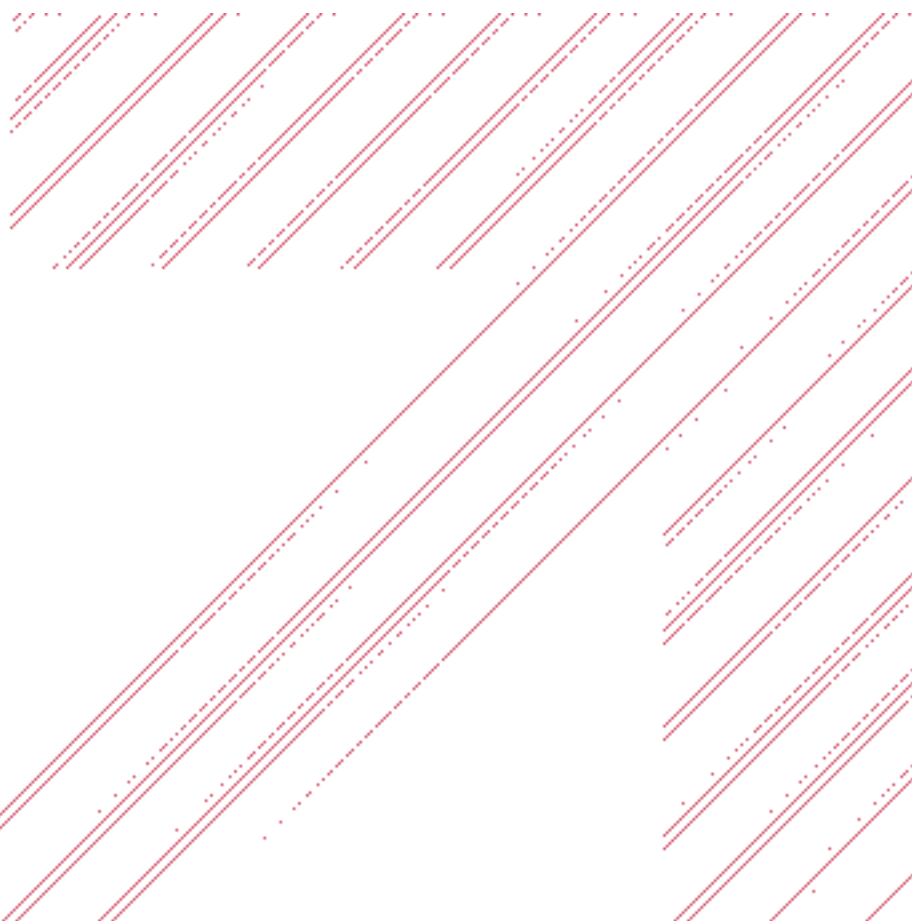


landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 6 | 14. September 2017



- Vözl gewählt: Vorstand komplett ↳ 04
- Rahmenvereinbarung ↳ 06
- Bremer Arzneimittelregister ↳ 08
- Bilanz Psychotherapie-Richtlinie ↳ 10
- Bürgerversicherung ↳ 16
- Workshop zum eArztbrief ↳ 18
- Entlassmanagement ↳ 20
- Palliativmedizin ↳ 22





DR. JÖRG HERMANN
Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in wenigen Tagen ist Wahl, und irgendwie scheint das niemand so richtig spannend zu finden. Beim Thema Gesundheit nicht leicht zu verstehen, wenn man bedenkt, dass alle und eine halbe Partei den mehr oder weniger totalen Systemwechsel wollen, und nur die andere Halbe und die FDP noch eine Zukunft im Nebeneinander von GKV und PKV sehen. In diesem Heft fällt noch mal ein ganz neuer Blick auf dies Begehren, der einige von Ihnen überraschen dürfte. Auch ist es keineswegs egal, wer der neue Gesundheitsminister wird. Wer auf Größe tippt dürfte am Totalisator die schlechteste Quote bekommen, Lauterbach läuft wohl eher als Außenseiter, aber wer weiß? Frau Prüfer-Storcks würde sicher gerne bundesweit die Beamten zu Kassenpatienten machen. Das Rennen entscheidet sich nach Wahl und wird erhebliche Auswirkungen auf Ihre Praxen haben. Der Koalitionsvertrag, welche Farben der Einband dann auch tragen mag, könnte zum Gesetz werden, wenn er genauso akribisch und vollständig abgearbeitet würde wie in dieser Legislatur.

Gottlob haben die Vorstände in Berlin verinnerlicht, dass die Theateraufführung „Hausarzt schlägt Facharzt und retour“ weder dem einen noch dem anderen genützt hat. Man schafft es nun wieder, mit einer Stimme, der der Ärztinnen und Ärzte, bei der Politik vorzusprechen. Es könnte noch gerade rechtzeitig sein, um wesentliche Erkenntnisse aus unserer Welt in die Koalitionsverhandlungen einzubringen. Das ist dringend nötig, denn die Politik scheint vor dem zunehmenden Strom der Patienten in die Krankenhäuser zu resignieren und deren wachsende Rolle in der ambulanten Versorgung seufzend hinzunehmen. Mancher Politiker will ja auch in seinem Wahlkreis damit punkten, dass er oder sie das kleine Krankenhaus, in das er selbst nie gehen würde zu erhalten.

Wenn wir auf der politischen Bühne dagegen halten, eben weil die ambulante Versorgung durch Sie so viel preiswerter ist, wird uns oft entgegengehalten, dass am Freitag ab 14 Uhr und an Brückentagen die ambulante Versorgung in Praxen „auf Null“ gefahren werde. Bitte beweisen Sie, dass dies eine dreiste Unterstellung ist.

Stets für Sie unterwegs, Ihr

Dr. Jörg Hermann
Vorsitzender der KV Bremen

↳ AUS DER KV

- 04** — Wahlen: Frank Völz ist neuer stellvertretender KV-Vorstand
- 06** — **Rahmenvereinbarung** „Bremer Ärzte“ startet zum 1. Oktober
- 08** — 10 Jahre Bremer Arzneimittelregister: **Warum es andere Listen überlebte**
- 10** — Ein halbes Jahr PT-Richtlinie: **Angekommen in der neuen Welt**
- 14** — **Nachrichten** aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...
- 15** — Mittendrin, statt nur dabei! **Machen Sie mit im Zulassungsausschuss**

↳ IM BLICK

- 16** — Bürgerversicherung: **Wer gewinnt und was die Verlierer verlieren**

↳ IN PRAXIS

- 18** — Praxis-Workshop: **elektronischer Arztbrief „und es geht doch!“**
- 19** — **Sie fragen – Wir antworten**
- 20** — Für sieben Tage: **Krankenhausärzte dürfen verordnen und AU schreiben**

↳ IN KÜRZE

- 22** — **Meldungen & Bekanntgaben**
 - Abgabe der Endabrechnung 3/2017
 - Neue Leistungen in der Palliativmedizin zum 1. Oktober
- 24** — Bessere Vergütung in der Substitutionsbehandlung - auch beim Hausbesuch
- 26** — Spezialisierte Geriatrische Diagnostik: Kein Überweisungsvorbehalt für Hausärzte mehr
 - Patientenerklärung bei im Ausland Versicherten vollständig ausfüllen
- 27** — Epilation bei Mann-zu-Frau-Transsexualität wird ab Oktober EBM-Leistung
 - Inter- und Transsexualität: Regeln im EBM angepasst
- 28** — Start der Telematik-Infrastruktur wird um ein halbes Jahr verschoben
 - eGK der ersten Generation sind ab Oktober nicht mehr einlesbar
 - Sprechstundenbedarf: Kommission veröffentlicht Änderungen
- 29** — Neue Formulare zur Soziotherapieverordnung gelten ab Oktober
 - Neue Formulare zur häuslichen Krankenpflege gelten ab Oktober
- 30** — Krankenkasse will Wirtschaftlichkeit häuslicher Krankenpflege prüfen
- 31** — Zweites preisgünstiges Etanercept-Biosimilar auf dem Markt
- 32** — Hautschutzprodukte sind keine Kassenleistung
 - Einteilung zum Bereitschaftsdienst: Urlaubszeiten für 2018 melden
 - Einteilung zum Bereitschaftsdienst richtet sich nach Versorgungsauftrag
- 33** — Bereitschaftsdienstordnung der KV Bremen ist geändert
 - Drei-Tage-Seminar „Fit für jeden Notfall“: Jetzt anmelden
 - Refresher-Kurs für Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt
- 34** — Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt: Falsche Adresse auf Praxishomepages
 - IKK Nord: Beitritt zum Hausarztvertrag der IKK gesund plus
 - Knappschafft: Neue Teilnahmeerklärung für Versicherte
 - DMP-Feedback-Berichte sind nun im KV-Portal verfügbar
- 35** — Hypertonieschulung in der Arztpraxis
 - NäPa in Facharztpraxen: Genehmigung ist Voraussetzung
 - Nicht vergessen: Fortbildungen zu Hausarztverträgen und DMP
- 36** — Neue Todesbescheinigungen liegen jetzt vor
 - Fachkunde im Strahlenschutz aktualisieren und einreichen
 - Briefe an KV nicht mehr an Postfachadresse versenden
 - 1. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin
 - Zi startet Befragung zu Praxiskosten

↳ SERVICE

- 37** — **Kleinanzeigen**
- 40** — **Der Beratungsservice** der KV Bremen

- 38** — Impressum

Wahlen: Frank Völz ist neuer stellvertretender KV-Vorstand

Die Führungsriege der KV Bremen ist wieder komplett: Die Vertreterversammlung wählte am 8. August nach einem aufwändigen Auswahlverfahren den Juristen und Gesundheitsökonom Frank Völz zum stellvertretenden Vorstand. Der 49-Jährige tritt das Amt zum 15. Oktober an.



Vertreterversammlung
vom 8. August 2017

↳ Es war ein Bewerbungsmarathon, an dessen Ende am späten Abend des 8. August ein strahlender Sieger stand: Frank Völz konnte 13 Stimmen der 19 anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung (VV) auf sich vereinen. Ein überzeugendes Ergebnis angesichts der Tatsache, dass sich Völz bereits im ersten Wahlgang gegen zwei Mitbewerber durchsetzte. Und auch ein hart erarbeitetes Ergebnis, denn Völz war einer von insgesamt 95 Kandidaten (davon 14 Frauen), die sich auf den Posten des stellvertretenden KV-Vorsitzenden beworben hatten.

Die hohe Anzahl der Bewerber ist Folge des Auswahlverfahrens, das in dieser Art einmalig ist. Während für gewöhnlich ein oder mehrere Kandidaten von Gruppierungen ins Rennen geschickt werden, hat sich die Bremer VV sehr früh auf einen anderen Modus festgelegt. „Wir wollten ein transparentes und objektives Verfahren mit nachvollziehbaren Kriterien“, fasste VV-Vorsitzender Dr. Stefan

Trapp eingangs der Wahlsitzung zusammen. Daher wurde schon im Frühjahr eine Findungskommission bestehend aus Mitgliedern der VV eingesetzt sowie eine Gruppe aus den Abteilungsleitern der KV Bremen. Damit sollte sichergestellt werden, dass im Auswahlverfahren sowohl die Perspektive der Ärzteschaft als auch die Sicht der Verwaltung berücksichtigt werden. Beide Gruppen haben zunächst unabhängig voneinander ein Anforderungsprofil für den neuen stellvertretenden Vorsitzenden erarbeitet und daraus einen Fragenkatalog entwickelt. Begleitet wurde dieses Verfahren durch eine unabhängige Organisationspsychologin, Prof. Birgit Volmerg von der Universität Bremen. Die Ausarbeitungen beider Gruppen wurde schließlich zusammengeführt und zur Grundlage für die „Bewerbungsgespräche“. Acht Kandidaten sind auf diese Weise auf Herz und Nieren geprüft und nach einem Punktesystem bewertet worden. Die beiden Top-Kandidaten wurden schließlich der VV zur



Das neue Führungsduo der KV Bremen: Vorstand Dr. Jörg Hermann (r.) beglückwünscht seinen neuen Kollegen Frank Völz zur Wahl.

Wahl vorgeschlagen. Darüber hinaus gab es einen dritten Bewerber aus den Reihen der niedergelassenen Ärzte.

Am Ende machte Frank Völz das Rennen. Als einen „dynamischen Managertypen“ mit hoher juristischer Kompetenz und Stärken in der Organisation stellte VV-Vorsitzender Trapp den 49-jährigen vor. Und wie zum Beweis ging Völz in seiner Bewerbungsrede vor der VV sowohl auf die Außenwirkung der KV Bremen als auch auf die Binnenstruktur ein. Er wolle sich für eine schlagfertige Organisation einsetzen und er hob den Dienstleistungsgedanken für die Mitglieder der KV Bremen hervor: „Ich möchte Ihr Ansprechpartner sein. Ich möchte Ihr Berater sein. Und ich möchte Sie von Bürokratie entlasten.“ Schließlich betonte Völz die Honorarsituation. Er wolle die Politik und die Krankenkassen verstärkt in die Pflicht nehmen, denn „so manch‘ ein Euro“, der in die Krankenhäuser fließe, sei bei den Niedergelassenen besser aufgehoben. Er muss es wis-

sen: Denn zum Zeitpunkt seiner Bewerbungsrede war Völz noch Verwaltungsdirektor am Krankenhaus Buchholz und Mitglied des Direktoriums der Krankenhaus Buchholz und Winsen gGmbH – immerhin ein Konzern an drei Standorten und mehr als 1600 Mitarbeitern. Parallel zu dieser Tätigkeit hat er viele Jahre lang Ärzte in ökonomischen und medizinrechtlichen Fragen beraten.

