

landesrundschriften

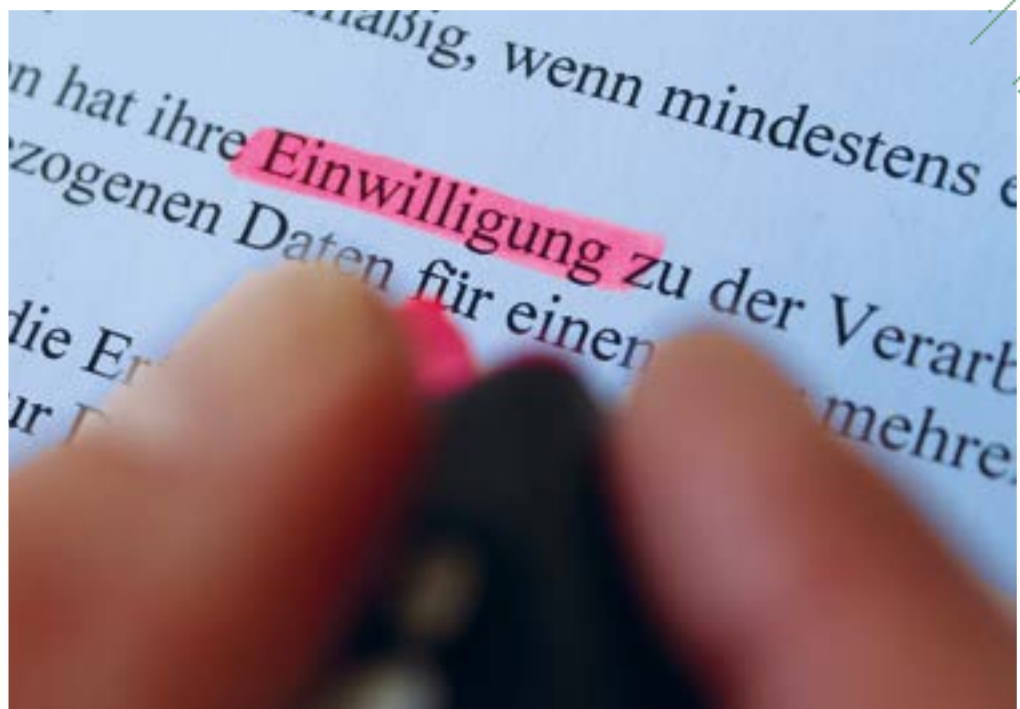
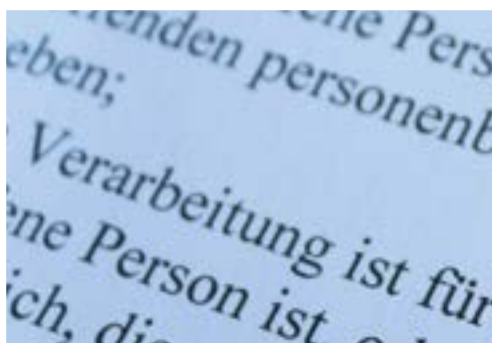
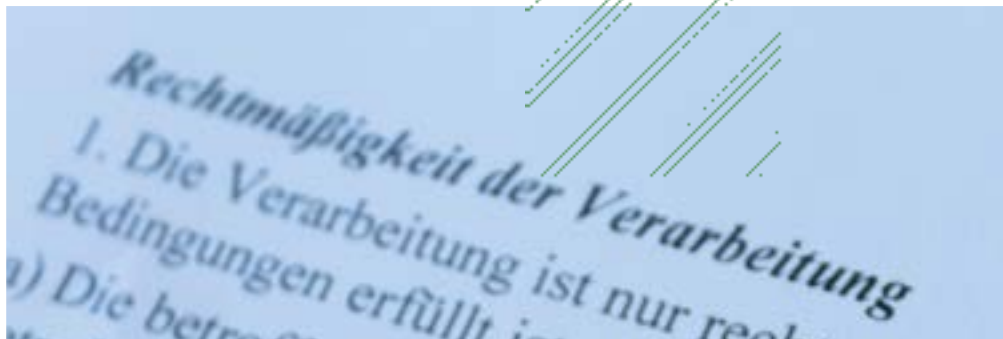
Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 1 | 24. Januar 2019

KV-Umlage bleibt bei 2,03% ↳ 04
Terminservice-Gesetz ↳ 06
Gesamtvergütung steigt ↳ 08
Patienten-Einwilligungserklärung ↳ 10
Homepage & Google-Ranking ↳ 14
Zweitmeinung wird Kassenleistung ↳ 20
Onkologie-Vereinbarung ↳ 26
Honorarbericht 3/2018 ↳ 36

Viel Neues zum Start

Änderungen zum 1. Januar 2019 ↳ 16





DR. JÖRG HERMANN
Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vermutlich haben Sie Freunden und Verwandten zu Silvester ganz oft „Gesundheit“ im neuen Jahr 2019 gewünscht. In der Tat sind ein Gefühl der Sicherheit, ein halbwegs gesichertes Einkommen und ganz zuvorderst die Gesundheit die drei tragenden Säulen der Daseinsfürsorge und damit essenziell für die Lebensqualität der Menschen in unserem Land. Politisch werden die Felder durchaus unterschiedlich bedient: Punkt eins vornehmlich von der AfD, Punkt zwei eher von den Linken, Punkt drei von unserem Duo infernale Lauterbach und Spahn. Da die Politik nicht wirklich etwas für die Gesundheit tun kann, denn das tun Ärztinnen und Ärzte, Krankenpfleger, MFA und Rettungssanitäter, wird den Versicherten = Wählern reichlich Puderzucker eingeblasen. In den Augen wirkt der wie Streusand. Das Volk ist begeistert, dass die Ärzte und Psychotherapeuten nun mal endlich zu mehr Arbeit angetrieben werden. Nur wenige, differenzierte Mitbürger erkennen die Hirnrissigkeit der drohenden Regelungen. Ohne jede Not wurde die Chance vertan, den Jahre alten Widerspruch aufzulösen: mehr Leistungen fordern und Leistungsbeschränkung per Budget verordnen. Die sinkende Gesamtarztleistung hätte das Risiko für die Krankenversicherung bei Abschaffung der Budgets sehr klein gemacht. Weil das aber nicht geschah, und weil die amtlich verordnete Chaotisierung der Praxisabläufe ohne jede Frage zu Frust bei Patienten und Ärzten führen muss, wage ich eher kein gutes Jahr vorherzusagen. Im Gegenteil.

Bei aller Geringschätzung für die Ärzteschaft, die uns die Politik spüren lässt (→ S. 06), sind die ärgsten Feinde von Ärzten doch immer wieder Ärzte. Es macht mich fassungslos, wenn der Vorstand des Hausärztesverbandes vor vielen Zeugen zum Besten gibt, dass die Mehrzahl der Hausärzte vielleicht mal für ein paar Quartale auf Einnahmen aus den Hausarztverträgen verzichten müsse. Dies sei ein angemessenes Opfer für die Autonomie der Hausärzte. Wie bitte? Gemeint ist doch wohl der wirtschaftliche Erfolg der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft, HÄVG AG. Wir haben uns hier ein Bein ausgerissen, ehrenamtlich tätige Kollegen haben reichlich Freizeit geopfert, nur damit die HzV-Verträge lückenlos und ohne Unterbrechung weiterlaufen können. Dagegen schießt der Hausärztesverband aus allen Rohren (→ S. 05). Liebe Kollegen, das kann nicht der richtige Weg sein. Wenn wir nicht gemeinsam unsere bedrohte Spezies verteidigen, wird es uns ganz sicher nicht besser gelingen, unsere berechtigten Forderungen bei der Politik zu Gehör zu bringen.

Wenn Sie auf den Dachboden steigen und die Weihnachtsbaumkugeln wegräumen, suchen Sie doch mal nach der verstaubten Kiste mit der Aufschrift „Kollegialität“. Ich wusste deren Inhalt Zeit meines Arbeitslebens immer zu schätzen. Reaktivieren Sie mal wieder Ihren kollegialen Nachbarschaftszirkel; „Panningrunde“, „Westweiber“, ... Der informelle Austausch zwischen Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Fächer ist essenziell für das Funktionieren des Systems und für unser eigenes Wohlbefinden. Nehmen Sie sich das für 2019 vor. Mit der Diät wird es ja eh nichts ...

Mit den besten kollegialen Grüßen

Ihr

Dr. Jörg Hermann
Vorsitzender der KV Bremen

↳ AUS DER KV

- 04** — Auch 2019 bleibt die KV-Umlage bei 2,03 Prozent: Wie lange noch?
- 06** — TSVG: Krankenkassen machen Ärzten Vorwürfe
- 07** — TSVG: Psychotherapeuten machen Spahn Druck
- 08** — Gesamtvergütung steigt 2019 um mehr als acht Millionen Euro
- 09** — Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

↳ IM BLICK

- 10** — Einwilligungserklärungen – Was der Datenschutz fordert und was nicht

↳ IN PRAXIS

- 14** — Ihre Praxishomepage: Wie Sie Patienten und Google überzeugen
- 16** — Auf einen Blick: Das ist neu zum 1. Januar 2019
- 18** — Sie fragen – Wir antworten

↳ IN KÜRZE

- 19** — **Meldungen & Bekanntgaben**
 - Häusliche Krankenpflege: Versichertenpauschale wird für Hausärzte erhöht
 - Neue GOP für Beratung von Heimbewohner bei der Versorgungsplanung
- 20** — Ärztliche Zweitmeinung ist jetzt Kassenleistung
- 22** — Vergütung für Knochendichtemessung wird jetzt erhöht
 - Stoßwellentherapie beim Fersensporn ist jetzt Kassenleistung
 - Einrichtungsbefragung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen wird nachträglich bezahlt
- 23** — Medikationsplan: Übertragung auf eGK vorgesehen
 - Baucharten- und Uro-Genital-Screening am selben Tag berechnungsfähig
 - Zuschlag neuropädiatrische Betreuung bekommt neuen ICD-Code
 - Samstagszuschlag für Radiologen und Strahlentherapeuten
- 24** — Humangenetik: GOP 11235 und 11236 weiter ohne Genehmigung
 - Neue GOP für tumorgenetische Veränderungen
 - Nachweisgrenze bei Mutationen entfällt
- 25** — Sauerstofftherapie bei Fußsyndrom auch von Dermatologen abrechenbar
 - ASV: Zwei neue Leistungen für rheumatische Erkrankungen
 - Neuer EBM kommt 2020: Zeitplan offiziell beschlossen
- 26** — Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2019
- 27** — Fehler beim Wirtschaftlichkeitsbonus wird automatisch korrigiert
 - Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad ohne Genehmigung
 - Neuer Wiedereingliederungsplan wird von Rentenversicherung akzeptiert
- 28** — HPV-Impfung für Jungen ist jetzt Kassenleistung
 - Impfung gegen Gürtelrose ist noch keine Kassenleistung
 - Rückzieher der DAK beim Genehmigungsvorbehalt
- 29** — Verordnung von Behandlungspflege in der Behindertenhilfe ist jetzt möglich
 - Hilfsmittel-Richtlinie: Änderungen bei Menschen mit Mehrfachbehinderung
- 30** — IKK-Hausarztvertrag unterschrieben
 - Verträge zu Begleiterkrankungen Diabetes/Hypertonie mit DAK geschlossen
- 31** — TK und Securvita BKK: Neue Teilnahmeerklärungen verwenden
 - Änderungen in der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie
- 32** — Telematik-Infrastruktur: Vierter Konnektor zugelassen
 - DMP-Feedback-Berichte sind nun im KV-Portal verfügbar
- 33** — Famulatur: Auszahlungsfrist beachten
 - Seminar zur Hypertonieschulung in der Arztpraxis
- 34** — Kurs für Teilnehmer im KV-Bereitschaftsdienst
 - Kurs für angehende Hygienebeauftragte Ärzte
- 35** — Verwaltungskostensätze der KV Bremen für 2019
- 44** — Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

↳ IN ZAHLEN

- 36** — Honorarbericht für das Quartal 3/2018

↳ SERVICE

- 45** — Kleinanzeigen
- 48** — Der Beratungsservice der KV Bremen
- 43** — Impressum

Auch 2019 bleibt die KV-Umlage bei 2,03 Prozent: Wie lange noch?

Auch in diesem Jahr bleibt der Verwaltungskostensatz der KV Bremen bei 2,03 Prozent und gehört weiterhin zu den deutschlandweit niedrigsten. Auf der Sitzung der Vertreterversammlung am 4. Dezember 2018 wurde erstmals die Sorge laut, dass sich dies ändern könnte.

↳ 13 Jahre unangetastet: Zuletzt wurde die Verwaltungskostenumlage der KV Bremen im Jahr 2006 angehoben – und damals auch lediglich um 0,03 Prozent. In den vergangenen Jahren ist es der KV Bremen gelungen, die Einnahmen und Ausgaben in der Waage zu halten. Die Gleichung war immer eine einfache: Die Gesamtvergütung der Ärzte und Psychotherapeuten ist kontinuierlich angestiegen und damit auch die Einnahmen aus der Umlage. Dadurch konnten die steigenden Ausgaben für die KV-Verwaltung kompensiert werden, die sich insbesondere speisen aus wachsenden Personalausgaben und kostspieligen politische Vorgaben und Gesetzen – zuletzt die Einführung der Terminservicestellen.

Auch im Vergleich zu anderen Kassenärztlichen Vereinigungen kann sich Bremen sehen lassen. 2017 hatte das Internetportal Ärztenachrichtendienst die Verwaltungskostensätze aller KVen gegenübergestellt; ein schwieriges Unterfangen, weil verschiedene Systematiken einen echten Vergleich kompliziert machen. Deutlich wurde allerdings, dass die Umlage allenfalls in Sachsen-Anhalt ähnlich niedrig ist wie in Bremen. Alle anderen KVen erheben höhere, teilweise deutlich höhere Kostensätze!

Und dabei bleibt es zunächst. Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat auf ihrer Sitzung am 4. Dezember den Haushalt für 2019 verabschiedet und den Verwaltungskostensatz bei 2,03 Prozent belassen. „Ich freue mich sehr, dass es uns trotz widriger Umstände gelungen ist, einen robusten Haushalt aufzustellen“, betont der stellvertretende KV-Vorstand Frank Völz. Zu den widrigen Umständen trägt der Gesetzgeber kräftig bei. Im geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetz sind immer noch etliche Passagen enthalten, die vor allem eins sind: teuer für Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Standesorganisationen. Der Plan die Terminservicestellen 24/7 zu betreiben, steht dafür exemplarisch. Die KV Bremen rechnet daher mit einem Verlust in Höhe von 480.000 Euro für 2019. Dieser

Vertreterversammlung
vom 4. Dezember 2018

Verlust wird durch eine Entnahme aus den Rücklagen kompensiert. „Ohne diese sich abzeichnenden Mehrausgaben, die sich aus dem Gesetz ergeben, erreichten wir annähernd eine schwarze Null“, rechnet Völz vor.

Ein weiteres finanzielles Risiko droht von anderer Seite. In den vergangenen Jahren ist es der KV Bremen gelungen, Hausarztverträge mit diversen Krankenkassen abzuschließen. Über diese Verträge sind jährlich zwischen fünf und sechs Millionen Euro an die teilnehmenden Hausärzte ausgeschüttet worden. Die Abrechnung läuft über die KV. Dies zu ändern, ist das erklärte Ziel des Bremer Hausärzterverbandes, der die KV-Verträge erbittert bekämpft. Der Deutsche Hausärzterverband betreibt selbst eine Abrechnungsgesellschaft und verfolgt daher wirtschaftliche Eigeninteressen. Sollte der Verband mit seinen Attacken gegen die KV-Verträge Erfolg haben, bricht nicht nur mit einem Schlag ein erkleckliches Honorarvolumen weg. Entschließen sich die Bremer und Bremerhavener Hausärzte dazu, an den Verträgen des Hausärzterverbandes teilzunehmen, würde weiteres Honorar aus der Gesamtvergütung im Kollektivvertrag bereinigt. Die Konsequenz wäre so naheliegend wie unabwendbar: Die KV Bremen müsste die Umlage erhöhen. Denn die Verwaltungsaufgaben blieben dieselben; das Abrechnungsgeschäft, die Qualitätssicherung, das Zulassungsgeschehen, etc. laufen weiter.

Dieses Szenario hat nicht nur eine finanzielle Dimension. Es könnte befördern, was keiner will – einen Hausarzt-Facharzt-Konflikt in Bremen und Bremerhaven. Denn Fachärzte und Psychotherapeuten werden es sich nicht lange gefallen lassen, dass sich die Hausärzte der Finanzierung der Gemeinschaftsaufgaben entziehen. Ein Streit darüber, wie die Umlage erhöht werden soll und wie die Hausärzte daran zu beteiligen wären, würde neue Gräben aufreißen. ←

➔ AUS DER VERTRETERVERSAMMLUNG

Kritik am 100.000-Euro-Brief

Mit deutlichen Worten hat der Vorsitzende der Vertreterversammlung Dr. Stefan Trapp das Vorgehen des Hausärzterverbandes Bremen kritisiert. Auf der Sitzung am 4. Dezember betonte er, dass es unredlich sei, ehrenamtliche Vertreter der Bremer Hausärzte einzuschüchtern, die den finanziellen Interessen des Verbandes im Wege stünden. Der Hausärzterverband Bremen hatte die Vorsitzenden der Neuen Hausarztliste (NHL) und der Vereinigung Hausärztlicher Internisten (VHI) per strafbewehrter Unterlassungserklärung über 100.000 Euro daran hindern wollen, sich an der Weiterentwicklung der Hausarztverträge zu beteiligen.

