

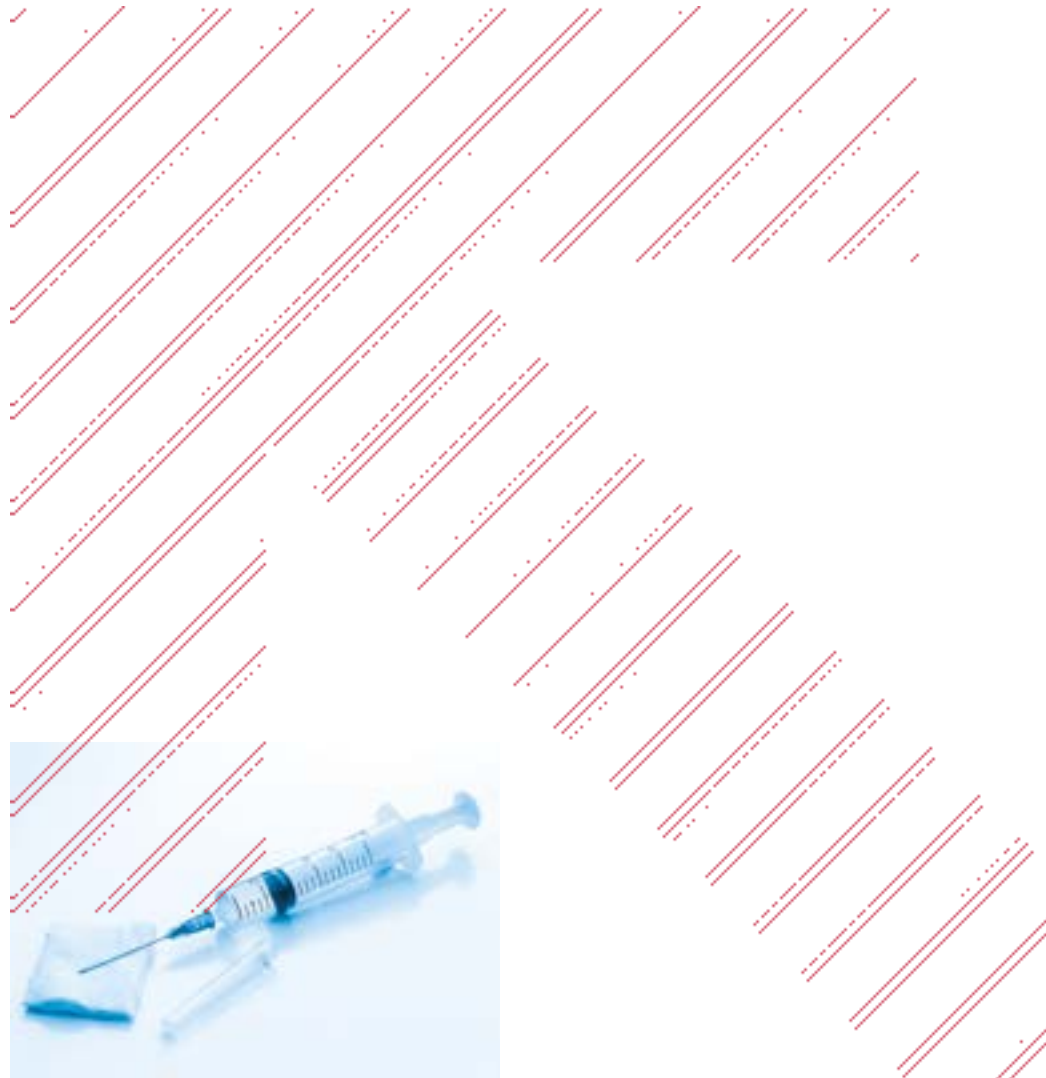
landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 6 | 11. September 2018



- CDU zur Medizin-Fakultät ↳ 04
- Praxisberatung „KV vor Ort“ ↳ 08
- Spahns Gesetze ↳ 10
- Spezial zu „Ärzte in Anstellung“ ↳ 12
- Spezifische Immuntherapie ↳ 21
- Probatorik-Vermittlung über TSS ↳ 22
- Nadelstichverletzungen ↳ 26
- Neuer Check-Up 35 ↳ 31





FRANK VÖLZ
stellv. Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) sind auf dem Weg und kommen unaufhaltsam auf uns zu. Wir haben Ihnen in dieser Ausgabe einmal zusammengestellt, was dies bedeuten wird (→ S. 10-11). Kurz gesagt ein bunter Blumenstrauß. Nun haben bisher alle Minister am Anfang ihrer Legislaturperiode mit Hyperaktivität und Drohgebärden in Form von Ersatzvornahmen von sich Reden gemacht, auch ohne dass sie noch höhere politische Ambitionen pflegten. Hiervon sollten wir uns daher nicht beeindrucken lassen. Gesetze müssen sich bewähren, sie lassen Verhandlungsspielraum und werden letztlich von uns selbst erst mit Leben gefüllt. Bei genauer Betrachtung ergeben sich für uns auch große Chancen, die ambulante Versorgung im KV-System zu stärken. Ich halte das Gesetz in Teilen, über die kaum geredet wird, für besser, als es im Jammerduktus der allgemeinen Presse bewertet wird. Die Stärkung der Terminservicestellen (TSS), die Integration der „116117“ mit der „112“ in ein strukturiertes Notrufsystem oder ein Online- bzw. App-Angebot bedeuten zugleich auch die Chance auf Patientensteuerung in die Praxen anstatt in die Krankenhausnotfallambulanzen.

Bekanntlich möchte der Minister mehr Patienten im System zeitnah versorgt wissen. Da die Leistung dem Geld folgt, soll künftig die „offene Sprechstunde“, von der Terminservicestelle vermittelte Patienten sowie neue Patienten und Notfälle extrabudgetär, nämlich zum Preis des EBM und außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Ergo hängt der Erfolg des Gesetzes davon ab, ob die von Jens Spahn ausgelobten 600 Millionen Euro auch (anteilig) bei uns im System ankommen. Hier sehe ich die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in der Finanzierungspflicht. Diese Frage sollte eigentlich nicht ernsthaft streitig sein.

Im deutschen Gesundheitswesen ist „Bewegung“, im Kleinen auch in Bremen: Das neue Format der Praxisberatung „KV vor Ort“ geht ans Netz, zur Abwechslung einmal ganz analog. Neben unseren schon bekannten Angeboten (Abrechnungsberatung, Zulassungsberatung) unterstützen unsere Beraterinnen Sie künftig auch vor Ort, also in der Praxis zum Beispiel bei Fragen der Praxisorganisation, EDV und Telematik, Hygiene, Datenschutz, Patienten-/Beschwerdemanagement, Konfliktprävention und aktuellen Themen (→ S. 8).

Zum Abschluss auch noch eine, wie ich finde, sehr erfreuliche Nachricht: Bremen ist auch weiterhin für niederlassungswillige Ärzte offenkundig ein sehr attraktiver Standort. Die aufgrund des Bevölkerungswachstums auszuweisenden zusätzlichen 11,5 Kassensitze konnten auf Anhieb alle besetzt werden. Top!

Es grüßt herzlich

Ihr

Frank Völz
stellvertretender Vorsitzender der KV Bremen

↳ AUS DER KV

- 04** — Medizin-Fakultät: Meyer-Heder will die **ersten Absolventen 2035** verabschieden
- 08** — KV-Praxisberatung vor Ort: **Wir kommen zu Ihnen!**
- 09** — **Nachrichten** aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

↳ IM BLICK

- 10** — Mehr Sprechzeiten: **Was Spahns Gesetze für Ärzte noch bereithalten**
- 12** — **Arbeiten im Team:** Worauf angestellte Ärzte und Praxischefs achten sollten
- 18** — Ärzte als Arbeitnehmer und Arbeitgeber: **Vertrag, Arbeitszeit & Urlaub**

↳ IN PRAXIS

- 21** — Bei **Spezifischer Immuntherapie** auf Zulassungsstatus achten
- 22** — **Terminservicestelle** muss ab Oktober auch **probatorische Sitzungen** vermitteln
- 26** — **Nadelstichverletzungen:** Was in der Praxis zu tun ist
- 28** — **Praxisberatung der KV Bremen:** Wir geben Unterstützung
- 29** — **Sie fragen – Wir antworten**

↳ IN KÜRZE

- 30** — **Meldungen & Bekanntgaben**
 - Endabrechnung für 3/2018 bis zum 8. Oktober abgeben
 - Grading mittels Morphometrie: Neue GOP beim Mammographie-Screening für Pathologen
- 31** — Umfassende Änderungen beim „Check-Up 35“ kommen
 - iFOB-Tests müssen Vorgaben entsprechen: Hinweise zu GOP 01738 & 01737
- 32** — Psychosomatische Grundversorgung: „F“ oder andere passende Diagnose angeben
 - Erleichterungen bei der Europäischen Krankenkarte
- 33** — Röhrchen zur Blutentnahme dürfen angenommen werden
 - Teststreifen sollen generisch verordnet werden
 - Rezepturen mit Gebrauchsanweisung verordnen
- 34** — Patienten bei Rehabilitation und Teilhabe unterstützen
 - Leitfaden zu Biosimilars ist jetzt bei der KV abholbereit
 - Broschüre informiert über Verordnung von Soziotherapie
- 35** — Dritter Hersteller für Praxisausweise (SMC-B) auf dem Markt
 - DMP Brustkrebs wird zum 1. Oktober aktualisiert
- 36** — QS-Vereinbarung zur Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten tritt in Kraft
 - Urlaubszeiten für Bereitschaftsdienst können ab 2019 nur online gemeldet werden
- 37** — Weiterbildung zur Datenschutzbeauftragten im Gesundheitswesen
 - Betreuungsgericht sucht Sachverständige für psychiatrische Gutachten

↳ SERVICE

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

- 38** — Impressum

Medizin-Fakultät: Meyer-Heder will die ersten Absolventen 2035 verabschieden

Die CDU ist wild entschlossen, in Bremen einen Vollstudiengang Humanmedizin einzurichten. Spitzenkandidat Carsten Meyer-Heder erklärt KV-Vorstand Dr. Jörg Hermann im Gespräch, warum dies notwendig und die Finanzierung machbar ist. Außerdem blicken die beiden auf den Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Augsburg will 2020 die ersten Medizinstudenten immatrikulieren, Bielefeld 2021. Wenn es nach Ihnen geht, Herr Meyer-Heder, wann kommt Bremen an die Reihe?

Ich möchte einen Beschluss so schnell wie möglich, spätestens bis zum Ende der kommenden Legislatur. Bis wir an den Start gehen können, dauert es dann sicher noch fünf Jahre. Ich würde es aber gerne sehen, dass wir bis 2035 die ersten fertigen Absolventen verabschieden können.

Auch die SPD hat sich positiv zum Vorschlag einer Medizin-Fakultät geäußert: Wie unterscheiden Sie sich?

Einen vollständigen Impuls der Gesundheitssenatorin zu diesem Thema konnte ich bisher noch nicht erkennen. Ein Light-Studium nur mit klinischem Teil, wie es die SPD will, kommt aus meiner Sicht nicht in Frage. Ich befürworte ein Vollstudium vom ersten bis zum letzten Semester.

Warum?

Wir sollten uns nicht von anderen Hochschulen im In- oder Ausland abhängig machen. Und wir können nicht von den Unis in Göttingen oder Greifswald erwarten, dass sie für Bremen ausbilden. Auch das Argument zu sagen, dass kann alles an Universitäten in Osteuropa stattfinden, weil es dort Überkapazitäten gibt, greift zu kurz. Für das Studium in Ungarn oder Rumänien muss man privat bezahlen. Da sollte Bremen schon Verantwortung zeigen. Die Uni Bremen hat ebenfalls deutlich gemacht, dass sie für ein Light-Studium nicht zur Verfügung steht, weil sie in





KV-Vorstand Dr. Jörg Hermann (r.) hat Ende 2017 den Aufbau einer medizinischen Fakultät gefordert. Darüber sprach er nun mit dem CDU-Bürgermeisterkandidaten Carsten Meyer-Heder (l.).

dem Fall zwar die organisatorischen Lasten hätte, aber kaum von Forschungsprojekten und Lehrtätigkeit profitieren würde.

In Bielefeld wird aktuell darüber diskutiert, ob die laufenden Kosten eher bei 50 Mio. Euro oder bei 100 Mio. Euro anzusiedeln sind. Was wird die Bremer Fakultät im Unterhalt kosten? Wie sieht Ihr Investitionsplan aus?

Eine finale Finanzplanung ist schwierig. Zunächst muss geklärt werden, inwieweit vorhandene Strukturen und Synergieeffekte an Kliniken und Universität genutzt werden können. Ausgehend von den Erfahrungen ähnlicher Vorhaben in anderen Bundesländern ist ein Kostenvolumen von 25 Mio. Euro pro Jahr für die Gründungsphase realistisch. Der langfristige Finanzbedarf würde eine dreistellige Millionensumme abbilden. Das ist unbestritten ein Kraftakt für das Land Bremen. Aber aus meiner Sicht eine notwendige und sinnvolle Investition für unser Bundesland.

Woher nehmen Sie das Geld?

Bremen bekommt ab 2020 von Bund und Ländern jährlich 400 Mio. Euro. Wir wollen diesen Betrag grundsätzlich in die Schuldentilgung fließen lassen. Denn allein durch diesen Schuldenabbau ergeben sich wiederum enorme Zinseinsparungen. Rechnet man noch die jährlichen 87 Mio. Euro aus der Umsatzsteuerverteilung oben drauf, steht uns bis 2035 ein Betrag von fast drei Milliarden Euro zur Verfügung. Das ist eine Menge Geld, das auch für

↳ **DAS IST CARSTEN MEYER-HEADER**

Carsten Meyer-Heder (57) wird als CDU-Spitzenkandidat bei der Bürgerschaftswahl 2019 ins Rennen gehen. Der Internet-Unternehmer ist kein Parteikader, sondern ein typischer Quereinsteiger. Er hat die Unternehmensgruppe Team Neusta mit Hauptsitz in Bremen und 1000 Beschäftigten an sechs Standorten aufgebaut. Neusta bietet Beratung und Umsetzung von Software- und Mobil-Lösungen sowie Lösungen im elektronischen Vertrieb an.

große Investitionen wie eine medizinische Fakultät eingesetzt werden kann.

Wie sind die konkreten Schritte, um die Medizinfakultät voranzubringen?

Es ist aus meiner Sicht wichtig, die Diskussion über eine Medizinerbildung für Bremen schon jetzt zu beginnen und in konkrete Vereinbarungen münden zu lassen. Denn bestimmte Entscheidungen – wie die Standortfrage – müssen zügig angegangen und gegebenenfalls mit Entscheidungen hinterlegt werden. Es ist richtig, dass die CDU-Fraktion eine Machbarkeitsstudie fordert, auch um die Kostenfrage genauer zu klären.

