

landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 5 | 26. Juli 2018

Diskussion um Eigenbeteiligung ↳ 04
Zugangshürden in Europa ↳ 06
Patienten & die „Nullkostenillusion“ ↳ 12
Psychosomatische Grundversorgung ↳ 15
Fehlermeldungen bei der TI ↳ 16
PCT vor Antibiotika-Einsatz ↳ 18
Psychotherapie-Anträge ↳ 23
Honorarbericht 1/2018 ↳ 30





DR. JÖRG HERMANN
Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

die Eigenbeteiligung von Patienten ist ein Thema im diesjährigen Sommerloch. Die KV Bremen fordert sie, andere KVen tun es, auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und sogar die Gesundheitsweisen. Die Reaktionen ließen nicht lange auf sich warten: Empörung und Protest. Dabei ist der Gedanke gar nicht so verstörend, wie manche Politiker und Patientenvertreter behaupten. Wir haben uns in diesem Heft intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt und auch geschaut, was in Europa passiert. Lesen Sie und machen Sie sich Ihr eigenes Bild.

Es lohnt sich auch immer, die Honorarberichte im Landesrundschreiben zu studieren. Ab sofort sogar noch etwas mehr. Wir haben den Honorarbericht überarbeitet. Viele Änderungen im Kleinen und einige offensichtliche: Die MVZ tauchen nicht mehr als „eigener“ Versorgungsbereich auf. Wir differenzieren, wie es sein soll, in Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten.

Eben hat uns der zweite Hersteller von Konnektoren mit der freudigen Nachricht überrascht, dass er jetzt liefern kann. Die Jubelmeldung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ließ nicht lange auf sich warten. Wenige Stunden später erfahren wir, der neue Hersteller kann die gewaltige Zahl von 25 Geräten liefern. Der gemeine Kassenarzt ist mal wieder erfreut, dass die neueste IT-Errungenschaft ihm gar nichts nutzt. Worauf wir alle warten, ist EDV, die uns im Alltag entlastet, damit wir unsere kostbare Zeit für die Patienten verwenden können. Es ist an der Zeit für eine einheitliche Softwarelösung; von der KBV für die Vertragsärzte, bei der die Weitergabe wichtiger Befunde in der Hand der Ärzte ist. Keinesfalls wollen wir irgendwelche Google-, Apple- oder gar TK- und AOK-Akten füttern. Dort träumt man davon, die Daten direkt von Ihren Praxis-Systemen „abzuziehen“.

Bei aller Digitalisierung dürfen Sie alle sich nun neue Aktenschränke kaufen. Dank der Aufsicht von Brüssel über Bonn bis Bremen dürfen sie nun für jedes kleine Modul und jede Krankenkasse eine eigene Einschreibung vorhalten, die dank Datenschutz Grundverordnung mindestens zwei Seiten lang ist. Bei 20 teilnehmenden Krankenkassen und 20 Modulen...

Lassen Sie sich den schönen Sommer nicht verderben.
Gruß aus den Alpen. Ihr

Dr. Jörg Hermann
Vorsitzender der KV Bremen

↳ AUS DER KV

- 04** — Eigenbeteiligung gegen Flatrate-Mentalität: **So diskutiert die Politik**
- 05** — Eigenbeteiligung gegen Flatrate-Mentalität: **So diskutiert das Netz**
- 13** — **Nachrichten** aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...
- 14** — 10. Bremer Tag der ambulanten Medizin – **Melden Sie sich an!**

↳ IM BLICK

- 06** — Wie machen es die Nachbarn? **Zugangshürden im Ländervergleich**
- 10** — Die „Nullkostenillusion“ macht Zugangshürden unausweichlich

↳ IN PRAXIS

- 15** — **Psychosomatische Grundversorgung:**
Abrechnungsvoraussetzungen beachten
- 16** — Gesundheitskarte löst Fehler aus: **Woran es liegt und was zu tun ist**
- 18** — **PCT bei Atemwegsinfektionen** für den gezielten Antibiotika-Einsatz
- 20** — Auf einen Blick: **Das ist neu zum 1. Juli 2018**
- 21** — **Sie fragen – Wir antworten**
- 22** — **KV-Beratungsteam Kodierung:** Wir geben Unterstützung

↳ IN KÜRZE

- 23** — **Meldungen & Bekanntgaben**
 - Verspätete Psychotherapie-Anträge: Krankenkassen fordern Geld zurück
 - Früherkennung der Tyrosinämie seit 1. Juli Kassenleistung
- 24** — Funktionsanalyse weiterhin ohne Genehmigung berechnungsfähig
 - Rückruf von Valsartan-Präparaten: Deshalb neue Rezepte ohne Aut-idem-Kreuz ausstellen
 - HPV-Impfung für Jungen wird bald Kassenleistung
- 25** — Praxisinformation zur Krankenförderung ist aktualisiert
 - Neue Teilnahmeerklärungen zu den Hautvorsorgeverträgen
 - Diverse Stichprobenprüfungen werden ausgesetzt
- 26** — DMP: Zwei neue Schulungsprogramme und neue Abrechnungsmodalitäten
- 27** — Seminare zur Diabetesschulung und Hypertonieschulung in der Arztpraxis
 - Telematik-Infrastruktur: Weitere Komponenten verfügbar
- 28** — Telematik-Infrastruktur: KV warnt vor Telefonbetrüggern
 - Urteil: Terminservicestelle muss künftig probatorische Sitzungen vermitteln
 - Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen: Flyer für das Wartezimmer
- 29** — Telefonhotline und Terminsprechstunde in der Zulassungsberatung für Ärzte
 - Vortrag zu Zulassung von Arzneimitteln
- 38** — Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

↳ IN ZAHLEN

- 30** — **Honorarbericht** für das Quartal 1/2018

↳ SERVICE

- 41** — **Kleinanzeigen**
- 44** — **Der Beratungsservice** der KV Bremen

- 37** — **Impressum**

Eigenbeteiligung gegen Flatrate-Mentalität So diskutiert die Politik

Verstopfte Notfallambulanzen, volle Praxen: Bremens KV-Chef Dr. Jörg Hermann hat mit seinem Vorschlag für eine Eigenbeteiligung von Patienten bei Politikern und Verbänden Empörung hervorgerufen. Nun bringen auch die Gesundheitsweisen eine „Kontaktgebühr“ ins Spiel.

↳ Der Protest war eindeutig und er war scharf: Von „Stammtischniveau“ und einem „absurden Vorschlag“ war die Rede. Bremens Gesundheitsssenatorin Eva Quante-Brandt und ihre niedersächsische Amtskollegin Carola Reimann (beide SPD) erklärten unisono: „Ich halte nichts davon.“

Was war geschehen? KV-Vorstandsvorsitzender Dr. Jörg Hermann hatte sich in die Diskussion um die so genannten Portalpraxen eingeschaltet, die 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche an Krankenhäusern vorgeschaltet werden sollen, um die Notfallambulanzen zu entlasten. Dies, so Hermanns These, würde das Patientenaufkommen nur noch erhöhen: „Indem ich eine weitere Tür öffne, erreiche ich lediglich, dass noch mehr Menschen eintreten.“ Eine sinnvolle Patientensteuerung müsse deshalb an einer anderen Stelle ansetzen. Hermann fordert eine finanzielle Eigenbeteiligung für alle Gesundheitsleistungen. Die Höhe der Zuzahlung könnte gedeckelt werden durch eine festgelegte individuelle Belastungsgrenze. Eine solche Eigenbeteiligung der Patienten ist in fast allen europäischen Ländern bereits Realität – in Frankreich, Belgien, Schweden, Österreich und der Schweiz, um nur einige Beispiele aus einer vergleichenden Studie aus dem Jahr 2017 zu nennen (→ Seite 06 bis 07).

„Mit diesem Vorschlag will ich einen Pflock einschlagen“, begründet Hermann seine Initiative. „Es kann nicht sein, dass die Politik den Menschen vorgaukelt, sie könnten jederzeit und überall zum Flatrate-Tarif der gesetzlichen Krankenversicherung eine exzellente medizinische Versorgung bekommen. Gleichzeitig wird es den Praxen im Land durch Budgets und Bürokratie unmöglich gemacht, diesen Anspruch zu erfüllen, selbst wenn sie wollten.“ Dieser Widerspruch werde das System auf kurz oder lang sprengen.

Den Patienten ist in diesem Kontext kein Vorwurf zu machen. Solange die GKV-Flatrate gilt und die Regeln von Angebot und Nachfrage außer Kraft gesetzt sind, unterliegen sie zwangsläufig der „Nullkostenillusion“: Alle medizinischen Leistungen sind schon bezahlt und kosten daher nichts (→ Seite 08 bis 10).

Dass diese Mahnung von Politikern und Patientenverbänden nicht gerne gehört werden würde, war abzusehen. Doch mittlerweile mehren sich die Stimmen, die eine Eigenbeteiligung von Patienten fordern und es gibt eine gute Chance, dass sich die Diskussion nach der ersten Empörung versachlichen könnte. Denn nahezu zeitgleich zur Forderung von Bremens KV-Chef Hermann hat der Sachverständigenrat Gesundheit sein lang erwartetes Gutachten zur „Bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung“ öffentlich vorgestellt. In dem 800-Seiten-starken Werk gibt es einige Passagen, die sich mit der Eigenbeteiligung durch Patienten beschäftigen. So bringen die Gesundheitsweisen zum Beispiel eine „Kontaktgebühr“ für Facharztbesuche ohne Überweisung ins Spiel. Außerdem äußern sie sich zu überfüllten Notfallambulanzen: „Die Reform der Notfallversorgung bietet in besonderer Weise das Potenzial zur Steuerung des Patientenstroms in die der Schwere des Notfalls angemessenen Behandlungsalternative. Eine Selbstbeteiligung in Form einer Kontaktgebühr sollte erwogen werden.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat dieses Gutachten in Empfang genommen. Zu diesem Punkt hat er sich nicht geäußert – und wird es wahrscheinlich so schnell nicht tun. Ein sehr unbequemes Thema für ambitionierte Politiker ... ←

Eigenbeteiligung gegen Flatrate-Mentalität So diskutiert das Netz

Der Vorschlag für eine Eigenbeteiligung von Patienten wurde auch im Internet kontrovers diskutiert. Viele Blogger sind empört. Aber es gibt auch einige Kommentatoren, die die Flatrate-Mentalität der Deutschen beklagen. Wir haben hier einige Posts zusammengetragen.

„Ich wäre für eine „Strafgebühr“, wenn man die Notaufnahme ohne Not aufsucht! Der Arzt entscheidet dann, wer die Strafe zahlen muss, er weiß am besten, ob ein Notfall vorliegt oder nicht. Dabei sagt NOTaufnahme alles aus! Es heißt ja nicht Bauchwehaufnahme.“

„Das ist Unsinn. Natürlich ist es eine Sache, wenn sogenannte Spaßvögel auftauchen für eine Kleinigkeit. Aber wo blieben da die finanziell Schwachen wieder? Es werden sich einige aufgrund der finanziellen Notlage nicht mehr ins Krankenhaus trauen.“

„Ich finde den Ansatz, eine Gebühr für Nicht-Notfall-Patienten zu erheben, auch richtig. Was nicht funktionieren wird ist, Menschen am Empfang „abzuweisen“ und der hausärztlichen Versorgung zuzuführen. Den Schuh zieht sich doch freiwillig keiner an, jemanden „auf dem Gewissen“ zu haben, wenn es was Schlimmes war.“

„Ich muss mit meiner Mutter regelmäßig zum Arzt (Tumorpatient). Wenn ich da sehe, was bei den verschiedenen Ärzten so rumsitzt, wage ich zu bezweifeln, dass die das nicht auch mit Hausmitteln und Überlegen hinbekommen würden. Aber in der Vollkasko-Gesellschaft Deutschland ist das natürlich viel bequemer so.“

„Wenn ich bei einem Spezialisten mehrere Wochen Wartezeit habe, kann ich nachvollziehen, dass Menschen den All-Inclusive-Notdienst als bequeme Lösung nutzen und die Notfallaufnahmen verstopfen. Es ist nicht nur Bequemlichkeit, weshalb die Menschen den Schritt gehen.“

„Es kann wahrlich nicht sein, dass Partyleute mit durchtanzten Füßen, junge Leute mit Bauchweh und sonstige Lappalien sich in der Notaufnahme eines Krankenhauses wiederfinden. Das hat nichts mit Migranten zu tun, da finden sich alle Schichten wieder. Ich denke, wo wir uns alle über die steigenden Kosten aufregen, wäre das mal ein sinnvoller Schritt. Denn leider geht es bei den Menschen nur über den Geldbeutel...“

„Die Leute sind ohne Strafen oder deren Androhung einfach nicht mehr in der Lage zu denken. Siehe Rettungsgasse. Jeder sollte wissen, dass man mit einem eingerissenen Nagel nicht in die Notaufnahme rennt. Es gibt die 116117, ein toller Service – wird leider kaum genutzt. Vielleicht sollte man die noch mehr bewerben.“

„Seit über 30 Jahren im Rettungsdienst tätig kann ich die Entwicklung aus erster Hand beurteilen. In zwölf Stunden Dienst am Wochenende 10-14 Fahrten, davon vorsichtig geschätzt 50 Prozent nicht notwendig! Die Anspruchshaltung bzw. Missbrauch sorgt für immer mehr Frust und Abwanderung junger Kollegen und leider ist kein Ende in Sicht!“

„Am Wochenende hat kein Arzt Sprechstunden. Außerdem sind Mittwoch- und Freitagnachmittag ebenfalls viele Arztpraxen geschlossen. Was sollen Patienten machen, die zu diesen Zeiten starke Schmerzen oder sonstige Beschwerden bekommen, die nicht unbedingt den Einsatz eines Rettungswagens erfordern?“



Wie machen es die Nachbarn? Zugangshürden im Ländervergleich

Deutschland hat im Europavergleich die niedrigsten Zugangshürden zu Gesundheitsleistungen. Fast überall ist eine finanzielle Eigenbeteiligung durch Patienten selbstverständlich. Unsere Nachbarn haben verstanden, dass eine Steuerung der Nachfrage in öffentlichen Gesundheitssystemen unvermeidbar ist.

↳ In einer vergleichenden Studie hat das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) die Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung von 23 europäischen Ländern untersucht. Das Ergebnis überrascht wenig. Deutschland hat die kürzesten Wartezeiten, den schnellsten Zugang zu innovativen Arzneimitteln, freie Arztwahl und einen umfangreichen Leistungskatalog. Anders formuliert: In allen anderen Ländern werden medizinische Leistungen deutlich stärker rationiert. Zugangshürden folgen einer inneren Logik und sind auf langer Sicht unumgänglich, so das Fazit der Studie. Denn in steuer- oder

beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen sind die „klassischen Mechanismen von Nachfrage, Angebot und Preisbildung außer Kraft gesetzt.“ Die Versicherten werden dazu verleitet, mehr nachzufragen als sinnvollerweise notwendig wäre.