Aufwandentschädigungen werden leicht erhöht

Die Aufwandentschädigungen für Ehrenamtler in der KV Bremen werden leicht angehoben. Das hat die Vertreterversammlung der KV Bremen am 4. Dezember 2018 beschlossen. So erhalten zum 1. Januar 2019 beispielsweise die Mitglieder des Hauptausschusses eine monatliche Entschädigung von 1000 Euro brutto, vorher waren es 970 Euro.

TSVG: Krankenkassen machen Ärzten Vorwürfe

Pünktlich zur ersten Lesung im Bundestag über das Terminservice- und Versorgungsgesetz haben die Krankenkassen ihre Propagandamaschine angeworfen: Praxen sollten vermehrt abends und am Samstag Sprechstunden anbieten. Die Verunglimpfung eines ganzen Berufsstandes hat eine neue Dimension angenommen.

↳ Es hat Tradition, dass die Krankenkassen sich zum Jahresende, in der Sauren-Gurken-Zeit, wenn sich Themen besonders leicht in den Medien platzieren lassen, zu Wort melden. Und häufig richtet sich die Kassenschelte gegen die Ärzteschaft. Im abgelaufenen Jahr 2018 holte der Vize-Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johann-Magnus von Stackelberg, gegen niedergelassene Ärzte aus. Er forderte, dass viel mehr Praxen in den Abendstunden und am Samstag öffnen sollen. „Krankheiten richten sich nicht nach den Lieblingsöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte“, äußerte sich der Kassenfürst gegenüber der Deutschen Presse-Agentur im Wissen, dass diese Aussage vielfach zitiert werden würde. Außerdem sollten Ärzte, die nur die Mindestzahl von derzeit 20 Sprechstunden pro Woche anbieten, in dieser Zeit keine „Privatleistungen verkaufen“.

Der Widerspruch der Ärzteschaft kam schnell und vehement. „Die Kollegen arbeiten am Limit und darüber hinaus“, hob Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery hervor. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erklärte einmal mehr, dass Sprechstundenzeiten nicht mit der tatsächlichen Arbeitszeit eines Arztes gleichzusetzen sind und die meisten Praxen deutlich mehr Sprechstunden abhalten als sie müssten. Ob die Parlamentarier diese Richtigstellung zur Kenntnis genommen haben, ist fraglich. Sicher ist, dass sie die Aussagen der Krankenkassen wahrgenommen haben. Denn die Stackelberg-Attacke war zeitlich klug gesetzt - kurz vor der ersten Lesung im Bundestag zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Dieses

sieht unter anderem vor, die Mindestsprechstundenzeiten von derzeit 20 Stunden auf 25 Stunden heraufzusetzen. Zwar wurde am 13. Dezember das Gesetzesvorhaben mit in den Gesundheitsausschuss überwiesen, so dass es noch mit Änderungen zu rechnen ist; beispielsweise beim geplanten Stufenmodell für Psychotherapien (→ Seite 07). Im Gegensatz dazu gilt die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten in Arztpraxen als konsentiert. Der Bundestag beschließt im Februar und bereits zum 1. April soll das TSVG in Kraft treten. ←(RED)

↳ DER ZEITPLAN FÜR DAS TSVG

01.04.2019	Inkrafttreten
15.03.2019	2. Durchgang Bundesrat
21./22.02.2019	2./3. Lesung Bundestag
28.01.2019	Anhörung im Gesundheitsausschuss
13.12.2018	1. Lesung Bundestag
23.11.2018	1. Durchgang Bundesrat
26.09.2018	Kabinettsbeschluss
22.08.2018	Verbändeanhörung
23.07.2018	Referentenentwurf

Anmerkung: Das Gesetz ist zustimmungsfrei, das heißt der Bundesrat kann lediglich Einspruch einlegen. Ein solcher Einspruch kann durch den Deutschen Bundestag überstimmt werden.

TSVG: Psychotherapeuten machen Spahn Druck

Geradezu über Nacht ist der Entwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz um eine Passage zur Versorgungssteuerung in der Psychotherapie erweitert worden. Die Psychotherapeuten haben ihrem lauten Protest eine Petition folgen lassen – die größte in der Geschichte des Deutschen Bundestages. Dass der Gesundheitsminister einknickt, gilt als sicher.

↳ Mit solch einem Gegenwind haben die Ministerialen im Bundesgesundheitsministerium mit Sicherheit nicht gerechnet, als sie kurz vor der ersten Lesung im Bundestag dem Entwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) um eine Passage ergänzten. Es geht um den Zugang zur Psychotherapie. Demnach sollte der Gemeinsame Bundesausschuss „Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung“ entwickeln. Angedacht war ein mehrstufiges Verfahren, bei dem ein Arzt oder Psychotherapeut – und nicht etwa der spätere Behandler - zunächst die Dringlichkeit eines Falls bewertet und gegebenenfalls an einen Therapeuten weiterleitet. Zur Erinnerung: Erst vor zwei Jahren wurde die psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt. Und nun wieder ein Systemwechsel und weitere Regulierungen?

Folgerichtig löste diese Idee aus dem Hause des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn eine Welle der Empörung unter Psychotherapeuten und Ärzten aus. Und noch mehr. Diverse Psychotherapeutenverbände haben im November vergangenen Jahres eine Petition gegen dieses Vorhaben beim Deutschen Bundestag eingereicht. Nach wenigen Tagen war das Quorum von 50.000 Unterzeichnern erreicht. Am Ende der Zeichnungsfrist hatte die Petition 205.331 Unterstützer. Ein Rekord. So viele Mitzeichner gab es zuvor bei keinem anderen Anliegen.

Da passt es ins Bild, dass der Bundesrat das Vorhaben entschieden abgelehnt hat und auch die SPD es rundweg ablehnt. Unterdessen hat Minister Spahn kleinlaut erklärt, er wolle sich der Diskussion stellen. Man muss kein Prophet sein, um zu erahnen, dass dieses Stufenmodell bald ad acta gelegt wird. ← (RED)

↳ DIE TOP-5-PETITIONEN IM DEUTSCHEN BUNDESTAG

gemessen an der Anzahl der Unterzeichner (inklusive online)

Unterzeichner	Jahr	Petition
205.331	2018	Petition zur Ablehnung des Gesetzentwurfs zum TSVG, Einführung einer gestuften und gesteuerten Versorgung in der Psychotherapie
186.356	2010	Petition gegen die steigenden Haftpflichtprämien und die allgemeine schlechte Bezahlung von freiberuflichen Hebammen
134.000	2009	Petition „Keine Indizierung und Sperrung von Internetseiten“
128.193	2008	Petition zur „Halbierung der Besteuerung von Diesel und Benzin“
121.819	2010	Petition gegen ein befürchtetes Verkaufsverbot von Heilpflanzen und einer damit möglicherweise verbundenen Deklaration und Lizenzierung in der EU.



Gesamtvergütung steigt 2019 um mehr als acht Millionen Euro

Das Honorarpaket für 2019 ist geschnürt. Gut acht Millionen Euro können in diesem Jahr mehr unter die Ärzte und Psychotherapeuten im Bereich der KV Bremen verteilt werden.

AUSZUG AUS DEM HONORARPAKET FÜR 2019

- Orientierungspunktwert steigt auf 10,8226 Cent (+1,58 %). **ca. 3,6 Mio €**
- Auf die MGV gibt es 0,35 Prozent für höhere Morbidität. **ca. 800.000 €**
- Für die EGV sind zusätzlich zirka 3,5 Mio. Euro geplant. **ca. 3,5 Mio €**
- Vergütungspauschalen für Schutzimpfungen werden erhöht. **ca. 200.000 €**
- Die Wegegelder für Besuche werden um 1,58% erhöht. **ca. 10.000 €**

MGV=Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung: Die Krankenkassen stellen eine begrenzte Geldsumme bereit. Das Regelleistungsvolumen (RLV) ist beispielsweise Bestandteil der MGV.

EGV=Extrabudgetäre Gesamtvergütung: Das extrabudgetäre Honorar wird zu 100 Prozent von den Krankenkassen ausgezahlt, ganz gleich, wie häufig die Leistungen abgerufen wurden.

⇒ Die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen für das Jahr 2019 sind abgeschlossen. Die Gesamtvergütung in Bremen steigt um gut acht Millionen Euro. Das Ergebnis liegt damit deutlich über der bundesweiten Steigerungsrate.

Der regionale Orientierungspunktwert erhöht sich um 1,58 Prozent auf nunmehr 10,8226 Cent. Diese „Preiserhöhung“ betrifft alle EBM-Leistungen, also auch die extrabudgetären. Darüber hinaus wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um ca. 0,35 Prozent erhöht.

Alle geförderten Leistungsbereiche bleiben bestehen. Die Vergütung für Schutzimpfungen wird angepasst und führt insgesamt zu einem Anstieg von 9,4 Prozent. Die Wegegelder bei Besuchen werden um 1,58 Prozent angehoben. ⇐

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

Reform: Medizinstudium

Berlin | Das Zulassungsverfahren für das Medizinstudium soll zum Sommersemester 2020 reformiert werden. Die Wissenschaftsminister haben sich auf einen Entwurf für einen Staatsvertrag verständigt. Demnach entfällt die Wartesemester-Quote, die Abitursbestenquote wird erhöht, eine neue Eignungsquote soll Bewerbern unabhängig von ihrer Abiturnote Chancen eröffnen. Der Entwurf muss noch von den Parlamenten der 16 Bundesländer abgesegnet werden. 2017 hatte das Bundesverfassungsgericht das aktuelle Zulassungsverfahren für teils verfassungswidrig erklärt. ←

Reform: Psychotherapiestudium

Berlin | Das Bundesgesundheitsministerium hat Pläne für einen eigenen Studiengang Psychotherapie vorgelegt. Der neue Ausbildungsweg sieht ein fünfjähriges Hochschulstudium der Psychotherapie vor, das sich aus drei Jahren Bachelor und zwei Jahren Master zusammensetzt. Die bisherige Ausbildung gilt als teuer und langwierig. Die Reform, der der Bundestag und die Länder im Bundesrat zustimmen müssen, soll im Laufe des Jahres beschlossen werden. ←

Krankenhäuser melden sich von der Notfallversorgung ab

Bremen | Nach Recherchen des NDR sollen im vergangenen Jahr Krankenhäuser in Bremen überdurchschnittliche viele Intensivkapazitäten von der Notfallversorgung abgemeldet haben. Im Zeitraum von November bis Dezember 2018 wurde die Kommunikation zwischen Rettungsleitstellen und Kliniken ausgewertet. Zwar hätten Kliniken im gesamten norddeutschen Raum dieses Problem, Krankenhäuser in Bremen und Niedersachsen seien aber besonders betroffen. So habe das Bremer Klinikum Links der Weser eine besonders hohe Abmeldequote bei der Leitstelle. Eine Sprecherin des Klinikverbundes Geno erklärte, dass die Notaufnahmen nicht grundsätzlich abgemeldet oder gar geschlossen werden, die betroffenen Krankenhäuser würden weiterhin Patienten aufnehmen. ←

Kassenüberschüsse wachsen weiter

Berlin | Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den ersten drei Quartalen 2018 einen Überschuss von rund 1,86 Milliarden Euro erzielt und verfügen somit über Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe von 21 Milliarden Euro. Dies teilte das Bundesgesundheitsministerium mit, das aufgrund der guten Finanzsituation den Zusatzbeitrag für 2019 von 1,0 auf 0,9 Prozent abgesenkt hat. ←

Streit um Neonatologie geht weiter

Bremerhaven | Der Streit um die Neonatologie in Bremerhaven geht weiter. Einem Zeitungsbericht zufolge ist es dem Betreiber Ameos bisher nicht gelungen, genügend spezialisierte Kinderärzte zu finden. Die Auseinandersetzung hat Geschichte. Jüngst hatte Ameos einen Rechtsstreit um Zuschüsse für die Frühgeborenenstation gegen das Land Bremen gewonnen. Doppelstrukturen bestehen, weil sich die von Ameos betriebene Neonatologie in Reinkenheide befindet, die Kinderklinik aber im Bürgerpark. ←

Einwilligungserklärungen – Was der Datenschutz verlangt und was nicht

Einige Monate nach Inkrafttreten sorgt die EU-Datenschutzgrundverordnung immer noch für Verunsicherung in den Praxen – insbesondere was den Datenaustausch betrifft. Muss der Patient jetzt jedem Vorgang schriftlich zustimmen? Natürlich nicht. Wann eine Einwilligungserklärung notwendig ist – und wann nicht – lesen Sie auf diesen Seiten.

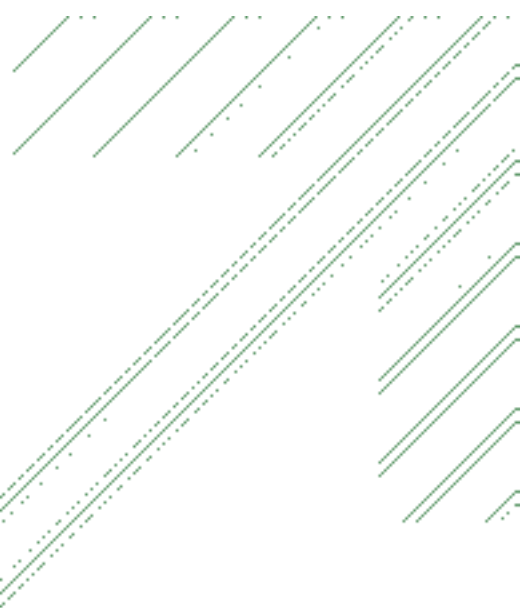
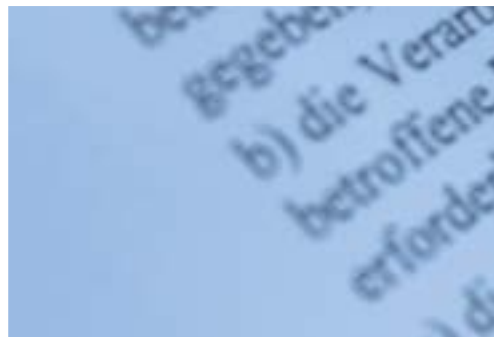
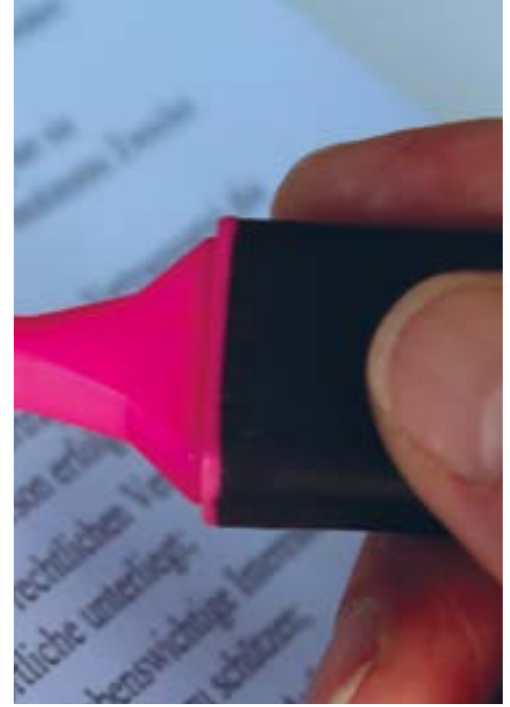
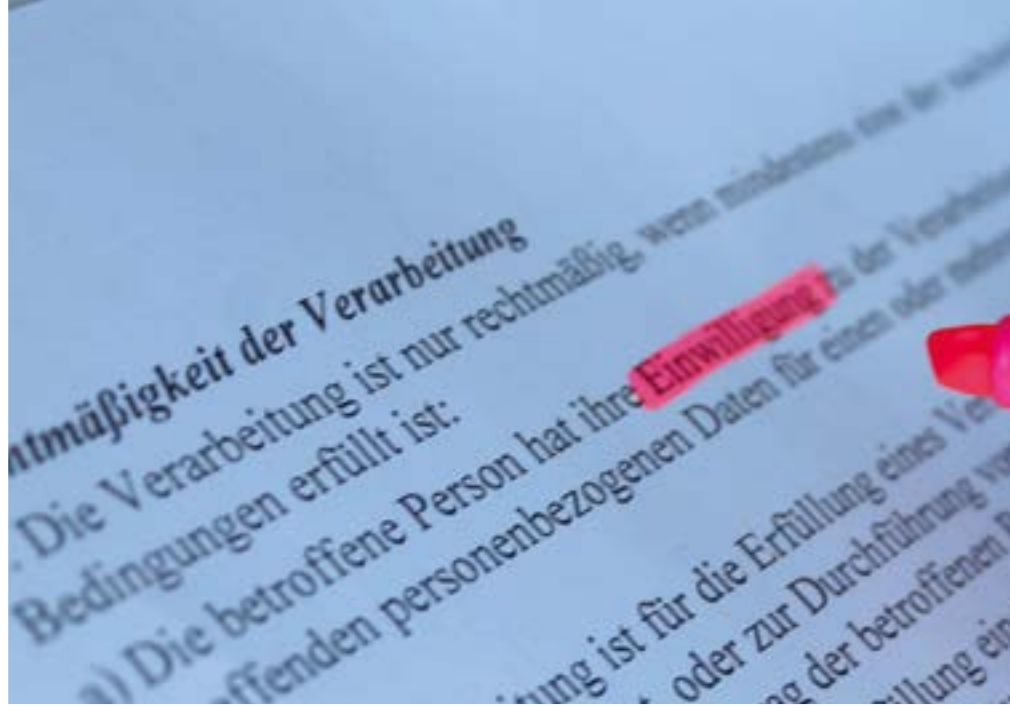
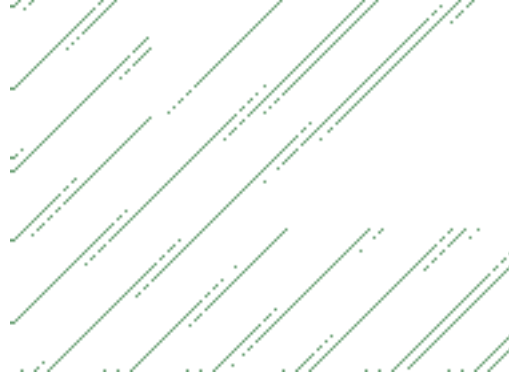
↳ Grundsätzlich ist bei der Übermittlung von Patientendaten an Dritte eine widerrufbare Einwilligungserklärung des Patienten erforderlich, wenn es keine gesetzliche Übermittlungsverpflichtung oder -befugnis gibt. Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bestehen beispielsweise bei der Übermittlung von Patientendaten an die Berufsgenossenschaften, Gesundheitsämter (Infektionsschutzgesetz), Krebsregister, Ärztliche Stelle (Röntgenprüfung), etc. Selbstverständlich ist auch die Datenübermittlung an die KV zu Abrechnungszwecken durch sogenannte gesetzliche Offenbarungspflichten gedeckt.

