

landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 1 | 24. Januar 2023

KV-Umlage ↳ 04
Corporate Identity ↳ 10
TSS-Terminvermittlung ↳ 20
Berufshaftpflicht ↳ 32
Das ist neu zum 1. Januar ↳ 34
Zweitmeinung ↳ 38
Vergütung DMP DM1 & DM2 ↳ 40
Außerklinische Intensivpflege ↳ 46
Gesetzliche Unfallversicherung ↳ 50





DR. BERNHARD ROCHELL
Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ukrainekrieg, Coronaerschöpfung, Fachkräftemangel, Rekordinflation, Energiekostenexplosion, Digital-Dilettantismus sowie Spargesetze und -beschlüsse auf dem Rücken der ambulanten Versorgung: Ein Jahreswechsel stand schon unter besseren Vorzeichen als der jüngste.

Immerhin ist die Inflationsrate nach vorläufigen Schätzungen des Statistischen Bundesamtes vom 3. Januar 2023 im Dezember 2022 mit „nur noch“ 8,6 Prozent wieder unter die 10-Prozent-Marke gerutscht. Auch zur Feststellung des Endes der Corona-Pandemie mehrten sich aktuell die Stimmen. Grund zum größeren Aufatmen? Vorerst wohl leider nein.

Energiekostenzuschläge auch für energieintensive Praxen? Stehen immer noch aus. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat mit den Stimmen der Krankenkassen am 14.12.2022 die KBV überstimmt unter der Erwartung, dass die allgemein auf den Weg gebrachten staatlichen Hilfen für kleine und mittelständische Unternehmen für vertragsärztliche Praxen, wohl auch in der Radiologie, Strahlentherapie, Dialyse und Laboratoriumsmedizin ausreichend seien; dies wird die KBV in den Gremien der Selbstverwaltung im Januar weiter prüfen.

Kompensation der laufenden Personalkosten und sonstigen Kostensteigerungen? Bei der immer noch vorvorjahresbezogenen Kalkulation der Orientierungswertsteigerung 2023 in Höhe von 2 Prozent: Fehlanzeige! Ob die nach der überkommenen Methodik für die Orientierungswertsteigerung 2024 nach Befürchtungen der Kassenseite „voll durchschlagende“ Inflationsrate 2022 dann tatsächlich Berücksichtigung findet, ist angesichts der wiederholten Nullrundenforderungen des GKV-Spitzenverbandes noch alles andere als gesichert.

Gesundheitsminister Lauterbach erklärt diesen Nullrundenforderungen immerhin eine Absage („...auch Vertragsärzte haben Inflation...“), zieht aber in der Krisenzeit gleichzeitig mit der Rücknahme der Neupatientenregelung einen dreistelligen Millionenbetrag aus der ambulanten Versorgung, ohne die seinerzeit dazu festgeschriebene Erhöhung der Leistungsverpflichtung von 25 Prozent mehr Sprechstunden zurückzunehmen. Zudem erteilt er auch der im Koalitionsvertrag endlich zugesagten Ausbudgetierung der haus- und kinderärztlichen Leistungen eine Absage. Ob dies alles durch die Neuregelungsflut zu TSS-Zuschlägen und Ambulanten Operationen auch nur annähernd kompensiert werden kann? Wohl kaum (→ S.40).

Unter dem frischen Eindruck des Versorgungsnotstandes in der Pädiatrie erklärt derselbe Minister am 15.12.2022 – wo anders als bei Lanz? – dann plötzlich beherzt, dass er die Budgetierung in der Kinderheilkunde nun doch beenden wolle. Kommt es damit etwa zum Wortbruch des ministeriellen Wortbruchs? Leider wohl nicht: Schon wenige Tage später richtet der Minister seine Erwartungen auf den Bewertungsausschuss, dass dieser kurzfristig „geeignete Regelungen“ treffen soll.

Damit wird auch das Jahr 2023 kein einfaches: Wir werden auch mit dem Blick auf die weiteren Vorhaben des Ministers gemeinsam um und für den Erhalt der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung kämpfen müssen! Hierfür wünschen wir Ihnen, Ihren Lieben und Ihren Teams sowie uns im Weiteren von Herzen ein glückliches, Erfolg, Anerkennung, Zufriedenheit und Gesundheit bringendes Jahr 2023!

Das Team Ihrer KV Bremen, Herr Josenhans und ich
grüßen Sie herzlich

Dr. Bernhard Rochell
Vorsitzender des Vorstandes

↳ AUS DER KV

↳ IM BLICK

↳ IN PRAXIS

↳ IN KÜRZE

↳ ÜBER KOLLEGEN

↳ SERVICE

- 04** — Niedrige KV-Umlage und Forderung nach regionalem Punktwertzuschlag
- 06** — **Nachrichten** aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...
- 10** — **Corporate Identity:** So einfach gestalten Sie ein Praxis-Profil
- 14** — **Interview:** „Meine Praxis vermittelt klare Strukturen“
- 16** — So hängen Mitarbeitermotivation und Markenstärke zusammen
- 20** — **TSS-Terminvermittlung:** Höhere Zuschläge und Pauschalen
- 24** — **Praxisberatung der KV Bremen**
- 28** — **Qualitätsmanagement:** Das Gesetz für meldepflichtige Krankheiten
- 32** — **Berufshaftpflichtversicherung:** Nachweis ist jetzt Pflicht für alle
- 33** — **Sie fragen — Wir antworten**
- 34** — Auf einen Blick: **Das ist neu zum 1. Januar**
- 38** — **Meldungen & Bekanntgaben**
 - Anspruch auf Zweitmeinung bei Gallenblasentfernung
- 39** — Telefon-AU bei Absonderung wird dauerhaft möglich
 - Labornachweis von Affenpocken ist dauerhaft in EBM aufgenommen
- 40** — Katalog für ambulante Operationen wurde erweitert: EBM angepasst
 - Verlängerung für Authentifizierungszuschlag Videosprechstunde
- 42** — Neue Vergütungsvereinbarung DMP für DM1 und DM2
- 44** — Telemonitoring bei Herzinsuffizien: Abrechnungsausschluss aufgehoben
 - Erstbefüllung der ePA wird auch 2023 mit rund zehn Euro vergütet
- 45** — Ambulante Therapie M-ACI bei Knorpelschäden am Knie abrechenbar
 - Verweise auf die Mutterschafts-Richtlinien sind geändert
- 46** — Vergütung für Außerklinische Intensivpflege steht fest
- 48** — App „zanadio“ bei Adipositas erhält neue GOP zur Verlaufskontrolle
 - Onkologie-Vereinbarung wird angepasst
- 49** — QS-NET Zuschläge bei Nierenersatztherapie sind gestrichen
- 50** — Neue Gebühren in der gesetzlichen Unfallversicherung
- 51** — Vergütung der HIV-Präexpositionsprophylaxe weiterhin extrabudgetär
- 52** — Höhere Kostenpauschalen für Dialyseleistungen
- 53** — Psychiatrische und neurologische Kontrollen werden aus EBM gestrichen
 - Neue Blankoverordnung für häusliche Krankenpflege wird 2023 erwartet
- 54** — Migräneprophylaxe-Zusatznutzen schützt nicht vor Unwirtschaftlichkeit
- 55** — Psychiatrische häusliche Krankenpflege darf von weiterer
 - Fachgruppe verordnet werden
 - Mammographie-Vereinbarung: Mindestens ein und höchstens drei Fälle je Fallsammlungsprüfung
- 56** — „Moin, wir sind die Neuen!“ Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor
- 58** — **Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen**
- 59** — **Kleinanzeigen**
- 60** — **Der Beratungsservice der KV Bremen**
- 60** — **Impressum**

Niedrige KV-Umlage und Forderung nach regionalem Punktwertzuschlag

Themen bei der Vertreterversammlung am 6. Dezember: Bei den Finanzierungsverhandlungen für das Jahr 2023 fordert die KV Bremen einen regionalen Punktwertzuschlag für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Ergebnis offen. Fest steht hingegen: Die KV-Umlage bleibt auch 2023 wie sie ist.

→ UMLAGE BLEIBT UNVERÄNDERT: VERTRETERVERSAMMLUNG BESCHLIESST KV-HAUSHALT FÜR 2023

Die Verwaltungskostenumlage der KV Bremen bleibt auch 2023 mit 2,03 Prozent stabil. Die Vertreterversammlung hat in der Sitzung am 6. Dezember 2022 den Haushaltsplan der KV Bremen für das Jahr 2023 verabschiedet.

Der Haushaltsplan liegt mit Ausgaben von 18,1 Millionen Euro um 7,3 Prozent über dem geplanten Etat von 2022. Für Digitalisierungsprojekte und die Förderung zusätzlicher Weiterbildungsstellen werden dem Haushalt rund 680.000 Euro aus der EDV-Rücklage zugeführt und zusätzlich rund 230.000 Euro aus der Betriebsmittelrücklage entnommen, um die Verwaltungskostenumlage stabil zu halten. Dies ist möglich, da in den Vorjahren größere Überschüsse erwirtschaftet werden konnten, die insbesondere gezielt für zukünftige Digitalisierungsprojekte zurückgelegt wurden und nun teilweise wieder entnommen werden.

Zuletzt wurden die Verwaltungskostensätze der KV Bremen im Jahr 2006 um 0,03 Prozent angehoben. Die Umlage ist damit seit 16 Jahren unangetastet und gehört deutschlandweit zu den Niedrigsten. ←

Vertreterversammlung
vom 6. Dezember 2022

Verwaltungskostensätze	2023	2022
Alle Mitglieder	2,03 %	2,03 %
Kostenbeteiligung der Nichtvertragsärzte für die genehmigte Tätigkeit im Bereitschaftsdienst	10,00 %	10,00 %
Für Datenträgerabrechnung seit I/2011 zusätzliche Verwaltungskostenumlage i. H. v. 1,00 %, jedoch mind. 150,00 €	1,00 %	1,00 %
Ergänzungsbetrag für Mitglieder, die an Selektivverträgen mit Bereinigung der Gesamtvergütung außerhalb des KV-Systems teilnehmen. Der Betrag pro eingeschriebenen Versicherten und Quartal lag in 2022 bei 0,95 € und bleibt auch in 2023 konstant.	0,95 €	0,95 €

➔ VERHANDLUNGEN MIT DEN KASSEN: KV BREMEN FORDERT REGIONALEN PUNKTWERTZUSCHLAG

Im Rahmen der Finanzierungsverhandlungen für das Jahr 2023 hat die KV Bremen einen regionalen Punktwertzuschlag gefordert. Für den Fall eines Scheiterns der Verhandlungen hat die Vertreterversammlung auf der Sitzung am 6. Dezember grünes Licht dafür gegeben, das Landesschiedsamt anzurufen.

Die Finanzierungsverhandlungen auf Bundesebene sind mit einer Erhöhung des Orientierungswertes um zwei Prozent beendet worden. Dieses Ergebnis bildet die Grundlage für die anschließenden Verhandlungen zwischen regionalen KVen und den Krankenkassen. Mit Blick auf die nachweislich hohe, über dem Bundesdurchschnitt liegende Kostensituation im Bundesland Bremen hat die KV Bremen nun unter anderem einen regionalen Punktwertzuschlag in Höhe von rund zwei Prozentpunkten gefordert.

Sollte es zu keiner Einigung mit den Kassen kommen, wird die KV Bremen das Landesschiedsamt anrufen. ←

➔ STREICHUNG DER NEUPATIENTEN- REGELUNG: HVM WIRD ANGEPASST

Durch die Streichung der Neupatientenregelung muss auch der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KV Bremen zum 1. Januar 2023 angepasst werden. Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 6. Dezember 2022 die notwendigen Änderungen beschlossen.

Die Neupatientenfälle sind ab dem ersten Quartal 2023 RLV-relevant. Bei den Fallzahlenzuwachsbegrenzungsberechnungen werden daher die eingereichten RLV-Fälle des Vorjahresquartals um die TSVG-Neupatienten-Fälle erhöht.

Außerdem werden die Sonderregelung bei der Berechnung der Fallzahlzuwachsbegrenzung (FZB) in den RLV-Durchführungsbestimmungen aufgehoben. Die so genannte 7-Prozent-FZB-Regelungen bei Unterschreitung der zugewiesenen RLV-Fallzahl werden wieder aufgenommen. ←

www.kvhb.de/praxen/abrechnung-honorar/honorar

➔ VERTRETERVERSAMMLUNG ERINNERT AN KANZLERVERSPRECHEN „YOU’LL NEVER WALK ALONE!“

Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat einmal mehr an die Politik appelliert, die Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bei Kompensationsregelungen für Inflation und Energiekosten zu berücksichtigen. Bei einer am 6. Dezember einstimmig verabschiedeten Resolution erinnerten die Delegierten den Bundeskanzler an sein Versprechen „You’ll never walk alone!“ ←

www.kvhb.de/kanzlerversprechen

➔ KV BREMEN GIBT SICH COMPLIANCE- MANAGEMENTSYSTEM

Die Einhaltung von Gesetzen und Regeln in der KV Bremen wird künftig über ein Compliance-Managementsystem gesteuert. Die Vertreterversammlung hat auf der Sitzung am 6. Dezember 2022 der Beauftragung einer spezialisierten Kanzlei zugestimmt.

Das Compliance-Managementsystem der KV Bremen fußt auf zwei Säulen: Es werden Regelungen getroffen für interne Strukturen insbesondere durch Angebote für Mitarbeiter, die Hinweise zu Auffälligkeiten geben möchten. Dies wird dann anonym oder namentlich in einem geschützten Verhältnis möglich sein. Ferner wird ein Compliance-Verfahren für die Vertreterversammlung etabliert, da hier die Aufgabe angesiedelt ist, das Handeln des KV-Vorstandes zu überwachen.

Mit der Einführung eines Compliance-Managementsystem setzt die KV Bremen den Auftrag der Vertreterversammlung um und kommt gleichzeitig bereits den Anforderungen des Hinweisgeberschutzgesetzes nach, das voraussichtlich 2023 in Kraft tritt und eine externe Meldestelle für Unternehmen einer bestimmten Größenordnung verpflichtend vorsieht.