Würde eine Selbstbeteiligung für Patienten Realität, befände sich Deutschland in bester Gesellschaft. In fast allen der in der Studie untersuchten Länder gibt es finanzielle Zugangshürden. Besonders hoch ist die Selbstbeteiligung in Frankreich, wo das Gesundheitssystem nur etwa drei Viertel der Kosten übernimmt. ←(RED)

➔ EIGENBETEILIGUNG IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

	Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung beim Facharzt	Zuzahlung im Krankenhaus
Belgien	6 Euro pro Besuch; mit elektr. Patientenakte: 4 Euro pro Besuch	12 Euro pro Besuch	Mischung aus Zuzahlungen pro Tag und Pauschale, unterschiedlich je nach Art des Krankenhauses
Dänemark	Versicherte Gruppe 1: keine, Versicherte Gruppe 2: Differenzbetrag zwischen Behandlungskosten und staatlicher Gebührenordnung	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	keine
Estland	keine bei Praxisbesuch, bis zu 5 Euro bei Hausbesuchen	bis zu 5 Euro	2,5 Euro pro Tag für max. 10 Tage pro Erkrankung
Finnland	16,10 bis 32,10 Euro	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	stationär: 38,10 Euro pro Tag, ambulant: 32,10 Euro pro Besuch, ambulante OP: 105,50 Euro pro Tag
Frankreich	30 % der Kosten pro Besuch + 1 Euro je Arztbesuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	20 % + 18 Euro pro Tag
Irland	ohne „Medical Card“: Selbstzahlung; mit „Medical Card“ (d. h. Bedürftige): keine	keine	ohne „Medical Card“: 66 Euro pro Tag bis max. 660 Euro pro Jahr; mit „Medical Card“ (d. h. Bedürftige): keine
Island	Gestaffelt nach Personengruppen: 1.000 ISK (ca. 8 Euro) pro Besuch für 18- bis 66-Jährige	Gestaffelt nach Personengruppen: 37 Euro pro Besuch + 40 % der Mehrkosten für 18- bis 66-Jährige (je nach Region) bis zu 36,15 Euro pro Besuch + 10 Euro Gebühr	keine
Italien	keine		keine
Luxemburg	20 % der Kosten pro Besuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	20,93 Euro pro Tag für max. 30 Tage pro Jahr
Niederlande	keine	Selbstbehalt in Höhe von 385 Euro pro Jahr	siehe Zuzahlung beim Facharzt
Norwegen	24 Euro bei Behandlung in Praxis tagsüber, 41 Euro bei Behandlung in Praxis nachts	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	keine
Österreich	10 Euro pro Jahr (Serviceentgelt für e-card)	10 Euro pro Jahr (Serviceentgelt für e-card)	rund 10 Euro für max. 28 Tage
Portugal	5 Euro pro Besuch	7,75 Euro pro Besuch	7 Euro pro Aufenthalt
Schweden	11 – 22 Euro pro Besuch je nach Kommune	25 – 35 Euro pro Besuch je nach Kommune	max. 9 Euro pro Tag
Schweiz	300 CHF (ca. 280 Euro) pro Jahr(Franchise); 10 % der Kosten, die Franchise übersteigen, bis max. 700 CHF (ca. 650 Euro) (Selbstbehalt)	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	Zuzahlung + 15 CHF (ca. 14 Euro) Spitalbeitrag pro Tag
Slowenien	10 – 90% der Kosten pro Besuch	siehe Zuzahlung beim Hausarzt	siehe Zuzahlung beim Hausarzt

Quelle: Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, 2017, WIP wissenschaftliches Institut der PKV

eigene Darstellung;

keine obligatorischen Zuzahlungen in Großbritannien, Polen, Slowakei, Spanien, Tschechien und Ungarn

Unter der Lupe: Schweden und die Niederlande

8

Im Blick

Landesrundschriften | Juli 2018

↳ WAHLFREIHEIT

Im steuerfinanzierten schwedischen Gesundheitssystem gibt es zwar kein Gatekeeping, jedoch existieren auf regionaler Ebene verschiedene Systeme, mit denen die Inanspruchnahme fachärztlicher Behandlung kontrolliert wird. Beispielsweise obliegt in der Provinz Skåne, wie auch in vielen anderen schwedischen Provinzen, den hausärztlichen Zentren die finanzielle Verantwortung für die Arzneimittelausgaben ihrer Patienten sowie für diagnostische Maßnahmen. Zudem gibt es für Patienten finanzielle Anreize, bei gesundheitlichen Beschwerden zuerst den Hausarzt zu kontaktieren. So müssen Patienten in allen Provinzen eine höhere Zuzahlung leisten, wenn sie einen Facharzt ohne hausärztliche Überweisung aufsuchen. ←

↳ PRIVATE GESUNDHEITSLEISTUNGEN

In Schweden wird die öffentliche Gesundheitsversorgung von den Provinzlandtagen und in Teilen auch auf Gemeindeebene verwaltet und bereitgestellt. Für die private Gesundheitsversorgung gibt es zwei Möglichkeiten: Hat der private Leistungserbringer (z. B. ein in privater Praxis tätiger Arzt) einen Vertrag mit dem jeweiligen Provinzlandtag abgeschlossen, sind für den Patienten Kosten und Versorgung identisch mit den Kosten und der Versorgung durch angestellte Leistungserbringer im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Im Jahr 2013 wurden nur 12 Prozent der vom nationalen Gesundheitsdienst finanzierten Versorgung durch private Leistungserbringer erbracht. Hat der privat tätige Leistungserbringer keinen Vertrag mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen, muss der Patient die vollen Kosten der Behandlung selbst bezahlen. Das heißt, eine Privatmedizin, die sich von der Versorgung des öffentlichen Systems unterscheidet, kann nur durch Leistungserbringer erbracht werden, die ohne Vertrag parallel zum öffentlichen System tätig sind. ←

↳ ZUGANGSHÜRDEN

Das öffentliche Gesundheitssystem in Schweden weist erhebliche Zugangshürden auf. Insbesondere existieren lange Wartelisten auf geplante Behandlungen. Auch Eigenbeteiligungen (z. B. umgerechnet 25 bis 35 Euro für einen Besuch beim Facharzt) können den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren. Leistungen privat zu erwerben ist möglich, da es private Praxen gibt – obwohl die Anstellung der Ärzte in Gesundheitszentren dominiert. Studien belegen, dass es insbesondere in Schweden Versorgungsunterschiede gibt, die sich auf den sozioökonomischen Status zurückführen lassen. Beispielsweise suchen einkommensschwache Personen seltener einen Facharzt auf. ←

Quelle: Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, 2017, WIP wissenschaftliches Institut der PKV





→ WAHLFREIHEIT

In den Niederlanden existiert ein strenges Gatekeeping, das einen freien Zugang zum Facharzt verhindert. Es besteht zwar theoretisch die Möglichkeit, den Hausarzt frei zu wählen, in der Praxis sind hier jedoch Einschränkungen zu beobachten. Ein Beispiel hierfür ist eine Vereinbarung der Hausärzte in Utrecht, wonach sich ein Patient nur bei einem Hausarzt seines eigenen Wohnbezirks registrieren lassen kann. Zudem sind in einigen niederländischen Gegenden so wenige Hausärzte tätig, dass Patienten Schwierigkeiten haben, überhaupt einen Arzt zu finden, bei dem sie sich registrieren können. Dieses Problem wird dadurch verstärkt, dass Hausärzte Patienten ablehnen können. ←

→ PRIVATE GESUNDHEITSLAISTUNGEN

In den Niederlanden existiert ein privater Gesundheitsmarkt für alle Leistungen, die nicht im staatlich vorgeschriebenen Leistungskatalog („basispaket“) der Krankenversicherung enthalten sind. Dies betrifft insbesondere nicht-ärztliche Leistungen wie Physiotherapie, die Versorgung mit Sehhilfen oder zahnärztliche Behandlung. Einige Leistungen sind nur bis zu einer begrenzten Anzahl im Leistungskatalog enthalten, wie beispielsweise die Ergotherapie. Diese Leistungen müssen Patienten bei Bedarf privat finanzieren.

Auch in den Niederlanden können Ärzte Patienten privat behandeln. Dies betrifft in erster Linie Hausärzte, da Fachärzte als Angestellte in den Kliniken arbeiten. Hausärzte können Patienten privat behandeln, wenn sie den zwischen Berufsverbänden und Krankenkassen geschlossenen Verträgen nicht beitreten. Ärzte ohne Vertrag können Patienten, die Kostenerstattung gewählt haben, höhere Honorare berechnen. Dem Versicherten wird jedoch von der Krankenkasse nicht mehr als der „angemessene Marktpreis“ erstattet. Demzufolge suchen Patienten in den Niederlanden vorrangig Ärzte mit Versorgungsvertrag auf. ←

→ ZUGANGSHÜRDEN

In den Niederlanden herrscht ein striktes Gatekeeping durch den Hausarzt. Die Möglichkeiten der niederländischen Bürger, schnelleren Zugang zu Ärzten zu erhalten, liegen vorrangig in der Behandlung im Ausland oder der Finanzierung von Privatbehandlungen aus eigenen Mitteln, da Zusatzversicherungen zur Verkürzung von Wartezeiten nicht existieren. Alle über 18-jährigen Versicherten müssen einen obligatorischen Selbstbehalt in Höhe von 385 Euro pro Jahr unabhängig vom Einkommen zahlen, außer für die hausärztliche Versorgung und Geburtshilfe. Dies kann vor allem für einkommensschwache Versicherte eine Hürde beim Zugang für die fachärztliche Versorgung darstellen.

In den Niederlanden sind verschiedene Leistungsbereiche von der Erstattung ausgenommen, wie z. B. Zahnbehandlung oder Physiotherapie für Erwachsene. Um das Leistungsspektrum nach eigenen Wünschen aufzustocken, werden zahlreiche Zusatzversicherungen angeboten.

Diejenigen Personen, die weder über eine Zusatzversicherung noch über die erforderlichen finanziellen Mittel zur Selbstzahlung der Leistung verfügen, müssen sich mit dem Basispaket der Grundversorgung zufriedengeben. ←



Die „Nullkostenillusion“ macht Zugangshürden unausweichlich

Deutsche Patienten unterliegen der „Nullkostenillusion“. Es gibt kaum Zugangshürden zur Gesundheitsleistungen. Warum sich das auf kurz oder lang ändern wird, darüber sprachen wir mit Verena Finkenstädt, Leiterin der Studie „Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung“.



VERENA FINKENSTÄDT ist Autorin der Studie „Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein Europäischer Überblick“ aus dem Jahr 2017. Herausgeber ist das Wissenschaftliche Institut der PKV.



Wenn man über Zugangshürden spricht, kommt häufig die Rede auf das britische National-Health-Service. Sie haben 23 Länder unter die Lupe genommen. Ihr Fazit.

In allen öffentlichen Gesundheitssystemen, die kollektiv über Steuern oder Beiträge finanziert werden, existieren Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung. Dabei handelt es sich insbesondere um Leistungsbegrenzungen, Einschränkungen der Wahlfreiheit des Patienten, obligatorische Zuzahlungen und Wartezeiten. Je nach Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitssystems fallen diese Zugangshürden bzw. Rationierungsmaßnahmen in Art und Umfang unterschiedlich aus. Zum Beispiel rationiert der britische NHS faktisch auf Basis der zur Verfügung stehenden Budgets über Leistungsrestriktionen

Wie schneidet Deutschland im Vergleich ab?

Im Ergebnis zeigt der Ländervergleich, dass in Deutschland alle Bürger über einen sehr guten Zugang zu medizinischen Leistungen verfügen. Das deutsche Gesundheitssystem bietet seinen Versicherten die im europäischen Vergleich kürzesten Wartezeiten, den schnellsten Zugang zu innovativen Arzneimitteln, die freie Arztwahl sowie einen umfangreichen Leistungskatalog. Insbesondere unter dem Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit ist Deutschland das Land, das dem gesundheitspolitischen Leitmotiv des gleichen Zugangs aller Bürger zu einer hochwertigen Versorgung auf dem Niveau des medizinischen Fortschritts am nächsten kommt. In allen einheitlich organisierten Krankenversicherungsmärkten des europäischen Auslands lassen sich dagegen Versorgungsunterschiede in Abhängigkeit von der individuellen Finanzkraft feststellen. In Deutschland erweist sich hingegen der Systemwettbewerb aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung in einem gemeinsamen Versorgungssystem als Sicherung gegen Rationierung und „Zwei-Klassen-Medizin“.

Sie kommen zu dem Schluss, dass Zugangshürden unvermeidbar sind. Warum?

In allen über Steuern oder Beiträge finanzierten

Gesundheitssystemen sind die klassischen Mechanismen von Nachfrage, Angebot und Preisbildung außer Kraft gesetzt. Das heißt, die Versichertengemeinschaft oder der Steuerzahler trägt die Kosten für die Versorgung entweder ganz oder teilweise. Versicherte unterliegen dabei häufig der sogenannten „Nullkostenillusion“, weil sie nach Entrichtung des Krankenversicherungsbeitrages bzw. der Steuerzahlung nicht mehr mit den Kosten der Leistungsanspruchnahme konfrontiert werden...

... und ihre Nachfrage nach Gesundheitsangeboten steigt.

Stimmt. Es ist jedoch nicht möglich, Gesundheitsgüter in unbegrenzter Menge an das gesamte Versichertenkollektiv bzw. an alle Bürger unentgeltlich abzugeben, da die Mittel begrenzt sind. Um die Nachfrage einzugrenzen, müssen in kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen somit an die Stelle des im freien Markt geltenden Preismechanismus andere Mechanismen treten. Dies geschieht üblicherweise durch die Etablierung von Zugangshürden, die die Nachfrage begrenzen und gleichzeitig den Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitssystems definieren.

In Deutschland macht die Politik den Menschen allerdings ein unbegrenztes Leistungsversprechen: Keine Wartezeiten, keine Zuzahlung, alles zum GKV-Tarif. Wie passt das zusammen?

Gar nicht. Das SGB V schreibt vor, dass Leistungen der GKV „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen. Die Ausgestaltung des GKV-Leistungskataloges wird in Form von Richtlinien vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt. In einigen Versorgungsbereichen existieren Zuzahlungen und in der Praxis kommt es auch zu Wartezeiten – selbst wenn diese im internationalen Vergleich eher gering sind.

Die derzeitige Versorgung in der GKV ist durchaus als umfassend zu bezeichnen – auch weil die PKV im deutschen Gesundheitssystem als wettbewerbliches Korrektiv

wirkt: Leistungskürzungen würden die Wettbewerbsposition der GKV gegenüber der PKV schwächen und werden daher vermieden. Wie lange die GKV das Leistungsniveau im Umlageverfahren angesichts des demografischen Wandels finanzierbar halten kann, ist fraglich. Eine Studie der Uni Bayreuth aus dem letzten Jahr zeigt anschaulich, welche Finanzierungsschwierigkeiten sich ergeben, wenn sich in der GKV die Dynamik aus der Entwicklung der Einnahmenbasis und den Ausgabensteigerungen so fortsetzt wie in der Vergangenheit. Dann läge der GKV-Beitragsatz 2030 schon bei 21,7 Prozent.