Ab dem 15. Oktober 2017 wird Völz nun gemeinsam mit dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Jörg Hermann die Geschicke der KV Bremen für die nächsten drei Jahre lenken. Völz folgt auf Günter Scherer, der die KV im April in Richtung Berlin verlassen hatte. ←|

→ **DAS WAHLERGEBNIS**

Die Vertreterversammlung wählte am 8. August einen stellvertretenden Vorstand der KV Bremen. Drei Kandidaten stellten sich zur Wahl. Bei 19 wahlberechtigten Mitgliedern der Vertreterversammlung verteilten sich die Stimmen wie folgt:

- Frank Völz, Buchholz (Nordheide), 13 Stimmen
- Dr. Friedericke Burgdorf, Berlin, 4 Stimmen
- Dr. Joachim Wewerka, Bremen, 2 Stimmen

→ **FRANK VÖLZ: KURZ VORGESTELLT**

Frank Völz, 49 Jahre, hat Betriebswirtschaftslehre und Rechtswissenschaften studiert. Nach dem zweiten juristischen Staatsexamen war er zunächst als wissenschaftlicher Referent bei der Handelskammer Hamburg tätig, bevor er sich in eigener Kanzlei mit den Schwerpunkten Arbeits- und Medizinrecht selbstständig machte. Neben dieser Tätigkeit baute er ab 2010 die Abteilung Recht & Verträge bei der Krankenhaus Buchholz und Winsen gGmbH auf. Kurz darauf übernahm er die Bereichsleitung Personal und wurde schließlich 2013 Verwaltungsdirektor am Standort Buchholz, wo er unter anderem am Aufbau eines MVZ beteiligt war. Seit 2010 ist Völz beim Deutschen Roten Kreuz im Präsidium des Kreisverbandes Harburg-Land ehrenamtlich engagiert. Frank Völz ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Rahmenvereinbarung „Bremer Ärzte“ startet zum 1. Oktober

Zum 1. Oktober tritt die Rahmenvereinbarung „Bremer Ärzte“ mit AOK, hkk und IKK in Kraft. Sie ersetzt die Versorgungsverträge mit diesen Krankenkassen. Wichtigste Neuerung: Praxen und Patienten müssen aktiv eingeschrieben werden. Ein kleiner Trost ist, je Versicherten gibt es eine Einschreibepauschale von fünf Euro.

↳ Zwei Millionen Euro sind im vergangenen Jahr über die Versorgungsverträge der KV Bremen an Haus- und Fachärzte in Bremen und Bremerhaven geflossen. Für einige Praxen sind die Einnahmen daraus ein erkleckliches Zubrot, andere wiederum haben nie teilgenommen. Im Januar sind die Regeln für solche Verträge nun verschärft worden. Landauf, landab sind so genannte Betreuungsstrukturverträge entweder gekündigt oder angepasst worden. Vor diesen zwei Alternativen stand auch die KV Bremen. „Wir haben uns die Entscheidung nicht leicht gemacht“, erklärt KV-Vorstand Dr. Jörg Hermann. „Aber letzten Endes haben wir die Verträge nach den Vorgaben angepasst, damit unsere Mitglieder selbst die Wahl haben.“ Eine der neuen gesetzlichen Vorgaben sieht ein Einschreibeverfahren vor. Demnach müssen Praxen eine Teilnahmeerklärung abgeben (Ärzte, die an KV-Hausarztverträgen teilnehmen, sind davon ausgenommen). Aber auch Patienten müssen eingeschrieben werden.

Das Einschreibeverfahren bedeutet zweifelsohne einen erheblichen organisatorischen Aufwand. Daher sieht das geänderte Vertragswerk, die Rahmenvereinbarung „Bremer Ärzte“, eine Einschreibepauschale von fünf Euro für jeden Versicherten vor, die bis zum 31. März 2018 bezahlt wird. Abgesehen davon bleiben viele für die Praxen relevanten Aspekte wie gehabt: die Vergütungsstruktur, die Abrechnungsziffern und die ICD-10-Liste, die jetzt „Liste der Krankheitsbilder“ heißt.

Der Rahmenvertrag „Bremer Ärzte“ gilt bisher für die beiden großen Bremer Krankenkassen AOK Bremen/Bremerhaven und hkk sowie für die IKK gesund plus und die IKK Nord. Die Versorgungsverträge der anderen Kassen, zum Beispiel der TK, laufen bis auf weiteres unverändert weiter. ← (RED)

↳ **DAS IST NEU**

- Inkrafttreten: 1. Oktober 2017
- Name: Rahmenvereinbarung „Bremer Ärzte“
- Krankenkassen: AOK Bremen/Bremerhaven, hkk, IKK gesund plus, IKK Nord
- **Teilnahmeerklärung Arzt: Ja**
(siehe Starterpaket und www.kvhb.de/rahmenvereinbarung)
 - Die Teilnahmeerklärung gilt für alle teilnehmenden Krankenkassen und muss nur einmalig erklärt werden.
 - Mehrere Ärzte in einer Praxis erklären ihre Teilnahme nur mit einer Teilnahmeerklärung.
 - Ärzte, die bereits an KV-Hausarztverträgen der oben aufgeführten Krankenkassen teilnehmen, müssen Ihre Teilnahme nicht erneut erklären.
- **Teilnahmeerklärung Patient: Ja**
(siehe Starterpaket und www.kvhb.de/rahmenvereinbarung)
 - Der Patient erhält eine Teilnahmeerklärung mit Begrüßungsschreiben seiner Krankenkasse auf der Rückseite.
 - Kopie der Teilnahmeerklärung bleibt in der Praxis.
 - Einschreibepauschale: Patienten mit gesicherter Diagnose eines Krankheitsbildes der Anlage 1 werden mit der GOP 99420 eingeschrieben.
 - Die Ersteinschreibung wird bis zum 31. März 2018 mit fünf Euro je Versicherten und Betriebsstätte als Entschädigung für den höheren organisatorischen Aufwand in der Einführungsphase vergütet.
- Die ICD-Liste (Anlage 1) bleibt inhaltlich unverändert, sie hat lediglich einen neuen Titel: „Liste der Krankheitsbilder“ (www.kvhb.de/rahmenvereinbarung)
- Die teilnehmenden Praxen sind über KV-SafeNet miteinander vernetzt und können mit KV-Connect Befunde und Therapieempfehlungen untereinander austauschen.

↳ **DAS BLEIBT**

- Vertragsgegenstand: Umfassende, engmaschige und kontinuierliche medizinische Betreuung
- Kollegialer Austausch, insbesondere mittels e-Arztbrief, zu den betreuten Erkrankungen
- Teilnahmeberechtigt: Alle Fach- und Hausärzte sowie Psychotherapeuten
- Gilt für alle Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen (auch Patienten unter 18 Jahren).
- Aufgaben: Intensive Betreuung von Chronikern, langwierig und schwer erkrankten sowie multimorbiden Patienten. Fachgerechte Diagnosestellung.
- Relevante Diagnosen im Hausarzt- und Rahmenvertrag sind identisch.

↳ **HINWEISE ZUR ABRECHNUNG**

- Ab dem 1. Oktober 2017 müssen Versicherte, die an der Rahmenvereinbarung „Bremer Ärzte“ teilnehmen, mit der KV-internen GOP 99420 bei Haus- und Fachärzten eingeschrieben werden. Die Einschreibung wird in 4/2017 und 1/2018 mit fünf Euro extrabudgetär vergütet.
- Eine Einschreibung mit der GOP 99420 ist nur mit Einleседatum vollständig. Mehrfacheinschreibungen innerhalb einer Betriebsstätte sind ausgeschlossen, ebenso die Einschreibung von Patienten aus einem Hausarztvertrag. Beachten Sie auch dies: Sie müssen im Quartal der Einschreibung neben der GOP 99420 auch mindestens eine der GOP 99421 bis 99423 (Pauschalen nach Betreuungsstufe) für den eingeschriebenen Patienten verwenden.
- Die GOP 99421-99423 können nur abgerechnet werden, wenn der Versicherte in der Rahmenvereinbarung eingeschrieben ist und ein passender ICD-10 aus der Liste der Krankheitsbilder vorhanden ist.
- Die Regelung zu den Chronikerzuschlägen aus den KV-Hausarztverträgen nach den GOP 99421-99423 bleibt hiervon unberührt.

↳ **GONARTHROSE-MODUL (AOK)**

Orthopäden, die am Gonarthrose-Modul der AOK Bremen/Bremerhaven teilnehmen oder teilnehmen möchten, müssen zusätzlich ihre Teilnahme an der Rahmenvereinbarung „Bremer Ärzte“ erklären. Ebenso müssen Patienten in die Rahmenvereinbarung eingeschrieben werden. Dies gilt auch für diejenigen, die im Rahmen des Gonarthrose-Vertrages bereits in Behandlung sind. Die Ersteinschreibung wird bis zum 31. März 2018 über die GOP 99420 mit fünf Euro vergütet.

Fragen zum Vertrag:

BARBARA FRANK

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

LAURA MATHIEU

0421.34 04-159 | l.mathieu@kvhb.de

Fragen zur Abrechnung:

ISABELLA SCHWEPPE

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

DANIELA SCHEGLOW

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

Zehn Jahre Bremer Arzneimittelregister Warum es andere Listen überlebte

Für viele Ärzte in Bremen und Bremerhaven ist es längst selbstverständlich – und das seit mittlerweile zehn Jahren. Das Bremer Arzneimittelregister hat sich durchgesetzt gegen viele andere Listen, die niemals praxistauglich wurden. Warum das so ist und wie es weitergeht, fasst einer der Väter des BAR zusammen: Prof. Dr. Bernd Mühlbauer.

↳ Im schnellen Praxisalltag ist es oft nicht einfach, das richtige Arzneimittel auszuwählen, insbesondere wenn es sich um eine Verschreibung außerhalb der täglichen Routine handelt. Mehr als 10.000 Fertigarzneimittel mit über 2.400 Wirkstoffen sind in Deutschland arzneimittelrechtlich zugelassen. Die pharmazeutische Industrie wird nicht müde, ständig neue Präparate auf den Markt zu werfen, sei es mit neuen Wirkstoffen oder mit älteren, aber immer wieder neu permutierten Wirkstoffkombinationen. Ohne regelmäßige und umfangreiche Lektüre ist es unmöglich, den Überblick zu behalten und den therapeutischen Stellenwert eines Präparates im Vergleich zu anderen zu bewerten. Dazu fehlt bei neuen Wirkstoffen regelmäßig eine ausreichende Datenbasis zu Wirksamkeit und Sicherheit.

Schon zahlreiche Positiv- oder Negativ-Listen wurden entwickelt, um die ärztliche Entscheidungsfindung zu erleichtern, meist allerdings mit ökonomischer Zielsetzung. Aufgrund verschiedenster Gründe sind sie in der Praxis gescheitert oder gar nicht bis dahin gelangt.

Im Jahr 2007 erreichte die Bremer Pharmakologie, die seit Jahren Beratung zu allen Fragen der angewandten Arzneimitteltherapie anbietet, der explizite Wunsch aus der niedergelassenen Ärzteschaft nach einem Leitfaden für qualitätsorientiertes Verordnen. Mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung und einiger Krankenkassen Bremens wurde daraufhin das Bremer Arzneimittel-Register (BAR) entwickelt. Wesentliche Aspekte unterscheiden es von früheren Listen:

- Von Beginn an waren die anwendenden Ärzte an der Entwicklung des BAR beteiligt.
- Das BAR ist als Empfehlungskorridor definiert, von dem im gerechtfertigten Einzelfall abgewichen werden kann und soll.
- Durch regelmäßige BAR-Foren werden die Aktualität gewahrt und die Ärzteschaft an der Weiterentwicklung beteiligt.

→ Bei der Wirkstoffauswahl werden Evidenz und Praxis-tauglichkeit berücksichtigt.

→ Umfangreiche zusätzliche patientenrelevante Hinweise wie Kontraindikationen, besondere Dosierungen oder sinnvolle Wirkstoffkombinationen, sind enthalten.

→ Der Fokus liegt auf der Qualität der Arzneimittelversorgung und nicht auf Einsparpotentialen.

Im BAR werden für definierte Indikationen Wirkstoffe für die Standardsituation gelistet sowie Alternativen für besondere therapeutische Situationen innerhalb dieser Indikation. In einer dritten Kategorie werden zusammengefasst Wirkstoffe für Indikationen, die zumindest als Erstverschreibung eher den fachärztlichen Bereich betreffen (siehe S. 9).

Zusätzlich sind viele tausend in Deutschland zugelassene Präparate in einer Kategorie 4 erfasst. Dies ist ausdrücklich keine Negativ- oder Ausschluss-Kategorie. Durch die Zuordnung eines Wirkstoffs in diese Kategorie wird darauf hingewiesen, dass es für die betreffende Indikation Alternativen mit höherer wissenschaftlicher Evidenz gibt. Auf diese Präparate wird dann dezidiert verwiesen.

In einer Entwicklungsphase mit Pilotpraxen verschiedener Fachrichtungen wurde das BAR komplettiert und Ende 2010 in Bremer Hausarztpraxen mit über 370 Ärztinnen und Ärzten eingeführt. Durch kontinuierliche Weiterentwicklung umfasst es derzeit etwa 300 Einzelwirkstoffe sowie 20 Wirkstoffkombinationen. Die Verordnungsempfehlungen beziehen sich auf 29 Indikationsgebiete mit knapp 100 differenzierten Indikationen.

Analysen der ärztlichen Verschreibungen in Bremen, aber auch in mehreren anderen Regionen zeigen, dass über 99 Prozent der hausärztlichen Verschreibungen vom BAR erfasst werden. Da die hausärztliche Weiterverschreibung von fachärztlich angesetzten Medikamenten eher Regel als Ausnahme ist, kann davon ausgegangen werden, dass der größte Teil der vertragsärztlich verschriebenen Arzneimit-

tel vom BAR erfasst wird. In Bremen übrigens zu weit über 80 Prozent in den Kategorien 1 bis 3! Als Gründe für die hohe Akzeptanz des BAR in der Ärzteschaft werden die Freiwilligkeit der Teilnahme, das Prinzip des Empfehlungskorridors und die Beteiligung der Anwender an der Entwicklung des Registers angegeben.

Ein Meilenstein war Anfang 2017 die Integration des BAR in viele Praxisverwaltungssysteme. Dies erleichtert und beschleunigt die Anwendung naturgemäß erheblich, insbesondere beim Aufsuchen alternativer Verordnungsempfehlungen. Mit wenigen Klicks ist dann das entsprechende Präparat rezeptiert. Ein zusätzlicher Vorteil ist die nun mögliche Einbindung oder Kommentierung anderer wichtiger Informationen wie die bindenden Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Alle Ärztinnen und Ärzte im Bereich der KV Bremen können nun die Informationen des BAR abrufen.

Wie oben erwähnt, war das BAR niemals ein Instrument zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Arzneimittelverordnungen und wird es auch nie sein. Es versteht sich als Unterstützung des ärztlichen Verschreibungsalltags. Die mehrjährige Erfahrung der praktischen Anwendung des BAR in Bremen zeigt jedoch, dass alleine seine Qualitätsorientierung, also die Wirkstoffauswahl gemäß bestverfügbarer Evidenz, zur wirtschaftlichen Verordnungsweise führt. Das BAR kann also durchaus als Instrument zur Vermeidung des Vorwurfes einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise angesehen werden. Nicht zuletzt deshalb ist ein zunehmendes Interesse von Ärztinnen und Ärzten auch außerhalb von Bremen am BAR zu verzeichnen. Zum Beispiel aus Nordrhein und Berlin. Die Entscheidung hierfür trifft die jeweilig zuständige Kassenärztliche Vereinigung. ←

→ DIE BAR-KATEGORIEN

BAR-Kategorie 1: Standard Wirkstoff
Wirkstoff der Wahl in dieser Indikation für die Mehrzahl der Patienten im klinischen Alltag

BAR-Kategorie 2: Alternativ Wirkstoff
Wirkstoff der Wahl in dieser Indikation für besondere Patientengruppen oder besondere klinische Situationen

BAR-Kategorie 3: Spezial Wirkstoff
Wirkstoff für Indikationen oder klinische Situationen, die in der allgemeinärztlichen Praxis zumindest als Erstverschreibung selten sind.