➔ KV BREMEN ZAHLT BESCHÄFTIGTEN INFLATIONS- AUSGLEICHSPRÄMIE

Die KV Bremen zahlt ihren Beschäftigten eine Inflationsausgleichsprämie. Die Vertreterversammlung hat auf der Sitzung am 6. Dezember 2022 den Vorschlag des KV-Vorstandes begrüßt und zugestimmt.









Grundlage für die Inflationsausgleichsprämie ist das „Gesetz zur temporären Senkung des Umsatzsteuersatzes auf Gaslieferungen über das Erdgasnetz“. Unter anderem ermöglicht das Gesetz, Arbeitgebern ihren Beschäftigten steuer- und abgabefrei einen Ausgleich zu zahlen. Die KV Bremen zahlt gestaffelt nach Vergütungsgruppen, für die Einkommensniedrigen den höchsten Betrag, wenigstens 100 Euro und maximal 700 Euro aus.

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

Pharmaunternehmen: Deutschland fällt als Standort für klinische Studien zurück

Berlin | Deutschland fällt als aus Sicht der Pharmaindustrie als Standort für klinische Arzneimittelstudien zurück: Nach einer neuen Erhebung des Verbandes der forschenden Pharma-Unternehmen in Deutschland (vfa) rangierte Deutschland bei Studien, die von Pharmaunternehmen veranlasst wurden, 2021 weltweit nur noch auf Platz 6 (2020: Platz 4). Bis 2016 war Deutschland noch die weltweite Nummer 2. Die vfa-Erhebung beruht auf dem internationalen Studienregister Clinicaltrials.gov. Gezählt wird dabei, an wie vielen 2021 begonnenen, von Pharmafirmen veranlassenen Studien Kliniken oder Praxen eines Landes mitgewirkt haben. Als positives Beispiel wird Spanien genannt: Das Land habe sich zuletzt zum wichtigsten Standort für Studien von Pharma-Unternehmen nach den USA und China entwickelt. Um den Standort Deutschland zu verbessern, sind laut vfa eine bundesweite Harmonisierung des Datenschutzes für Studien und zügigere Vertragsverhandlungen zwischen medizinischen Einrichtungen und Pharmaunternehmen notwendig. ←

Anzahl der im Jahr 2021 durchgeführten klinischen Studien
Quelle: Clinicaltrials.gov / vfa

USA		2.749
China		1.139
Spanien		682
UK		615
Kanada		605
Deutschland		589
Frankreich		549
Australien		542

Niedersachsens Gesundheitspreise vergeben

Hannover | Drei Projekte in Göttingen und Hannover sind mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis ausgezeichnet worden, der vom Gesundheitsministerium, der KV Niedersachsen, der AOK Niedersachsen und der Apothekerkammer ausgeschrieben wird: Das Projekt „Fit fürs Leben - Guter Schulstart durch frühe Prävention in Stadt und Landkreis Göttingen“ wurde für gesundheitliche Chancengleichheit prämiert: Kindertagesstätten in sozial benachteiligten Stadtteilen werden dabei gezielt mit gesundheitsförderlichen Angeboten unterstützt. In der Kategorie eHealth überzeugte „HEDI – Schwangerenversorgung digital unterstützt und koordiniert“, eine digitale Plattform für die Schwangerenversorgung, um Schwangere und junge Eltern mit Hebammen, Gynäkologen, Pädiatern und sozialen Anlaufstellen im ländlichen Südniedersachsen zu vernetzen. Für ihre Arbeit in der Covid-19-Pandemie würdigte die Jury die Angebote des „Geschwisterkinder Netzwerks“, das vom Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V. initiiert wird. Im Fokus des Projekts stehen die Geschwister von schwer erkrankten Kindern, die gerade in Pandemiezeiten starken Einschränkungen ausgesetzt waren. ←

Bremen meldet Hebammenmangel an Kliniken und in ambulanter Betreuung

Bremen | Im Bundesland Bremen fehlt es an Hebammen. Der Hebammenlandesverband Bremen teilt mit, dass die geburtshilfliche Versorgung für werdende Mütter sich aufgrund eines Fachkräftemangels „am Limit“ befinde. Dem Verband zufolge sind gegenwärtig 16 Hebammen-Vollzeitstellen in Kreißsälen unbesetzt. Um eine Eins-zu-eins-Betreuung für wesentliche Phasen der Geburt zu gewährleisten, wie im Koalitionsvertrag auf Bundesebene festgehalten, brauche es eine Verdopplung des Stellenschlüssels. Auch in der ambulanten Betreuung gebe es einen eklatanten Mangel. Der Berufsverband werde täglich von verzweiferten Frauen angerufen, die keine Hebamme finden. ←

Bremer Gutachten: Mehr ambulante Versorgung und Klinikspezialisierung

Bremen | In Bremen und Bremerhaven sollen medizinische Angebote an einzelnen Krankenhausstandorten gebündelt werden, um die Behandlungsqualität zu erhöhen und die knappen Ressourcen an Fachkräften besser auszunutzen. Das berichtet der Bremer „Weser-Kurier“ aus einem Gutachten, das die Gesundheitsbehörde bei der Essener Fachberatung HCB in Auftrag gegeben hat. Danach werden sich die jetzt schon bestehenden Engpässe beim Pflegepersonal weiter verschärfen. Ein weiterer Trend gehe zu mehr ambulanten Behandlungen: Während die Zahl der stationären Versorgungsfälle mittelfristig eher zurückgehen werde, müssten die einzelnen Kliniken in ihrem jetzigen Zuschnitt trotzdem weiter die passende Infrastruktur samt Personal für verschiedenste medizinische Disziplinen vorhalten. ←

Umfrage: Telefonische Terminabsprache in Praxen ist Favorit aber unbeliebt

München | Um einen Termin zu vereinbaren, rufen neun von zehn Patienten in der jeweiligen Praxis an. Das zeigt eine aktuelle Umfrage im Auftrag des Portals „Jameda“. Gleichzeitig haben nur 48 Prozent „Lust“ auf die telefonische Buchung, 54 Prozent der Befragten berichten über Warteschleifen, 45 Prozent über das Dauer-Freizeichen und 44 Prozent über das Dauer-Besetztzeichen. Bei jüngeren Patienten im Alter bis 44 Jahre hat eine Mehrheit eine Präferenz für digitale Terminvereinbarung. Die Umfrage zeigt auch: Für zwei Drittel der Ärzte (66 Prozent) sind nicht wahrgenommene Termine das größte Ärgernis. ←

➔ BREMEN RICHTET KINDERAMBULANZ EIN

Bremen hat eine temporäre Kinderambulanz im ehemaligen Kinderimpfzentrum Am Brill eingerichtet. Sie soll längstens bis zum 18. März 2023 bestehen. Der Senat hatte für dieses Vorhaben im Dezember grünes Licht gegeben, der Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen hatte bereits kurz zuvor eine entsprechende Ermächtigung erteilt.

Nach einem „Brandbrief“ der Kinder- und Jugendärzte in Bremen hatte die Gesundheitsbehörde zu Gesprächen mit Krankenkassen und KV Bremen eingeladen, um eine Entlastung der Kinder- und Jugendärzte zu erreichen.

Die zusätzliche „Kinderarztpraxis“ soll Patienten bis zu 17 Jahren mit saisonalen Erkrankungen im Impfzentrum Am Brill zur Verfügung stehen. Sofern Patienten in ihrer eigenen Kinderarztpraxis keinen Termin bekommen oder keine kinderärztliche Versorgung besteht, können sie während der Öffnungszeiten wochentags zwischen 9 und 16 Uhr mit dem medizinischen Callcenter Kontakt aufnehmen (0421.52633 0). Dort findet eine telefonische ärztliche Beratung im Sinne einer ersten Anlauf- und Beratungsinstanz statt. Sollte sich im Gespräch die Notwendigkeit einer direkten Patientenvorstellung ergeben, so wird ein Vorstellungstermin Am Brill vereinbart. Je nach Gesprächsverlauf erfolgt nur eine Beratung, Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen („Kindkrank“) oder eine Zuweisung an die Behandlungskapazität Am Brill sowie Sonderzuweisungen an eine stationäre Versorgung oder weitere Praxen. Die Gesamtkosten für einen dreimonatigen Betrieb belaufen sich laut Behörde auf rund 500.000 Euro. Etwa ein Viertel der Summe wird von den Krankenkassen zusätzlich über Fallpauschalen finanziert. Den Restbetrag übernimmt die Gesundheitsbehörde.

Corporate Identity: So einfach gestalten Sie ein unverwechselbares Praxis-Profil

Die „unternehmerische Identität“ einer Praxis umfasst die Kleidung des Personals, den Internet-Auftritt, aber auch das Arbeitsklima und den Umgangston. Je stimmiger und authentischer das Gesamtbild – desto besser für den Praxis-Erfolg, auch bei der Suche nach MFAs. An zwei Beispielen aus Bremen und Bremerhaven zeigen wir, wie „CI“ ganz einfach gelingen kann.

⇒ Entspanntes Wohlfühl – persönliche Vertrautheit – fröhliche Lebensbejahung: Wer würde bestreiten, dass diese Empfindungen in eine frauenärztliche Praxis gehören? Als Gynäkologin Helge Rommerscheid (46) vor sieben Jahren ihre neuen Praxisräume bezog, fand sie diese Empfindungen gar nicht vor: „Es war dunkel, alles war vollgestellt, die Räumlichkeiten hatten eine Ausstrahlung, die nicht zu meinem Konzept einer gynäkologischen Praxis passten.“ Rommerscheid wollte es anders: „Als erstes dachte ich an eine schöne Frauenfarbe für meine Praxis. Natürlich bietet sich dafür lila an.“

Als nächstes tüftelte sie an einem passenden Praxis-Logo, gemeinsam mit ihrem Mann. Der ist zwar auch Mediziner, tobt sich aber gerne als Hobby-Grafiker aus. Das Ergebnis ist erstaunlich professionell und wirksam: Eine stilisierte weibliche Figur, die mal liegend, mal hockend, mal sitzend die Wände und Türen der Praxis Rommerscheid ziert. „Wir wollten, dass unser Logo Willkommenskultur und Lebensbejahung ausstrahlt“, erzählt Helge Rommerscheid. „So nach dem Motto: Hurra, ich bin schwanger! Deshalb streckt unsere Figur auf dem Logo auch ihre Arme in die Luft.“

Luft – Natur – Entspannung: Weil Frauen oftmals nervös und sorgenvoll zur Gynäkologin kommen, wollte Helge Rommerscheid auch diese Elemente in ihre Praxis integrieren: Wer bei ihr im Untersuchungsstuhl liegt, schaut an der Zimmerdecke in einen blauen Himmel, der von grün leuchtenden Bäumen umrankt ist. Im Besprechungszimmer von Ärztin Rommerscheid sorgt ein breitformatiges Wald-Motiv für offene Gesprächsatmosphäre. „Und dann wollte ich meinen Patientinnen auch vermitteln, dass meine Arbeit für mich mehr ist als nur ein Job. Nämlich dass ich

meine Praxistätigkeit lebe, und dass sie mir voll und ganz vertrauen können“, sagt Helge Rommerscheid. Deshalb hängen in der Praxis auch private Bilder von Helge Rommerscheids Familie: Im Wartezimmer blickt ein geschmackvolles Schwarz-weiß-Porträt ihrer Mutter von der Wand, im Besprechungsraum sorgen sympathisch lustige Aufnahmen von Rommerscheids Kindern für gute Laune. „Ja, das sind sehr intime Momente“, sagt die Gynäkologin. „Aber sie sorgen dafür, dass ich mich hier wohl fühle, und das strahlt auch auf meine Patientinnen aus.“

Helge Rommerscheid und ihr Team bekommen zahlreiche Rückmeldungen aus der Patientinnenschaft – besonders in der Vorweihnachtszeit zeigt sich das mit Presenten, selbstgestaltetem Dekor, Glückwunschkarten. „Wir merken einfach, dass sich unsere Patientinnen hier sehr wohl fühlen“, sagt Helge Rommerscheid. „Ich genieße das!“ Genauso wichtig ist der Praxisinhaberin, dass sich ihre MFA-Kolleginnen beim Arbeiten wohlfühlen: „Ich möchte, dass wir uns alle gemeinsam mit unserer Praxis identifizieren.“

Als „unternehmerische Identität“ einer Praxis – in der Fachsprache der Öffentlichkeitsarbeit „Corporate Identity“, kurz „CI“, genannt – bezeichnet man die Gesamtheit aller Merkmale, die eine Praxis kennzeichnet und sie von anderen Unternehmen unterscheidet (→ Seite 18). Im Gesundheitswesen wird „CI“ heiß diskutiert: Braucht man das als Praxis überhaupt? Hilft es, um als attraktiver Arbeitgeber die heiß begehrten MFA anzulocken? Wie macht man das? Und sollte man eine Agentur damit beauftragen?

In Helge Rommerscheids gynäkologischer Praxis ist das stimmige Selbst- und Erscheinungsbild 100-prozentig selbst gemacht (→ Fotos auf Seite 13) – bis hin zur Praxis-Homepage im gleichen Look. „Im digitalen Zeitalter kön-

**GYNÄKOLOGIN
HELGE ROMMERSCHIED**
in der von ihr selbst gestalteten
Frauenarztpraxis in Bremen-
Schwachhausen



nen wir darauf nicht verzichten“, sagt Rommerscheid. „Im Internet orientieren sich alle zuerst, sowohl Patientinnen als auch potentielle Mitarbeiterinnen.“

Der erste Eindruck einer Arztpraxis – die Augen von Dr. Oliver Nieß beginnen zu leuchten, wenn er darüber spricht: „Bei uns verstehen alle sofort, woran sie sind. Wir geben eine klare Linie vor“, sagt der Hausarzt in seiner Praxis am Stadtpark in Bremerhaven-Lehe. Nichts bezeugt dies besser als die telefonische Warteschleife der Praxis: Wellenrauschen und das beliebte Seemannslied „Wellerman“ erklingen, die raue Stimme von Synchronsprecher Jürgen Thormann – der unter anderem Kino-Star Michael Caine vertont – setzt an: „Sie haben einen dicken Hals?“ Praxisinhaber Nieß hat die Warteschleife höchst persönlich gestaltet, seine Freude über die positiven Patienten-Reaktionen ist groß. „Mir macht das einen Riesenspaß, wenn man so viel zurückbekommt.“ Auch in der Bremerhavener Praxis Nieß ist alles selbst gemacht: Die Fotos von Team-Ausflügen an die Küste, die liebevollen Meeres-Dekors in den Praxisräumen, der Strandkorb im Eingangsbereich. „Wir sind nordisch frisch, herzlich. Hier gibt es eine klare Linie, die

jeder sofort versteht“, sagt Oliver Nieß (→ Interview & Fotos Seite 16).