In Bremen wird derzeit über ein „Eintrittsgeld“ gesprochen, um zum Beispiel Notfallambulanzen zu entlasten. Können solche finanziellen Hürden eine Steuerungswirkung entfalten?

Das grundlegende Ziel von obligatorischen Zuzahlungen und Eigenanteilen ist die Steuerung des Nachfrageverhaltens. Zuzahlungen begrenzen die oben beschriebene „Nullkostenillusion“ der Versicherten, da sie die selbst zu tragenden Kosten der Behandlung gegen ihren Nutzen abwägen und ihre Nachfrage gegebenenfalls reduzieren. Ob Zuzahlungen eine sinnvolle Steuerungswirkung entfalten, wird in der Literatur jedoch kontrovers diskutiert. Die Herausforderung besteht insbesondere darin, das richtige Maß zu finden: Sind Zuzahlungen zu niedrig, entfalten sie keine Lenkungswirkung. Sind sie zu hoch, können sie bestimmte Bevölkerungsgruppen von der Inanspruchnahme abhalten. Um dieses Dilemma bei pauschalen Zuzahlungen zu vermeiden, geht die PKV einen anderen Weg: Jeder Privatversicherte kann seinen tariflichen Selbstbehalt individuell je nach persönlicher Lebenslage mit seinem Versicherungsunternehmen vereinbaren.

Würde Deutschland eine solche Eigenbeteiligung der Patienten einführen, wäre es in bester Gesellschaft mit anderen europäischen Ländern ...

In der Studie stehen Zuzahlungen beim Haus- und Facharzt im Mittelpunkt. Dabei zeigt sich, dass in Ländern

mit steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten keine oder nur geringe Zuzahlungen im Bereich der ambulanten Behandlung existieren. Dies entspricht der Philosophie dieser Gesundheitssysteme, allen Bürgern eine kostenlose Versorgung im Krankheitsfall bereitzustellen. Um den Zugang zur Versorgung zu begrenzen, erfolgt dort ein „Gatekeeping“. Beispiele sind Dänemark, Großbritannien, Italien, Polen und Spanien. In beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen, in denen es kein „Gatekeeping“ gibt, wirken dagegen hohe Zuzahlungen als Zugangshürde. Beispiele sind Belgien, Frankreich und die Schweiz. Die beitragsfinanzierte deutsche GKV stellt somit eine Besonderheit dar. Neben Österreich und Tschechien ist Deutschland das einzige Land, in dem in der ambulanten ärztlichen Versorgung weder Zuzahlungen erhoben werden noch ein „Gatekeeping“ stattfindet.

Und zum Schluss: Sie kennen Europas Gesundheitssysteme bestens. Wo (Deutschland ausgenommen) würden Sie sich am besten aufgehoben fühlen und warum?

Tatsächlich würde ich im Krankheitsfall am liebsten das deutsche Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Aber es gibt sicher auch in anderen Ländern einzelne Bereiche, in denen eine gute Versorgung gleichermaßen wie in Deutschland gesichert ist. In Bezug auf die Qualität der Versorgung genießt zum Beispiel auch das Schweizer Gesundheitssystem einen guten Ruf. Allerdings muss man sich im Klaren sein, dass die ärztliche Versorgung in der Schweiz im Ländervergleich mit Abstand am teuersten ist – trotz der Verbreitung von Hausarztmodellen und nur 3,9 Arztkontakten pro Person im Jahr. Eine Rolle spielen hier sicher die hohen privaten Zuzahlungen. ←|

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

Zwölf Jahre Haft wegen gepanschter Krebsmittel

Essen | Im Prozess um gepanschte Krebsmedikamente hat das Landgericht Essen einen Apotheker im Juli zu zwölf Jahren Haft verurteilt. Die Richter stellten fest, dass in der Apotheke des 48-Jährigen aus Bottrop Infusionslösungen getreckt, bei den Krankenkassen aber voll abgerechnet wurden. Im Urteil ist von mehr als 14.000 Medikamenten die Rede, die in ihrer Qualität „nicht unerheblich“ gemindert waren. Außerdem wurde ein lebenslanges Berufsverbot verhängt. <←

Ameos plant in Debstedt Augen-Notdienst

Bremerhaven | Medienberichten zufolge will die Klinikgruppe Ameos in ihrer Seepark-Klinik Geestland einen augenärztlichen Notfalldienst einrichten. Ein Bremerhavener Augenarzt soll sonntags und sonntags von 11 bis 15 Uhr Patienten versorgen. Unterstützt wird das Projekt auch von der Stadt Geestland.<←

Finanzsspritze für die Geno

Bremen | Bremen nimmt weitere Schulden auf, um die kommunale Klinikholding Gesundheit Nord (Geno) zu stützen. Die Bürgerschaft hat den Weg frei gemacht für zusätzliche 205 Millionen Euro. Derweil wurde bekannt, dass die Geno im laufenden Geschäftsjahr noch mehr Schulden machen wird als geplant. <←

Gesundheitsamt will mehr zahlen

Bremen | Der Personalmangel im Bremer Gesundheitsamt soll durch Zulagen und Höhergruppierungen bekämpft werden. Im vergangenen Jahr hatte unter anderem die Ärztekammer Bremen auf die schlechte Bezahlung im öffentlichen Gesundheitsdienst aufmerksam gemacht. <←

Mitte soll wieder Frühchen-Zentrum sein

Bremen | Sieben Jahre nach dem Keimausbruch im Klinikum-Mitte mit drei Todesfällen soll dort wieder eine Frühgeborenen-Station betrieben werden. Das Zentrum soll für den Nordwesten zuständig sein und Ende 2019 eröffnet werden. <←

England öffnet Grenzen für Ärzte

London | Die britische Regierung hat angekündigt, ausländische Ärzte unbürokratischer ins Land zu lassen. So sollen Mediziner ab 2019 nicht mehr in die Visa-Quote einbezogen werden. Damit könnten Kliniken auch nach dem Brexit frei rekrutieren. <←

VW-Bußgeld fließt in Krankenhäuser

Hannover | Die Unikliniken in Hannover und Göttingen sowie weitere Krankenhäuser dürfen sich über eine unerwartete Geldspende freuen: Das Land Niedersachsen investiert rund 350 Millionen Euro des von VW wegen der Dieselmanipulation kassierten Bußgeldes. <←

Chefarzt entlassen

Rotenburg | Der Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Diakoniekrankenhaus Rotenburg ist fristlos entlassen worden. Es gab wiederholt Beschwerden wegen Behandlungsmethoden und seinen Umgang mit Mitarbeitern. Klage vor dem Arbeitsgericht ist eingereicht. <←

10. Bremer Tag der ambulanten Medizin

Melden Sie sich an!

Auch in diesem Jahr können Ärzte und Psychotherapeuten sich und ihr Fachgebiet einem interessierten Publikum vorstellen. Der 10. Bremer Tag der ambulanten Medizin findet statt am 24. November. Infos und Anmeldung unter 0421.3404-373.



Psychosomatische Grundversorgung: Abrechnungsvoraussetzungen beachten

Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern gehören in vielen haus- und fachärztlichen Praxen zum Alltag. Wer die psychosomatische Grundversorgung abrechnet, sollte die Abrechnungsvoraussetzungen unbedingt kennen – insbesondere diese: Gespräch oder Intervention dauern wenigstens 15 Minuten.

↳ Die Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung nach GOP 35100 (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und GOP 35110 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) ist immer wieder Gegenstand von Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen. Häufig gibt es Beanstandungen und Streichungen, weil geforderte Leistungsinhalte nachweislich nicht erbracht oder dokumentiert wurden.

Abrechnungsvoraussetzungen

Die GOP 35100 sowie 35110 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die über eine entsprechende Genehmigung zur Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung der KV Bremen verfügen. Folgerichtig muss die Leistung stets durch den Arzt persönlich erbracht werden. Gespräche oder Interventionen des Praxispersonals können nicht über die GOP 35100 bzw. 35110 abgerechnet werden.

Neben der korrekten Abrechnung ist auch die Kodierung wichtig. Notwendig ist wenigstens eine Diagnose aus folgenden Indikationen:

- Affektive Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie)
- Angststörungen und Zwangsstörungen, Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Essstörungen
- Nichtorganische Schlafstörungen
- Sexuelle Funktionsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die Angabe einer Diagnose reicht allerdings nicht aus. Zudem ist für die Abrechnung der GOP 35100 ausdrücklich ein schriftlicher Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge zwischen psychischer und somatischer Erkrankung erforderlich. Bei einer verbalen Intervention nach GOP 35110 muss der Interventionsinhalt dokumentiert werden.

Zeitvorgaben

Die GOP der psychosomatischen Grundversorgung

dürfen nur abgerechnet werden, wenn die durch den Arzt persönlich erbrachte differentialdiagnostische Klärung oder Intervention mindestens 15 Minuten dauert. Diese Zeitvorgabe ist ein obligater Leistungsinhalt beider Ziffern. Das bedeutet: Wird diese Mindestdauer nicht erreicht bzw. nur durch die parallele Erbringung anderer Leistungen erzielt, dürfen die GOP 35100/35110 nicht abgerechnet werden. Für den Fall, dass Klärung oder Intervention mehr als 15 Minuten (z. B. 30 Minuten) in Anspruch nehmen, dürfen die GOP dennoch nur einmal angesetzt werden.

Während die GOP 35100 generell nur einmal pro Tag abrechenbar ist, kann die GOP 35110, wenn es fachlich gerechtfertigt ist, bis zu dreimal täglich abgerechnet werden. Die Sitzungen müssen allerdings zeitlich getrennt stattfinden; nicht direkt nacheinander. Die jeweilige Uhrzeit muss notiert werden.

Prüfung

Die Prüfungsstelle Ärzte/Krankenkassen kann Leistungen als unwirtschaftlich kürzen, wenn die Überschreitung des Fachgruppenschritts nicht fundiert begründet ist. Gut abgesichert ist, wer die Diagnosen kodiert hat. Weniger erfolgversprechend sind rein allgemeine Ausführungen wie „Meine Praxis befindet sich in einem sozialen Brennpunkt mit vielen traumatisierten Menschen“ ohne entsprechenden statistischen Niederschlag.

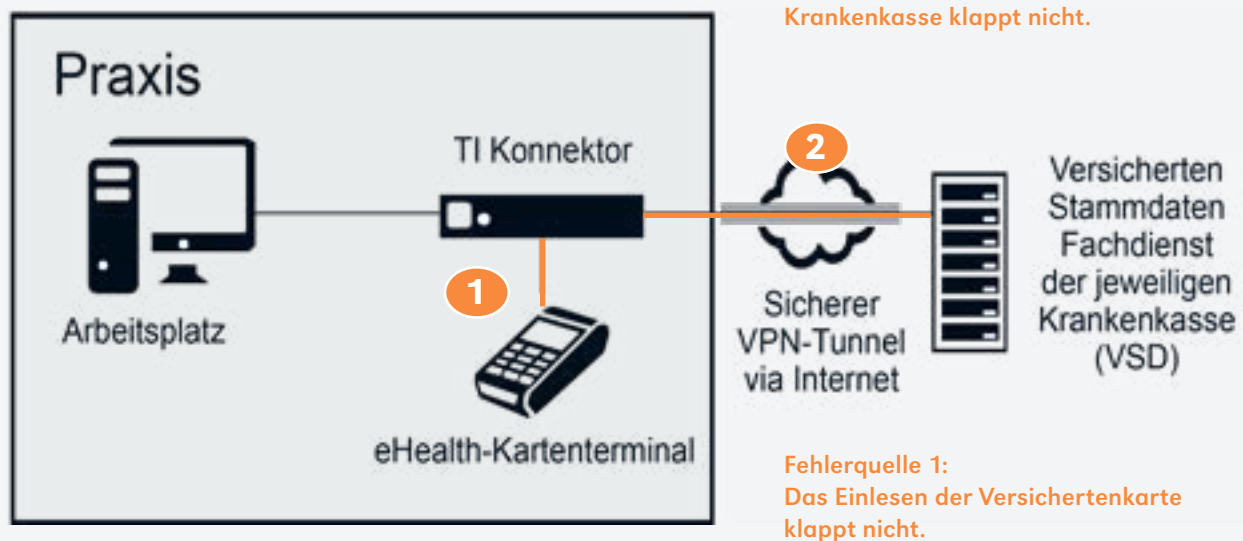
Wenn bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der Eindruck entsteht, dass nicht nur die medizinische Notwendigkeit der vielen differentialdiagnostischen Klärungen und verbalen Interventionen zweifelhaft ist, sondern schon die zeitliche Machbarkeit, dann kann auch eine Plausibilitätsprüfung eingeleitet werden.

Wenn die strengen Zeitvorgaben und die Dokumentationspflichten stören, der sollte sich den Hintergrund dieser Gesprächsleistungen vergegenwärtigen: Immerhin geht es um eine komplexe Abklärung somatischer Symptome auf psychische Beeinflussung und das Finden von Lösungen über die verbale Intervention. <←

Gesundheitskarte löst Fehler aus: Woran es liegt und was zu tun ist

Immer mehr Praxen schließen sich an die Telematik-Infrastruktur an. Gerade zu Beginn ist die Unsicherheit groß, wie mit den verschiedenen Fehlermeldungen umzugehen ist, die Versichertenkarten auslösen. Wir haben eine Übersicht zusammengestellt.

Fehlerquellen beim VSDM: An diesen zwei Stellen hapert's



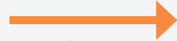
↳ Die erste Anwendung in der Telematik-Infrastruktur (TI) ist der Versichertenstammdatenabgleich (VSDM). Die Stammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte werden beim ersten Einlesen im Quartal online geprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Im Idealfall dauert dieser Vorgang wenige Sekunden und die aktuellen Versichertendaten tauchen auf dem Bildschirm auf. Wenn das System einen Fehler meldet, liegt es häufig daran, dass die Patienten nicht mit einer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vorstellig wurden. Es sind allerdings auch andere Fehler denkbar. Die häufigsten Szenarien haben wir hier zusammengestellt, wobei die Fehlerbeschreibungen von System zu System stark variieren, was eine Einord-

nung schwierig macht.

Grundsätzlich lassen sich zwei Varianten unterscheiden: Fehler beim Einlesen der Versichertenkarte und Fehler beim Versichertenstammdatenabgleich nach dem Einlesen. Der zweite Fall löst keinen Handlungsbedarf aus, weil trotz eines technischen Problems die Versichertendaten eingelesen werden konnten. Wenn allerdings das Einlesen der Karte scheitert, hängt das weitere Vorgehen von dem konkreten Fehler ab. ←

PROBLEM/FEHLERMELDUNG

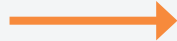
„Karte gesperrt“
 „Gesundheitsanwendung ist gesperrt“
 „Zertifikat gesperrt/ungültig“
 Fehlercode 114
 Fehlercode 106
 Fehlercode 107

**DAS STECKT DAHINTER & DAS IST ZU TUN**

Karte nicht mehr gültig → kein Ersatzverfahren, evtl. Privatvergütung

Hier wurde wahrscheinlich eine eGK eingelesen, obwohl die Krankenkasse in der Zwischenzeit bereits eine neue eGK an den Patienten ausgegeben hat. Die Karte ist kein gültiger Nachweis. Möglicherweise „schont“ der Patient seine neue Karte. Deshalb nach der neuen/gültigen eGK fragen. Die Praxis darf eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Legt der Versicherte innerhalb von zehn Tagen eine gültige eGK oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis vor, muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden. Das Ersatzverfahren ist nicht zulässig!