Mit Großprojekten tut sich Bremen bekanntlich schwer, siehe Krankenhausneubau. Wie stehen Sie dazu? Und was hätten Sie besser gemacht? Warum sollte es bei dem Vorhaben Medizinfakultät besser laufen?

Ich denke die Diskussion um den Teilersatzneubau und die entstandenen Verzögerungen ist sehr komplex und ich möchte das gar nicht bis ins Detail bewerten. Mein Blick geht in die Zukunft: Mit etwas Glück beginnt der Umzug Anfang 2019 in den Teilersatzneubau. Dann haben wir eine hochmoderne Krankenhausinfrastruktur am Standort Bremen-Mitte, die wir für den neuen Medizinstudiengang nutzen können. Aber klar ist natürlich auch, dass die Fehler und auch das politische Weggucken der verantwortlichen Senatorinnen sich bei einem weiteren Großprojekt wie dem Medizinstudium nicht wiederholen dürfen.

Eine Medizinfakultät wird erst in Jahrzehnten Effekte bringen. Der Ärztemangel hat Bremerhaven bei den Hausärzten schon heute erreicht und steht auch in Bremen vor der Tür. Was sind ihre kurzfristigen

Überlegungen, um Bremen und Bremerhaven attraktiv für Ärzte zu machen?

Die Kassenärztliche Vereinigung handelt ja vorbildlich und gibt Umsatzgarantien für bestimmte Praxen. Man sollte auch darüber diskutieren, wie sich die Stadt – beispielsweise durch Mietübernahmen – beteiligen kann. Generell muss sich die Politik die Frage stellen, wie wir Ärzte besser unterstützen können. Viele von ihnen sind heute ja nicht mehr nur Mediziner, sondern auch vielfach Sozialarbeiter, wenn ich das mal so formulieren darf. Wenn sie aber ihrer eigentlichen Aufgabe nachkommen sollen, dann müssen wir vor Ort dafür sorgen, dass Praxen von solchen Aufgaben entlastet werden. Das führt letztlich auch zu geringen Wartezeiten.

Derzeit wird auch viel über überlastete Notaufnahmen und Bereitschaftsdienstzentralen gesprochen. Auch die Wartezimmer in den Praxen sind voll. Was sind Ihre Ideen zum Thema Patientensteuerung?

Übervolle Notaufnahmen sind ein großes Problem und ein Symptom der Fehlversorgung in vielen Bereichen des Gesundheitswesens. Eine Einzellösung gibt es nicht, sondern wir müssen ein Bündel von Maßnahmen angehen. Wir brauchen eine bessere Gesundheitsaufklärung, ein funktionsfähiges und übergeordnetes System in den Notfallaufnahmen, dass die Patienten nach ihrer Dringlichkeit ordnet, eine höhere Durchlässigkeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sowie einige Veränderungen beim Notruf 112. Das alles geht leider nicht von heute auf morgen.

Eine Verhaltensänderung wird man allein mit warmen Worten nicht erreichen. Was halten Sie von einer Kostenbeteiligung von Patienten?

Ich glaube, damit lösen wir das Problem nicht, son-

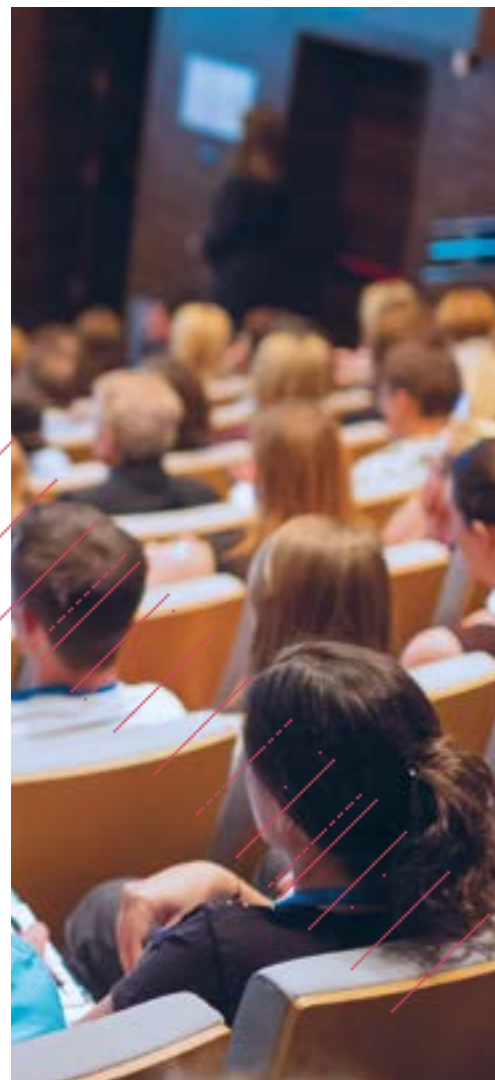
den bekämpfen nur die Symptome. Neben den oben genannten Maßnahmen, müssen wir aber auch den Mut aufbringen, den Menschen verständlich, klar und deutlich zu sagen: Nicht jede Erkrankung oder Verletzung ist ein Fall für die Notaufnahme.

**Schauen wir in die nahe Zukunft: Sie kommen aus der Internetbranche und sind ein ausgewiesener Digital-
experte. Was sagen sie zur Digitalisierung des Gesundheitswesens?**

Da bin ich in der Tat ein wenig erschrocken. Wir lassen da noch zu viele Potenziale ungenutzt. Die stationäre Versorgung in den Kliniken und die ambulante Versorgung der niedergelassenen Ärzte müssen eigentlich gut miteinander abgestimmt sein. In der Praxis hakt es hier aber gewaltig, weil Informationen nicht ungehindert elektronisch fließen, sondern zeit- und kostenaufwändig von Arzt zu Arzt versendet werden müssen. Hier muss ein Weg gefunden werden, der den Datenschutz berücksichtigt, aber nicht die Gesundheit und das Wohl des Patienten sowie die Behandlungssicherheit des Arztes gefährdet.

Für das Problem, das Sie beschreiben, gibt es eine Lösung: die elektronische Patientenakte. Die Amerikaner sind uns weit voraus. Ich selbst bin mit anderen KV-Vertretern in einigen Wochen bei einer Konferenz in den USA. Und wer weiß, vielleicht können wir etwas übernehmen? Und wer weiß, vielleicht können wir in Bremen Vorreiter sein?

Ich bin fest davon überzeugt, dass gerade Bremens Kleinheit prädestiniert dafür ist, auch mal Dinge auszuprobieren. Wenn es Ansätze und Unterstützung dafür gibt, in Sachen elektronischer Patientenakte hier mal ein Leuchtturmprojekt aufzusetzen, dann bin ich dafür offen. ←



Medizinstudenten bei einer Vorlesung: Schon bald in Bremen? Ja, wenn es nach CDU-Spitzenkraft Carsten Meyer-Heder geht.

Praxisberatung „KV vor Ort“ Wir kommen zu Ihnen!

Die KV Bremen geht dorthin, wo ihre Mitglieder sind – in die Praxen: Drei Mitarbeiterinnen beraten vor Ort zu Praxisorganisation, EDV und Telematik, Datenschutz, Hygiene sowie zu vielen anderen Themen, mit denen sich Ärzte und Psychotherapeuten befassen müssen. Sichern Sie sich jetzt einen Termin!

↳ Die KV Bremen bietet ihren Mitgliedern einen neuen Service. „KV vor Ort“ heißt das Beratungsangebot. Der Name ist Programm: Drei KV-Mitarbeiterinnen gehen in die Praxen und beraten vor Ort. Das Angebot richtet sich sowohl an neue Praxen, die Rat und Tat beim Start gut gebrauchen können, als auch an alt eingesessene Praxen, die Abläufe verbessern oder sich auf Stand bringen wollen. Das Beratungsangebot umfasst diese Themen:

- Praxisorganisation (Praxisanalyse, Patientenlenkung)
- EDV und Telematik-Infrastruktur
- Hygiene (z.B. in Vorbereitung auf Amtsbegehung)
- Datenschutz (z.B. Datenschutz-Grundverordnung)
- Patienten-/Beschwerdemanagement
- Konfliktprävention (z.B. Umgang mit schwierigen Patienten)
- Aktuelles aus der Vertragsarztwelt

Für Fragen zur KV-Abrechnung, Zulassung und Qualitätsmanagement gibt es weitere Fachleute in der KV Bremen. Kommen bei der Praxisberatung diese Themen zur Sprache, stellt die Praxisberaterin den Kontakt zum Spezialisten her oder vermittelt einen Termin. ←

↳ SO LÄUFT EINE PRAXISANALYSE AB

Die Praxis und die Beraterin definieren gemeinsam, worum es gehen soll: Ist eine umfassende Organisationsanalyse gewünscht oder steht ein spezielles Thema (EDV, Hygiene, Datenschutz, etc.) im Vordergrund?

Unsere Beraterin besucht Sie dann in der Praxis und macht sich ein Bild von den Abläufen während laufender Sprechstunde. Bei einem weiteren Termin stellt die Beraterin einen auf die Praxis zugeschnittenen Maßnahmenkatalog vor.



Sichern Sie sich einen Termin. Die Praxisberaterinnen der KV Bremen machen sich auf den Weg (v.l.):

JENNIFER ZIEHN | 0421.34 04-371

NINA ARENS | 0421.34 04-372

ANGELIKA OHNESORGE | 0421.34 04-373

oder per E-Mail PRAXISBERATUNG@KVHB.DE

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

Schock nach tödlichem Messerangriff auf Arzt

Offenburg | Die tödliche Messerattacke auf einen Allgemeinmediziner im baden-württembergischen Offenburg hat die Debatte um Gewalt gegen Ärzte wieder entfacht. KBV und NAV-Virchowbund fordern, Mediziner unter den Schutz des Straftatbestandes „Tätlicher Angriff auf Vollstreckungsbeamte“ zu stellen. Derweil ist ein 26-Jähriger wegen Mordverdachts festgenommen worden. <←

Amazon plant eigene Kliniken

New York | Um seine Gesundheitsausgaben für Mitarbeiter zu senken, plant der Online-Händler Amazon den Aufbau eigener Kliniken. Amazon wollte entsprechende Medienberichte nicht kommentieren, hat aber in den vergangenen Monaten diverse Projekte im Gesundheitswesen angestoßen. <←

„divers“ als dritte Geschlechtsoption

Berlin | Im Geburtenregister soll künftig auch ein dritte Geschlechtsoption eingetragen werden können. Das Kabinett hat einen Gesetzesentwurf beschlossen, der neben männlich und weiblich auch den Eintrag „divers“ vorsieht. Damit wird eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes umgesetzt, der die geltende Regelung als diskriminierend gewertet hatte. <←

Leichenschau deckt kein Verbrechen auf

Bremen, Bremerhaven | Ein Jahr nach Einführung der qualifizierten Leichenschau im Bundesland Bremen zeigt eine Bilanz, dass durch die genauere Untersuchung der Leichen kein übersehenes Tötungsdelikt aufgedeckt wurde. Die Neuregelung habe sich dennoch bewährt, weil sie die Todesursachenforschung verbessere, heißt es aus dem zuständigen Senatsbereich. Unterdessen hat das Gesundheitsamt Bremerhaven erklärt, die Zahl der Leichenschauen nicht mehr bewältigen zu können und die Rechtsmedizin Bremen um Unterstützung ersucht. <←



Geriatriekonzept für das Land Bremen

Bremen | Bremen hat sich ein Geriatriekonzept gegeben. Dieses sieht Hausärzte im Zentrum der geriatrischen Versorgung, die allerdings unterstützt werden durch Schwerpunktpraxen. Die Konzeption wird unter anderem getragen von der Ärztekammer, den Krankenhäusern, regionalen Krankenkassen und der KV Bremen. <←

Keine zweite Geriatrie-Abteilung

Bremerhaven | Der Plan der Ameos-Kliniken, eine weitere Geriatriestation neben der des Klinikums Reinkenheide in Bremerhaven aufzubauen, findet keine Unterstützer. Politik und Krankenkassen verweisen stattdessen auf das neue Geriatriekonzept. <←

Mehr Sprechzeiten: Was Spahns Gesetze für Ärzte noch bereithalten

Von wegen Sommerloch: Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat im August gleich zwei Gesetze durch das Kabinett gebracht, die die Arbeit von niedergelassenen Ärzten stark beeinflussen werden. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sowie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG).

Sprechstundenzeiten

Für das größte Aufsehen sorgt die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden in der Woche für gesetzlich versicherte Patienten. Fünf Stunden davon sollen „Basisversorger“ (Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Gynäkologen, HNO-Ärzte) als offene Sprechstunde ohne Terminvereinbarung anbieten. Hausbesuche werden auf die Mindestsprechstundenzeiten angerechnet. Die KVen sind dazu verdonnert, die Einhaltung der Mindestzeiten zu überwachen und jährliche Prüfberichte an die Zulassungsausschüsse und Aufsichtsbehörden zu übermitteln. ←

Umsetzung: Der Bundesmantelvertrag soll bis zum 31. März 2019 angepasst werden.

Terminservicestellen

Der Gesetzgeber will, dass über die Terminservicestellen der KVen noch mehr Termine vermittelt werden als bisher. Gesetzlich Versicherte sollen hier auch Termine bei Haus- und Kinderärzten erhalten. Außerdem sollen die Terminservicestellen künftig auch in Akutfällen koordinieren – entweder direkt in eine Arztpraxis, in den Bereitschaftsdienst oder die Notaufnahme. Über die bundesweite Rufnummer 116117 (bisher nur KV-Bereitschaftsdienst) sollen die Terminservicestellen 24 Stunden täglich erreichbar sein. Außerdem ist geplant, das Online-Angebot zu erweitern, damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch im Internet oder per App abgerufen werden können. ←

Umsetzung: Zum 1. April 2019

Über die Terminservicestelle (im Foto KV-Mitarbeiterin Regina Kühne) sollen künftig noch mehr Termine vermittelt werden.



Vergütung

Der Gesetzgeber will durch die Ausweitung der Sprechzeiten und der Terminservicestelle Patienten den Zugang in die Praxis erleichtern. Ärzte sollen im Gegenzug mehr Geld dafür bekommen und zwar ungedeckelt. Dies gilt für Patienten von der Terminservicestelle, für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Termins beim Facharzt durch den Hausarzt, für Akut- und Notfälle während der Sprechstundenzeiten, für die Aufnahme neuer Patienten sowie für die Fälle in der offenen Sprechstunde. Außerdem soll die „sprechende Medizin“ aufgewertet werden. Dafür gibt es allerdings kein Extra-Geld. Es soll zu Lasten der Technik-Fächer umverteilt werden. ←

Umsetzung: Zum 1. April 2019 sollen entsprechende Regelungen verhandelt sein und in Kraft treten.