BAR-Kategorie 4: Wirkstoff ohne BAR-Empfehlung in dieser Indikation
Die Kategorie 4 stellt keine Ausschlussliste dar. Sie listet Medikamente, für die es laut BAR in dieser Indikation keine hinreichende Evidenz oder aber Wirkstoffe mit besserer Evidenz gibt. Ihre Verschreibung sollte Situationen vorenthalten bleiben, die patientenindividuell zu begründen sind.

Ein halbes Jahr Psychotherapie-Richtlinie: Angekommen in der neuen Welt

Es war die größte Strukturreform seit Jahren und ging doch nahezu geräuschlos über die Bühne: Bremens Psychotherapeuten haben sich mit der Psychotherapie-richtlinie arrangiert – und zwar so gut, dass KV-Vorstand Dr. Jörg Hermann im Gespräch mit Amelie Thobaben und Alfred Hovestadt mehr darüber erfahren wollte und viele lobende Worte fand.

↳ **Hermann:** Als die neue Psychotherapie-Richtlinie in die Welt kam, gab es eine große Unsicherheit. Bei den Psychotherapeuten, bei der KV, bei den Patienten. Und dann passierte etwas sehr Überraschendes. Es funktionierte! Täuscht mich mein Eindruck? Wie haben die Psychotherapeuten diese wirklich umwälzenden Veränderungen aufgenommen?

Hovestadt: Das ist schon richtig. Am Anfang gab es eine große Aufregung und viel Gegenwind. Ich habe den Eindruck, dass durch die Infoveranstaltungen das Thema versachlicht wurde und die Erkenntnis bei vielen Kolleginnen und Kollegen gereift ist, dass es nun mal gesetzliche Vorgaben sind, die umgesetzt werden müssen. Und nicht alle davon sind schlecht! Was bei vielen allerdings als Kritikpunkt bleibt, sind die 200 Minuten telefonische Erreichbarkeit – wenn in dieser Zeit vielleicht nur acht oder 12 Minuten mit Anrufen gefüllt sind ...

Hermann: Stimmt. Bei einer klassischen Praxis, wo die Therapeutin oder der Therapeut persönlich ans Telefon

geht, ist das sicherlich belastend. Und dennoch will ich an dieser Stelle ein großes Lob loswerden. Denn es haben uns tatsächlich mehr als 99 Prozent der Psychotherapeuten im Bezirk der KV Bremen rechtzeitig und korrekt ihre telefonische Erreichbarkeit gemeldet. Ich will etwas provokativ sagen: Andere Fachgruppen hätten das bestimmt nicht geschafft!

Thobaben: Das ist sehr interessant. Aber wie kommen Patienten eigentlich an diese Erreichbarkeitszeiten heran?

Hermann: Sie zielen wahrscheinlich darauf hinaus, ob die KV Bremen diese neuen Erreichbarkeitszeiten auf der Homepage veröffentlicht. Da das Thema ja durchaus kontrovers ist, gebe ich den Ball zurück. Wie sehen Sie das?

Hovestadt: Wenn ich schon telefonisch erreichbar sein muss, dann hätte ich gar kein Problem damit. Ganz im Gegenteil.

Thobaben: Im Moment empfehle ich Patienten drei



verschiedene Homepages als Suchmaschinen, um an Informationen zu gelangen. Und das kann es nicht sein. Insofern wäre es sehr gut, wenn die Basisdaten aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Kassenzulassung an einer Stelle veröffentlicht werden. Und dazu zählt auch die telefonische Erreichbarkeit.

Hermann: Dann sollten wir darüber intensiver nachdenken. Lassen Sie uns über diese neuen Begrifflichkeiten reden, z.B. was die Erreichbarkeit ist, über die wir gerade gesprochen haben, was die Sprechstunde ist und was Akutbehandlung bedeutet. Gibt es schon ein gemeinsames Verständnis darüber? Oder sorgen die Begriffe immer noch für Verwirrung?

Hovestadt: Der Begriff Sprechstunde ist unglücklich gewählt ...

Hermann: ... vielleicht wäre Schnelltherapie-Stunde besser ...

Hovestadt: ... oder Diagnosestunde. Denn darum geht es an und für sich. Sprechstunde ist alles und nichts ...

Thobaben: ... und steht im Bundesmantelvertrag auch noch gleichzeitig für etwas völlig anderes. Es ist tatsächlich ungünstig gewählt. Aber ich denke, wenn wir im Kollegengespräch die Begriffe konsequent benutzen, dann werden wir uns alle dran gewöhnen.

Hovestadt: Viele reden von Sprechstunde und meinen die telefonische Erreichbarkeit. Ich mache mir deshalb keine großen Gedanken. Gegenüber meinen Patienten benutze ich diese Vokabeln schon gar nicht. Und eine Akutbehandlung habe ich noch nie gemacht!

Hermann: Noch nie?

Hovestadt: Ich habe zwar Patienten, die eine akute Behandlung brauchen. Dafür benutze ich allerdings lieber die Kurzzeittherapie 1 und 2.

Thobaben: Im Sinne einer Krisenintervention, die aber keine Richtlinienpsychotherapie ist, macht die Akutbehandlung durchaus Sinn. Zum Beispiel, wenn es darum geht, bei einer akuten Krise zu stabilisieren, eine andere Behandlung einzuleiten oder zu überbrücken. Der häufi-



ALFRED HOVESTADT

Psychol. Psychotherapeut
Mitglied der Vertreterversammlung der KV Bremen

AMELIE THOBABEN

Psychol. Psychotherapeutin
Mitglied der Vertreterversammlung der KV Bremen
im Vorstand der Psychotherapeutenkammer Bremen

gere Fall ist allerdings: Jemand braucht dringend eine Richtlinienpsychotherapie. Also psychotherapeutische Behandlung.

Hermann: Die neue Entität Akutbehandlung scheint insgesamt nicht so interessant, wie man erwartet hat.

Hovestadt: ... wie die Politik erwartet hat.

Hermann: Da passen die Zahlen, die wir ermittelt haben, sehr gut ins Bild. Denn die Psychotherapeuten sind sehr verantwortungsvoll umgegangen mit dem Schreiben von Überweisungen zur Akutbehandlung. Das ist kaum passiert. Wir hatten ja die Sorge, dass einige dieses neue Instrument nutzen, um Probleme beim Kollegen loszuwerden.

Hovestadt: Im Kollegenkreis haben wir genau darüber im Vorfeld geredet und versucht zu sensibilisieren.

Hermann: Stichwort Probatorik...

Thobaben: Ich begrüße die Klarheit in dem neuen System. Probatorik setzt erst dann an, wenn klar ist, dass

der Patient eine Richtlinienpsychotherapie braucht. Ich bin Verfechterin der Probatorik, obwohl sie schlecht bezahlt wird.

Hovestadt: Ich schöpfe die probatorischen Sitzungen in der Regel voll aus – im Gegensatz zu den Sprechstunden. Die meisten Kolleginnen und Kollegen, die ich kenne, handhaben dies auch so.

Hermann: Auch hier bemerke ich Konsens. Dabei gibt es so viele Verbände der Psychotherapeuten mit ganz unterschiedlichen Interessen. Wie ist es gelungen, dass die Gruppe der Psychotherapeuten so einheitlich vorgeht?

Thobaben: Wir waren im engen Kontakt miteinander und waren uns in der Botschaft einig. Und jetzt, da die Finanzierung zwar nicht so ist, wie wir sie für angemessen halten, aber nicht so schlimm wie zunächst befürchtet, scheint die Sprechstunde gut genutzt zu werden. Ein Problem sehe ich allerdings noch: Es macht keinen Sinn, wenn über die Terminservicestelle ein Termin zu einer Sprech-

Terminservicestelle in Zahlen und Fakten

→ 99,2 Prozent aller Psychotherapeuten in Bremen und Bremerhaven haben der KV ihre telefonische Erreichbarkeit gemeldet. Bei den Säumigen handelt es sich in der Regel um Psychotherapeuten, die ihre Praxistätigkeit beenden.

→ Seit Start der Richtlinie im April 2017 (bis Mitte August) sind über die Terminservicestelle der KV Bremen 485 Sprechstundentermine und nur zehn Termine zu einer Akutbehandlung vermittelt worden.

→ Im gleichen Zeitraum wurden 422 Facharzttermine vermittelt.

→ Der Zeitaufwand in der Terminservicestelle ist für die Vermittlung von Patienten, die einen Terminwunsch für einen Psychotherapeuten haben, zwei- bis dreimal höher als bei Gesprächen für Facharzttermine.

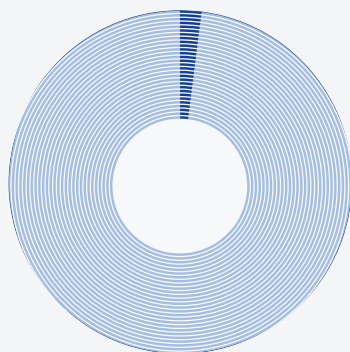
stunde vergeben wird, wenn der Patient bereits eine Sprechstunde in einer anderen Praxis hatte, die aber keinen Therapieplatz anbieten konnte.

Hermann: Das passiert?

Thobaben: Wir haben Kolleginnen und Kollegen befragt und das war tatsächlich eine häufige Rückmeldung. Deshalb gebe ich auch immer wieder diese Botschaft an Patienten: Nutzen Sie die telefonische Erreichbarkeit, damit Sie im Vorfeld erfahren, ob die Praxis überhaupt Kapazitäten hat und Sie nur dann eine weitere Sprechstunde besuchen.

Hermann: Zum Schluss noch ein Lob an die Psychotherapeutenkammer. Ich habe an einem Informationsabend teilgenommen, an dem Herr Schrömgens vorgetragen hat. Die Veranstaltungen der Kammer und auch der Verbände haben großen Anteil daran, dass es in Bremen und Bremerhaven so gut gelaufen ist. Dafür herzlichen Dank! ←

TERMINE AKUTBEHANDLUNG: 10



TERMINE SPRECHSTUNDE: 485

14. bis 33. Kalenderwoche 2017

→ DIE WICHTIGSTEN BEGRIFFE AUS DER RICHTLINIE

Sprechstunde

Der Psychotherapeut klärt in diesem Erstgespräch ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt und der Patient eine Richtlinienpsychotherapie benötigt oder ob ihm mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten (z.B. Präventionsangebote, Ehe- und Familienberatungsstelle) geholfen werden kann. Die Psychotherapeutische Sprechstunde ist ein Versorgungsangebot zur frühzeitigen diagnostischen Abklärung und nicht zu verwechseln mit der herkömmlichen Sprechstunde.

Akutbehandlung

Die Akutbehandlung soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patienten, für die eine Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere ambulante, teil- oder vollstationäre Maßnahmen empfohlen werden können.

Probatorik

Neu ist, dass vor Beginn einer Kurz- oder Langzeittherapie probatorische Sitzungen durchgeführt werden müssen. Ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie ist nach der ersten probatorischen Sitzung möglich.

Telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeuten müssen sicherstellen, dass ihre Praxis unter anderem für eine Terminkoordination telefonisch erreichbar ist. Die telefonische Erreichbarkeit ist nicht zu verwechseln mit der Sprechstunde.

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

14

Nachrichten

Landesrundschreiben | September 2017

Bremerin an die Spitze des GBA

Berlin/Bremen | Die kommissarische Leiterin des Bremer Gesundheitsamtes, Monika Lelgemann, soll als Unparteiisches Mitglied in die Führungsspitze eines der mächtigsten Gremien im Gesundheitswesen einziehen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Darauf haben sich die beiden Bänke der Ärzte und Krankenkassen verständigt. Die Ärztin soll den erneut kandidierenden GBA-Vorsitzenden Joseph Hecken unterstützen. Die Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums zu der Lelgemann-Kandidatur steht noch aus, sie gilt allerdings als sicher. ←

90 Morde durch Serienkiller Högel

Oldenburg/Delmenhorst | Der ehemalige Krankenpfleger Niels Högel hat mindestens 90 Menschen ermordet. Zu diesem Ergebnis kommt eine Sonderkommission, die mehr als drei Jahre ermittelt hat. Es handelt sich um die schlimmste Mordserie in Deutschland seit dem Zweiten Weltkrieg, so die Ermittler. Die Dunkelziffer dürfte weit über den 90 nachgewiesenen Morden liegen. Niels Högel war zuletzt am Klinikum Delmenhorst tätig. Die Polizei wirft dem Klinikum vor, Informationen zurückgehalten zu haben. ←

Ex-Chefarzt aus Bremen verurteilt

Landshut/Bremen | Der ehemalige Chefarzt der Frauenklinik im St. Joseph-Stift Bremen, Michael B., muss für neun Jahre ins Gefängnis, nachdem er in einem ersten Prozess noch mangels Beweisen freigesprochen wurde. Das Landgericht Landshut befand den heute 57-Jährigen des Totschlags an seiner Frau für schuldig. Diese wurde im Dezember 2013 im Badezimmer tot aufgefunden. Der Fall gilt als einer der spektakulärsten Kriminalfälle der letzten Jahre. ←

Mainzer Studenten sorgen für Sommerhit

Mainz | Medizinstudenten an der Universität Mainz ist ein Sommerhit gelungen. Mit dem Song „Medicopter Mainz17“ stürmten sie den Ballermann und Clubs. Auf dem Videoportal Youtube wurde der Song mittlerweile mehr als eine Millionen mal aufgerufen. In den Charts des Online-Musikdienstes Spotify belegte der Ohrwurm zeitweise den ersten Platz. ←

Vorstandswahl in Berlin musste wiederholt werden

Berlin | Der ehemalige stellvertretende Vorstand der KV Bremen, Günter Scherer, ist erneut in den Vorstand der KV Berlin gewählt worden. Die Nachwahl wurde notwendig, weil das Berliner Sozialgericht die erste Wahl für ungültig erklärt hatte, weil die Wahlgänge nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden seien. Die Opposition in der Berliner Vertreterversammlung blieb der Nachwahl fern. ←

Gespräche über augenärztlichen Notdienst

Bremerhaven | Eine einmonatige Testphase eines „augenärztlichen Notdienstes“ am Ameos Klinikum Mitte Bremerhaven durch einen niedergelassenen Augenarzt ist beendet. Begleitet wurde der Test, der nicht mit der KV Bremen abgestimmt war, durch eine intensive Berichterstattung in den lokalen Medien. Die KV Bremen will nun mit Augenärzten in Bremen und Bremerhaven sowie den Bremer Augenkliniken über Möglichkeiten eines dauerhaften augenärztlichen Notdienstes sprechen. ←

13,6 Millionen Versicherte zahlen drauf

Bonn | 13,6 Millionen Versicherte in Deutschland zahlen einem Zeitungsbericht der Bild zufolge einen Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung, der über dem Durchschnitt von 1,1 Prozent liegt. 20,4 Millionen Deutsche zahlen hingegen günstigere Beiträge. ←

Mittendrin, statt nur dabei! Machen Sie mit im Zulassungs-/Berufungsausschuss

Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben in der Regel mehrere Male im Leben mit dem Zulassungsausschuss zu tun. Als Antragssteller. Jetzt bietet sich die Gelegenheit, selbst Teil der Selbstverwaltung zu werden. Am 1. Januar 2018 beginnt eine neue Amtszeit für die Zulassungs- und Berufungsausschüsse. Neue Mitglieder werden gesucht!