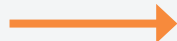
„Karte nicht einlesbar“
 „Prüfsumme falsch“
 „CRC-Fehler“
 „Daten korrupt“
 Fehlercode 3021



KVK (sonstige Kostenträger) → Ersatzverfahren

Hier wurde wahrscheinlich eine (alte) Krankenversichertenkarte eingelesen. Diese gelten noch als Versicherungsnachweis für die sonstigen Kostenträger (Polizei, Sozialhilfe, Bundeswehr, etc.). Diese KVK sind gültige Nachweise! Allerdings werden die Versichertendaten nicht ausgelesen und angezeigt. Deshalb müssen Praxen bis auf weiteres das Ersatzverfahren anwenden. Praxistipp: Alternativ die Daten über ein altes Terminal einlesen! Auch das Einlesen über ein mobiles Lesegerät könnte helfen.

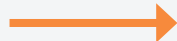
„Karte ist nicht gültig“
 „Veraltete eGK“
 Fehlercode 113



Veraltete eGK G1 → kein Ersatzverfahren, evtl. Privatvergütung

Hier wurde wahrscheinlich eine eGK der ersten Generation (G1) eingelesen. Diese Fehlermeldung sollte selten auftauchen, weil nur noch wenige Karten im Umlauf sind. Die G1-Karte ist kein gültiger Nachweis. Patienten nach einer gültigen eGK fragen bzw. an seine Krankenkasse verweisen. Die Praxis darf eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Legt der Versicherte innerhalb von zehn Tagen eine gültige eGK oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis vor, muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden. Das Ersatzverfahren ist nicht zulässig!

„Karte ist defekt“
 Fehlercode 105



Defekte Karte → Ersatzverfahren

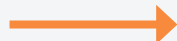
Hier wurde wahrscheinlich eine gültige Karte eingelesen, die beschädigt ist. Die Praxis sollte sicherheitshalber einen zweiten Leseversuch unternehmen. Die Praxis wendet das Ersatzverfahren an und sollte darauf hinwirken, dass der Patient bei seiner Krankenkasse eine neue Karte beantragt.

Technischer Fehler
 am Konnektor



Insbesondere in der Startphase sind technische Fehler nicht zu vermeiden. Praxen sollten den Fehlercode notieren und den Support des Praxisverwaltungssystems kontaktieren. Die Praxis wendet das Ersatzverfahren an.

Code 3
 = Aktualisierung technisch
 nicht möglich



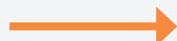
Es konnte nicht ermittelt werden, ob neue Daten vorliegen, zum Beispiel weil der Fachdienst der Krankenkasse nicht erreicht wurde. Die eGK ist trotzdem ein gültiger Nachweis. Die gespeicherten Patientendaten wurden in das Praxisverwaltungssystem übertragen.

Code 5 = Onlineprüfung
 des Authentifizierungszertifikats
 technisch nicht möglich



Das Authentifizierungszertifikat konnte nicht geprüft werden. Die eGK ist trotzdem ein gültiger Nachweis. Die gespeicherten Patientendaten wurden in das Praxisverwaltungssystem übertragen.

Code 6 = Aktualisierung
 technisch nicht möglich und
 maximaler Offline-Zeitraum
 überschritten



Es werden sicherheitsbedingt bis zur Aktualisierung des Konnektors keine VSDM-Anfragen mehr vorgenommen. Die eGK ist trotzdem ein gültiger Nachweis. Die gespeicherten Patientendaten wurden in das Praxisverwaltungssystem übertragen.

PCT bei Atemwegsinfektionen für den gezielten Antibiotika-Einsatz

Antibiotika gezielt einsetzen und Resistenzen vermeiden: Um diesem Ziel näher zu kommen, wurde der EBM zum 1. Juli angepasst. Unter anderem ist der Bluttest auf den Entzündungsmarker Procalcitonin (PCT) nun Kassenleistung – und er wirkt sich nicht negativ auf den Wirtschaftlichkeitsbonus aus.

↳ Für die Verordnung einer Antibiotikatherapie bei Patienten mit akuten Atemwegsinfektionen ist zwischen einer viralen oder bakteriellen Ätiologie zu unterscheiden. Als diagnostische Hilfestellung steht ab 1. Juli der Bluttest auf den Entzündungsmarker Procalcitonin (PCT) als GOP 32459 im EBM.

Bei schweren bakteriellen Entzündungsreaktionen ist ein schneller Anstieg der Blutkonzentration des PCT zu beobachten. Bei Virusinfekten, bei leichten und lokal begrenzten Bakterieninfektionen und bei nicht infektiösen entzündlichen Erkrankungen, wie Autoimmunerkrankungen, hingegen ist kein Anstieg von PCT über die Entscheidungsgrenze zu verzeichnen.

Neben der Anwendung des PCT in der Diagnostik von antibiotisch behandlungsbedürftigen bakteriellen Atemwegsinfektionen ist der diagnostische Nutzen des PCT in der stationären Versorgung für die Sepsis belegt. Aufgrund dieser Eigenschaft wird ein erhöhtes PCT als Hinweis auf das Vorliegen einer antibiotisch behandlungsbedürftigen bakteriellen Infektion gewertet und stellt somit eine Entscheidungshilfe für die Verordnung von Antibiotika dar.

PCT-Test versus CRP-Test

Aus mehreren Gründen wurde der Einführung eines quantitativen PCT-Tests gegenüber einem quantitativen CRP-Test (C-reaktives Protein) als patientennahe Sofortdiagnostik der Vorrang gegeben. Der diagnostische Nutzen von quantitativen CRP-Tests hinsichtlich der Beeinflussung von Antibiotikaverordnungen bei Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen wurde systematisch aufgearbeitet. Dabei zeigt sich, dass eine auf CRP-Tests gestützte Entscheidungsstrategie zwar zu weniger Antibiotikaverordnungen führt, der Effekt aber deutlich geringer ist als bei der Verwendung von PCT-Tests.

Darüber hinaus führt der Einsatz von CRP gegenüber dem Standardverfahren ohne CRP zu einem erhöhten

Risiko hinsichtlich eines erneuten Arztbesuchs innerhalb der nächsten 28 Tage sowie einer Hospitalisierung.

Erregeridentifizierung und Empfindlichkeitsprüfungen

Ab 1. Juli gibt es im EBM zur Erregeridentifizierung die neuen Gebührenordnungspositionen 32692 und 32759 sowie zur Empfindlichkeitsprüfung die Gebührenordnungspositionen 32772 und 32773 plus die entsprechenden Zuschläge. Sie ergänzen die bereits bestehenden Gebührenordnungspositionen zur Erregeridentifizierung und ersetzen die bestehenden Gebührenordnungspositionen zu Empfindlichkeitsprüfungen.

Damit können Ärzte insbesondere bei Wund- oder komplizierten Harnwegsinfektionen vor einer möglichen antibiotischen Therapie den Erreger und das Resistenzprofil bestimmen lassen und so das geeignete Antibiotikum auswählen. Wenn der Erreger empfindlich auf Standardtherapeutika reagiert, muss das Labor Ergebnisse zu Zweitlinien- oder Reserveantibiotika nicht mitteilen, um keinen Anreiz zu deren Verordnung zu setzen.

Hinweise für Praxen zum Einsatz der Labordiagnostik

In der Praxis sind verschiedene Szenarien der Umsetzung möglich, die im Ermessen des Arztes liegen und von Patient zu Patient entschieden werden müssen. Zum einen hat die verzögerte Verordnung von Antibiotika bereits in vielen Arztpraxen Einzug gehalten: Hierbei warten Arzt und Patient zunächst ab, wie sich die Symptome weiterentwickeln. Um sich in dieser Zeit Gewissheit über die Notwendigkeit eines Einsatzes von Antibiotika zu verschaffen, kann der behandelnde Arzt in solchen Fällen einen PCT-Test oder eine Erregerbestimmung im Labor veranlassen (Muster 10).

Das sich anschließende Antibiogramm ermöglicht es zudem, das passende Antibiotikum mit der entsprechenden Dosierung und Behandlungsdauer auszuwählen und so das



Risiko von Antibiotikaresistenzen zu mindern. Zum anderen kann der Arzt abwägen, ob er dem Patienten bei Verdacht auf eine bakterielle Infektion ein Rezept für ein Antibiotikum ausstellt mit dem Hinweis, dieses erst bei einem positiven Testergebnis in der Apotheke einzulösen.

Ärzte sollten künftig möglichst immer dann eine Laboruntersuchung veranlassen, wenn aufgrund klinischer Kriterien die Indikation für oder gegen eine Antibiotikatherapie nicht eindeutig gestellt werden kann. In allen anderen Fällen können sie weiterhin eine kalkulierte Antibiotikatherapie verordnen, ohne vorherige Labordiagnostik. Entscheidet sich der Arzt für Labortests bei seinem Patienten, überweist er den PCT-Test oder eine mikrobiologische Diagnostik zur Empfindlichkeitsprüfung wie gewohnt an einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder Mikrobiologie (Muster 10).

Kennnummern für Wirtschaftlichkeitsbonus

Damit sich die Kosten für die mikrobiologischen Tests im Zusammenhang mit Antibiotikaverordnungen nicht nachteilig auf den Wirtschaftlichkeitsbonus der Praxis auswirken, wurde die neue Kennnummer 32004 vereinbart. Sofern eine gesetzliche Meldepflicht für den Erreger oder die Infektion besteht, kann alternativ die Kennnummer 32006 angesetzt werden.

Beim Einsatz von Diagnostik zur gezielten Antibiotikaverordnung gilt: Die Kennnummer 32004 kann unabhängig vom Befund der Labordiagnostik angesetzt werden. Es ist ausreichend, die Verordnung einer antibiotischen Therapie vornehmen zu wollen. Konkret heißt das: Auch wenn als Ergebnis herauskommt, dass keine Antibiotikatherapie angezeigt ist, ist die Diagnostik von der Anrechnung auf den Wirtschaftlichkeitsbonus befreit. Gibt der Arzt eine Kennnummer bei seiner Abrechnung an, werden die entsprechenden Leistungen von der Anrechnung auf die Laborkosten der Praxis ausgenommen. ← (KBV/RED)

→ NEUE GOP UND AUSNAHMEKENNZIFFER

→ **GOP 32459**
Biomarker Procalcitonin, 9,60 Euro

→ **Ausnahmekennziffer 32004**
Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung

Die GOP 32459 wird nicht auf die Laborkosten der Praxis angerechnet, wenn es um die Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor geht.

→ Landesrundschriften Juli, S. 21

→ INFORMATIONEN FÜR PATIENTEN

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine Reihe von teils mehrsprachigen Patienteninformationen zum Thema herausgegeben, die auf der Seite der KV Bremen zum Download bereitstehen:

- Antibiotika-Therapie
- Antibiotika-Resistenzen
- Medikamente sicher einnehmen
- Multimedikation
- Multiresistente Erreger

WWW.KVHB.DE/RATGEBER-GESUNDHEIT

Auf einen Blick: Das ist neu zum 1. Juli

Was hat sich zum 1. Juli 2018 für Vertragsärzte und -psychotherapeuten geändert? Einige wichtige Neuerungen haben wir hier zusammengetragen.

Antibiotika

PCT und weitere Antibiotika-Schnelltests sind in den EBM aufgenommen. Mit der neuen Ausnahmekennziffer 32004 wird dafür gesorgt, dass sich die Kosten nicht auf den Wirtschaftlichkeitsbonus auswirken.

→ S. 18-19 & **Landesrundschriften Juni, S. 21**

Herzschrittmacherkontrolle

Es bleibt wie gehabt: Die Übergangsregelung für die GOP 04413 bis 04416 und GOP 13573 bis 13576 wurde ein weiteres Mal bis Ende September verlängert. → S. 24

Bereitschaftsdienste

Niedergelassene Ärzte im Planbereich Bremen-Stadt erhalten pro Halbjahr ein bis zwei Dienste pro Versorgungsauftrag. Ein EDV-Los entscheidet.

→ **Landesrundschriften März, S. 08**

Telematik-Infrastruktur

Praxen erhalten für den Konnektor deutlich mehr Geld als bislang vereinbart war. Im dritten Quartal sind das 1.719 Euro, ab dem vierten Quartal 1.547 Euro.

→ **Landesrundschriften Juni, S. 04**

WWW.KVHB.DE/TELEMATIK-INFRASTRUKTUR

DMP

Von der Datenstelle werden nur noch an die DSGVO-angepasste Teilnahme- und Einwilligungserklärungen angenommen. → **Landesrundschriften Juni, S. 24**

Tyrosinämie

Die Früherkennung der Tyrosinämie Typ I bei Neugeborenen kann über die GOP 01724 (Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings) abgerechnet werden. → S. 23

DMP

Zwei neue Schulungsprogramme sind für Typ2-Diabetiker in den Katalog aufgenommen wurden. Dazu gibt es Änderungen bei den Abrechnungsmodalitäten. → S. 26

Frühgeburt-Formular

Das Formular 9 über die Bescheinigung der Frühgeburt ist überarbeitet worden. Alte Vordrucke dürfen nicht verwendet werden. → **Landesrundschriften Juni, S. 24**

Sie fragen – Wir antworten

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

Mailen Sie uns Ihre Fragen an: info@kvhb.de

Kreatinin-Bestimmung

Die Kreatinin-Bestimmung wird unter Angabe der Ausnahmekennziffern aus den Laborkosten rausgerechnet. Dies betrifft nur die Bestimmung per Jaffé-Methode (32066), nicht jedoch die enzymatische Kreatinin-Bestimmung (GOP 32067). Heißt das, dass die GOP 32067 in die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus mit einbezogen wird?

Ja. Die Auswahl der zu den jeweiligen Ausnahmekennziffern genannten „ausgenommenen GOP“ wurden nach intensiven Beratungen in innerärztlichen Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter Berücksichtigung von medizinischen Kriterien vorbereitet und final unter Anhörung laborärztlicher Expertise getroffen. Die Kreatinin-Bestimmung

nach Jaffé ist auf der Basis der abgerechneten Leistungen die vorwiegend durchgeführte und nach Einschätzung der KBV auch die wirtschaftlichere Verfahrensweise, so dass im Ergebnis auf die Aufnahme der enzymatischen Kreatinin-Bestimmung in die „ausgenommenen GOP“ verzichtet wurde. (A2)

Antibaby-Pille

Darf für Bundeswehrsoldatinnen die Antibaby-Pille auf Kassenrezept verschrieben werden?

