesondere für Schwangere, Neugeborene und Kleinkinder ein wachsendes Risiko dar. Seit diesem Jahr gibt es dazu ein neues Projekt in Bremen – in Kürze findet zu diesem Thema ein Praxisdialog für Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen statt.
- Das Projekt „Klimagesund rund um die Geburt & frühe Kindheit“, gefördert von dem GKV-Bündnis für Gesundheit im Land Bremen, will die Gesundheitskompetenz von Schwangeren und (werdenden) Eltern über die Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen stärken. Der Fokus liegt auf der frühzeitigen Prävention in einem besonders sensiblen Lebensabschnitt und auf der wirksamen Vermittlung gesundheitsrelevanter Schutzmaßnahmen. Insbesondere Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen sollen unterstützt werden.
- Am Mittwoch, 30. September 2026, sind Ärzte, MFAs, MTAs, Pflege- und weitere Fachkräfte zur kostenfreien Vernetzungsveranstaltung und Praxisdialog eingeladen. Neben einem Impulsvortrag von Prof. Dr. Schleichner (Universitätsklinikum Jena) zu den Auswirkungen von Hitze auf Schwangerschaft und Kindergesundheit stehen Austausch und die gemeinsame Entwicklung von Unterstützungsansätzen für Familien im Mittelpunkt.
- Dauer: 14 – 17 Uhr
Ort: Bürgerhaus Weserterrassen, Osterdeich 70 b, 28205 Bremen
Der Veranstaltungsort ist barrierefrei. Die nächstgelegene Haltestelle des ÖPNV ist: St. Jürgen Straße
- Weitere Informationen und Fortbildungsangebote finden Sie auf der Projektwebsite www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/klimagesund-rund-um-geburt-und-fruehe-kindheit/

„Moin, wir sind die Neuen!“

Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor

52



Name: Dr. Birte Overbeck

Geburtsjahr: 1987

Geburtsort: Wedel

Fachrichtung: Humangenetik

Sitz der Praxis: Osterstr. 1A,
28199 Bremen

Niederlassungsform: Einzelpraxis

Kontakt: 0421-98974290
kontakt@genetik-bremen.de
www.genetik-bremen.de

Warum haben Sie sich niedergelassen?

Das war mit dem Antrag auf Sonderbedarfszulassung eine sehr bewusste Entscheidung diesen Weg gehen zu wollen und vor allem aus dem Gefühl heraus genau diese Form der Arbeit mit viel Freude und Motivation die nächsten 30 Jahre machen zu wollen!

Warum Bremen?

Da hat der Zufall mit reingespielt - hier gab es für mich die attraktivste Stelle nach dem Studium. Und auch wenn ich meine Heimatstadt Hamburg manchmal vermisste, mag ich es sehr, dass hier alles etwas kleiner ist und es trotzdem immer noch viel für mich zu entdecken gibt.

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

Immer daran zu glauben, auch wenn es besondere Hürden gibt und sich gute Weggefährten suchen. Dann kann man alles schaffen!

Von der KV Bremen erwarte ich...

...dass sie mir dort mit Rat und Tat zur Seite steht, wo ich sie brauche.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Auf alle Altersgruppen zu treffen und Zeit für schwierige Gespräche zu haben, die aufgrund der Tragweite genetischer Diagnostik trotz der eher wenigen Kontakte mit einer Person Spuren hinterlassen können.

Was ist das Besondere an Ihrer Fachrichtung?

Das ist vor allem die Dynamik der Entwicklung in der genetischen Diagnostik, die neben den Möglichkeiten auch diverse Herausforderungen mit sich bringt.

Wie entspannen Sie sich neben dem beruflichen Alltag?

Vor allem mit vielen verschiedenen kreativen Projekten, der Familie und Zeit mit Freundinnen.

Wenn ich nicht Ärztin geworden wäre, dann...

... war da mal die Idee Statistik zu studieren. Allerdings nie ernsthaft, der Wunsch Ärztin zu werden war schon ab dem Grundschulalter da und konnte nie vertrieben werden.

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

Kleinanzeigen

Mitglieder der KV Bremen inserieren kostenlos. Ihre Annonce können Sie aufgeben unter www.kvhb.de/kleinanzeigen oder schreiben Sie eine E-Mail an kleinanzeigen@kvhb.de. Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 16. August 2026. Mitglieder der KV Bremen können Inserate auch in der Online-Praxisbörse unter praxisboerse.kvhb.de kostenlos aufgeben.