Was macht der Zulassungsausschuss?

Zulassungsausschüsse entscheiden – wie der Name unschwer erkennen lässt – ob ein Arzt oder Psychotherapeut für die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Versorgung zugelassen wird, kurzum: ob sich ein Arzt oder Psychotherapeut in Praxis niederlassen darf. Doch das ist nur ein Teil. Der Zulassungsausschuss entscheidet unter anderem über:

- Sonderbedarfszulassungen
- Ermächtigung von (Krankenhaus-)Ärzten beziehungsweise Institutionen
- Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag
- Praxiskooperationen
- Anstellungen
- Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung
- Verlegung des Praxissitzes
- Wechsel bzw. Erweiterung des Fachgebiets
- Ruhen der Zulassung
- Entziehung einer Zulassung oder Widerruf von Ermächtigungen
- Nachbesetzungsverfahren

Was macht der Berufungsausschuss?

Wenn Ärzte oder Psychotherapeuten mit einer Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht einverstanden sind, können sie sich mit einem Widerspruch an den Berufungsausschuss wenden. Dieser ist also die nächste Instanz, bevor ein Arzt oder Psychotherapeut das Sozialgericht anrufen kann.

Wer sitzt im Zulassungs- bzw. Berufungsausschuss?

Es gibt einen Zulassungsausschuss für Ärzte und einen für Psychotherapeuten. Dies gilt ebenso für den Berufungsausschuss. In all diesen Gremien gibt es eine Ärzte- bzw. Psychotherapeutenbank, die bildlich gesprochen Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen gegenübersteht. Die Anzahl ist paritätisch. Deshalb braucht es für strittige Entscheidungen einen unparteiischen Vorsitzenden, auf den sich beide Seiten im Vorfeld einigen müssen. Dieses Konzept nennt man „gemeinsame Selbstverwaltung“.

Für welche Ausschüsse werden Mitglieder gesucht?

Es werden sowohl Mitglieder als auch Stellvertreter für diese Ausschüsse gesucht:

- Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen
- Zulassungsausschuss Psychotherapeuten/Krankenkassen
- Berufungsausschuss Ärzte/Krankenkassen
- Berufungsausschuss Psychotherapeuten/Krankenkassen

Wie häufig tagen Zulassungs- bzw. Berufungsausschuss eigentlich?

Das kann variieren. Die Zulassungsausschüsse tagen etwa je achtmal im Jahr. Der Berufungsausschuss kommt bei Bedarf zusammen.

Wo bekomme ich mehr Informationen?

Wenden Sie sich an

MANFRED SCHOBER | Zulassungsausschuss Ärzte/KK | 0421.34 04-332
MARTINA PLIETH | Zulassungsausschuss Psychoth./KK | 0421.34 04-336
MARION BÜNNING | Berufungsausschüsse | 0421.34 04-113

Bürgerversicherung: Wer gewinnt und was die Verlierer verlieren

Gesundheitsthemen spielen im Wahlkampf kaum eine Rolle – allenfalls die Bürgerversicherung liefert den Parteien Gesprächsstoff. Abseits der Parolen haben wir Dr. Thomas Drabinski vom Kieler Institut für Mikrodaten-Analyse gebeten, die Auswirkungen einer Bürgerversicherung in einem Gastbeitrag unter die Lupe zu nehmen.

16

Im Blick

Landesrandschreiben | September 2017



↳ Nach der Bundestagswahl wird voraussichtlich die Zukunft der Dualität von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik rücken. Derzeit stehen sich bei diesem Thema zwei politische Blöcke gegenüber. Der eine Block besteht aus CDU, CSU und FDP. Dieser äußert sich kaum zur Zukunft von GKV und PKV, was aber nicht heißt, dass die Dualität im Großen und Ganzen bei einer schwarz-gelben Koalition unverändert bleiben würde. Der andere Block umfasst SPD, Bündnis 90/Grüne und Die Linke. Diese wollen die PKV in eine Bürgerversicherung überführen, das heißt, die Dualität im deutschen Gesundheitssystem beenden.

Was genau bedeutet „Bürgerversicherung“? Die Bürgerversicherung ist ein parteipolitischer Begriff, der vor allem bei den Leistungsanbietern (Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken, Industrie) auf Widerstand stößt. Denn mit einer Bürgerversicherung treten automatisch Begriffe wie „Staatsmedizin“ und „Einheitskasse“ in den Vordergrund. Staatsmedizin und Einheitskasse sind intensive Eingriffe in die Organisation und Struktur der medizinischen Versorgung, die sich letztendlich – soweit die vorherrschende Meinung – negativ für Patienten und Leistungsanbieter auswirken dürften: Für Patienten durch einen Verknappungsdruck auf die medizinischen Angebote, für Leistungsanbieter durch auftretende Honorar- und Umsatzrisiken.

Bürgerversicherung bedeutet Macht für die Politik

Ein positiver Nutzen aus einer Bürgerversicherung ist ausschließlich für die Politik ableitbar, da dort zusätzliche Machtinstrumente angesiedelt werden, um eine umfassende Kontrolle und Sanktionierung der Leistungsanbieter umsetzen zu können. Denn final geht es einer Bürgerversicherung darum, die Leistungsanbieter so umfassend wie möglich einer direkten politischen Intervention zu unterwerfen, um so auch unliebsame Leistungsanbieter aus dem Versorgungsmarkt entfernen zu können.

Um eine Bürgerversicherung dem Wähler als vorteilhaft zu erklären, greifen die Protagonisten einer Bürgerversicherung immer wieder dieselben Argumente auf. Letzten Endes soll es mit einer Bürgerversicherung zu einer gerechteren Finanzierung bei den Versicherten und zu einer gerechteren Versorgung bei den Patienten kommen. Gerechtere Finanzierung soll in diesem Zusammenhang heißen: Auch die heute privat Versicherten zahlen über einen einkommensabhängigen Beitragssatz in die Bürgerversicherungs- bzw. GKV-Struktur ein. Gerechtere Versorgung bedeutet: Die GOÄ wird abgewickelt und durch den – eventuell aufgewerteten – Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM ersetzt, wodurch die Leistungsanbieter für alle Patienten dieselben „gerechten“ Honorare realisieren. Dadurch soll kein Patient mehr ungerecht behandelt werden, kein Privatpatient einem Kassenpatienten vorgezogen werden.

In radikaleren Überlegungen zu einer Bürgerversicherung sollen Ärzte Angestellte des Staates (bzw. der Staatsmedizin) sein und die medizinische Infrastruktur durch den Staat betrieben werden.

Mit der aktuellen Studie „Budget impact Bürgerversicherung“ untersucht das Kieler Institut für Mikrodatenanalyse, welche finanziellen Auswirkungen sich bei einer ausgabenbudgetneutralen Ausgestaltung einer Bürgerversicherung ergeben. Ausgabenbudgetneutrale Ausgestaltung bedeutet: Die Pro-Kopf-Ausgabenstrukturen von GKV und PKV werden vereinheitlicht, sodass die Ausgaben des Systems bzw. die Einnahmen der Leistungsanbieter im großem Schnitt (aber nicht im Einzelfall) auf einem unveränderten Niveau bleiben.

Die Daten-Analysen zeigen, dass die finanziellen Gewinner eines solchen Manövers die PKV-Versicherten, die PKV-Unternehmen und die Beihilfeträger wären. In Summe könnten dort die Aufwendungen um 40 Prozent abgesenkt werden. Für die ambulante Versorgung bedeutet das: Im Gegensatz zum Status quo würden die GOÄ-Honorare um 40 Prozent abgesenkt werden.

Prognose: Zusatzbeitrag steigt um 1,5 Prozent

Zur Kompensation (in einer ausgabenbudgetneutralen Ausgestaltung) müsste der EBM leicht angehoben werden. Ebenso die Vergütung im Krankenhaus und in der Apotheke. Insgesamt geht es um „nur“ knapp 18 Mrd. Euro jährlich, die zur ausgabenseitigen Bürgerversicherungs-Vereinheitlichung von heute GKV-Versicherten zusätzlich zu zahlen wären. Dies entspricht einem Anstieg im Zusatzbeitragssatz um 1,5-Prozentpunkte.

Zusammenfassend würde die Einführung einer Bürgerversicherung das Folgende bedeuten: Heute GKV-Versicherte zahlen ein bisschen mehr in das Gesundheitssystem ein, heute PKV-Versicherte und ihre Kostenerstatter bezahlen deutlich weniger; zusätzlich könnten die PKV-Unternehmen wohl 210 Mrd. Euro an Alterungsrückstellungen einbehalten, da die Alterungsrückstellungen im Fall einer Bürgerversicherung nicht mehr benötigt werden (Kapitaldeckung wird obsolet).

In der ambulanten Versorgung würde die Vereinheitlichung des Systems in einer Bürgerversicherung dort Verwerfungen hervorrufen, wo privatärztliche Honorare in der Arztpraxis eine (überdurchschnittliche) Bedeutung haben. Es gilt: Je höher heute der Anteil der Privathonorare am Arztpraxis-Gesamthonorar ist, desto größer sind die Einnahmeverluste in einer Bürgerversicherung (und umgekehrt). Ein Systemumstieg in eine Bürgerversicherung ohne Verlierer auf der ambulanten Seite ist unwahrscheinlich. ←

Praxis-Workshop elektronischer Arztbrief „und es geht doch!“

Erstellen | Versenden | Empfangen

Der Einstieg in die neue Technik fällt nicht jeder Praxis leicht. Zumal einige Praxisverwaltungssysteme ihre Tücken haben. In diesem Workshop zeigen wir, was Sie tun können, um das Erstellen und Versenden von eArztbriefen gut in den Praxisablauf zu integrieren. Unter anderem diese Fragen werden konkret beantwortet: Wie wird der eArztbrief in Ihrem Praxisverwaltungssystem am besten erstellt? Wie kann ich das Versenden und Empfangen komfortabel organisieren? Wie profitiere ich von der Förderung der KV Bremen (GOP 99600, ein Euro für jeden eArztbrief)? Dabei vermitteln die Mitarbeiterinnen des Kодиerteams der KV Bremen nützliche Tipps im Umgang mit den jeweiligen Praxisverwaltungssystemen.

Zielgruppe:

Ärzte | Medizinische Fachangestellte | Praxismanager | Auszubildende

Teilnehmerzahl begrenzt | max. 2 pro Praxis

Termine:

- ⇒ 4. Oktober | 15 bis 17:30 Uhr
für Anwender von Medistar und Quincy
- ⇒ 11. Oktober | 15 bis 17:30 Uhr
für Anwender von Turbomed und Albis
- ⇒ 18. Oktober | 15 bis 17:30 Uhr
für Anwender von Medatixx-Systemen
- ⇒ 1. November | 15 bis 17:30 Uhr
für Anwender von M1 und Medical-Office
- ⇒ 23. November | 15 bis 17:30 Uhr
für Anwender von Smarty und PsyPrax

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstraße 26/28 | 28209 Bremen

Fortbildungspunkte: 4

Teilnahmegebühr: keine

Referenten: Nina Arens | Angelika Ohnesorge | Jennifer Ziehn

Anmeldung: Formular im Landesrundsreiben | Fax 0421.34 04-36373

Voraussetzung für Ihre Praxis: KV Connect (nicht für den Workshop)
– Anträge bei der KV Bremen erhältlich –

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

Empfängnisregelung

Darf bei Patientinnen über dem 55. Lebensjahr die GOP 01820 oder GOP 01821 abgerechnet werden?

Nein. Bei Patientinnen, die jünger als zehn Jahre bzw. älter als 55 Jahre alt sind, werden die GOP 01820 und 01821 ersatzlos gestrichen. Dieser Ausschluss

gilt für alle Leistungen der Empfängnisregelung des Kapitels 1.7.5 EBM (GOP 01820 bis 01840). **(A2)**

Ringversuche

Müssen alle Mitglieder eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) getrennt an Ringversuchen teilnehmen?

Nach den Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen ist die Teilnahme an Ringversuchen entsprechend den in den speziellen Richtlinienteilen aufgeführten Häufigkeiten an jedem „Stand-

ort“ verpflichtend. Nach Einschätzung des Kompetenzzentrums Labor der KBV erscheint diese Vorgabe durch die Teilnahme an einem Ringversuch pro Betriebstätte (Standort) in der durch die Richtlinie vorgegebenen Häufigkeit als erfüllt. **(A2)**

Verordnung

Darf im Vertretungsfall eigentlich nur eine kleine Medikamentenpackung (N1) verordnet werden?

Nein. Die Verordnung einer N3-Packung ist erlaubt und bei chronisch kranken Patienten im Regelfall auch wirtschaftlicher. Durch den Weg-

fall der Richtgrößenprüfung für Arznei- und Verbandmittel ist die Vertretung eines Kollegen bzw. einer Praxis hier kein Budgetproblem. **(VR)**

Online-Arztsuche

Wieso ist meine Praxis bei der Arztsuche auf der KV-Homepage nicht zu finden?

Sie haben vermutlich die „Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung von arzt- und praxisbezogenen Daten in der Online-Arztsuche der KV Bremen und im Ärzteverzeichnis der KV Bremen“ noch nicht eingereicht. Dieses

Formular wird allen neu zugelassenen Ärzten und Psychotherapeuten mit diversen anderen Formularen von der KV Bremen zugeschickt. Es ist auch direkt auf der KV-Homepage abrufbar unter: www.kvhb.de/arztsuche **(RZ)**

Für sieben Tage: Krankenhausärzte dürfen verordnen und AU schreiben

Ab dem 1. Oktober 2017 dürfen Kliniken im Rahmen des Entlassmanagements Arznei- und Hilfsmittel verordnen und Krankmeldungen für bis zu sieben Tage ausstellen. Krankenhausärzte müssen den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig über Therapie und Medikamente informieren.