Nein, auch nicht wenn die Soldatin unter 20 Jahre alt ist. Hier findet die Regelung der gesetzlichen Kranken-

kassen für Patientinnen unter 20 Jahre keine Anwendung. Es muss immer auf Privatrezept verordnet werden. (KB)

Häusliche Krankenpflege

Die Anforderung der Verordnungen für die Häusliche Krankenpflege (Muster 12) zum Quartalwechsel ist jedes Mal ein Kraftakt. Können wir in eindeutigen Fällen auch Verordnungen über Behandlungspflege für längere Zeiträume ausstellen?

Ja. Da in vielen Fällen der Bedarf an Behandlungspflege konstant ist, akzeptieren die Krankenkassen auch Verordnungen, die über ein Quartal

hinaus gehen. Es werden auch Verordnungen akzeptiert, die nicht dem Quartals-Rhythmus entsprechen. (VR)

Bereitschaftsdienst

Ich habe den Eindruck, dass ich deutlich häufiger zum Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt eingeteilt werde als meine Kollegen. Wie verteilt die KV die Dienste?

Die Zuteilung der Dienste übernimmt eine Software, die auch in vielen anderen KVen zum Einsatz kommt. Dabei gilt ab dem zweiten Halbjahr 2018 für den Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt: Zirka 2000 Dienste sind zu vergeben. Pro vollem Versorgungsauftrag werden ein bis zwei Dienste zugeteilt. Das heißt: Jeder Vertragsarzt bekommt wenigstens einen Dienst, wahrschein-

lich sind zwei. Die Software differenziert nicht nach Tag, Zeit und Einsatzart (Sitzdienst, Fahrdienst, Telefondienst). Dadurch kann der Eindruck entstehen, dass die Einteilung „ungerecht“ ist, wenn zwei Dienste in kurzer Folge oder zwei „unattraktive“ Schichten zugewiesen wurden. Über einen längeren Zeitraum werden diese Effekte nivelliert. (ZD)

KV-Beratungsteam Kodierung

Wir geben Unterstützung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die arterielle Hypertonie gehört zu den häufigsten sogenannten Volkskrankheiten und stellt für viele (Folge-)Krankheiten einen deutlichen Risikofaktor dar. Damit zählt sie für alle Fachgruppen zu einer wichtigen Begleiterkrankung, welche grundsätzlich das eigene Behandlungsgeschehen beeinflusst und somit als Behandlungsdiagnose stets zu kodieren ist.

Für die richtige Kodierung der primären Hypertonie und deren Folge-/Begleiterkrankungen, sollen die nachfolgenden fünf Fragen einen kleinen Leitfaden darstellen.

1 Liegt eine essentielle (primäre) Hypertonie mit oder ohne Entgleisung vor?

- Hypertensive Krise = Akute Blutdruckerhöhung: > 210 mmHg sys., >110 mmHg dias.
- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise (o. A. hypert. K.): Fünfte ICD-10 Stelle = 0
- Mit Angabe einer hypertensiven Krise (m. A. hypert. K.): Fünfte ICD-10 Stelle = 1

I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: O. A. hypert. K.
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: M. A. hypert. K.
I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: O. A. hypert. K.
I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: M. A. hypert. K.
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: O. A. hypert. K.
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: M. A. hypert. K.

2 Besteht eine hypertensive Herzkrankheit?

- Bezeichnet alle krankhaften Hypertonie-Folgen am Herzen
- Kongestive Herzinsuffizienz = Stauungszeichen bei einer hypertensiven Herzinsuffizienz

I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: O. A. hypert. K.
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: M. A. hypert. K.
I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: O. A. hypert. K.
I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: M. A. hypert. K.

3 Kann die Art der Herzkrankheit genau definiert werden?

- Vorliegen Links- oder Rechtsherzinsuffizienz, kodiere zusätzlich aus I50.00 bis I50.14
- Komplikationen der Herzkrankheit am Herzmuskel, kodiere zusätzlich aus I51.4 bis I51.8

4 An welchen Folgeerkrankungen (außer Beteiligung des Herzens) ist zu denken?

→ Niereninsuffizienz aufgrund einer Hypertonie

I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: O. A. hypert. K.
I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: M. A. hypert. K.
I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: O. A. hypert. K.
I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: M. A. hypert. K.
I30.20	Hypert. Herz- und Nierenkrankheit mit (kongest.) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: O. A. hypert. K.
I13.21	Hypert. Herz- und Nierenkrankheit mit (kongest.) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: M. A. hypert. K.

→ Hypertonie und Augenkrankheit, kodiere zusätzlich:

H35.0	Retinopathien des Augenhintergrundes und Veränderungen der Netzhautgefäße
-------	---

→ Hypertonie und Hirngefäßbeteiligung, kodiere zusätzlich:

I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
I67.4	Hypertensive Enzephalopathie

5 Gibt es wichtige primäre Begleiterkrankungen, die nicht unmittelbare Folge der Hypertonie sind?

- z. B. Nierenkrankheit, nicht als Folge der Hypertonie, kodiere zusätzlich aus N17.01 bis N19.

Haben Sie Fragen und/oder Anmerkungen?
Wir freuen uns auf Ihren Anruf.

*Nina Arens
J. Z. A. Quesorge*

Ihre
Nina Arens, 0421.34 04-372
Angelika Ohnesorge, -373
Jennifer Ziehn, -371

Meldungen & Bekanntgaben

↳ ABRECHNUNG

Verspätete Psychotherapie-Anträge: Krankenkassen fordern Geld zurück

→ Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapien dürfen nicht erbracht werden, bevor der Antrag bei der Krankenkasse gestellt wurde. Andernfalls drohen Rückzahlungsforderungen der Krankenkasse. Folgende Regeln sollten Psychotherapeuten daher unbedingt befolgen:

→ Plant ein Psychotherapeut bei einem Patienten eine Kurzzeittherapie (KZT 1), so muss rechtzeitig ein Antrag (PTV1) bei der Krankenkasse des Patienten gestellt werden. Die Krankenkasse hat über eine Bewilligung des Antrags auf Kurzzeittherapie spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, gilt der Antrag auch ohne Bescheid als bewilligt. Im Regelfall erhält der Patient eine formlose Bewilligung von seiner Krankenkasse.

→ Ist eine Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie erforderlich, ist diese spätestens mit der achten Therapieeinheit der zweiten Kurzzeittherapie (KZT 2) zu beantragen. Bitte beachten Sie, dass die Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie gutachterpflichtig ist.

→ Die Genehmigungs- bzw. Bewilligungsdaten der Krankenkasse müssen von den Psychotherapeuten in das Praxisverwaltungssystem eingepflegt werden.

→ Wenn noch keine Genehmigung bzw. Bewilligung der Krankenkasse im laufenden Quartal vorliegt, können die entsprechenden Behandlungsfälle erst im Folgequartal als Vorquartalsfall in der Abrechnung bei der KV Bremen eingereicht werden.

PETRA BENTZIEN

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

↳ ABRECHNUNG

Früherkennung der Tyrosinämie seit 1. Juli Kassenleistung

→ Seit dem 1. Juli 2018 kann die Früherkennung der Tyrosinämie Typ I bei Neugeborenen über die GOP 01724 (Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings) abgerechnet werden. Für die Erweiterung der Früherkennungsuntersuchung wird die Bewertung der GOP 01724 auf 147 Punkte/16,60 Euro erhöht, das sind 30 Punkte mehr als vorher.

→ Die seltene erbliche Stoffwechselerkrankung Tyrosinämie Typ I ist als dreizehnte Erkrankung in das bestehende Neugeborenen-Screening aufgenommen worden. Es soll erkrankte Kinder frühzeitig identifizieren und eine unverzügliche Therapieeinleitung ermöglichen.

ISABELLA SCHWEPPE

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

DANIELA SCHEGLOW

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

Funktionsanalyse weiterhin ohne Genehmigung berechnungsfähig

CLAUDIA HANSCHKE
0421.34 04-330 | c.hanschke@kvhb.de

→ Die Funktionsanalyse von Kardioverttern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie nach GOP 04413, 04414, 04415, 04416 und 13573, 13574, 13575, 13576 können von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie und von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie weiterhin ohne Genehmigung bis zum 30. September 2018 abgerechnet werden.

Rückruf von Valsartan-Präparaten: Deshalb neue Rezepte ohne Aut-Idem-Kreuz ausstellen

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

→ Der Blutdrucksenker Valsartan wird derzeit von diversen Herstellern zurückgerufen. Grund für den Rückruf ist nach Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte eine mögliche Verunreinigung der Ausgangssubstanz N-Nitrosodimethylamin des chinesischen Herstellers Zhejiang Huahai Pharmaceutical. Dieser Stoff gilt als „wahrscheinlich krebserregend“.

→ Die KV Bremen empfiehlt folgendes Vorgehen:

→ Patienten, die valsartanhaltige Arzneimittel einnehmen, sollten die Arzneimittel nicht ohne Rücksprache mit ihrem Arzt absetzen, da das gesundheitliche Risiko eines Absetzens um ein Vielfaches höher liegt als das mögliche Risiko durch eine Verunreinigung. Für Ersatzpräparate müssen neue Rezepte ausgestellt werden.

→ Für die neuen Rezepte sollte daher entweder ein Wirkstoffverordnung oder ein Produkt verordnet werden, das nicht betroffen ist (z.B. Valsartan Aurobindo, Valsartan Dura, Valsacor oder Diovan/ Provas). Außerdem sollte das Aut-idem-Kreuz nicht gesetzt werden, um einen Austausch zuzulassen. Bei Diovan/ Codiovan und Provas/ Provas comp würden für die Patienten Mehrkosten von mindestens 70 Euro je N3-Packung zusätzlich zur Zuzahlung anfallen.

→ Die neue Verordnung wird in der Patientenakte dokumentiert. Ein Vermerk wie „Duplikat“ oder „Zweitschrift“ auf dem Rezept ist nicht richtig – diese Rezepte könnten von der Apotheke nicht beliefert werden. Ein Hinweis auf dem Rezept wie „Verordnung wegen aktuellem Arzneimittelrückruf“ wäre möglich, aber nicht nötig.

→ Bisher haben 17 Generikaanbieter (Stand 12. Juli) diverse Valsartan-Chargen zurückgerufen: Es handelt sich um 1A Pharma, AbZ-Pharma, AAA-Pharma, Actavis, Aliud, Basics, CT, Dexcel, Hennig, Heumann, Hexal, Hormosan, Puren, Ratiopharm, Stada, Wörwag und Zentiva.

→ Nicht zurückgerufen wurden die Präparate von TAD, Mylan und Aurobindo sowie vom Originalanbieter Novartis.

HPV-Impfung für Jungen wird bald Kassenleistung

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

→ Die ständige Impfkommission (STiKo) empfiehlt jetzt offiziell auch für Jungen eine Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat drei Monate Zeit, die Aufnahme in die Impfrichtlinie zu prüfen. Erst dann ist die Kostenübernahme durch die Krankenkassen geregelt.

→ Einzelne Krankenkassen übernehmen bereits jetzt die Kosten für die Jungenimpfung. Die Patienten sollten somit zunächst die Kostenübernahme mit ihrer Krankenkasse klären. Der Impfstoff ist momentan privat zu rezeptieren.

Praxisinformation zur Krankenförderung ist aktualisiert

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

→ Die Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) wirft immer wieder Fragen auf. Fahrten zur ambulanten Behandlung werden zum Beispiel nur in Ausnahmefällen von den Krankenkassen getragen. Hilfe und Unterstützung bei der Verordnung bietet eine Praxisinformation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Krankenförderung.

→ Die Praxisinformation „Krankenförderung: Was Sie bei der Verordnung beachten sollten“ finden Sie in einer aktualisierten Fassung auf der Homepage der KBV: WWW.KBV.DE/MEDIA/SP/PRAxisINFORMATION _ KRANKENBEFOERDERUNG.PDF

Neue Teilnahme- erklärungen zu den Hautvorsorgeverträgen

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

→ Bei den ergänzenden Hautvorsorgeverträgen mit der Techniker Krankenkasse (TK) und der Hanseatischen Krankenkasse (HEK) sind Teilnahmeerklärungen der Patienten erforderlich. Die Erklärungen wurden jetzt an die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung angepasst und sind ab sofort in dieser Fassung zu verwenden.

→ Die neuen Vordrucke und eine Übersicht aller Verträge zur ergänzenden Hautvorsorge durch Hautärzte finden Sie auf Homepage der KV Bremen: WWW.KVHB.DE/HAUTSCREENING

Diverse Stichprobenprüfungen werden ausgesetzt

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

→ Infolge eines Urteils des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg werden auf Empfehlung der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung diverse Stichprobenprüfungen im Rahmen der Qualitätssicherung vorerst ausgesetzt. Dies gilt für folgende Leistungsbereiche und Prüfverfahren:

- Konventionelles Röntgen und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie i.V.m. Qualitätsprüfungs-Richtlinie)
- Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Kernspintomographie i.V.m. Qualitätsprüfungs-Richtlinie)
- Arthroskopie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie i.V.m. Qualitätsprüfungs-Richtlinie)
- Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)
- Neuropsychologische Therapie (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)
- Magnetresonanztomografie der weiblichen Brust (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

→ Über das weitere Vorgehen wird die KV Bremen rechtzeitig informieren.

DMP: Zwei neue Schulungsprogramme und neue Abrechnungsmodalitäten

→ Seit dem 1. Juli 2018 können Praxen zwei weitere Schulungsprogramme für Typ2-Diabetiker anbieten. Außerdem haben sich einige Abrechnungsmodalitäten geändert. Die wesentliche Neuerungen im Einzelnen:

→ DMP Diabetes mellitus Typ 2: Zwei neue Patientenschulungsprogramme sind aufgenommen worden.

Programm	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP
SGS- Strukturiertes Geriatriisches Schulungsprogramm für Typ-2- Diabetiker im höheren Lebensalter (ab Vollendung des 65. Lebensjahres)	20,00 Euro	99915
HyPOS (ab dem 18. Lebensjahr)	20,00 Euro	99916

→ Bitte beachten Sie: Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung der oben genannten Schulungen sind der Nachweis über die Teilnahme an der entsprechenden Fortbildung und eine Genehmigung der KV Bremen.

→ Die Abrechnungsmodalitäten der Nachschulungen im DMP wurden geändert. Jedes Schulungsprogramm hat nun eine eigene Nachschulungsziffer, die sich aus der GOP der Basisschulung und dem Buchstaben „N“ zusammensetzt (z.B. Nachschulung HyPOS: GOP 99916N).

→ Bitte beachten Sie, dass die neuen Abrechnungsziffern für die neuen Schulungsprogramme (99915 und 99916) sowie die Nachschulungen im 3. Quartal 2018 manuell in die Praxissoftware eingetragen werden müssen.

→ Es wurden ergänzende Hinweise zur Dokumentation (bspw. Dokumentationsintervalle durch die verlängerte Teilnahmedauer im DMP Brustkrebs) und Abrechnung von DMP- Leistungen aufgenommen.

→ Die Neufassung der DMP-Vergütungsvereinbarung ist abrufbar unter: WWW.KVHB.DE/SITES/DEFAULT/FILES/VERGUEUNG-DMP.PDF

Seminare zur Diabetesschulung und Hypertonieschulung in der Arztpraxis

→ Die KV Bremen bietet im zweiten Halbjahr 2018 zwei Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Schulungen von Typ-2-Diabetiker in der Arztpraxis“ und „Hypertonieschulung“ an.