Allgemeinpraxis (BAG/Anstellung)

Unsere top-aufgestellte Allgemeinpraxis in Bookholzberg mit freundl-engagiertem Team sucht ärztl. Verstärkg. (Teilhabersch./Anstellg.)
www.arzt-ganderkesee.de
Kontakt: wk.woyke@t-online.de

Gyn. Fachärztin/Arzt gesucht.

Anstellung in Teilzeit in Bremen-Horn.
Einarbeitung in Dyspl.-Spr.-Std. möglich.
Flexible Urlaubszeiten. Klimaanlage.
Kostenfreies Parken in Anwohnerstraße.
Kontakt: g-praxis@t-online.de

Kinderarzt/Kinderärztin gesucht

zur Nachfolge für KV Sitz in Gemeinschaftspraxis für Kinder-und Jugendmedizin in Bremen-Lesum zum 1.4.2027 gesucht.
Kontakt: mildner.ulrike@t-online.de

Ärztin/Arzt für die Praxis Bremen

Große Praxis mit versch. FA-Bereichen und Praxis-räumlichkeiten in Bremen-Nord sucht
Facharzt/in für Allgemeinmedizin m/w/d in VZ/TZ und Facharzt/in für Innere Medizin m/w/d in VZ/TZ.
Arbeitszeiten und Gehalt nach individ. Vereinbarung.
Frei von Bürokratie, Abrechnung und KV- Aufgaben durch erfahrendes Praxismanagement und Praxisteam.
Kontakt: bormann@praxisbremen.de

Praxisabgabe Frauenheilkunde

Umsatzstarke gynäkologische Gemeinschaftspraxis in Bremen Schwachhausen mit 2 Teilzulassungen (2 halben Arztsitzen) sucht Nachfolgerinnen. Eine Teilzulassung ist zum nächstmöglichen Termin, die 2. Teilzulassung zu 1/28 abzugeben.
Versch. Übergangsmodi denkbar, incl. Einarbeitung.
Kontakt: gabi.sail@web.de

Allgemeinärztin sucht Anstellung

15h/ Woche ab November 2026 oder später
Fachärztin 9 Jahre Sprechstundenerfahrung
Gerne nahe Bremen Zentrum
Chiffre: NZM17H

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.

Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

Zeitraum 1. Mai bis 30. Juni 2026

Zulassungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Nachfolger von
M. Sc. Klin. Psych. Felix Thießen - volle Zulassung -	Ostender Straße 1 28259 Bremen	Psychologische Psychotherapie	12.06.2026	
Katja Fränzel - halbe Zulassung -	Am Lunedeich 181 27572 Bremerhaven	Psychologische Psychotherapie	12.06.2026	
M.Sc. klin. Psych. Caroline Kluge - halbe Zulassung -	Rutenbergstraße 6 27568 Bremerhaven	Psychologische Psychotherapie	12.06.2026	
M.Sc. Julius Steinkopf - volle Zulassung -	Waldstraße 1 27570 Bremerhaven	Psychologische Psychotherapie	12.06.2026	

Verlegungen, Umzüge

Name	von	nach	Datum
Dipl.-Psych. Kerstin Winkler-Kassner	Wielandstraße 33 28203 Bremen	Rita-Bardenheuer-Straße 32 28213 Bremen	11.05.2026
Dipl.-Psych. Mirko Goedelt	Im Hollergrund 3 28357 Bremen	Edisonstraße 35 28357 Bremen	15.06.2026
Dipl.-Psych. Seung Mi Lee-Dehne	Wielandstraße 33 28203 Bremen	Rita-Bardenheuer-Straße 32 28213 Bremen	11.05.2026
Dipl.-Psych. Viktoria Knischewitzki-Bohlken	Schwachhauser Ring 5 28213 Bremen	Kornstraße 20 28201 Bremen	15.06.2026
Dr. med. Markja Melzer und Kollegen	Osterstraße 1a 28199 Bremen	Hermann-Helms-Straße 1 28279 Bremen	25.06.2026
Dr. med. Nora Heinrichsohn	Richard-Strauß-Platz 18 28209 Bremen	Richard-Strauß-Platz 4 28209 Bremen	12.06.2026
Dr. med. Sebastian Spatz	Bahnhofstraße 37-38 28195 Bremen	Am Dom 6 28195 Bremen	08.06.2026
Karin Geißlinger-Lietzau	Bahnhofstraße 37-38 28195 Bremen	Am Dom 6 28195 Bremen	12.06.2026
Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger u. schwerer Mehrfachbehinderung	Sankt-Jürgen-Straße 1 28205 Bremen	Friedrich-Karl-Straße 55 28205 Bremen	08.05.2026

