

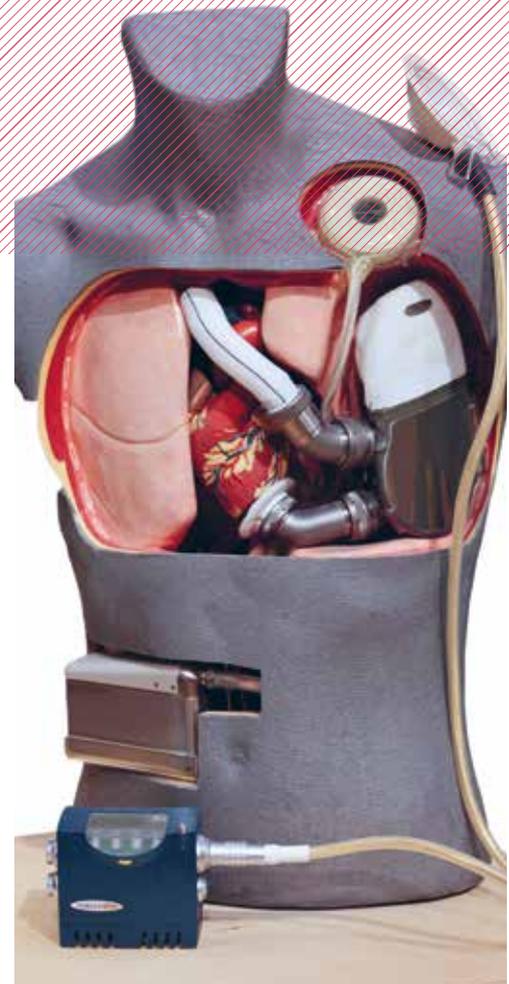
landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr.6 | 16. September 2014



- TK für Einzelleistungsvergütung ↳ 06
- Herzinsuffizienz-Studie ↳ 08
- Ab Januar gilt nur noch die eGK ↳ 10
- Grippeimpfstoff Saison 14/15 ↳ 12
- Umsatzsteuer bei Gutachten ↳ 14





DR. JÖRG HERMANN
Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

... und dann geht es doch irgendwie immer ums liebe Geld. Das Sommerloch war gut gefüllt mit Piloten, die mit 55 Jahren abschlagsfrei in Rente wollen, Lokführern, die die 37-Stunden-Woche fordern und einer KBV, die fünf Milliarden Euro aufruft. Während ich gestern auf dem Heimweg von Berlin in den ersten Bahnstreik geraten bin und die Airlines schon mal ein paar Tausend Ferienflieger haben stehen lassen, hat die KBV-Führung still und ohne Schiedsamt nach kurzer Sitzung für das Jahr 2015 abgeschlossen. Gut 800 Millionen Euro sind kein Pappenstiel, also sind alle zufrieden? Natürlich nicht, denn die fünf Milliarden bleiben im Hinterkopf. Nüchtern betrachtet reden wir über eine Preiserhöhung von 1,4 Prozent und ein knappes weiteres Prozent für „Struktur“. Wenn wir die Bundesabschlüsse der letzten Jahre ansehen: völlig normal. Was lokal noch geht, werden wir in den nächsten Monaten ausloten. „Keines der von der KBV gesteckten Ziele ist erreicht worden“, klagt Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender des NAV-Virchowbundes. „Die Anhebung des Orientierungspunktwertes gleicht nicht einmal die Inflationsrate aus“. Stimmt nicht ganz: Inflationsrate 2014 bis dato laut Statistischem Bundesamt: 1,04 Prozent. Soweit können wir dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Gassen also Recht geben: alles im Rahmen.

Wo klemmt es also? Der Teufel steckt im Detail. Bei den Fachärzten bestand ein breiter Konsens, die „Grundversorger“ noch etwas zu stärken. Ob nun die Facharztinternisten dazu gehören oder nicht, bietet Diskussionsstoff für lange Abende; nun sind sie auch dabei. Reich macht das niemanden, aber Kleinvieh macht bekanntlich auch.... Bei den Hausärzten hat Frau Feldmann ihren Kopf durchgesetzt und den vermeintlich leidenden Landarzt über den Bremer Stadtarzt gestellt. Die 132 Mio. Euro „Struktur“ landen nur bei den Kolleginnen und Kollegen, die über 1000 Scheine haben und eine nichtärztliche Praxisassistentin (NäPAs, Verahs, EVAs u.a.) mindestens halbtags beschäftigen. Meine Frage, warum der städtische Hausarzt mit 880 Scheinen (typischer Bremer Schnitt) weniger wichtige und wertige Versorgung abliefern konnte, wurde mir nur mit einem Siegerlächeln beantwortet. Wir hoffen, im Kleingedruckten noch etwas für unsere Hausärzte erreichen zu können.

Und interessiert das alles am Ende jemanden, wenn es doch immer ums Geld geht? Ja, tut es: Immerhin sechs Kollegen haben hier im Team angerufen und mitgeteilt, dass der Kontoauszug nicht im Umschlag mit der Abrechnung sei. War er doch, nur das übliche Format hatte er nicht mehr: Nun ist er DIN-A4-Hochformat und wie alle anderen Blätter besser lesbar. Sehr viel Zeit haben Kollegen aus der Arbeitsgruppe und der Verwaltung hineingesteckt, die Zahlen um und über das liebe Geld noch transparenter zu machen. Vielen Dank dafür. Nehmen Sie den Umschlag doch nochmal zur Hand: Da steckt noch mehr drin.

Ihr

Dr. Jörg Hermann
Vorsitzender der KV Bremen

↳ AUS DER KV

↳ IM BLICK

↳ IN PRAXIS

↳ IN KÜRZE

↳ SERVICE

04 — Ein Forum für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

06 — Was ist los? Erste Krankenkasse will **Einzelleistungsvergütung** einführen

08 — Herzinsuffizienz-Studie: **Teamwork ist Trumpf**

10 — Ab Januar 2015 gilt nur noch die **elektronische Gesundheitskarte**

12 — **Grippeimpfstoff 2014/2015**: Es ist wieder Begripal

14 — **Umsatzsteuer bei Gutachten?** Diese Liste schafft etwas mehr Klarheit

18 — **Sie fragen – Wir antworten**

19 — **Meldungen & Bekanntgaben**

Intravitreale Medikamenteneingabe bei Augenerkrankungen ist ab Oktober im EBM

20 — Augenärztliche Strukturpauschale: „Konservativ“ wird konkretisiert

21 — Hausärzte erhalten Zuschläge für die Behandlung

multimorbider Patienten

Bereitschaftsdienstzentrale Bremerhaven zieht vorübergehend um

EBM und Aktuelles aus der Gesundheitspolitik als App fürs Smartphone

22 — Flyer „IHR Hausarzt“: Neue Auflage ist da

Online-Arztsuche: Eintrag nur nach schriftlicher Einwilligung

Patienteninformation zu Endometriose erschienen

23 — **Bekanntgabe** Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen

24 — **Der Beratungsservice** der KV Bremen

22 — Impressum

Ein Forum für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

Anstellung als Übergangslösung. Angestellt aus Überzeugung. Die Gründe, warum Ärzte und Psychotherapeuten statt der Niederlassung eine Anstellung wählen, sind vielfältig. Das zeigt eine Umfrage der KV Bremen. Die Befragung macht aber auch deutlich: Angestellte wollen mehr Informationen aus Vertragsarztwesen und KV. Und sie wollen mitreden. Die KV lädt zu einem Forum ein.

↳ Natürlich sind da auch diejenigen, die ihre letzten Berufsjahre als angestellter Arzt ausklingen lassen, nachdem sie Jahrzehnte in eigener Praxis geschafft haben. Was es heißt, niedergelassen zu sein und wofür die KV da ist, muss ihnen niemand mehr erklären. Aber dann gibt es da noch eine seit Jahren wachsende Gruppe von angestellten Ärzten und Psychotherapeuten mittleren Alters. Für einige von Ihnen ist die Anstellung ein Zwischenschritt zur eigenen Praxis, ein Kennenlernen. Andere sind angestellt, weil sie angestellt sein wollen. Das spiegelt nun auch eine Umfrage der KV Bremen unter 253 angestellten Ärzten und Psychotherapeuten in Bremen und Bremerhaven wider. 86 haben geantwortet, was einer Rücklaufquote von 34 Prozent entspricht. Mehr als die Hälfte der Befragten gaben an, dass sie in einer Praxis angestellt sind, weil sie die Krankenhausdienste satt haben. Jeder zweite scheut eine Niederlassung wegen des zu hohen finanziellen Risikos. Bei gut einem Drittel der Befragten klingt das Bedürfnis nach einer guten Work-Life-Balance durch: Sie sind heilfroh über flexiblere Arbeitszeiten und Teilzeitarbeit. Und dennoch – so zeigt es die Umfrage – gibt es auch eine Reihe von Ärzten, für die auch die Selbständigkeit in Frage kommt. Zwar sagen 43 Teilnehmer der Umfrage, dass für sie zurzeit eine Niederlassung uninteressant ist. Aber immerhin für 24 Befragte kommt zeitnah bzw. mittelfristig ein solcher Schritt in

Betracht. Aber: Die Einzelpraxis ist definitiv ein Auslaufmodell. Lediglich für drei Befragte kommt dieses Modell in Frage. Alle anderen bevorzugen die Gemeinschaftspraxis.