Dass die „Corporate Identity“ seiner Praxis nicht von ihm, dem Chef, vorgegeben sei, sondern gemeinsam mit allen Mitarbeitern gewachsen sei, ist Oliver Nieß besonders wichtig zu betonen: „Anders würde es auch nicht funktionieren, weil es nicht authentisch wäre!“ Umso interessanter ist der Blick auf die Historie des maritimen Flairs, das sämtliche Patienten und auch Mitarbeiter heute wie selbstverständlich mit der „Hausarztpraxis am Stadtpark“ in Bremerhaven-Lehe verbinden: „Anfangen haben wir mit abstrakten, geometrischen Formen in der Praxis“, erinnert sich Hausarzt Nieß. „Aber irgendwie gefiel uns das nicht.“ Dann ließ der Hausarzt noch ein Arztkoffer mit Herz-Logo von einem externen Grafiker entwickeln – um anschließend jegliche Gestaltung seiner Praxis im Alleingang umzusetzen. „Schnell war klar, dass das Maritime zu uns passt. Nach und nach brachten die MFAs immer mehr eigene Ideen und Deko-Stücke mit ein. Mal hier ein Fisch auf den Tisch, mal dort ein Schiff auf die Fensterbank. So ist unsere Corporate Identity aus uns selbst gewachsen.“ Für Oliver Nieß ist das



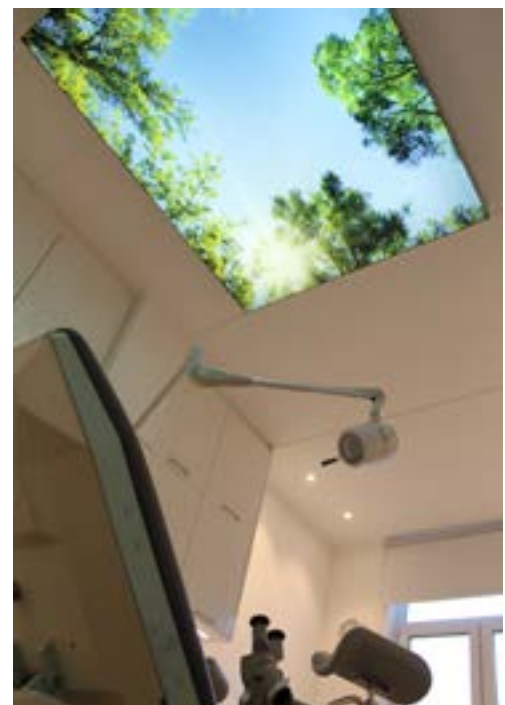
EINHEITLICHE GESTALTUNG:
Frauenarztpraxis Rommerscheid
in Bremen-Schwachhausen



der einzig richtige Weg: „Eine gute CI kann man nicht erzwingen – die muss gelebt werden.“ Zum kühlen klaren Gesamtbild der Praxis gehören auch die Umgangsregeln: Als Patienten sich am Empfangstresen vordrängelten, führte Nieß kurzerhand ein Ampelsystem ein – übrigens die Idee einer MFA.

Dass die „CI“ der Hausarztpraxis Nieß von einem starken Wir-Gefühl getragen wird, spürt man sofort beim Betreten der Praxis: Ärzte und MFAs gehen liebevoll humorvoll miteinander um, aber alle wissen auch ganz genau, was zu tun ist. Im hinteren Mitarbeiter-Bereich spielt der „Praxis-Hund“ mit einem Gummi-Knochen. „Es ist einfach unglaublich motivierend, wenn man mitbekommt, wie gerne die allermeisten Patienten zu uns kommen“, bemerkt eine MFA. „Das geht soweit, dass sie gesammelte Muscheln aus ihrem Urlaub mitbringen, um die Praxis damit zu dekorieren.“

Oliver Nieß gibt das herzliche Rauhbein, doch wenn er auf seine Patienten zu sprechen kommt, wird er ganz sanft vor Rührung: „Sie glauben gar nicht, was man alles zurückbekommt“, erzählt er. „Ich komme nicht nur zum



ZWEI PRAXIS-TEAMS MIT EINZIGARTIGEM IMAGE:

Maritim und klar in der Hausarztpraxis am Stadtpark in Bremerhaven-Lehe (links), lebensbejahend und weiblich in der Frauenarztpraxis Rommerscheid in Bremen-Schwachhausen



Geldverdienen hierher, die Praxis ist mein Lebensinhalt. Und diese Leidenschaft wirkt sich positiv auf die Patienten aus.“ Wenn dann eine Patienten sagt, dass sie ihrem Hausarzt voll und ganz vertraue und „keine Pille schlucke, die Sie nicht verordnet haben“, dann ist das für Oliver Nieß etwas ganz Großes.

Wer seine „Corporate Identity“ konsequent und authentisch umsetzt, müsse auch damit rechnen, dass es Menschen mit anderen Vorstellungen gibt, die lieber eine andere Praxis aufsuchen: „Es kommt schon manchmal vor, dass Patienten genau ein Mal in die Praxis kommen und dann nie wieder“, berichtet Nieß. „Gelegentlich sieht man sie dann als Vertretungspatienten wieder, da sie sich für eine andere Praxis entschieden haben. Da hat es dann mit der Übereinstimmung – sei es optisch oder inhaltlich – einfach nicht gepasst.“ So etwas gehöre dazu – viel wichtiger ist Oliver Nieß, dass diejenigen Patienten, die sich mit seiner maritimen Praxis wohlfühlen, immer wieder gerne wie-

derkommen.

Nur begrenzt kann eine gelungene „CI“ die Verlockungen eines höheren Gehaltes in Krankenhäusern wettmachen: „Wie die meisten Kollegen haben auch wir schon MFAs an Kliniken abgeben müssen, einfach weil sie besser zahlen können. Besonders ärgerlich ist es, wenn man diese zuvor drei Jahre lang ausgebildet hat – das ist uns mittlerweile dreimal passiert.“ (→ Seite 20) Oliver Nieß ist jedoch fest davon überzeugt, dass echte, klare „Corporate Identity“ eher ein Werkzeug zur Bindung von Personal ist und längerfristig auch für Praxis-Mitarbeiter wertvoller sein kann als das Plus auf dem Gehaltszettel.

Über „CI“ in Arztpraxen findet sich massenhaft Fachliteratur, unzählige Marketing-Experten bieten Workshops und Dienstleistungen an. Drei Grundbausteine werden dabei aufgerufen: Das „Corporate Design“ gilt als wichtigster Baustein der „Corporate Identity“. Er betrifft das einheitlich visuelle Auftreten der Arztpraxis, dient der Wie-



dererkennung, schafft Vertrauen, signalisiert Professionalität und gibt den Patienten Orientierung und Sicherheit. Durch das „CD“ wird das Denk- und Verhaltensmuster der Praxis auch für die eigenen Mitarbeiter transparenter, die schneller und besser nach den Wertevorstellungen des Unternehmens arbeiten können.

Zweitens umfasst die „Corporate Communication“ sämtliche kommunikativen Maßnahmen und Instrumente, mit denen Leistungen den Patienten präsentieren. Das sind zum Beispiel Terminzettel, Stempel, Briefbögen oder die Homepage der Praxis. Um ein einheitliches Image aufzubauen, ist eine abgestimmte Kommunikation nach innen und nach außen notwendig. Außerdem ist es Aufgabe der „Corporate Communication“, die Werte und Normen der Arztpraxis zu kommunizieren – nach außen wie nach innen.

Schließlich bezieht sich das „Corporate Behaviour“ auf das Verhalten der Mitarbeiter und der Praxis nach außen

wie auch auf den internen Umgang miteinander. Genau wie bei den anderen Komponenten der Corporate Identity ist auch hier eine durchgängige und konsequente Handlungsweise gefordert.

Man kann all diese Marketing-Lehren studieren und mit ihnen arbeiten. Man kann seine Praxis aber auch aus dem Bauch heraus gestalten, mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, mit Geduld und Leidenschaft – so wie Dr. Oliver Nieß in der Hausarztpraxis am Stadtpark in Bremerhaven-Lehe oder wie Helge Rommerscheid in der Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Parkstraße in Bremen. <—

A photograph of Dr. Oliver Nieß, a man with a beard and glasses, wearing a blue hoodie and dark pants. He is standing in a reception area with a large mural of a beach scene on the wall behind him. The floor has yellow and green markings, and there are stanchions with a red rope in the foreground. A text box is overlaid on the right side of the image.

„Meine Praxis vermittelt klare Strukturen, die jeder verstehen kann!“

Interview mit Dr. Oliver Nieß (52),
seit 2005 niedergelassener
Hausarzt in Bremerhaven-Lehe

Herr Dr. Nieß, wenn Patienten Ihre Praxis betreten, weht ihnen eine Meeresbrise entgegen: Liebevoll ausgestattet mit maritimen Dekors, Fotos von Insel-Ausflügen Ihres Praxis-Teams an den Wänden, die Räume mit nautischen Namen. Ampeln am Empfangstresen signalisieren, wann der nächste Patient „in den Hafen einlaufen“ kann. Sind Sie mit diesem Gesamteindruck der Praxis zufrieden?

Ja. Unser Motto ist „Klar sein, empathisch sein, Profil zeigen“, und es drückt genau das aus, wie wir arbeiten und worauf Patienten sich verlassen können. Das Feedback dazu ist gut, unsere Bewertungen echt, unser Umgang damit klar. Klar sein heißt auch: Wer sich wiederholt nicht an unsere Regeln hält oder gar verbal übergriffig wird, muss die Praxis verlassen! Dass diese Klarheit nicht immer und überall Gefallen findet, damit kann ich leben. Wir werden unserer Linie treu bleiben.

Wie würden Sie diese Linie – oder anders gesagt Ihre „Corporate Identity“, die Marke Ihrer Praxis – beschreiben?

Nordisch herb und nordisch frisch – bei uns gibt es klare Strukturen, die für jeden gut zu verstehen sind. Es gibt klare Aussagen gepaart mit sehr persönlicher Empathie, wenn die Situation dies erforderlich macht, zum Beispiel bei schweren Erkrankungen. Es gibt aber auch klare Aussagen, wenn sich jemand schadhafte in Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis benimmt – wir halten uns an Regeln und Umgangsformen, und das erwarten wir von unserem Gegenüber auch. Bei uns gibt es auch immer mal einen Witz mit den Patienten, wir lachen viel untereinander, aber auch mit den uns Anvertrauten – die meisten Patienten schätzen das sehr, weil es hilft, die Distanz abzubauen

und eine gewisse „Wohlfühlatmosphäre“ zu schaffen.

Wie bewusst gestalten Sie die „unternehmerische Identität“ Ihrer Praxis? Haben Sie all das strategisch geplant?

So würde ich das nicht sagen. Es hat sich entwickelt. Bremerhaven – Meer – maritim: Um diesen Bezug herzustellen, muss man kein Werbegenie sein. Wir sind alle sehr norddeutsch verankert und machen unsere gemeinsamen Ausflüge oft an die Küsten von Nord- und Ostsee. Unser Interieur ist dann eben auch maritim und sehr persönlich – jedoch ohne dabei aufdringlich zu sein.

Die Kleidung Ihres Praxis-Teams trägt nautische Symbole, auf der Eingangstür prangt ein Steuerrad. Sie arbeiten hart an Ihrer Marke?

Wir „arbeiten“ nicht daran, wir „sind“ eine Marke – wir sind ein Team! Und wir lassen unsere Patienten eben an unserem Zusammenwirken teilhaben durch die Bekleidung, die Dekoration, das Mobiliar. So etwas entwickelt sich von alleine, wenn ein oder zwei Leute Spaß daran haben und die Entwicklung im Auge behalten.

Wie wichtig erachten Sie in diesem Zusammenspiel Ihre Praxis-Homepage, auf der Besucher übrigens auch ein einladendes Strandbild empfängt?

Eine Homepage ist sehr wichtig, weil man mit ihr schon eine Menge Arbeit „outsourcen“ kann. Sie zeigt dem Patienten, was ihn erwartet, er kann sich mit unserem Credo vertraut machen und wichtige Informationen wie Öffnungszeiten, Urlaube und Leistungen abrufen. Über die Homepage hat man die Möglichkeit, seine Angebote und

das Praxiskonzept sowie Regeln festzulegen. Außerdem kann man über einen gut funktionierenden Online-Service zum Beispiel Terminwünsche und Rezeptbestellungen managen – das erspart viele Anrufe und setzt somit Personalressourcen frei.

Wie wirkt das Gesamtbild auf Ihre Patienten?

Die meisten Patienten kommen mit dem Image sehr gut zurecht. Oft bekommen wir Komplimente über das Erscheinungsbild, den Umgangston, das Miteinander oder auch die neuen Bilder, die wir von unseren Ausflügen an die Wände bringen. Besonders oft wird unsere Telefonwarteschleife erwähnt: Die hat einen klaren, zugleich witzigen Text und maritime Geräusch-Untermalung. Die Aufnahme haben wir von einer Berliner Agentur einsprechen lassen. Viele Patienten sind seit Einführung dieser Warteschleife am Telefon entspannter.

Und wie sieht die Wirkung auf Ihr Team aus?