Anstellungen

Name	Anstellende Betriebsstätte	Ort	Fachgruppe	Beginn
Dermot Connellan - volle Anstellung -	MVZ „Fachärztezentrum Hanse GmbH“	Sankt-Jürgen-Straße 1a 28205 Bremen	Allgemeinmedizin	05.05.2026
Dr. med. Said Ferdowsy - volle Anstellung -	MVZ Hausärzte Obervieland	Alfred-Faust-Straße 3 28277 Bremen	Allgemeinmedizin	01.06.2026
Dr. med. Silke-Anne Melbeck - halbe Anstellung -	MVZ Osterstraße GmbH	Osterstraße 1A 28199 Bremen	Allgemeinmedizin	01.05.2026
Kevin Rützel - volle Anstellung -	Dr. med. Gunther Liedtke und Dr. med. Tim Müller , Örtliche BAG	Burger Heerstraße 29 28719 Bremen	Allgemeinmedizin	05.05.2026
Michael Steiniger - dreiviertel Anstellung -	Dr. med. Gerd Burmester und Partner , Örtliche BAG	Osterholzer Heerstraße 162a 28325 Bremen	Allgemeinmedizin	05.05.2026
Dr. med. Joschka Dracklé - viertel Anstellung -	MVZ „Fachärztezentrum Hanse GmbH“	Sankt-Jürgen-Straße 1a 28205 Bremen	Anästhesiologie	05.05.2026
Dr. med. Mona Saad-Demeler - halbe Anstellung -	PD Dr. med. J. Meyer/Dr. med. Thomas Jehle/Dr. J. Müller/Dr. S. Müller/J. Jenneckens , kvüBAG	Hammersbecker Straße 224a 28755 Bremen	Augenheilkunde	01.05.2026
Dr. med. Julia Dehmel - halbe Anstellung -	Dr. med. Gunnar Bohlen	Landrat-Christians-Straße 124 28779 Bremen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.06.2026
Berenice Linden - viertel Anstellung -	Katja Hitzegrad und Dr. med. Astrid Kania , BAG	Hemmstraße 212 - 240 28215 Bremen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.06.2026
Milena Milusheva-Tsankova - halbe Anstellung -	MVZ „Fachärztezentrum Hanse GmbH“	Sankt-Jürgen-Straße 1a 28205 Bremen	Innere Medizin	05.05.2026
Dr. med. Paul Georg Auerswald - volle Anstellung -	Prof. Dr. med. Rüdiger Blindt und Prof. Dr. med. Karl Koch , Über-örtl. Berufsausübungsgemeinschaft	Osterstraße 1a 28199 Bremen	Innere Medizin und Kardiologie	05.05.2026
Shaza Khouri - halbe Anstellung -	Medizinisches Labor Bremen GmbH, MVZ	Louis-Leitz-Straße 2 28355 Bremen	Laboratoriumsmedizin	05.05.2026
Andreas Johannes Büschel - halbe Anstellung -	Prof. Dr. med. M. Spranger/ Dr. med. S. von Berg / C. Timm-Henssler, Zweigpraxis	Sankt-Jürgen-Straße 1a 28205 Bremen	Neurologie	16.06.2026
Christian Andreas - halbe Anstellung -	MVZ im Bremer Süden GmbH/Dr. M. Hünerkopf	Kirchhuchtinger Landstraße 31 28259 Bremen	Orthopädie und Unfallchirurgie	01.05.2026
Antonios Sakkas - viertel Anstellung -	MVZ Augenzentrum Speckenbüttel GmbH	Debstedter Weg 6 27578 Bremerhaven	Augenheilkunde	05.05.2026
Oana-Maria Stanciu - volle Anstellung -	Augenkompetenz Zentrum Bremerhaven MVZ GmbH/MVZ Augenzentrum Cuxhaven, KV-übergreifende BAG	Grashoffstraße 7 27570 Bremerhaven	Augenheilkunde	16.06.2026
Dr. med. (RUS) Grigory Stolyarov - dreiviertel Anstellung -	MVZ Augenzentrum Speckenbüttel GmbH	Debstedter Weg 6 27578 Bremerhaven	Augenheilkunde	16.06.2026
Prof. Dr. med. Michael Heine - halbe Anstellung -	PaDMol MVZ Bremerhaven GmbH	Postbrookstraße 101 27574 Bremerhaven	Pathologie	17.06.2026