↳ Für die Zeit einer stationären Behandlung des Patienten dürfen im ambulanten Bereich keine Rezepte ausgestellt werden. Der Komplettersorgung durch das Krankenhaus mit z. B. allen notwendigen Arzneimitteln schließt sich zum 1. Oktober 2017 für eine lückenlose Versorgung noch ein Entlassmanagement an. Krankenhäuser dürfen dann für begrenzte Zeiträume Rezepte ausstellen oder die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.

Die Krankenhäuser sind gesetzlich (§ 39 Abs. 1a SGB V) verpflichtet, für Patienten nach voll- oder teilstationärem Aufenthalt oder nach Erhalt „stationsäquivalenter“ Leistungen ein Entlassmanagement anzubieten. Das Gesetz trat schon 2015 in Kraft. Wie bereits berichtet, hatte sich die konkrete Umsetzung bisher allerdings verzögert.

Krankenhäuser dürfen verordnen

Krankenhäuser dürfen ab 1. Oktober 2017 für einen Versorgungszeitraum von bis zu sieben Tagen nach Entlassung:

- Arznei- (kleinste Packungsgröße) und Verbandmittel,
- Heilmittel (z.B. KG)
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege oder
- Soziotherapie

verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Es gelten für die Verordnungen im Krankenhaus die gleichen Regelungen wie in der Arztpraxis, dies gilt ausdrücklich auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen durch den Krankenhausarzt.

Entlassbrief wird Pflicht

Künftig haben alle Patienten gegenüber dem Kranken-

haus Anspruch auf ein Entlassmanagement inklusive Entlassplan und Entlassbrief. Der Entlassbrief ist ein zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Der Patient – und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt – erhält am Tag der Entlassung zumindest einen vorläufigen Entlassungsbrief. Ebenfalls muss ein für das Entlassungsmanagement verantwortlicher Mitarbeiter als Ansprechpartner im Krankenhaus mit Telefonnummer benannt werden (die Erreichbarkeit dort ist sicherzustellen).

Krankenhausärzte müssen den weiterbehandelnden Vertragsarzt auch über die Therapie des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung und – bei Arzneimitteln – über Änderungen der bei Krankenhausaufnahme bestehenden Medikation informieren. Um dies sicherzustellen, soll ein interner Entlassplan aufgestellt und der weiterbehandelnde Arzt frühzeitig kontaktiert werden.

Krankenkassen sind auch gefordert

Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch den zuständigen Kostenträger (Kranken- oder Pflegekasse) festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zu diesem auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bekannten Versorgungsbedarfs, zum Beispiel in den Bereichen Pflege, Rehabilitation oder Hilfsmittel der Fall sein. Das Krankenhaus soll den Kontakt zum Kostenträger noch vor Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers, zum Beispiel eines Sanitätshauses, aufnehmen. ←

→ VERORDNUNG WÄHREND EINER STATIONÄREN BEHANDLUNG

Bei stationärer Behandlung (auch teilstationär) ist das Krankenhaus für die Versorgung mit Arzneimitteln zuständig. Eine vertragsärztliche Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung während einer Krankenhausleistung ist daher nicht zulässig.

Auch bei einer stationären Rehabilitation kann die Zuständigkeit für die Arzneimittelversorgung bei der Einrichtung liegen. Befindet sich der Patient zum Beispiel wegen einer Herz-Kreislauferkrankung in der Rehabilitation, so sind die Herz-Kreislaufmedikamente auch von der Reha-Einrichtung zu stellen. Teilweise wird die Rechtsauffassung vertreten, dass bei Reha-Maßnahmen der Rentenversicherung die Einrichtung unabhängig von der Erkrankung sogar alle notwendigen Arzneimittel für die Dauer des Aufenthaltes stellen muss.

Eine Vorratsverordnung vor der Maßnahme scheidet in diesen Fällen aus. Sofern sich Patienten aus der Reha mit einem Rezeptwunsch melden, sollten sie für den notwendigen Arzt-Patientenkontakt vor einer Verordnung grundsätzlich vorrangig an einen niedergelassenen Arzt am Ort der Einrichtung wenden.

→ KRANKENHÄUSER UND ÄRZTE BEKOMMEN NUMMERN

(Krankenhaus-)Arztnummer

Ab dem 1. Oktober 2017 wird Übergangsweise eine sogenannte Fachgruppennummer verwendet. Sie wird den einzelnen Ärzten direkt durch das Krankenhaus, nicht durch die KV zugeteilt. Es ist vorgesehen, dass spätestens bis zum 1. Januar 2019 alle Krankenhausärzte über eine eindeutig zuordenbare Krankenhausarzt Nummer verfügen.

Betriebsstättennummer

Um die Leistungen dem Entlassmanagement zuordnen zu können, benötigen Krankenhäuser zusätzlich eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR). Krankenhausärzte verwenden die BSNR nur beim Entlassmanagement.

Denn über die Nummer soll eindeutig erkennbar sein, dass es sich um eine Verordnung im Rahmen des „Entlassmanagements“ handelt. Krankenhäuser können die versorgungsspezifische BSNR für das Entlassmanagement bei der KV beantragen.

Diese BSNR setzt sich folgendermaßen zusammen:

Stellen 1 und 2: Die festen Ziffern „75“

Stellen 3 und 4: Der KV-Landes- oder Bezirksstellenschlüssel

Stellen 5 bis 9: Von der KV dem Krankenhaus zugeordnete Nummer.

Auch Krankenhäuser, die aus anderen Versorgungsbereichen bereits eine oder mehrere BSNR besitzen, müssen eine versorgungsspezifische BSNR für das Entlassmanagement beantragen. Die Weiterverwendung alter, nicht mit „75“ beginnender Betriebsstättennummern ist im Entlassmanagement nicht möglich.

Meldungen & Bekanntgaben

↳ ABRECHNUNG

Abgabe der Endabrechnung 3/2017

→ Die Online-Abrechnung kann jederzeit ab dem 20. September 2017 bis zum 8. Oktober 2017 an die KV Bremen übermittelt werden. Eine Abrechnung gilt nur dann als fristgerecht eingereicht, wenn sie bis zum 8. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals um 23:59 Uhr bei der KV Bremen eingegangen ist.

→ Bitte beachten Sie: Auch die begleitenden Unterlagen zur Quartalsabrechnung auf Papier müssen bis zum 8. Oktober 2017 bei der KV Bremen eingegangen sein. Diese können Sie uns per Post zusenden oder persönlich abgeben.

→ Für die persönliche Abgabe in Bremen haben wir für Sie montags bis donnerstags durchgehend von 8.00 bis 16.00 Uhr und freitags von 8.00 bis 14.00 Uhr geöffnet.

→ In Bremerhaven haben wir an folgenden Tagen für Sie geöffnet:

Montag, 02.10.2017	8.00 bis 16.00 Uhr
Mittwoch, 04.10.2017	10.00 bis 17.00 Uhr
Donnerstag, 05.10.2017	8.00 bis 16.00 Uhr
Freitag, 06.10.2017	8.00 bis 14.00 Uhr

→ Ab dem 9. Kalendertag des ersten Monats nach dem Abschluss des Quartals wird auf dem Online-Portal ein Hinweis auf eine möglicherweise vorliegende Fristverletzung eingeblendet (übrigens auch bei denjenigen, für die eine Fristverlängerung genehmigt wurde). In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an Frau Kuczkowicz, Tel.: 0421/3404-301 (Team 1) oder an Frau Hartwig, Tel.: 0421/3404-320 (Team 2).

→ Details finden Sie in den Abrechnungsrichtlinien, § 3 Abgabe der Abrechnungsunterlagen (Fristen): www.kvhb.de/abrechnungsrichtlinien

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

↳ ABRECHNUNG

Neue Leistungen in der Palliativmedizin zum 1. Oktober

→ Ab 1. Oktober 2017 werden acht neue GOP für palliativmedizinische Leistungen in den EBM aufgenommen und extrabudgetär zu festen Preisen vergütet.

→ Für die Berechnung der neuen GOP ist zum Teil eine Genehmigung der KV vorausgesetzt. Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind alle Hausärzte sowie Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung berechtigt, die praktische Qualifikationen (z.B. Betreuung von Palliativpatienten) sowie theoretische Kenntnisse durch Weiterbildung (Palliativmedizin, geriatrische Grundversorgung oder Spezielle Schmerztherapie) nachweisen können. Welche Leistungen es genau sind, entnehmen Sie der nachstehenden Tabelle:

Berechtigte Ärzte	GOP/Leistung	Bewertung/Auszug der Leistungsinhalte
Vertragsärzte mit Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä und vorhandener Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung	GOP 37300 „Palliativmedizinische Ersterhebung“	→ Bei dieser Leistung kann der Arzt anhand eines Assessments den individuellen palliativen Bedarf des Patienten ermitteln, zum Beispiel für eine Schmerztherapie. → Die Leistung wird mit 41,28 Euro (392 Punkte) vergütet und kann einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.
	GOP 37302 „Kordinationspauschale“	→ Die GOP 37302 wird mit 28,96 Euro (275 Punkte) vergütet und kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. → Für die Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung erhalten die teilnehmenden Haus- und Fachärzte einen Zuschlag zur Versicherten- bzw. Grundpauschale. Hierbei geht es vor allem um die Zusammenarbeit mit Palliativdiensten, SAPV-Teams und Hospizen.
	GOP 37317 „Telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen“	→ Zuschlag zur GOP 37302 für die Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft des koordinierenden Arztes in Abstimmung zwischen dem Arzt und dem Patienten und/oder den Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter. → Die GOP 37317 kann nur außerhalb der Sprechstundenzeiten, am Wochenende (Sa/So), an gesetzlichen Feiertagen und am 24./31. Dezember in kritischen Phasen, die nicht über die Maßnahmen des qualifizierten Schmerztherapie-, Therapie-, und/oder Notfallplans zu beheben sind abgerechnet werden. → Die Leistung wird mit 150,05 Euro (1.425 Punkte) vergütet und kann einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.
	GOP 37318 „Telefonische Beratung von mind. 5 Min. Dauer“	→ Telefonischer Kontakt des Arztes mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Angehörigen, dem Pflegepersonal und/oder dem Krankenhaus → je Telefonat von mindestens 5 Minuten Dauer außerhalb der Sprechstundenzeiten zwischen 19 Uhr und 7 Uhr sowie ganztätig am Wochenende und gesetzlichen Feiertagen. → Die GOP 37318 wird mit 22,43 Euro (213 Punkte) vergütet und kann im Behandlungsfall auch neben der Versicherten-bzw. Grundpauschale abgerechnet werden.
	GOP 37305 „Zuschlag zu den GOP 01410 (Besuch) oder 01413 (Mitbesuch)“	→ Der Zuschlag kann je vollendete 15 Minuten bis zu sechsmal am Behandlungstag, also für Besuche von bis zu 1,5 Stunden berechnet werden. → Die Leistung wird mit 13,06 Euro (124 Punkte) vergütet
	GOP 37306 „Zuschlag zu den GOP 01411, 01412 und 01415 (Dringende Besuche)“	→ Der Zuschlag kann je Besuch berechnet werden und wird mit 13,06 Euro (124 Punkte) vergütet.
Vertragsärzte, die an einer Versorgung eines Palliativpatienten beteiligt sind	GOP 37320 „Fallkonferenz (gemäß Anlage 30 BMV-Ä)“	→ Patientenorientierte Fallbesprechung (auch telefonisch) unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind. → Die GOP 37320 wird mit 6,74 Euro (64 Punkte) vergütet und ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Konsiliarisch tätige Ärzte mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und vorhandener Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung	GOP 37314 „Konsiliarische Erörterung durch Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“	→ Bei erforderlichen konsiliarischen Erörterungen und Beurteilungen komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin → Die GOP 37314 darf im Behandlungsfall nicht neben einer Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale abgerechnet werden → Die Leistung wird mit 11,16 Euro (106 Punkte) vergütet und kann nur einmal im Behandlungsfall berechnet werden.

→ Auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln werden ab 1. Oktober 2017 extrabudgetär vergütet.

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

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

Fragen zu Genehmigung

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

Bessere Vergütung in der Substitutionsbehandlung – auch beim Hausbesuch

- Die Substitutionsbehandlung wird ab 1. Oktober besser vergütet. Ärzte erhalten für die Take-Home-Vergabe und die konsiliarische Untersuchung mehr Honorar. Zudem kann eine Substitutionsbehandlung nun auch im Rahmen eines Hausbesuches über den EBM abgerechnet werden.
- Für die Take-Home-Vergabe wird die GOP 01949 in den EBM neu aufgenommen. Sie wird mit 69 Punkten bewertet (7,27 Euro) und ersetzt die GOP 01950T. Die GOP 01949 wird extrabudgetär vergütet.
- Die neue GOP ist je Behandlungstag, aber höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig. Kommt der Take-Home-Patient jedoch öfter in die Praxis, kann dieser Kontakt bei Vorliegen einer medizinischen Begründung über die GOP 01950 zusätzlich abgerechnet werden. Mit der neuen GOP wird der Beratungs- und Gesprächsaufwand zur Prüfung der Voraussetzungen für die Behandlung im Rahmen der Take-Home-Vergabe honoriert. Wegen des Missbrauchsrisikos bei der Take-Home-Vergabe obliegt dem behandelnden Arzt eine besondere Verantwortung.
- Die neue GOP 01949 können die Ärzte abrechnen, die bisher die GOP 01950T abgerechnet haben.
- Ärzte können nun in begründeten Einzelfällen ein Substitutionsmittel auch für bis zu 30 Tage zur eigenverantwortlichen Einnahme verschreiben. Bislang war ein solch langer Zeitraum für die Take-Home-Vergabe in begründeten Einzelfällen nur für Aufenthalte im Ausland möglich.
- Eine weitere GOP 01960 wurde für die konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Konsiliarverfahren in den EBM aufgenommen. Diese GOP wird mit 90 Punkten (9,48 Euro) bewertet und extrabudgetär vergütet. Die neue GOP 01960 können ausschließlich suchtmedizinisch qualifizierte Ärzte abrechnen, die über eine Genehmigung verfügen. Ein Antrag auf Genehmigung für diese GOP ist die bisherigen Inhaber der Substitutionsgenehmigung nicht erforderlich.
- Hintergrund: Nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) muss sich ein nicht suchtmedizinisch qualifizierter Arzt zu Beginn der Behandlung eines Opiatabhängigen mit einem suchtmedizinisch qualifizierten Kollegen abstimmen und sicherstellen, dass sich sein Patient mindestens einmal in jedem Quartal in einer Konsiliarbehandlung dort vorstellt. Bislang wurden diese Konsultationen über eine Grundpauschale innerhalb des Budgets abgerechnet. Mit der GOP 01960 wird auch die steigende Zahl von Konsiliarverfahren berücksichtigt, denn mit den nunmehr vorgenommenen Änderungen der BtMVV dürfen Ärzte ohne zusätzliche Qualifikation zehn statt bislang drei Patienten substituieren, wodurch auch die Zahl der Konsultationen zunehmen dürfte.
- Eine Substitutionsbehandlung kann ab 1. Oktober auch im Rahmen von Hausbesuchen erfolgen, wenn der Patient wegen des Vorliegens einer chronischen Pflegebedürftigkeit oder aufgrund einer nicht im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Erkrankung nicht in die Praxis kommen kann. Eine Substitutionsbehandlung als alleiniger Grund für einen Hausbesuch ist demnach nicht berechnungsfähig. Abgerechnet wird über die bekannte GOP für Hausbesuche (01410 und 01413 für Mitbesuche) sowie die GOP 01950 oder GOP 01949 für die Substitutionsbehandlung während des Hausbesuches.