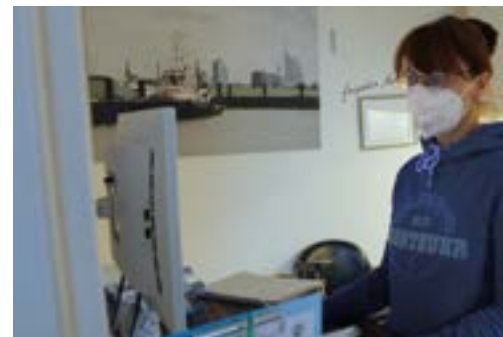
Manchmal ist das den Mädels etwas zu viel, wenn ich wieder mit einer neuen Idee komme. Ich bin da aber nicht beratungsresistent und gehe auch auf deren Wünsche ein. Definitiv wirkt das optische Erscheinungsbild anziehend auf Personal – ob es allerdings bindend wirkt, glaube ich kaum. Natürlich arbeitet man lieber in modernen, ordentlichen Räumen, keine Frage! Aber viel wichtiger ist das Arbeitsklima, der Umgang miteinander, Freizeitregelungen und so weiter. Ich sage immer: Der wahre Freund zeigt sich, wenn die Sonne mal verschwindet und Wolken aufziehen. Spätestens dann stellt man fest, dass Geld nicht alles ist – auch wenn andere Institutionen mehr zahlen können. Und dann glänzen wir mit Teamgeist und Rücksicht aufeinander! Auch so etwas kann eine erfolgreiche „CI“ definitiv fördern.

Arbeitsklima, Wir-Gefühl, Umgang sind unbedingter Teil einer „Corporate Identity“?

Ja, das alles sind unbedingte Voraussetzungen dafür! Ich kann ja auch aus einem Pulk Werder-Fans nicht Bayern-Anhänger machen, nur weil ich als Chef das sage. Wenn die Mitarbeiterin sich mit dem Repräsentieren der „Corporate Identity“ nicht wohl fühlt, wird man ihr das auch niemals abnehmen. Wir alle haben dieses Miteinander entwickelt, und auch wenn es an der einen oder anderen Stelle auch etwas teurer wird – zum Beispiel bei der Auswahl von Bekleidung oder Schuhwerk – so bekomme ich es doch doppelt und dreifach zurück, weil die Mitarbeiterinnen sich noch geschätzter fühlen und sehr verantwortungsvoll mit den Sachen umgehen.

Wie könnten Praxen bei der Entwicklung einer eigenen „Corporate Identity“ unterstützt werden?

Wie wäre es, wenn die KV Bremen einen jährlichen Ideenwettbewerb zu wechselnden Themen rund um die „Corporate Identity“ ausruft? Daran könnten sich Teams, MFAs, Praxis-Inhaber beteiligen – und von den besten Ideen lassen sich dann alle inspirieren. Da fallen mir zum Beispiel Konzepte fürs Telefonmanagement oder die Terminplanung ein, oder auch Patienten-Handouts. Vielleicht entwickeln wir aus den Ideen unserer kreativen Mitarbeiterinnen auch neue, kompetente und patientennahe Tools für den Praxisalltag. Fragt mal die Damen, die stehen täglich an der vordersten Linie und haben bestimmt einige großartige Ideen!



Praxis-Personal: So hängen Mitarbeitermotivation und Markenstärke zusammen

Nur überzeugte Mitarbeiter sind glaubwürdig, begeistern Patienten oder potenzielle neue Teammitglieder und geben ehrliche Empfehlungen ab. Ein aufrichtig positives Team entsteht durch eine gelungene „Corporate-Identity-Strategie“. Was das ist? Hier erklären wir es Schritt für Schritt.

↳ Vom freundlichen Gesicht hinter dem Empfangstresen bis hin zum telefonischen oder schriftlichen Erstkontakt – als direkte und meist erste Verbindung zum Patienten muss Ihr Personal gefördert, vor allem aber von der Praxis (generell sowie als Arbeitsplatz) überzeugt sein. Nur überzeugte Mitarbeiter sind glaubwürdig, begeistern Patienten oder potenzielle neue Teammitglieder und geben ehrliche Empfehlungen ab. Ein aufrichtig positives Team entsteht durch eine gelungene Corporate-Identity-Strategie.

Ein weiterer schöner englischer Begriff? Weit gefehlt! Corporate Identity (CI) bildet die Basis für einen wichtigen Faktor Ihres Erfolges – die Glaubwürdigkeit Ihrer Außenwirkung. Wir zeigen Ihnen, wie Sie die Bestandteile der Corporate Identity für Ihre medizinische Einrichtung einsetzen können!

Corporate Identity – Umsetzung in Ihrer Praxis?

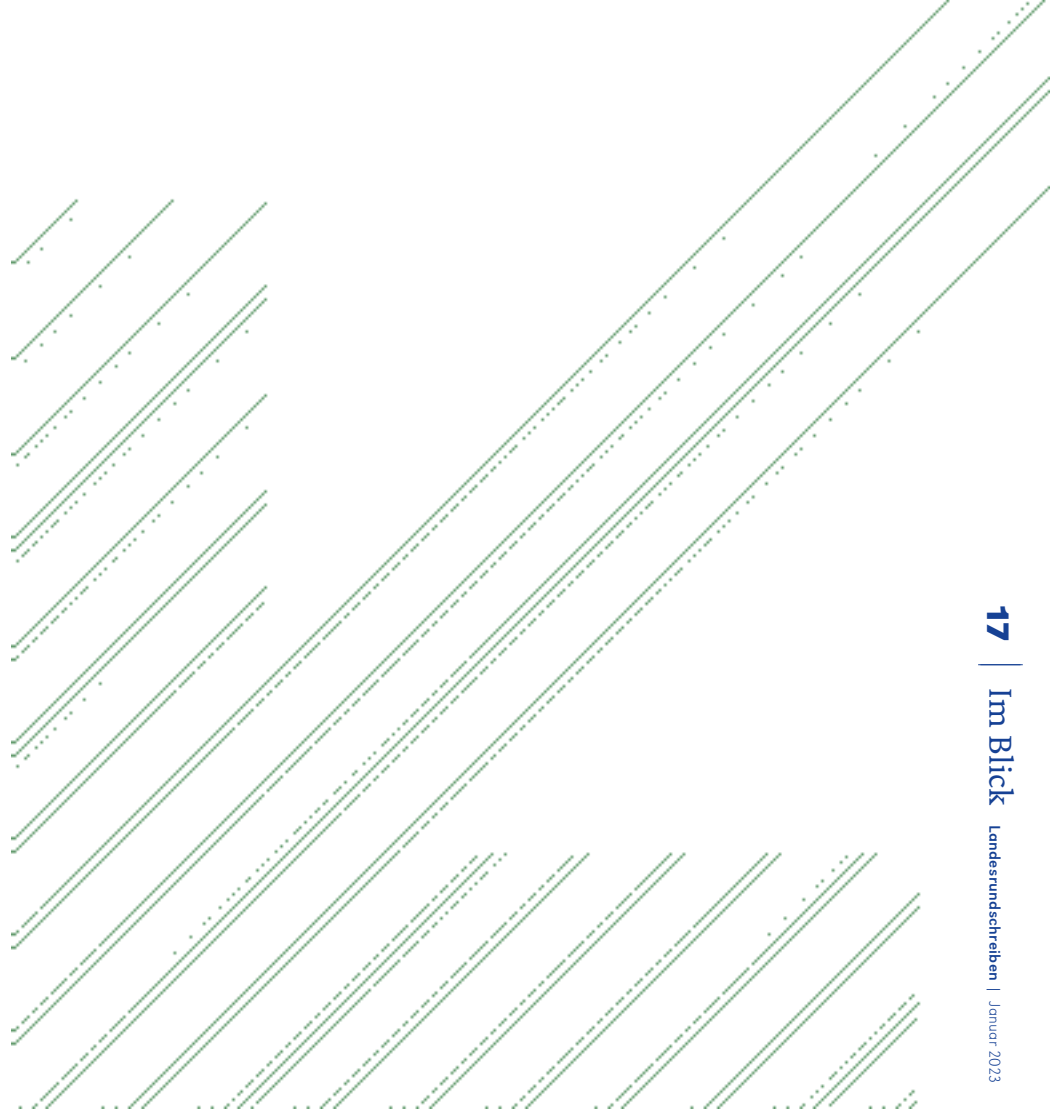
Als Corporate Identity einer Praxis bezeichnet man die Alleinstellungsmerkmale und Eigenschaften, die innerhalb Ihres Teams wahrgenommen und nach außen verkörpert werden sollen. Ziel ist es, sich durch eine gelungene CI-Strategie hervorzuheben und von der Konkurrenz zu unterscheiden. Die CI gibt Profil, schärft die Selbstwahrnehmung und somit ebenfalls die Außenwirkung. Im Gesundheitswesen spielt die Corporate Identity aufgrund der Nähe zum Patienten eine elementare Rolle – primäres

Ziel ist es, dass der Patient sich gut aufgehoben fühlt. Dies schaffen Sie durch erfolgreichen Einsatz der nun erläuterten CI-Elemente.

Setzen Sie auf Design!

Design – das wohl offensichtlichste und am stärksten verbreitete Teilgebiet der Corporate Identity ist nicht zu unterschätzen. Es umfasst die einheitliche Gestaltung und das stimmige Erscheinungsbild nach außen und ist maßgeblicher Garant für eine gelungene Markenidentität. In Ihrer Praxis lässt sich Design durch ein ansprechendes Logo – welches Sie repräsentiert und einen Wiedererkennungswert haben sollte – implementieren. Patienten werden so eine gedankliche Verknüpfung zu Ihrer Praxis herstellen und Sie positiv im Gedächtnis behalten. Bei Erstellung eines passenden Logos gibt es einiges zu beachten. Die Professionalität sollte gesichert sein und „Form sollte Funktion folgen“. Es ist ratsam, hier auf Zeitlosigkeit und Simplizität zu setzen, da Ihre Kernkompetenzen durch die CI verstärkt und nicht in den Hintergrund rücken sollten.

Neben dem Logo zählen auch die Website sowie ein potenzieller Auftritt in den sozialen Medien (insbesondere für eine jüngere Zielgruppe) zum Designaspekt und sollten angepasst und durchdacht werden. Der positive Gesamteindruck einer Praxis kann ebenfalls durch eine einheitliche Arbeitskleidung – bestenfalls mit dem Praxislogo versehen



– verstärkt werden. Dies hat mehrere rein psychologische Gründe: Patienten wissen, an wen sie sich wenden können, sie fühlen sich gut aufgehoben und sehen Sie und Ihre Mitarbeiter als verlässliche Einheit an. Innerhalb des Praxisteams wird so ein „Wir-Gefühl“ erzeugt, welches die Mitarbeitermotivation und das Arbeitsklima positiv beeinflusst.

Kommunikation als Generalschlüssel

Die Kommunikation als Bestandteil der Corporate Identity wird in zwei Bereiche gegliedert, die interne und die externe Kommunikation. Die interne Kommunikationsstrategie sollte Richtlinien für die Kommunikation innerhalb der Praxis und zwischen den Teammitgliedern vorgeben. So werden Praxisklima und die Identität der Praxis von innen heraus geformt. Ein wertschätzender Grundton und eine durchdachte Führungsstrategie sind hier von besonderer Bedeutung, denn das Betriebsklima merkt man einem Team an!

Externe Kommunikation dient dazu, Ihre Praxis vertrauenswürdig und souverän erscheinen zu lassen und beinhaltet alle Arten von Kommunikation nach außen, sei es mit Patienten, Medien oder z.B. auch dem Postboten. Hier wird eine angemessene und einheitliche Kommunikation des gesamten Teams angestrebt. Patienten und Dritte werden Sie so als Einheit wahrnehmen und ein klares Bild

Ihres Praxisprofils erhalten. Kommunikation ist sowohl nach außen wie innen ein maßgeblicher Faktor zur Patientengewinnung und -bindung, da sie die Meinungsbildung der Patienten erheblich beeinflusst. Wie der Kommunikationstheoretiker Paul Watzlawick bereits herausstellte, kann man „nicht nicht kommunizieren“ weswegen eine durchdachte Strategie essenziell ist.

Praxismiteinander: alltäglicher Verhaltenskodex für mehr Markenstärke

Unter dem CI-Aspekt der Praxiskultur wird der Umgang innerhalb des Teams sowie mit allen praxisexternen Personen beschrieben. Von Relevanz sind hier Werte und Normen innerhalb der Praxis sowie Richtlinien zum Verhalten Ihrer Mitarbeiter untereinander, eine transparente Konfliktkultur, die es ermöglicht Probleme auf einfachem Wege zu klären sowie ein funktionierendes Beschwerdemanagement-System. Ein zu den Leitbildern der Praxis passender Führungsstil spielt hier genauso eine Rolle, wie die Evaluation von etwaigen Sozialleistungen oder Vorteilen, die Sie gewähren möchten, sowie innovative Aus- und Fortbildungskonzepte. Hier zu beachten ist, dass Mitarbeiter sowohl über eine interne sowie eine externe Sicht (als Privatpersonen) verfügen.

Auch im privaten Rahmen können zufriedene Mitarbeiter als Markenträger dienen. Dieses geschieht durch

Empfehlungen an Familie oder Freundeskreise, genauso wie durch eigenes Engagement zur Besetzung einer Vakanz der Praxis. Es sollte dementsprechend in Betracht gezogen werden, neben fachlichen Schulungen auch an Teambuilding-Maßnahmen zu denken, da diese den Mitarbeitern die Chance geben, sich über den beruflichen Rahmen hinaus mit ihrem Arbeitsplatz zu identifizieren. Ebenfalls von Relevanz für eine gelungene Praxiskultur ist, ein einheitliches Verhalten des Teams gegenüber Patienten. Hier spielen Zuverlässigkeit und stringente Regelungen zur Terminvergabe (kurzfristig oder langfristig) sowie das festzulegende Maß an Patientenorientiertheit (beispielsweise bei Sprechzeiten) eine Rolle.