Diese wenigen Zahlen aus der Befragung deuten an, wie heterogen die Gruppe der Angestellten ist. Aber es gibt durchaus auch Verbindendes. Eine Mehrheit der Befragten macht deutlich, dass sie sich mehr Informationen und Teilhabe wünschen. Mehr Informationsangebote von der KV. Mehr persönliche Beratung. 30 Befragte können sich vorstellen in einer „Angestellten-Gesprächsrunde“ in der KV aktiv zu sein. 32 befürworten sogar einen eigenen Fachausschuss Angestellte Ärzte in der KV. Hier sind es vor allem Fachärzte, die sich einbringen wollen. In einem ersten Schritt will die KV Bremen auf diesen Wunsch eingehen. Am 27. Oktober findet ein erstes Gesprächsforum statt, zu dem alle angestellten Ärzte und Psychotherapeuten eingeladen werden. Unter anderem darüber wird zu sprechen sein: Was kann die KV tun und was erwarten angestellte Ärzte von der KV? ← (RED)

„Für mich ist die Anstellung nur ein Übergang, die Vorstufe einer Partnerschaft.“

„Ökonomische Abläufe und Bedingungen sind kein Teil der fachärztlichen Ausbildung und damit für viele ein Rotes Tuch.“

„Ich bin lieber angestellt, weil ich so fast meine ganze Arbeitszeit der Betreuung der PatientInnen widme und mich nicht mit Abrechnungen, Personal, Datenschutzbestimmungen, Beschaffung von neuen Geräten, etc. beschäftigen muss.“

→ **UMFRAGE:**

Im Mai dieses Jahres hat die KV Bremen 253 angestellte Ärzte und Psychotherapeuten aus Bremen und Bremerhaven angeschrieben und um ihre Mitwirkung an einer Befragung gebeten. 86 haben sich an der Umfrage beteiligt (34 Prozent Rücklaufquote). Davon waren 53 Fachärzte, 15 Hausärzte und 5 Psychotherapeuten (13 ohne Angabe). Die Mehrheit der Befragten sind in Praxen tätig (62 Prozent). Jeder vierte Befragte arbeitet in einem MVZ.

→ **LANDESRUNDSCHREIBEN:**

Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten können ab sofort auch das Landesrundschreiben kostenlos beziehen. Damit wird ein vielfach geäußerter Wunsch aus der Befragung umgesetzt. Interessenten können sich an die KV Bremen wenden, Rufnummer 0421.34 04-0.

Gründe für eine Anstellung in der Praxis (Mehrfachnennung)

52	– keine Krankenhausdienste mehr
26	– weniger Hierarchie als im Krankenhaus
20	– Arbeiten in einem kleineren Team
18	– attraktiveres Gehalt
31	– Möglichkeit zur Teilzeitarbeit
37	– flexiblere Arbeitszeiten
16	– Übergang in den Ruhestand
50	– wenig finanzielles Risiko zu eigener Zulassung
7	– keiner der Gründe
22	– Sonstiges

Ausblick: Eine Zulassung ... (Mehrfachnennung)

43	– kommt für mich (zurzeit) nicht in Frage
20	– zeitnah (innerhalb der nächsten zwei Jahre)
22	– mittelfristig
3	– eher in Einzelpraxis
30	– eher in Gemeinschaftspraxis
12	– nur in Teilzeit
18	– mit örtlichen Referenzen

Was ist los? Erste Krankenkasse will Einzelleistungsvergütung einführen

Völlig überraschend fordert die Techniker Krankenkasse die Einführung der Einzelleistungsvergütung für Niedergelassene. Bei den meisten Verbänden erntet dieser Vorstoß Beifall. Das ist Grund genug, sich die Sache etwas genauer anzuschauen ...



„Wir wollen Patienten zu einer besseren Versorgung und Ärzten zu mehr Zufriedenheit verhelfen. Deshalb können wir uns eine Einzelleistungsvergütung gut vorstellen. Sie muss natürlich so gestaltet sein, dass die Ausgabenentwicklung dennoch beherrschbar bleibt.“

MICHAEL BALLAST | stellv. Vorsitzender der Techniker Krankenkasse

↳ Die Überraschung hat sich in den Gesichtern aller Hauptstadttredakteure und Fachjournalisten widerspiegelt, berichten Teilnehmer der Pressekonferenz der Techniker Krankenkasse (TK) vom 25. Juni. Zu häufig wurden Presseterminen hochtrabend mit Formulierungen wie „grundlegende Reform der ärztlichen Vergütung“ angekündigt. Selten kam etwas dabei herem. Diesmal war es anders und die Journalisten hatten viel zu berichten.

Ausgerechnet ein Krankenkassen-Grande fordert die Einführung der Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor. Originalton TK-Vorstand Michael Ballast: „Wir wollen Patienten zu einer besseren Versorgung und Ärzten zu mehr Zufriedenheit verhelfen. Deshalb können wir uns eine Einzelleistungsvergütung gut vorstellen.“ Die Einzelleistungsvergütung gehört seit über 20 Jahren zu den Parolen fast jeden ärztlichen Verbandes und auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung wiederholt gebetsmühlenartig die Vorteile. Doch bisher wurde diese Idee von den Krankenkassen genauso turnusmäßig abgeschmettert. Und nun die Kehrtwende?

Offensichtlich ja. Denn das Modell der TK, das vom Berliner IGES-Institut entwickelt wurde, ist zwar keine Einzelleistungsvergütung in Reinform, geht aber dennoch sehr weit. Es fußt auf zwei Säulen für die Vergütung, den variablen Kosten und den Fixkosten. Zu den Fixkosten gehören zum Beispiel die Miete, Ausgaben für medizinische Geräte und hälftig auch die Personalkosten. Der Rest findet sich wieder in den variablen Kosten, die die Ausgaben für die Behandlung und den „Arztlohn“ enthalten. Während die variablen Kosten in dem TK-Modell stets in voller Höhe vergütet werden, werden die Fixkosten nur so lange bezahlt, bis sie gedeckt sind. Hier liegt auch der Grund dafür, dass zumindest die eine Krankenkasse ihren Fundamentalwiderstand gegen die Einzelleistungsvergütung aufgegeben hat. Denn die TK geht davon aus, dass es keine Mengenausweitung von ärztlichen Leistungen über Gebühr geben wird.

↳ DAS IST DER TK-PLAN

„Das zentrale Gestaltungselement dieses Konzepts ist eine Unterscheidung zwischen variablen und fixen Kosten bei der Vergütung der Einzelleistungen. Die Vergütung für jede abrechenbare Leistung unterteilt sich demnach in zwei Teile. Der variable Anteil (inklusive des Arztlohnes) wird für jede erbrachte Leistung unbeschränkt vergütet. Ein Fixkostenaufschlag dagegen wird nur so lange als Aufschlag auf die Leistungsvergütung gewährt, bis die durchschnittlichen Fixkosten einer Arztpraxis (differenziert nach KV und Arztgruppe) abgegolten sind. So werden die Fixkosten der Ärzte refinanziert, es findet aber bei einer höheren Leistungsmenge keine Übervergütung der Fixkosten statt, die heute besonders bei technikorientierten Arztgruppen häufiger auftritt. Nicht bedarfsgerechte Mengenausweitungen in einer Einzelleistungsvergütung werden damit auf einfache Weise beschränkt: Da der Fixkostenaufschlag für Leistungen ab dem Punkt der Abgeltung der Fixkosten entfällt, sinkt der Anreiz zu rein betriebswirtschaftlich motivierten Leistungsausweitungen. Sofern weitere Leistungen aber medizinisch nötig sind, erhält der Arzt unbegrenzt eine angemessene Vergütung für die eigene Tätigkeit bzw. für die variablen Kosten der Praxis.“

aus: IGES-Studie Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor

TK-Chef Ballast formuliert es so: „Bis zu einer Obergrenze wird ein fallbezogener Zuschlag für Fixkosten bezahlt. Alles was darüber hinausgeht, hängt im Grunde von der Arbeitszeit ab. Die ist nicht beliebig vermehrbar – zumal wir feststellen, dass das Thema Work-Life-Balance sehr viel stärker in den Arztpraxen angekommen ist.“

In einer ersten Reaktion bewerteten viele Interessenverbände den TK-Vorschlag positiv. Kein Wunder, denn die Einzelleistungsvergütung würde die Budgetierung, die ungeliebte Honorarverteilung und den innerärztlichen Streit um die Honorartöpfe obsolet machen. Auch die Haus- und Facharztentrennung gebe es in der Form nicht mehr. Folgerichtig hat auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den TK-Ansatz grundsätzlich für gut gehalten. „Ein konstruktiver Dialog über die Einzelleistungsvergütung ist längst überfällig. Wir sind auf jeden Fall gesprächsbereit“, ließ KBV-Vorstand Dr. Andreas Gassen am Tag der Vorstellung die Öffentlichkeit wissen.

Obwohl die TK beteuert, dass die Kosten ihres Modells überschaubar und vor allem kalkulierbar sind, wis-

sen die Verantwortlichen sehr wohl, dass die Umstellung Millionen verschlingen wird. Die TK rechnet mit einem Anstieg von 5,9 Prozent (1,41 Milliarden Euro) im Startjahr, hält diesen Zuwachs aber durchaus für vertretbar. Man habe in der Vergangenheit ähnliche Steigerungsraten gehabt, ohne die Zufriedenheit bei den Ärzten zu erhöhen, argumentiert TK-Vorstand Ballast. Dass die Krankenkasse mit dieser Initiative nur an ihre Versicherte und die Ärzteschaft denkt, davon ist wohl kaum auszugehen. Die Einzelleistungsvergütung bringt die gesetzlichen Krankenkassen näher an die Auflösung der privaten Krankenkassen. In einer Pressemitteilung heißt es dazu verklausuliert: „Perspektivisch werden wir eine Konvergenz der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung erleben.“ In diesem Zusammenhang passt, dass die TK eine Verschmelzung von Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) anstrebt. Zwar sei geplant, für die Einzelleistungsvergütung der variablen Kosten zunächst den EBM als Gebührenordnung heranzuziehen. Der Schritt von EBM zu GOÄ wäre „dann aber nicht mehr so groß“, formuliert Ballast in einem Interview mit dem Ärztlichen Nachrichtendienst.