Impressum

Herausgeberin: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Tel.: 0421.3404-0 | v.i.S.d.P.: Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans, Martina Kemme | Redaktion: Christoph Fox, Tonia Marie Hysky (RED) | Autoren dieser Ausgabe: Peter Kurt Josenhans, Christoph Fox, Tonia Marie Hysky, Christoph Sülz | Abbildungsnachweise: Christoph Fox (S. 5); Adobe Stock - Fareedoh (S.1; S.12); Adobe Stock - Anastasiya Marchenko (S. 1, S. 13); Adobe Stock - Ahnaf Tahmid (S.14-15); Adobe Stock - Rahman Studio (S. 1, S. 12-13); KV Bremen/Lehmkühler (S. 2); Privat (S. 17, S. 19, S. 52, S. 56) | Redaktion: siehe Herausgeberin, Tel.: 0421.34 04-181, 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. Das Landesrundschreiben enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für nichtärztliche Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie Ihren Mitarbeitern den Einblick in diese Ausgabe. Genderhinweis der KV Bremen: Die KV Bremen verfolgt einen diskriminierungsfreien Ansatz und spricht mit ihren Inhalten ausdrücklich alle Personengruppen gleichermaßen an. Es ist uns wichtig, dass durch die Beiträge im Landesrundschreiben der KV Bremen niemand benachteiligt oder diskriminiert wird. Deshalb nutzen wir vorzugsweise geschlechterneutrale Substantive. Da wir auch großen Wert auf eine allgemeinverständliche Sprache legen, verwenden wir mitunter personenbezogene Formulierungen im generischen Maskulinum. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Der Beratungsservice der KV Bremen

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

0421.34 04-

Abrechnungsberatung

Team Leistungsabrechnung

Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, Fachärztliche Kinderärzte, Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, Hausärztliche Internisten, Nichtvertragsärzte im Notfalldienst 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
Melissa Stork -197

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 Abrechnungsorganisation

Katharina Kuczkowicz -301

Team Abrechnungsservice

Isabella Schweppe -300

Abteilungsleitung

Anke Hoffmann -141

Janine Schaubitzer -315

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung

Nina Arens -372

Anushka Taylor -139

Abteilungsleitung

Mario Poschmann -180

Prüfung

Plausibilitätsprüfung (Abrechnung)

Christoph Maaß -115

Wirtschaftlichkeitsprüfung

(Verordnung, Behandlung)
Thomas Arndt -176

Qualitätssicherung

Neue Versorgungsformen (HzV, DMP, ...)

Sylvia Kannegießer -339

Inga Boetzel -159

Qualitätssicherung

Jennifer Bezold -118

Nicole Heintel -329

Kai Herzmann -334

Franziska Plohr -330

Olga Fabrizious -345

Abteilungsleitung

Christoph Maaß -115

Sandra Kunz (QM, Hygiene) -335

Zulassung

Arztregister Ärzte

arztregister@kvhb.de

Psychotherapeutenregister

Birgit Stumper -148

Zulassung

Manfred Schober (Ärzte) -332

Martina Plieth (Psychoth.) -336

Jan Schneidereit (Ärzte) -338

Abteilungsleitung

Maike Tebben -321

Johanna Viering -341

Rechtsfragen

Christoph Maaß

(u. a. Datenschutz) -115

Maike Tebben (Zulassung) -321

Anke Hoffmann (Abrechnung) -141

Honorar

RLV-Berechnung/

Praxisbesonderheiten (RLV)

Christina Köster -151

RLV-Anträge und Widersprüche

Kathrin Radetzky -195

Abschläge, Bankverbindung,

Kontoauszug

Martina Prange -132

Verträge

Abteilungsleitung

Matthias Metz -150

Julia Berg -150

Arzneimittel & Co.

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Michael Schnaars -154

Bereitschaftsdienst & TSS

Bremen und Bremen-Nord

Annika Lange -107

Kerstin Lünsmann -103

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

TSS

Regina Albers -382

Abteilungsleitung

Stefanie Hornemann -157

Formulare und Vordrucke

Formularausgabe, Zentrale

Kamila Cicek -0

Petra Conrad-Becker -106

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

Formulare & Aktenvernichtung

Wolfgang Harder -178

Abteilungsleitung

Jessica Sperl -177



Das Gesicht hinter der Rufnummer

0421.34 04-338

Jan Schneidereit ist Ihr Ansprechpartner für
Fragen rund um die ärztliche Zulassung und die
Niederlassungsberatung.