Fazit

Die Corporate Identity mit all ihren Bestandteilen stellt eine große Chance für Praxen jeder Art dar. Bei der Umsetzung Ihres CI-Konzepts kommt es auf ein stimmiges und in sich schlüssiges Gesamtbild an, was sich aus allen genannten Faktoren zusammensetzt und aufbaut. Auch die Corporate Identity innerhalb einer Praxis muss widerspruchsfrei sein, denn „in Ihnen muss brennen, was Sie in anderen entzünden wollen“. Ein authentisches Team ist Ihre beste Werbung! ←

➔ WAS HÄLT MFA IN DEN PRAXEN?

Bereits seit 2019 ist die Tätigkeit der Medizinischen Fachangestellten (MFA) als Engpass-Beruf eingestuft. Die KV Bremen hat im Juni 2022 die Ergebnisse einer Umfrage unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Bremen und Bremerhaven veröffentlicht. Danach gaben 83 Prozent der Befragten an, im zurückliegenden Jahr nach Personal gesucht zu haben. Dabei ist die MFA-Ausbildung in Bremen durchaus populär und besetzt sogar den Spitzenplatz unter den Lehrberufen für Frauen. Woran liegt es nun, dass Arztpraxen solche Schwierigkeiten haben, offene MFA-Stellen zu besetzen? 68 Prozent der KV-Mitglieder erklären, dass Medizinische Fachangestellte in große Kliniken abwandern würden. Dort können sie mehr verdienen als in der kleinen Praxis auf dem Land. 58 Prozent halten die schlechte Qualifikation für einen Grund für den Mangel an Personal. 55 Prozent glauben, dass der Beruf der MFA zu wenig wertgeschätzt wird. Viele Medizinische Fachangestellte sind zudem mit ihren Arbeitsbedingungen und dem MFA-Gehalt unzufrieden. Das zeigen Protestbriefe, die der Verband für medizinische Fachberufe e.V. (VMF) zusammengetragen und an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) übergeben hat. Die zusätzliche Arbeitsbelastungen durch die Corona-Pandemie haben zu deutlich mehr Stress geführt. Wie aus den Briefen hervorgeht, fühlen sich MFA von der Politik vernachlässigt. Um den Personalmangel zu bewältigen, sind mittlerweile 63 Prozent der Praxen in Bremen und Bremerhaven dazu übergegangen, Quereinsteiger/innen einzustellen. 80 Prozent bilden selbst Medizinische Fachangestellte aus.

Vier stellen uns vor

DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus

Zertifiziertes Darmkrebszentrum Bremen-West



Leitung: Prof. Dr. med. Stephan M. Freys
 Fon 0421-6102-4000
darmkrebszentrum@diako-bremen.de

Kompetenzen

- Komplexe Diagnostik und Behandlung aller Darmkrebs-erkrankungen in enger Kooperation mit dem zertifizierten Onkologischen Zentrum
- Proktoskopie, Rektoskopie, Koloskopie, ggf. Polypentfernung
- Endo-Ultraschalluntersuchungen
- Argonplasma-Behandlung, Stentimplantation, interventionelle Endoskopie
- Ultraschall, CT, MRT, nuklearmedizinische Zusatz-untersuchungen
- Minimalinvasive und konventionelle Operationsmethoden
- Transanal-endoskopische Operationen (TEO)
- Interventionelle oder operative Therapien bei Metastasen in Leber oder Lunge
- Alle Chemotherapie-Methoden
- Alle Strahlentherapie-Methoden

Krankenhaus St. Joseph-Stift

Institut für Radiologische Diagnostik



Leitung: Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Felix Diekmann
 Fon 0421-347-1552
fdiekmann@sjs-bremen.de

Kompetenzen

- Mammadiagnostik im zertifizierten Brustzentrum: Ultraschall bis 18 Mhz; dig. Vollfeldmammografie; Tomosynthese, Kontrastmittelmammografie; invasiv mit stereotaktisch gesteuerter Vakuumbiopsie, ultraschall-gesteuerter Stanzbiopsie; alle präoperativen Markierungsarten, Früherkennung durch MTU
- Elastographie (Mamma, Leber)
- Digitales Röntgen des gesamten Körpers
- Alle konventionelle Kontrastmitteluntersuchungen unter Durchleuchtung, digitale Subtraktionsangiografie
- Moderne Ultraschallgeräte inkl. Fusionsultraschall und Kontrastmittelsonografie
- Interventionen unter Durchleuchtung und Ultraschall inkl. moderner »PercuNav«-Steuerung
- CT-Diagnostik bei PET-CT-Untersuchungen

Roland-Klinik

Wirbelsäulenzentrum



Leitung: Klaus-Eberhard Kirsch
 Fon 0421-8778-253
wirbelsaeulenzentrum@roland-klinik.de

Kompetenzen

- Versorgung von Rücken-/Wirbelsäulenerkrankungen (operativ/konservativ)
- Mikroskopische/minimalinvasive Operationen der Wirbelsäule
- Endoskopische Bandscheibenchirurgie
- Behandlung von Facettengelenksarthrose
- Behandlung bei Spinalkanal-Verengung (konservativ/operativ)
- Therapie von Wirbelgleiten
- Operative Stabilisierung der Wirbelsäule bei Brüchen, Tumoren, Entzündungen, Instabilitäten
- Korrektur-Operationen bei Kyphose und Skoliose
- Rheumachirurgie
- Behandlung v. Wirbelkörperbrüchen (Trauma oder Osteoporose)
- Behandlung v. Iliosakralgelenk- und Halswirbelsäulensyndromen
- Neuromodulation/-stimulation bei chronischen Schmerzsyndromen

Rotes Kreuz Krankenhaus

Gefäßzentrum/Aortenzentrum



Leitung: Dr. med. Frank Marquardt
 Fon 0421-5599-880
gefaesszentrum@roteskreuzkrankenhaus.de

Kompetenzen

- Eingriffe an supraaortalen Gefäßen, endovaskulär und offen
- Behandlung von Aneurysma und Dissektion der Brust- und Bauchorta, endovaskulär und offen
- Therapie der pAVK, Angioplastie (PTA) und Stentimplantation
- Sämtliche Bypassverfahren (Aorta, Becken-/Beingefäße), auch hybrid mit endovaskulären Verfahren im neuen Hybrid-OP
- Therapie des diabetischen Fußes und der »chronischen Wunde«
- Therapie des Krampfaderleidens, klassisch und minimalinvasiv
- Differenzierte endovaskuläre und offene Shuntchirurgie, Vorhofverweil- und Peritonealkatheter
- Komplette gefäßmedizinische Diagnostik und Behandlung im interdisziplinären Team
- Duplexsonografie des arteriellen und venösen Systems, auch ambulant
- CT- oder MR-Angiografie, DSA (KM und CO₂-Technik)

TSS-Terminvermittlung: Höhere Zuschläge und Pauschalen

Mit der Abschaffung der Neupatientenregelung und der Verabschiedung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes kommen höhere Zuschläge zur Terminvermittlung für Praxen. Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte bekommen höhere Pauschalen, wenn sie zeitnah einen Termin bei Facharzt oder Psychotherapeut vermitteln.

⇒ Die Zuschläge für Praxen zur Terminvermittlung werden zum 1. Januar 2023 erhöht. Außerdem erhalten Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte eine höhere Pauschale, wenn sie für Ihre Patienten zeitnah einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermitteln. Und auch Fachärzte und Psychotherapeuten können ab Januar Zuschläge für einen Hausarztvermittlungsfall abrechnen. Die Änderungen stehen im Zusammenhang mit der Abschaffung der Neupatientenregelung bzw. der Verabschiedung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes durch den Deutschen Bundestag im Oktober. Nun haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband die weiteren Details verhandelt. Kernpunkt war die Frist, in welcher die Hausärzte bzw. die Kinder- und Jugendärzte den Termin beim Facharzt vermitteln müssen. Im Erweiterten Bewertungsausschuss wurden dazu zwei Beschlüsse gefasst. Die Details und Neuerungen haben wir auf den folgenden Seiten zusammengetragen.

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

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

KATHARINA KUCZKOWICZ
0421.34 04-301 | k.kuczkowicz@kvhb.de

➔ Hausarztvermittlungsfall

Terminvermittlung durch den Hausarzt

→ Der Hausarzt oder Kinder- und Jugendmediziner, der für einen Patienten einen dringenden Termin bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten vereinbart, erhält künftig 15 statt bisher 10 Euro für die Terminvermittlung. Der Facharzt oder Psychotherapeut, der den Termin bereitstellt, erhält alle Untersuchungen und Behandlungen in dem Quartal bei einem Versicherten (Arztgruppenfall) extra-budgetär und damit in voller Höhe vergütet. Er kann zudem ebenfalls einen Zuschlag von 100, 80 oder 40 Prozent zur Grund- oder Konsiliarpauschale bzw. Versichertenpauschale bei fachärztlich tätigen Kinder- und Jugendmedizinern abrechnen. Dies war bisher nicht möglich. Die Höhe des Zuschlags ist davon abhängig, wann der Patient den Termin erhält. Anpassungen gibt es auch bei den Fristen für den Hausarztvermittlungsfall.

Ab 1. Januar gilt:

- Der Patient erhält einen Termin spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt oder
- spätestens am 35. Kalendertag, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) der KV Bremen oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten/eine Bezugsperson „aus medizinischen Gründen“ nicht angemessen oder zumutbar ist. In welchen Fällen das zutrifft, entscheidet der Hausarzt und dokumentiert den Grund in der Patientenakte. Liegt der Termin zwischen dem 24. und 35. Tag ist in der Abrechnung vom Hausarzt eine medizinische Begründung anzugeben.

! Hausarzt

Für den vermittelnden Hausarzt / Kinder- und Jugendarzt gilt:

- Der Hausarzt stellt für die Behandlung eine Überweisung aus.
- Die Terminvermittlung darf an einen Praxismitarbeiter delegiert werden.
- Die Vermittlungspauschale von 15 Euro wird wie gewohnt mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 03008/04008 abgerechnet. Es wird zusätzlich die Betriebsstättennummer der Praxis angegeben, an die der Patient vermittelt wurde (Feldkennung 5003).
- Es ist eine medizinische Begründung im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) anzugeben, wenn der vermittelte Termin am 24. Tag oder später nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegt.
- Die GOP ist mehrfach berechnungsfähig, wenn der Patient im selben Quartal an unterschiedliche Arztgruppen vermittelt wird.
- Der vermittelte Facharzt darf nicht in derselben BAG oder demselben MVZ tätig sein.

! Facharzt

Für den annehmenden Facharzt gilt:

- Fachärzte und Psychotherapeuten verwenden beim Hausarztvermittlungsfall dieselbe Gebührenordnungsposition (GOP) wie bei der Terminvermittlung durch die TSS (siehe GOP-Übersicht auf Seite 23).
- Überweisungsschein im Praxisverwaltungssystem (PVS) anlegen.
- Für Ihre Abrechnung nutzen Sie die Überweisung, die der Hausarzt ausgestellt hat. Der Original-Überweisungsschein muss nicht der Abrechnung beigelegt werden.
- Abrechnung/Überweisungsschein im PVS unter „Vermittlungsart“ als „HA-Vermittlungsfall“ kennzeichnen. Es empfiehlt sich, schon bei der Terminvereinbarung zu notieren, dass der Patient als „HA-Vermittlungsfall“ in die Praxis kommt und wann die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit war.
- GOP für Zuschlag angeben und die GOP mit B, C oder D kennzeichnen (je nach in welchem Zeitraum der Termin vermittelt/angenommen wurde).
 - B: Zuschlag 100 Prozent
(Termin spätestens am 4. Tag)
 - C: Zuschlag 80 Prozent
(Termin spätestens am 14. Tag)
 - D: Zuschlag 40 Prozent
(Termin spätestens am 35. Tag)
- Den Rest übernimmt das Praxisverwaltungssystem. Es ersetzt die angegebenen GOP automatisch und nachvollziehbar für die Praxis durch die altersklassenspezifische GOP für den Zuschlag zu der Grund- oder Konsiliarpauschale.

➔ TSS-Vermittlungsfall

→ Der Facharzt, Hausarzt oder Psychotherapeut erhält die Behandlung aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS in dem Quartal (Arztgruppenfall) extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Zusätzlich kann ein Zuschlag von 100 Prozent (Termin spätestens am 4. Tag), 80 Prozent (Termin spätestens am 14. Tag) oder 40 Prozent (Termin spätestens am 35. Tag) zur Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale abgerechnet werden.

→ Die Zählung der Kalendertage beginnt am Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS. Beispiel: Die TSS vermittelt am 3. Januar einen Termin für den 10. Januar – das entspricht dem 7. Tag und somit einem 80-Prozent-Zuschlag.

→ Die bisherigen Gebührenordnungspositionen „Zuschlag zur TSS-Terminvermittlung“ bleiben für alle Arztgruppen unverändert und wurden für den Hausarztvermittlungsfall nur in der Bezeichnung erweitert (siehe GOP-Übersicht auf Seite 23).

→ Die Zuschläge sind wie gewohnt mit den Buchstaben B, C oder D zu kennzeichnen, je nachdem, welcher Zuschlag gewährt wird:

B: Zuschlag 100 Prozent (Termin spätestens am 4. Tag)

C: Zuschlag 80 Prozent (Termin spätestens am 14. Tag)

D: Zuschlag 40 Prozent (Termin spätestens am 35. Tag)

! So rechnen Sie ab

→ Abrechnungsschein unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Terminfall“ kennzeichnen.

→ Vermittlungscode angeben in Feldkennung 4114 (steht auf dem Überweisungsschein oder in der Buchungsinfo im eTerminservice).

→ Datum der Kontaktaufnahme in Feldkennung 4115 eintragen (wird durch die TSS als Buchungsinfo im eTerminservice hinterlegt).

→ Arztgruppenspezifische GOP für Zuschlag angeben und mit B, C oder D kennzeichnen.