Ob die Einzelleistungsvergütung Realität wird und wenn ja, wann? Das steht in den Sternen. Selbst die TK bringt als frühesten Termin das Jahr 2020 ins Spiel – und dann wohl nicht als flächendeckendes Vergütungssystem. Denn dazu bedürfte es entweder eines Gesetzes oder der Beteiligung weiterer Kassen. Der mächtige AOK-Bundesverband hält nicht viel von der Initiative und vermutlich auch andere Kassen, die sich bisher bedeckt halten. Und so wird die TK das Modell zunächst im Kleinen erproben. Zum Beispiel in einer KV-Region, in einem Kreis und/oder in einzelnen Fachgruppen. Man darf gespannt sein. ←

Herzinsuffizienz-Studie: Teamwork ist Trumpf

Bremen steht gut da, was die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz angeht. Eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) stellt vor allem die gute Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten in der Region heraus. Einzelkämpfer schneiden viel schlechter ab.

↳ Diagnose und Therapie der Herzinsuffizienz haben eine zentrale Bedeutung in der ärztlichen Versorgung, denn nach wie vor rangiert die Herzinsuffizienz auf Platz eins der internistischen Diagnosen bei stationär Behandelten. Gesenkt werden kann die Hospitalisierungsrate durch eine leitlinienorientierte ambulante Behandlung. Ein wichtiger Prädiktor dafür ist die kardiologische Mitbehandlung, was sich besonders auch in Bremen zeigt. Eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zu den Indikatoren leitliniengerechter Behandlung für Patienten mit Herzinsuffizienz gibt darüber hinaus auch Hinweise dafür, dass noch Raum für Verbesserungen besteht. Ende Mai 2014 hat das Zi eine Studie zur Versorgungssituation von Patienten mit Herzinsuffizienz in Deutschland veröffentlicht. Die Studie auf Basis der Abrechnungs- und Arzneiverordnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung zeigt nicht nur erhebliche regionale, sondern auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Indikatoren einer leitliniengerechten Behandlung. Männer werden durchgängig leitliniengerechter therapiert als Frauen. Dieser Befund weist darauf hin, dass die Leitlinien offenbar nicht alle entscheidungsrelevanten Aspekte explizit aufgreifen. Auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind regional unterschiedlich ausgeprägt. Diese Unterschiede lassen Rückschlüsse auf regional verbreitete Behandlungsstile und auf Verbesserungspotenziale zu. Die Region Bremen steht im nationalen Vergleich recht gut da. Dennoch lohnt ein Blick in die Studie, um auch hier vor Ort über notwendige Schritte zur weiteren Verbesserung der Versorgung nachzudenken.

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien bei Patienten mit Linksherzinsuffizienz zur Symptomreduktion und Prognoseverbesserung führen und die Hospitalisierungsrate reduzieren kann. Seit 2009 bestehen mit der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ evidenzbasierte Empfehlungen, die von den mit der Behandlung dieser Erkrankung befassten medizinischen Fachgesellschaften konsentiert wurden. Demnach sollen

→ alle symptomatischen und asymptomatischen Patienten

mit systolischer Dysfunktion bei fehlenden Kontraindikationen ACE-Hemmer erhalten bzw. bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit Angiotensin-II-Antagonisten (AT₁-Rezeptorblocker);

→ alle symptomatischen Patienten mit nachgewiesener Herzinsuffizienz bei Fehlen von Kontraindikationen Beta-Rezeptorenblocker erhalten.

Im Bereich der KV Bremen sind ca. 10.000 Patienten



→ DAS ZENTRALINSTITUT:

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist das Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Das Zi untersucht die aktuelle Versorgungssituation der Bevölkerung und erstellt Analysen zum künftigen Versorgungsbedarf in Deutschland. Hierfür nutzt das Zi die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V und die Arzneiverordnungsdaten gemäß § 300 Abs. 2 SGB V der KVen. Zur Veröffentlichung von Ergebnissen der Versorgungsforschung hat das Zi das Webportal www.versorgungs-atlas.de eingerichtet. Unter dem Motto „Informieren, Diskutieren, Handeln“ stellt das Portal regionale Unterschiede der Versorgung dar, um Ärzten, Wissenschaftlern, gesundheitspolitischen Akteuren und der interessierten Öffentlichkeit in Form von interaktiven Karten, Tabellen, Grafiken und einem vertiefendem Bericht Einblick in die Daten der Versorgung und einen Anlass zur Beratung zu geben, wie unerwünschte Versorgungsunterschiede reduziert werden können.



von einer Herzinsuffizienz betroffen, deutschlandweit leiden ca. 2 Mio. unter dieser Erkrankung. Im Jahr 2011 wurde bei 1.589 der ab 40-jährigen Bremer Patienten in mindestens zwei Quartalen eine Linksherzinsuffizienz (ICD-10-Code: I50.1-) kodiert (bundesweit ca. 430.000), was einer Prävalenz von 0,44 Prozent entspricht (Bund 0,97 Prozent). Damit weist Bremen unter den KV-Regionen sowohl in Bezug auf Patienten mit Linksherzinsuffizienz als auch für Patienten mit nicht näher spezifizierter Herzinsuffizienz die geringste Prävalenzrate auf. 50 Prozent der Patienten mit Linksherzinsuffizienz erhalten eine Kombinationstherapie aus ACE-Hemmern/AT₁-Antagonisten und Betablockern. Die fachgruppenspezifische Analyse zeigt, dass sich dieser Anteil bei kardiologischer Mitbehandlung auf mehr als 70 Prozent erhöht, wobei Bremen hierbei über dem Bundesdurchschnitt liegt.

Zur Darstellung regionaler Versorgungsunterschiede wird auf ein bevölkerungsbezogenes Analysemodell zurückgegriffen, welches den Beitrag der an der Versorgung

beteiligten Einrichtungen (Hausarzt-/Facharztpraxis) besser erkennbar macht (Modell virtueller Versorgungsgemeinschaften). Insgesamt konnten für Bremen im Jahr 2011 284 hausärztliche Versorgungsgemeinschaften identifiziert werden, die Patienten mit Herzinsuffizienz (Linksherzinsuffizienz, nicht näher spezifizierte Herzinsuffizienz) behandelt haben. Im Mittel betreute jede Praxis 29,4 (+ 27,1) Patienten mit Herzinsuffizienz, wobei die Werte zwischen 1 und 204 streuten. Analog zur Gesamtstudie zeigen sich auch in diesem Modell geschlechtsspezifische Unterschiede in der medikamentösen Therapie, mit einer leitlinienorientierteren Versorgung der männlichen Patienten. Bremen liegt dabei auf dem Niveau der alten Bundesländer. Die neuen Bundesländer weisen sowohl in Bezug auf Frauen als auch auf Männer einen höheren Versorgungsgrad auf. Die Variationsbreiten der Indikatorausprägung zwischen den funktionell abgegrenzten Populationen geben Hinweise auf bestehendes Verbesserungspotential. Zur Anregung eines Dialogs über Ursachen und Maßnahmen zur Vermeidung unbeabsichtigter und unerwünschter Ergebnisse wäre es zum Beispiel denkbar, die Versorgungseinrichtungen zu identifizieren, die den größeren Beitrag zur Veränderung eines Area-Indikators leisten können. Dabei könnten geeignete Feedbackinstrumente über die unterschiedlichen Behandlungsstile informieren. ←

von DR. BURGRI RIENS, DR. JÖRG BÄTZING-FEIGENBAUM, DR. DOMINIK GRAF VON STILLFRIED | Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi)

Ab Januar 2015 gilt nur noch die elektronische Gesundheitskarte

Die alte Krankenversichertenkarte (KVK) wird eingestampft: Ab 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Gesetzlich krankenversicherte Patienten können dann nur noch mit der eGK den Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten aufsuchen.

↳ Die alte Chipkarte gilt ab Januar 2015 für GKV-Versicherte nicht mehr als gültiger Nachweis, um Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das aufgedruckte Gültigkeitsdatum der KVK hat keine Bedeutung mehr. Das heißt: Auch Karten mit einem längeren Gültigkeitsdatum dürfen nicht mehr verwendet werden. Die Krankenversichertenkarte ist dann nur noch für Versicherte sogenannter sonstiger Kostenträger (z.B. Heilfürsorge) sowie im Rahmen der Privatversicherung zulässig.

Die KBV wird technische Maßnahmen veranlassen, sodass alte Karten ab Januar für GKV-Versicherte von den Lesegeräten auch nicht mehr eingelesen werden können.

Bei Patienten ohne eGK: Privatvergütung

Es ist zu erwarten, dass einige wenige Patienten im Januar 2015 entweder noch keine eGK haben werden oder aber fälschlicherweise noch die alte Karte verwenden, obwohl sie bereits über eine Gesundheitskarte verfügen. Für diese Fälle wurde folgendes Verfahren vereinbart: Kann der Patient auch auf Nachfrage keine eGK vorlegen und die Behandlung ist nicht verschiebbar, gilt Folgendes:

→ Der Patient hat zehn Tage Zeit, eine gültige Karte nachzureichen. Ansonsten kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Das Ersatzverfahren ist in diesem Fall nicht möglich.
→ Legt der Patient bis zum Ende des Quartals seine Gesundheitskarte vor, die zum Zeitpunkt der Behandlung gültig war, muss der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut dem Patienten das Geld zurückzahlen. Das gilt auch, falls die Krankenkasse des Versicherten bis zum Ende des Quartals nachweist, dass zum Zeitpunkt der Behandlung ein Leistungsanspruch bestand. Der Arzt rechnet die Behandlung dann wie gewohnt als Kassenleistung ab.

Der Arzt kann seinem Patienten während dieser Zeit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel privat verordnen: Er vermerkt dazu auf dem Privatrezept „ohne Versicherungsnachweis“. Der Patient trägt die Kosten selbst, kann aber versuchen, sich das Geld von seiner Krankenkasse erstatten zu lassen. Ausnahme: Bei Notfallbehandlungen, in denen keine eGK vorgelegt werden kann, darf der Arzt das

Ersatzverfahren anwenden.