Strukturfonds und KV-Eigeneinrichtungen

0,2 Prozent der Gesamtvergütung in einer Region sollen in einen Strukturfonds fließen. Das ist doppelt so viel wie bisher. Krankenkassen zahlen wie gehabt die Hälfte. Mit diesem Geld soll die Niederlassung gefördert werden. Zum Beispiel über Investitionskostenzuschüsse oder KV-Eigeneinrichtungen. KVen werden nämlich dazu verpflichtet, solche Eigeneinrichtungen in unterversorgten Planbereichen oder dort, wo Unterversorgung droht, einzurichten. Eigeneinrichtungen können klassische Praxen sein, ange-dacht sind auch mobile Praxen oder Patientenbusse. ←

Umsetzung: Ab 1. Januar 2019 (Inkrafttreten TSVG)

Heimärzte

Haus- und Zahnärzte sollen verpflichtet werden, mit Pflegeheimen zusammenzuarbeiten. Aus der Kann-Regelung wird eine Muss-Regelung. Die Kven sollen verpflichtet werden, binnen drei Monaten auf einen Antrag einer Pflegeeinrichtung einen Arzt für einen Kooperationsvertrag zu vermitteln. Telemedizinische Leistung in Pflegeheimen sollen vorangebracht werden (Videosprechstunde). ←

Umsetzung: Zum 1. April soll der Bewertungsausschuss eine Regelung zur Videosprechstunde treffen.

→ DAS STECKT NOCH IM TSVG

Bedarfsplanung

Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Kinderärzte werden aufgehoben, bis der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue Bedarfsplanung entwickelt hat. Geplant ist dies bis Mitte 2019.

Elektronische Patientenakte

Mobiler Zugriff auf Daten der ePatientenakte soll perspektivisch auch ohne eGK zum Beispiel mittels Smartphone oder Tablet möglich sein. Die ePatientenakte soll spätestens 2021 kommen.

Präexpositionsprophylaxe

Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko erhalten Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchung und Arzneimittel auf Kassenkosten.

Landarztpraxen

Die KVen sollen in ihren Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung per Gesetz typische Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen festlegen.

Zahnersatz

Ab 2021 soll der Anspruch auf einen Festzuschuss für Zahnersatz von derzeit 50 auf dann 60 Prozent erhöht werden. Das Bonussystem bei guter Zahnpflege und regelmäßiger Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Untersuchung (Bonusheft) liegt dann nicht mehr bei 20, sondern nur noch bei zehn Prozent.

→ ZEITPLAN FÜR TSVG UND PPSG

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sowie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sind im August vom Bundeskabinett beschlossen worden. Jetzt müssen sie noch die parlamentarischen Hürden nehmen. Derzeit läuft das Anhörungsverfahren. Beide Gesetzesvorhaben, so plant es das Gesundheitsministerium, sollen zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Arbeiten im Team: Worauf angestellte Ärzte und Praxischefs achten sollten

Immer mehr junge Mediziner lassen sich in Praxen anstellen. Die Möglichkeiten und Regularien sind vielfältig – und deshalb auch verwirrend. Auf diesen Seiten haben wir die wichtigsten Punkte samt der Rechte und Pflichten für angestellte und anstellende Ärzte zusammengetragen.



↳ Die Möglichkeit, ärztliche Mitarbeiter anzustellen, wurde in den letzten Jahren deutlich erweitert. Vertragsärzten ist es seither gestattet, fachgleiche und/oder fachungleiche Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, ohne Leistungsbeschränkung anzustellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. In einem gesperrten Planungsbereich ist es möglich, Ärzte derselben Facharztbezeichnung anzustellen, wenn eine Leistungsbeschränkung akzeptiert wird. Daneben besteht für niedergelassene Vertragsärzte die Möglichkeit, sogenannte Sicherstellungs- oder Weiterbildungsassistenten als angestellte Ärzte zu beschäftigen.

Die Tätigkeit von angestellten Ärzten bedarf stets der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Bei Sicherstellungs- sowie Weiterbildungsassistenten ist die vorherige Genehmigung der KV erforderlich. Eine Anstellungsgenehmigung kann nur personenbezogen erteilt wer-

den und wird, soweit der Vertragsarzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, der Berufsausübungsgemeinschaft als solcher erteilt. Eine Anstellungsgenehmigung auf Vorrat, d.h., ohne einen anzustellenden Arzt konkret zu benennen, ist grundsätzlich nicht zulässig.

Anstellung ohne Leistungsbeschränkung

Ein Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses fachgleiche und/oder fachungleiche Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, ohne Leistungsbeschränkung anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Ein Hausarzt kann damit z.B. auch einen Chirurgen oder einen Psychotherapeuten anstellen.

Die angestellten Ärzte werden in der Bedarfsplanung mit dem Faktor 1 berücksichtigt, soweit sie vollbeschäftigt



sind. Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des Versorgungsgrades nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs zu berücksichtigen. Es gelten dabei nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der vertraglich vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit folgende Anrechnungsfaktoren:

- 0,25 bei bis zu 10 Stunden
- 0,50 bei über 10 bis einschließlich 20 Stunden
- 0,75 bei über 20 bis einschließlich 30 Stunden
- 1,00 bei über 30 Stunden

Auf einer Arztstelle können damit beispielsweise bis zu vier Ärzte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 10 Stunden oder bis zu zwei Ärzte mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 20 Stunden beschäftigt werden.

In einem für den anzustellenden Arzt gesperrten Planungsbereich kann in folgenden Fällen trotz entgegenstehender Zulassungsbeschränkungen eine Anstellungsgeneh-

migung ohne Leistungsbeschränkung erteilt werden:

- Verzicht eines bereits im Planungsbereich zugelassenen Vertragsarztes, um eine Anstellungsgenehmigung zu erhalten.
- Übernahme eines zur Nachbesetzung ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes, um einen Arzt in der eigenen Praxis anzustellen.
- Nachbesetzung einer bereits genehmigten Arztstelle.
- Ggf. Verlegung einer bereits genehmigten Arztstelle.
- Anstellung von Hochschullehrern für Allgemeinmedizin oder deren wissenschaftlichen Mitarbeitern durch Hausärzte.
- Anstellung zur Abdeckung eines Sonderbedarfs.

Die Möglichkeit des Verzichts zugunsten der Erteilung einer Anstellungsgenehmigung an einen anderen Vertragsarzt sowie die Bewerbung mit einem anzustellenden Arzt auf einen ausgeschriebenen Sitz stellt im gesperrten Gebiet i.d.R. die einzige Option für eine Anstellungsgenehmigung

ohne Leistungsbegrenzung dar. Beim Verzicht zugunsten der Erteilung einer Anstellungsgenehmigung ist es nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erforderlich, dass der verzichtende Arzt die Absicht hat, mindestens drei Jahre als angestellter Arzt tätig zu werden.

Anstellung mit Leistungsbegrenzung (Jobsharing)

In gesperrten Planungsbereichen besteht die Möglichkeit, einen Arzt mit derselben Facharztbezeichnung anzustellen, wenn sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet. Er darf den bisherigen Praxisumfang dann nicht wesentlich überschreiten.

Konkret wird hierbei vom Zulassungsausschuss eine verbindliche Obergrenze festgelegt. Grundlage der Berechnung der quartalsweisen Obergrenzen sind die Abrechnungsbescheide, die gegenüber dem Vertragsarzt in mindestens vier vorausgegangenen Quartalen ergangen sind, jeweils zuzüglich eines Aufschlags von drei Prozent des Fachgruppendurchschnitts.

Soweit der Vertragsarzt noch keine vier Abrechnungsquartale tätig war oder einen im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisumfang aufweist, wird die Obergrenze nach Maßgabe des Fachgruppendurchschnitts des zugelassenen Vertragsarztes festgelegt. Für Psychotherapeuten wird die sich so errechnende Obergrenze noch einmal um 25 Prozent erhöht. Nur ausnahmsweise kann später eine Erhöhung beantragt werden.

Durch eine derartige Anstellung ist damit in der Regel so gut wie keine Honorarausweitung im vertragsärztlichen Bereich möglich. Daher ist diese Option nur für Vertragsärzte interessant, die entweder ihre eigene vertragsärztliche Tätigkeit einschränken wollen/müssen, ohne ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken (Teilzulassung), oder im Rahmen einer Kooperation parallel im Krankenhaus arbeiten wollen.

Anstellungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss

Ein Vertragsarzt oder eine Berufsausübungsgemeinschaft, die in den vorgenannten Fällen einen angestellten Arzt beschäftigen wollen, müssen die Anstellung zuvor vom Zulassungsausschuss genehmigen lassen. Das Verfahren vor dem Zulassungsausschuss beginnt mit dem Antrag des Vertragsarztes auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung.

Die bei der KV Bremen angesiedelten Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse haben hierfür entsprechende

Antragsformulare vorrätig, in denen auch eine Aufstellung über die einzureichenden Unterlagen enthalten ist. Unter anderem ist der unterschriebene Arbeitsvertrag vorzulegen, der bereits vor Abschluss auch der Ärztekammer zur berufsrechtlichen Prüfung vorgelegt werden sollte. Mit Einreichen des Antrags wird eine Gebühr von zurzeit 120 Euro fällig. Über den Antrag wird erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt.

Es ist zu empfehlen, sich frühzeitig vor der Antragstellung über die Sitzungsfrequenz des zuständigen Zulassungsausschusses zu informieren. Die Termine sind auf der Homepage der KV Bremen veröffentlicht (www.kvhb.de/zulassungsausschuss).

Soweit es zu einer mündlichen Verhandlung kommt, wird der Vertragsarzt unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen zu dieser Verhandlung geladen. Die schriftliche Ausfertigung des Beschlusses wird dem Vertragsarzt zugestellt. Nach der Erteilung einer Anstellungsgenehmigung ist eine weitere Verwaltungsgebühr in Höhe von zurzeit 400 Euro zu entrichten. Daneben wird zusätzlich eine Gebühr in Höhe von 400 Euro für die Eintragung des angestellten Arztes in das Verzeichnis der angestellten Ärzte erhoben. Insgesamt sind also für die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung Gebühren in Höhe von 920 Euro zu zahlen. Bei der Nachbesetzung einer bereits genehmigten Anstellung reduzieren sich die Gebühren um 50 Prozent.

Rechte und Pflichten:

Persönliche Leitung des anstellenden Arztes

Soweit keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, ist die Anzahl der Ärzte, die ein Vertragsarzt anstellen kann, nicht absolut beschränkt. Im BMV-Ä sind allerdings einheitliche Regelungen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Arztes getroffen worden. Es muss gewährleistet sein, dass der Vertragsarzt die persönliche Leitung der Praxis und die Überwachung der angestellten Ärzte sicherstellt. Die persönliche Leitung der Praxis ist zulassungsrechtlich ohne weitere Einzelfallprüfung immer anzunehmen, wenn je Vertragsarzt nicht mehr als drei vollzeitbeschäftigte Ärzte oder teilzeitbeschäftigte Ärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang ihrer Arbeitszeit drei vollzeitbeschäftigten Ärzten entspricht, angestellt werden. Bei Vertragsärzten, welche überwiegend medizinisch-technische Leistungen erbringen, wird die persönliche Leitung auch bei der Beschäftigung von bis zu vier vollzeitbeschäftigten Ärzten vermutet. Der Vertragsarzt soll in diesem Umfang noch angestellte Ärzte anleiten und

beaufsichtigen können, ohne dass seine persönliche Fähigkeit zur Leitung der Vertragsarztpraxis beeinträchtigt ist. Beruflich wird gefordert, dass der Vertragsarzt seine Leitungsverantwortung in der Weise tatsächlich wahrnimmt, dass er die Praxisvorgänge durch eigenes Tätigwerden, insbesondere durch seine Entscheidungen und Anweisungen, maßgeblich bestimmt und den Praxisbetrieb laufend überwacht.

Bei Vertragsärzten mit hälftigem Versorgungsauftrag (Teilzulassung) ist lediglich die Beschäftigung eines vollzeitbeschäftigten Arztes oder zweier teilzeitbeschäftigter Ärzte möglich. Will der Vertragsarzt darüber hinausgehend weitere Ärzte beschäftigen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Leitung der Praxis gewährleistet bleibt.

Rechte und Pflichten: Persönliche Leistungserbringung

Die von angestellten Ärzten erbrachten Leistungen werden dem Vertragsarzt zugerechnet. Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung wird also nicht verletzt, wenn genehmigte angestellte Ärzte – auch im Hinblick auf das Recht des Patienten auf freie Arztwahl – selbstständig Leistungen erbringen. Dies gilt selbst dann, wenn diese Leistungen in der Betriebsstätte oder aufgrund einer entsprechenden Öffnungsklausel im Arbeitsvertrag in der Nebenbetriebsstätte der Praxis in Abwesenheit des Vertragsarztes erbracht werden. Dasselbe gilt für fachärztliche Leistungen eines angestellten Arztes eines anderen Fachgebiets, auch wenn der Praxisinhaber sie nicht selbst mit erbracht oder beaufsichtigt hat.

Eine entgegengesetzte Regelung trifft § 4 Abs. 2 GOÄ im privatärztlichen Bereich. Daher ist es sinnvoll, dem angestellten Arzt für die Behandlung von nicht im Basistarif versicherten Privatpatienten eine Nebentätigkeitserlaubnis zu erteilen.

Rechte und Pflichten: Genehmigungspflichtige Leistungen

In der vertragsärztlichen Versorgung besteht für eine Vielzahl von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus Gründen der Qualitätssicherung ein Genehmigungsvorbehalt. Im BMV-Ä ist hierzu in Bezug auf angestellte Ärzte geregelt, dass es ausreichend ist, wenn nur der angestellte Arzt die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt, soweit in einer Vertragsarztpraxis diese Leistungen ausschließlich durch angestellte Ärzte erbracht werden. Zu beachten ist,

dass Adressat der Abrechnungsgenehmigung stets der Vertragsarzt als zugelassener Leistungserbringer ist. Dem angestellten Arzt wird also nicht selbst eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung z.B. von radiologischen Leistungen erteilt. Es ist in einem solchen Fall vielmehr Aufgabe des Vertragsarztes, bei der KV eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von radiologischen Leistungen zu beantragen, die durch den bei ihm angestellten Arzt erbracht werden sollen. Der angestellte Arzt wird darüber jedoch zusätzlich informiert.

Rechte und Pflichten: Fortbildung

Auch bei Vertragsärzten angestellte Ärzte unterliegen der Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V. Lediglich die bei Vertragsärzten angestellten Assistenten (Sicherstellungs- und Weiterbildungsassistenten) fallen nicht unter diese Regelung. Nicht der angestellte Arzt, sondern der Vertragsarzt hat alle fünf Jahre gegenüber der KV Bremen den Fortbildungsnachweis für die von ihm angestellten Ärzte zu führen. Dies ist darin begründet, dass im Falle der Nichterbringung des Fortbildungsnachweises keine Sanktionen gegenüber dem angestellten Arzt verhängt werden, sondern nach den verbindlichen Vorgaben das



(gesamte) Honorar des Vertragsarztes zu kürzen ist. Es kann für einen Vertragsarzt also erhebliche Konsequenzen bis hin zum Widerruf der Anstellungsgenehmigung haben, wenn von ihm angestellte Ärzte sich nicht ausreichend fachlich fortbilden.