→ Den Rest übernimmt das Praxisverwaltungssystem. Es ersetzt die angegebenen GOP automatisch und nachvollziehbar für die Praxis durch die altersklassenspezifischen GOP für den Zuschlag zu der Grund- oder Konsiliarpauschalen.

! Terminvermittlung

→ Patienten benötigen für die Terminbuchung durch die TSS – ob telefonisch oder online – eine Überweisung mit einem Dringlichkeitscode (Vermittlungscode). Ausgenommen davon sind Termine bei Hausärzten, Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten.

→ Termine für Früherkennungsuntersuchungen dürfen von der TSS nur für Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter vermittelt werden. Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Gynäkologen, Orthopäden, HNO-Ärzte sowie

Phoniaten rechnen in so einem Fall die Zuschlagsziffer 01710 (mit Kennzeichnung B, C oder D) für die TSS-Terminvermittlung ab.

→ Die GOP kann nicht abgerechnet werden, wenn der Termin für Laboruntersuchungen oder die J1 vermittelt wurde oder wenn am selben Behandlungstag kurative Leistungen durchgeführt und die Versicherten- oder Grundpauschale abgerechnet wird.

➔ Akutfall – Kooperationspraxen

→ Als Akutfälle werden solche Fälle definiert, die innerhalb der nächsten 24 Stunden (schnellstmöglich, heute) behandelt werden sollten. Die Terminservicestelle der KV Bremen vermittelt Patienten in Akutfällen je nach Uhrzeit an eine geöffnete Kooperationspraxis oder an einen regionalen Ärztlichen Bereitschaftsdienst.

→ Für die Akut-Versorgung während der Praxis-Öffnungszeiten stehen mehr als 50 Koop-Praxen aus beinahe jeder Fachrichtung im gesamten KV-Gebiet zur Verfügung. Teil-

nehmende Praxen haben sich bereit erklärt, Akutfälle zeitnah zu behandeln. Sie nehmen Patienten zu ihren Sprechstundenzeiten auf, die sich an die 116117 gewandt haben und die Ersteinschätzung sie zu einem ambulanten Fall macht, der binnen 24 Stunden „gesehen“ werden sollte. Die Versorgung dieser Patienten wird mit einer regionalen Pseudo-GOP finanziell bezuschusst.

→ Interessierte haus- und fachärztliche Praxen wenden sich an Jennifer Ziehn (0421.3404-371, j.ziehn@kvhb.de).

Übersicht

Fachgruppe

Hausärzte
Kinder- und Jugendmediziner
Kinder- u. Jugendmed. (fachärztlich tätig mit Genehmigung für Kapitel 4.4 oder 4.5 EBM)
Anästhesiologie
Augenheilkunde
Chirurgie
Gynäkologie
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Dermatologie
Humangenetik
Innere Medizin ohne Schwerpunkt (SP)
SP Angiologie
SP Endokrinologie
SP Gastroenterologie
SP Hämatologie/Onkologie
SP Kardiologie
SP Nephrologie
SP Pneumologie
SP Rheumatologie
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Neurologie
Nuklearmedizin
Orthopädie
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
Psychiatrie und Psychotherapie
Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztliche und psychologische Psychotherapie
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Radiologie
Strahlentherapie bei gutartiger Erkrankung
Strahlentherapie bei bösartiger Erkrankung
Strahlentherapie nach strahlentherapeutischer Behandlung
Urologie
Physikalische und Rehabilitative Medizin
Schmerztherapie
Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Gynäkologen, Orthopäden, HNO-Ärzte, Phoniater

GOP „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung und Hausarztvermittlungsfall“

03010 (nur bei TSS-Terminvermittlung)
04010 (nur bei TSS-Terminvermittlung)
04010
05228
06228
07228
08228
09228
10228
11228
13228
13298
13348
13398
13498
13548
13598
13648
13698
14218
15228
16228
17228
18228
20228
21236
21237
22228
23228
23229
24228
25228
25229
25230
26228
27228
30705
01710 (nur bei TSS-Terminvermittlung einer Kinder-Früherkennungsuntersuchung)

➡ Offene Sprechstunde

→ Fachärzte bestimmter Fachgruppen bieten weiterhin fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung an (bei vollem Versorgungsauftrag, ansonsten anteilig). Dazu zählen Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiater und Urologen.

→ Damit die Leistungen für den Fall in „offener Sprechstunde“ extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet werden, kennzeichnen Sie den Abrechnungsschein unter „Vermittlungsart“ als „Offene Sprechstunde“. Die extrabudgetäre Vergütung dieser Fälle ist auf maximal 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle in Ihrer Praxis beschränkt.

➡ Arztgruppenfall

→ Die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis innerhalb desselben Quartals

zulasten derselben Krankenkasse.

Terminservicestelle der KV Bremen

Wir geben Unterstützung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Inkrafttreten des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes wurden auch Änderungen und Erweiterungen bei der Terminvermittlung über die Terminservicestelle umgesetzt. Ab dem 1. Februar 2023 können auch Sie als Arzt oder Psychotherapeut für Ihre Patienten Termine über die Terminservicestelle buchen. Dies bringt nicht nur für Ihre Patienten Vorteile, sondern auch für Sie als Praxis.

Durch die direkte Arzt-zu-Arzt Buchung können einerseits Fehlbuchungen durch z.B. Ungenauigkeiten auf den Überweisungen, vermieden werden und andererseits können beide Seiten eine entsprechende extrabudgetäre Vergütung abrechnen. Letzteres entnehmen Sie bitte dem Artikel „Höhere Zuschläge und Pauschalen“ (→ S. 20)

Für die Arzt-zu-Arzt Buchung wird es im Terminservice eine kleine Erweiterung geben. Über diese gelangen Sie auf die Buchungsseite der Terminservicestelle. Diese Funktion können Sie oder Ihre Beschäftigten nutzen.

Nachfolgend möchten wir Ihnen die notwendigen Schritte zur Terminbuchung darstellen.

Zudem soll es im Laufe des Jahres 2023 die Möglichkeit geben explizite Termine nur für die Arzt-zu-Arzt Buchung bereit zu stellen, so dass diese Termine dann ausschließlich von ärztlichen Kollegen gebucht werden können. Wenn es soweit ist, werden wir Sie informieren.

Haben Sie Fragen und/oder Anmerkungen? Dann können Sie uns gerne kontaktieren. Wir freuen uns auf Ihren Anruf.

Ihr Team Terminservicestelle

Lisa Budaj, 0421.34 04 383,
l.budaj@kvhb.de
Regina Albers, 0421.34 04 382,
r.albers@kvhb.de
oder unter **tss@kvhb.de**

EINLOGGEN IM ETERMINSERVICE

→ Loggen Sie sich wie gewohnt in Ihren Account des eTerminservice ein. Wenn Sie noch keine entsprechenden Zugangsdaten haben, melden Sie sich bitte bei uns.

→ Nun klicken Sie innerhalb des eTerminservice auf „Termine buchen“. (Hinweis: Die Buchungsfunktion ist nur im SNK bzw. in der TI nutzbar).

WECHSEL IN DIE TERMINBUCHUNGSSOFTWARE

- Sie werden automatisch auf die Startseite der Buchungsssoftware weitergeleitet.
- Hier müssen Sie eigenständig einen Vermittlungscode generieren, durch klicken auf „zeitnah“ (Termin innerhalb der nächsten 4 Wochen) oder „beliebig“ (Termin innerhalb der nächsten 3 Monate). Hinweis: Als Vertragsarzt müssen Sie neben dem Vermittlungscode immer auch eine gültige Überweisung ausstellen, damit die Zuschläge für die Terminbuchung abgerechnet werden können. Eine Ausnahme bilden hier nur Haus- und Kinderärzte sowie Augen- und Frauenärzte.
- Der Vermittlungscode erscheint in dem dafür vorgesehenen und zuvor mit XXXX-XXXX-XXXX markierten Feldern.
- Tragen Sie nun die Postleitzahl des Patienten in dem entsprechenden Feld ein und klicken auf „Termin suchen“.

The screenshot shows the 116117 booking interface. At the top, there's a header with the 116117 logo and a 'Buchung erweitern' link. Below is a section titled 'Termin Suchen mit Überweisung'. It contains a paragraph of text explaining the process. There are two input fields: 'Vermittlungscode' (with a placeholder 'XXXX-XXXX-XXXX') and 'PLZ' (with a placeholder 'z.B. 10115'). A red button labeled 'TERMIN SUCHEN' is to the right. Below the input fields, there are links for 'Neuen Code anfordern', 'Zurück', and 'Beliebig'.

AUSWAHL DER GEWÜNSCHTEN FACHRICHTUNG

- Nun erscheint ein Pop-up-Fenster, in dem Sie die benötigte Fachrichtung auswählen können, für die Sie einen Termin buchen möchten.
- Durch Anklicken der entsprechenden Fachrichtung
- und des Buttons „Fachrichtung auswählen“ bestätigen Sie Ihre Auswahl.

The screenshot shows a 'Fachrichtung auswählen' (Select specialty) pop-up window. It has a title bar 'Fachrichtung auswählen' and a close button. Below the title, there's a list of specialties: 'Allgemein', 'Hausarzt', 'Kardiologie', 'Neurologie', 'Orthopädie', 'Pneumologie', 'Urologie', 'Gynäkologie', 'HNO', 'Kinder- und Jugendheilkunde', 'Labordiagnostik', 'Labordiagnostik', and 'Plastische Chirurgie'. The 'Kardiologie' option is selected. At the bottom, there are two buttons: 'Fachrichtung auswählen' and 'ABBRUCHEN'.

ANZEIGE DER BUCHBAREN TERMINE

- Anschließend erscheint eine Übersicht der buchbaren Termine der ausgewählten Fachrichtung/Fachrichtungen.
- Sie können den Suchradius erweitern, indem Sie eine größere Entfernung wählen.
- Zudem können Sie optional einen bevorzugten Wochentag auswählen und angeben, ob der Termin vormittags oder nachmittags stattfinden soll.

The screenshot shows the 'Buchbare Termine' (Bookable appointments) section. It displays a list of available appointments for the selected specialty (Kardiologie). Each entry includes the date, time, and a button to book the appointment. There are also filters for 'Suchradius' and 'Wochentag'.

TERMIN AUSWÄHLEN

- Wählen Sie nun einen geeigneten Termin aus, indem Sie unter „Verfügbare Termine“ auf die gewünschte Uhrzeit klicken (Hinweis: Alle Praxen haben die Möglichkeit spezielle Informationen in Ihren Terminen zu hinterlegen. Diese werden als rot blinkende Dreiecke auf der Seite der buchbaren Termine dargestellt. Diese sind unbedingt zu beachten!

The screenshot shows the 'Buchbare Termine' section with a list of available appointments. A red triangle is visible next to one of the appointments, indicating a special note or information. The user is instructed to click on the desired time slot.

PATIENTENDATEN EINGEBEN

- Es erscheint erneut vollautomatisch ein neues Fenster, in dem Sie alle Patientendaten aufnehmen. (Hinweis: Die mit einem Sternchen markierten Felder sind Pflichtfelder).
- Abschließend müssen Sie bestätigen, dass Sie den Patienten über die Erfassung und Weitergabe der Daten an den vermittelten Arzt/ Psychotherapeuten informiert haben.
- Durch klicken auf „Termin buchen“ wird der Prozess abgeschlossen.

BUCHUNGSBESTÄTIGUNG

- Sie sehen nun eine Übersicht zu dem von Ihnen verbindlich gebuchten Termin.
- Über den Button „drucken“ können Sie die Terminübersicht für Ihren Patienten ausdrucken.
- Hier können Sie, wenn nötig den gebuchten Termin wieder absagen.
- Falls noch nicht unter Punkt 6 („Patientendaten eingeben“) geschehen, kann hier nachträglich noch die E-Mail-Adresse des Patienten eingetragen werden. (Hinweis: Sie müssen Ihrem Patienten in jedem Fall den Vermittlungscode mitgeben, so dass dieser den Termin, falls notwendig, selbstständig unter www.eterminservice.de oder über die Hotline 116117 absagen bzw. einsehen kann).
- Bitte teilen Sie dem Patienten alle notwendigen Informationen zum Termin mit und bitten den Patienten den Termin am folgenden Werktag in der vermittelten Praxis telefonisch zu bestätigen.

- Wenn Sie für Ihren Patienten eine E-Mail-Adresse unter Punkt 6 („Patientendaten eingeben“) eingetragen haben, erhält dieser automatisch zwei E-Mails:
- Verifizierung der E-Mail-Adresse: Hier muss der Patient seine E-Mail bestätigen, indem er auf den in der E-Mail enthaltenen Link klickt.
- Anschließend wird automatisch die Terminbestätigung verschickt, die sowohl den Vermittlungscode, als auch den Link zur Website enthält, auf der der Patient den Termin einsehen und ggf. absagen kann.

Qualitätsmanagement: Das Gesetz für meldepflichtige Krankheiten

In unserer Serie Qualitätsmanagement werfen wir diesmal einen Blick auf das Infektionsschutzgesetz (IfSG). Es trat bereits 2001 in Kraft und stellte damit das System der meldepflichtigen Krankheiten in Deutschland auf eine neue Basis.

↳ Das im Jahr 2001 in Kraft getretene Infektionsschutzgesetz IfSG löste eine ganze Reihe von gesetzlichen Regelungen und Verordnungen ab. Bevor die pandemiebedingten Regelungen der letzten beiden Jahre das bestehende Gesetz ergänzten, gab es die größte Änderung im Juli 2017. Hier wurde unter anderem die Modernisierung des Meldesystems, aber auch die Zusammenarbeit der Akteure, neu geregelt.

Sich einen verlässlichen Überblick über die gültigen Bestimmungen zu verschaffen gestaltet sich schwierig. Jede Menge Änderungen, Veröffentlichungen und ergänzende Regeln lassen sich finden – ob man wirklich das gerade gültige „Werk“ in Händen hält, ist oft nicht eindeutig nachvollziehbar. Wir stellen an dieser Stelle Zweck und Begriffsbestimmungen vor und bieten Ihnen Unterstützung in Form von Musterdokumentationen und Fortbildungsseminaren an. Die Termine finden Sie im Schaukasten auf der folgenden Seite. Als Angebot des gegenseitigen Austausches, auch zum Thema Infektionsschutz, Hygiene und weiterer QM-Themen ist der neue QM-Stammtisch der KV Bremen gedacht (→ Seite 27). Hier können Sie Ihre Fragen mitbringen und im Austausch mit Kollegen und der KV Bremen Antworten erhalten.