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

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

Fragen zu Genehmigung

KAI HERZMANN
0421.34 04-334 | k.herzmann@kvhb.de

VIER STELLEN UNS VOR:

DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus



Zertifiziertes Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Dr. med. Martin Sommerauer
Dr. med. Karen Wimmer
Prof. Dr. med. Stephan M. Freys
Fon 0421-6102-1741

Kompetenzen:

- :: Diagnostik von Erkrankungen und Funktionsstörungen des Beckenbodens und der Beckenorgane
- :: Beckenbodengymnastik, Biofeedback, medikamentöse Therapie
- :: Operative Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- :: Schlingen und Ballonsysteme zur Korrektur der Organlage
- :: Reparatur mit Eigengewebe
- :: Umspritzung der Harnröhre zur Wiederherstellung der Verschlussfunktion
- :: Botoxinjektion zur Behandlung einer >überaktiven Harnblase<
- :: Künstlicher Schließmuskel
- :: Sakrale Neurostimulation (Blasen- und Darmschrittmacher)
- :: Minimalinvasive Senkungsoperationen
- :: Einlage von Netzen zur Stabilisierung der Beckenbodenfunktion

Krankenhaus St. Joseph-Stift



Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation, Zertifiziertes klinisch-osteologisches Schwerpunktzentrum (DVO)

Leitung: Dr. med. Thomas Brabant
Fon 0421-347-1652
tbrabant@sjs-bremen.de

Kompetenzen:

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

Roland-Klinik



Zentrum für Schulterchirurgie, Arthroskopische Chirurgie und Sporttraumatologie

Leitung: Dr. med. Rüdiger Ahrens
Fon 0421-8778-372 (Terminvergabe), -291 (Sekretariat)
orthopaedie2@roland-klinik.de

Kompetenzen:

- :: Arthroskopien an Schulter, Ellenbogen, Hüfte, Knie und Sprunggelenk (Gelenkerhalt)
- :: Enge- und Impingementsyndrom (Schulter)
- :: Sportverletzungen aller Art (z. B. Kreuzband, Meniskus- und Muskelverletzungen, Bänder- oder Sehnenrisse)
- :: Instabilitäten an Ellenbogen- und Schultergelenk
- :: Schleimbeutelentzündungen, freie Gelenkkörper und Knorpelschäden (an allen Gelenken)
- :: Behandlung /arthroskopische Naht von Rissen der Rotatorenmanschette
- :: Operative Behandlung von Arthrosen am Schulter-/Schulter-eckgelenk sowie Endoprothetik (individuelle Implantatwahl)
- :: Arthroskopische Reparatur von Knorpelschäden und Knochenabtragung (Hüfte und Knie)
- :: Hochmoderne Ultraschall Diagnostik

Rotes Kreuz Krankenhaus



Kardiologie

Leitung: Prof. Dr. med. Rüdiger Blind,
Prof. Dr. med. Karl-Christian Koch
Fon 0421-5966-0621
blindt.r@roteskreuzkrankenhaus.de

Kompetenzen:

- :: Diagnostik und Therapie des akuten koronaren Syndroms
- :: Diagnostik und Therapie der stabilen Angina pectoris
- :: Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz
- :: Komplexe koronare Interventionen
- :: Koronare Funktionsdiagnostik (intravaskulärer Ultraschall, Messung der fraktionellen Koronarflussreserve)
- :: Interv. Behandlung der Mitralsuffizienz (Mitralklappen-Clipping)
- :: Interv. Verschluss von persistierendem Foramen ovale bei kryptogenem Insult
- :: Interv. Verschluss von Vorhofseptumdefekten
- :: Interv. Verschluss des linken Vorhofs bei Vorhofflimmern
- :: Schrittmacherimplantation
- :: Implantation Kardioverter/Defibrillator
- :: Kardiale Resynchronisierungstherapie
- :: Spezialsprechstunde Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)

Spezialisierte Geriatrische Diagnostik: Kein Überweisungsvorbehalt für Hausärzte mehr

- Zum 1. Oktober 2017 können geriatrisch spezialisierte Hausärzte für ihre Patienten selbst das weiterführende geriatrische Assessment durchführen und dafür die GOP 30984 abrechnen.
- Hierfür sind zukünftig keine Überweisungen zu einem anderen Arzt mehr erforderlich. Stattdessen wird das Vier-Augen-Prinzip durch eine Bescheinigung eines anderen spezialisierten Geriaters über das erforderliche Assessment durchgeführt. Der geriatrisch spezialisierte Hausarzt kann dafür die GOP 30981 (Vorabklärung durch den geriatrisch spezialisierten Vertragsarzt) abrechnen.
- Das Verfahren wurde auch in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vereinfacht. Das bedeutet: Ist in einer BAG oder einem MVZ ein geriatrisch spezialisierter Arzt zusammen mit einem Vertragsarzt tätig, kann die GOP 30984 (weiterführendes geriatrisches Assessment) ohne Überweisung durchgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass sich die Notwendigkeit für das weiterführende geriatrische Assessment aufgrund eines hausärztlich geriatrischen Basisassessments nach der GOP 03360 ergibt.
- Da der Aufwand für die Abstimmung innerhalb eines MVZ oder einer BAG geringer ist, wird die Vergütung der Vorabklärung (GOP 30980 und GOP 30981) wie folgt halbiert. Die GOP 30980 und 30981 sind von den Praxen mit dem Suffix „D“ selbst abzurechnen.
 - GOP 30980D: 10,21 Euro (statt 20,43 Euro)
 - GOP 30981D: 6,90 Euro (statt 13,79 Euro)
- Für die Berechnung der GOP 30984 ist eine Genehmigung der KV erforderlich.

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

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

Fragen zu Genehmigung
JENNIFER BEZOLD
0421.34 04-118 | j.bezold@kvhb.de

Patientenerklärung bei im Ausland versicherten Patienten muss vollständig ausgefüllt sein

- Nach Auskunft der AOK Bremen/Bremerhaven fehlen leider auf eingehenden Formularen „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ (EHIC) häufig die Angabe zum Behandlungsbeginn sowie der Arztstempel. Bitte beachten Sie daher folgendes, bevor Sie einen Patienten aus dem Ausland behandeln:
 - Kopieren Sie die EHIC bzw. die Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) zweifach und versehen die Kopien mit Datum (Behandlungsbeginn), Unterschrift und Stempel. Bitte achten Sie auf die Vollständigkeit und Lesbarkeit der Kopien.
 - Händigen Sie dem Patienten das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ aus und lassen Sie den Patienten das Formular ausfüllen und unterschreiben. Hier soll der Patient auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse angeben, da der Patient eine Krankenkasse am Aufenthaltsort bzw. – wenn ein solcher nicht feststellbar ist (z. B. bei Durchreise) – am Praxissitz wählen kann. Bitte achten Sie darauf, ob die Patientenerklärung vollständig ausgefüllt ist.
 - Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB sowie das Original der „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ umgehend an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Bitte achten Sie darauf, ob diese abrechnungsbegründenden Unterlagen vollständig und lesbar ausgefüllt sind.

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

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

Epilation bei Mann-zu-Frau-Transsexualität wird ab Oktober EBM-Leistung

- Ab 1. Oktober 2017 werden neue GOP in den EBM-Abschnitt 2.3 (Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen) für die Epilation mittels Lasertechnik aufgenommen. Die Vergütung ist extrabudgetär.
- Das Verfahren zur Entfernung von Körperhaaren darf nur bei geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Mann-zu-Frau-Transsexualität abgerechnet werden.
- Die neuen Leistungen können von Hautärzten, Chirurgen und Gynäkologen für die Epilation im Gesicht und/oder am Hals sowie an einer Hand und/oder beiden Händen berechnet werden.

Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht und/oder am Hals

- GOP 02325 (88 Punkte / 9,18 Euro) Epilation bei einer Dauer von 5 Minuten
- GOP 02327 (70 Punkte / 7,30 Euro) Zuschlag zur GOP 02325 je weitere vollendete 5 Minuten Dauer
- Die GOP 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens viermal (entsprechend 20 Minuten) und im Krankheitsfall höchstens 32-mal (entsprechend 160 Minuten bzw. ca. 8 Sitzungen/Tage) berechnungsfähig.

Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand und/oder den Händen

- GOP 02326 (88 Punkte / 9,18 Euro) Epilation bei einer Dauer von 5 Minuten
- GOP 02328 (70 Punkte / 7,30 Euro) Zuschlag zur GOP 02326 je weitere vollendete 5 Minuten Dauer
- Die GOP 02326 und 02328 sind in Summe am Behandlungstag höchstens viermal (entsprechend 20 Minuten) und im Krankheitsfall höchstens 32-mal (entsprechend 160 Minuten bzw. ca. 8 Sitzungen/Tage) berechnungsfähig.

- Die Berechnung der GOP setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass eine Indikation für eine geschlechtsangleichende Maßnahme bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht. Sobald Informationen über das Prozedere vorliegen, wie der Arzt davon Kenntnis erlangt, werden wir informieren.

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

Inter- und Transsexualität: Regeln im EBM angepasst

- Geschlechtsspezifische GOP sind entsprechend dem organbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) künftig auch bei Personen berechnungsfähig, deren Geschlechtszugehörigkeit personenstandsrechtlich zwar als „männlich“ oder „weiblich“ eindeutig festgelegt ist, bei denen jedoch aufgrund Intersexualität oder Transsexualität nach Geschlechtsangleichung primäre Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorliegen.
- Ergänzend dazu wurde zum 1. Juli 2017 eine Pseudoziffer 88150 zur Kennzeichnung einer geschlechtsspezifischen GOP eingeführt. Das bedeutet: Ist auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kein „X“ für das unbestimmte Geschlecht enthalten, sondern beispielsweise eine Kennzeichnung „weiblich“ aufgrund von Transsexualität und handelt es sich um eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata, so ist für die Abrechnung der geschlechtsspezifischen GOP die Pseudoziffer 88150 als Zusatzkennzeichnung erforderlich.
- Zusätzlich ist bei der Abrechnung der Leistung als Begründung der ICD-10-Kode für Transsexualität oder für Intersexualität anzugeben. Die Pseudoziffer wird voraussichtlich ab dem 4. Quartal 2017 in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein. Bis dahin muss die Ziffer manuell eingegeben werden.

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

Start der Telematik-Infrastruktur wird um ein halbes Jahr verschoben

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

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

- Die Anbindung aller Ärzte und Psychotherapeuten an die Telematik-Infrastruktur wird um ein halbes Jahr auf den 31. Dezember 2018 verlegt. Damit verschiebt sich auch der Startschuss für das Versichertenstammdatenmanagement. Dies hat nun offiziell das Bundesgesundheitsministerium bestätigt.
- Der Gesetzgeber reagiert mit der Fristverlängerung auf die Lieferprobleme für einige Hardware-Komponenten. Dabei geht es insbesondere um die Konnektoren. Diese sind notwendig für den Anschluss an die Telematik-Infrastruktur. Der erste Konnektor ist für den Herbst dieses Jahres angekündigt, weitere Anbieter nennen Termine für Anfang 2018.
- Über die weitere Entwicklung wird Sie die KV Bremen auf dem Laufenden halten. Die wichtigsten Informationen sowie die Förderantrag für die Telematik-Infrastruktur sind auf einer Sammelseite auf der KV-Homepage zusammengefasst: www.kvhb.de/telematik-infrastruktur

eGK der ersten Generation sind ab Oktober nicht mehr einlesbar

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

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

- Elektronische Gesundheitskarten (eGK) der ersten Generation können ab dem 1. Oktober nicht mehr ins Praxisverwaltungssystem eingelesen werden. Die Betreibergesellschaft gematik hat diese eGK für ungültig erklärt.
- Die Generationsversionsnummern sind auf den eGK rechts oben direkt unterhalb des Wortes „Gesundheitskarte“ aufgedruckt. Aktuell gültig sind die eGK der Kartengeneration 1plus und 2. Nach Angaben der Krankenkassen sind nur noch wenige eGK der Generation 1 im Umlauf.
- Sollte ein Patient mit ungültiger eGK vorstellig werden, gilt diese Vorgehensweise:
 - Der Patient hat bis zum Quartalsende Zeit, eine gültige Gesundheitskarte oder eine gültige Ersatzbescheinigung seiner Krankenkasse (einen sogenannten papiergebundenen Anspruchsnachweis) nachzureichen.
 - Frühestens nach Ablauf von zehn Tagen kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatvergütung verlangen. Die muss er jedoch zurückerstatten, wenn der Patient bis Quartalsende eine gültige eGK oder einen gültigen Anspruchsnachweis vorlegt. Hinweis: Um einer Rückerstattung vorzubeugen, bietet es sich an, die Privatrechnung erst nach Quartalsende zu stellen.
 - In medizinischen Notfällen darf der Arzt das Ersatzverfahren anwenden.

Sprechstundenbedarf: Kommission veröffentlicht Änderungen

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

- Auf der Homepage der KV Bremen finden Sie den aktuellen Sprechstundenbedarfs-Katalog (Anlage 1 zur SSB-Vereinbarung). Der Katalog wurde am 4. August 2017 aktualisiert und berücksichtigt die Entscheidungen der letzten Sitzung der Bremer Sprechstundenbedarfskommission. Details können Sie einsehen unter: www.kvhb.de/sprechstundenbedarf

Neue Formulare zur Soziotherapieverordnung gelten ab Oktober

→ Ab dem 1. Oktober 2017 gelten zur Verordnung von Soziotherapie neue Formulare (Muster 26 und 28). Damit wird insbesondere dem seit 2015 erweiterten Indikationsbereich Rechnung getragen. Die Formulare werden aber auch übersichtlicher.