Gegebenenfalls kann der angestellte Arzt aber vom Vertragsarzt wegen der Honorarkürzung in Regress genom-

men werden. Im Gegenzug ist Letzterer nach § 19 Abs. 3 der Berufsordnung verpflichtet, seine angestellten Ärzte für die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen in angemessenem Umfang freizustellen.

Rechte und Pflichten: Bereitschaftsdienst

Angestellte Ärzte sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht selbst unmittelbar zur Teilnahme am vertragsärztlichen Notfall-/Bereitschaftsdienst verpflichtet, weil sie über keine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügen. Allerdings können Dienste auf angestellte Ärzte übertragen werden. Die Anzahl der Dienste richtet sich nach den nach Versorgungsaufträgen der Praxis. Der verantwortliche Arzt muss die Verteilung der einzelnen Dienste der KV Bremen melden.

Es sollte deshalb schon bei der Abfassung des Arbeitsvertrages darauf geachtet werden, dass die angestellten Ärzte zumindest anteilig dazu verpflichtet sind, die dem Vertragsarzt obliegenden Bereitschaftsdienste durchzuführen.

Rechte und Pflichten: Mitgliedschaft in der KV

Bei Vertragsärzten angestellte Ärzte sind gemäß § 77 Abs. 3 SGB V von Gesetzeswegen Mitglieder der KV Bremen, sofern sie mindestens zehn Stunden pro Woche beschäftigt sind. Die Mitgliedschaft begründet das aktive und passive Wahlrecht zur Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung und die Nutzung sämtlicher Beratungsangebote der KV. Angestellte Ärzte unterliegen als Mitglieder der KV auch den disziplinarrechtlichen Regelungen. Vertragsarztrechtswidriges Verhalten in geringfügigem Umfang beschäftigter Ärzte wird von den Ärztekammern im Rahmen der Berufsaufsicht verfolgt.

Rückumwandlung einer Anstellung (ohne Leistungsbeschränkung) in eine Zulassung

Für Vertragsärzte mit angestellten Ärzten besteht die Möglichkeit, eine genehmigte Anstellung in eine Zulassung umzuwandeln. Hierbei ist es unerheblich, ob die Angestelltenstelle ursprünglich aus einer Zulassung hervorgegangen ist oder von Anfang an mit einem angestellten Arzt besetzt war. Voraussetzung für eine Umwandlung ist es nach der Gesetzesbegründung allerdings, dass der zeitliche Umfang der Tätigkeit des zuletzt angestellten Arztes der üblicher-

weise mit einer vollen oder halben Zulassung verbundenen Vertragsarztstätigkeit entsprochen hat. Der Vertragsarzt hat im Zuge der Umwandlung der Angestelltenstelle in eine Zulassung die Wahl, ob der im Umfang eines ganzen Versorgungsauftrages angestellte Arzt eine Zulassung mit vollem oder halbem Versorgungsauftrag erhalten soll oder die Angestelltenstelle (teilweise) dadurch wirtschaftlich verwertet wird, dass der (halbe) Sitz zur Nachbesetzung ausgeschrieben wird. Soweit eine Ausschreibung erfolgt, können sich Ärzte, die eine Zulassung erhalten wollen, sowie alle Vertragsärzte und MVZ des Planungsbereichs, die an ihrem Vertragsarztsitz einen Arzt anstellen wollen, um die Übernahme des ausgeschriebenen Sitzes bewerben. Unter mehreren Bewerbern hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen.

Sicherstellungsassistenten

Ein Vertragsarzt darf einen Assistenten beschäftigen, wenn dies aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt und von der KV Bremen vorher genehmigt wurde. Die Dauer der Beschäftigung ist zu befristen und darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen.

Der Begriff des Sicherstellungsassistenten ist einschlägig, wenn ein Vertragsarzt vorübergehend gehindert ist, seinen Pflichten in vollem Umfang nachzukommen. Denkbar sind hierbei etwa Krankheitsgründe oder die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen in deren häuslicher Umgebung, die die vertragsärztliche Tätigkeit zwar nicht komplett ausschließen (in diesen Fällen ist ein Vertreter zu beschäftigen), aber zeitlich oder hinsichtlich wesentlicher Tätigkeiten einschränken. Hier kann eine Genehmigung nur dann erfolgen, wenn absehbar ist, dass die Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten nur für einen begrenzten, zeitlich absehbaren Zeitraum erforderlich ist. Sollte eine dauerhafte Einschränkung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorliegen, ist die Anstellung im sogenannten Jobsharing-Verhältnis in Betracht zu ziehen.

Weiterbildungsassistenten (AiW)

Die genehmigungspflichtige Anstellung eines Weiterbildungsassistenten (AiW) setzt voraus, dass der Arzt zuvor von der Ärztekammer zur Weiterbildung befugt wurde, der Assistent seine Mindestweiterbildungszeit noch nicht vollständig andernorts abgeleistet hat und die Beschäftigung

weder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs noch der Vergrößerung der Praxis dient.

Der Arbeitsvertrag kann nach dem Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung unter kalendermäßiger Benennung eines Endzeitpunkts befristet werden. Der Assistent muss angemessen bezahlt (mindestens 4800 Euro bei einer Vollzeitstelle von 40 Stunden/Woche) und zu allen in der Praxis anfallenden Tätigkeiten herangezogen werden. Daher darf er gegebenenfalls gegen Ende der Beschäftigung auch an Notfall- oder Bereitschaftsdiensten teilnehmen.

Zuvor muss der Weiterbildungsassistent engmaschig angeleitet und überwacht werden und kann demzufolge nicht selbstständig in einer Zweigpraxis tätig werden. Ihm erteilte Zeugnisse müssen den besonderen Vorgaben der Weiterbildungsordnung entsprechen. Will der Weiterbildungsassistent nach Abschluss der Weiterbildung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, kann er in der Zeit zwischen der entsprechenden Antragstellung und der Entscheidung des Zulassungsausschusses weiterbeschäftigt werden. Hierfür ist ein Antrag bei der KV Bremen und beim Zulassungsausschuss notwendig.

Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird durch die KV Bremen mit 4800 Euro pro Monat für eine Vollzeitstelle (40 Stunden/Woche) gefördert. Das Geld geht formal an den Weiterbilder, der allerdings verpflichtet ist, die Förderung in voller Höhe an den Weiterbildungsassistenten auszuzahlen. Der gleiche Förderbetrag kann auch für eine Weiterbildung in der fachärztlichen Versorgung gezahlt werden. Hier ist die Anzahl der geförderten Weiterbildungsverhältnisse allerdings bundesweit begrenzt. Auf Bremen entfallen rund acht Förderstellen. Einzelheiten zu Verfahren und Antragsstellung sind auf der KV-Homepage hinterlegt:

www.kvhb.de/fa-weiterbildung-2018 ←

➔ BERATUNGSSERVICE FÜR ÄRZTE

Die Broschüren der Reihe „Beratungsservice für Ärzte“ geben Ärzten und Psychotherapeuten Informationen und Entscheidungshilfen zur Niederlassung, zum Aufbau und zur Führung einer Vertragspraxis sowie zur Praxisabgabe. Die insgesamt sieben Bände der Reihe Beratungsservice geben Antworten auf die wichtigsten Fragen zu Voraussetzungen der Zulassung, Investitions- und Finanzierungsfragen, rechtlichen und steuerlichen Aspekten der Praxisführung, zur Praxisorganisation sowie zur kooperativen Berufsausübung.

Die Reihe „Beratungsservice für Ärzte“ ist ein exklusiver Service für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Interessenten können sich gerne an die KV Bremen wenden:

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

Ärzte als Arbeitnehmer und Arbeitgeber Vertrag, Arbeitszeit & Urlaub

Die Arbeitswelt wandelt sich rapide: In den Praxen treffen heute vermehrt Ärzte als Arbeitgeber und als Arbeitnehmer aufeinander – nicht immer konfliktfrei. In dieser dreiteiligen Serie fassen wir die wichtigsten arbeitsrechtlichen Aspekte zusammen. Wir beginnen mit Arbeitsvertrag, Arbeitszeitregelungen und dem Urlaubsanspruch.

Arbeitsvertrag

Vor dem Vertragsschluss steht oft erst die Suche nach dem geeigneten Arzt bzw. der geeigneten Ärztin. Auch in diesem Stadium gibt es schon Regeln, die zu beachten sind: Seit dem Inkrafttreten des „Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes“ (AGG) muss bereits bei dem Stellenangebot darauf geachtet werden, dass die Stellenausschreibung neutral gefasst ist und insbesondere die potenziellen Bewerber nicht wegen des Geschlechts, der Herkunft, der Religion, der Behinderung, des Alters oder wegen der sexuellen Identität diskriminiert werden.

Schaltet ein Praxisinhaber eine Stellenanzeige, nach der ein „junger dynamischer Arzt“ gesucht wird, setzt er bereits ein Indiz dafür, dass ältere Bewerber oder weibliche Bewerber diskriminiert werden. Bei Ablehnung derartiger Bewerber – also beispielsweise der Bewerbung einer Ärztin – könnten diese Bewerber dann Schadensersatz und darüber hinaus eine Entschädigung einklagen, da die Stellenausschreibung vermuten lässt, dass Alter und/oder Geschlecht beim Auswahlprozess eine Rolle gespielt haben.

Wenn dann Bewerber zu einem Bewerbungsgespräch eingeladen sind, muss erneut das AGG beachtet werden. Jede Frage, die eine Diskriminierung indiziert, kann ebenfalls einen Schadensersatz- und Entschädigungsanspruch begründen. Die Vorstellungsgespräche sollten daher auf Arbeitgeberseite möglichst durch zwei Personen geführt werden, damit zusätzlich zum Auswählenden ein Zeuge zur Verfügung steht. Auch sollte vor dem Gespräch ein fester Fragenkatalog vorbereitet sein, von dem nicht abgewichen werden sollte. Die Fragen sollten sich nur auf die berufliche Qualifikation beziehen und sich an dem Anforderungsprofil der Stelle orientieren.

Der angeblich benachteiligte Bewerber kann nach Zugang der Absage innerhalb von zwei Monaten Ansprüche wegen der Benachteiligung geltend machen. Darum sollte jeder Arbeitgeber den Zugang der Absage bei dem Bewerber nachweisen können. Zusätzlich sollte das gesamte Stellenbesetzungsverfahren genau dokumentiert werden, also sowohl die Stellenanzeige als auch ein Protokoll zu dem Bewerbungsgespräch geführt werden. Diese Unterlagen

SERIE: ÄRZTE ALS ARBEITSGEBER UND ARBEITNEHMER

Teil 1
Arbeitsvertrag,
Arbeitszeit & Urlaub

Teil 2
Arbeitnehmerschutz,
Weisung & Haftung

Teil 3
Krankheit, Betriebliche
Übung & Kündigung



sollten mindestens drei Monate aufbewahrt werden.

Absagen im Rahmen des Stellenbesetzungsverfahrens sind grundsätzlich nicht zu begründen. Eine Ausnahme gilt bei schwerbehinderten Bewerbern. Wenn also erkennbar ein Bewerber schwerbehindert ist, indem dieser beispielsweise in den Bewerbungsunterlagen den entsprechenden Bescheid über das Vorliegen einer Schwerbehinderung mitüberreicht, ist die Absage zu begründen. Dieses ergibt sich aus § 81 Abs. 1 Satz 1 SGB IX. Die Pflicht zur Begründung besteht aber nur, wenn die Beschäftigungsquote nach § 71 SGB IX nicht erfüllt ist.

Ist der geeignete Bewerber gefunden, wird ein Arbeitsvertrag abgeschlossen. Dieser ist grundsätzlich an keine bestimmte Form gebunden. Auch mündliche Arbeitsverträge sind wirksam. Es gilt dann, was mündlich vereinbart wurde. Auch spätere Änderungen können mündlich vereinbart werden.

Um Unstimmigkeiten zwischen den Arbeitsvertragsparteien über die Arbeitsbedingungen zu vermeiden, empfiehlt es sich allerdings, den Arbeitsvertrag schriftlich abzuschließen. Hier sollten dann unter anderem die auszuübenden Tätigkeiten, die Arbeitszeit, die Höhe des Arbeitsentgeltes und die Dauer des Urlaubsanspruchs sowie gegebenenfalls Kündigungsfristen geregelt werden.

Zwingend schriftlich muss allerdings ein befristeter Arbeitsvertrag abgeschlossen werden. Hierbei muss die Befristungsabrede an sich schriftlich abgeschlossen werden, bevor der angestellte Arzt seine Tätigkeit aufnimmt. Wird die Befristung erst nach Arbeitsaufnahme abgeschlossen, ist der Arbeitsvertrag von vornherein unbefristet.

Für die Befristung von Arbeitsverträgen hat das Gesetz zwei Möglichkeiten vorgesehen:

In den ersten zwei Jahren eines Arbeitsverhältnisses kann das Arbeitsverhältnis ohne Vorliegen eines Sachgrundes befristet werden. Hier muss der Arbeitsvertrag auch nicht sofort für zwei Jahre befristet abgeschlossen werden. Vielmehr kann der Vertrag innerhalb dieser zwei Jahre bis zu drei Mal verlängert werden. Zu beachten ist, dass im Koalitionsvertrag vom 14. März 2018 zwischen CDU, CSU und SPD Einschränkungen des Befristungsrechts vereinbart

wurden, nämlich u.a. eine Verkürzung der Befristung ohne Sachgrund von zwei Jahren auf 18 Monate und nur eine einmalige Verlängerungsmöglichkeit. Nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz ist eine solche Befristung nur möglich, wenn niemals zuvor ein Arbeitsverhältnis zwischen den Arbeitsvertragsparteien bestanden hat. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 13. Juni 2018 klargestellt, dass diese gesetzliche Regelung nicht streng auszulegen ist, sondern dass Einzelfälle denkbar sind, in denen trotz einer Vorbeschäftigung eine Befristung des Arbeitsvertrages ohne Sachgrund auch möglich ist, wenn der anzustellende Arzt vor etlichen Jahren seine Ausbildung oder ein Praktikum in der Praxis absolviert hatte. Eine klare Regelung, welche Unterbrechung erforderlich ist, um eine sachgrundlose Befristung wieder begründen zu können, gibt es aber leider nicht. Es muss der jeweilige Einzelfall betrachtet werden.

Weiter besteht nach dem Gesetz die Möglichkeit, Arbeitsverhältnisse befristet abzuschließen, wenn für die Befristung ein Sachgrund vorliegt. Der häufigste Sachgrund für die Befristung ist die Vertretung eines Kollegen oder einer Kollegin in Elternzeit oder während einer längerfristigen Erkrankung. Eine zeitliche Obergrenze gibt es hier nicht. Das Arbeitsverhältnis des Vertreters kann für die gesamte Dauer des Vertretungsfalls eingegangen werden.