Seminar: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ- 2- Diabetiker, die Insulin spritzen

(Voraussetzung: Qualifikation zur Schulung nicht insulinpflichtiger Diabetiker)

Samstag,	08.09.2018	09.00-17.00 Uhr (Ärzte und MFA)
Mittwoch,	12.09.2018	09.00-17.00 Uhr (MFA)

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

Samstag,	10.11.2018	09.00-17.00 Uhr (Ärzte bis 13.00 Uhr und MFA bis 17.00 Uhr)
----------	------------	--

Mittwoch,	14.11.2018	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 169,00 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

Telematik-Infrastruktur: Weitere Komponenten sind verfügbar

→ Zur Anbindung der Praxen an die Telematik-Infrastruktur wurden nun weitere Komponenten zugelassen. Lange erwartete wurde insbesondere ein zweiter Konnektor, der nun bald auf den Markt kommen soll.

Zweiter Konnektor zugelassen

→ Die für die Telematik-Infrastruktur zuständige Gesellschaft gematik hat Mitte Juni mitgeteilt, dass der Konnektor der T-Systems International GmbH eine Zulassung erhalten habe. Das Unternehmen plant nach eigenen Angaben die Konnektoren im Direktvertrieb zu vertreiben, aber auch über Partner bei den Primärsystemanbietern, zum Beispiel medatixx.

Erste mobile Kartenleser zugelassen

→ Die gematik hat nun auch zwei mobile Kartenterminals zugelassen. Dies sind der mobile Kartenleser von Ingenico Helathcare (ORGA 930 M online) und das baugleiche Gerät der Cherry GmbH.

Zweiter Anbieter für Praxisausweise

→ Ab sofort können Praxen den für den Betrieb der Telematik-Infrastruktur notwendigen Praxisausweis (SMC-B) auch beim Signaturkarten-Anbieter medisign bestellen. Mit der Bundesdruckerei vertreiben nun zwei Anbieter SMC-B-Karten. Medisign kooperiert mit der Apo-Bank.

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

WILFRIED PERNAK
0421.34 04-139 | w.pernak@kvhb.de

WWW.SMC-B.DE/APOBANK

Telematik-Infrastruktur: KV warnt vor Telefonbetrügern

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

- Die KV Bremen warnt vor Trickbetrügern, die sich am Telefon als KV-Mitarbeiter ausgeben. Die Anrufer verlangen von den Praxismitarbeitern, eine sogenannte Teamviewer-Session zu öffnen und geben vor, auf diese Weise per Fernwartung beim Start der Telematik-Infrastruktur zu unterstützen.
- Wenn das Praxispersonal den Aufforderungen nicht nachkommt, drohen die Anrufer mit Sanktionen und Strafen der KV. Diese Vorfälle hat es bereits in anderen Bundesländern gegeben, nach Erkenntnissen der KV Bremen allerdings noch nicht vor Ort.

Urteil: Terminservicestelle muss künftig Termine probatorische Sitzungen vermitteln

- Die Terminservicestellen der KVen müssen in der Zukunft auch probatorische Sitzungen bei Psychotherapeuten vermitteln.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte gegen einen entsprechenden Beschluss des Bundesschiedsamts vom November 2017 geklagt. Das Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg hat die Klage nun zurückgewiesen, womit der Probatorik-Beschluss keine aufschiebende Wirkung hat. KBV und KVen müssen nun umsetzen.
- Dafür muss zunächst die Psychotherapie-Vereinbarung angepasst werden. Dabei geht es unter anderem um das Formular PTV 11, die individuellen Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde. Dazu laufen laut KBV zurzeit Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband.

Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen: Flyer für das Wartezimmer

- Konkrete Empfehlungen zur Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen bietet ein neuer Patientenflyer. Ärzte können Eltern und andere Bezugspersonen mit dem Ratgeber gezielt über den achtsamen Umgang mit digitalen Medien in der Kindererziehung informieren. Für Kinder- und Ärzte liegt diesem Landesrundscheiben ein Probeexemplar bei.
- An der Erstellung des Merkblatts waren Experten aller großen pädiatrischen Verbände beteiligt, die Federführung hat der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte übernommen.
- Weitere Exemplare des Flyers können kostenfrei bei der KV Bremen abgeholt werden.

Telefonhotline und Terminsprechstunde in der Zulassungsberatung für Ärzte

→ Niederlassungswillige und niedergelassene Ärzte unterstützt die KV Bremen mit einem umfassenden Beratungsangebot zu Fragen der Zulassung, Praxisübergabe, Anstellung und Kooperationen. Um die Servicequalität zu erhöhen und Wartezeiten zu reduzieren, führt die KV Bremen eine Telefonhotline für Ärzte ein. Bei umfangreichen Fragestellungen vermitteln die Servicemitarbeiter gerne Termine für eine individuelle Beratung.

→ Für Psychotherapeuten bleibt die telefonische und persönliche Erreichbarkeit unter der Rufnummer 0421.34 04-336 wie gewohnt bestehen.

Telefonhotline: Rufnummer: 0421 34 04-332

→ Die Telefonhotline ist erste Anlaufstelle für alle niederlassungswilligen und niedergelassenen Ärzte rund um das Zulassungsgeschehen. Einzelne Fragestellungen können schnell abgearbeitet werden. Die Rufnummer ist an drei Tagen in der Woche geschaltet.

Montag	Mittwoch	Donnerstag
10:30-13.00 Uhr	10.30-13.00 Uhr	10.30-13.00 Uhr

Kontakt per E-Mail: zulassung@kvhb.de

→ Sie können Ihr Anliegen gerne auch per E-Mail formulieren. Unsere Berater antworten in der Regel binnen drei Werktagen bzw. bieten Ihnen einen persönlichen Beratungstermin an.

Terminvermittlung: Rufnummer: 0421 34 04-113

(Terminvergabe von Montag bis Donnerstag von 10:00 bis 13:00 Uhr)

→ Bei weitergehenden Fragestellungen und komplexen Themen unterstützen unsere Berater auch gerne im persönlichen Gespräch. In der Regel benötigen Sie einen solchen Termin, wenn umfangreiche Unterlagen besprochen werden müssen. Termine können Sie über die oben aufgeführte Rufnummer vereinbaren.

Beratungsumfang

→ Unsere Berater stellen gemeinsam mit Ihnen die Weichen für einen erfolgreichen Start in die Praxis und sind für Sie zu vielen weiteren Fragen Ansprechpartner. Das Beratungsangebot umfasst diese Themen:

- Zulassungsvoraussetzungen
- Ablauf eines Zulassungsverfahrens
- Zulassungen, Teilzulassungen
- Neugründung & Praxisübernahme
- Ausschreibungs- & Nachbesetzungsverfahren
- Job-sharing-Zulassungen
- Anstellungen ohne/mit Leistungsbeschränkung
- Kooperationen örtlich & überörtlich
- Verlegung des Vertragsarztsitzes
- Ruhen der Zulassung
- Zweigpraxen
- Nebentätigkeiten
- Medizinische Versorgungszentren

MANFRED SCHOBER

0421.34 04-332 | m.schober@kvhb.de

Vortrag zu Zulassung von Arzneimitteln

→ Zu einem Vortrag zu „Zulassungsverfahren für Arzneimittel“ lädt die AOK Bremen/Bremerhaven am 7. November, 14:30 bis 16:30 Uhr, in die Hauptgeschäftsstelle Am Wall 99/100 ein. Referent ist Dr. Roland Windt. Anmeldung und weitere Infos unter der Rufnummer 0421.1761-340.

Honorarbericht für das Quartal 1/2018

.....

Das erste Quartal 2018 bringt ein moderates Honorarplus – nur nicht für Fachärzte. Ein Grund für das Minus sind die gesunkenen Fallzahlen. Außerdem schlägt voll durch, dass die Versorgungsverträge durch die weniger attraktive Rahmenvereinbarung („mit Einschreibung“) ersetzt wurden.

↳ Im 1. Quartal 2018 gibt es für die Ärzte und Psychotherapeuten im Bereich der KV Bremen ein moderates Honorarplus von 1,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal. Das entspricht in etwa der Erhöhung des Orientierungspunktwertes von 1,18 Prozent.

Der hausärztliche Versorgungsbereich hat ein Plus von 3,2 Prozent, Fachärzte (incl. MVZ) allerdings einen Rückgang im Bruttohonorar von 0,2 Prozent. Psychotherapeuten dürfen sich über plus 5,6 Prozent freuen.

Trotz Osterferien sind die Fallzahlen im hausärztlichen Versorgungsbereich um 2,4 Prozent und bei den Psychotherapeuten um 8,9 Prozent gestiegen. Bei den Fachärzten (incl. MVZ) hingegen ist ein Fallzahlrückgang von 3,7 Prozent zu verzeichnen.

Die Versorgungsverträge wurden zum 4. Quartal 2017 durch die Rahmenvereinbarung „Bremer Ärzte“ ersetzt. Die wichtigste Neuerung war, dass die Praxen und Patienten aktiv in den Vertrag eingeschrieben werden mussten. Trotz einer Einschreibepauschale von fünf Euro pro Patient ist das Honorar aus den Versorgungsverträgen um 47,3 Prozent gesunken. Insgesamt wurden 242.000 Euro weniger abgerufen als im Jahr zuvor.

Dauerbrenner ist und bleibt der KV-Hausarztvertrag: Hier gab es im ersten Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal wieder ein Plus um mehr als 180.000 Euro. ←

GESAMT

Bruttohonorar

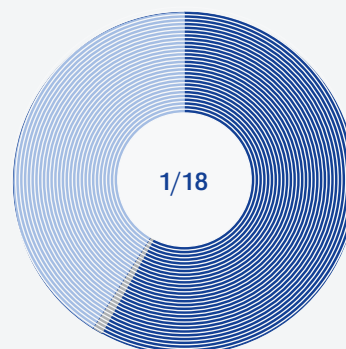
1/18	▮ + 1,1 %	120.452.534 €
1/17	▮▮ + 5,2 %	119.190.197 €
1/16	▮▮ + 3,1 %	113.305.370 €
1/15	▮ + 1,4 %	109.917.120 €

Vergütungsanteile

MGV
69.573.072 €

EXTRABUDGETÄR
49.681.116 €

SONSTIGE
KOSTENTRÄGER
1.198.346 €



HAUSÄRZTE

Bruttohonorar

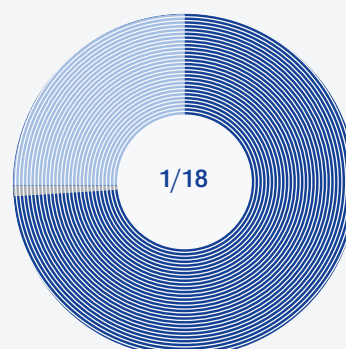
1/18	▮▮ + 3,2 %	30.266.103 €
1/17	▮▮ + 3,8 %	29.321.703 €
1/16	▮▮▮ + 5,5 %	28.261.111 €
1/15	▮ + 0,6 %	26.795.802 €

Vergütungsanteile

MGV
22.526.588 €

EXTRABUDGETÄR
7.472.224 €

SONSTIGE
KOSTENTRÄGER
267.291,53 €



FACHÄRZTE

Bruttohonorar

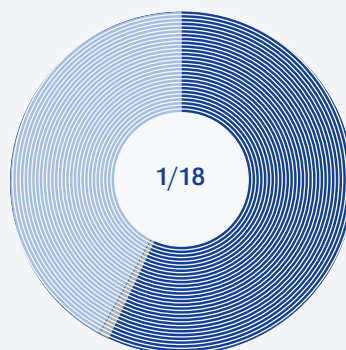
1/18	- 0,2 %	81.424.518 €
1/17	▮▮▮ + 5,4 %	81.573.755 €
1/16	▮▮ + 2,0 %	77.369.139 €
1/15	▮▮ + 2,1 %	75.855.812 €

Vergütungsanteile

MGV
46.578.488 €

EXTRABUDGETÄR
33.994.717 €

SONSTIGE
KOSTENTRÄGER
851.312 €



PSYCHOTHERAPEUTEN

Bruttohonorar

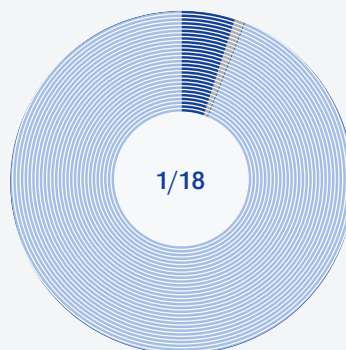
1/18	▮▮▮ + 5,6 %	8.761.912 €
1/17	▮▮▮▮ + 8,1 %	8.294.740 €
1/16	▮▮▮ + 5,6 %	7.675.120 €
1/15	- 1,8 %	7.265.506 €

Vergütungsanteile

MGV
467.996 €

EXTRABUDGETÄR
8.214.175 €

SONSTIGE
KOSTENTRÄGER
79.742 €



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

Arztgruppen-Analyse

Anästhesisten: Bei den Anästhesisten ist im Bereich der EGV ein Honorarverlust von 11,2 Prozent zu verzeichnen. Diese Entwicklung liegt unter anderem an einem Rückgang der Anästhesie-Leistungen bei ambulanten Operationen.

Augenärzte: Die Fachgruppe der Augenärzte ist um 3,5 Sitze kleiner geworden, was unter anderem das Honorarminus erklärt. Im extrabudgetären Bereich ist das Honorar um 10,4 Prozent gesunken, weil weniger operiert wurde.

Chirurgen: Das extrabudgetäre Honorar bei den Chirurgen ist um 12,3 Prozent gesunken. Ursächlich hierfür ist ein Rückgang bei den ambulanten Operationen. Wohingegen das Honorar je Fall um 3,4 Prozent gestiegen ist.

Dermatologen: Im extrabudgetären Bereich wurden von den Dermatologen weniger Präventionsleistungen, ambulante Operationen sowie Balneophototherapien erbracht; die EGV ist folglich um 11 Prozent gesunken.

Gynäkologen: Bei den Gynäkologen sorgen sowohl ein Rückgang an Präventionsleistungen als auch im Bereitschaftsdienst für ein Minus von 1 Prozent im extrabudgetären Bereich.

HNO-Ärzte: Wie schon in den Vorquartalen, ist die positive Honorarentwicklung der HNO-Ärzte in der MGV (4,4 Prozent) unter anderem auf das RLV und die PFG zurückzuführen. In der EGV ist ein leichter Honorarverlust von 1,3 Prozent zu verzeichnen. Dies lässt sich auf einen Rückgang beim ambulanten Operieren begründen.

Kinder- und Jugendpsychiater: Sowohl bei den Kinder- und Jugendpsychiatern (bis 30% PT) als auch bei den Kinder- und Jugendpsychiatern (über 30% PT) ist der extrabudgetäre Bereich aufgrund der zum 1. April 2017 neu eingeführten Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung gestiegen. Wie in den Vorquartalen beruht der Honorarrückgang in der MGV bei den Kinder- und Jugendpsychiatern (über 30% PT) auf einer gesunkenen Anforderung der Gesprächs- und Betreuungsleistungen.