Erst wenn eine entsprechende gesetzliche Pflicht oder Befugnis zur Datenverarbeitung fehlt, hängt die Weitergabe von Patientendaten von der Einwilligung des Patienten ab. Das betrifft auch die Weitergabe von Behandlungsdaten zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Pflegeheimen und anderen Leistungserbringern. Das Sozialgesetzbuch V (§ 73 Abs. 1b SGB V) sieht eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten vor - und tat es im Übrigen bereits vor Inkrafttreten der EU-Datenschutzgrundverordnung. Allerdings gibt es von dieser Regel eine prominente Ausnahme. Wenn ein Arzt zum Zwecke der Diagnostik oder Weiterbehandlung andere Leistungserbringer einbezieht, ist nach Rechtsauffassung der KV Bremen und vieler anderer Institutionen im Gesundheitswesen eine gesonderte Erklärung des Patienten nicht erforderlich. Dies ist also der Fall bei Überweisungen und Einweisungen. Einzelne Datenschutzbehörden sehen das zwar anders. Es bleibt daher abzuwarten, ob und wann dieser Punkt im Sozialgesetzbuch konkretisiert wird.

Mittlerweile geklärt ist die Frage, ob es für die Datenübermittlung an ein Labor des Einverständnisses des Pati-

enten bedarf. Das Bundesgesundheitsministerium hat klargestellt, dass dies auch ohne Einwilligung datenschutzkonform ist, wenn die Übermittlung für die Versorgung des Patienten erforderlich ist und diese Daten von ärztlichem Personal – die der Geheimhaltungspflicht unterliegen – bearbeitet werden.

Kurzum: Im Falle einer Überweisung zu einem Kollegen, einer Einweisung in eine stationäre Einrichtung oder bei Laboraufträgen ist die Einwilligung des Patienten als konkludent anzusehen und damit eine gesonderte schriftliche Einverständniserklärung nicht notwendig. Für alle anderen Fälle des kollegialen Austausches (Arztbriefe) sollten Praxen eine Vorlage für eine oder mehrere Einwilligungserklärungen ausarbeiten und bereithalten. Aus dieser Erklärung muss hervorgehen, zu welchem Zweck die Daten weitergegeben werden. Neu ist nach Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung, dass die Erklärung einen Passus beinhalten muss, dass Patienten ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können. Sollten Praxen in ihren Formularen ein solches Widerrufsrecht noch nicht integriert haben, ist es ratsam, dies dringend nachzuholen. Dass die Datenschutzgrundverordnung das Widerrufsrecht so betont, hat für die Praxen auch einen positiven Aspekt. Denn somit ist klargestellt, dass nicht für jede einzelne Befunderhebung oder -übermittlung eine Einwilligung des Patienten einzufordern ist. Eine Widerrufsmöglichkeit wäre sinnlos, wenn vor jeder Übermittlung der Versicherte erneut gefragt würde und damit seine Entscheidung immer neu treffen müsste. <←



↳ **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG: JA ODER NEIN?**

Überweisung: → Nein

Informationsaustausch zwischen Haus- und Fachärzten: → Ja

Krankenhauseinweisung: → Nein

Laborleistungen: → Nein

Häusliche Krankenpflege: → Nein

Heimpatienten: → Nein

Rezeptübermittlung an Apotheken: → Ja

Abholung von Rezepten/Überweisungen durch Ehepartner oder Angehörige: → Einverständnis/Vollmacht des Patienten. Kann auch mündlich erteilt und in der Patientenakte vermerkt werden.

Auskünfte über die Behandlung an Ehepartner und Angehörige: → Ja

Übermittlung von Daten an die KV Bremen: → Nein

Übermittlung von Daten an die privaten Verrechnungsstellen: → Ja

Einverständniserklärung des Patienten

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Arztes

→ FRAGEN UND KONSTELLATIONEN IM LICHT DER DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG

Ist eine Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ohne Einwilligung des Patienten noch zulässig?

→ Ja, hierzu ist der Vertragsarzt weiterhin gesetzlich verpflichtet (§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die Krankenkassen dürfen zwar noch die gewünschten Unterlagen für den MDK anfordern; diese müssen aus datenschutzrechtlichen Gründen jedoch direkt an den MDK verschickt werden.

Dürfen Rezepte an Angehörige ausgehändigt werden oder direkt an Pflegeheime oder Apotheken übermittelt werden?

→ Grundsätzlich sollten in diesen Fällen eine Einverständniserklärung in schriftlicher Form vorliegen und die berechtigten Angehörigen bzw. die Apotheken/Altenheime benannt werden. Werden die Rezepte beispielsweise durch das Personal des Altenheims abgeholt, sollten diese insgesamt in einem verschlossenen, an das Altenheim adressierten Umschlag, übergeben werden.

Eine Apotheke hat eine Nachfrage zu einem ausgestellten Rezept. Was ist zu tun?

Solche Auskünfte sind auch nach Inkrafttreten der neuen Datenschutzgrundverordnung nach Rechtsauffassung der KV Bremen zulässig. Dies gilt auch für telefonische Fragen der Apotheke, wenn ersichtlich ist, dass diese aus einer Apotheke kommt, die der Patient zur Einlösung des Rezepts aufgesucht hat. Eine Schweigepflichtsentbindung ist nicht notwendig, da die Apotheken nach der Apothekenbetriebsordnung (§ 17 Abs. 5) bei Unklarheiten verpflichtet sind, nachzufragen und bis zur abschließenden Klärung keine Arzneimittel abgeben dürfen.

Dürfen Befunde/Patientendaten noch per Fax übermittelt werden?

Ein Faxversand ist grundsätzlich noch erlaubt, aber es besteht ein hohes Risiko. Daher ist es empfehlenswert, regelmäßig die gespeicherten Rufnummern zu prüfen und den Sendestatus zu kontrollieren.

Welche Unterlagen dürfen an Angehörige oder Erben herausgegeben werden?

Keine. Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber den Familienangehörigen/Ehepartnern. Auch gilt diese über den Tod hinaus. Wir sprechen von der postmortalen Schweigepflicht. Den Erben steht jedoch unter Darlegung der berechtigten Interessen ein Einsichtsrecht in die Patientenakte zu, soweit der Einsichtnahme nicht der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

Die Polizei erkundigt sich in der Praxis nach einem Patienten. Was nun?

Gegenüber der Polizei gibt es grundsätzlich keine Aussageverpflichtung. Mitteilungen unterliegen in vollem Umfang der Schweigepflicht (Beispiele: Diebstahl einer Geldbörse im Wartezimmer). Die Tatsache, dass ein Patient die Arztpraxis aufsucht, unterliegt bereits der Ärztlichen Schweigepflicht. Wenn die Polizei jedoch wegen eines Gewaltverbrechens ermittelt (Mord, Totschlag etc.), könnte im Einzelfall eine Übermittlung von Patientendaten – nach erfolgter Interessenabwägung – zulässig sein.

Muss die Patienteninformation zum Datenschutz von unseren Patienten unterzeichnet werden?

Die Datenschutzgrundverordnung verlangt zwar, dass Patienten in der Praxis auf bestimmte Informationen über die Verarbeitung ihrer Daten hingewiesen werden, zum Beispiel über einen Aushang. Das reicht aus. Eine zusätzliche schriftliche Einwilligung des Patienten ist nicht zwingend notwendig.

Ich plane in der Praxis ein Terminerinnerungsservice. Was ist zu beachten?

Für dieses Praxisangebot muss der Patient sein widerrufbares Einverständnis zur Erfassung und Speichern seiner Daten zu diesem speziellen Zweck erklären. Sollte dafür ein externer Dienstleister eingesetzt werden, ist in der Regel ein Vertrag zur Auftragsverarbeitung nötig.

Nützliche Links

WWW.KVHB.DE/FUERPRAXEN/DATENSCHUTZ

WWW.KBV.DE/HTML/DATENSICHERHEIT.PHP

WWW.MIT-SICHERHEIT-GUT-BEHANDELT.DE

zusammengestellt von **CHRISTOPH MAASS** | Datenschutzbeauftragter der KV Bremen | 0421.34 04-115

Ihre Praxishomepage: Wie Sie Patienten und Google überzeugen

Knapp sechs Milliarden Suchanfragen bei Google täglich: Auch Praxen werden gesucht, aber werden sie auch gefunden? Was es zu beachten gilt, um Patienten und Google zu überzeugen, und welche rechtlichen Pflichten es gibt, erläutert eine Expertin für Webdesign und Praxismarketing.

Eine eigene Webseite – ein Muss für jeden Arzt?

Ja, plakativ gesprochen kann man sagen: Wer online nicht gefunden wird, der existiert nicht. Eine Homepage ist heute eine Selbstverständlichkeit. Die absolute Mehrzahl an Patienten informiert sich über Erkrankungen, Therapien und Ärzte im Internet. Denn es ist einfach, günstig und jederzeit möglich.

Was darf auf einer Praxishomepage nicht fehlen?

In erster Linie will ein potenzieller Patient drei Dinge auf Ihrer Webseite erfahren: Zunächst möchte er wissen, ob Sie der richtige Ansprechpartner für ihn sind. Wenn der erste Eindruck überzeugt, möchte er wissen, wo Ihre Praxis ist und wann er einen Termin bei Ihnen vereinbaren kann. Aus diesem Grund sind Ihre Kontaktdaten unverzichtbar. Eine kurze Anfahrtsbeschreibung oder die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln wären hilfreich. Auch

Informationen zu Parkmöglichkeiten können Sie auf Ihrer Praxishomepage anfügen. Damit sparen Sie sich den einen oder anderen Anruf, sodass Ihre Arzthelferinnen und Arzthelfer entlastet werden.

Ein Arztbesuch ist etwas sehr Persönliches. Man möchte sich und seine Gesundheit nicht jedem anvertrauen. Eine eigene Homepage bietet die Möglichkeit, die nötige Nähe zu Patienten herzustellen und sich und Ihr Team z.B. mit professionellen Fotos vorzustellen. Ihre künftigen Patienten interessiert natürlich, welche Leistungen Sie anbieten und was Sie auszeichnet. Ihr Behandlungsspektrum darf daher auf keinen Fall fehlen.

Zusätzliche Dienstleistungen gehören auf Ihre Webseite

Sie bieten Ihren Patienten weiterführende Dienstleistungen an? Super, diese gehören natürlich auch auf Ihre Praxis-Webseite. So können Sie sich von anderen abheben.



Soll man bei Ihnen den Anamnesebogen herunterladen oder online ein Rezept bestellen können? Oder gibt es spezielle Informationen für zuweisende Kollegen? All das können Sie auf Ihrer Homepage unterbringen.

Stellen Sie Neuigkeiten und Gesundheits-Tipps online

Eine Webseite sollte leben, wachsen und immer wieder angepasst werden. Informieren Sie über Urlaubszeiten, Vertretungsärzte oder Neuigkeiten in Ihrer Praxis, schreiben Sie z.B. über saisonale Impfungen oder präsentieren Sie neue Behandlungsmöglichkeiten. Geben Sie Tipps für Angstpatienten oder stellen Sie neue Teammitglieder vor. Wenn Sie möchten, können Sie außerdem Dinge aus Ihrem Medizineralltag zeigen. Das schafft Vertrauen. Darüber hinaus bauen Sie so Ihre Webseite weiter aus und das hilft wiederum Ihrer Auffindbarkeit in den Suchmaschinen.

Optimale Darstellung auf mobilen Geräten ist essenziell

Eine Praxishomepage muss anziehen, informieren und binden. Um das zu erreichen, muss sie übersichtlich und einfach zu bedienen sein. Insbesondere die Darstellung auf diversen mobilen Endgeräten wird leider immer noch – gerade bei älteren Webpräsenzen – vernachlässigt. Nicht nur Google und Co präferieren mobil optimierte Homepages für ihre Suchergebnisse. Laut einer ARD/ZDF-Onlinestudie 2016 gehen rund 66 Prozent der Internetnutzer via Smartphone online - Tendenz steigend. Um Frust bei den Besuchern Ihrer Praxis-Webseite vorzubeugen, ist es sehr wichtig, dass Ihre Inhalte fehlerfrei auf Smartphones, Tablets und Laptops verschiedener Größen angezeigt werden.

„Was kann ich tun, um bei Google auf Platz 1 zu landen?“

Das ist eine der häufigsten Fragen unserer Kunden. Denn die schönste Praxishomepage nutzt nichts, wenn sie niemand findet. Die Suchmaschinenoptimierung (SEO) gehört zu den wichtigsten Punkten einer erfolgreichen Webseite. Es reicht nicht, ein paar Stichworte wie „Hausarzt Flensburg“ auf der Homepage X-Mal zu nennen. Das wichtigste Kriterium, um bei Google und Co ein gutes Ranking zu erhalten, ist die Bedeutsamkeit Ihrer Inhalte für den Suchenden, d.h. für wie relevant die Suchmaschine Ihre Texte für eine entsprechende Suchanfrage hält. Die Art, wie Beiträge qualitativ bewertet werden, hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt und verändert sich stetig. Denn die Algorithmen sind inzwischen so weit fortgeschritten, dass sie Texte im Internet auch anhand des Satzbaus und der grammatikalischen Komplexität bewerten können. Daher sollte man nicht versuchen, Suchmaschinen auszutricksen. Dies bewirkt genau das Gegenteil, nämlich eine Abwertung Ihrer Seite.

Lassen Sie Ihre Webseite barrierefrei erstellen: Hinterlegen Sie Ihre Fotos mit Beschreibungen die von speziellen Internetbrowsern für Menschen mit Sehbehinderungen ausgelesen werden können und nutzen sie kontrastreiche Farben bei der Gestaltung. Das führt zu spürbar besseren Ergebnissen im Ranking.

Jedoch ist das wichtigste Kriterium für eine gute Suchmaschinenplatzierung die Kontinuität mit der neue Inhalte auf der Webseite eingepflegt werden. Regelmäßige Aktualisierungen sind essenziell für eine gute Platzierung.

Dabei ist der Umfang nicht so entscheidend wie der Umstand, dass überhaupt etwas auf Ihrer Seite passiert und sie laufend aktuell gehalten wird.

Auf einen rechtlich korrekten Auftritt achten

Ihre Praxishomepage ist das Herzstück Ihrer Außendarstellung. Dementsprechend sind einige rechtliche Rahmenbedingungen einzuhalten. Jede Webseite muss ein Impressum enthalten. Dieses sollte binnen maximal 2 aufeinanderfolgenden Klicks zu erreichen sein und sich im Idealfall auf einer gesonderten Seite befinden. Hier gibt es einige Mindestinhalte, die verpflichtend vorhanden sein müssen. Darunter fallen z.B. Kontaktinformationen, die gesetzliche Berufsbezeichnung und der Staat, in dem die Berufsbezeichnung verliehen worden ist, Angaben zur zuständigen Landesärztekammer als Aufsichtsbehörde sowie die jeweilige Berufsordnung und ggf. das entsprechende Gesetz über Heilberufe.

Ebenso müssen Sie eine Datenschutzerklärung veröffentlichen, die Informationen zur Identität des Verantwortlichen enthält und leicht verständlich erklärt, welche personenbezogenen Daten Sie sammeln und in welcher Form Sie diese verarbeiten. Leider existiert keine Standard-Datenschutzerklärung. Denn diese muss auf Ihren individuellen Fall erstellt werden. Hierbei helfen Ihnen Fachleute gerne weiter.

DSGVO – Keine Webseite ist auch keine Lösung

Sofern Sie personenbezogene Daten auf Ihrer Webseite verarbeiten, muss diese DSGVO-konform programmiert sein. Aber was sind personenbezogene Daten überhaupt? Das sind all jene Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen. Im Internet sind dies typischerweise Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Bankdaten, Geburtsdatum oder Standortdaten. Wenn Sie beispielsweise ein Kontaktformular auf Ihrer Homepage einsetzen, verarbeiten Sie personenbezogene Daten. Hierzu müssen Sie sich aktiv die Einwilligung, z.B. durch das Setzen eines Häkchens, des Schreibenden einholen. Sie benötigen außerdem Datenverarbeitungsverträge mit jedem, der bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten Ihrer Homepage involviert ist, also auch mit Ihrem Hosting-Service sowie mit Google, beispielsweise beim Einsatz von Google Maps. In der Praxis ist es kaum auszuschließen, dass Sie mit Ihrer Webseite personenbezogene Daten -oft auch nur unabsichtlich- erheben.

Die Verschlüsselung Ihrer Webseite ist notwendig

Eine sogenannte SSL-Zertifizierung wird eingesetzt, um Ihre Webseitendaten beim Aufruf durch den Internetbrowser sicher zu übertragen. Das erkennen Sie beispielsweise an einem grünen Schloss in der Adressleiste des Browsers. Eine solche Zertifizierung signalisiert Ihren Besuchern, dass Ihre Homepage sicher ist und gibt ein positives Gefühl. Außerdem haben manche Internetbrowser und Antivirenprogramme Probleme damit, „unsichere“ Inhalte anzuzeigen, so dass Besucher schnell wieder abspringen.