Ist der Arbeitsvertrag abgeschlossen, gelten für den angestellten Arzt genauso wie für alle anderen Arbeitnehmer, die arbeitsrechtlichen Bestimmungen, die sich aus verschiedenen Gesetzen ergeben. In diesem Teil der Serie geht es um das Arbeitszeitgesetz und das Bundesurlaubsgesetz.

Arbeitszeit

Das Arbeitszeitgesetz legt fest, wann und wie lange Arbeitnehmer höchstens arbeiten dürfen. Der Zweck des Gesetzes ist es, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer zu gewährleisten sowie den Sonntag und die gesetzlichen Feiertage als Tage der Arbeitsruhe und der „seelischen Erhebung“ der Arbeitnehmer zu schützen.

Grundsätzlich darf die werktägliche Arbeitszeit acht

Stunden nicht überschreiten, die tägliche Arbeitszeit kann jedoch bis auf zehn Stunden verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Monaten im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden. Werktage sind die Tage von Montag bis Samstag. Damit ist es also möglich, an vier Tagen/Woche zehn Stunden zu arbeiten, um im Schnitt die acht Stunden/Werktag einzuhalten: Vier Tage mal zehn Stunden auf sechs Werktage gerechnet sind im Schnitt 6,7 Stunden pro Tag.

Arbeitnehmer dürfen nicht länger als sechs Stunden ununterbrochen ohne Ruhepause beschäftigt werden. Die Arbeit ist durch im Voraus feststehende Pausen zu unterbrechen. Eine Ruhepause steht dann im Voraus fest, wenn ihre Dauer spätestens beim Beginn der Pause bekannt ist. Bei einer Arbeitszeit von sechs bis neun Stunden müssen mindestens 30 Minuten gewährt werden, bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden mindestens 45 Minuten. Die Pausen können in einzelne Zeitabschnitte von jeweils 15 Minuten aufgeteilt werden.

Eine Pause im Sinne des Gesetzes liegt aber nur vor, wenn der Arbeitnehmer von jeglicher Dienstverpflichtung – auch von der Arbeitsbereitschaft – freigestellt ist.

Nach dem Ende der täglichen Arbeitszeit muss dem Arbeitnehmer grundsätzlich eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden gewährt werden. Ausnahmen gelten jedoch für Arbeitnehmer, die in Krankenhäusern beschäftigt werden. Die ununterbrochene Ruhezeit kann hier auf zehn Stunden gekürzt werden, wenn innerhalb eines Monats durch Verlängerung einer anderen Ruhezeit auf zwölf Stunden ein Ausgleich erfolgt.

Aktuell wird im arbeitsrechtlichen Schrifttum diskutiert, ob die Ruhezeit eingehalten wird, wenn von dem Arbeitnehmer erwartet wird, dass er in dieser Ruhezeit zum Beispiel berufliche E-Mails liest. Zumindest dann, wenn der Arbeitgeber dieses fordert und der zeitliche Umfang, der damit verbunden ist auch relevant ist, handelt es sich um eine Unterbrechung der Ruhezeit. Diese würde nach der Unterbrechung neu – also erneut elf Stunden – beginnen.

Im Bereich des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von den oben beschriebenen Regelungen durch Tarif-

vertrag oder Betriebsvereinbarung üblich.

Urlaub

Nach § 3 BurlG beträgt der jährliche Mindesturlaub 24 Werktage. Dies bedeutet, dass ein Arbeitnehmer, der von Montag bis Freitag tätig ist, Anspruch auf mindestens 20 Urlaubstage/Kalenderjahr hat. Vertraglich kann ein längerer Urlaub vereinbart werden. Wird in dem Arbeitsvertrag ein geringerer Urlaubsanspruch vereinbart, ist diese Vereinbarung unwirksam und es gelten die Regelungen aus dem Bundesurlaubsgesetz.

Bei der zeitlichen Festlegung des Urlaubs sind die Urlaubswünsche des Arbeitnehmers zu berücksichtigen, soweit nicht dringende betriebliche Belange oder Urlaubswünsche anderer Arbeitnehmer, die unter sozialen Gesichtspunkten den Vorrang verdienen, entgegenstehen.

Der Urlaub muss in dem jeweiligen Kalenderjahr gewährt und genommen werden. Voraussichtlich wird der Europäische Gerichtshof (EuGH) in den nächsten Monaten Entscheidungen von Landesarbeitsgerichten bestätigen, wonach es die (zusätzliche) Aufgabe des Arbeitgebers ist, rechtzeitig vor dem Ende des Jahres den Arbeitnehmer nochmals darauf hinzuweisen, dass gegebenenfalls noch ausstehender Urlaub zu nehmen ist.

Verzichtet der Arbeitnehmer von sich aus darauf, seinen Urlaub zu nehmen, verfällt dieser mit Ablauf des Jahres. Allerdings schließt dies nicht aus, dass der Arbeitgeber die Übertragung des Urlaubs (meist Resturlaub) billigt.

Nach dem Gesetz ist der Resturlaub in das Folgejahr zu übertragen, wenn der Arbeitnehmer zum Beispiel wegen Krankheit den Urlaub nicht nehmen konnte. ←

Bei Spezifischer Immuntherapie auf Zulassungsstatus achten

Auf dem Markt gibt es viele Präparate zur Spezifischen Immuntherapie (SIT), die noch nicht das Zulassungsverfahren durchlaufen haben. Wie sich zeigt, sind gerade diese Mittel für eine optimale Wirkung unterdosiert. Ärzte sollten daher bei ihrer Verordnung auf eine Liste der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie zurückgreifen.

↳ Aufgrund der nicht unerheblichen Kosten von Therapieallergenen stellen sich in der Praxis häufig Fragen nach der Effektivität und Wirtschaftlichkeit der allergenspezifischen Immuntherapie (SIT). Zur Beantwortung dieser Fragen können die Informationen und Empfehlungen der Therapieallergene-Verordnung des Paul-Ehrlich-Instituts sowie der SIT-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie beitragen.

Bis zum Jahr 2008 konnten Therapieallergene als Individualrezepturen, die nicht zulassungspflichtig sind, in den Verkehr gebracht werden. Dies endete mit Inkrafttreten der Therapieallergene-Verordnung (TAV). Seitdem sind die Hersteller von häufig verwendeten Therapieallergenen verpflichtet, für ihre Präparate eine Zulassung zu beantragen. Für die Durchführung der Zulassungsverfahren war ursprünglich eine Übergangszeit bis zum Jahr 2018 vorgesehen. Diese Übergangszeit, in der Präparate ohne Zulassung weiterhin verkehrsfähig sind und auch zu Lasten der GKV verordnet werden können, ist jetzt bis zum Jahr 2026 verlängert worden. Um eine Zulassung zu erhalten, muss in klinischen Studien das Nutzen-Risiko-Verhältnis verschiedener Dosen untersucht werden. In den bisher durchgeführten Dosisfindungsstudien hat sich gezeigt, dass die auf dem Markt befindlichen Dosierungen der meisten untersuchten Präparate zu niedrig waren. Das bedeutet, dass die meisten Präparate, die keine Zulassung besitzen, für eine optimale Wirkung unterdosiert sind.

Anfang August hat das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) informiert, dass die ersten Präparate, die gemäß der TAV geprüft wurden, eine Zulassung erhalten haben. Auswertungen der Pharmazeutischen Beratungsstelle für 2017 haben ergeben, dass in Bremen ein relativ großer Anteil der Verordnungen von Therapieallergenen auf Präparate entfällt, die noch keine Zulassung durch das PEI erhalten haben. Bezogen auf die verordneten Tagestherapiedosen entfielen 48,1 Prozent auf Präparate ohne Zulassung.

Informationen über den aktuellen Zulassungsstatus der Therapieallergene findet man auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI). Die Übersichtstabelle über Präparate zur spezifischen Immuntherapie wird halbjährlich

aktualisiert. Sie ist Bestandteil der 2014 veröffentlichten S2k-Leitlinie Spezifische Immuntherapie. Die Übersichtstabelle enthält neben dem Zulassungsstatus der Therapieallergene auch Informationen über die Anzahl der Studien, in denen die Wirksamkeit der Präparate in den Indikationen Allergische Rhinitis/Rhinokonjunktivitis mit/ohne allergischem Asthma bronchiale gezeigt wurde. Die S2k-Leitlinie empfiehlt, generell sowohl die subcutane (SCIT) als auch die sublinguale (SLIT) spezifische Immuntherapie nur mit zugelassenen Präparaten durchzuführen, „für welche ein entsprechender Nachweis der klinischen Wirksamkeit aus entsprechenden Studien vorliegt“. Bei der Verordnung von nicht zugelassenen Präparaten besteht zudem die Gefahr, dass eine begonnene Therapie nicht fortgeführt werden kann oder ein Präparatewechsel erforderlich ist, wenn die Zulassung versagt wird.

In Bremen betrug 2017 der Anteil der Therapieallergen-Präparate, die bereits eine Zulassung durch das PEI aufwiesen und deren Wirksamkeit in Studien belegt wurde, lediglich 41,4 Prozent aller Verordnungen.

Wir empfehlen, vorrangig die in der DGAKI-Leitlinie positiv bewerteten Präparate zu berücksichtigen.

Eine spezifische Immuntherapie ist nur bei ausreichender Compliance sinnvoll. Diese liegt bei der SLIT bei nur sieben Prozent, bei der SCIT bei 23 Prozent. Es wird daher empfohlen, die Patienten genau über die Therapiedauer von drei Jahren zu informieren und die Einbestellung der Patienten im Praxis-Management zu berücksichtigen. ←

SIT-PRODUKTE STUDIENLAGE & ZULASSUNG

WWW.DGAKI.DE/LEITLINIEN/S2K-LEITLINIE-SIT

Deutsche Gesellschaft für Allergologie
und Klinische Immunologie (DGAKI)

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

Ansprechpartner Arzneimittel-Richtlinie:
MICHAEL SCHNAARS | KV Bremen | 0421.34 04-154

Terminservicestelle muss ab Oktober auch probatorische Sitzungen vermitteln

Ab dem 1. Oktober haben Patienten für dringende Termine zur Probatorik Anspruch auf Vermittlung über die Terminservicestellen. Psychotherapeuten sind daher angehalten, wenigstens einen Termin pro Quartal an die Terminservicestelle der KV Bremen zu melden.

⇒ Die Terminservicestellen müssen ab 1. Oktober 2018 Termine für probatorische Sitzungen bei Psychotherapeuten vermitteln. Voraussetzung ist, dass eine zeitnahe Behandlung erforderlich ist, was auf dem Formular PTV 11 (individuelle Patienteninformation) dokumentiert wird. Jeder Patient bekommt zum Abschluss der Psychotherapeutischen Sprechstunde diese Patienteninformation. Sie enthält einen Befundbericht mit Ergebnissen und Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Auf diesem Formular wurde nun ein Feld „zeitnah erforderlich“ hinzugefügt.

Kreuzen Psychotherapeuten dieses Feld ab Oktober an, hat der Patient Anspruch darauf, von den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb von vier Wochen einen Termin für eine probatorische Sit-

zung vermittelt zu bekommen. Zusätzlich muss ein Überweisungscode auf das Formular geklebt werden. Mit diesem Code belegt der Patient gegenüber der Terminservicestelle seine Berechtigung. Dieses Verfahren kennen Psychotherapeuten bereits von der Vermittlung zur Akutbehandlung.

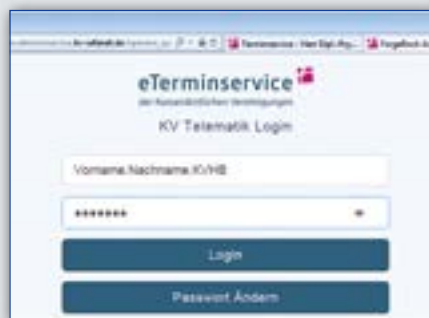
Die KV Bremen geht davon aus, dass – wie bei den Akut-Terminen – zunächst ein gemeldeter Termin pro Quartal und Psychotherapeut ausreicht, um die Nachfrage zu befriedigen. Über das PTV 11 und den Überweisungscode haben es die Psychotherapeuten in ihrer Gesamtheit selbst in der Hand, wie viele probatorische Sitzungen über die Terminservicestelle vermittelt werden müssen. ←

von **GOTTFRIED ANTPÖHLER** | KV Bremen | 0421.34 04-121

⇒ TERMINE IM E-TERMINSERVICE EINTRAGEN UND BEARBEITEN



Anmeldung über [HTTPS://PRAXIS.ETERMINSERVICE.DE](https://praxis.eterminservice.de) oder [PRAXIS.ETERMINSERVICE.KV-SAFENET.DE](https://praxis.eterminservice.kv-safenet.de). Dort „KV Telematik Benutzerverwaltung“ anhaken und auf „Auswählen“ klicken.



Die Benutzerdaten aus dem PIN-Brief (von der KV) eingeben. Oben den Benutzer nach dem Schema Vorname.Nachname.KVHB eingeben, darunter das Passwort, dann „Login“ klicken.



Sie sehen Ihre nächsten, bereits eingetragenen Termine in der Übersichtsmaske nach Datum sortiert: freie-, gebuchte- oder blockierte Termine sind unterschiedlich hinterlegt.

➔ SO KÖNNEN SIE TERMINE MELDEN

Fon 0421.988 859-10
 Fax 0421.988 859-20
 Mail tss@kvhb.de
 Online <https://praxis.eterminservice.de>

Die KV Bremen empfiehlt ihren Mitgliedern, die Termine online über den eTerminservice zu melden (siehe Anleitung unten). Damit können sehr flexibel auch einzelne Termine zum Beispiel bei kurzfristiger Abwesenheit herausgenommen werden. Außerdem gibt es dort eine Übersicht über die schon gebuchten oder geblockten Termine. Zugangsdaten können Sie – falls sie noch nicht vorliegen – über die Terminservicestelle der KV Bremen anfordern.

➔ WAS SIE SONST NOCH WISSEN SOLLTEN

→ Mit dem Ausfüllen des PTV 11 und dem Verwenden des Überweisungs-codes hat die Fachgruppe es selbst in der Hand, wie viele Probatorik-Termine durch die Terminservice-stelle vermittelt werden müssen. Natürlich können Patienten nach wie vor auch direkt an Kollegen vermittelt werden.

→ Alte PTV 11 dürfen ab dem 1. Oktober nicht mehr verwendet werden. Neben dem Ankreuzfeld für zeitnah erforderliche probatorische Sitzungen wurde die Bezeichnung der ICD-10-Felder redaktionell korrigiert. Praxen können die neuen Formulare wie gewohnt über die KV beziehen (Ausfüllhilfe → Seite 24).

→ Der Patient hat keinen Anspruch auf beliebig viele Vermittlungen. Nach der zweiten Vermittlung zur Probatorik durch die Terminservice-stelle muss er sich selbst um Termine kümmern.

→ Wenn nach der Probatorik mit der Richtlinien-therapie begonnen werden soll, beginnt das Antragsverfahren. Da gibt es keine neuen Fristen oder Regelungen.