Muster 26: Verordnung von Soziotherapie

→ Auf dem Formular zur Verordnung von Soziotherapie wird jetzt abgebildet, dass Soziotherapie außerhalb des Bereichs des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen (Regelversorgung) auch für alle anderen Erkrankungen aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10 (F00 bis F99) verordnet werden kann. Es wird bei diesen Diagnosen künftig explizit nach „Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten“ und den „sonstigen (Fähigkeits-) Einschränkungen“ gefragt. Diese Angaben sind Voraussetzung, um für physische Erkrankungen und Störungen außerhalb der Regelversorgung Soziotherapie verordnen zu können. Mit der Angabe werden Nachfragen der Kostenträger (des MDK) reduziert.

→ Die Fragen zur Vorgeschichte des Patienten (stat. Aufenthalte) entfallen oder müssen nur noch eingetragen werden, wenn sie bekannt sind.

Muster 28: Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung

→ Auf dem Formular zur Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie wurde die Erklärung des verordnenden Arztes ergänzt, dass auch zur Überweisung an einen Psychotherapeuten ein Soziotherapeut hinzugezogen werden kann. Diese Ergänzung ist notwendig, da zukünftig auch Vertragspsychotherapeuten Soziotherapie verordnen dürfen.

→ Die alten Vordrucke dürfen ab 1. Oktober 2017 nicht mehr verwendet werden. Die Formulare können wie gewohnt über die KV Bremen bezogen werden.

MICHAEL SCHNAARS

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

Neue Formulare zur häuslichen Krankenpflege gelten ab Oktober

→ Ab dem 1. Oktober 2017 gelten neue Formulare zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP-Muster 12). Muster 12 wird anwenderfreundlicher, weil z.B. unsinnige Angaben entfallen. Der Verordnungsaufwand wird damit etwas reduziert.

→ Folgendes entfällt (Beispiele):

→ Eine gesonderte Begründung bei einer Verordnungsdauer von mehr als 14 Tagen ist nicht mehr notwendig (Begründung ergibt sich aus d. Diagnose u. den Einschränkungen, die HKP erforderlich machen)

→ Der zweite Durchschlag für den Pflegedienst („der Abrechnung beizufügen“) entfällt

→ Die Angaben zu den im Haushalt lebenden Personen im Kopfteil d. Formulars entfallen

→ Verordnungs-Vereinfachungen:

→ Die anzukreuzenden Leistungen sind nach Relevanz geordnet (beginnd mit Medikamentengabe)

→ Die Dauer der Verordnung einzelner Leistungen muss nur noch dann gesondert eingetragen werden, wenn diese Dauer vom Zeitraum der Gesamtverordnung abweicht

→ Neu:

→ Angabe der ordnungsrelevanten Diagnose (ICD-10-Code)

→ „Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen“

können eingetragen werden

- Das Formular wurde zudem um die neue Leistung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 37 Abs. 1a SGB V) ergänzt. Diese sogenannte Unterstützungspflege ist noch relativ neu im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und muss noch vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der HKP-Richtlinie ausgestaltet werden. Unterstützungspflege ist wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung – soweit keine Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XI vorliegt (Pflegegrade 2 -5) – verordnungsfähig.
- Die alten Vordrucke zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege dürfen ab 1. Oktober 2017 nicht mehr verwendet werden. Die Formulare können wie gewohnt über die KV Bremen bezogen werden.
- Die Richtlinie bzw. das Leistungsverzeichnis können Sie im Internet abrufen: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11

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

↳ VERORDNUNG

Krankenkasse will Wirtschaftlichkeit häuslicher Krankenpflege prüfen lassen

- Die aktuelle Fassung des Sozialgesetzbuch V ermöglicht die Wirtschaftlichkeitsprüfung fast aller ärztlich verordneter Leistungen – auch die Verordnung häuslicher Krankenpflege. Die erste Krankenkasse hat jetzt angekündigt, hiervon demnächst Gebrauch zu machen und entsprechende Anträge bei der Prüfungsstelle zu stellen.
- Typische Gründe dafür wären:
 - Medikamentengabe, obwohl die Stellung der Medikamente ausreichend gewesen wäre.
 - Blutzuckermessungen und Injektionen, obwohl die Insulintherapie eigenständig durchgeführt werden kann.
 - Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, obwohl der Patient in der Lage ist, die Kompressionsstrümpfe eigenständig auszuziehen.
- Die Krankenkassen zahlen die verordneten Pflegeleistungen zunächst, lassen ihre Erforderlichkeit aber vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen. Bei einer abschlägigen Stellungnahme des MDK kann bei der Prüfungsstelle die Feststellung beantragt werden, dass die Verordnung gegen die Richtlinien der häuslichen Krankenpflege verstößt und die bereits entstandenen Kosten zu erstatten sind. Die Regel „Beratung vor Regress“ gilt hier nicht, das heißt bereits bei einer erstmals festgestellten unzulässigen Verordnung würde eine Nachforderung anfallen.
- Die Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege können Sie im Internet abrufen: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/11

THOMAS ARNDT
0421.34 04-176 | t.arndt@kvhb.de

Fragen zur Richtlinie:
MICHAEL SCHNAARS
0421.34 04-154 | m.schnaars@kvhb.de

Zweites preisgünstiges Etanercept-Biosimilar auf dem Markt / Biosimilar-Verordnungsquoten beachten

→ Seit Juli dieses Jahres ist mit Erelzi ein zweites preisgünstiges Etanercept-Biosimilar auf dem Markt. Erelzi kann in den Stärken 25 mg oder 50 mg als Fertigspritze und in der Stärke 50 mg zusätzlich als Fertipen verordnet werden. Erelzi ist wie das erste Biosimilar-Präparat Benepali für die gleichen Anwendungsgebiete wie das Original Enbrel zugelassen. Die Biosimilar-Präparate sind zurzeit zwischen 16,5 und 19,1 Prozent preisgünstiger als Enbrel.

Arzneimittel	Anbieter*	PZN	Menge	Preis in €	Kosten/ DDD in €**	Kosteneinsparung pro DDD in %
Enbrel® 50mg Inj. Fertigspritze	(a) Pfizer	04492425	12 St.	5.231,36	61,03	
	(b) BB Farma	07753435	12 St.	5.069,00	59,14	
Benepali® 50mg Inj. Fertigspritze	(a) Biogen	11558047	12 St.	4.231,35	49,37	-19,1 zu (a)
	(b) Abacus	11879521	12 St.	4.212,93	49,15	-16,5 zu (b)
Erelzi® 50mg Inj. Fertigspritze	Hexal	11594333	12 St.	4.231,35	49,37	-19,5 zu (a)
						-16,9 zu (b)
						-19,1 zu (a)
						-16,5 zu (b)

Quelle Lauer, Stand: 15. August 2017 | Kosten ohne Abzug der gesetzlichen Rabatte | * (a) Original, (b) preisgünstigster Import
 ** DDD: definierte Tagestherapiedosis (nach WIdO), P = parenteral

→ Die wirtschaftliche Verordnung von Biologika wird in der Bremer Arzneimittel-Vereinbarung 2017 thematisiert: Bei der Verordnung von biologischen Arzneimitteln sollen – soweit verfügbar - in der Regel preisgünstige Biosimilar-Präparate ausgewählt werden. Das gilt insbesondere für Neueinstellungen. Für eine Reihe Biologika wurden Biosimilar-Mindestquoten festgelegt. Mindestens 20 Prozent der Etanercept-Verordnungen sollen auf Biosimilar-Präparate entfallen. Diese Quote wurde im 1. Quartal 2017 noch nicht erreicht. In Bremen entfielen lediglich 16,8 Prozent der Etanercept-Verordnungen auf Biosimilars. Bundesweit waren es bereits 26,0 Prozent.

→ Ausführliche Informationen zur Herstellung, Qualität und Sicherheit sowie zur therapeutischen Anwendung von Biosimilars, einschließlich der Umstellung der Therapie auf Biosimilars hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in einem „Leitfaden Biosimilars“ veröffentlicht: www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Biosimilars.pdf

→ Die AkdÄ empfiehlt ebenfalls, bei der Verordnung von Biologika sowohl bei der Erstverordnung als auch bei der Folgeverordnung zur Fortsetzung der Therapie grundsätzlich eine wirtschaftliche Verordnungsalternative auszuwählen. Voraussetzung ist, dass eine praxistaugliche Einzeldosisstärke (zur Vermeidung von Kosten durch Verwurf) sowie eine für die Behandlung geeignete Darreichungsform verfügbar sind und eine Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung vorliegt.

→ Wir möchten Sie bitten, verstärkt von der Möglichkeit der Verordnung der Etanercept-Biosimilars Benepali oder Erelzi Gebrauch zu machen.

Pharmazeutische Beratungs- und Prüfstelle im Land Bremen
DR. GERD KOTZKE
 0421.22 31 60

Fragen zur Arzneimittel-Richtlinie:
MICHAEL SCHNAARS
 0421.3404 154 | m.schnaars@kvhb.de

Hautschutzprodukte sind keine Kassenleistung

→ Bei einer reinen Wund- oder Fistelversorgung oder zum Hautschutz sind Produkte wie z. B. Cavidon nach Auskunft der AOK Bremen/Bremerhaven keine Kassenleistung. Es handelt sich um frei verkäufliche Medizinprodukte, die nicht in der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses (Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie) gelistet sind.

→ In letzter Zeit erreichen die AOK Bremen/Bremerhaven nach Auskunft von dort wiederholt Verordnungen für Hautschutzprodukte z.B. Cavidon, Hautschutzplatten, Pflasterentferner, etc. Diese Produkte werden im Rahmen der Stomaversorgung genehmigt bzw. sind vertraglich über die so genannte Stomapauschale abgegolten. Die AOK Bremen/Bremerhaven hat dazu Verträge geschlossen, die die Belieferung, Beratung und Einweisung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln und Verbandstoffen regeln, die für die Stomaversorgung im Rahmen der Produktgruppe 29 und bei Urostomie im Rahmen der Produktgruppen 15.25.05 – 15.25.06 des Hilfsmittelverzeichnisses benötigt werden.

→ Dies gilt für die Indikationen: Kolostomie, Ileostomie und Urostomie

→ Bei einer reinen Wund- und/oder Fistelversorgung oder lediglich als Hautschutz besteht keine Erstattungsfähigkeit für diese Produkte.

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

Einteilung zum Bereitschaftsdienst: Urlaubszeiten für 2018 vorsorglich melden

→ Die KV Bremen rät allen Mitgliedern, die zu einem Bereitschaftsdienst in der Zentrale Bremen-Stadt eingeteilt werden können, ihre Urlaubs-/Sperrzeiten vorsorglich zu melden. Dies gilt auch für Ärzte, die aktuell noch nicht eingeteilt wurden.

→ Alle Vertragsärzte können ab dem 1. Halbjahr 2018 damit rechnen, dass ihnen künftig mindestens ein Dienst pro Halbjahr zugeteilt wird. Die Dienstanzahl ist grundsätzlich davon abhängig, wie viele Ärzte sich freiwillig melden. Alle Dienste, die nicht durch den Pool der freiwilligen Ärzte abzudecken sind, werden per Zufallsprinzip verteilt.

→ Urlaubs- und Sperrzeiten lassen sich bequem über das Verwaltungssystem BD-online eintragen. Sie können die Zeiten auch schriftlich bis zum 15. Oktober melden per E-Mail (a.lange@kvhb.de) oder per Fax (0421. 34 04-109).

ANNIKA LANGE
0421.34 04-107 | a.lange@kvhb.de

Einteilung zum Bereitschaftsdienst richtet sich nach Versorgungsauftrag

→ Ab dem 1. Halbjahr 2018 werden alle in MVZ oder in Praxen angestellten Ärzte nicht mehr persönlich durch die KV Bremen zu Diensten im Bereitschaftsdienst eingeteilt.

→ Künftig richtet sich die Dienstanzahl nach den Versorgungsaufträgen. Die Zuteilung der Dienste wird über den verantwortlichen Arzt gesteuert. Dieser gibt die Verteilung der einzelnen Dienste der KV Bremen bekannt.

ANNIKA LANGE
0421.34 04-107 | a.lange@kvhb.de

Bereitschaftsdienst- ordnung der KV Bremen ist geändert

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

→ Die Vertreterversammlung hat in der Sitzung vom 13. Juni 2017 folgenden Beschluss gefasst und die Bereitschaftsdienstordnung der KV Bremen wie folgt geändert:

- Die Altersgrenze von 65 Jahren wird aufgehoben.
- Alle Fachgruppen werden zum Bereitschaftsdienst herangezogen.
- Ärztinnen werden während der Schwangerschaft und 24 Monate nach der Entbindung vom Bereitschaftsdienst befreit.

Drei-Tage-Seminar „Fit für jeden Notfall“: Jetzt anmelden

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

→ Die KV Bremen bietet in Zusammenarbeit mit der Heidelberger Medizinakademie vom 8. bis 10. Dezember ein dreitägiges Seminar unter dem Titel „Fit für jeden Notfall“ an. Die Fortbildung richtet sich an alle, die sich praxisnah über das gesamte Spektrum im Bereitschaftsdienst informieren wollen.

Bereitschaftsdienst-Seminar „Fit für jeden Notfall“
vom 8. – 10. Dezember 2017 in Bremen

Veranstaltungsort: Bürgerhaus Gemeinschaftszentrum Obervieland e.V.,
Alfred - Faust - Str. 4, 28279 Bremen

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

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

Refresher-Kurs für Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt

ANNIKA LANGE
0421.34 04-107 | a.lange@kvhb.de

→ Für Ärzte, die sich über das Behandlungsspektrum im Bereitschaftsdienst Bremen Stadt auf Stand bringen wollen und mehr über die Abläufe erfahren wollen, bietet die KV Bremen einen weiteren Refresherkurs am 15. November an.