Auf einen Blick: Das ist neu zum 1. Januar

Was hat sich zum 1. Januar 2019 für Vertragsärzte und -psychotherapeuten geändert? Einige wichtige Neuerungen haben wir hier zusammengetragen.

Bauchaorten-/Uro-Genital-Screening

Die GOP 33043 (Uro-Genital-Sonographie) kann neben der GOP 01748 (Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen) am gleichen Behandlungstag abgerechnet werden. Der bisherige Abrechnungsausschluss wird aufgehoben. → S. 23

Diabetes mellitus

Die KV Bremen hat mit der DAK-Gesundheit einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus geschlossen. Teilnahmeberechtigt sind Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten, fachärztlich tätige Internisten und Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin. → S. 30

Fallzahlen

Die Fallzahlenzuwachsbeschränkung wird von zwei auf vier Prozent erhöht. Dadurch verbreitert sich der Korridor, der es Praxen erlaubt, etwas schneller zu wachsen bzw. flexibler auf Schwankungen im Quartal zu reagieren. → Landesrundschriften Dezember 2018, S. 6 & 30

Gesundheitskarte

Es können nur noch Gesundheitskarten mit der Kennung G2 bzw. G2.1 durch die Praxis-EDV eingelesen werden. Ältere Karten verlieren die Gültigkeit, auch wenn ein anderes Ablaufdatum aufgedruckt ist. → S. 32 & Landesrundschriften Dezember 2018, S. 31

Hautkrebs-Screening

Um die Aussagekraft der Gesamtevaluation zu verbessern, wurde die Dokumentation zum Hautkrebs-Screening angepasst. → Landesrundschriften Dezember 2018, S. 32

Honorarverteilungsmaßstab

Es gilt ein neuer Honorarverteilungsmaßstab im Bereich der KV Bremen. Wesentliche Änderung ist die Lockerung der Fallzahlenbegrenzung. → Landesrundschriften Dezember 2018, S. 6

Humangenetik

Die GOP 11235 und 11236 können weiterhin ohne spezielle Genehmigung abgerechnet werden. Es wird keine Qualitätssicherungsvereinbarung für humangenetische Beurteilungsleistungen geben. → S. 24

Humangenetik

Eine neue GOP 19461 für den Nachweis oder Ausschluss von epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-(EGFR)-Mutationen ist in den EBM aufgenommen worden. → S. 24

Humangenetik

Die Mindestanforderung an die Nachweisgrenze der Mutation für die GOP 19424, 19425, 19453 und 19454 entfällt. → S. 24

Hypertonie

Die KV Bremen hat mit der DAK-Gesundheit einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie geschlossen. Teilnahmeberechtigt sind Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten. → S. 30

Knochendichtemessung

Die Bewertung der Osteodensitometrischen Untersuchungen nach GOP 34600 und 34601 wurde von 161 Punkte (17,42 Euro) auf 268 Punkte angehoben (29,00 Euro). → S. 22

Krankenfahrten

Die Genehmigungspflicht bei Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung für Patienten mit den Pflegegraden 3, 4 und 5 sowie für Schwerbehinderte mit den Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ im Schwerbehindertenausweis entfällt. → S. 27

Medikationsplan

Die Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte des Patienten ist Teil der GOP 01630 (Zuschlag für Erstellung eines Medikationsplans). → S. 23

Neuropädiatrie

Die Zusatzpauschale für die neuropädiatrische Betreuung nach GOP 04433 ist auch für Patienten mit dem ICD-10-Kode G90.60 (komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ II: Kausalgie) berechnungsfähig. → S. 23

Onkologie-Vereinbarung

Die Onkologie-Vereinbarung ist angepasst worden. Die Änderungen beziehen sich auf diese Punkte:
→ Kostenpauschale für orale zytostatische Tumortherapie
→ Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ist Pflicht
→ Befristung für GOP 86518 ist aufgehoben → S. 26

Orientierungspunktwert

Der Orientierungspunktwert für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen steigt 2019 auf 10,8226 Cent. → S. 8

Pflegeheim

Ärzte können eine neue GOP abrechnen, wenn sie in Pflegeheimen in die Beratung älterer Patienten für die letzte Lebensphase einbezogen werden. → S. 29

Radiologie

Fachärzte für diagnostische Radiologie und für Strahlentherapie dürfen den Samstagzuschlag nach GOP 01102 (101 Punkte / 10,93 Euro) abrechnen. → S. 23

Rheumatologie

Zwei neue GOP für rheumatologische Erkrankung wurden im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) in den EBM aufgenommen. → S. 25

RLV

Einige Änderungen in den Durchführungsbestimmungen der KV Bremen zur Berechnung der RLV treten in Kraft, beispielsweise bei der Übernahme von Vertragsarztsitzen. → Landesrundschriften Dezember, S. 28

Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie-Pauschale nach GOP 88895 wird von 163 Euro auf 186 Euro je Behandlungsfall angehoben, ab dem 351. Behandlungsfall werden 139,50 Euro vergütet. → Landesrundschriften Oktober 2018, S. 24

Stoßwellentherapie

Die Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris kann über den EBM abgerechnet werden (GOP 30440; 247 Punkte / 26,73 Euro). Dies gilt für Orthopäden, Unfallchirurgen sowie für Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin. → S. 22

Teilnahmeerklärungen

Bei den zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen (U10, U11 und J2) für Patienten der TK und der Knappschaft sind jetzt neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen zu verwenden. Dies gilt auch für die Homöopathie-Verträge der Securvita BKK (einschließlich der beigetretenen Kassen) und der IKK classic. → S. 31

Versichertenpauschale

Die Versichertenpauschale (GOP 03000/04000) für Patienten ab Beginn des 76. Lebensjahres wurde für Hausärzte minimal erhöht. → S. 19

Wiedereingliederung

Das Formular für die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Muster 20) wurde geändert. In der neuen Fassung wird es nun auch von der Deutschen Rentenversicherung akzeptiert. → S. 27

Zweitmeinung

Ein Zweitmeinungsverfahren für bisher drei Indikationen ist in den EBM aufgenommen worden; Mandelteilresektion, Entfernung der Gaumenmandeln und Gebärmutterentfernung. → S. 20

Zytologie

Änderungen in der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie betreffen insbesondere Fristen. → S. 31

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.

Gesundheitskarte

Unsere Praxis ist an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen. Beim Einlesen der Versichertenkarten von Polizisten gibt es eine Fehlermeldung. Was ist zu tun?

Patienten sonstiger Kostenträger (Polizei, Sozialhilfe, Bundeswehr, etc.) nutzen nach wie vor die „alten“ Krankenversichertenkarten. Ein Online-Abgleich der Versichertendaten (VSDM) ist daher nicht möglich, so dass Fehlermeldungen wie „Karte defekt“ oder „Karte korrupt“ ausgege-

ben werden. Für diese Fälle sollten Praxen prüfen, wie sich der Online-Abgleich ausschalten lässt. Alternativ können die Daten über ein altes Terminal eingelesen werden. Auch ein mobiles Gerät kann helfen. Letzte Variante ist das Ersatzverfahren. (edv)

Meldungen & Bekanntgaben

↳ ABRECHNUNG

Verordnung häuslicher Krankenpflege: Versichertenpauschale wird für Hausärzte leicht erhöht

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de
DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

→ Zum 1. Januar 2019 wurde im hausärztlichen Bereich die Versichertenpauschale nach GOP 03000/04000 für Patienten ab Beginn des 76. Lebensjahres um einen Punkt erhöht (211 Punkte / 22,84 Euro). Hintergrund sind die Neuerungen bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege (Unterstützungspflege und Kompressionstherapie ab 1. April 2018).

→ Für den fachärztlichen Bereich wird der Bewertungsausschuss die Verordnungsentwicklung prüfen und über die Anpassung entscheiden. Solange rechnen die Fachärzte weiterhin die GOP 01420 für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ab.

↳ ABRECHNUNG

Neue GOP für Beratung von Heimbewohnern bei der Versorgungsplanung

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de
DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

→ Pflegeheime können ihren Bewohnern eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Der Bewertungsausschuss hat deshalb eine neue Leistung in den EBM aufgenommen. Ärzte können die neue GOP 37400 (100 Punkte / 10,82 Euro) ab dem 1. Januar abrechnen, wenn sie in die Beratung einbezogen werden.

→ Die GOP 37400 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Leistung wird vorerst für zwei Jahre extrabudgetär bezahlt.

→ Die Versorgungsplanung übernimmt ein Berater, den die Einrichtung bestimmt. Dieser tauscht sich mit dem behandelnden Arzt aus. Vorgesehen sind:

- Austausch über die gesundheitlichen Versorgungsplanung und die verwendeten Notfalldokumente
- Erstellen einer Patientenverfügung für Notfallsituationen von dem Berater, die vom betreuenden Vertragsarzt (Hausärzte/Fachärzte) unterschrieben werden muss
- sowie die Teilnahme an einer patientenorientierten Fallbesprechung zwischen dem Arzt und dem verantwortlichen Berater

→ Die GOP 37400 können Vertragsärzte abrechnen, die eine Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (132g Abs. 3 SGB V) durchführen und dies der KV Bremen mit Unterschrift in der Erklärung zur Quartalsabrechnung bestätigen.

Ärztliche Zweitmeinung ist jetzt Kassenleistung

→ Zum 1. Januar 2019 wurde eine neue GOP 01645 (75 Punkte / 8,12 Euro) für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren in den EBM aufgenommen.

→ Ein Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht bei planbaren Operationen aufgrund einer nicht malignen Erkrankung: Mandelteilresektion (Tonsillotomie) oder bei einer vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie) oder bei einer Gebärmutterentfernung (Hysterektomie). Weitere Eingriffe sollen folgen.

→ Der Arzt, der die Indikation für einen der definierten Eingriffe stellt (Erstmeiner), kann die GOP 01645 einmal im Krankheitsfall abrechnen. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für den Patienten. Zusätzlich wird nach diesen Vorgaben gekennzeichnet:

„Erstmeiner“ Zweitmeinungsverfahren bei einer ...	Kennzeichnung der GOP
→ bevorstehenden Mandeloperation	01645 A
→ vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln	
→ bevorstehenden Gebärmutterentfernung	01645 B

→ Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt (Zweitmeiner), rechnet für den Patienten seine jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, können diese ebenfalls mit einer medizinischen Begründung vorgenommen werden. Zusätzlich ist eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller erbrachten GOP im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) mit dem Code 88200 (A oder B) vorgesehen, damit die extrabudgetierte Vergütung gewährleistet ist.

„Zweitmeiner“ Zweitmeinungsverfahren bei einer ...	Kennzeichnung im freien Begründungstext
→ bevorstehenden Mandeloperation	88200 A
→ vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln	
→ bevorstehenden Gebärmutterentfernung	88200 B

→ Die neue GOP 01645 sowie alle Leistungen des Zweitmeiners im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren werden bis Ende des Jahres 2021 extrabudgetär vergütet.

→ Der Erstmeiner ist verpflichtet, Patienten über ihren Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung zu informieren, wenn sie die Indikation für einen dieser planbaren Eingriffe stellen. Dazu händigt der Arzt die nötigen Befunde sowie ein Patientenmerkblatt mit Informationen zum Leistungsumfang des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus. Die Aufklärung zur Zweitmeinung soll mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff stattfinden.

→ Das Patientenmerkblatt ist im Internet abrufbar: www.g-ba.de (Beschlüsse / Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Veröffentlichung eines Patientenmerkblattes vom 20. Dezember 2018)

Genehmigungsverfahren:

→ Ärzte, die am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen möchten, benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Folgende Ärzte und Einrichtungen sind berechtigt:

- zugelassene oder ermächtigte Ärzte,
- nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,

- ermächtigte Einrichtungen,
- zugelassene medizinische Versorgungszentren,
- in zugelassenen Krankenhäusern tätige Ärzte.

→ Folgende Voraussetzungen müssen für die Genehmigung nachgewiesen werden:

- langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet,
- die Anerkennung einer Facharztbezeichnung in dem für den jeweiligen Eingriff festgelegten Gebiet,
- eine mindestens fünfjährige Tätigkeit nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung,
- Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Therapiealternativen,
- Erfüllte Fortbildungsverpflichtung nach § 95d oder § 136b Absatz 1 Nummer 1 SGB V oder von den Landesärztekammern anerkannte Fortbildungspunkte und eine der nachfolgenden Voraussetzungen: Weiterbildungsbefugnis oder eine akademische Lehrbefugnis.

→ Das Genehmigungsverfahren inklusive Abstimmung der Prozesse für die Ermächtigung werden derzeit mit der Bremer Krankenhausgesellschaft abgestimmt. Dazu gehört auch die Entscheidung, in welcher Form über die Genehmigungsinhaber im Zweitmeinungsverfahren informiert wird.

DANIELA SCHEGLOW

0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

Bei Fragen zur Genehmigung:

CHRISTOPH MAASS

0421.34 04-115 | c.maass@kvhb.de

..... Anzeige

DÜNOW

Steuerberatungsgesellschaft

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

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



FACHBERATER
für das Gesundheitswesen
(DStV e.V.)



Vergütung für Knochendichtemessung wird erhöht

DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Die Bewertung der Osteodensitometrischen Untersuchungen nach GOP 34600 und 34601 wurde zum 1. Januar 2019 von 161 Punkte (17,42 Euro) auf 268 Punkte angehoben (29,00 Euro).
- Die GOP 34600 wird innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt, die GOP 34601 wird extrabudgetär vergütet.

Stoßwellentherapie beim Fersensporn ist jetzt Kassenleistung

DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Ab dem 1. Januar 2019 kann die Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris über die neue GOP 30440 (247 Punkte / 26,73 Euro) von Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet werden. Die neue GOP 30440 wird extrabudgetär vergütet.
- Die GOP 30440 ist nur bei Patienten mit der gesicherten Diagnose Fasciitis plantaris nach ICD-10 M72.2 berechnungsfähig.
- Die Leistung darf je Fuß bis zu dreimal im Krankheitsfall abgerechnet werden – in maximal zwei aufeinander folgenden Quartalen.
- Zudem müssen Patienten mindestens sechs Monate unter Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris leiden und dadurch in ihrer gewohnten körperlichen Aktivität eingeschränkt sein. Während dieser Zeit müssen unterschiedliche konservative Therapieansätze sowie Maßnahmen wie Dehnübungen und Schuheinlagen ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt worden sein. Erst dann dürfen Ärzte eine Stoßwellentherapie als zusätzliche Maßnahme durchführen.

Einrichtungsbefragung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen wird nachträglich bezahlt

DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Chirurgen, Orthopäden, Gynäkologen und Urologen erhalten für die Teilnahme an der Einrichtungsbefragung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen rückwirkend zum 1. Januar 2018 ein Honorar. Dazu hat Bewertungsausschuss die GOP 01650 in den EBM aufgenommen.
- Die neue GOP 01650 wird extrabudgetär vergütet und ist mit 47 Punkten bewertet (rund 5 Euro). Sie wird als Zuschlag zu den Leistungen der EBM-Kapitel 31 und 36 gezahlt, die eine entsprechende Dokumentation erfordern. Als Höchstwert je Praxis pro Quartal hat der Bewertungsausschuss 704 Punkte (rund 70 Euro) festgelegt.
- Für die Quartale 1/18 bis 3/18 vergütet die KV Bremen nach. Die Nachvergütung ist in der Restzahlung für 3/18 am 24. Januar 2019 enthalten und wird im Kontoauszug ausgewiesen. Ab dem 4. Quartal 2018 wird der Zuschlag von der KV Bremen automatisch zugesetzt.
- Der Zuschlag gilt für folgende GOP der Kapitel 31 und 36 des EBM: 31112, 31114, 31121 bis 31126, 31131 bis 31135, 31142 bis 31146, 31152 bis 31155, 31162 bis 31164, 31202 bis 31205, 31212 bis 31215, 31271 bis 31275, 31284, 31302, 31303, 31312 bis 31314, 36112, 36114, 36121 bis 36126, 36131 bis 36135, 36142 bis 36146, 36152 bis 36155, 36162 bis 36164, 36202 bis 36205, 36212 bis 36215, 36271 bis 36275, 36284, 36302, 36303 und 36312 bis 36314.

Medikationsplan: Übertragung auf eGK vorgesehen

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de
DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

- Die GOP 01630 (Zuschlag für Erstellung eines Medikationsplans) bekommt zum 1. Januar 2019 einen fakultativen Leistungsinhalt: Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten.
- Zusätzlich wird im EBM konkretisiert, dass die Übertragung bzw. die Löschung des elektronischen Medikationsplans auf der eGK ein Leistungsbestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie von sonstigen GOP ist.

Bauchaorten- und Uro-Genital-Screening sind am selben Tag berechnungsfähig

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de
DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

- Ab 1. Januar 2019 kann die GOP 33043 (Uro-Genital-Sonographie) neben der GOP 01748 (Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen) am gleichen Behandlungstag abgerechnet werden. Der bisherige Abrechnungsausschluss wird aufgehoben. Somit müssen die Patienten nicht an zwei Tagen in die Praxis einbestellt werden.
- Allerdings wird in einem solchen Fall auf die GOP 33043 (87 Punkte / 9,42 Euro) ein Abschlag in Höhe von acht Punkten vorgenommen. Hintergrund ist, dass sich die Untersuchung nun direkt anschließen kann und Wechselzeiten entfallen. Die Leistung wird daher nur mit 79 Punkten bewertet.

Zuschlag neuropädiatri- sche Betreuung bekommt neuen ICD-Code

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de
DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

- Die Zusatzpauschale für die neuropädiatrische Betreuung nach GOP 04433 ist ab 1. Januar 2019 auch für Patienten mit dem ICD-10-Kode G90.60 (komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ II: Kausalgie) berechnungsfähig.
- Hintergrund ist die Streichung des ICD-10-Kode G56.4 (Mononeuropathien der oberen Extremität: Kausalgie). Der medizinische Inhalt des ICD-10-Kode G56.4 wird über den neuen ICD-10-Kode G90.60 abgebildet.