§ 1 Zweck des Gesetzes

(1) Zweck des Gesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

(2) Die hierfür notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit von Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, Ärzten, Tierärzten, Krankenhäusern, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten soll entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik gestaltet und unterstützt werden. Die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen, Lebensmittelbetrieben, Gesundheitseinrichtungen sowie des Einzelnen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten soll verdeutlicht und gefördert werden.

Begriffsbestimmungen

1. Krankheitserreger: ein vermehrungsfähiges Agens (Virus, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen eine Infektion oder übertragbare Krankheit verursachen kann

2. Infektion: die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus

3. übertragbare Krankheit: eine durch Krankheitserreger oder deren toxische Produkte, die unmittelbar oder mittelbar auf den Menschen übertragen werden, verursachte Krankheit

3a. bedrohliche übertragbare Krankheit: eine über-

Serie Qualitätsmanagement

Teil 1: QM-Richtlinie

Teil 2: Datenschutz

Teil 3: Patientensicherheit

Teil 4: Infektionsschutzgesetz

Teil 5: Messen und Bewerten

Teil 6: Prozesse und Abläufe

Teil 7: Team & Fortbildungen

Teil 8: Notfall- & Hygienemanagement

Teil 9: Hitzeschutz-Empfehlung



tragbare Krankheit, die auf Grund klinisch schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit verursachen kann

4. Kranker: eine Person, die an einer übertragbaren Krankheit erkrankt ist

5. Krankheitsverdächtiger: eine Person, bei der Symptome bestehen, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen

6. Ausscheider: eine Person, die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein

7. Ansteckungsverdächtiger: eine Person, von der anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein

8. nosokomiale Infektion: eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand

LINKS

Weiterführende Informationen zum Infektionsschutzgesetz und seine Quellen finden Sie online unter folgenden Links:

→ Gesundheitsamt Bremen
www.gesundheitsamt.bremen.de/aenderungen-des-infektionsschutzgesetzes-20124

→ Robert Koch-Institut
www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Gesetze/gesetze_node.html

9. Schutzimpfung: die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen,
 10. andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe die Gabe von Antikörpern (passive Immunprophylaxe) oder die Gabe von Medikamenten (Chemoprophylaxe) zum Schutz vor Weiterverbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten

11. Impfschaden: die gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung durch die Schutzimpfung; ein Impfschaden liegt auch vor, wenn mit vermehrungsfähigen Erregern geimpft wurde und eine andere als die geimpfte Person geschädigt wurde

12. Gesundheitsschädling: ein Tier, durch das Krankheitserreger auf Menschen übertragen werden können

13. Sentinel-Erhebung: eine epidemiologische Methode zur stichprobenartigen Erfassung der Verbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten und der Immunität gegen bestimmte übertragbare Krankheiten in ausgewählten Bevölkerungsgruppen

14. Gesundheitsamt: die nach Landesrecht für die Durchführung dieses Gesetzes bestimmte und mit einem Amtsarzt besetzte Behörde

15. Einrichtung oder: Unternehmen eine juristische Person, eine Personengesellschaft oder eine natürliche Person, in deren unmittelbarem Verantwortungsbereich natürliche Personen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden

15a. Leitung der Einrichtung:

a) die natürliche Person oder die natürlichen Personen, die im Verantwortungsbereich einer Einrichtung durch diese mit den Aufgaben nach diesem Gesetz betraut

ist oder sind,

b) sofern eine Aufgabenübertragung nach Buchstabe a nicht erfolgt ist, die natürliche Person oder die natürlichen Personen, die für die Geschäftsführung zuständig ist oder sind, oder

c) sofern die Einrichtung von einer einzelnen natürlichen Person betrieben wird, diese selbst

15b. Leitung des Unternehmens:

a) die natürliche Person oder die natürlichen Personen, die im Verantwortungsbereich eines Unternehmens durch dieses mit den Aufgaben nach diesem Gesetz betraut ist oder sind,

b) sofern eine Aufgabenübertragung nach Buchstabe a nicht erfolgt ist, die natürliche Person oder die natürlichen Personen, die für die Geschäftsführung zuständig ist oder sind, oder

c) sofern das Unternehmen von einer einzelnen natürlichen Person betrieben wird, diese selbst

16. personenbezogene Angabe: Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend, Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes der betroffenen Person sowie, soweit vorliegend, Telefonnummer und E-Mail-Adresse

17. Risikogebiet: ein Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, für das vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt und dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit einer bestimmten bedrohlichen übertragbaren Krankheit festgestellt wurde; die Einstufung als Risikogebiet erfolgt erst mit Ablauf des ersten Tages nach Veröffentlichung der Feststellung durch das Robert Koch-Institut im Internet unter der Adresse www.rki.de/risikogebiete ←

von SANDRA KUNZ | KV Bremen | s.kunz@kvhb.de

Einführungsseminar

QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV haben gemeinsam das System „QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen“ erarbeitet, das speziell auf die Anforderungen in der ambulanten Versorgung zugeschnitten ist.

→ Diese Fortbildung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinische Fachangestellte.

→ Termin: 10.02.2023 - 11.02.2023

→ Uhrzeit: Freitag 17.00 - 20.45 Uhr,

Samstag 08.30 - 17.15 Uhr

→ Veranstaltungsort: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26-28, Bremen

→ Kosten: Teilnahmegebühr: 1. Person: 299 Euro (inkl. Unterlagen) 2. Person derselben Praxis: 179 Euro

→ Anzahl Fortbildungspunkte: 16

→ Referent: Andreas Steenbock, Green & Ibex Hamburg

→ Anmeldung über die Ärztekammer Bremen:

www.aekhb.de (Menüpunkte „Ärzte“ > „Fortbildungen“ > „Veranstaltungen“)

Fortbildung

Hygienebeauftragter Arzt

Die Prävention, Erkennung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen ist in Einrichtungen des Gesundheitssystems ein fester Bestandteil des Arbeitsalltags. Die Hygieneverordnungen der Länder und die KRINKO-Empfehlung verpflichtet die Einrichtungen, Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte zur Unterstützung dieser Aufgaben zu bestellen. Hiervon sind stationäre und ambulante Therapiebereiche gleichermaßen betroffen. Neben Kliniken müssen auch Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Dialysepraxen und Tageskliniken einen hygienebeauftragten Arzt ernennen. Voraussetzung für diese Funktion ist die Facharzt-Anerkennung und die von einer Landesärztekammer anerkannte curriculare Fortbildung im Umfang von mindestens 40 Stunden.

→ Dieser Kurs richtet sich gleichermaßen an ambulant wie klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte.

→ Termin: 17.-19. April und 4.-5. Mai 2023,

jeweils 9.00-16.15 Uhr,

→ Teilnehmer: Hygienebeauftragte Ärztin / Hygienebeauftragter Arzt

→ Veranstaltungsort: Veranstaltungszentrum der Ärztekammer Bremen

→ Teilnahmegebühr: 675,- Euro

→ Anzahl Fortbildungspunkte: 40

→ Anmeldung über die Ärztekammer Bremen:

www.aekhb.de (Menüpunkte „Ärzte“ > „Fortbildungen“ > „Veranstaltungen“)

➔ MUSTERVORLAGE HYGIENEPLAN

Vor dem Hintergrund des Infektionsschutzgesetzes bietet der QEP-Qualitätsziel-Katalog eine ausführliche „Muster-vorlage Hygieneplan für die Arztpraxis“ mit umfangreichen Anlagen und einen Leitfaden zur Hygiene in Arztpraxen. Der Katalog kann über den Buchhandel oder beim Deutschen Ärzteverlag bezogen werden (ISBN 978-3-7691-3677-7).

➔ SAVE THE DATE QM-STAMMTISCH

Die KV Bremen hat zum neuen Jahr einen Stammtisch mit dem Ziel des gegenseitigen Austausches und als Unterstützungsangebot bei der Umsetzung von Qualitätsanforderungen gestartet. Der QM-Stammtisch ist kostenfrei. Eingeladen sind MFAs sowie QMBs. Er findet in den Räumlichkeiten der KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, statt. Anmeldungen bei s.kunz@kvhb.de, Tel: 0421.3404 335. Die nächsten Termine:

→ Mittwoch, 26. April,
von 14:00 Uhr bis 17:00 Uhr

→ Mittwoch, 19. Juli,
von 14:00 Uhr bis 17:00 Uhr

→ Mittwoch, 15. November,
von 14:00 Uhr bis 17:00 Uhr

Berufshaftpflichtversicherung: Nachweis ist jetzt Pflicht für alle

Viele von Ihnen haben von der Geschäftsstelle der Zulassungsausschüsse ein Schreiben erhalten, in dem Sie zum Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung aufgefordert werden. Hintergrund ist eine Gesetzesänderung. Hier erklären wir, warum Sie innerhalb von drei Monaten die Versicherungsbescheinigung vorlegen müssen.

↳ Zugelassene, Medizinische Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften und Ermächtigte sind verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus der Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Diese Versicherung dem Zulassungsausschuss nachzuweisen, ist durch eine Änderung des Sozialgesetzbuches nun zur vertragsärztlichen Pflicht geworden (§ 95e Abs. 6 S. 1 SGB V).

Aus diesem Grund sind Ende des Jahres 2022 diejenigen von Ihnen angeschrieben worden, von denen noch kein Nachweis über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung vorliegt. Der Nachweis muss innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten ab Erhalt des Schreibens erbracht werden. Bei fehlendem Nachweis droht sogar das Ruhen der Zulassung.

Hintergrund der strengen Regelung ist, dass Behandlungsfehler lebenslange und kostenintensive medizinische Behandlungen sowie weitere Ansprüche (z.B. Schmerzensgeld, Ersatz von Verdienstausfall, Renten- und Unterhaltsleistungen) nach sich ziehen können. Um einen ausreichenden Schutz sicherzustellen, wurde gesetzlich eine Mindestversicherungssumme festgelegt.

Für Zugelassene und Ermächtigte beträgt die Mindestversicherungssumme drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schaden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für Medizinische Versorgungszentren sowie für

Zugelassene und Berufsausübungsgemeinschaften mit Angestellten beträgt die Mindestversicherungssumme fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schaden dürfen hier nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Als Nachweis, dass diese Voraussetzungen eingehalten werden, ist eine sogenannte „Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG“ einzureichen. Es handelt sich hierbei nicht um den Versicherungsvertrag oder die -police. Bitte wenden Sie sich bei Fragen an Ihre Versicherung. Sie weiß genau, welche Art von Bescheinigung auszustellen ist.

Wichtig: Der Nachweis muss der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bis zum 31. März 2023 eingereicht werden. Andernfalls ist der Ausschuss gesetzlich verpflichtet in der nächsten Sitzung (24.04.2023) das Ruhen der Zulassung anzuordnen. <←

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen:
BORIAN ULRICH SCHUHL | 0421 34 04-338 | b.schuhl@kvhb.de

MANFRED SCHOBER | 0421 34 04-332 | m.schober@kvhb.de

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss

Psychotherapeuten/Krankenkassen:

MARTINA PLIETH | 0421 34 04-336 | m.plieth@kvhb.de

Für Ermächtigte:

JANINE SCHAUBITZER | 0421 34 04-323 | j.schaubitzer@kvhb.de

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.

Nagelbehandlung

Eine podologische Praxis fordert für jeden zu behandelnden Nagel ein Rezept. Ist das notwendig?

Ja. Bei der Nagelspangenbehandlung ist nach dem Rahmenvertrag der Kassen und Podologen für jeden zu behan-

delnden Nagel jeweils eine Verordnung auszustellen (Muster 13). (VR)

Konsiliarbericht

Kann die GOP 01612 (Konsiliarbericht vor Psychotherapie) als Hausarzt abgerechnet werden?

Nein. Die GOP 01612 ist bereits mit der Versichertenpauschale abgegolten. Sie ist weitergehend auch möglicher

Bestandteil der Grundpauschale. (ABRECHNUNG)

Jugendarbeitsschutz

Müssen die Untersuchungsberechtigungsscheine im Rahmen einer Jugendarbeitsschutzuntersuchungen mit an die KV gesendet werden?

Nein. Die Untersuchungsberechtigungsscheine werden für ein Kalenderjahr in der Praxis gesammelt und spätestens am 31. Januar des Folgejahres direkt gesendet an:
Die Senatorin für Gesundheit, Frauen

und Verbraucherschutz - Contrescarpe 72 - 28195 Bremen. Informationen online unter kvhb.de/praxen/downloadcenter Suchbegriff „Jugendarbeitsschutzscheinung“. (ABRECHNUNG)

Gesundheits-App

Muss bei der Verordnung einer „Gesundheits-App“ (DiGA) auch die Diagnose angegeben werden?

Nein, bei der Verordnung einer DiGA ist die Diagnose keine Pflichtangabe. Lediglich bei Hilfsmitteln (zum Bei-

spiel Rollstuhl) ist eine Diagnose auf dem Muster 16 anzugeben, eine DiGA gilt aber als Medizinprodukt. (VR)

Auf einen Blick: Das ist neu zum 1. Januar

Was hat sich zum 1. Januar 2023 für Vertragsärzte und -psychotherapeuten geändert? Einige wichtige Neuerungen haben wir hier zusammengetragen.