Laborärzte: Das Minus bei den Laborärzten ist einem statistischen Effekt geschuldet: Ein Großlabor wurde in ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) umgewandelt. Es handelt sich also um keinen tatsächlichen Honorarrückgang, sondern um eine Verschie-

ARZTGRUPPEN-ANALYSE

% = Vergleich zum Vorjahresquartal

ANÄSTHESISTEN

MGV	+0,9 %
MGV+EGV+SOK	-8,5 %
Fallzahlen	-5,8 %
Ø Bruttobonorar	60.856 €
Ø Fallwert	195,44 €

DERMATOLOGEN

MGV	+0,5 %
MGV+EGV+SOK	-4,0 %
Fallzahlen	-2,6 %
Ø Bruttobonorar	64.224 €
Ø Fallwert	36,83 €

HAUSÄRZTE (O. KV-HAUSARZTVERTRAG)

MGV	-2,3 %
MGV+EGV+SOK	-1,6 %
Fallzahlen	-3,8 %
Ø Bruttobonorar	46.423 €
Ø Fallwert	55,60 €

KINDER- UND JUGENDPSYCH. ÜBER 30% PT

MGV	-26,5 %
MGV+EGV+SOK	+8,2 %
Fallzahlen	-4,9 %
Ø Bruttobonorar	19.722 €
Ø Fallwert	415,22 €

NERVENÄRZTE, PSYCHIATER, NEUROLOGEN

MGV	+3,5 %
MGV+EGV+SOK	+3,4 %
Fallzahlen	-2,9 %
Ø Bruttobonorar	69.017 €
Ø Fallwert	75,03 €

ÄRZTL. UND PSYCHOL.
PSYCHOTHERAPEUTEN UND KJP

MGV	-16,5 %
MGV+EGV+SOK	+5,6 %
Fallzahlen	+8,9 %
Ø Bruttohonorar	24.575€
Ø Fallwert	493,60 €

AUGENÄRZTE

MGV	-5,2 %
MGV+EGV+SOK	-8,2 %
Fallzahlen	-13,2 %
Ø Bruttohonorar	78.022 €
Ø Fallwert	75,43 €

CHIRURGEN

MGV	-2,0 %
MGV+EGV+SOK	-7,1 %
Fallzahlen	-10,2 %
Ø Bruttohonorar	78.934 €
Ø Fallwert	89,64 €

FACHÄRZTLICHE INTERNISTEN

MGV	+0,9 %
MGV+EGV+SOK	-2,4 %
Fallzahlen	-6,3 %
Ø Bruttohonorar	123.496 €
Ø Fallwert	162,78 €

GYNÄKOLOGEN

MGV	+1,6 %
MGV+EGV+SOK	+0,1 %
Fallzahlen	-4,1 %
Ø Bruttohonorar	70.774 €
Ø Fallwert	61,17 €

HAUSÄRZTE (KV-HAUSARZTVERTRAG)

MGV	+5,6 %
MGV+EGV+SOK	+3,4 %
Fallzahlen	+3,3 %
Ø Bruttohonorar	63.917 €
Ø Fallwert	67,13 €

HNO - ÄRZTE

MGV	+4,4 %
MGV+EGV+SOK	+3,8 %
Fallzahlen	-2,0 %
Ø Bruttohonorar	68.908€
Ø Fallwert	48,38 €

KINDER- UND JUGENDÄRZTE

MGV	+4,7 %
MGV+EGV+SOK	+4,5 %
Fallzahlen	+2,3 %
Ø Bruttohonorar	73.325 €
Ø Fallwert	64,12 €

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER

MGV	+1,8 %
MGV+EGV+SOK	+3,6 %
Fallzahlen	+0,7 %
Ø Bruttohonorar	65.740 €
Ø Fallwert	309,69 €

LABORÄRZTE

MGV	-52,4 %
MGV+EGV+SOK	-51,3 %
Fallzahlen	-35,4 %
Ø Bruttohonorar	257.800 €
Ø Fallwert	15,27 €

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGEN

MGV	+14,7 %
MGV+EGV+SOK	-2,6 %
Fallzahlen	-0,7 %
Ø Bruttohonorar	17.875 €
Ø Fallwert	140,57 €

NERVENÄRZTE, PSYCHIATER ÜBER 30% PT

MGV	-31,9 %
MGV+EGV+SOK	-12,1 %
Fallzahlen	-12,6 %
Ø Bruttohonorar	24.906 €
Ø Fallwert	341,02 €

ORTHOPÄDEN

MGV	+2,8 %
MGV+EGV+SOK	+1,0 %
Fallzahlen	-2,0 %
Ø Bruttohonorar	82.628 €
Ø Fallwert	70,16 €

RADIOLOGEN/NUKLEARMEDIZINER

MGV	+8,0 %
MGV+EGV+SOK	+8,0 %
Fallzahlen	-0,3 %
Ø Bruttohonorar	154.776 €
Ø Fallwert	99,84 €

UROLOGEN

MGV	+0,5 %
MGV+EGV+SOK	-0,7 %
Fallzahlen	-1,6 %
Ø Bruttohonorar	75.884 €
Ø Fallwert	55,94 €

bung der Honoraranteile von den Laborärzten zu den MVZ.

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen: Auch in diesem Quartal sind die ambulanten Operationen rückläufig. Dies ist allerdings auch der Tatsache geschuldet, dass die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ebenfalls über die KZV abrechnen und somit von Quartal zu Quartal die Anzahl der abgerechneten Fälle und Leistungen schwankt. Es handelt sich also um keinen echten Anstieg bzw. Rückgang, sondern vielmehr um einen statistischen Effekt.

Nervenärzte/Psychiater: Bei den Nervenärzten und Psychiatern (über 30% PT) sind 2,5 Ärzte ausgeschieden. Das durchschnittliche budgetierte Honorar je Arzt ist um 10,6 Prozent gesunken. Im extrabudgetären Bereich sind die antragspflichtigen Psychotherapien rückläufig. Hier wurde 14,6 Prozent weniger als im Vorjahresquartal angefordert.

Nervenärzte/Psychiater/Neurologen: Das Honorarplus der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen ist auf einen Zuwachs im RLV und bei den Gesprächs- und Betreuungsleistungen im budgetierten Bereich zurückzuführen. Die positive Entwicklung der EGV (3,5 Prozent) beruht auf einem Anstieg der antragspflichtigen Psychotherapie gem. Kapitel 35.2 EBM und der Substitutionsbehandlung.

Orthopäden: Bei den Orthopäden ist im extrabudgetären Bereich ein Minus von 7,6 Prozent zu verzeichnen. Dies liegt an einer gesunkenen Anforderung von Kosten gem. Kapitel 40 und weniger ambulanter Operationen.

Urologen: Die EGV ist bei den Urologen um 6,2 Prozent gesunken. Auch hier wurde nicht so viel operiert wie im Vorjahresquartal und es wurden weniger Leistungen der Onkologie-Vereinbarung abgerechnet.

Psychotherapeuten: Der Rückgang der MGV bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten liegt daran, dass die Gesprächsleitungen nach den GOP 22220 und 23220 ab dem 2. Quartal 2017 extrabudgetär vergütet werden. Die MGV 1/2018 wurde um diese Leistungen bereinigt. Des

Weiteren haben die zum 1. April 2017 neu eingeführte psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung zu der positiven Entwicklung der EGV von 7,6 Prozent beigetragen.

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte: Im hausärztlichen Versorgungsbereich gibt es eine positive Honorarentwicklung von 3,4 Prozent der Hausärzte (mit KV-HZV-Vertrag) und von 4,5 Prozent der Kinder- und Jugendärzte. Der Honoraranstieg der Hausärzte (mit KV-HZV-Vertrag) beruht im Wesentlichen auf einem Zuwachs des RLV, der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen (NÄPA), der Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen, der HZV, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, der zum 1. Oktober 2017 neu eingeführten palliativmedizinischen Versorgung und den seit 1. Januar 2018 neuen Leistungen zum Notfalldatenmanagement.

Das Plus bei den Kinder- und Jugendärzten beruht auf einem Anstieg der RLV, des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der HZV.

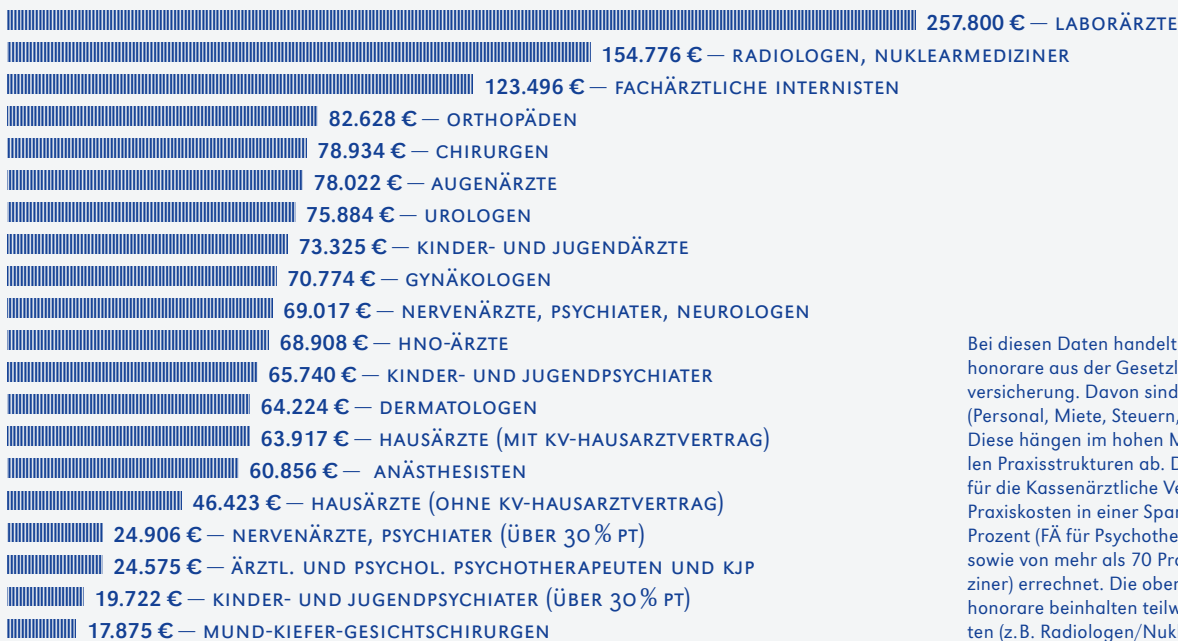
Der Fallwert der Hausärzte (mit KV-HZV-Vertrag) liegt in diesem Quartal bei 67,13 Euro. Im Vorjahresquartal waren es 67 Euro. Schaut man sich den Fallwert nur für die Patienten an, die in die KV-Hausarztverträge eingeschrieben sind, liegt dieser bei 81,62 Euro. Die Hausärzte (ohne KV-HZV-Vertrag) haben einen Fallwert von 55,60 Euro.

Labor

Die Anforderung von Laborleistungen ist gegenüber dem Vorjahresquartal um 3,3 Prozent (rund 308.000 Euro) gesunken. Das nach den KBV-Vorgaben zu bildende Vergütungsvolumen von 8,6 Mio. Euro hat gereicht, um die Vergütungsquoten bedienen zu können. Die gesamte Vergütung für Laborleistungen (inkl. Wirtschaftlichkeitsbonus) ist um 3,2 Prozent gesunken. ←

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

	Quote Fachärzte	Quote Hausärzte
RLV-Überschreitung	0,700000	0,400000
Vergütung AG ohne RLV	0,988515	1,000000
Vergütung ermächtigte Ärzte	1,000000	
Akupunktur	0,961951	1,000000
Anästhesieleistungen Kap. 5.3	0,970287	
Anästhesieleistungen 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	0,985770
Dringende Besuche	1,000000	1,000000
Empfängnisregelung	0,910574	1,000000
Fachärztliche Grundversorgung „PFG“	0,815336	
Fachärztliche Leistungen Kinderärzte		0,861201
Genetisches Labor	0,700000	
Gesprächs- und Betreuungsleistungen	0,880523	
Hausärztliche geriatrische Versorgung		0,500000
„KiM“-Vertrag nach § 73a SGB V		0,899457
Kosten Kap. 40	0,810268	0,990839
Leistungen nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPa)		1,000000
Pathologische Leistungen Kap. 19 bei Auftrag	0,837707	
Praxisklinische Betreuung/Nachsorge I	1,000000	
Praxisklinische Betreuung/Nachsorge II	0,970936	
Polysomnographie	1,000000	
Psychosomatik/Übende Verfahren		0,980375
Psychotherapie I	0,917123	0,993194
Schmerztherapeutische Versorgung	1,000000	
Sehschule	1,000000	
Sonographie		0,987160
Sozialpädiatrische Beratung		1,000000
Strukturpauschale – GOP 06225	0,971258	
Unvorhergesehene Inanspruchnahmen	1,000000	1,000000
Nicht antragspflichtige Leistungen Psychotherapeuten	0,825303	

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

LABOR

	Quote
Ärztliche Laborleistungen (Wirtschaftlichkeitsbonus)	1,0000
Laborpauschalen GOP 12210, 12220	1,4458
Basis-Laborkosten GOP 32025-32027, 32035-32039, 32097, 32150	1,0000
Laborkosten Kap. 32.2 EBM	0,9158
Laborkosten Kap. 32.3 EBM	0,9158

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: Gottfried Antpöhler, Thomas Arndt, Jessica Drewes, Christoph Fox, Dr. Jörg Hermann, Mirija Homeier, Angelika Ohnesorge | **Abbildungsnachweise:** Denys Rudyi - Fotolia (S. 01 & S. 06); Onidji - Fotolia (S. 08 & S. 09); privat (S. 10); Marion Saris (S. 12); science photo - Fotolia (S. 19), Kateryna_Kon - Fotolia (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 Landesrundschriften 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 Landesrundschriften 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

Zulassungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Nachfolger von
Maïke Liebetrau - volle Zulassung -	Gerhard-Rohlf's-Straße 62b 28757 Bremen	Allgemeinmedizin	01.07.2018	Dr. med. Thomas Kober
Claudia Gerken - volle Zulassung -	Gröpelinger Heerstraße 221 28239 Bremen	Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin	01.07.2018	Tip. Dr. Univ. Istanbul Nurettin Kilic
Jörg Stade - volle Zulassung -	Max-Säume-Straße 2a 28327 Bremen	Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin	01.07.2018	Dr. med. Annegret Schellstede-Börschel
Ralf Drees - volle Zulassung -	Osterholzer Heerstraße 162a 28325 Bremen	Innere Medizin	01.07.2018	Dr. med. Bernhard Drees
Dr. med. Constanze Meentzen - volle Zulassung - (Job-Sharing)	Am Lehester Deich 70 28357 Bremen	Innere Medizin	01.07.2018	
Dr. med. Altin Keci - volle Zulassung -	Parkallee 41-45 28209 Bremen	Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	01.07.2018	Dr. med. Karl Wietholt
Dr. med. Christoph Heuser - halbe Zulassung -	Senator-Weßling-Straße 1 28277 Bremen	Innere Medizin und (SP) Kardiologie	01.07.2018	Priv. Doz. Dr. med. Klaus Langes
Dr. med. Stefan Meya - halbe Zulassung -	Schwachhauser Heerstraße 67 28211 Bremen	Neurologie	01.07.2018	Franziska Büge
Ilka Brockmüller - volle Zulassung -	Hammersbecker Straße 224 a 28755 Bremen	Psychiatrie und Psychotherapie	01.07.2018	Arno Steck
Dipl.-Psych. Tanja Eimen - halbe Zulassung -	Besselstraße 70 28203 Bremen	Psychologischer Psychotherapeut	01.07.2018	Dipl.-Psych. Karin-Katarina Bergmann
Dipl.-Psych. Mirko Goedelt - volle Zulassung - (Job-Sharing)	Amelinghauser Straße 7 28329 Bremen	Psychologischer Psychotherapeut	01.07.2018	
Dipl.-Psych. Univ. Claudia Kalinich- Botner - halbe Zulassung -	Bordenauer Straße 11a 28211 Bremen	Psychologischer Psychotherapeut	01.07.2018	Dr. med. Thomas Rosengarten
Dipl.-Psych. Miriam Neumann - volle Zulassung -	Helmer 16 28359 Bremen	Psychologischer Psychotherapeut	01.07.2018	Dipl.-Psych. Jens Bozetti
Sonja Raza - halbe Zulassung -	Lüneburger Straße 20 28203 Bremen	Psychologischer Psychotherapeut	01.07.2018	Dipl.-Psych. Helga Friehe-Rüdebusch
Dipl.-Psych. Franziska Rentzsch - volle Zulassung - (Job-Sharing)	Slevogtstraße 9 28209 Bremen	Psychologischer Psychotherapeut	01.07.2018	
Dr. med. Günter Kersting - halbe Zulassung -	Alter Postweg 5 28207 Bremen	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (ausschl. PT-tätig)	01.07.2018	Beate Stolz
Dr. med. Britta Reichstein - volle Zulassung -	Herwigstraße 8 27572 Bremerhaven	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.2018	Sigrid Prolingheuer
Ines Yousef - volle Zulassung -	Theodor-Heuss-Platz 3 27568 Bremerhaven	Innere Medizin	01.07.2018	
Dr. med. Alexander Regnery - volle Zulassung -	Obere Bürger 29a 27568 Bremerhaven	Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	01.07.2018	Dr. med. Holger Schwabe
Dr. med. Michael Kollmitt - volle Zulassung -	Dr.-Franz-Mertens-Straße 8 27580 Bremerhaven	Orthopädie	01.07.2018	Dr. med. Uwe Naber
Christine Wrobel - halbe Zulassung -	Langener Landstraße 277 27578 Bremerhaven	Urologie	01.07.2018	Monika Hartwig

Anstellungen

Name	anstellende Betriebsstätte	Ort	Fachgruppe	Beginn
Catrin Brandes - volle Anstellung -	Dres. Bettina Dittert und Mario Jan- son, Örtliche Gemeinschaftspraxis	Woltmershauser Straße 392 28197 Bremen	Allgemeinmedizin	01.07.2018
Dr. med. Thomas Kober - halbe Anstellung -	Dr. med. Stefan Kreszis / Maiko Liebetrau	Gerhard-Rohlfs-Straße 62b 28757 Bremen	Allgemeinmedizin	01.07.2018
Dr. med. Regina Alhusen - halbe Anstellung -	MVZ AugenZentrumBauer GmbH, MVZ	Leher Heerstraße 66 28359 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Dr. med. Lutz Bauer - volle Anstellung -	MVZ AugenZentrumBauer GmbH, MVZ	Leher Heerstraße 66 28359 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Gabriele Bauer - volle Anstellung -	MVZ AugenZentrumBauer GmbH, MVZ	Leher Heerstraße 66 28359 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Dr. med. Katharina Bauer-Melville - volle Anstellung -	MVZ AugenZentrumBauer GmbH, MVZ	Leher Heerstraße 66 28359 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Dr. med. Johannes Dereskewitz - viertel Anstellung -	Hassan Chitsazian	Schwachhauser Heerstraße 50 28209 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Dr. med. Patricia Liedtke - volle Anstellung -	MVZ AugenZentrumBauer GmbH, MVZ	Leher Heerstraße 66 28359 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Yasmin Neubert-Shah - volle Anstellung -	MVZ Universitätsallee GmbH, MVZ	Parkallee 301 28213 Bremen	Augenheilkunde	12.06.2018
Jacqueline Piscal-Feindler - halbe Anstellung -	MVZ AugenZentrumBauer GmbH, MVZ	Leher Heerstraße 66 28359 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Jan Renken - viertel Anstellung -	Dres. med. St. Bodanowitz/E. Ertel/C. Kusserow-Napp, üBAG	Bgm.-Spitta-Allee 49 28329 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Roland Ritzel - volle Anstellung -	MVZ AugenZentrumBauer GmbH, MVZ	Leher Heerstraße 66 28359 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018
Anna Börries - viertel Anstellung -	Katharina Erdmann	Hindenburgstraße 9 28717 Bremen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.2018
Dr. med. Michael Sandhop - volle Anstellung -	Dr. Müsers/Hendrys/Dr. Klingen- berg/Dr. Viebrock, Örtliche BAG	Karl-Lerbs-Straße 72 28201 Bremen	Innere Medizin	01.07.2018
Barbara Gowrea - volle Anstellung -	Dr. med. Helmut Lange und Kollegen	Kirchhuchtinger Landstraße 80 28259 Bremen	Innere Medizin und (SP) Kardiologie	01.07.2018
Dr. med. Bettina Dönch - volle Anstellung -	Dirk-Hinrich Wahlers/Dr. med. Antje Rühmkorf, Gemeinschaftspraxis	Anna-Klara-Fischer-Straße 10 28277 Bremen	Kinderheilkunde	01.07.2018
Dr. med. Annegret Schellstede- Börschel - halbe Anstellung -	Dr. med. Franz Börschel und Kollegen, BAG	Max-Säume-Straße 2a 28327 Bremen	Kinderheilkunde	01.07.2018
Dr. med. Thomas Nord - volle Anstellung -	Dr. med. Dr. med. dent. Cezary Rosenberger	Georg-Gröning-Straße 57 28209 Bremen	Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie	01.07.2018
Dr. med. Ulrich Gärtner - volle Anstellung -	Dr. med. Norbert Czech und Kollegen, Örtliche BAG	Schwachhauser Heerstraße 54 28209 Bremen	Nuklearmedizin	01.07.2018
Dr. med. Hartmut Opitz - volle Anstellung -	Hasan Chikho	Dr.-Franz-Mertens-Straße 8 27580 Bremerhaven	Allgemeinmedizin	01.07.2018
Dr. med. Michael Augustynik - volle Anstellung -	MVZ Dres. Awe Karwetzky Bremerhaven, KV-übergreif. BAG	Bürgermeister-Smidt-Straße 108 27568 Bremerhaven	Augenheilkunde	01.07.2018
Dr. med. Thomas Lischka - volle Anstellung -	Dr. med. W. Kröncke / A. Zwick, BAG	Grashoffstraße 7 27570 Bremerhaven	Augenheilkunde	01.07.2018
Dr. (Syr.) Ohadah Alghabach - viertel Anstellung -	Dr. med. Martin Geller	Bürgermeister-Smidt-Straße 10 27568 Bremerhaven	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.2018
Nicole Ellerbeck - halbe Anstellung -	Vera Grisar und Dr. med. Britta Reichstein, Örtliche Gemein- schaftspraxis	Herwigstraße 8 27572 Bremerhaven	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.2018
Imke Waldschmidt-Jelten - halbe Anstellung -	Vera Grisar und Dr. med. Britta Reichstein, Örtliche Gemein- schaftspraxis	Herwigstraße 8 27572 Bremerhaven	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.2018
Dr. med. Maren Homeyer - dreiviertel Anstellung -	Klaus Struck u. Sigrig Falk-Struck, Überörtliche Gemeinschaftspraxis	Helgoländer Straße 63 27570 Bremerhaven	Praktischer Arzt	01.07.2018

Verlegungen, Umzüge

Name	von	nach	Datum
Dipl.-Psych. Berna Müküs-Kaya	Humboldtstraße 20 28203 Bremen	Neustadtcontrescarpe 36 28201 Bremen	01.07.2018
Dipl.-Psych. Matthias Früh	Lichtenhainer Straße 14 28205 Bremen	Altenwall 4 28195 Bremen	01.07.2018
Dipl.-Päd. Viola Mottaghy	Sachsenstraße 2 28203 Bremen	Schwachhauser Ring 108a 28209 Bremen	15.06.2018
Dipl.-Psych. Frauke Dziomba	Schwachhauser Ring 149a 28213 Bremen	Schwachhauser Ring 108a 28209 Bremen	15.06.2018
Guido Förster	Stader Straße 35 28205 Bremen	Herderstraße 33 28309 Bremen	01.07.2018
Dr. med. Jens Wagner	Lange Straße 43 27580 Bremerhaven	Buchtstraße 59 27570 Bremerhaven	01.07.2018

Ermächtigungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Umfang
Dr. med. Joachim Ulma	Sankt-Pauli-Deich 24 28199 Bremen	Anästhesiologie	01.07.2018	Angaben zum Ermächtigungsumfang finden Sie auf der Homepage der KV Bremen unter: www.kvhb.de/arztlisten
Krystyna Wisniewski	Sankt-Jürgen-Straße 1 28177 Bremen	Augenheilkunde	01.07.2018	
Dr. med. Kristina Möller	Senator-Weßling-Straße 1 28277 Bremen	Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin	01.07.2018	
Henning Senger	Schwachhauser Heerstraße 50 28209 Bremen	Radiologie (alte (M-) WBO)	01.07.2018	
Dr. med. Axel Renneberg	Schiffdorfer Chaussee 29 27574 Bremerhaven	Kinderheilkunde	01.07.2018	

Sonderbedarf

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn
Birgit Völlmecke - halbe Zulassung -	Schwachhauser Heerstraße 52 28209 Bremen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	01.07.2018

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 20. August.

Etablierte Hausarztpraxis

Alteingesessene, gutgehende Allg.-Med. in HB-Nord bietet 2/3 Arzt-Anstellung mit späterer Einstiegsmöglichkeit. bestens eingearbeitetes Praxisteam, guter, stabiler Umsatz
Kontakt: praxis@hausarzt-bremen-nord.de

Hausarztpraxis mitten im Viertel/Bremen

in gute Hände abzugeben: Alteingeführte Hausarztpraxis, wirtschaftlich gesund mit wachsender Besucherzahl und kompetentem Mitarbeiterinnen-Team, das einer neuen ärztlichen Leitung zur Seite steht ist ab Juli 2018 zur Übernahme bereit. Kollegiale Einarbeitungszeit ist selbstverständlich.
Praxis kann auch als Doppelpraxis genutzt werden.
Kontakt: jederzeit 0176 402 103 18

Hausärztliche-internistische Praxis

in HB-Nord sucht Praxispartner/in ab sofort.
Kontakt: Chiffre VG2793

Suche Immobilie zum Kauf

Gewerbe (Psychotherapie-Praxis) oder für Gewerbe & Privat gemischt in zentraler Lage in Bremen.
Kontakt: Chiffre XI4915

Hausärztliche Praxis in HB-Süd

sucht Kollegen/-in zur Anstellung Teilzeit/Vollzeit, Sitz vorhanden, gutes Team mit Freude an der hausärztlichen Arbeit, flexibel, kinderfreundlich mit Perspektiven
Kontakt: Chiffre WH3804

Suche Praxisraum

für psychotherapeutische Praxis (Einzel- & Gruppenarbeit) in Mitte/Ostertor/Steintor oder Findorff, gerne auch in Praxengemeinschaft.
Kontakt: kalliopi_z@yahoo.de oder Tel.: 0171 - 121 555 1

Suche Zimmer für Psychotherapie

zur Teilnutzung an zwei Tagen/Woche (Montags + Dienstags) ab ca. 15. Oktober 2018
Kontakt: 0160 - 52 330 17

Hausärztlicher Qualitätszirkel

in Horn-Lehe sucht Verstärkung. Unser kleiner, familiärer QZ trifft sich privat ca. 1 x/Monat (ca. 9 x/Jahr) mittwochs von 15.30 bis 18.30 Uhr.
Kontakt: 0421/27 46 16, ulrike.heil@nord-com.net

So antworten Sie auf Chiffre-Anzeigen

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

Hausärztin sucht neue Aufgabe,

selbständig oder angestellt, eigener KV-Sitz vorhanden.
Freue mich auf Rückmeldungen.
Kontakt: hausarztin-bremen@gmx.de

Ideal für Neuzugelassene

Sehr schöne Praxisräume in einem Gründerzeithaus
Hafenstraße (Brhf-Lehe), Bus vor der Tür
Barrierefrei, EG, 5 Räume, Wartezimmer, Büro,
Kaffeeküche und Aktenlager. Ab dem 01.09.18
praxis.stern@yahoo.de

www.kvhb.de/kleinanzeigen

Alleinstehendes Haus m. 7 Parkpl.

300m² Haus, Hafenstr.(27576), Bus vor der Tür
Ideal f. Laborärzte, Radiologie und Physioth/Reha.
Barrierefrei, unterversorgter Sektor, sofort frei.
Preisnachlass für neue zugelassene Ärzte!
Kontakt: praxis.stern@yahoo.de

Qualitätszirkel Akupunktur

Wir sind ein kleiner Kreis und wünschen uns neue
Teilnehmer. Treff ist 1 x/Quartal mittwochs von 15 bis 18
Uhr in Horn-Lehe.
Kontakt: 0421/27 46 16, ulrike.heil@nord-com.net

A close-up photograph of a man and a woman kissing. The man is on the left, leaning towards the woman on the right. They are both smiling and appear to be in a romantic setting. The background is dark and out of focus.

FIFTY SHADES OF UPDATE



medatixx ist sexy.

Keine Angst, wir quälen Sie nicht. Im Gegenteil: Sie werden die Praxissoftware medatixx lieben: Für ihr automatisch im Hintergrund laufendes Selbst-Update von Software und Datenbanken. Für das individuell zu konfigurierende Dashboard. Für die Online-Terminbuchung. Für die ansprechende Oberfläche. Für ... medatixx hat viele Seiten – egal, welche Sie bevorzugen. Testen Sie medatixx jetzt 90 Tage kostenfrei. Download unter ...

alles-bestens.medatixx.de

Praxissoftware
medatixx

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

Diagnosekodierung

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

Abschläge, 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

Aktenvernichtung
Wolfgang Harder -178

Abteilungsleitung (Zentrale Dienste,
Bereitschaftsdienste)
Birgit Seebeck -105



**Das Gesicht hinter der
Rufnummer 0421.98 88 59-10**
Regina Kühne ist Ihre Ansprechpartnerin
in der Terminalservicestelle. Sie nimmt die
Termine aus den Praxen entgegen und
vermittelt sie weiter.