Einheitliche technische Verarbeitung ab Oktober

Die Versichertenkarten, die auf der KVK und der eGK gespeichert sind und jeweils in die Praxissoftware übertragen werden, unterscheiden sich in ihrem technischen Format. Die Hersteller der Praxissoftware sind bereits jetzt dabei, die technischen Schnittstellen auf die eGK umzustellen. Die Versichertenstammdaten können sich also bereits ab Oktober 2014 in einigen Details auch visuell geringfügig von dem alten Erscheinungsbild in Ihrer Praxissoftware unterscheiden.

eGK kann nicht verwendet werden: Ersatzverfahren

Das Ersatzverfahren nutzt der Arzt oder Psychotherapeut, wenn die Gesundheitskarte nicht verwendet werden kann. Das ist der Fall, wenn:

→ der Versicherte die Krankenkasse oder die Versichertenart gewechselt hat, aber noch die alte Karte vorlegt
→ Karte, Kartenterminal oder Drucker defekt ist
→ für Hausbesuche kein mobiles Kartenlesegerät zur Verfügung steht und keine in der Praxis vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

Im Ersatzverfahren benötigt der Arzt folgende Daten für die Abrechnung und für Vordrucke wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Rezepte:

→ Krankenkasse
→ Name, Geburtsdatum und Postleitzahl des Versicherten
→ Versichertenart (Mitglied, Familienversicherter, Rentner) und nach Möglichkeit Krankenversicherungsnummer
Dafür kann der Arzt auf Unterlagen in der Patientenakte und Angaben des Versicherten zurückgreifen. Dieser muss durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) bestätigen, dass er Mitglied der Krankenkasse ist.

Wenn es im weiteren Verlauf des Quartals doch noch möglich ist, die Gesundheitskarte des Patienten einzulesen, ist für den Datensatz ein aktuelles Einlesedatum zu erzeugen. Der Ersatzbeleg ist zu vernichten. ← (KBV)



➔ FALLKONSTELLATIONEN IN DER PRAXIS

1. Der Patient legt am 31. Dezember die Krankenversichertenkarte (KVK) vor.

→ Die KVK kann eingelesen werden.

2. Der Patient legt ab dem 1. Januar die KVK vor (GKV-Kostenträger, ambulante Behandlung).

→ Die KVK wird durch die Praxissoftware abgewiesen, ein Einlesen ist nicht möglich: Nach Ablauf von zehn Tagen kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatvergütung verlangen, wenn der Patient bis dahin keine eGK vorgelegt hat. Diese muss der Arzt oder Psychotherapeut jedoch zurückzahlen, wenn der Patient eine gültige Gesundheitskarte oder einen Berechtigungsnachweis der Krankenkasse bis zum Quartalsende nachreicht.

3. Der Patient legt ab dem 1. Januar die KVK vor (GKV-Kostenträger, Notfallbehandlung).

→ Die KVK wird durch die Praxissoftware abgewiesen, ein Einlesen ist nicht möglich: Das Praxisteam nimmt den Patienten im Ersatzverfahren auf, da es sich um einen Notfall handelt. Der Patient muss durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein bestätigen, dass er Mitglied der Krankenkasse ist.

4. Der Patient legt ab dem 1. Januar die KVK vor (Sonstiger Kostenträger, z.B. Heilfürsorge).

→ Die KVK kann eingelesen werden, da es sich um einen sonstigen Kosten-

träger und nicht um einen GKV-Kostenträger handelt.

5. Der Patient legt ab dem 1. Januar die Gesundheitskarte mit Lichtbild vor.

→ Das Praxisteam überprüft die Identität des Versicherten anhand des Fotos, des Alters und des Geschlechts. Ist die Identitätsprüfung positiv, darf die Karte eingelesen werden.

6. Der Patient legt ab dem 1. Januar die Gesundheitskarte ohne Lichtbild vor. (Eine eGK ohne Foto haben Kinder unter 15 Jahre und Versicherte mit einer Pflegestufe.)

→ Das Praxisteam überprüft die Identität des Versicherten anhand des Alters und des Geschlechts. Ist die Identitätsprüfung positiv, darf die Karte eingelesen werden.

7. Der Patient legt ab dem 1. Januar eine Gesundheitskarte mit Lichtbild vor, die erkennbar und offensichtlich nicht dem Patienten zuordenbar ist.

→ Lässt sich die Gesundheitskarte dem Patienten offensichtlich nicht zuordnen, darf die Karte nicht eingelesen werden. Es erfolgt keine Haftung von Kassenseite für das Honorar und es ist ein Regress möglich (Paragraf 48 Abs. 4 Bundesmantelvertrag).

→ Nach Ablauf von zehn Tagen kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatvergütung verlangen, wenn der Patient bis dahin keine eGK vorgelegt hat.

→ Diese muss der Arzt oder Psycho-

therapeut jedoch zurückzahlen, wenn der Patient eine gültige Gesundheitskarte oder einen Berechtigungsnachweis der Krankenkasse bis zum Quartalsende nachreicht.

8. Der Patient legt ab dem 1. Januar eine Gesundheitskarte mit/ohne Lichtbild vor, die für den Arzt nicht als falsch bzw. missbräuchlich verwendet erkennbar ist.

→ Das Praxisteam überprüft die Identität des Versicherten anhand des Alters und des Geschlechts sowie ggf. des Fotos. Ist die Identitätsprüfung positiv, darf die Karte eingelesen werden. (Die Krankenkasse haftet für die Honorierung nach Paragraf 48 Abs. 4 Bundesmantelvertrag).

9. Die Gesundheitskarte kann nicht eingelesen werden (z.B. Karte oder Lesegerät defekt, Hausbesuche ohne mobiles Kartenterminal).

→ Das Praxisteam nimmt den Patienten im Ersatzverfahren auf. Der Patient muss durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein bestätigen, dass er Mitglied der Krankenkasse ist.

10. Der Patient legt einen Berechtigungsnachweis seiner Krankenkasse vor.

→ Das Praxisteam nimmt den Patienten im Ersatzverfahren auf. Der Patient muss durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein bestätigen, dass er Mitglied der Krankenkasse ist.

Grippeimpfstoff 2014/2015: Es ist wieder Begripal

Die Bremer Krankenkassen geben auch in der Impfsaison 2014/2015 Begripal von der Firma Novartis als Grippeimpfstoff vor. Der Rabattvertrag aus dem Vorjahr wird damit fortgeführt. Neu ist: Die Vorprüfung für Impfstoffe ist jetzt auch de facto abgeschafft.

Im vergangenen Jahr haben die gesetzlichen Krankenkassen für alle GKV-Versicherten im Bereich der KV Bremen die Versorgung mit Grippeimpfstoff für einen Zeitraum von zwei Impfsaisons ausgeschrieben. Den Zuschlag erhielt das Schweizer Unternehmen Novartis. Deshalb gilt auch in der Saison 2014/2015: Ärzte in Bremen und Bremerhaven sind angehalten, den Novartis-Impfstoff Begripal zu nutzen.

Welcher Impfstoff muss verwendet werden?

In der Impfsaison 2014/2015 ist namentlich der Grippeimpfstoff Begripal zu verwenden. Es können zwei Gebinde bezogen werden: Begripal ohne Kanüle, 1x0,5ml sowie Begripal ohne Kanüle, 10x0,5ml.

Die Krankenkassen haben ausgeschrieben, der Zuschlag ging an die Firma Novartis Vaccines Vertriebs GmbH mit Begripal. Damit ist dieser Impfstoff in der Regel für alle im Land Bremen behandelten gesetzlich Versicherten vorgeschrieben.

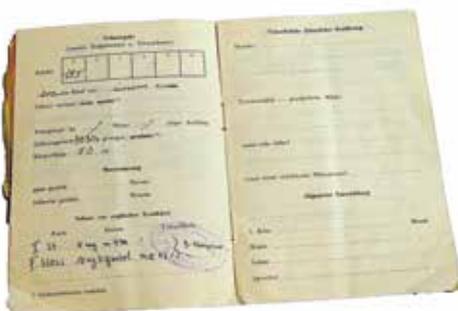
Muss ich mich an das Ausschreibungsergebnis halten?

Grundsätzlich ja. Das Sozialgesetzbuch (§132e Abs. 2 SGB V) sieht vor, dass Ärzte Rabattvereinbarungen verpflichtend berücksichtigen müssen. Allerdings: In medizinisch begründeten Einzelfällen (z.B. bei nachgewiesener Unverträglichkeit) ist der Bezug eines nicht rabattierten Grippeimpfstoffes möglich. In diesen Fällen bedarf es allerdings einer Vorprüfung durch die Pharmazeutische Beratungs- und Prüfstelle Bremen.

Wie funktioniert die Verordnung?

Impfstoffe werden wie gehabt über den Sprechstundenbedarf (SSB) verordnet. In der neuen SSB-Vereinbarung, die seit Juli dieses Jahres gilt, ist es gelungen, die obligatorische Vorprüfung im Falle des Impfstoffbezuges herauszunehmen. Das heißt, diese Rezepte müssen nicht vorab zur Pharmazeutischen Beratungs- und Prüfstelle Bremen, sondern können gleich beliefert werden.

Verwenden Sie bitte das Arzneiverordnungsblatt



Ausfüllhilfe

So sieht ein korrekt ausgefülltes Rezept aus. Verwenden Sie das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16a). Als Kostenträger ist auf dem Verordnungsblatt die AOK Bremen/Bremerhaven und das Institutskennzeichen (IK) 3119155 anzugeben. Beschriften Sie das Verordnungsblatt wie gewohnt und kennzeichnen Sie die Felder „8“ (Impfstoff) und „9“ (Sprechstundenbedarf), sofern sie nicht schon entsprechend vorgegedruckt sind. Die Pharmazentralnummer (PZN) der Impfstoffe wird in der Regel von der Apotheke ergänzt.