Nach einem Klick auf „Termin hinzufügen“ wählen Sie „PT-Probatorik“ (oder Sprechstunde/Akutbehandlung), das Datum, die Uhrzeit und gegebenenfalls eine Wiederholung. Mittels „Termin hinzufügen“ wird der Termin oder die Serie in die Datenbank eingetragen.

Sie gelangen dann wieder zurück auf die Übersichtsmaske, wo die aktuellen Änderungen sofort sichtbar sind.

Sie können jeden einzelnen Termin nun anklicken (auf die Uhrzeit) und löschen oder blockieren.

Oder Sie klicken auf den Bleistift neben der Uhrzeit und können die ganze Terminserie löschen.

Ausfüllhilfe für das Formblatt PTV 11

Individuelle Patienteninformation PTV 11 zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde

Mit dieser Information über das Ergebnis der Sprechstunde zu Ihrem vorläufigen Befund erhalten Sie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.
Bitte legen Sie diese Patienteninformation bei einer Weiterbehandlung vor.

Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde:

1 [TTMMJJ] [TTMMJJ]

2 Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Bei Ihnen wurden keine Anhaltspunkte für eine behandlungsbedürftige psychische Störung festgestellt.

Bei Ihnen wurden folgende Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) festgestellt:

Diagnose(n)/Verdachtsdiagnose(n) je Klausur, weitere Hinweise zum Krankheitsbild und ggf. zu durchgeführten Maßnahmen:

3 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

keine Maßnahme notwendig

Präventionsmaßnahme

ambulante Psychotherapeutische Weiterbehandlung

stationäre Behandlung

Krankenhausbehandlung

Rehabilitation

andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Anklärung beim Facharzt für

ambulante Psychotherapie

ambulante Psychotherapie

Telerpsychologisch unterstützte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

weitere erforderlich

nähere Angaben zu den Empfehlungen:

4 Die psychotherapeutische Behandlung kann NICHT in dieser Praxis durchgeführt werden.

Die psychotherapeutische Behandlung kann in dieser Praxis durchgeführt werden.

Sie nächster Termin (Datum, Uhrzeit)

Ausstellungsdatum

5 Erklärung des Patienten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt / mitbehandelnder Arzt eine Kopie dieser Information erhält.

Name des Arztes

Strasse

PLZ Ort

Datum

Ausfertigung für den Patienten

Änderung zum 1. Oktober 2018

Änderung zum 1. Oktober 2018

- 1 Datum oder ggf. Daten der letzten 50 Minuten der Sprechstunde**
- Geben Sie hier bitte das Datum der letzten Psychotherapeutischen Sprechstunde (50 Minuten am Stück) oder die Daten der letzten beiden Psychotherapeutischen Sprechstunden (zweimal 25 Minuten) jeweils im Format TTMMJJ an. Eine Psychotherapeutische Sprechstunde (1x50 oder 2x25 Minuten) ist vor probatorischen Sitzungen, Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem Richtlinienverfahren grundsätzlich verpflichtend.

2 Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde
Machen Sie hier Angaben zum Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde im Sinne eines vorläufigen Befundberichts. Wenn Sie eine psychische Erkrankung oder einen Verdacht auf eine psychische Erkrankung feststellen, geben Sie die Diagnose(n) als endständige ICD-10-GM-Codes an. Die Angabe „endständig“ macht deutlich, dass die ICD-10-GM-Codes als terminale Schlüsselnummern anzugeben sind (Codes, die keine Subcodes mehr enthalten). Darüber hinaus ist die Diagnosesicherheit anzugeben (z. B. „V“ für „Verdachtsdiagnose“). Erläutern Sie im Freitextfeld die festgestellten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen in allgemein verständlicher Sprache. Im Freitextfeld können Sie für den Patienten bzw. für einen Weiterbehandler relevante Zusatzinformationen, wie weitere Hinweise zum Krankheitsbild oder Angaben zu ggf. durchgeführten Maßnahmen (z. B. zu durchgeführten Testverfahren), angeben.

3 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen
Geben Sie dem Patienten hier Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Das Ergebnis einer Psychotherapeutischen Sprechstunde kann auch sein, dass keine Maßnahme oder aber eine weitere ärztliche Abklärung erforderlich ist. Ist eine weitere Abklärung bei einem Facharzt erforderlich, geben Sie bitte die entsprechende Gebietsbezeichnung an. Wird eine ambulante Psychotherapie empfohlen, muss angegeben werden, ob eine zeitnahe Behandlung erforderlich ist oder nicht. Wird angegeben, dass die ambulante Psychotherapie zeitnah erforderlich ist, hat der Patient einen Anspruch auf Vermittlung von probatorischen Sitzungen über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Erläutern Sie im Freitextfeld die aus Ihrer Sicht empfohlenen Maßnahmen. Machen Sie hier nähere Angaben zur Art der Maßnahme (z. B. um welche Präventionsmaßnahme oder andere Maßnahme handelt es sich?) und ggf. zu Kontaktdaten von empfohlenen Einrichtungen. Handelt es sich bei der Empfehlung um eine Weiterbehandlung, können Sie auch hierzu nähere Angaben machen. Bitte achten Sie auf eine allgemein verständliche Sprache.

4 Psychotherapeutische Behandlung in der eigenen Praxis?
Wenn Sie dem Patienten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung empfehlen, geben Sie hier an, ob diese in Ihrer Praxis durchgeführt werden kann oder nicht. Bei Durchführung in Ihrer Praxis können Sie hier den nächsten Termin bei Ihnen angeben.

5 Erklärung des Patienten
Wünscht der Patient die Weitergabe einer Kopie der individuellen Patienteninformation an seinen Hausarzt oder einen anderen mitbehandelnden Arzt, kann er hier die entsprechenden Kontaktinformationen des Arztes eintragen und sein Einverständnis zur Übermittlung angeben.

Nadelstichverletzungen: Was in der Praxis zu tun ist

Trotz moderner Kanülen und Infusionssysteme gehören Nadelstichverletzungen immer noch zu den häufigsten Arbeitsunfällen in Praxen. Deshalb beschreiben wir auf diesen Seiten, was im Fall der Fälle zu tun ist.



↳ Eigentlich dürfte es nicht passieren, zumal heute sichere Instrumente vorgeschrieben sind. Doch im hektischen Praxisalltag ist niemand davor gefeit und plötzlich geschieht es doch: Es kommt zu einer Nadelstichverletzung (Stich-, Schnitt- oder Kratzverletzung). NSV, so die gängige Abkürzung für Nadelstichverletzungen, gehören nach wie vor zu den häufigsten Unfällen in Praxen und Krankenhäusern. Einer Studie zufolge kommt es in Deutschland allein im stationären Bereich zu jährlich 500.000 solcher Zwischenfälle. NSV sind alltäglich.

Bei einer Stichverletzung in der Praxis muss schnell und systematisch gehandelt werden. Zunächst sollten möglicherweise eingedrungene Erreger aus der Wunde ausgeschwemmt werden. Der Blutfluss kann durch Ausstreichen (mindestens eine Minute) gefördert werden. Die Wunde muss anschließend desinfiziert werden (eventuell Stichkanal spreizen). Nach diesen Sofortmaßnahmen sollte beim Verletzten zur Bestimmung des aktuellen Immunstatus Blut abgenommen werden. Wenn der Status des Indexpatienten nicht bekannt ist, sollte – wenn möglich – auch von diesem Blut abgenommen werden. So kann direkt auf mögliche Infektionen auf Hepatitis B und C sowie HIV untersucht werden. Wichtig: Bei der Laborüberweisung ist als Kostenträger die „BG für Gesundheitsdienste“ einzutragen. Im nächsten Schritt kann eine Impfung gegen Hepatitis B

oder eine Postexpositionsprophylaxe eingeleitet werden. Die deutsch-österreichischen Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektionen (2018) empfehlen eine PEP-HIV nur dann, wenn eine HIV-Infektion wahrscheinlich ist. Sie ist also nicht als Standardtherapie indiziert.

Der Arbeitsunfall ist umgehend der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zu melden (Unfallanzeige über das Formular U3100). Für Bremen und Bremerhaven ist die Bezirksstelle Delmenhorst zuständig. Der Vorfall muss allerdings auch intern im Verbandbuch dokumentiert werden. Im Zweifel lässt sich so belegen, dass die Erkrankung berufsbedingt verursacht ist und etwaige Entschädigungen geltend machen.

Tipp: Praxen sollten eine Betriebsanweisung erstellen, in der das Vorgehen nach einer NSV genau beschrieben wird. Es sollte auch die richtigen Ansprechpartner beinhalten. Wenn sich die Reinigungskraft nach Praxisende bei der Abfallentsorgung verletzt, muss auch sie wissen was zu tun ist. Das Ablaufdiagramm auf der umliegenden Seite kann bei der Erstellung einer solchen Betriebsinformation helfen. <|

Leitfaden zum Vorgehen

Sofort

1

Verletzung mit
→ offener Wunde

Blutfluss fördern

Reinigung und intensive Desinfektion (Händedesinfektionsmittel)

Kontamination
→ der Haut

Kontamination
→ der Schleimhäute
→ des Auges

Intensive Spülung mit
nächstmöglich Erreichbarem:
→ Wasser oder
→ isotonische Kochsalzlösung

Unverzüglich danach

2

Infektionsrisiko für Hepatitis B/C & HIV ermitteln

Hinweis

Infektionsrisiko ermitteln und sofortige Blutentnahme des Verletzten zur Bestimmung des aktuellen Immunstatus.

Als Kostenträger die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst auf der Laborüberweisung angeben.

Indexpatient: unklarer Status

Verletzter Mitarbeiter: Sofort Anti-HBC (Anti-HBs entfällt bei sicherem Impfstatus), Anti-HCV, HIV Screening der 4. Generation
→ Kontrolle nach 6 und nach 12 Wochen
→ Kontrolle nach 6 Monaten (kein Anti-HIV bei zwei negativen HIV-Screenings)

Indexpatient: sicher Hep.B-positiver Infektionsträger

Verletzter Mitarbeiter: Falls nicht geimpft oder Low-Responder, aktive und passive Immunisierung anbieten, Kosten tragen BGW (erste Sofortimpfung) und Arbeitgeber

Indexpatient: sicher Hep.C-positiver Infektionsträger

Verletzter Mitarbeiter: 2 Wochen nach Ereignis HCV-RNA-PCR (zur Frühdiagnostik): Ggf. erneut nach 6 Wochen zur Bestätigung eines negativen Ergebnisses

Indexpatient: sicher HIV-positiv

Verletzter Mitarbeiter: PEP-HIV anbieten; HIV-Schwerpunktpraxen oder AIDS Hilfe Bremen (Tel.: 0421.33 63 63 13) können zur Einschätzung kontaktiert werden. Notfallambulanz Bremen Mitte (Tel.: 0421.497 2020) hält PEP-HIV 24 Stunden täglich vor. PEP-HIV möglichst innerhalb von 2 Stunden beginnen. Nach einer PEP-HIV verschieben sich die Blutuntersuchungen im Nachsorge-schema für HIV um jeweils 4 Wochen (siehe oben).

Risikoeinschätzung des Indexpatienten: Ggf. sind zur Einschätzung HIV-Schwerpunktpraxen oder AIDS Hilfe Bremen hinzuziehen:
→ HBsAg und Anti-HBc, Anti HCV, HIV Screening, ggf Bestimmung der Viruslast

Achtung: Patient muss sein Einverständnis erklären.

Weitere Schritte

3

Unfallanzeige an die BGW/Unfallkasse senden

Hinweis

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Bezirksverwaltung Delmenhorst
Postfach 11 55 Fischstraße 31
27731 Delmenhorst 27749 Delmenhorst
Telefon 04221.913-0
Fax 04221.913-4225 WWW.BGW-ONLINE.DE

Unfallmeldung ist auch online (nach Anmeldung) möglich.
WWW.BGW-ONLINE.DE
(UNTER FORMULARE)

4

Unfall im Verbandbuch der Praxis dokumentieren

Praxisberatung der KV Bremen

Wir geben Unterstützung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Gerade in diesem Sommer hat es viele erwischt: Die lange Hitzeperiode im Juli sorgte dafür, dass sich Wespenvölker besonders gut ausbreiten konnten. Natürlich gibt es auch für Insektenstiche eine Reihe von ICD-10-Kodes. Wir haben die relevantesten zusammengetragen.

Der in diesem Zusammenhang am häufigsten verwendete ICD-Kode T63.4 ist im dritten Quartal 2017 immerhin 1952-mal in Bremer und Bremerhavener Praxen dokumentiert worden.

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

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

TOXISCHE WIRKUNGEN

T63.4

Toxische Wirkung. Gift sonstiger Athropoden
Biss durch giftiges Insekt
Stich durch giftiges Insekt a.n.k.
Toxische Wirkung eines giftigen Insektenstiches
Vergiftung durch giftiges Insekt a.n.k

WUNDINFEKTION

T79.3

Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert, infizierter Insektenstich

Dieser Kode kann im Sinne einer zusätzlichen Kodierung bei infiziertem Insektenstich, Hämatom oder Schürfwunde benutzt werden.

Eine Wundinfektion nach offener Wunde ist mit einem Kode aus T89.0- zu kodieren.

OBERFLÄCHLICHE VERLETZUNGEN

S00.03	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S00.23	Oberflächliche Verletzung des Augenlides und der Periokularregion: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S00.33	Oberflächliche Verletzung der Nase: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S00.43	Oberflächliche Verletzung des Ohres: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S00.53	Oberflächliche Verletzung der Lippe und der Mundhöhle: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S00.83	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes :Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S00.93	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S10.13	Sonstige und nicht näher bezeichnete oberflächliche Verletzungen des Rachens: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S10.83	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Halses: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S10.93	Oberflächliche Verletzung des Halses, Teil nicht näher bezeichnet: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S20.13	Sonstige und nicht näher bezeichnete oberflächliche Verletzung der Mamma(Brustdrüse): Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S20.33	Sonstige oberflächliche Verletzung der vorderen Thoraxwand: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S20.43	Sonstige oberflächliche Verletzung der hinteren Thoraxwand: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S20.83	Oberflächliche Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Thorax: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S30.83	Sonstige oberflächlich Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S30.93	Oberflächlich Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens, Teil nicht näher bezeichnet: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S40.83	Sonstige oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S50.83	Sonstige oberflächliche Verletzung des Unterarmes: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S60.83	Sonstige oberflächliche Verletzungen des Handgelenkes und der Hand: Insektenbiss oder -stich(ungiftig)
S70.83	Sonstiges oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels: Insektenbiss oder -stich (ungiftig)
S80.83	Sonstige oberflächliche Verletzung des Unterschenkels: Insektenbiss oder -stich (ungiftig)
S90.93	Sonstige oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes: Insektenbiss oder -stich (ungiftig)
T00.9	Multiple oberflächliche Verletzung, nicht näher bezeichnet Multiple ungiftige Insektenbisse Multiple ungiftige Insektenstiche
T09.03	Oberflächliche Verletzung des Rumpfes, Höhe nicht näher bezeichnet: Insektenbiss oder -stich (ungiftig)
T11.03	Oberflächliche Verletzung der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet: Insektenbiss oder -stich (ungiftig)
T13.03	Oberflächliche Verletzung der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet Insektenbiss oder -stich (ungiftig)
T14.03	Oberflächliche Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion: Insektenbiss oder -stich (ungiftig)

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

AU-Bescheinigung

Ein Patient hatte eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bekommen, möchte die Arbeit aber jetzt vorzeitig vor dem Ende der bescheinigten Dauer wieder aufnehmen. Muss ihm dafür wie verlangt eine „Gesundschreibung“ ausgestellt werden?