Samstagszuschlag für Radiologen und Strahlentherapeuten

DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Fachärzte für diagnostische Radiologie und Strahlentherapie dürfen ab dem 1. Januar 2019 den Samstagszuschlag nach GOP 01102 (101 Punkte / 10,93 Euro) abrechnen.

↳ ABRECHNUNG

Humangenetik: GOP 11235 und 11236 weiter ohne Genehmigung berechnungsfähig

DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Auch über den 1. Januar 2019 hinaus können die GOP 11235 (Zuschlag zu der GOP 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen) und 11236 (Zuschlag zu GOP 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) ohne eine Genehmigung der KV Bremen abgerechnet werden. Der Bewertungsausschuss verzichtet nun endgültig auf eine Qualitätssicherungsvereinbarung für humangenetische Beurteilungsleistungen.
- Der obligate Leistungsinhalt der beiden GOP wird angepasst. Die schriftliche Zusammenfassung für den Patienten soll künftig in verständlicher Form gegebenenfalls einschließlich von Hinweisen zu Selbsthilfegruppen abgehalten werden.
- Der fakultative Leistungsinhalt der beiden GOP wird um die konsiliarische Erörterung mit anderen Ärzten ergänzt.

↳ ABRECHNUNG

Neue GOP für tumorgenetische Veränderungen

DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Zum 1. Januar 2019 wurde eine neue GOP 19461 (3934 Punkte / 425,76 Euro) für den Nachweis oder Ausschluss von allen bekannten epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-(EGFR)-Mutationen in Verbindung mit der Erweiterung des Anwendungsgebietes für den Wirkstoff Osimertinib (Tagrisso) in den EBM aufgenommen. Die GOP 19461 wird extrabudgetär vergütet.
- Die Verordnung von Osimertinib (Tagrisso) für die Erstlinientherapie von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen des EGFR-Gens kann gemäß der Fachinformation bei fehlender Gewebeprobe auch anhand einer Flüssigbiopsie (Liquid Biopsy; Untersuchung von freier DNA im Plasma) erfolgen.
- Zudem ist die GOP 19461 bei Analysen freier Nukleinsäuren im Plasma sowie Genexpressionsanalysen berechnungsfähig.
- Die GOP 19461 ist zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

↳ ABRECHNUNG

Nachweisgrenze bei Mutationen entfällt

DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Zum 1. Januar 2019 entfällt die Mindestanforderung an die Nachweisgrenze der Mutation für die GOP 19424, 19425, 19453 und 19454.

Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fussyndrom auch von Dermatologen abrechenbar

DANIELA SCHEGLOW

0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

Bei Fragen zur Genehmigung

OLGA FABRIZIUS

0421.34 04-339 | o.fabrizius@kvhb.de

→ Rückwirkend zum 1. Oktober 2018 dürfen auch Dermatologen die Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen bei der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom nach GOP 30214 (140 Punkte/15,15 Euro) berechnen und somit eine Überweisung an ein Druckkammerzentrum ausstellen.

→ Für die Berechnung der GOP 30214 müssen personelle, räumliche und organisatorische Voraussetzungen für die hyperbare Sauerstofftherapie gemäß Abschnitt 30.2.2 EBM erfüllt werden und von der KV Bremen genehmigt werden.

ASV: Zwei neue Leistungen für rheumatologische Erkrankungen

DANIELA SCHEGLOW

0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

→ Zum 1. Januar 2019 wurden zwei neue GOP in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) für rheumatologische Erkrankung in den EBM aufgenommen.

→ Die GOP 50400 (110 Punkte / 11,90 Euro) ist eine Zusatzpauschale für die Überleitung eines Jugendlichen mit rheumatologischer Erkrankung in die Erwachsenenmedizin und kann im Rahmen der ASV von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinderrheumatologie abgerechnet werden.

→ Die GOP 50401 (90 Punkte / 9,74 Euro) ist eine Zusatzpauschale für die Integration eines Patienten mit rheumatologischer Erkrankung in die Erwachsenenmedizin und kann im Rahmen der ASV von Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie abgerechnet werden.

→ Details sind im Internet abrufbar unter:
WWW.G-BA.DE/INFORMATIONEN/BESCHLUESSE/2826

Neuer EBM kommt 2020: Zeitplan offiziell beschlossen

ISABELLA SCHWEPPE

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

DANIELA SCHEGLOW

0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

→ Der Bewertungsausschuss hat die Fristen für die geplante Weiterentwicklung des EBM beschlossen. Demnach soll der neue EBM (sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich) bis Ende September 2019 beschlossen werden und zum 1. Januar 2020 in Kraft treten.

→ Nach dem bisherigen Zeitplan sollte die Anpassung des EBM 2018 abgeschlossen werden, sodass die neuen Regelungen ab Januar 2019 hätten gelten können, dieser Termin wurde aber bereits im September von KBV und GKV Spitzenverband verschoben. Hintergrund für die Verschiebung ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das im April 2019 in Kraft treten soll. Darin ist eine Überprüfung technischer Leistungen aus dem EBM vorgesehen.

Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung zum 1. Januar 2019

- Zum 1. Januar 2019 ergeben sich Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung bzw. in der Umsetzungsvereinbarung. Die Änderungen beziehen sich auf diese drei Punkte:
 - Neue Kostenpauschale für orale zytostatische Tumorthapie
 - Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ist Pflicht
 - Befristung für GOP 86518 ist aufgehoben

Neue Kostenpauschale für orale zytostatische Tumorthapie

→ Zum 1. Januar 2019 wurde die GOP 86520 (92,64 Euro) für orale zytostatische Tumorthapie als Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 in die Onkologie-Vereinbarung aufgenommen.

→ Die Kostenpauschale 86520 schließt die Gespräche im Zusammenhang mit einer peroralen zytostatischen Tumorthapie ein und ist bei einer ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirkenden Therapie (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie) nicht berechnungsfähig.

→ Die GOP 86520 ist nur unter Angabe (im freien Begründungstext, Feldkennung 5009) des/der verwendeten Medikaments/Medikamente und einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

→ Zum jetzigen Zeitpunkt werden für die orale zytostatische Tumorthapie keine Mindestpatientenzahlen gefordert.

→ Die Aufnahme der GOP 86520 führt ebenfalls zu einer Anpassung der im Land Bremen geltenden Umsetzungsvereinbarung der Onkologie-Vereinbarung. Sofern nicht alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 der Umsetzungsvereinbarung erfüllt werden, muss die Kostenpauschale nach GOP 86520 mit der Kennzeichnung „B“ (Basisvergütung 69,48 Euro) abgerechnet werden.

→ Betroffene Ärzte erhalten von der KV Bremen eine aktualisierte Genehmigung.

Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ist Pflicht

→ Neu ist, dass ein Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin in der onkologischen Kooperationsgemeinschaft vertreten sein muss.

→ Ärzte, die vor dem 31. Dezember 2018 eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung erhalten haben, müssen bis zum 28. Februar 2019 den kooperierenden palliativmedizinischen Arzt an die KV Bremen melden. Dafür ist ein formloser Nachweis erforderlich, damit eine Genehmigung ausgestellt werden kann.

Aufhebung der Befristung der GOP 86518

→ Die Befristung für die Kostenpauschale nach GOP 86518 (Zuschlag zu GOP 86510 / 86512 für die Palliativversorgung) wurde zum 1. Januar 2019 aufgehoben.

→ Die GOP 86518 kann für die Palliativversorgung auch nach der Operation abgerechnet werden, also bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie bzw. nach Operation eines Patienten ohne Heilungschance. Bitte achten Sie auf die Einhaltung des Leistungsinhalts mit entsprechender Dokumentation.

→ Die Onkologie-Vereinbarung sowie die Umsetzungsvereinbarung der KV Bremen sind auf der Homepage der KV Bremen abrufbar.

WWW.KVHB.DE/GENEHMIGUNGEN#O

DANIELA SCHEGLOW
0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

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

Fragen zur Genehmigung

JENNIFER BEZOLD
0421.34.04-118 | j.bezold@kvhb.de

Fehler beim Wirtschaftlichkeitsbonus wird automatisch korrigiert

DANIELA SCHEGLOW

0421.34 04-315 | d.scheglow@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

→ Bei der Umstellung auf die neue Systematik für den Wirtschaftlichkeitsbonus im Quartal 2/2018 hat sich im Bearbeitungslauf der KV Bremen ein Fehler eingeschlichen. Die Fehlerquelle ist nun beseitigt. Differenzbeträge zahlt die KV Bremen mit der Endabrechnung für das Quartal 3/2018 aus. In der Regel handelt es sich um kleine Eurobeträge, die im Kontoauszug ausgewiesen sind.

→ Die Korrektur wird von der KV Bremen automatisch vorgenommen. Ein der Endabrechnung beiliegender Bescheid enthält weitere Informationen.

Krankenfahrten für Patienten mit Pflegegrad ohne Genehmigung

→ Ab sofort brauchen Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 die ärztlich verordneten Krankenfahrten mit Taxi oder Mietwagen nicht mehr ihrer Krankenkasse vorzulegen. Die Vereinfachung gilt auch bei Verordnungen für Patienten mit Schwerbehinderung.

→ Die Neuerung geht auf das Pflegepersonalstärkungsgesetz zurück („Genehmigungsfiktion“). Damit soll die Krankenförderung pflegebedürftiger und schwerbehinderter Patienten (Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“) zur ambulanten Behandlung und zurück nach Hause bzw. ins Heim erleichtert werden. Bei der Verordnung eines Krankentransportwagens (KTW) besteht die Genehmigungspflicht weiterhin.

→ Die aktuellen Vordrucke zur Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) gelten noch weiter bis zum 31. März 2019. Zum 1. April stehen wie angekündigt neue Vordrucke zur Verfügung, die unter anderem dann auch auf Pflegegrade statt der früheren „Pflegestufen“ abstellen.

→ Auf der Homepage der KV Bremen finden Sie aktuelle Informationen zur Verordnung einer Krankenförderung:

WWW.KVHB.DE/KRANKENTRANSPORTE-UND-KRANKENFAHRTEN

MICHAEL SCHNAARS

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

Neuer Wiedereingliederungsplan wird auch von Rentenversicherung akzeptiert

→ Mit dem Jahreswechsel gilt ein neues Formular für die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Muster 20). In der geänderten Fassung wird das Formular auch von der Deutschen Rentenversicherung akzeptiert. Für die verordnenden Ärzte bedeutet es eine Entlastung, da nunmehr von dort keine zusätzlichen Berichte mehr angefordert werden.

→ Ferner muss künftig keine zusätzliche Einschätzung bezüglich des Zeitpunktes der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit angegeben werden. Denn der auf dem Wiedereingliederungsplan prognostizierte letzte Tag der stufenweisen Wiedereingliederung entspricht in der Regel dem voraussichtlich letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

→ Das Muster 20 in der alten Fassung darf ab sofort nicht mehr verwendet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt den Softwareherstellern rechtzeitig das geänderte Formular bereit, damit diese es in die Praxisverwaltungssysteme für Ärzte einbinden können. Darüber hinaus sind die neuen Formulare wie gewohnt über die KV Bremen zu beziehen.

MICHAEL SCHNAARS

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

HPV-Impfung für Jungen ist jetzt Kassenleistung

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

→ Die HPV-Impfung für Jungen kann jetzt gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (www.g-ba.de) als Kassenleistung erbracht werden.

→ Die Verständigung mit den Krankenkassen über eine Kostenübernahme konnte für Bremen sehr kurzfristig erreicht werden. Es gelten die bekannten Abrechnungsziffern GOP 89110A/B. Die Impfstoffe werden über den Sprechstundenbedarf bezogen.

Impfung gegen Gürtelrose ist noch keine Kassenleistung

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

→ Impfung gegen die Gürtelrose ist noch keine Kassenleistung. Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Impfung im Dezember 2018 haben uns viele Anfragen zur Abrechnungsziffer erreicht: Diese wurde noch nicht mit den Bremer Krankenkassen vereinbart, da zunächst die Aufnahme der Impfung in die Schutzimpfungs-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aussteht.

→ Nach einer Pressemitteilung des Robert-Koch-Instituts vom 13. Dezember 2018 empfiehlt die STIKO allen Personen ab 60 Jahre die Gürtelrose-Schutzimpfung mit einem sogenannten Totimpfstoff als Standardimpfung. Personen mit einer Grundkrankheit oder Immunschwäche empfiehlt die Kommission die Impfung bereits ab einem Alter von 50 Jahren (Indikationsimpfung).

→ Nach einer Vereinbarung zur Kostenübernahme wird die KV Bremen zeitnah informieren. Bis dahin ist der Herpes-Zoster-Impfstoff privat zu verordnen und die Impfleistung privat zu liquidieren.

Rückzieher der DAK beim Genehmigungsvorbehalt

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

→ Die DAK-Gesundheit hat ihr Genehmigungsverfahren für Physiotherapie-Verordnungen außerhalb des Regelfalles beendet. Der Genehmigungsverzicht nach § 8 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie gilt für alle ab 1. Dezember 2018 ausgestellten Verordnungen.

→ Die DAK-Gesundheit hatte den Genehmigungsvorbehalt im Juli 2017 nur für das Bundesland Bremen eingeführt. Damit war Bremen – für die Patienten der DAK-Gesundheit – vom bundesweiten Genehmigungsverzicht der Ersatzkassen vorübergehend ausgenommen. Die KV Bremen hatte keinen Einfluss auf diese Entscheidung der Krankenkasse.

→ Listen bzw. Übersichten zum Genehmigungsverfahren der Krankenkassen finden Sie auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes:

[WWW.GKV-SPITZENVERBAND.DE](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Verordnung von Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist jetzt möglich

- Eine Verordnung von Behandlungspflege ist jetzt auch für Versicherte von vollstationären Einrichtungen oder Räumlichkeiten der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) zulässig. Dabei muss dauerhaft oder vorübergehend ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege bestehen, der eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft rund um die Uhr erfordert. Die Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege wurde entsprechend angepasst.
- Für Versicherte, bei denen der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege keine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, ist eine Verordnung nur möglich, wenn die Leistungserbringung ausnahmsweise nicht zu den Aufgaben der Einrichtung oder Räumlichkeit gehört. Ob ein Ausnahmefall vorliegt, muss die zuständige Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens individuell prüfen.
- Es können nur die Maßnahmen der Behandlungspflege verordnet werden, die von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal erbracht werden müssen (z.B. Wundversorgung) und nicht zu den „einfachsten Maßnahmen“ zählen. Einfachste Maßnahmen sind solche, die ohne medizinische Vorkenntnisse und Fertigkeiten von Laien erbracht werden können und nicht mit nennenswerten Infektions- oder Verletzungsgefahren verbunden sind (z.B. Tablettengabe, Messungen). Diese fallen in den Aufgabenbereich der stationären Einrichtung der Behindertenhilfe und es besteht kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege.
- Sofern zum Zeitpunkt der Verordnung keine expliziten Hinweise vorliegen, dass die Einrichtung die Maßnahmen ausnahmsweise nicht mit eigenem Personal erbringen kann, kann der Vertragsarzt davon ausgehen, dass die Einrichtung die einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege erbringt.