(Muster 16a). Als Kostenträger ist auf dem Verordnungsblatt die AOK Bremen/Bremerhaven und das Institutskennzeichen (IK) 3119155 anzugeben. Beschriften Sie es wie bisher bei der Verordnung von Impfstoffen und kennzeichnen Sie die Felder „8“ (Impfstoff) und „9“ (Sprechstundenbedarf), sofern sie nicht schon entsprechend vorgegedruckt sind. Die Pharmazentralnummer (PZN) der Impfstoffe wird in der Regel von der Apotheke ergänzt.

Wo kann ich den Impfstoff beziehen?

Sie können wie bisher den Impfstoff über jede Apotheke beziehen. Es empfiehlt sich allerdings Apotheken in Bremen und Bremerhaven zu nutzen, weil diese Begripal bevorratet haben sollten. In Niedersachsen hat ein anderer Anbieter den Zuschlag bekommen.

In welchen Mengen sollte ich bestellen?

Die Verordnungsmenge sollte sich möglichst an überschaubaren Zeiträumen (z.B. ein Monat) orientieren. Sollte sich abzeichnen, dass ein Monatsbestand nicht ausreicht, dann können die Verordnungen auch mehrfach im Monat ausgestellt werden.

Da der Impfstoff durch die vertragliche Bindung des Herstellers über die gesamte Saison verfügbar ist, ist eine komplette Bevorratung der Arztpraxen nicht sinnvoll.

Was passiert bei Lieferengpässen durch den Hersteller?

Im vergangenen Jahr hat sich die Auslieferung des Grippeimpfstoffs Begripal verzögert, so dass die ersten Chargen erst Anfang Oktober in den Apotheken waren.

Dies war eine noch hinnehmbare Verzögerung. In der Rabattvereinbarung verpflichtet sich das pharmazeutische Unternehmen, ausreichend Impfstoff für die gesetzlich krankenversicherten Patienten im Land Bremen über die gesamte Saison vorrätig zu halten und schnell auszuliefern. Sollte es zu Lieferschwierigkeiten kommen, stehen die Krankenkassen in der Verantwortung umgehend über das weitere Vorgehen zu informieren. Die KV Bremen wird auf schnelle Lösungen drängen.

Warum werden die Impfstoffe ohne Kanüle geliefert?

Das liegt an der Ausschreibung: Die Krankenkassen haben den Grippeimpfstoff ohne Kanüle ausgeschrieben, da es sich bei den Kanülen um allgemeinen Praxisbedarf handelt und die Ausschreibung nur Leistungen umfassen darf, für die die gesetzlichen Krankenkassen kostenpflichtig sind. Dass in der Vergangenheit der Vertragsarzt i. d. R. kostenneutral zwischen Impfstoffen mit und ohne Kanüle wählen konnte, muss als freiwilliges Angebot der Pharmafirmen gewertet werden.

Soll Begripal auch bei Kindern verimpft werden?

Nein. Da ist der nasale Impfstoff (Fluenz) vorgesehen, der zwar nicht rabattiert ist, er soll aber laut Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren mit chronischem Grundleiden bevorzugt eingesetzt werden. Fluenz ist über den Sprechstundenbedarf und ohne Vorprüfung zu beziehen. ←

Umsatzsteuer bei Gutachten?

Diese Liste schafft etwas mehr Klarheit

Mit der Frage, ob ein ärztliches Gutachten oder eine Sachverständigentätigkeit von der Umsatzsteuer befreit ist oder nicht, plagen sich Ärzte schon in mehreren Generationen. Mittlerweile sind Gerichte und Finanzdirektionen um einiges konkreter geworden.

14

In Praxis | Landesrundschriften | September 2014



↳ Die Umsatzsteuerbefreiung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten ist im § 4 Nr. 14a des Umsatzsteuergesetzes geregelt. Ausweislich des Gesetzestextes ist die Befreiung an die „Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin“ geknüpft. Was alles unter den Begriff der Heilbehandlung zu subsumieren ist, war und ist in den letzten Jahrzehnten Gegenstand einer Vielzahl von Gerichtsverfahren bis hin zum Europäischen Gerichtshof gewesen. Der Bundesfinanzhof, als höchstes deutsches Finanzgericht, hat in einem seiner Urteile festgestellt, dass umsatzsteuerfreie Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin vorliegen, wenn die ausgeführten Tätigkeiten der Diagnose, Behandlung und der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen. Sie müssen einen therapeutischen Zweck haben.

Zu den Heilbehandlungen gehören auch Leistungen, die zum Zweck der Vorbeugung erbracht werden, wie vorbeugende Untersuchungen und ärztliche Maßnahmen an Personen, die an keiner Krankheit oder Gesundheitsstörung leiden, sowie Leistungen, die zum Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit erbracht werden. Im Umkehrschluss sind alle Tätigkeiten nicht umsatzsteuerbefreit, die zu anderen Zwecken erfolgen. Dies gilt unabhängig davon, um welche konkrete heilberufliche Leistung es sich handelt (Untersuchung, Attest, Gutachten usw.), für wen sie erbracht wird (Patient, Gericht, Sozialversicherung o. a.) und wer sie erbringt (freiberuflicher oder angestellter Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut oder Unternehmer, der ähnliche heilberufliche Tätigkeiten ausübt, bzw. Krankenhäuser, Kliniken). Heilberufliche Leistungen sind daher nur steuerfrei, wenn ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht.

Neben den Urteilen der Finanzgerichte bzw. des Bundesfinanzhofes sorgen in diesem Bereich für eine gewisse Rechtssicherheit die Regelungen der Finanzverwaltung im Umsatzsteueranwendungserlass sowie die Verfügungen von Oberfinanzdirektionen, in denen für eine Vielzahl von Tätigkeiten bereits geklärt wurde, ob es sich um umsatzsteuerpflichtige oder umsatzsteuerfreie ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeiten handelt.

Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Vorgaben der Finanzverwaltung nur deren Auffassung wiedergeben, jedoch grundsätzlich nicht den Arzt bzw. Psychotherapeuten binden. In Zweifelsfällen sollte daher immer ein Steuerberater bzw. Rechtsanwalt aufgesucht werden, um sich beraten zu lassen.

Sowohl nach der Auffassung der Gerichte als auch der Finanzverwaltung sind jene Fälle unstrittig, bei denen der Arzt bzw. Psychotherapeut im Rahmen einer Heilbehandlung selbst am Patienten direkt tätig wird. Im Umkehrschluss sind danach insbesondere die folgenden Tätigkeiten gemäß dem Schreiben des Bundesministeriums für Finanzen vom 26.06.2009 keine Heilbehandlungsleistungen und damit im vollen Umfang umsatzsteuerpflichtig:

1. die schriftstellerische oder wissenschaftliche Tätigkeit, auch soweit es sich dabei um Berichte in einer ärztlichen Fachzeitschrift handelt;
2. die Vortragstätigkeit, auch wenn der Vortrag vor Ärzten im Rahmen einer Fortbildung gehalten wird;
3. die Lehrtätigkeit;
4. die Lieferungen von Hilfsmitteln, z. B. Kontaktlinsen, Schuheinlagen;
5. die entgeltliche Nutzungsüberlassung von ↳

A) Rechtliche Verfahren

Art der Tätigkeiten / des Gutachtens	steuerfrei	Hinweis
Alkohol- und Drogen-Gutachten z. B. zur Untersuchung der Fahrtüchtigkeit (siehe aber auch C)	nein	1)
Anthropologisch erbbiologische Gutachten	nein	1)
Blutalkoholuntersuchungen		
bei Proben lebender oder verstorbener Personen	nein	1)
für gerichtliche Zwecke in Einrichtungen ärztlicher Befunderhebung	nein	1)
Blutgruppenuntersuchungen		
im Rahmen der Vaterschaftsfeststellung	nein	1)
zur Spurenauswertung bei Tötungsdelikten (auch bei DNA-Analysen von Haaren, Speichel u. a.)	nein	1)
Entschädigung von sachverständigen Zeugen (Abschnitt 5 JVEG - Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz); nicht steuerbar		3)
Entschädigung von Sachverständigen (Abschnitt 3 JVEG-Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz)	nein	4)
Forensische (gerichtliche) Gutachten	nein	1)
Gutachten über den Kausalzusammenhang zwischen einem rechtserheblichen Tatbestand und einer Gesundheitsstörung	nein	1)
Gutachten im Todesfall (Leichenschau)		
Äußere Leichenschau und Ausstellen von Todesbescheinigungen	ja	5)
weitere Untersuchungen wegen Verdacht unnatürlichen Todes und Ausstellen der Todesbescheinigung	nein	1)
vor Einäscherung (Krematoriumsleichenschau)	nein	1)
Gutachten über die Tatsache oder Ursache des Todes	nein	1)
Obduktionen, die im Falle eines Seuchenverdachts für Kontaktpersonen von therap. Bedeutung sind	ja	5)
Medizinisch-psychologische Gutachten über die Fahrtauglichkeit	nein	1)
Obduktionen/Untersuchung von Verstorbenen	nein	1)
Untersuchung von Personen im Polizeigewahrsam		
Blutentnahme zur Feststellung von Alkohol, Drogen o. ä.	nein	1)
Überprüfung der Verwehr- bzw. Haftfähigkeit	ja	5)
Gutachten im Rahmen von Strafverfahren (z. B. psychiatrische Gutachten)	nein	1)
Prognosegutachten, die im Rahmen des Strafvollzugs erstattet werden	nein	1)