Nein. Da nur die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, ist dies bei Patienten

innerhalb der Lohnfortzahlung nicht erforderlich und es gibt hierfür auch keinen Vordruck. (VR)

AU-Bescheinigung

Wer ist für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung während der stationären Behandlung zuständig?

Zuständig ist das Krankenhaus. Der Patient (gegebenenfalls ein Angehöriger) bekommt eine Bescheinigung für den Arbeitgeber z.B. beim Sozialdienst

im Krankenhaus. Bei Bedarf können sich Patienten auch an die Krankenkasse wenden. (VR)

Postoperative Behandlung

Wie darf bei Patienten nach stationären Eingriffen die postoperative Behandlung in der Praxis abgerechnet werden?

Wird eine Operation stationär in einem Krankenhaus durchgeführt, kann die postoperative Behandlung nicht nach den GOP des EBM-Kapitels 31.4 (Postoperative Behandlungskom-

plexe) abgerechnet werden. Die im Rahmen der Nachbehandlung erbrachten Leistungen sind mit Einzelleistungen aus anderen Kapiteln des EBM abzurechnen. (A2)

Online-Arztsuche

Ich finde mich nicht in der Online-Arztsuche der KV Bremen. Warum?

Denkbar ist, dass Sie noch keine Einwilligungserklärung für die Veröffentlichung in der Arztstuche und in den Arztlisten bei der KV Bremen eingereicht haben. Ihre aktive Zustimmung ist Voraussetzung, die KV Bremen darf

die Praxisdaten „nicht einfach so“ veröffentlichen. Die Einwilligungserklärung für Ärzte und Psychotherapeuten ist auf der KV-Homepage abrufbar. (K)

WWW.KVHB.DE/ARZTSUCHE

Meldungen & Bekanntgaben

↳ ABRECHNUNG

Endabrechnung für 3/2018 bis zum 8. Oktober abgeben

→ Die Abrechnung kann vom 20. September bis zum 8. Oktober 2018 an die KV Bremen online übermittelt werden. Unterlagen in Papierform (z.B. Scheine) können in derselben Zeitspanne per Post oder vor Ort eingereicht werden. Die Abrechnung gilt nur dann als fristgerecht eingereicht, wenn sie vollständig bis zum 8. Oktober um 23:59 Uhr bei der KV Bremen eingegangen ist.

→ 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, den 01.10.2018	08.00 – 16.00 Uhr
Dienstag, den 02.10.2018	08.00 – 16.00 Uhr
Donnerstag, den 04.10.2018	08.00 – 16.00 Uhr
Freitag, den 05.10.2018	08.00 – 14.00 Uhr
Montag, den 08.10.2018	08.00 – 16.00 Uhr

→ Ab dem 9. Oktober wird auf dem Online-Portal ein Hinweis auf eine Fristverletzung eingeblendet (übrigens auch bei denjenigen, für die eine Fristverlängerung genehmigt wurde). In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an Katharina Kuczkowicz (Team 1), 0421.34 04-301, oder an Alexandra Thölke (Team 2), 0421.34 04-320.

→ Details zu den Fristen und weitere Informationen zu begleitenden Unterlagen zur Abrechnung sind online abrufbar unter:

WWW.KVHB.DE/ABRECHNUNGSRICHTLINIEN

WWW.KVHB.DE/QUARTALSABRECHNUNG

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

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

↳ ABRECHNUNG

Grading mittels Morphometrie: Neue GOP beim Mammographie- Screening für Pathologen

→ Ab dem 1. Oktober 2018 gibt es eine neue GOP 19317 für Pathologen. Programmverantwortliche Ärzte im Mammographie-Screening können ab Oktober histopathologische Untersuchungen in vollem Umfang beauftragen. Die Gewebeuntersuchung bei auffälligen Befunden umfasst dann auch das Grading mittels Morphometrie und die Bestimmung des Rezeptorstatus.

→ Die GOP wird mit 144,47 Euro (1.356 Punkte) bewertet.

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

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

Umfassende Änderungen beim „Check-Up 35“ kommen

→ Gesetzlich Versicherte sollen künftig nur noch alle drei Jahre Anspruch auf den „Check-Up 35“ haben. Dafür wird die Vorsorgeuntersuchung erweitert. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist noch nicht rechtskräftig und die Honorierung nicht geregelt. Diese Änderungen sollen kommen:

→ Gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahren haben künftig nur noch alle drei – bisher alle zwei Jahre – Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung.

→ Versicherte ab dem vollendeten 18. bis zum 35. Lebensjahr haben künftig einmalig Anspruch auf die Gesundheitsuntersuchung. Dabei sind Blutuntersuchungen nur bei entsprechendem Risikoprofil durchzuführen, eine Urinuntersuchung ist nicht vorgesehen.

→ In der Anamnese der Gesundheitsuntersuchung sollen die familiären Risiken für Krebserkrankungen (z. B. Brustkrebs, Darmkrebs, malignes Melanom) stärker berücksichtigt werden.

→ Künftig wird ein vollständiges Lipidprofil erstellt, bestehend aus Gesamtcholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyceriden.

→ Die Impfanamnese wird zusätzlich neuer Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung.

→ Zudem sollen kardiovaskuläre Risiken mittels Risk-Charts systematisch erfasst werden, wenn dies aus ärztlicher Sicht angezeigt ist. Je nach Ergebnis erfolgt eine Beratung, wie das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung minimiert werden kann.

→ Die Berichtspflicht der Gesundheitsuntersuchung auf dem Muster 30 entfällt. Die Dokumentation erfolgt künftig ausschließlich in der Patientenakte.

→ Die Vergütung wird innerhalb von sechs Monaten festgelegt. Erst wenn darüber entschieden ist, können Vertragsärzte die neue Gesundheitsuntersuchung durchführen und zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen.

→ Sobald der Beschluss in Kraft tritt und Einzelheiten zur Vergütung und Abrechnung feststehen, wird die KV Bremen informieren.

ISABELLA SCHWEPPE

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

DANIELA SCHEGLOW

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

iFOB-Tests müssen Vorgaben entsprechen: Hinweise zu GOP 01738 und 01737

→ Laborärzte sind angehalten bei der Abrechnung der GOP 01738 (Stuhlprobe mit einem quantitativen immunologischen Test) darauf zu achten, dass die eingesetzten iFOB-Tests den Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie unter anderem bezüglich der Sensitivität und Spezifität entsprechen. Nur dann kann die GOP abgerechnet werden.

Die GOP 01737 (Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems) ist nur berechnungsfähig, sofern die Probe vom Patienten zurückgebracht und durch die Arztpraxis an eine Laborarztpraxis weitergeleitet wurde. Bei der Weiterleitung der Probe an das Labor muss auf der Laborüberweisung das Feld „präventiv“ angekreuzt werden.

Eine Auswertung der KBV über die Abrechnungsdaten des zweiten bis vierten Quartals 2017 hat ergeben, dass die GOP 01737 bundesweit deutlich häufiger abgerechnet wurde, als die GOP 01738. Die GOP 01738 kann ausschließlich von Laborärzten angesetzt werden. Regressforderungen durch die Krankenkasse können ansonsten nicht ausgeschlossen werden.

ISABELLA SCHWEPPE

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

DANIELA SCHEGLOW

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

Psychosomatische Grundversorgung: „F“ oder andere passende Diagnose angeben

→ Zur Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung nach den GOP 35100 und 35110 ist die Angabe einer Diagnose verpflichtend (obligater Leistungsinhalt). Die Entscheidung, welcher ICD-10-Kode angegeben wird, obliegt dem behandelnden Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten. Die Liste der Indikationen, die die KV Bremen in der Ausgabe Juli 2018 des Landesrundschriftens veröffentlicht hat, ist daher nicht abschließend.

→ In Bezug auf die GOP 35100 und 35110 muss es sich nicht zwangsläufig um eine „F“-Diagnose handeln. Relevant ist vielmehr, dass die Diagnose einen Bezug zu den erbrachten ärztlichen Leistungen hat. Möglich sind zum Beispiel auch Codes aus diesen Bereichen:

- Kapitel XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00 – R99)
- Kapitel XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00 – Z99)“
- oder auch Codes, die Symptome von „körperlichen Beschwerden“ beschreiben.

→ Die KV Bremen weist darauf hin, dass neben der Angabe einer Behandlungsdiagnose und korrekten Dokumentation der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut auch die Zeitvorgabe aus dem EBM (15 Minuten) beachten sollte. Wird diese Mindestdauer nicht erreicht bzw. nur durch die parallele Erbringung anderer Leistungen erzielt, dürfen die GOP 35100 und 35110 nicht abgerechnet werden.

MIRJA HOMEIER
0421.34 04-193 | m.homeier@kvhb.de

Erleichterungen bei der Europäischen Krankenkarte

→ Der Umgang mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) wird zum 1. Oktober 2018 vereinfacht. Hierzu wurde die Anlage 20 des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) angepasst, die Änderungen sind wie folgt:

→ Wenn eine Kopie der EHIC zur Dokumentation erstellt werden soll und es keine Kopier- oder Erfassungsmöglichkeiten gibt, z.B. im mobilen Notdienst, so können bei derartigen Fällen die Daten der EHIC oder der provisorischen Ersatzbescheinigung formlos händisch erfasst werden.

→ Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ wurde um die Zeile „Name des behandelten Arztes“ erweitert. Dies ermöglicht die eindeutige Zuordnung der Patientenerklärung zur Kopie der EHIC bei den Krankenkassen. Das Formular steht in 13 Sprachen ab 1. Oktober 2018 in den Praxisverwaltungssystemen bereit.

→ Zusätzlich wird ein neues Formular „Nationaler Anspruchsnachweis“ eingeführt, um eine bundeseinheitliche und übersichtliche Dokumentation für die Krankenkassen zu erreichen. Bisher wurde der genehmigte Leistungsumfang der Krankenkasse für Patienten nach Abkommensrecht bzw. für Patienten nach EG-Recht, die für eine Behandlung nach Deutschland eingereist sind, auf dem Abrechnungsschein (Muster 5) dokumentiert.

→ Die KV Bremen weist darauf hin, dass die oben genannten Unterlagen vollständig ausgefüllt werden müssen (Unterschrift, Stempel) und zeitnah an die ausgewählte Krankenkasse zu übersenden sind. Die KV Bremen darf diese Unterlagen nicht entgegennehmen.

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

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

Röhrchen zur Blutentnahme dürfen angenommen werden

MIRJA HOMEIER
0421.34 04-193 | m.homeier@kvhb.de

- Praxen können Röhrchen und Nadeln zur Blutentnahme von ihren Labors kostenlos annehmen. Darauf verweisen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer gemeinsamen Erklärung.
- Demnach sind die Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien den laboratoriumsmedizinischen GOP des Kapitels 32 zugeordnet und werden den Laborärzten mit der Abrechnung von Untersuchungen erstattet. Kostenfrei bereitgestellte Materialien für die Blutentnahme durch Laborärzte an veranlassende Ärzte können daher auf den EBM gestützt werden. Dies bedeutet auch: Die durch das Labor bereitgestellten Reagenzien müssen an dieses Labor zurückgeführt werden und dürfen nicht im Eigenlabor benutzt werden.

Teststreifen sollen generisch verordnet werden

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

- Bitte verordnen Sie Blutzucker-Teststreifen ohne Angabe eines Herstellers oder einer Pharmazentralnummer (PZN). Nach der aktuellen Bremer Arzneimittelvereinbarung und den Hausarztverträgen der KV Bremen sollen Teststreifen grundsätzlich generisch verordnet werden.
- Indem Sie einfach neben der Stückzahl auf das Rezept „generische Blutzucker-Teststreifen“ schreiben, erfüllen Sie die vertraglichen Vorgaben für eine wirtschaftliche Verordnung und ersparen sich einen eigenen Preisvergleich unter den Systemen. Der Patient kann auch mit diesem Rezept in der Apotheke den gewohnten Teststreifen bekommen. Die generische Verordnung hat keinen Einfluss auf die Qualität der Versorgung.
- Die bei einer Umstellung erforderliche Beratung und Einweisung der Patienten wird von der Apotheke vorgenommen und von der Krankenkasse vergütet.
- Die Verordnung von Blutzucker-Teststreifen auf Kassenrezept ist nur für insulinpflichtige Diabetiker zulässig. Ausnahmen hiervon finden Sie in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie.

Rezepturen mit Gebrauchsanweisung verordnen

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

- Bitte denken Sie bei Verordnungen von Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen (z.B. Rezepturen), an die Gebrauchsanweisung auf dem Rezept. Die auf dem Rezept aufgedruckte Gebrauchsanweisung wird von der Apotheke auf das Rezepturgefäß übertragen und unterstützt damit den Patienten bei der korrekten Anwendung der verordneten Rezeptur.
- Fehlende Gebrauchsanweisungen für Rezepturen stellen einen Verstoß gegen die Arzneimittelverschreibungsverordnung dar (§2 Abs.1 Nr.7 AMVV) und führen bei Apotheken teilweise zu Retaxierungen durch die Krankenkasse. Das belieferte Rezept wird also nicht bezahlt.

Patienten bei Rehabilitation und Teilhabe unterstützen

→ Vertragsärzte und Psychotherapeuten sollen betroffene Patienten auf Beratungsstellen sowie ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung hinweisen. Diese Aufgabe ergibt sich aus dem neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG) und der Rehabilitations-Richtlinie. Danach können auf der Reha-Verordnung (Muster 61) jetzt auch Hinweise zu einem weiteren Teilhabebedarf gegeben werden. Möglich ist dies im Teil A und unter dem Punkt „Sonstiges“ im Teil D des Formulars.

→ Durch das BTHG sind die Bestimmungen zu den Gemeinsamen Servicestellen, die bisher über Angebote der medizinischen Rehabilitation beraten haben, entfallen. Stattdessen werden die Beratungsangebote für Betroffene in Zukunft in anderer Form sichergestellt. Auf diese neue Angebote sollen Sie bei Ihrer Rehabilitations-Beratung künftig hinweisen:

- Beratung durch die Beratungsstellen der Rehabilitationsträger
- Ergänzende unabhängige Angebote zur Teilhabeberatung (EUTB)

→ Für die EUTB werden bundesweit von den Leistungsträgern bzw. -erbringern unabhängige Beratungsangebote etabliert. Die Beratungsangebote finden Sie im Internet. Für das Land Bremen sind dort aktuell sechs Angebote gelistet:

WWW.TEILHABEBERATUNG.DE

→ Das BTHG verpflichtet die Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung) durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt wird.