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

Hilfsmittel-Richtlinie: Änderungen bei Menschen mit Mehrfach- Behinderungen und Hörbeeinträchtigungen

- Sofern bei einer Hilfsmittelversorgung Handhabungsprobleme aufgrund verschiedener Behinderungen drohen, können jetzt nach einer Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie in der ärztlichen Verordnung ergänzende Hinweise auf spezifische Bedarfe gegeben werden. Damit soll erreicht werden, dass die Funktionalität des Hilfsmittels den individuellen Bedürfnissen des Patienten entspricht.
- Werden Patienten mit mehrfachen Behinderungen mit Hilfsmitteln versorgt, besteht die Gefahr, dass das Hilfsmittel zwar geeignet wäre, um einzelne spezifische Funktionsdefizite auszugleichen, dies aber nicht gelingt, weil zum Beispiel Handhabungsprobleme aufgrund einer weiteren Behinderung bestehen. In diesen Fällen ist es erforderlich, dass die Funktionalität des Hilfsmittels den individuellen Bedürfnissen entspricht. Paragraph 7 der Richtlinie wurde daher hinsichtlich der grundsätzlichen Inhalte für Hilfsmittel –Verordnungen ergänzt um einen weiteren Spiegelstrich: „erforderlichenfalls ergänzende Hinweise auf spezifische Bedarfe entsprechend der Gesamtbetrachtung nach § 6 Absatz 3 Satz 2“.
- Bei den Versorgungszielen für die Hörgeräteversorgung (§ 19) wurde klargestellt, dass durch eine beidohrige Versorgung mit Hörgeräten auch das „räumliche Hören“ (Richtungshören) verbessert werden soll.
- Mit der Erweiterung der Verordnungsfähigkeit von Übertragungsanlagen auch für Erwachsene wird in der Richtlinie (§25) dem aktuellen Stand der Rechtsprechung Rechnung getragen. Hier muss aber zunächst der Bewertungsausschuss entscheiden, inwieweit die Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie Auswirkungen auf den EBM hat. Erst dann können Übertragungsanlagen auch für Erwachsene verordnet werden.
- Sie finden die Hilfsmittel-Richtlinie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses: [WWW.G-BA.DE](http://www.g-ba.de)

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

IKK-Hausarztvertrag unterschrieben

- Das Unterschriftenverfahren zum angepassten Hausarztvertrag mit der IKK gesund plus ist jetzt ebenfalls abgeschlossen. Dies bedeutet, dass die neuen Vertragsbausteine mit den angepassten Vergütungsregelungen – analog AOK Bremen/Bremerhaven und hkk – auch für die in den Hausarztvertrag eingeschriebenen Versicherten der IKK gesund plus sowie der IKK Nord abgerechnet werden können.
- Die Umsetzung des Vertrages steht unter dem Vorbehalt der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde.
- Alle Vertragsdetails sind auf der Homepage der KV Bremen abrufbar: www.kvhb.de/hausarztvertraege

BARBARA FRANK
0421.34 04-340 | b.frank@kvhb.de

Vertrag Begleiterkrankungen der Hypertonie mit DAK-G geschlossen

- Die KV Bremen hat mit der DAK-Gesundheit (DAK-G) einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf Grundlage des § 140a SGB V geschlossen.
- Der Vertrag startet zum 1. Januar 2019. Teilnahmeberechtigt sind Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten im Bereich der KV Bremen.
- Diese Vereinbarung dient der frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Gefäßerkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit einer Hypertonie.
- Alle Informationen sowie die notwendigen Unterlagen sind auf der Homepage der KV Bremen abrufbar:

WWW.KVHB.DE/BEGLEITERKRANKUNGEN-DER-HYPERTONIE

BARBARA FRANK
0421.34 04-340 | b.frank@kvhb.de

Vertrag Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus mit DAK-G geschlossen

- Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen hat mit der DAK-Gesundheit (DAK-G) einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf Grundlage des § 140a SGB V geschlossen.
- Der Vertrag startet zum 1. Januar 2019. Teilnahmeberechtigt sind Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten, fachärztlich tätige Internisten und Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin im Bereich der KV Bremen.
- Diese Vereinbarung dient der frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Nervenerkrankungen, Störungen der Harnblasenfunktion, Gefäßerkrankungen, Lebererkrankungen und Nierenkrankheiten bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus.
- Alle Informationen sowie die notwendigen Unterlagen sind auf der Homepage der KV Bremen abrufbar:

WWW.KVHB.DE/BEGLEITERKRANKUNGEN-DES-DIABETES-MELLITUS

BARBARA FRANK
0421.34 04-340 | b.frank@kvhb.de

↳ VERTRÄGE

TK und Securvita BKK: Neue Teilnahme- erklärungen verwenden

→ Bei den zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen (U10,U11 und J2) für Patienten der Techniker Krankenkasse und Knappschaft sind jetzt neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen zu verwenden. Der Vordruck für die Patienten der Techniker Krankenkasse gilt seit dem 1. Januar 2019, die neu gefasste Erklärung für die Knappschaft ist bereits zum 1. Oktober 2018 eingeführt worden.

→ Die Teilnahme- und Einverständniserklärungen für Patienten, die an den Homöopathie-Verträgen der Securvita BKK (einschließlich der beigetretenen Kassen) und IKK classic teilnehmen, wurden ebenfalls zum Jahreswechsel angepasst und sind ab sofort zu verwenden.

→ Auslöser für diese Anpassungen ist die Datenschutz-Grundverordnung. Die aktuellen Vordrucke finden Sie auf der Homepage der KV Bremen: [WWW.KVHB.DE/VERTRÄGE](http://www.kvhb.de/VERTRÄGE)

MICHAEL SCHNAARS

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

↳ QUALITÄTSSICHERUNG

Änderungen in der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie

→ Zum 1. Januar 2019 treten folgende Änderungen in der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie (§ 135 Absatz 2 SGB V) in Kraft:

→ Neue Frist zur Datenübermittlung: Jahresstatistik bis zum 31. August an die KV senden.

→ Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation: Besteht ein Arzt zweimal in Folge, erfolgt die Prüfung alle vier Jahre. Falls eine Prüfung nicht bestanden wird, setzt der zweijährige Prüfzyklus ein.

JENNIFER BEZOLD

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

Praxisberatung „KV vor Ort“

Die KV macht Sie fit für die Hygiene- begehung!

▶ Geben Sie dem
Gesundheitsamt keinen
Grund zur Kritik ◀

▶ Seien Sie
gut vorbereitet ◀

▶ Das Team von der
Praxisberatung „KV vor Ort“
unterstützt Sie dabei ◀

▶ Und zwar kostenlos ◀

▶ Machen Sie einfach
einen Termin mit uns ◀

Anmeldung

per Fax 0421.34 04 36 373 ◀
per Mail praxisberatung@kvhb.de ◀
per Telefon 0421.34 04 373 ◀

Ich interessiere mich für die
Hygiene-Beratung der KV Bremen.
Bitte rufen Sie mich an.

Ich interessiere mich auch für
 Praxisorganisationsanalyse
 EDV und Telematik-Infrastruktur
 Datenschutz in der Praxis

Name

Telefon

Telematik-Infrastruktur: Vierter Konnektor zugelassen

→ Ein weiterer Konnektor hat die Zulassung für die Telematik-Infrastruktur (TI) erhalten. Der Konnektor der Firma secunet Security Networks AG ist nunmehr das vierte Modell.

Zugelassene Konnektoren

Anbieter	Produktname
T-Systems International GmbH	VSDM Konnektor
KoCo Connector GmbH	KoCoBox MED+
Research Industrial Systems Engineering (RISE) GmbH	RISE-Konnektor
secunet Security Networks AG	secunet konnektor

→ Die Konnektoren-Hersteller arbeiten mit verschiedenen Anbietern von Praxisverwaltungssystemen (PVS) zusammen. Praxen, die bisher noch nicht an die TI angebunden sind, sollten deshalb zunächst mit ihrem PVS-Anbieter Kontakt aufnehmen und nach einem Vorschlag für den TI-Anschluss fragen. Meist wird ihnen dort ein Paket („Bundle“) mit allen notwendigen Komponenten angeboten. Dabei sollte der Preis von den Erstattungspauschalen zur TI gedeckt sein.

→ Ärzte und Psychotherapeuten müssen die notwendigen Komponenten für den Anschluss an die TI bis spätestens 31. März bestellen und dies gegenüber der KV Bremen nachweisen.

→ Weitere Informationen zur TI auf der Themenseite der KV Bremen:

www.kvhb.de/telematik-infrastruktur

GOTTFRIED ANTPÖHLER
0421.34 04-121 | g.antpoehler@kvhb.de
WILFRIED PERNAK
0421.34 04-139 | w.pernak@kvhb.de

DMP-Feedback-Berichte sind nun im KV-Portal verfügbar

→ Die praxisbezogenen Feedback-Berichte zu den einzelnen DMP-Indikationen für den Berichtszeitraum 1. Januar 2018 bis 30. Juni 2018 können im Zugangsbereich des KV-Portals eingesehen werden.

→ Aus den Berichten können mit wenig Zeitaufwand die wichtigsten Informationen entnommen werden. Die Berichte veranschaulichen grafisch, inwieweit die vereinbarten Qualitätsziele erreicht wurden und wo die Praxis im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen im Bereich der KV Bremen steht. Die Berichte bieten die Möglichkeit, die ärztliche Behandlung der DMP-Patienten transparent zu machen und potenziellen Handlungsbedarf zu ermitteln.

→ Mit der tabellarischen Übersicht der kritischen Patienten, können Sie im Bedarfsfall anhand der DMP-Fallnummer den Patienten identifizieren, den Einzelfall abwägen und gezielt reagieren.

OLGA FABRIZIUS
0421.34 04-339 | o.fabrizius@kvhb.de

Aushang für die Praxis: Plakat zur Gültigkeit von Gesundheitskarten

→ Ab dem 1. Januar 2019 sind nur noch elektronische Gesundheitskarten mit der Kennung „G2“ bzw. „G2.1“ gültig und einlesbar. Dieser Ausgabe des Landesrundscheiben liegt ein Plakat bei, das Patienten auf diesen Umstand hinweist und sie bittet, immer ihre neueste Karte mitzuführen.

Famulatur: Auszahlungsfrist beachten

→ Die KV Bremen unterstützt Studierende durch eine Ausbildungsbeihilfe. Die Auszahlung muss unmittelbar nach dem jeweiligen Famulaturabschnitt, spätestens aber sechs Monate danach bei der KV Bremen beantragt werden. Danach erlischt der Anspruch. Für die Frist ist der Eingang des Antrags auf Auszahlung der Ausbildungsbeihilfe bei der KV Bremen maßgeblich.

→ Die Ausbildungsbeihilfe der KV Bremen beläuft sich auf maximal 160 Euro je vollen Monat (Ausbildungsbeihilfe: 148 Euro plus Fahrtkostenzuschuss 12 Euro) für maximal zwei Monate. Bei der Berechnung des Förderbetrages werden eventuell bereits gezahlte Beträge sowie die tatsächliche Praktikumsdauer berücksichtigt.

→ Der Antrag wird vom Weiterbilder formlos unter Angabe des Famulantenamens, des Geburtsdatums und der Tätigkeitsdauer bei der KV Bremen eingereicht. Der Förderbetrag wird direkt an den Famulanten ausbezahlt.

KRASSIMIRA MARZOG
0421.34 04-377 | k.marzog@kvhb.de

Patientenveranstaltung zu Heilverfahren in der KV Bremen

→ Am Mittwoch, den 6. Februar, 16 bis 17:30 Uhr, findet die nächste Patientenveranstaltung der Reihe „KVHB: hautnah“ in der KV Bremen statt. Der Allgemeinmediziner Dr. Jürgen Fuchs aus Bremen referiert zum Thema „Integrative Allgemeinmedizin - Schulmedizin und bewährte Naturheilverfahren aus einer Hand“.

→ Infos unter: [WWW.KVHB.DE/HAUTNAH](http://www.kvhb.de/HAUTNAH)

MARION SARIS
0421.34 04-146 | m.saris@kvhb.de

Seminar zur Hypertoneschulung in der Arztpraxis

→ Die KV Bremen bietet im ersten Halbjahr 2019 eine Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Hypertoneschulung“ in der Arztpraxis an.

Seminar:
ZI-Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

Samstag, 16.03.2019 09.00-17.00 Uhr
(Ärzte bis 13.00 Uhr und MFA bis 17.00 Uhr)

Mittwoch, 20.03.2018 09.00-17.00 Uhr (MFA)

→ Seminarablauf: 1. Teiltermin für Arzt, Teilnahme MFA an beiden Terminen.

→ Veranstaltungsort: Kassenärztliche Vereinigung Bremen,
Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen, Vortragssaal

→ Die Teilnahmegebühr beträgt pro Person 169 Euro. Eine Anmeldung zum Seminar ist unbedingt erforderlich. Bei Interesse faxen Sie uns bitte den beiliegenden Anmeldebogen zurück.

→ Die Anmeldung zu den Seminaren ist verbindlich. Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung. Eine schriftliche Abmeldung bis zwei Wochen vor Seminarbeginn ist kostenlos. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen wird die volle Seminargebühr erhoben.

OLGA FABRIZIUS
0421.34 04-339 | o.fabrizius@kvhb.de

Kurs für Teilnehmer im KV-Bereitschaftsdienst

→ Die KV Bremen bietet in Zusammenarbeit mit der Heidelberger Medizinakademie vom 3. bis 5. Mai ein dreitägiges Seminar unter dem Titel „Fit für jeden Notfall“ an. Die Fortbildung richtet sich an alle, die sich praxisnah über das gesamte Spektrum im Bereitschaftsdienst informieren wollen.

Bereitschaftsdienst-Seminar „Fit für jeden Notfall“
vom 3. – 5. Mai 2019 in Bremen

Veranstaltungsort: Bürgerhaus Vegesack, Kirchheide 49, 28757 Bremen

→ Die Seminargebühr beträgt 560 Euro und beinhaltet folgende Leistungen: Das dreitägige Seminar, täglich Reanimationstraining und praktische Übungen in Kleingruppen, ein ausführliches Skript aller Vorträge, die Zertifizierungen, Mittagessen, Zwischenmahlzeiten und Getränke.

→ 32 Fortbildungspunkte wurden bei der Ärztekammer beantragt. Diesem Landesrundscheiben liegt ein Anmeldeformular samt weitere Informationen bei.

BIRGIT SEEBECK

0421.34 04-105 | b.seebeck@kvhb.de

Kurs für angehende Hygienebeauftragte Ärzte

→ In der Neufassung der Hygieneverordnung des Landes Bremen sind auch Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyseeinrichtungen verpflichtet, einen hygienebeauftragten Arzt/Ärztin zu bestellen. Voraussetzung ist die Facharzt-Anerkennung und die von einer Landesärztekammer anerkannte curriculare Fortbildung im Umfang von mindestens 40 Stunden.

→ Die Ärztekammer Bremen bietet diese curriculare Fortbildung an

Hygienebeauftragter Arzt/Hygienebeauftragte Ärztin
in der ambulanten Tätigkeit

6. März, 9. März, 20. März, 3. April, 27. April, 8. Mai
Mittwochs 15.00 bis 20.00 Uhr, samstags 9.00 bis 16.15 Uhr
Veranstaltungszentrum der Ärztekammer
Kosten: 600,- Euro (40 Punkte)

→ Weitere Informationen und Anmeldung über die Akademie für Fortbildung: www.aekhb.de (Ärzte / Fortbildung / Veranstaltungen der Akademie)

AKADEMIE FÜR FORTBILDUNG

0421.34 04-263 |

Verwaltungskostensätze der KV Bremen für 2019

→ Die Vertreterversammlung hat am 4. Dezember 2018 den Haushaltsplan der KV Bremen für 2019 verabschiedet. Folgende Verwaltungskostensätze (im Vergleich zu 2018) sind vorgesehen:

Verwaltungskostensätze	2019	2018
Alle Ärzte	1,58 %	1,58 %
Sicherstellung/Ärztlicher Bereitschaftsdienst	0,45 %	0,45 %
Kostenbeteiligung der Nichtvertragsärzte für die genehmigte Tätigkeit im Bereitschaftsdienst	10,00 %	10,00 %
Für Datenträgerabrechnung seit I/2011 zusätzliche Verwaltungskostenumlage i. H. v. 1,00 %, jedoch mind. 150,00 €	1,00 %	1,00 %
Ergänzungsbetrag für Mitglieder, die an Selektivverträgen mit Bereinigung der Gesamtvergütung außerhalb des KV-Systems teilnehmen. Der Betrag pro eingeschriebenen Versicherten und Quartal lag in 2018 bei 0,90 € und beträgt in 2019 0,95 €.	0,95 €	0,90 €

ANNETTE GÖTZENICH
0421.34 04-130 | a.goetzenich@kvhb.de

Honorarbericht für das Quartal 3/2018

.....

Im dritten Quartal 2018 gibt es ein leichtes Honorarplus von 0,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal. Die Anzahl der Fälle ist rückläufig (mit Ausnahme der Psychotherapeuten). Rekordverdächtig sind die Auszahlungsquoten, zum Beispiel 95 Prozent für die RLV-Überschreitung und 100 Prozent fürs Labor!

↳ Im 3. Quartal 2018 haben die Ärzte und Psychotherapeuten im Bereich der KV Bremen ein moderates Honorarplus von 0,4 Prozent bei einem gleichzeitigen Fallzahlrückgang von 3,6 Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal zu verzeichnen. Der hausärztliche Versorgungsbereich hat ein Plus von 0,2 Prozent und der fachärztliche Versorgungsbereich von 0,4 Prozent; das teilt sich auf auf 0,1 Prozent mehr für Fachärzte und 4,0 Prozent mehr für Psychotherapeuten.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich ist ein Fallzahlrückgang von 2,3 Prozent und bei den Fachärzten (incl. MVZ) von 4,2 Prozent zu verzeichnen. Lediglich die Fallzahlen der Psychotherapeuten sind um 6,5 Prozent gestiegen. Ursächlich für diese Entwicklung sind unter anderem die Verschiebung der Sommerferien im Vergleich zum Vorjahr sowie ein Honorarrückgang im Bereich der regionalen Verträge und Vereinbarungen, insbesondere durch den Wegfall der Rahmenvereinbarung Bremer Ärzte.

Sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich konnten die RLV-Überschreitungsquoten in diesem Quartal auf 95 Prozent festgesetzt werden. Genauso erfreulich sind die Quotierungen der Laborleistungen, die in allen Bereichen bei 100 Prozent liegen. ←

GESAMT

Bruttohonorar

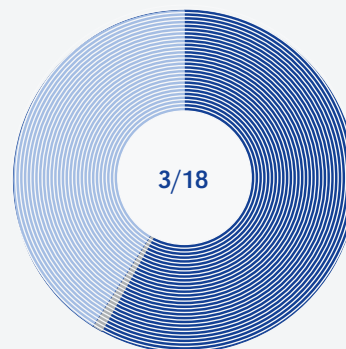
3/18	+ 0,4 %	113.961.970 €
3/17	+ 3,3 %	113.540.243 €
3/16	+ 3,3 %	109.900.073 €
3/15	+ 3,4 %	106.429.566 €

Vergütungsanteile

MGV
68.483.755 €

EXTRABUDGETÄR
44.377.345 €

SONSTIGE
KOSTENTRÄGER
1.100.869 €



HAUSÄRZTE

Bruttohonorar

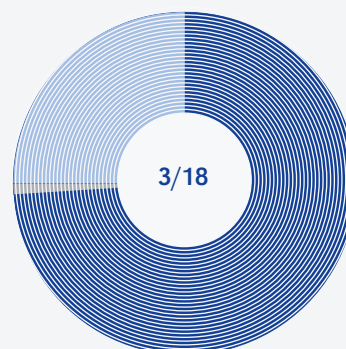
3/18	+ 0,2 %	27.758.468 €
3/17	+ 4,4 %	27.705.046 €
3/16	+ 3,5 %	26.549.377 €
3/15	+ 2,3 %	25.652.215 €

Vergütungsanteile

MGV
21.997.212 €

EXTRABUDGETÄR
5.524.465 €

SONSTIGE
KOSTENTRÄGER
236.790 €



FACHÄRZTE

Bruttohonorar

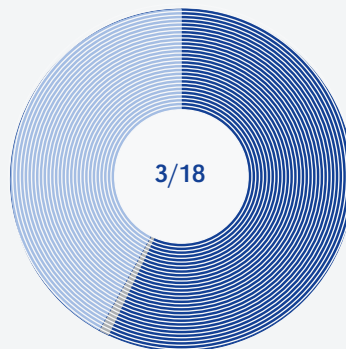
3/18	+ 0,1 %	78.106.596 €
3/17	+ 2,4 %	78.048.336 €
3/16	+ 3,3 %	76.208.649 €
3/15	+ 3,3 %	73.802.378 €

Vergütungsanteile

MGV
45.951.952 €

EXTRABUDGETÄR
31.353.181 €

SONSTIGE
KOSTENTRÄGER
801.462 €



PSYCHOTHERAPEUTEN

Bruttohonorar

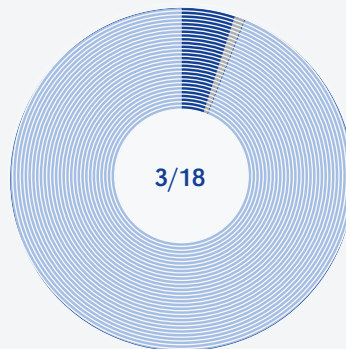
3/18	+ 4,0 %	8.096.904 €
3/17	+ 9,0 %	7.786.859 €
3/16	+ 2,4 %	7.142.045 €
3/15	+ 8,6 %	6.974.973 €

Vergütungsanteile

MGV
534.590 €

EXTRABUDGETÄR
7.499.697 €

SONSTIGE
KOSTENTRÄGER
62.616 €



Aus Gründen der Vereinfachung werden in der Darstellung der Bruttohonorare Medizinische Versorgungszentren den Fachärzten zugeordnet.