B) Schule, Beruf, Versicherung

Art der Tätigkeiten / des Gutachtens	steuerfrei	Hinweis
Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen nach Ziffer 70 GOÄ (Gebührenordnung Ärzte)	ja	2)
Anzeigen über das Vorliegen einer Berufskrankheit	ja	wenn 2)
	nein	wenn 1)
Berufstauglichkeit - Gutachten über die Berufstauglichkeit	nein	1)
Betriebsärzte		
Leistungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 ASiG sowie nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 ASiG soweit es sich um Einstellungsuntersuchungen handelt	nein	1)
Seedienst-, Feuerwehrdiensttauglichkeitsuntersuchungen, Einstellungsuntersuchungen nach Beamtenrecht	nein	1)
Regelmäßige Untersuchungen zur - Feststellung der Fahrtauglichkeit / Verlängerung des Pilotenscheins	nein	1)
Leistungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 ASiG soweit nicht Einstellungsuntersuchungen	ja	9)
Regelmäßige Untersuchungen zur Krankheitsvorbeugung und -erkennung	ja	9)
Regelmäßige Untersuchungen zur Beobachtung des Gesundheitszustandes	ja	9)
Leistungen nach dem Jugendschutzgesetz	ja	9)
Untersuchungen/Begutachtungen der Vertragsärzte zur Feststellung von Beschädigungen (als Grundlage für eine Entschädigungsleistung)	nein	1)
Begutachtungen im Bereich der Erwerbsminderungsrenten	nein	1)
Ärztliche Untersuchungen über den Gesundheitszustand einer Person im Hinblick auf Zahlung einer Invaliditätspension	nein	1)

Gutachten über den Gesundheitszustand als Grundlage für Versicherungsabschlüsse	nein	1)
Ärztliche Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz	ja	9)
Externe Gutachten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen	nein	4)
Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Sozialversicherungs-angelegenheiten, in Angelegenheiten der riesopfferversorgung und in Schadensersatzprozessen	nein	1)
Musterungs-, Tauglichkeits- oder Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen	nein	1)
Pflegegutachten (Feststellung der Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufe)	nein	6)
Psychologische Tauglichkeitstests, die sich ausschließlich auf die Berufsfindung erstrecken	nein	1)
Gutachten nach § 12 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung (zur Klärung, ob die Therapie die Voraussetzungen für die Durchführung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfüllt)	nein	1)
Feststellungen zum voraussichtlichen Erfolg von Rehabilitationsleistungen im Rahmen eines Rentenverfahrens	nein	8)
Röntgenaufnahme für Gutachten zur Berufstauglichkeit	nein	7)
Gutachten zur Verfolgung von Schadensersatzansprüchen	nein	1)
Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen	ja	5)
Zeugnisse oder Gutachten über das Sehvermögen	nein	1)
Vorsorgeuntersuchungen nach der Strahlenschutzverordnung	nein	1)
Gutachten über den Gesundheitszustand als Grundlage für Versicherungsabschlüsse	nein	1)
Gutachten zu medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Aussagen zu Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose und Therapieempfehlung)	ja	5)
Gutachten zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Rahmen eines Rentenverfahrens	nein	8)
Vertragsgutachten von (Zahn-)Ärzten (zur Klärung, ob die Therapie die Voraussetzungen für die Durchführung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfüllt)	nein	1)

C) Sonstige Leistungen

Art der Tätigkeiten / des Gutachtens	steuerfrei	Hinweis
Alkohol- und Drogen-Gutachten zum Zweck einer anschließenden Heilbehandlung (siehe aber auch A) Rechtliche Verfahren)	ja	5)
Dokumentationshonorare für Anwendungsbeobachtungen (Medikamentenerprobung)	nein	1)
Blutanalysen		
Leistungen eines Labors an eine Blutbank, die das analysierte Blut an Krankenhäuser und niedergelassene Ärztes zur Behandlung von deren Patienten liefert	ja	5)
Leistungen zur Kontrolle von Blutspenden einschließlich der Blutgruppenbestimmung	ja	5)
Gutachten über die chemische Zusammensetzung des Wassers	nein	1)
Dermatologische Untersuchung von kosmetischen Stoffen	nein	1)
Gutachten über die Freiheit des Trinkwassers von Krankheitserregern	nein	1)
Gutachten zur Entscheidung über die Gewährung beantragter Heil- und Hilfsmittel	ja	5)
Schriftliche Kommunikation unter Ärzten bei Mit- und Weiterbehandlung von Patienten	ja	5)
Feststellung der persönlichen Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation (auch bei Ergebnis, dass der Patient nicht rehabilitierbar ist)	ja	5)
Entnahme, Beförderung und Analyse von Nabelschnurblut sowie die Lagerung von in diesem Blut enthaltenen Stammzellen, sofern eine damit zusammenhängende ärztliche Heilbehandlung weder stattgefunden hat noch begonnen wurde oder geplant ist (EuGH vom 10.06.2010 C-262/08)	nein	4)
Untersuchung über die pharmakologische Wirkung eines Medikaments beim Menschen	nein	1)
Ärztliche Leistungen der Schönheitschirurgen (gilt auch für Dermatologen bzw. Anästhesisten), wenn kein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht (vgl. Abschn. 4.14.1. Abs. 5 Nr. 8 UStAE und Rdvfg. OFD Frankfurt v. 11.03.2010 S 7170 A - 69 - St 112, USt-Kartei zu § 4 Fach S 7170 Karte 19[3])	nein	1)
Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen und der Empfängnisverhütung (vgl. Rdvfg. OFD Frankfurt v. 11.03.2010 S 7170 A - 69 - St 112, USt-Kartei zu § 4 Fach S 7170 Karte 19[4])	ja	5)
Untersuchungen zur Ausstellung bzw. Verlängerung von Schwerbehindertenausweisen	nein	1)
Sport- und reisemedizinische Untersuchungen und Beratungen	nein	1)
Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Krebsfrüherkennung)	ja	5)

medizinischen Großgeräten;

6. die Erstellung von Gutachten, wenn kein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht (siehe Tabelle)

7. kosmetische Leistungen von Podologinnen/Podologen in der Fußpflege (siehe Tabelle);

8. ästhetisch-plastische Leistungen, soweit ein therapeutisches Ziel nicht im Vordergrund steht;

9. Leistungen zur Prävention und Selbsthilfe im Sinne des § 20 SGB V, die keinen unmittelbaren Krankheitsbezug haben, weil sie lediglich „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen erbringen“ sollen;

10. Supervisionsleistungen;

11. die Durchführung einer Leichenschau, soweit es sich um die zweite Leichenschau oder weitere handelt sowie das spätere Ausstellen der Todesbescheinigung als Genehmigung zur Feuerbestattung.

Ebenfalls umstritten waren und sind u. a. die gutachterliche Tätigkeit von Ärzten und Psychotherapeuten. Soll das Gutachten Dritten das Treffen einer Entscheidung ermöglichen, die gegenüber dem Betroffenen oder anderen Personen Rechtswirkungen erzeugt, steht nach Auffassung des Europäischen Gerichtshofes nicht mehr der Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit im Vordergrund, so dass die Umsatzsteuerbefreiung nicht mehr gewährt werden kann. Unerheblich ist dabei, ob für die Erstellung dieses Gutachtens Anforderungen an die medizinische Kompetenz gestellt werden und dass die Erstellung des Gutachtens für den Arztberuf typische Tätigkeiten wie die körperliche Untersuchung des Patienten oder die Prüfung seiner Krankheitsgeschichte umfassen kann.

Weiterhin reicht es auch nicht aus, wenn ein solches Gutachten mittelbar zum Schutz der Gesundheit des Betroffenen beiträgt, der Hauptzweck dieser Leistung aber darin besteht, für Dritte, z. B. Krankenkassen, die Voraussetzung für eine fundierte Entscheidungsfindung zu schaffen. Auch ist nicht von Bedeutung, dass in einer Vielzahl der Fälle die Erstellung eines Gutachtens auf einer gesetzlichen Grundlage erfolgt. Daher ist die Erstellung eines ärztlichen Gutachtens nur dann nach § 4 Nr. 14 Umsatzsteuergesetzes steuerfrei, wenn ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht. Wie alle Unternehmer besteht zudem für den Arzt bzw. Psychotherapeut die Möglichkeit der Kleinunternehmerregelung gemäß § 19 Umsatzsteuergesetz in Anspruch zu nehmen. Ziel der Kleinunternehmerregelung ist es, den Unternehmer von den mit der Umsatzsteuerpflicht in Zusammenhang stehenden bürokratischen Pflichten teilweise zu befreien. Grundsätzlich gilt diese Befreiungsvorschrift nur solange die umsatzsteuerpflichtigen Umsätze den Betrag von 17.500 Euro pro Jahr nicht übersteigen. Oft wird befürchtet, dass mit der Überschreitung dieser Umsatzgrenze auch die umsatzsteuerfreien Umsätze des Arztes bzw. Psychotherapeuten aus der Heilbehandlung mit umsatzsteuerpflichtig werden würden. Dem ist nicht so. Die umsatzsteuerfreien Umsätze aus der Heilbehandlung bleiben, auch wenn die gesamten steuerpflichtigen Umsätze die Umsatzgrenze von 17.500 Euro pro Jahr überschreiten weiter umsatzsteuerfrei.

Die Oberfinanzdirektion Frankfurt hat in tabellarischer Form eine Übersicht der bisher bekannt gewordenen Einzelfälle zur Umsatzsteuerbefreiung veröffentlicht. ←

➔ HINWEISE ZUR STEUERLISTE:

- (1) Kein therapeutisches Ziel im Vordergrund/Medizinische Betreuung steht nicht im Vordergrund
- (2) Nebenleistung zur umsatzsteuerfreien Untersuchungsleistung
- (3) Echter Schadensersatz nach Abschn. 1.3 Abs. 9 UStAE
- (4) Leistung dient nicht der Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin
- (5) Medizinische Betreuung steht im Vordergrund
- (6) Art und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung stehen im Vordergrund
- (7) Nebenleistung zum steuerpflichtigen Berufstauglichkeitsgutachten
- (8) Eine diagnostische Leistung eines Arztes für einen anderen Zweck als den der Behandlung/Heilung kann nicht mehr unter die Steuerbefreiung fallen, auch wenn auf ihrer Grundlage ggf. eine Therapie folgt. Bei einem Rentengutachten ist die Berentung das Hauptziel. Der Aspekt „Rehabilitation vor Rente“ führt nicht dazu, dass der Zweck der Rehabilitation in den Vordergrund oder mit gleichem Gewicht neben den Zweck der Berentung tritt, da es insoweit in erster Linie darum geht, Rentenleistungen nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt erbringen zu müssen.
- (9) Diese Leistungen sind nach dem BFH-Urteil vom 13.07.2006 V R 7/05, BStBl. 2007 II S. 412, nach § 4 Nr. 14 UStG steuerfrei, soweit die Leistungen nicht auf Einstellungsuntersuchungen entfallen. Bei diesen Untersuchungen geht es darum, Beeinträchtigungen der Gesundheit zu verhindern bzw. diese frühzeitig zu erkennen, damit ihren Auswirkungen rechtzeitig begegnet werden kann. Insoweit liegt eine individualisierte Beziehung zwischen dem Arbeitnehmer als Patient und dem Betriebsarzt vor, die Kennzeichen einer therapeutischen Maßnahme sind.