MICHAEL SCHNAARS

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

Leitfaden zu Biosimilars ist jetzt bei der KV abholbereit

→ Der Biosimilar-Leitfaden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist jetzt in gedruckter Fassung bei der KV Bremen erhältlich. Ziel des Leitfadens ist es, mit unabhängigen und verständlichen Informationen evidenzbasierte, zweckmäßige Therapieentscheidungen zu unterstützen.

→ Ebenfalls erhältlich sind die „Empfehlungen der AkdÄ zur Behandlung mit Biosimilars“. Der Leitfaden wurde bereits in einem ausführlichen Beitrag in der Januar-Ausgabe des Landesrundschriftens thematisiert (→ Landesrundschriften Januar 2018, S. 22-23).

MICHAEL SCHNAARS

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

Broschüre informiert über Verordnung von Soziotherapie

→ Die Broschüre Soziotherapie aus der Reihe PraxisWissen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschreibt auf zwölf Seiten alles Wissenswerte rund um das Hilfsangebot für psychisch schwer kranke Menschen. Erstmals können Ärzte und Psychotherapeuten jetzt auch gedruckte Exemplare bestellen.

→ Die Broschüre stellt das Betreuungsangebot vor und zeigt, wie die Zusammenarbeit zwischen Facharzt beziehungsweise Psychotherapeut, Soziotherapeut und Patient funktioniert. Diese Fragen werden beantwortet: Für welche Patienten ist Soziotherapie geeignet und wann übernehmen die Krankenkassen die Kosten? Welche Ärzte und Psychotherapeuten dürfen die Leistung verordnen und was ist dabei zu beachten?

→ Gedruckte Exemplare können kostenlos per E-Mail bestellt werden (**VERSAND@KBV.DE**). Die Publikation und viele weitere steht zudem als PDF-Dokument zum Download bereit unter: **WWW.KBV.DE/HTML/PUBLIKATIONEN.PHP**

MICHAEL SCHNAARS

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

Dritter Hersteller für Praxisausweise (SMC-B) auf dem Markt

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

→ Mit T-Systems ist jetzt ein dritter Hersteller für den elektronischen Praxisausweis (SMC-B) für die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur auf dem Markt. Ausführliche Informationen sowie eine Anleitung zum Bezug und zur Aktivierung der Praxisausweise hat die KV Bremen auf ihrer Internetseite veröffentlicht: WWW.KVHB.DE/PRAXISAUSWEIS-SCHRITT-FUER-SCHRITT

DMP Brustkrebs wird zum 1. Oktober aktualisiert

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Anforderungs-Richtlinie (DMP-A-RL) zum DMP Brustkrebs aktualisiert. Die KV Bremen und die Vertragspartner haben daher den DMP Brustkrebs Vertrag mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 entsprechend angepasst. Die wesentlichen Änderungen im Einzelnen:
- Die medizinischen Anforderungen enthalten jetzt insbesondere
 - Beratung über Kontrazeption während der Brustkrebstherapie und über mögliche Auswirkungen der systemischen Therapie auf die Fertilität. Besteht der Wunsch nach fertilitätserhaltenden Maßnahmen, soll die Patientin frühzeitig auf die Möglichkeit einer entsprechend fachlich qualifizierten Beratung hingewiesen werden.
 - Eine differenzierte Darstellung der leitliniengerechten endokrinen Langzeittherapie (Regime, Wirkstoffe, Vorgehen bei Unverträglichkeiten)
 - Konkretisierung der Indikationsstellung zu Tamoxifen nach DCIS
 - Mindestintervalle der DMP Dokumentation: in den ersten 5 Jahren wie bisher jedes 2. Quartal und ab Jahr 6 nach Primärtumor ohne Rezidive/Fernmetastasen jedes 4. Quartal. Bei Rezidiven/Fernmetastasen ist mindestens jedes 2. Quartal zu dokumentieren.
 - Das gesamte Nachsorgekapitel mit seinen Unterkapiteln ist neu gefasst worden und beschreibt in stark komprimierter Form die im DMP geforderten Anforderungen an die Nachsorgeinhalte, die alle gleichermaßen relevant sind.
 - Inhalte der Nachsorge im DMP sind explizit auch Beratung, Information und das Ansprechen des Themas Sexualität sowie die aktive Exploration psychosomatischer/psychosozialer Probleme.
 - Für den Fall des erstmaligen Auftretens von viszerale Fernmetastasen ist eine Empfehlung zur bioptischen Sicherung (zwecks Rezeptorbestimmung) aufgenommen worden.
 - Weitere Informationen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie im Internet: WWW.G-BA.DE/INFORMATIONEN/RICHTLINIEN/83
 - Mit der Änderung der Versorgungsinhalte wurden auch die Qualitätsziele der Anlage Qualitätssicherung angepasst. Neben Änderungen der Zielwerte wurden neue Qualitätssicherungsziele formuliert: WWW.KVHB.DE/DMP-BRUSTKREBS

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

QS-Vereinbarung zur Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten tritt in Kraft

- Zur Kontrolle von kardialen Rhythmusimplantaten ist jetzt die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen neu gefasst worden. Diese tritt am 1. Oktober in Kraft und ersetzt die bisherige Vereinbarung zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers. Sie regelt insbesondere die Voraussetzungen zur Genehmigungserteilung nach den GOP 04411, 04413 bis 04416 sowie 13571 und 13573 bis 13576.
- Künftig können nur noch Kardiologen und Kinderkardiologen eine Genehmigung erhalten. Bezüglich der geforderten Untersuchungszahlen werden drei Fälle unterschieden:
 - Bei alleinigem Antrag auf HSM-Kontrollen müssen 200 Kontrollen nachgewiesen werden.
 - Wird zusätzlich die ICD-Kontrolle beantragt, müssen die geforderten 200 Kontrollen 50 ICD-Kontrollen beinhalten
 - Bei Beantragung aller drei Systeme müssen zusätzlich 30 CRT-Kontrollen erbracht worden sein.
- Übergangsregelungen für Ärzte mit bestehender Genehmigung:
 - Kardiologen und Kinderkardiologen erhalten ohne Nachweise eine Genehmigung für alle Leistungen.
 - Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung (ausgenommen Kardiologie) und ohne Schwerpunktbezeichnung mit einer bereits vorhandenen Genehmigung erhalten eine Genehmigung ohne weitere Nachweise für die HSM-Kontrolle. Für Leistungen der ICD-beziehungsweise der CRT-Kontrolle sind entsprechende Sachkunden nachzuweisen. Der Nachweis muss innerhalb von vier Jahren erfolgen. Eine Genehmigung für die telemedizinischen Funktionsanalysen erhalten Ärzte, wenn sie entsprechende Leistungen in mindestens zwei Quartalen bis zum 30. September 2018 abgerechnet haben.
- Genehmigungsinhaber müssen mindestens 20 Fortbildungspunkte zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung in jeweils 24 Monaten nachweisen.
- Darüber hinaus wird eine stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation eingeführt. Ab 2019 sollen dazu jährlich 15 Prozent der Genehmigungsinhaber die Dokumentationen zu 20 abgerechneten Fällen einreichen.

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

Urlaubszeiten für Bereitschaftsdienst können ab 2019 nur online gemeldet werden

- Ab Januar 2019 nimmt die KV Bremen Urlaubsmeldungen und -zeiten für Fortbildungen nur noch in elektronischer Form über die Web-Applikation BD-Online entgegen. Jeder Arzt kann analog zur vertragsärztlichen Versorgung 90 Tage pro Kalenderjahr melden. Die Urlaubszeiten können im eigenen Account unter „Meine Daten“ eingetragen werden.

ANNIKA LANGE
0421.34 04-107 | a.lange@kvhb.de
BIRGIT SEEBECK
0421.34 04-105 | b.seebeck@kvhb.de

Weiterbildung zur Datenschutzbeauftragten im Gesundheitswesen

→ Die Ärztekammer Bremen bietet ein dreitägiges Seminar an für Personen, die sich zum Datenschutzbeauftragten in Einrichtungen des Gesundheitswesens qualifizieren wollen.

Seminar: Datenschutzbeauftragte/r im Gesundheitswesen

Termin: 15. bis 17. Oktober 2018, jeweils 9 bis 17 Uhr

Gebühr: 500 Euro

Ort: Veranstaltungszentrum der Ärztekammer Bremen

→ Der Kurs vermittelt das von der EU-Datenschutz-Grundverordnung vorgeschriebene Fachwissen. Praktische Übungen vermitteln die Kenntnisse zum Aufbau eines Datenschutzmanagementsystems in der Praxis. Das Seminar schließt am dritten Tag mit einer schriftlichen Prüfung für das Zertifikat „Datenschutzbeauftragte/r im Gesundheitswesen Ärztekammer Bremen“.

→ Anmeldung und Details unter: WWW.AEKHB.DE (MFA / Fortbildungen)

Betreuungsgericht sucht Sachverständige für psychiatrische Gutachten

→ Das Betreuungsgericht am Amtsgericht Bremen sucht Sachverständige für fachpsychiatrische Gutachten. Dabei geht es nach Angaben des Gerichts um „Verfahren auf Überprüfung der Betreuungen, auf Erweiterung von Betreuungen und betreffend betreuungsrechtlicher Unterbringungen und Behandlungen gegen den natürlichen Willen von Betroffenen.“

→ Das Betreuungsgericht begründet seine Initiative mit steigenden Verfahrenszahlen und damit, dass das Klinikum Bremen-Ost seine Gutachterleistungen zurückgefahren habe. In einem Anschreiben an die KV Bremen erklärt das Betreuungsgericht, dass es auf Freiwilligkeit setze und auf eine „zwangsweise Verpflichtung niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie als Sachverständige“ vermeiden will. Weitere Informationen erteilt das Betreuungsgericht im Amtsgericht Bremen (0421.36 166-33).

Kleinanzeigen

Mitglieder der KV Bremen inserieren kostenlos. Ihre Annonce können Sie aufgeben unter www.kvhb.de/kleinanzeigen oder schreiben Sie eine E-Mail an kleinanzeigen@kvhb.de.
Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 2. Oktober.

Hausärztliche–internistische Praxis

in HB –Nord sucht Praxispartner/in ab sofort.
Kontakt: Chiffre PW6127

Etablierte Hausarztpraxis

Alteingesessene, gut gehende Allgemeinpraxis in Bremen-Nord bietet 2/3-Arzt-Anstellung mit späterer Einstiegsmöglichkeit. Bestens eingearbeitetes Praxisteam, guter, stabiler Umsatz.
Kontakt: praxis@hausarzt-bremen-nord.de

Suche Erfahrene MFA

Allgemeinarztpraxis in Schwachhausen sucht baldmöglichst zur Mitarbeit in seiner Geschäftsstelle für mind. 3-mal pro Woche 15-20 St. pro Woche. PC-Kenntnisse sollten geläufig sein.
Kontakt 0421/214948

Hausarzt/ärztin gesucht

Gutgehende Allgemeinpraxis in der Bremer Neustadt sucht Verstärkung. TZ, VZ, AA, Einstiegsmöglichkeit BAG möglich. Wir freuen uns auf Ihre Antwort
Kontakt: hausarztpraxis.neustadt@web.de

FÄ/FA Chirurgie gesucht

Chirurg/in (Prokto/Phlebo) in TZ für mind.2 Vorm. im jobsharing in schöner Praxis mit amb. OpZentrum in Bremen ges. Gerne auch Wiedereinsteiger oder Klinikmüde. Übernahme mittelfristig möglich
Kontakt: Chiffre ZK6137

So antworten Sie auf Chiffre-Anzeigen

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

Impressum

Herausgeberin: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Tel.: 0421.34 04-0 | **v. i. S. d. P.:** Dr. Jörg Hermann
Redaktion: Christoph Fox (RED) | **Autoren dieser Ausgabe:** Gottfried Antpöhler, Steffen Bock, Christoph Fox, Rainer Kirchhoff, Dr. Gerd Kotzke, Cassandra Leenen, Angelika Ohnesorge, Julia Schönfeld, Karsten Scholz, Frank Völz | **Abbildungsnachweise:** Africa Studio - Fotolia (S. 01 und S. 12/13); rcfotostock - Fotolia (S. 01 und S. 23); kasto - Fotolia (S. 04 und S. 07); Marion Saris (S. 05), Marion Saris (S. 08); mitrija - Fotolia (S. 09); Marion Saris (S. 10); snowing12 - Fotolia (S. 15); Gina Sanders - Fotolia (S. 18); rcfotostock - Fotolia (S. 23); 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.



DIE PRAXISSOFTWARE MIT DEM SELBST-UPDATE

Nie mehr Updatestress zum Quartalswechsel.

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

Mehr erfahren unter: alles-bestens.medatixx.de

Der Beratungsservice der KV Bremen

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

0421.34 04-

Abrechnungsberatung

Team 1

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

Isabella Schweppe -300
Katharina Kuczkowicz -301

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

Petra Bentzien -165

Team 2

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

Daniela Scheglow -315
Alexandra Thölke -320

RLV-Berechnung

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

RLV-Anträge und Widersprüche

Kathrin Radetzky -195

Praxisbesonderheiten (RLV)

Katharina Kuczkowicz -301

Abteilungsleitung

Jessica Drewes -190
Mirja Homeier -193

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung

Wilfried Pernak -139

Abteilungsleitung

Gottfried Antpöhler -121

Praxisberatung

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

Qualität & Selektivverträge

Neue Versorgungsformen (DMP, HzV, ...), Qualitätszirkel

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

Qualitätssicherung, QM

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

Kai Herzmann (Substitution) -334

Abteilungsleitung

Christoph Maaß -115

Zulassung

Arztregister

Krassimira Marzog -377

Zulassung und Bedarfsplanung

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

Abteilungsleitung

Marion Bünning -341

Rechtsfragen

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

Verträge

Abteilungsleitung

Oltmann Willers -150

Honorarkonto

Abschlüsse, Bankverbindung,

Kontoauszug
Martina Prange -132

Prüfung

Plausibilitätsprüfung (Abrechnung)

Christoph Maaß -115

Wirtschaftlichkeitsprüfung (Verordnung, Behandlung)

Thomas Arndt -176

Verordnungen

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Michael Schnaars -154

Bereitschaftsdienste

Bremen und Bremen-Nord

Annika Lange -107
Kerstin Lünsmann -103

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

Formulare und Vordrucke

Formularausgabe, Zentrale

Erika Warnke, Ilonka Schneider -0

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

Formulare & Aktenvernichtung

Wolfgang Harder -178

Abteilungsleitung (Zentrale Dienste, Bereitschaftsdienste)

Birgit Seebeck -105



Das Gesicht hinter der Rufnummer 0421.34 04-304

Mohammadreza Zorofchi ist einer Ihrer Ansprechpartner für die KV-Abrechnung im Team 1 (Hausärzte und Psychotherapeuten).