Arztgruppen-Analyse

Anästhesisten: Bei den Anästhesisten wurden weniger Anästhesie-Leistungen bei ambulanten Operationen erbracht, bei gleichzeitigem Fallzahlrückgang. Das Honorar je Fall ist um 5,2 Prozent gestiegen.

Augenärzte: Das Minus bei den Augenärzten ist einem statistischen Effekt geschuldet: Eine Großpraxis wurde in ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) umgewandelt. Es handelt sich also um keinen tatsächlichen Honorarrückgang, sondern um eine Verschiebung der Honoraranteile von den Augenärzten zu den MVZ.

Chirurgen: Wie schon im Vorquartal ist das Honorar bei den Chirurgen durch einen Zuwachs im RLV gestiegen, weil mehr ambulant operiert wurde.

Dermatologen: Die Dermatologen profitieren von den Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus. Das budgetierte Honorar ist dennoch aufgrund eines Rückgangs im RLV leicht gesunken. Im extrabudgetären Bereich wurden weniger Balneophototherapien erbracht.

Gynäkologen: Bei den Gynäkologen ist im budgetierten Bereich ein Rückgang beim Wirtschaftlichkeitsbonus zu verzeichnen. Dafür sind jedoch die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) und die Leistungen, die im Rahmen der Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaft erbracht wurden, gestiegen. Im extrabudgetären Bereich sind die Präventionsleistungen gesunken.

HNO-Ärzte: Die HNO-Ärzte haben auch dieses Quartal weniger ambulant operiert, so dass die EGV gesunken ist.

Kinder- und Jugendpsychiater: Wie schon im Vorquartal ist der Zuwachs bei den Kinder- und Jugendpsychiatern (bis 30% PT) im extrabudgetären Bereich auf einen Anstieg der Probatorik, psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung sowie der antragspflichtigen Psychotherapie und im budgetierten Bereich der Gesprächs- und Betreuungsleistungen und des RLV zurückzuführen.

Der Honorarrückgang der Kinder- und Jugendpsychiater (über 30% PT) in der MGV beruht auf einer gesunkenen Anforderung der Gesprächs- und Betreuungsleistungen. Die positive Leistungsentwicklung der Probatorik, psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung sowie der antragspflichtigen Psychotherapie haben hingegen zu einem Plus von 26,1 Prozent im extrabudgetären Bereich geführt.

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen: Der Zuwachs bei den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ist auch der Tatsache geschuldet, dass diese ebenfalls über die KZV abrechnen und somit von Quartal zu Quartal die Anzahl der abgerechneten Fälle und Leistungen schwankt. In diesem Quartal wurden mehr ambulant Operationen abgerechnet.

Nervenärzten und Psychiatern: Bei den Nervenärzten und Psy-

ARZTGRUPPEN-ANALYSE

% = Vergleich zum Vorjahresquartal

ANÄSTHESISTEN

MGV	-2,5 %
MGV+EGV+SOK	-4,9 %
Fallzahlen	-9,6 %
Ø Bruttohonorar	50.961 €
Ø Fallwert	198,93 €

DERMATOLOGEN

MGV	-0,1 %
MGV+EGV+SOK	-2,1 %
Fallzahlen	-2,6 %
Ø Bruttohonorar	59.573 €
Ø Fallwert	35,48 €

HAUSÄRZTE (O. KV-HAUSARZTVERTRAG)

MGV	-15,0 %
MGV+EGV+SOK	-14,4 %
Fallzahlen	-19,7 %
Ø Bruttohonorar	44.842€
Ø Fallwert	59,15€

KINDER- UND JUGENDPSYCH. ÜBER 30% PT

MGV	-2,5 %
MGV+EGV+SOK	+17,1 %
Fallzahlen	+3,1 %
Ø Bruttohonorar	17.414 €
Ø Fallwert	383,36 €

NERVENÄRZTE, PSYCHIATER, NEUROLOGEN

MGV	+3,9 %
MGV+EGV+SOK	+2,2 %
Fallzahlen	+0,4 %
Ø Bruttohonorar	72.294 €
Ø Fallwert	75,96 €

ÄRZTL. UND PSYCHOL.
PSYCHOTHERAPEUTEN UND KJP

MGV	+8,3 %
MGV+EGV+SOK	+4,0 %
Fallzahlen	+6,5 %
Ø Bruttohonorar	22.616€
Ø Fallwert	458,93€

AUGENÄRZTE

MGV	-10,7 %
MGV+EGV+SOK	-17,2 %
Fallzahlen	-13,7 %
Ø Bruttohonorar	65.305 €
Ø Fallwert	67,02 €

CHIRURGEN

MGV	+5,5 %
MGV+EGV+SOK	+6,7 %
Fallzahlen	+5,7 %
Ø Bruttohonorar	77.719 €
Ø Fallwert	77,30 €

FACHÄRZTLICHE INTERNISTEN

MGV	+1,1 %
MGV+EGV+SOK	+0,5 %
Fallzahlen	-1,4 %
Ø Bruttohonorar	114.125 €
Ø Fallwert	169,53 €

GYNÄKOLOGEN

MGV	-1,1 %
MGV+EGV+SOK	-1,2 %
Fallzahlen	-2,6 %
Ø Bruttohonorar	67.197 €
Ø Fallwert	60,59 €

HAUSÄRZTE (KV-HAUSARZTVERTRAG)

MGV	+3,6 %
MGV+EGV+SOK	+1,9 %
Fallzahlen	+0,4 %
Ø Bruttohonorar	59.301 €
Ø Fallwert	66,94 €

HNO - ÄRZTE

MGV	+0,9 %
MGV+EGV+SOK	-0,9 %
Fallzahlen	-2,9 %
Ø Bruttohonorar	63.247 €
Ø Fallwert	48,18 €

KINDER- UND JUGENDÄRZTE

MGV	-0,1 %
MGV+EGV+SOK	-0,3 %
Fallzahlen	-4,3 %
Ø Bruttohonorar	69.179 €
Ø Fallwert	71,27 €

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER

MGV	+12,5 %
MGV+EGV+SOK	+10,5 %
Fallzahlen	+4,2 %
Ø Bruttohonorar	82.519 €
Ø Fallwert	309,35 €

LABORÄRZTE

MGV	-8,4 %
MGV+EGV+SOK	-7,4 %
Fallzahlen	-11,5 %
Ø Bruttohonorar	277.697 €
Ø Fallwert	15,59 €

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGEN

MGV	+1,2 %
MGV+EGV+SOK	+3,7 %
Fallzahlen	-2,2 %
Ø Bruttohonorar	16.347 €
Ø Fallwert	138,78 €

NERVENÄRZTE, PSYCHIATER ÜBER 30% PT

MGV	-13,9 %
MGV+EGV+SOK	-1,8 %
Fallzahlen	-14,1 %
Ø Bruttohonorar	29.831 €
Ø Fallwert	369,75 €

ORTHOPÄDEN

MGV	+2,0 %
MGV+EGV+SOK	+0,8 %
Fallzahlen	-2,2 %
Ø Bruttohonorar	79.340 €
Ø Fallwert	70,44 €

RADIOLOGEN/NUKLEARMEDIZINER

MGV	+0,3 %
MGV+EGV+SOK	+1,4 %
Fallzahlen	-6,3 %
Ø Bruttohonorar	146.673€
Ø Fallwert	113,66€

UROLOGEN

MGV	+2,2 %
MGV+EGV+SOK	+1,1 %
Fallzahlen	+1,8 %
Ø Bruttohonorar	70.173 €
Ø Fallwert	54,24 €

chiatern (über 30% PT) ist die Anforderung der Gesprächs- und Betreuungsleistungen und der Probatorik, psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung gesunken. Die antragspflichtigen Psychotherapien sind hingegen gestiegen. Zudem sind 2,5 Ärzte ausgeschieden. Das durchschnittlich budgetierte Honorar je Arzt ist um 14,8 Prozent gestiegen.

Nervenärzte, Psychiater und Neurologen: Das Honorarplus der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen ist auf einen Zuwachs im RLV, der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) und der Gesprächs- und Betreuungsleistungen im budgetierten Bereich zurückzuführen. Die negative Entwicklung der EGV (11,7 Prozent) beruht auf dem Wegfall der Rahmenvereinbarung Bremer Ärzte und einem Rückgang der antragspflichtigen Psychotherapien.

Orthopäden: Der Anstieg von Akupunkturleistungen und der Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) hat bei den Orthopäden eine positive Honorarentwicklung im budgetierten Bereich bewirkt. Der Rückgang in der EGV liegt am Wegfall der Rahmenvereinbarung Bremer Ärzte und einem Rückgang ambulanter Operationen im OP-Zentrum.

Urologen: Die Urologen haben in diesem Quartal weniger Leistungen der Onkologie-Vereinbarung erbracht, so dass das extrabudgetäre Honorar gesunken ist.

Psychotherapeuten: Schon wie im Vorquartal beruht das Plus von 4 Prozent im Bruttohonorar bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten auf einer gestiegenen Leistungsanforderung bei den nicht antragspflichtigen Leistungen im budgetierten Bereich und der antragspflichtigen Psychotherapie sowie der Probatorik, psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung im extrabudgetären Bereich.

Hausärzte: Im hausärztlichen Versorgungsbereich gibt es eine moderate positive Honorarentwicklung von 1,9 Prozent der Hausärzte (mit KV-HZV-Vertrag) und ein leichtes Minus bei den Kinder- und Jugendärzten in Höhe von 0,3 Prozent.

Der Honoraranstieg der Hausärzte (mit KV-HZV-Vertrag) beruht im Wesentlichen auf einem Zuwachs des RLV in Höhe von 4,5 Prozent. Die Leistungen im extrabudgetä-

ren Bereich sind hingegen um 4,8 Prozent gesunken. Dies liegt unter anderem an dem Wegfall der Rahmenvereinbarung Bremer Ärzte und der Überführung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen in ein Bereitstellungsvolumen. Positiv entwickelt haben sich allerdings die Präventionsleistungen, die zum 01. Oktober 2017 neu eingeführte palliativmedizinische Versorgung und die HZV-Verträge.

Kinder- und Jugendärzte: Die Kinder- und Jugendärzte haben im budgetierten Bereich ein Minus von 0,1 Prozent und im extrabudgetären Bereich ein Minus von 0,6 Prozent. Auch die Fallzahl ist um 4,3 Prozent gesunken. Die Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus ist um 44,5 Prozent gestiegen. Die DMP-Anforderung ist zurückgegangen. Der Fallwert der Hausärzte (mit KV-HZV-Vertrag) liegt in diesem Quartal bei 66,94 Euro. Im Vorjahresquartal waren es 65,95 Euro. Schaut man sich den Fallwert nur für die Patienten an, die in die KV-Hausarztverträge eingeschrieben sind, liegt dieser bei 73,60 Euro. Die Hausärzte (ohne KV-HZV-Vertrag) haben einen Fallwert von 59,15 Euro.

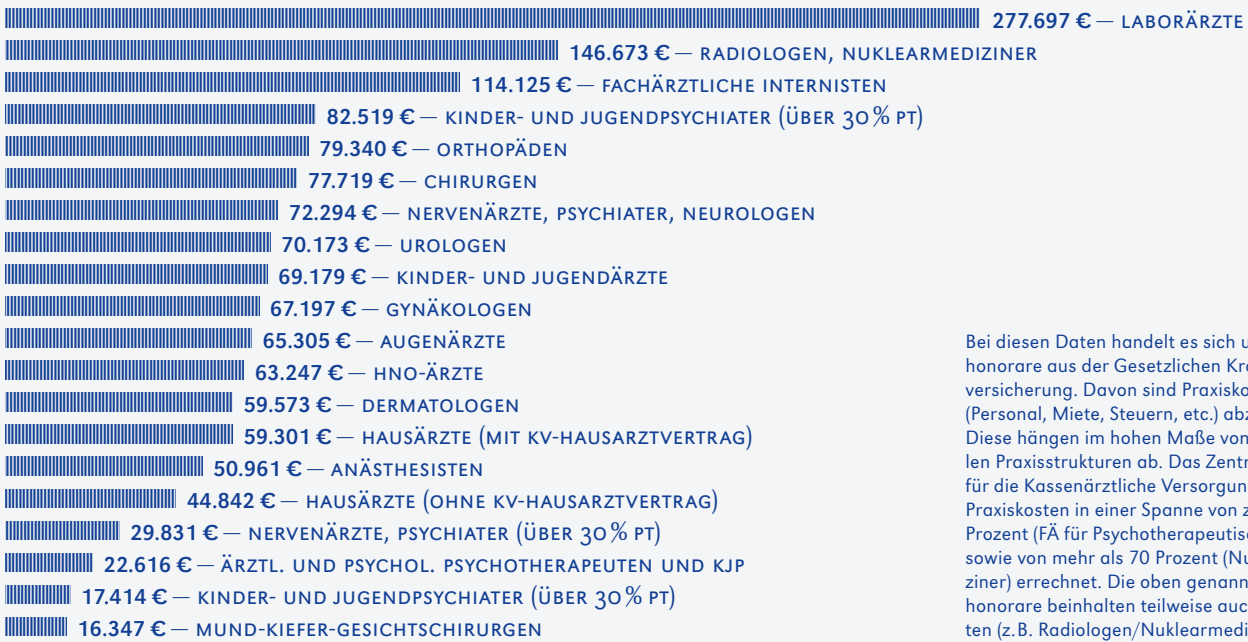
Labor

Die Anforderung von Laborleistungen ist gegenüber dem Vorjahresquartal um 9,1 Prozent (rund 776.800 Euro) gesunken. Alle Laboranforderungen konnten bei einem nach den KBV-Vorgaben zu bildende Vergütungsvolumen von 8,3 Mio. Euro mit Quoten von 100 Prozent vergütet werden. Die gesamte Vergütung für Laborleistungen (inkl. Wirtschaftlichkeitsbonus) ist um 2,2 Prozent gesunken.