Termin: 15. November 2017, 14.30 bis ca. 17.00 Uhr
Referenten: Dr. Ulrike Siegert-Keil und Dr. Lutz Hoins
Veranstaltungsort: KV Bremen, Vortragssaal,
Schwachhauser Heerst. 26/28, 28209 Bremen
Gebühr: keine
Fortbildungspunkte: 3
Anmeldung: Fax 0421.34 04-109 oder a.lange@kvhb.de

↳ BEREITSCHAFTSDIENST

Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt: Falsche Adresse auf Anrufbeantwortern und Praxishomepages

→ Die KV Bremen bittet ihre Mitglieder, gegebenenfalls die auf Praxishomepages und auf Anrufbeantwortern angegebene Adresse für den Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt zu überprüfen. Zufällige Stichproben haben gezeigt, dass teilweise noch der ehemalige Standort am Klinikum Bremen Mitte genannt wird. Die korrekte Anschrift lautet:

Ärztlicher Bereitschaftsdienst Bremen-Stadt
im St. Joseph-Stift, Bremen
Eingang Notaufnahme, Schubertstraße

→ Beachten Sie auch dies: Die bundesweit einheitliche Rufnummer für den Bereitschaftsdienst ist die 116117. Weitere Informationen insbesondere zu den Öffnungszeiten sind auf der Homepage der KV Bremen abrufbar:
www.kvhb.de/bereitschaftsdienst

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

↳ VERTRÄGE

IKK Nord: Beitritt zum Hausarztvertrag der IKK gesund plus

→ Die IKK Nord tritt zum 1. Oktober 2017 dem Vertrag zur hausärztlichen Versorgung zwischen der IKK gesund plus und der KV Bremen bei.

→ Für die Einschreibung des Patienten in den Hausarztvertrag gilt die GOP 99250.

→ Eine Teilnahme am Hausarztvertrag mit der IKK gesund plus bedeutet automatisch, dass auch Versicherte der IKK Nord in den Hausarztvertrag eingeschrieben werden können.

LAURA MATHIEU
0421.34 04-159 | l.mathieu@kvhb.de

↳ VERTRÄGE

Knappschaft: Neue Teilnahmeerklärung für Versicherte

→ Ab 1. Oktober 2017 gilt eine neue Teilnahmeerklärung für die Versicherten im Hausarztvertrag der Knappschaft. Die Erklärung wird um die Widerrufsfrist ergänzt. Alle Unterlagen zum Vertrag können im Internet abgerufen werden:
www.kvhb.de/hausarztvertrag

LAURA MATHIEU
0421.34 04-159 | l.mathieu@kvhb.de

↳ VERSCHIEDENES

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

→ Seit dem 10. September können praxisbezogene Feedback-Berichte zu den einzelnen DMP-Indikationen für den Berichtszeitraum 1. Juli 2016 bis 31. Dezember 2016 im Zugangsbereich des KV-Portals eingesehen werden.

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

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

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

Hypertonieschulung in der Arztpraxis

→ Die KV Bremen bietet im zweiten Halbjahr 2017 eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Hypertonieschulung in der Arztpraxis an.

Seminar:

ZI Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

Samstag, 4. November 2017, 9.00-17.00 Uhr

(Ärzte bis 13.00 Uhr und MFA bis 17.00 Uhr)

Mittwoch 8. November 2017, 9.00-17.00 Uhr (MFA)

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

Veranstaltungsort: KV Bremen,

Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen, Vortragssaal

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

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

OLGA FABRIZIUS

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

NäPa in Facharztpraxen: Genehmigung ist Voraussetzung

JENNIFER BEZOLD

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

→ Seit dem 1. Juli 2017 können Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA), die in Praxen der fachärztlichen Versorgung tätig sind, auch Besuche in der Häuslichkeit des Patienten vornehmen. Für die GOP 38202 und 38207 als Zuschläge zu den GOP 38100 und 38105 benötigt die Facharztpraxis eine Genehmigung der KV. Bestehende Genehmigungen für das Kapitel 38.3 EBM werden von der KV Bremen ohne erneute Antragstellung angepasst.

Nicht vergessen: Fortbildungen zu Hausarztverträgen und DMP

→ Zur Aufrechterhaltung der Teilnahme an den Hausarzt- und DMP-Verträgen müssen jährlich indikationsspezifische Fortbildungsnachweise bei der KV Bremen eingereicht werden. Bitte denken Sie auch in diesem Jahr an die Teilnahme an den entsprechenden Fortbildungen.

→ Die KV Bremen erkennt grundsätzlich Nachweise einer Fortbildungsveranstaltung an, die von einer Ärztekammer/ KV anerkannt oder zertifiziert wurden (z.B. Qualitätszirkel, Arzneimittelberatung, Seminare, Kongresse, Online CME-Fortbildung).

→ Bei Teilnahme am Hausarztvertrag ist der Nachweis einer Fortbildung zu Inhalten der Arzneimitteltherapie gemäß Bremer Arzneimittelregister (z.B. im Rahmen eines QZ) vorgesehen.

→ Nutzen Sie hierzu den neuen Service der Ärztekammer Bremen zur automatischen Datenübermittlung ihrer Fortbildungsveranstaltungen. Nähere Informationen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer:

www.aekhb.de/aerzte/fortbildung/2/4/index.html

www.aekhb.de/data/mediapool/ae_fb_datenweitergabe_kv.pdf

oder übermitteln Sie Ihre Nachweise per Fax an die 0421/ 3404- 347.

OLGA FABRIZIUS

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

LAURA MATHIEU

0421.34 04-159 | l.mathieu@kvhb.de

↳ VERSCHIEDENES

Neue Todesbescheinigungen liegen jetzt vor

- Die neuen Formulare zur Todesfeststellung liegen jetzt vor und können in der KV Bremen bzw. in der Geschäftsstelle in Bremerhaven zu den bekannten Öffnungszeiten bezogen werden.
- Bei den neuen Todesbescheinigungen handelt es sich um Mehrfachduscheibesätze mit sechs Durchschlägen. (Blatt 1: Leichenschauarzt, Blatt 2: Standesamt, Blatt 3 und 4: Rechtsmedizin/Gesundheitsamt, Blatt 5: verbleibt bei der Leiche, Blatt 6: Arzt/Ärztin).
- Das bisherige Formblatt „Todesbescheinigung“ kann aufgebraucht werden. Weil die Erstlieferung der neuen Formulare durch das Institut für Rechtsmedizin in der Anzahl limitiert ist, kann die KV nur eine begrenzte Stückzahl herausgeben.
- Den niedergelassenen Ärzten obliegt allein die Todesfeststellung. Sie nehmen nicht die qualifizierte Leichenschau vor. Diese nimmt in einem zweiten Schritt ein Leichenschauarzt vor. Informationen zum Verfahren sowie ein Fragen-Antwort-Katalog finden Sie auf der Homepage der KV Bremen: www.kvhb.de/bremen-fuehrt-qualifizierte-leichenschau-ein

WOLFGANG HARDER
0421.34 04-178 | w.harder@kvhb.de

↳ VERSCHIEDENES

Fachkunde im Strahlenschutz aktualisieren und einreichen

- Alle radiologisch tätigen Ärzte werden gebeten, die aktualisierte Fachkunde im Strahlenschutz bei der KV Bremen einzureichen. Die Fachkunden gelten befristet und müssen alle fünf Jahre aktualisiert werden. (Bestimmung Röntgenverordnung/Strahlenschutzverordnung)

SANDRA KUNZ
0421.34 04-329 | s.kunz@kvhb.de

↳ VERSCHIEDENES

Briefe an die KV nicht mehr an die Postfachadresse versenden

- Die KV Bremen wird demnächst das Postfach bei der Deutschen Post einstellen. Schreiben an die KV Bremen adressieren Sie daher bitte nicht mehr an die Postfachadresse, sondern an

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

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28
28209 Bremen

↳ VERSCHIEDENES

1. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin

- Die Universität Oldenburg lädt am 21. Oktober zum 1. Oldenburger Tag der Allgemeinmedizin ein. Die Veranstaltung richtet sich mit praxisorientierten, interaktiven Workshops an Hausärzte sowie Medizinische Fachangestellte. Programm, weitergehende Informationen und Anmeldung über: www.uni-oldenburg.de/tda

↳ VERSCHIEDENES

Zi startet Befragung zu Praxiskosten

- Einige Tausend niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erhalten in diesen Tagen Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Zum achten Mal bittet das Zi um Auskunft über die wirtschaftliche Situation der Arztpraxen. Bei der diesjährigen Befragungsrunde stehen operativ tätige Ärzte im Fokus.

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

Kleinanzeigen

Mitglieder der KV Bremen inserieren kostenlos. Ihre Annonce können Sie aufgeben unter www.kvhb.de/kleinanzeigen oder schreiben Sie eine E-Mail an kleinanzeigen@kvhb.de.
Anzeigenschluss ist der 28. September.

Hausärztliche–internistische Praxis

in HB –Nord sucht Praxispartner/in ab sofort.
Kontakt: Chiffre OY6237

Ärztliche/r Psychotherapeut/in

für Jobsharing gesucht. Praxis im Bremer Westen mit tiefenpsychologisch/traumatherapeutischem Schwerpunkt.
Kontakt: 0171-9391491

Suche WB-Assistent/in Allg.-Med.

Einzelpraxis mit 1.300 Patienten
(Vorsorge, DMP, HZV, Psychosomatik, Sono)
12 Mo. WB-Befugnis, Teilzeit möglich
spätere Assoziation bzw. Übernahme wünschenswert.
Kontakt: 0162-1043379

Versöhnung, Fachbuch, Klett-Cotta

Warum es keinen inneren Frieden ohne Versöhnung gibt.
– Am Ende einer Therapie sollte die Versöhnung stehen, für unsere Patienten und unsere Umwelt.
Autorin Angelika Rohwetter

Nachfolge für Hausarztpraxis mit breitem

naturheilkundlichem Spektrum gesucht
Alteingeführte Praxis, wirtschaftlich gesund und attraktiv im Zentrum von Bremen gelegen, ist ab Frühjahr 2018 zur Übernahme bereit.
Kontakt: 017640210318

Kollege/in gesucht

Kollege/in für große chirurgisch/unfallchirurgisch/orthopädische überörtliche BAG in Bremerhaven gesucht. Alle Kooperationsformen denkbar. Arbeitszeit frei wählbar, hoher Freizeitanteil. u. Verdienst
Kontakt: 0471-84161

Haben Sie Pläne für e. Niederlassung 2018?

Unsere hausärztlich-internistische Gemeinschaftspraxis in attraktiver, verkehrsgünstiger Lage im Bremer Osten bietet Ihnen den Einstieg oder Mitarbeit, gern auch in Teilzeit. Wir verfügen über ein erfahrenes, langjähriges MFA Team. Die Praxis ist gut organisiert und umsatzstark.
Kontakt : Amelia.Bremen@gmail.com

Praxisübertragung 2018

Umsatzstarke chir./unfallchir.-orthopäd. Praxis abzugeben. Termin in 2018 variabel. Für Chirurgen und Orthopäden geeignet.
Kontakt: Chiffre QA8459

Suche Weiterbildungsassistentin

oder -assistent für Psychiatrie/Psychotherapie ab 1.1.18; Ermächtigung für ein Jahr vorhanden.
Kontakt: 0421/2575245 oder email@micgo.de

So antworten Sie auf Chiffre-Anzeigen

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

Praxisübernahme Allgemeinpraxis

in Bremen-Hastedt
etablierte zentral gelegene Hausarztpraxis
(Allgemeinmedizin) in Bremen-Hastedt (1-2 Arztsitze)
sucht Nachfolger/in zur Praxisübernahme Anfang 2018
Kontakt: 01771907644

Hausärztliche-Gemeinschaftspraxis

in Bremen-Nord sucht Kollegen/in ab Jan.2018
zur Mitarbeit für 2 Tage in der Woche
und als Verstärkung in der Urlaubszeit
Kontakt: Chiffre SC0671

Allgemeinmedizinische

Gemeinschaftspraxis Neustadt
sucht Kollegin/en zur Anstellung oder Einstieg
KV-Sitz vorhanden, in Voll- oder Teilzeit, nettes Team,
breites Spektrum der Allgemeinmedizin, NHV,
Akupunktur / ab Januar oder später
Kontakt: 0177-8024591

Konservative Augenarztpraxis in Bremen

ab 2018 abzugeben
Kontakt: augenprax@gmx.de

www.kvhb.de/kleinanzeigen

Praxisübernahme Bremen Neustadt

Alt eingesessene(63Jahre, 2.Gen.) umsatzstarke
(gr. Patientst.) hausärztliche internistische
Gemeinschaftspraxis mit 2,75 KV-Sitzen sucht Ende
2017 oder Anfang 2018 Praxisnachfolger/in
Kontakt: dres.zimmer@t-online.de

Alteingeführte gutlaufende

helle moderne Allgemeinarztpraxis
im Bremer Westen sucht WBA /-in und oder potentielle
Nachfolger.
Familienfreundliche Arbeitszeiten sind möglich.
Kontakt: drmsteinkohl@gmail.com

Umsatzstarke Gyn-Praxis in Bremen

Mitte 2018 abzugeben
Kontakt: Chiffre RB9560

Biete 1/2 KV-Sitz in Hausarztpraxis

in Bremen Walle zum 1.1.2018
Kontakt: 0172-4233836

Hausarztpraxis Schwachhausen

Aus Altersgründen suche ich für meine Allgemeinpraxis
in sehr guter zentrumsnaher Lage und Verkehrsanbindung
eine/n Nachfolger/in zu Anfang 2018
Kontakt: auch SMS 015771820233

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. Thomas Drabinski, Christoph Fox, Dr. Jörg Hermann, Prof. Dr. Bernd Mühlbauer,
Michael Schaars | **Abbildungsnachweise:** Christoph Fox (S. 01 & S. 16); Marion Saris (S. 01 & S. 04f); Christoph Fox (S. 10f); angellodoco - Fotolia (S. 18);
KV Bremen (S. 40); | **Redaktion:** siehe Herausgeberin, Tel.: 0421.34 04-328, E-Mail: c.fox@kvhb.de | **Gestaltungskonzept:** oblik visuelle kommunikation |
Druck: BerlinDruck GmbH + Co KG | **Vertrieb:** siehe Herausgeberin

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

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

Jede Praxis ist anders und uns besonders wichtig.

 **Jetzt Individualität wählen!**



medatix 

Mit medatixx-Praxissoftware treffen Sie die richtige Wahl!
Für Sie haben wir medatixx entwickelt. Für Praxisinhaber, die ihren eigenen Weg gehen.
Zukunftsorientiert, mit Zeit für Familie und sich selbst und mit dem Blick für Wirtschaftlichkeit.
Das medatixx-Selbst-Update und die Flexibilität der Software sind die beste Basis für Ihre Ziele.

 **Wählen Sie medatixx und Sie wählen die Software, die zu Ihnen passt.**

Mehr erfahren unter: bundespraxiswahl.medatixx.de

Der Beratungsservice der KV Bremen

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

0421.34 04 -

Abrechnungsberatung

Team 1

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

Isabella Schweppe -300
Katharina Kuczkowicz -301

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

Petra Bentzien -165

Team 2

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

Daniela Scheglow -315
Lilia Hartwig -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

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 0421.34 04-159

Laura Mathieu ist Ihre Ansprechpartnerin für die KV-Hausarztverträge, für die Pflegeheimversorgung und die neue Rahmenvereinbarung „Bremer Ärzte“