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

Weiterbildungsassistent

Ich spiele mit dem Gedanken, einen Weiterbildungsassistenten einzustellen. Wie hoch ist der Zuschuss?

Die Förderung im Fach Allgemeinmedizin beträgt 3.500 Euro im Monat/Vollzeit. Die KV Bremen kann in besonderen Fällen auch einen weiteren Zuschuss gewähren: Wenn die Weiterbildung in einem Planungsbereich erfolgt, in dem der Versorgungsgrad von 110 Prozent unterschritten ist, kann zusätzlich um 500 Euro monatlich aufgestockt werden. Die Förderung in anderen Fachgebieten, in denen der Versorgungsgrad, bezogen auf einzelne Facharztgruppen von 110 Prozent, unterschritten ist, beträgt 1.750 Euro pro Monat/Vollzeit.

Näheres dazu in den Richtlinien der Kassenärztliche Vereinigung Bremen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Lande Bremen im Internet unter → www.kvhb.de/foerderrichtlinie. Die Fördersummen sind von der weiterbildenden Praxis in voller Höhe dem jeweiligen Arzt in Weiterbildung zur Verfügung zu stellen. Die Zahlung der Förderung erfolgt innerhalb der Mindestweiterbildungszeiten. Die weiterbildende Praxis trägt zusätzlich 50 Prozent der Beiträge zur Sozialversicherung (Krankenkasse, Rente, Arbeitslosenversicherung). **(RZ)**

Quartalsabrechnung

Ich habe meine Quartalsabrechnung an die KV zur Honorarabrechnung übergeben. Können noch nachträglich Korrekturen zu eingetragenen/fehlenden GOP oder auch zu OPS, ICD-10-Kodes, Begründungstexten usw. vorgenommen werden?

Eine Korrektur der Abrechnung ist innerhalb des ersten Monats des folgenden Abrechnungsquartals möglich (Abrechnungsrichtlinien KV Bremen). D. h. alle innerhalb des Monats, in dem der offiziellen Abgabetermin liegt, eingehenden schriftlichen Korrekturwünsche zur vorliegenden Quartalsabrechnung werden noch bearbeitet. Handelt es sich um umfangreiche Korrekturen, die nur mit hohem Arbeitsaufwand in

der KV durchgeführt werden können, bitten wir den Arzt, eine neue komplettierte Abrechnung zu schicken. Darüber hinaus kann in Einzelfällen nach Absprache mit der Teamleitung noch in die Bearbeitung eingegriffen werden, solange die Abrechnung der entsprechenden Fachgruppe zum vorgegebenen Stichtag noch nicht an die IT-Abteilung übergeben wurde. **(AV)**

Einweisung

Ist für einen teilstationären Krankenhausaufenthalt in einer Tagesklinik eine Einweisung oder eine Überweisung auszustellen?

Der Vertragsarzt weist Patienten in die Tagesklinik eines Krankenhauses ein, wenn eine teilstationäre Behandlung ausreichend ist. Die Einweisung wird

einmalig zu Beginn der in der Regel mehrwöchigen oder -monatigen Behandlung ausgestellt. **(AV)**

AU-Bescheinigung

Kann eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung rückwirkend ausgestellt werden?

Die Arbeitsunfähigkeit sollte für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist ebenso

wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig. **(A1)**

Meldungen & Bekanntgaben

↳ ABRECHNUNG

Intravitreale Medikamenteneingabe bei Augenerkrankungen ist ab Oktober im EBM

→ Zum 1. Oktober wird die intravitreale Medikamenteneingabe bei Augenerkrankungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die intravitreale Medikamenteneingabe kommt unter anderem bei der feuchten altersbedingten Makuladegeneration zum Einsatz.

→ Bedingung zur Abrechnung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung, die die Anforderungen definiert, wird derzeit vorbereitet. Sobald die Vereinbarung in Kraft tritt, wird die KV Bremen informieren.

→ Neue Gebührenordnungspositionen (GOP) werden für die Abrechnung des operativen Eingriffs und für die Verlaufskontrolle nach der Injektion festgelegt. Die Vergütung ist extrabudgetär.

→ Die GOP 31371 steht für den operativen Eingriff am rechten Auge und die GOP 31372 für den operativen Eingriff am linken Auge. Beide GOP sind jeweils mit 1.618 Punkten bewertet. Bei einem beidseitigen Eingriff rechnet der Operateur die GOP 31373 (2.130 Punkte) ab.

→ Die Verlaufskontrolle – die ein operativ oder ein konservativ tätiger Augenarzt durchführen kann – wird für das rechte Auge über die GOP 06334 und für das linke Auge über die GOP 06335 abgerechnet. Beide GOP sind mit je 100 Punkten bewertet.

GOP	Leistungslegende	Wert in Euro	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten (Tages- und Quartalsprofil)
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31371, 31373, 36371 oder 36373 am rechten Auge	10,13	10	8
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31372, 31373, 36372 oder 36373 am linken Auge	10,13	10	8
31371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge (OPS 5-156.9 R)	163,90	27	23
31372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge (OPS 5-156.9 L)	163,90	27	23
31373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen (OPS 5-156.9 B)	215,77	36	31

→ Die GOP 06334 und/oder 06335 sind frühestens sechs Wochen nach einer intravitreal operativen Medikamenteneingabe (IVOM) unter Datumsangabe der letzten Medikamenteneinbringung berechnungsfähig. Beide GOP sind nur einmal in einem Zeitraum von 28 Tagen berechnungsfähig. Sie können höchstens

sechsmal innerhalb von zwölf Monaten abgerechnet werden.

- Bei der Abrechnung der Leistungen nach GOP 06334 und/oder 06335 EBM erfolgt eine Abstimmung mit zusätzlich beteiligten Ärzten (z. B. bei praxisübergreifender Betreuung).
- In den GOP 31371 bis 31373 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten.
- Die Berechnung/Veranlassung der präoperativen GOP 31010 bis 31013 ist nur im Einzelfall unter Angabe der medizinischen Notwendigkeit vor einer IVOM möglich.
- Die Berechnung der postoperativen Überwachung (GOP 31502) sowie die Anästhesie und/oder Narkose (GOP 31821) setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
- Die neuen GOP sind in die Leistungslegenden zur GOP 31502, 31716, 31717, 31821 aufgenommen – sowie analog im Kapitel 36. Der OPS 5-156.9 „Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt (mit Seitenlokalisation)“ ist in die Anlage 2 zum EBM aufgenommen worden. Die Zuordnung der neuen Leistungen „Intravitreale operative Medikamenteneingabe (IVOM)“ erfolgt zu den Kategorien Z1 bzw. Z9.
- Die bestehenden IV-Verträge der Ersatzkrankenkassen sind nach Kenntnis der KV Bremen nicht gekündigt.

ISABELLA SCHWEPPE

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

JESSICA DREWES

0421.34 04-315 | j.drewes@kvhb.de

Fragen zur Genehmigung:

ANDREA WINDHORST

0421.34 04-330 | a.windhorst@kvhb.de

↳ **ABRECHNUNG**

Augenärztliche Strukturpauschale: „Konservativ“ wird konkretisiert

→ Bedingt durch die Neuaufnahme der GOP 31371 bis 31373 (laserchirurgische Eingriffe) wurde der Punkt 6. zur Präambel neu gefasst. Dieser lautet nunmehr:

„Die GOP 06225 (Strukturpauschale) kann nur in Behandlungsfällen berechnet werden, in denen die augenärztliche Behandlung ausschließlich durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte erfolgt ist. Ein Augenarzt ist konservativ tätig:

- sofern der Augenarzt in dem Quartal keine der folgenden Leistungen erbracht und berechnet hat: 31101 bis 31108, 31321 bis 31328, 31331 bis 31338, 31350, 31351, 31362, 31371 bis 31373, 36101 bis 36108, 36321 bis 36328, 36331 bis 36338, 36350, 36351, 36371 bis 36373

- sofern der Augenarzt in dem Quartal keine Leistung(en) erbracht und berechnet hat, die auf regionaler Ebene den o.g. Leistungen entsprechen oder in regional vereinbarten Pauschalen enthalten sind,

- sofern der Augenarzt keine Leistung(en)

- der intravitrealen Injektion und/oder

- der operativen intraokularen Medikamenteneinbringung

in dem Quartal im Rahmen der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V und/oder im Rahmen von regionalen Vereinbarungen und/oder im Rahmen anderweitiger vertraglicher Vereinbarungen erbracht und berechnet hat.

Erfolgt in einem Behandlungsfall die Inanspruchnahme sowohl eines/von konservativ tätigen Augenarztes/-ärztinnen als auch eines/von nicht konservativ tätigen Augenarztes/-ärztinnen gemäß obiger Definition, so kann die Gebührenordnungsposition 06225 nicht berechnet werden.

Mit der Abgabe der Abrechnung erfolgt die Erklärung des Arztes, dass die genannten Voraussetzungen zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 06225 für alle Behandlungsfälle, auch außerhalb der kollektiv-vertraglichen Versorgung, erfüllt worden sind.“

ISABELLA SCHWEPPE

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

JESSICA DREWES

0421.34 04-315 | j.drewes@kvhb.de

↳ VERTRÄGE

Hausärzte erhalten Zuschläge für die Behandlung multimorbider Patienten

→ Um dem erhöhten Aufwand der Hausärzte bei der Behandlung multimorbider Patienten Rechnung zu tragen, tritt zum 1. Oktober 2014 Anlage 7 zum Honorarvertrag der KV Bremen in Kraft. Die Anlage definiert einen Zuschlag, der maximal der Höhe der hausärztlichen Versichertenpauschale (GOP 03000 und 04000) entspricht.