Mit der Laborreform zum 1. April 2018 wurde der Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus grundlegend umstrukturiert, mit dem Ergebnis, dass beim Wirtschaftlichkeitsbonus ein Rückgang von ca. 17 Prozent zu verzeichnen ist. Gleichzeitig sind auch die berücksichtigten Ausnahmekennziffern im Vergleich zum Vorjahresquartal zurückgegangen. Zum einen werden nur noch bestimmte Laborleistungen im Zusammenhang mit einer Ausnahmekennziffer beim Wirtschaftlichkeitsbonus abgezogen, zum anderen gehen nur Ausnahmekennziffern, die der Veranlasser selbst in seiner Abrechnung angibt, in die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus ein. ←

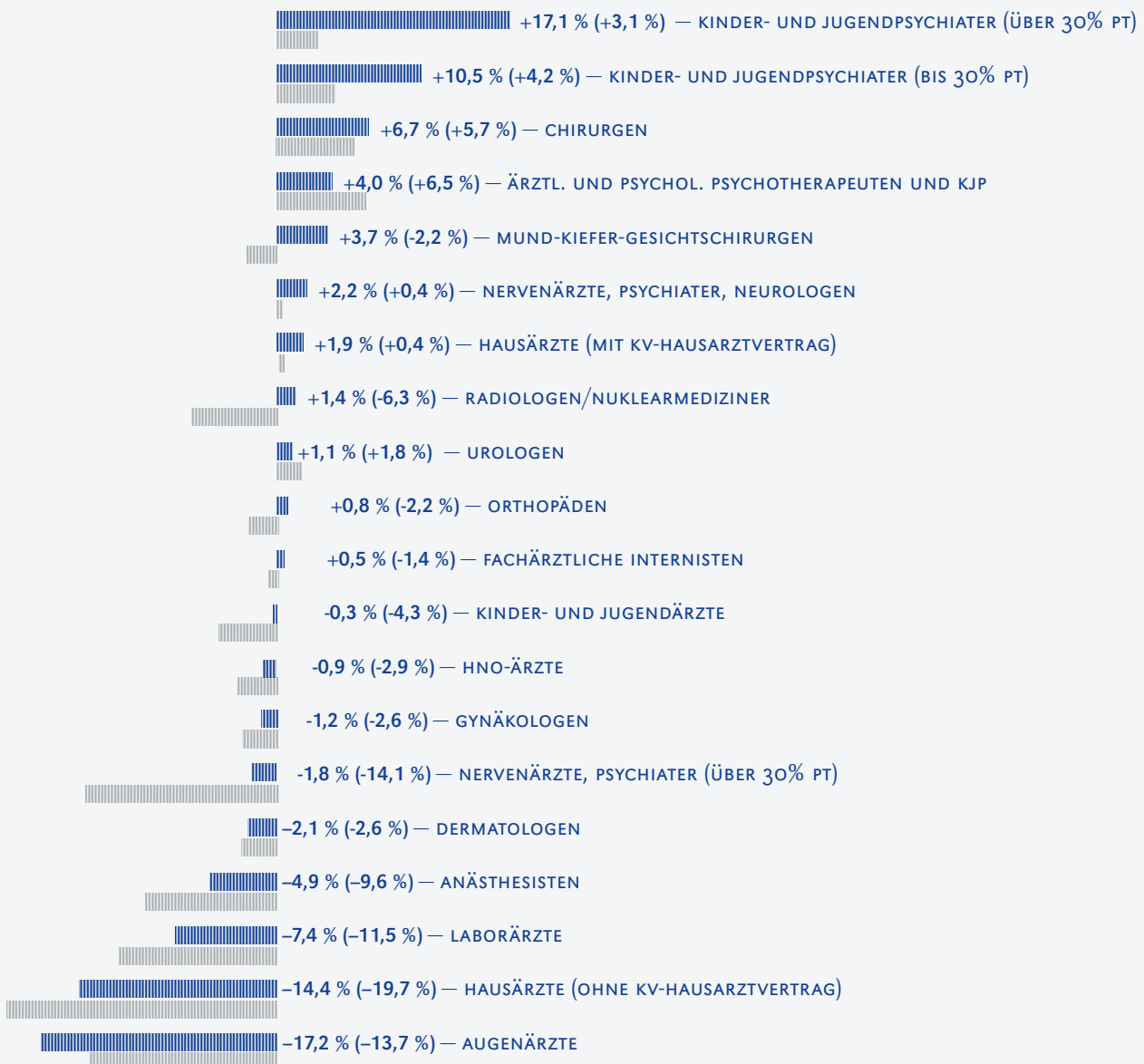
ARZTGRUPPEN-ANALYSE

Durchschnittliche Bruttohonorare je Arzt / MEDIAN Arzt



Bei diesen Daten handelt es sich um Bruttohonorare aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Davon sind Praxiskosten (Personal, Miete, Steuern, etc.) abzurechnen. Diese hängen im hohen Maße von individuellen Praxisstrukturen ab. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) hat Praxiskosten in einer Spanne von zirka 31 Prozent (FÄ für Psychotherapeutische Medizin) sowie von mehr als 70 Prozent (Nuklearmediziner) errechnet. Die oben genannten Bruttohonorare beinhalten teilweise auch Sachkosten (z. B. Radiologen/Nuklearmediziner).

Bruttohonorar (und Fallzahlen) zum Vorjahresquartal



QUOTEN 3/2018

	Quote Fachärzte	Quote Hausärzte
RLV-Überschreitung	0,950000	0,950000
Vergütung AG ohne RLV	1,000000	1,000000
Vergütung ermächtigte Ärzte	1,000000	
Akupunktur	0,950000	1,000000
Ambulante Betreuung/Nachsorge I	1,000000	
Ambulante Betreuung/Nachsorge II	1,000000	
Anästhesieleistungen Kap. 5.3	0,966067	
Anästhesie-Leistungen nach § 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V	1,000000	
Belegärztliche Begleitleistungen	1,000000	
Besuche GOP 01410, 01413, 01415	1,000000	1,000000
Delegationsfähige Leistungen	1,000000	1,000000
Dringende Besuche	1,000000	1,000000
Empfängnisregelung	1,000000	1,000000
Fachärztliche Grundversorgung „PFG“	0,950000	
Fachärztliche Leistungen Kinderärzte		0,948833
Genetisches Labor	0,950000	
Gesprächs- und Betreuungsleistungen	0,950000	
Hausärztliche geriatrische Versorgung		0,513538
„KiM“-Vergütung		0,900680
Kosten Kap. 40	1,000000	1,000000
Leistungen nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPa)		1,000000
Pathologische Leistungen Kap. 19 bei Auftrag	0,966840	
Polysomnographie	1,000000	
Psychosomatik/Übende Verfahren		1,000000
Psychotherapie I	0,950000	0,999259
Schmerztherapeutische Versorgung	1,000000	
Sehschule	1,000000	
Sonographie		1,000000
Sozialpädiatrische Beratung		1,000000
Strukturpauschale – GOP 06225	0,979302	
Unvorhergesehene Inanspruchnahmen	1,000000	1,000000
Nicht antragspflichtige Leistungen Psychotherapeuten	1,000000	

Die hervorgehobenen Quoten wurden gestützt. Das heißt, rechnerisch wäre der Wert niedriger. Die KV hat mit nicht ausgeschöpften Honoraranteilen die Quote angehoben.

LABOR 3/2018

	Quote Fachärzte	Quote Hausärzte
Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus	1,000000	1,000000
Veranlasste Laborkosten Kap. 32.2	1,000000	
Veranlasste Laborkosten Kap. 32.3	1,000000	
Laborpauschalen – FÄ	1,000000	
Bezogene Laborkosten Kap. 32.2	1,000000	1,000000
Eigenerbrachte Laborkosten Kap. 32.2	1,000000	1,000000
Eigenerbrachte Laborkosten Kap. 32.3	1,000000	

Begriffe und Abkürzungen aus dem Honorarbericht

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Die Krankenkassen stellen eine begrenzte Geldsumme bereit, die so genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Daraus werden viele ärztliche Leistungen bezahlt. Wir sprechen vom budgetierten Honorar. Den größten Anteil bildet dabei bei den meisten Arztgruppen das Regelleistungsvolumen (RLV) und das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV).

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)

Das extrabudgetäre Honorar wird zu 100 Prozent von den Krankenkassen ausgezahlt, ganz gleich, wie häufig die Leistungen abgerufen wurden. Extrabudgetär sind beispielsweise Prävention, die Mutterchaftsvorsorge, Schutzimpfungen, Substitutionsbehandlung, ambulantes Operieren, sonstige Sachkosten, Wegepauschalen und regionale Vereinbarungen.

Sonstige Kostenträger (SOK)

Sonstige Kostenträger sind Einrichtungen, Arbeitgeber oder Institutionen, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten für medizinische Leistungen übernehmen; zum Beispiel Polizei, Bundeswehr, Feuerwehren oder Sozialämter.

Regelleistungsvolumen (RLV)

Viele Leistungen werden aus dem Regelleistungsvolumen (RLV) bezahlt. Wie hoch das RLV ist, richtet sich im Wesentlichen nach den (RLV relevanten) Fallzahlen der Praxis im Vorjahresquartal und dem RLV-Fallwert der Fachgruppe. Dieser Fallwert errechnet sich, in dem das RLV-Vergütungsvolumen der Fachgruppe durch die Anzahl der RLV-Fälle aller Ärzte der Fachgruppe dividiert wird. Durch Multiplikation von Fallwert und RLV-Fallzahl ergibt sich das praxisbezogene RLV.

Bereitstellungsvolumen

Neben RLV und QZV gibt es eine Reihe weiterer Leistungsbereiche, nämlich die Bereitstellungsvolumen. Dazu zählen u. a. Besuche, Gesprächs- und Betreuungsleistungen der Fachärzte, Psychosomatik und Sonographien der Hausärzte, aber auch Laborkosten und Sachkosten für Porto und Versandpauschalen. Die Bereitstellungsvolumen werden getrennt nach den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen gebildet. Überschreitet die Leistungsanforderung aller Ärzte eines Versorgungsbereichs das jeweils bereitgestellte Vergütungsvolumen, wird die Anforderung quotiert.

Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Hinter dem Fremdkassenzahlungsausgleich verbirgt sich ein Clearing-Verfahren. Verbindlichkeiten, die die KV Bremen gegenüber anderen KVen hat (nämlich dann, wenn ein Versicherter mit Wohnsitz in Bremen sich in einem anderen Bundesland behandeln lässt) werden mit den Forderungen der KV Bremen an andere KVen verrechnet. Da in Bremen viele Niedersachsen behandelt werden, sind die Forderungen generell höher als die Verbindlichkeiten.

Impressum

Herausgeberin: Kassenärztliche Vereinigung
Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28,
28209 Bremen, Tel.: 0421.34 04-0 |
v. i. S. d. P.: Dr. Jörg Hermann |
Redaktion: Christoph Fox (RED) |
Autoren dieser Ausgabe: Jessica Drewes,
Christoph Fox, Dr. Jörg Hermann, Christoph Maaß,
Frederike Roch |
Abbildungsnachweise: Jemastock - Fotolia (S. 01 &
S. 08); StudioLaMagica - Fotolia (S. 01 & S. 20/21);
Christoph Fox (S. 07); Jemastock - Fotolia (S. 11); privat
(S. 12 & S. 13); Jemastock - Fotolia (S. 15); Gina San-
ders (S. 19); KV Bremen (S. 44) |
Redaktion: siehe Herausgeberin, Tel.:
0421.34 04-328, E-Mail: c.fox@kvhb.de |
Gestaltungskonzept: oblik visuelle
kommunikation | **Druck:** BerlinDruck GmbH +
Co KG | **Vertrieb:** siehe Herausgeberin

Das Landesrundschreiben erscheint achtmal im Jahr als Informationsmedium für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Abdruck nur mit Genehmigung der Herausgeberin. Gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint. Das Landesrundschreiben enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für nichtärztliche Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie Ihren Mitarbeitern den Einblick in diese Ausgabe.

Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

Zeitraum 1. Dezember bis 31. Dezember

Zulassungen

<u>Name</u>	<u>Ort</u>	<u>Fachgruppe</u>	<u>Beginn</u>	<u>Nachfolger von</u>
Dipl.-Kunsttherapeutin Helena Erdmann - halbe Zulassung -	Hafenstraße 127 27576 Bremerhaven	Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut	07.12.2018	Dipl.-Psych. Gudrun Hammer
Dr. rer. nat. Stella Hristova - halbe Zulassung -	Johannesstraße 18 27570 Bremerhaven	Psychologischer Psychotherapeut	07.12.2018	Sonja Raza
Dipl.-Psych. Nadine Molis - volle Zulassung -	Bgm.-Martin-Donandt-Platz 22 27568 Bremerhaven	Psychologischer Psychotherapeut	07.12.2018	Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Christoph Sülz

Verlegungen, Umzüge

<u>Name</u>	<u>von</u>	<u>nach</u>	<u>Datum</u>
Dipl.-Psych. Julia Greve	Gerhard-Rohlf's-Straße 7 - 8 28757 Bremen	Sager Straße 27 28757 Bremen	01.12.2018
Dipl.-Psych. H. Pontzen u. Dipl.-Psych. G. Herbst	Goethestraße 25 28203 Bremen	Besselstraße 40 28203 Bremen	01.12.2018
Dipl.-Psych. Miriam Neumann	Helmer 16 28359 Bremen	Voltastraße 71 28357 Bremen	01.12.2018
Heike Diederichs-Egidi	Lindenhofstraße 44 28237 Bremen	Gröpelinger Heerstraße 145 28237 Bremen	20.12.2018

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 19. November.

FÄ/FA Innere Medizin/ Allgemeinmed.

Wir suchen zeitnah Verstärkung für unsere hausärzt internistisch-allgemeinmed. Praxis in Hastedt. 20-30 Stunden pro Woche, flexible Sprechstunden, Sonografie. www.gemeinschaftspraxis-kellermann.de
Kontakt: praxis-dr.kellermann@posteo.de

Augenfacharzt/-ärztin

zum 1.7.19 oder später gesucht.
Große konservativ-operative Praxis.
Eigene Operationszeiten möglich.
Augenärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. W. Kröncke & A. Zwick
Kontakt: kontakt@augen-bhv.de

Hausärztlich-internistische Praxis

in Bremerhaven sucht
Praxispartner bzw. Mitarbeiter, möglichst bald.
Kontakt: Chiffre DO0581

Praxisüberahme in Bremen-Nord

Etablierte allgemeinmedizinische Hausarztpraxis in Bremen-Nord sucht ab sofort oder zum 1. April/1. Juli 2019 eine Nachfolgerin/einen Nachfolger. Auch für zwei Ärztinnen/Ärzte in Gemeinschaft geeignet. Schöne Räumlichkeiten, kompetentes Praxisteam, sehr guter Umsatz.
Kontakt: erika.grefe@web.de

Anstellung Hausarztpraxis Bremen

Übernahme möglich
Alteingesessene Hausarztpraxis in Bremen Nord sucht ab sofort eine(n) Ärztin/Arzt zur Anstellung, spätere Praxisübernahme willkommen. Kompetentes und erfahrenes Praxisteam, stabil hoher Umsatz.
Kontakt praxis@hausarzt-bremen-nord.de

Freundliches Hausarztteam

im Zentrum Bremens sucht
ärztliche Verstärkung spätestens zum 01.04.2019 für 10-20 Stunden die Woche.
Spätere Partnerschaft erwünscht.
Kontakt: hausarztpraxis.neustadt@web.de

Praxisräume in Bremen-Nord

Praxisräume (ca. 145 - 150 m² im 1. OG)
an Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Internisten/Internistin zu sehr guten Konditionen langfristig zu vermieten. Kontakt:
Telefon: 0421/65 33 77 oder info@machandel.de

Neubau Ärztehaus in Bremerhaven

Schöne helle Arztpraxen in Bremerhaven Georgstraße zu vermieten / verkaufen von privat.
Bei Interesse sehr gerne über
Kontakt: 0151-1130 3350 oder i.m.messinger@icloud.com

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 Landesrundschriftens gesammelt an den Inserenten verschickt.

Bremerhaven: 2 halbe Praxen zu verkaufen

Vt, Tp und AT. Für Kiju liegt eine Abrechnungsgenehmigung vor. KV-Zulassung vorhanden. Die beiden halben Praxen können auch zu einer vollen Praxis zusammengefasst werden
ab: 01.04.2019
Kontakt: angela-ulbricht@web.de

www.kvhb.de/kleinanzeigen

Hausarztvertretung gesucht

Hausärztin in Walle sucht Vertretung für die Sprechstunde montagnachmittags.
Kontakt: 0421 / 27 46 16 (privat)
ulrike.heil@nord-com.net

AllgemeinmedizinerIn gesucht

InternistIn gesucht
Lust auf flexible Arbeitszeiten, moderne Praxisräume, eine gute Ausstattung und ein sehr gutes MFA-Team? Wir suchen Unterstützung für unser junges Team in der Hausarztpraxis Lesumpark in Teil- oder Vollzeit. Gerne zeitnah oder spätestens zum 2.Quartal 2019.
Kontakt: danielsiedenhans@gmx.de



DIE PRAXISSOFTWARE MIT DEM SELBST-UPDATE

Nie mehr Updatestress zum Quartalswechsel.

Bisher waren Updates oft harte Arbeit. Mal unvollständig, mal zeitraubend, mal nervend. medatixx macht Schluss damit: Mit medatixx laufen alle erforderlichen Updates automatisch. Ihre Praxissoftware ist immer aktuell und Ihr Praxisbetrieb läuft ungestört weiter.

Mehr erfahren unter: alles-bestens.medatixx.de

Der Beratungsservice der KV Bremen

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

0421.34 04-

Abrechnungsberatung

Team 1

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

Isabella Schweppe -300
Katharina Kuczkowicz -301

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

Petra Bentzien -165

Team 2

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

Daniela Scheglow -315
Alexandra Thölke -320

RLV-Berechnung

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

RLV-Anträge und Widersprüche

Kathrin Radetzky -195

Praxisbesonderheiten (RLV)

Katharina Kuczkowicz -301

Abteilungsleitung

Jessica Drewes -190
Mirja Homeier -193

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung

Wilfried Pernak -139

Abteilungsleitung

Gottfried Antpöhler -121

Praxisberatung

Jennifer Ziehn -371
Nina Arens -372
Angelika Ohnesorge -373

Qualität & Selektivverträge

Neue Versorgungsformen

(DMP, HzV, ...), Qualitätszirkel

Barbara Frank -340
Laura Mathieu -159
Olga Fabrizius -339

Qualitätssicherung, QM

Claudia Hanschke -330
Steffen Baumann -335
Sandra Kunz -329
Jennifer Bezold -118

Kai Herzmann (Substitution) -334

Abteilungsleitung

Christoph Maaß -115

Zulassung

Arztregister

Krassimira Marzog -377

Zulassung und Bedarfsplanung

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

Abteilungsleitung

Marion Bünning -341

Rechtsfragen

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

Verträge

Abteilungsleitung

Oltmann Willers -150

Honorarkonto

Abschlüsse, Bankverbindung,

Kontoauszug
Martina Prange -132

Prüfung

Plausibilitätsprüfung (Abrechnung)

Christoph Maaß -115

Wirtschaftlichkeitsprüfung (Verordnung, Behandlung)

Thomas Arndt -176

Verordnungen

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Michael Schnaars -154

Bereitschaftsdienste

Bremen und Bremen-Nord

Annika Lange -107
Kerstin Lünsmann -103

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

Formulare und Vordrucke

Formularausgabe, Zentrale

Erika Warnke, Ilonka Schneider -0

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

Formulare & Aktenvernichtung

Wolfgang Harder -178

Abteilungsleitung (Zentrale Dienste, Bereitschaftsdienste)

Birgit Seebeck -105



Das Gesicht hinter der Rufnummer 0421.34 04-154

Michael Schnaars ist Ihr Ansprechpartner, wenn es um Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel geht oder um z.B. Krankentransporte und AU-Bescheinigungen.