→ Um den Zuschlag zu erhalten, müssen Patienten an mindestens drei Erkrankungen aus drei unterschiedlichen Bereichen der im Katalog definierten Erkrankungen leiden. Die entsprechende Diagnosesicherung nach der zutreffenden ICD-10-Diagnose muss endstellig dokumentiert werden.

Beispiel:

I60.9 Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	aus Bereich VII
I67.2 Zerebrale Atherosklerose	aus Bereich VIII
J81 Lungenödem	aus Bereich X

→ Der Bonus wird automatisch von der KV Bremen der hausärztlichen Versichertenpauschale zugesetzt. Dazu kommen die regionalen GOP 99021, 99022, 99023, 99024 und 99025 zum Ansatz. Die Leistungen müssen nicht separat vom Arzt in der Abrechnung gekennzeichnet werden.

→ Weitergehende Informationen sowie den Diagnose-Katalog finden Sie auf der Homepage der KV Bremen unter www.kvhb.de/multimorbide-patienten

Fragen zur Abrechnung

ISABELLA SCHWEPPE

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

DANIELA SCHEGLOW

0421.34 04-356 | d.scheglow@kvhb.de

Fragen zum Vertrag

DANIELA GORNYK

0421.34 04-151 | d.gornyk@kvhb.de

↳ BEREITSCHAFTSDIENSTE

Bereitschaftsdienst-zentrale Bremerhaven zieht vorübergehend um

→ Wegen dringender Sanierungs- und Umbaumaßnahmen durch die DRK-Klinik St. Joseph-Hospital ziehen der Ärztliche Bereitschaftsdienst sowie der Kinderärztliche Notfalldienst Bremerhaven zum 19. September für zirka sechs Monate innerhalb des Klinikgeländes um. Die provisorischen Räume befinden sich im Bereich 2, Gebäude B der Inneren Klinik, 2. Obergeschoss.

→ Die Räumlichkeiten werden wie bisher gemeinsam vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst, dem Kinderärztlichen Notfalldienst und der DRK-Klinik zu den üblichen Sprechzeiten genutzt.

MARTINA SCHREUDER

0471.48 293-0 | m.schreuder@kvhb.de

BIRGIT SEEBECK

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

↳ WEITERE INFOS

EBM und Aktuelles aus der Gesundheitspolitik als App fürs Smartphone

→ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine App für Smartphones und Tablets entwickelt. Die Applikation mit dem Namen KBV2GO! ist unter anderem mit dem EBM (inklusive Suchfunktion) sowie aktuellen Meldungen für niedergelassene Psychotherapeuten und Ärzte ausgestattet. Ausgewählte Themen sind dort auch als Videos abrufbar.



→ KBV2GO! ist neben der Bundes-Arztssuche die zweite App der KBV. Beide sind sowohl für iPhones als auch für Android-Geräte kostenlos erhältlich.

→ Weitere Informationen und der direkte Link zum Download im Internet unter www.kbv.de/html/kbv2go.php

CHRISTOPH FOX

0421.34 04-328 | c.fox@kvhb.de

↳ WEITERE INFOS

Flyer „IHR Hausarzt“: Neue Auflage ist da

ILONKA SCHNEIDER
0421.34 04-0 | i.schneider@kvhb.de

ERIKA MEYER
0421.34 04-0 | e.meyer@kvhb.de

- Alle Hausärzte erhalten mit diesem Landesrundschriften eine Marge Patientenflyer zum Hausarztvertrag der KV Bremen „IHR Hausarzt“.
- Sollten Sie weitere Exemplare benötigen, dann wenden Sie sich an die Dokumentenstelle der KV Bremen (Zentrale).

↳ WEITERE INFOS

Online-Arztsuche: Eintrag nur nach schriftlichen Einwilligung

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

- Erst schriftliche Einwilligung, dann Veröffentlichung in der Arzt- und Psychotherapeutenliste: Seit Juli 2013 werden KV-Mitglieder in der Online-Arztsuche der KV Bremen und im Ärzteverzeichnis nur dann aufgeführt, wenn Sie dem ausdrücklich zustimmen. Damit werden Vorgaben zum Datenschutz umgesetzt. Ärzte und Psychotherapeuten, die noch nicht gelistet sind, aber eine Veröffentlichung auf der KV-Homepage wünschen, finden eine entsprechende Einwilligungserklärung im Internet.
- Dies betrifft alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie angestellte Ärzte. Die Erklärungen können nicht als gesamte Praxis abgegeben, sondern müssen individuell eingereicht werden. Die Einwilligungserklärung ist auf der Homepage der KV Bremen abrufbar unter **www.kvhb.de/arztsuche**

↳ WEITERE INFOS

Patienteninformation zu Endometriose erschienen

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

- In der Reihe Ratgeber Gesundheit ist eine neue Patienteninformation zum Thema „Endometriose – Was für Sie wichtig ist“ erschienen. Diese und 45 weitere Wartezimmerinformationen finden Sie auf der Homepage der KV Bremen unter **www.kvhb.de/ratgeber-gesundheit**

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:** Dr. Jörg Hermann, Christoph Fox, Dr. Burgi Riens, Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum, Dr. Dominik Graf von Stillfried, Michael Schnaars, Ralf Spannenkrebs | **Abbildungsnachweise:** Techniker Krankenkasse (S. 06), Fotolia (S. 08-09, S. 12, S. 14), gematik (S. 11), KBV (S. 21) | **Redaktion:** siehe Herausgeberin, Tel.: 0421.34 04-328, E-Mail: c.fox@kvhb.de | **Gestaltung:** 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.

Landesausschuss Ärzte/ Krankenkassen

Der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen im Lande Bremen hat in seiner Sitzung am 22.07.2014 folgenden Beschluss gefasst:

1. Die mit Beschluss vom 27.02.2013 für die Arztgruppe der Transfusionsmediziner im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (Planungsbereich Bremen-Stadt und Bremerhaven-Stadt) werden mit Wirkung ab dem 31.07.2014 kontingentiert im Umfang eines halben Versorgungsauftrages (Faktor 0,5) aufgehoben.

2. Mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe der Transfusionsmediziner wird die Auflage verbunden, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die entsprechende Arztgruppe wieder eine Überversorgung eingetreten ist.

3. Ärzte, die nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Zulassung im sog. Job-Sharing) oder nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V (Anstellung im sog. Job-Sharing) tätig sind, sind vorrangig umzuwandeln und bei der Arztzahl der jeweiligen Arztgruppe mitzurechnen. Maßgeblich für die Umwandlung der Zulassung ist die jeweils längste Dauer der Jahre der Anstellung.

Ist danach noch keine Überversorgung eingetreten, entscheidet der Zulassungsausschuss über Zulassungsanträge. Zulassungsanträge sind an den Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen, c/o Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen, zu richten. Die Frist zur Abgabe der hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV beginnt mit der Veröffentlichung auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen am 01.08.2014 und endet am 12.09.2014 (Eingang beim Zulassungsausschuss).

Es wird darauf hingewiesen, dass der Zulassungsausschuss nur die fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge bei dem Auswahlverfahren berücksichtigen wird. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Absatz 5 Satz 1 SGB V,
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z.B. Fachgebiets-schwerpunkt, Barrierefreiheit, Feststellungen nach § 35).

4. Der Beschluss ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Aufsichtsbehörde in den für die amtlichen Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.

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

Isabella Schweppe	-300
Sonja Steinhagen	-301

Ärztliche Psychotherapeuten, Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, Fachärztliche Kinderärzte, Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Hausärztliche Internisten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Nichtvertragsärzte im Notfalldienstbereich, Psychologische Psychotherapeuten, Ermächtigte Psychotherapeuten, PT-Ausbildungsinstitute

Team 2

Jessica Drewes	-315
Stefan Bardenhagen	-320

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

RLV-Berechnung

Petra Stelljes	-191
----------------	------

RLV-Anträge und Widersprüche

Sandra Stoll	-152
--------------	------

Praxisbesonderheiten (RLV)

Katharina Kuczkowicz	-161
----------------------	------

Abteilungsleitung

Angelika Maiworm	-190
Peter Czyron	-193

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung

Wilfried Pernak	-139
-----------------	------

Abteilungsleitung

Gottfried Antpöhler	-121
---------------------	------

Qualität & Selektivverträge

Neue Versorgungsformen (DMP, HzV, ...)

Barbara Frank	-340
Hanna Flieger	-339

Qualitätssicherung, QM,

Qualitätszirkel

Mirja Homeier	-342
Natalie Martin	-335
Andrea Windhorst	-330
Kai Herzmann (Substitution)	-334

Abteilungsleitung

Dr. Jens D. Kaufmann	-330
----------------------	------

Zulassung

Arztregister

Krassimira Marzog	-333
-------------------	------

Zulassung und Bedarfsplanung

Manfred Schober (Ärzte)	-332
Martina Plieth (Psychotherapeuten)	-336
Sabine Schierenbeck	-144

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 Meyer, Ilonka Schneider	-0
-------------------------------	----

Bremerhaven

Martina Schreuder	0471.48 293-0
-------------------	---------------

Aktenvernichtung

Wolfgang Harder	-178
-----------------	------

Abteilungsleitung (Zentrale Dienste, Notfalldienste)

Birgit Seebeck	-105
----------------	------



↳ Das Gesicht hinter der Rufnummer 0421.34 04-150

Oltmann Willers ist der Leiter der Vertragsabteilung und Ihr Ansprechpartner für Kollektivverträge – u.a. Gesamtverträge und Honorarverträge – sowie für den Honorarverteilungsmaßstab (HVM).