Affenpocken

Für den Nukleinsäurenachweis des Affenpockenerregers gibt es ab dem 1. Januar 2023 eine neue GOP im EBM. Die bisher geltende Pseudoziffer entfällt. → S. 39

Chondrozytenimplantation

Die matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (M-ACI) kann ab dem 1. Januar 2023 über vier neue OPS-Kodes im EBM abgerechnet werden. → S. 45

Ambulantes Operieren

Zur Förderung des ambulanten Operierens haben KBV und GKV-Spitzenverband ein erstes Maßnahmenpaket beschlossen. Es beinhaltet neben einer höheren Vergütung für ausgewählte Operationen auch eine Reihe von stationären Eingriffen, die Vertragsärzte ab Januar ambulant durchführen können. → S. 40

Authentifizierungszuschlag

Für die Authentifizierung von unbekannten Patienten in Videosprechstunden erhalten Ärzte und Psychotherapeuten noch bis Jahresende einen Zuschlag. → S. 41

Anhang 2

Das Verzeichnis der operativen Prozeduren im Anhang 2 zum EBM wurde zu Jahresbeginn an die aktuelle Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) angepasst.

Corona-Tests

Der Anspruch auf kostenfreie Tests nach der Coronavirus-Testverordnung des Bundesgesundheitsministeriums endet am 28. Februar. Der Bund übernimmt ab 1. März für sämtliche präventive Coronatests nicht mehr die Kosten.

Außerklinische Intensivpflege

Der EBM-Abschnitt 37.7 ist um drei GOP zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege erweitert. → S. 46

COVID-19-Impfpflicht

Die COVID-19-Impfpflicht für das Personal in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ist zum Jahreswechsel ausgelaufen.

COVID-19-Schutzimpfungen

COVID-19-Schutzimpfungen können auch im ersten Quartal in den Arztpraxen wie bisher verabreicht werden. Ab 8. April sollen sie dann in der Regelversorgung angeboten werden.

DMP

Erhöhungen in der Vergütungsvereinbarung DMP für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 sollen ab sofort den Mehraufwand der diabetologischen Schwerpunktpraxen adäquat abbilden. → S. 42

COVID-19-Therapie

Für die Präexpositionsprophylaxe einer COVID-19-Erkrankung mit dem monoklonalen Antikörper Evusheld hat der Bewertungsausschuss zum 1. Januar 2023 eine neue GOP in den EBM aufgenommen.

eAU

Arbeitgeber sind verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer gesetzlich versicherten Beschäftigten elektronisch bei den Krankenkassen abzurufen. Arbeitnehmer müssen sich dann lediglich noch „krankmelden“, die Pflicht zur Vorlage der Bescheinigung besteht nicht mehr. → Landesrundschriften Dezember 2022, S. 22

Dialyse

Die Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen werden zum 1. Januar 2023 angehoben. Außerdem können Dialyseärzte den Infektionszuschlag bei COVID-19-Patienten dauerhaft abrechnen.

Elektronische Patientenakte

Die EBM-Position zur sektorenübergreifenden Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (GOP 01648) ist um ein Jahr verlängert worden: Die GOP kann noch bis Ende Dezember 2023 einmalig je Patient angesetzt werden. → Landesrundschriften Dezember 2022, S. 22

DiGA

Für die Adipositas-App „zanadio“ ist die GOP 01473 zur Verlaufskontrolle und Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung in Kraft getreten. → S. 48

Formular

Für die Verordnung von Reha-Sport und Funktionstraining gibt es ein neues Formular. → Landesrundschriften Dezember 2022, S. 38

HIV-Präexpositionsprophylaxe

Die medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe für Versicherte mit substanziellem HIV-Risiko wird auch in diesem Jahr extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. → S. 51

Multiple Sklerose

In diesem Jahr können interdisziplinäre Ärzte-Teams damit beginnen, auch Patienten mit Multiple Sklerose sowie Knochen- und Weichteiltumoren in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) zu behandeln.

Intravitrealen Medikamenteneingabe

Die Vergütung der intravitrealen Medikamenteneingabe wurde leicht abgesenkt. Dies betrifft die ambulanten Eingriffe am Auge nach den GOP 31371 bis 31373 sowie die belegärztlichen Eingriffe nach den GOP 36371 bis 36373. Die Begleitleistungen nach Eingriffen am rechten oder linken Auge (GOP 06334 und 06335) bleiben in ihrer Bewertung grundsätzlich unverändert.

→ Landesrundschreiben Oktober 2022, S. 32

Nierenersatztherapie

Die Zuschläge für die Dokumentation zur Qualitätssicherung für die Nierenersatztherapie (GOP 04567 und 13603) sind zum 1. Januar entfallen.

Orientierungswert

Der Orientierungswert ist zu Jahresbeginn auf 11,4915 Cent gestiegen (2022: 11,2662 Cent). Damit erhöhen sich die Preise aller ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen um zwei Prozent.

Knorpelschäden

Für gesetzlich Versicherte mit schweren Knorpelschäden am Knie steht eine neue ambulante Therapieoption zur Verfügung: die matrixassoziierte autologe Chondrozyten-implantation (M-ACI). → S. 45

Mukoviszidose

Für das problemorientierte Gespräch mit Mukoviszidose-Patienten und deren Beratung können Ärzte eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) abrechnen.

Telemonitoring

Ab dem 1. Januar müssen Telemedizinische Zentren Daten für die jährliche Jahresstatistik zum Telemonitoring Herzinsuffizienz erheben. Zudem treten in diesem Bereich mehrere EBM-Änderungen in Kraft. → S. 44

Terminvermittlung

Die Zuschläge für Praxen zur Terminvermittlung werden erhöht. Außerdem erhalten Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte eine höhere Pauschale, wenn sie für Ihre Patienten zeitnah einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermitteln. Und auch Fachärzte und Psychotherapeuten können ab Januar Zuschläge für einen Hausarztvermittlungsfall abrechnen. → S. 20

Videosprechstunde

Ärzte und Psychotherapeuten erhalten weiterhin einen Zuschlag für die Authentifizierung unbekannte Patienten in Videosprechstunden. → S. 41

Zervix Zytologie

Pathologen und Gynäkologen mit der Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie erhalten zwei GOP zur kurativen HPV-Diagnostik. → **Landesrundschriften Dezember 2022, S. 37**

Zweitmeinung

Vor planbarer Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) besteht Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung. Zweitmeiner müssen bei der KV Bremen eine Genehmigung beantragen. → S. 38

Flyer zur Patientensteuerung im Heft

Dieser Ausgabe des Landesrundschriftens liegt für diverse ausgewählte Fachgruppen eine Marge an Infoflyern bei. Patienten werden über die „richtigen“ Anlaufstellen im Gesundheitswesen aufgeklärt – angefangen von der hausärztlichen Versorgung über die Apothekennotdienste, dem Patientenservice 116117, die Bereitschaftsdienste und schließlich die Notaufnahmen.

Die Flyer sind auf Initiative des Bremer Gesundheitsressorts entstanden und sollen die Notaufnahmen entlasten. Die KV Bremen hat sich der Kampagne angeschlossen, weil die Aufklärung über die Versorgungsebenen ein Beitrag zur Patientensteuerung sein kann, der auch dem ambulanten Sektor zugute kommt.

Weitere Flyer können bei der KV Bremen angefordert und abgeholt werden. Dies gilt auch für Versionen in drei Fremdsprachen: englisch, russisch und türkisch.



Meldungen & Bekanntgaben

→ ABRECHNUNG/HONORAR

Anspruch auf Zweitmeinung bei Gallenblasentfernung

- Vor einer geplanten Gallenblasentfernung haben Versicherte sei 1. Januar Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung.
- Für die Beratung über die Notwendigkeit einer Entfernung der Gallenblase können folgende Facharztgruppen eine Genehmigung erhalten:
 - Innere Medizin und Gastroenterologie,
 - Allgemeinchirurgie,
 - Viszeralchirurgie,
 - Kinder- und Jugendchirurgie oder
 - Kinder- und Jugendmedizin
mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht vorliegender Befunde des behandelnden Arztes und ein Anamnesegespräch. Hinzu kommen ärztliche Untersuchungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zwingend erforderlich sind. Die Vergütung ist für alle Zweitmeinungsverfahren unabhängig vom jeweiligen Eingriff gleich.

Erstmeiner

- Der Arzt, der die Indikation für einen der definierten Eingriffe stellt, kann die GOP 01645 (75 Punkte / 8,62 Euro) einmal im Krankheitsfall abrechnen. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für den Patienten.
- Zusätzlich muss die GOP 01645 mit der Kennzeichnung „I“ erfolgen.
- Der Erstmeiner ist verpflichtet, Patienten über ihren Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung zu informieren, wenn sie die Indikation für einen dieser planbaren Eingriffe stellen.
- Kein Rechtsanspruch auf Zweitmeinung besteht bei solchen Eingriffen, die aufgrund von akuten traumatischen Ereignissen oder aufgrund von akut auftretenden neurologischen Komplikationen notwendig sind. Gleiches gilt bei Eingriffen aufgrund von Tumorerkrankungen, da in beiden Fällen die vorgegebene Mindestwartezeit vor der Zweitmeinung nicht adäquat ist.

Zweitmeiner

- Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, rechnet für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, können diese ebenfalls durchgeführt und medizinisch begründet werden.
- Zusätzlich erfolgt eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller erbrachten GOP im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) mit dem Code 88200I, damit die extrabudgetäre Vergütung gewährleistet ist. In Behandlungsfällen, in denen ausschließlich Leistungen im Zweitmeinungsverfahren durchgeführt und abgerechnet werden, kann die Kennzeichnung auch über die Angabe der Pseudo-GOP 88200I erfolgen, anstelle der Kennzeichnung im freien Begründungstext. Kommt derselbe Patient im selben Quartal erneut in die Praxis mit einem anderen Anliegen (nicht im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens) dann erfolgt die Abrechnung der GOP wie gewohnt. Diese Leistungen müssen nicht gesondert gekennzeichnet werden.

- Die GOP 01645 sowie alle Leistungen des Zweitmeiners im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren werden zunächst extrabudgetär vergütet.

- www.g-ba.de/richtlinien/107/
- www.kbv.de/html/themen_38546.php

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

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

KATHARINA KUCZKOWICZ
0421.34 04-301 | k.kuczkowicz@kvhb.de

Ansprechpartner für die Genehmigung:
CHRISTOPH MAASS
0421.34 04-115 | c.maass@kvhb.de

Telefon-AU bei Absonderung wird dauerhaft möglich

→ Die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit (AU) nach telefonischer Anamnese für Patientinnen und Patienten, die einer Pflicht zur Absonderung unterliegen oder für die eine Empfehlung zur Absonderung besteht, soll dauerhaft möglich sein. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

→ Eine telefonische AU-Bescheinigung kann bislang nur im Rahmen der zeitlich befristeten Corona-Sonderregelungen, die zuletzt bis 31. März 2023 verlängert wurde, angefordert werden. Ab 1. April 2023 ist dies auch unabhängig davon für weitere Absonderungsnotwendigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz möglich.

KBV kritisiert Regelung und bürokratischen Aufwand

→ Der Beschluss wurde auf Initiative der Patientenvertretung in den G-BA eingebracht und vom GKVSpitzenverband unterstützt. Die KBV hat diesen Beschluss nicht mitgetragen, da der mit diesen Regelungen einhergehende bürokratische Aufwand für die Arztpraxen erheblich ist: Regelungen zur Absonderung werden in den einzelnen Bundesländern bei COVID-19 unterschiedlich gehandhabt. Zudem liegt zum Zeitpunkt der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit oftmals noch kein Nachweis über die Pflicht zur Absonderung vor und Empfehlungen zur Absonderung sind kaum verifizierbar. Hinzu kommt, dass hinsichtlich des Coronavirus bereits jetzt vier Bundesländer (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Schleswig-Holstein) auf die Pflicht zu einer Absonderung verzichten und somit die Relevanz der nun beschlossenen Regelung in Frage steht.

Befristete Sonderregelung zur Telefon-AU noch bis 31. März 2023

→ Bis die nun beschlossene Regelung in Kraft tritt, gelten noch die befristeten Corona-Sonderregelungen, wonach Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeit feststellen und bescheinigen können, wenn die Patientin oder der Patient Erkrankungen der oberen Atemwege mit leichter Symptomatik hat.

Ärztliche Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes

→ Die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21) ist bis 31. März 2023 weiterhin telefonisch möglich. Auch die Regelung zur Abrechnung des Portos für den Versand der Bescheinigungen an Patientinnen und Patienten bleibt erhalten.

→ Der Beschluss des G-BA wird zunächst an das Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung übermittelt. Wird er nicht beanstandet, tritt er am 1. April 2023 in Kraft. Hierzu werden wir Sie gesondert informieren.

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

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

Labornachweis von Affenpocken ist dauerhaft in EBM aufgenommen

→ Seit dem 1. Januar 2023 können Ärzte für den Nukleinsäurenachweis des Affenpockenerregers (Orthopoxvirus) die GOP 32810 (19,90 Euro) statt der Pseudo-GOP 88740 (befristet bis 31.12.2022) abrechnen.

→ Die GOP 32810 ist ausschließlich von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig und kann höchstens dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden.

→ Eine Erkrankung durch und ein Erregernachweis von Orthopoxviren sind namentlich meldepflichtig. Die GOP 32810 wird deshalb in die Kennnummer 32006 aufgenommen und die Kosten werden nicht auf das Laborbudget angerechnet.

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

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

Katalog für ambulante Operationen wurde erweitert: EBM angepasst

→ Der Katalog ambulant durchführbarer Operationen wurde zum 1. Januar um erste Verfahren erweitert. Außerdem ist bei allen Rezidivoperationen eine Differenzierung nach Schweregraden möglich. Außerdem wurde die Kalkulation sämtlicher ambulanter und belegärztlicher Leistungen im EBM überprüft und die Bewertung angepasst.

→ Der Bewertungsausschuss hat alle Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens neu kalkuliert und zum 1. Januar 2023 angepasst. Damit ist die im Jahr 2012 beschlossene Weiterentwicklung des EBM abgeschlossen. Das ambulante Operieren war der letzte Bereich, wo die Überprüfung noch ausstand. Sie betrifft die EBM-Abschnitte 31.2 und 36.2 sowie die GOP 01854, 01855, 01904 bis 01906 für Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche.

60 Millionen Euro: Bessere Vergütung von Arthroskopien und Hernien-Eingriffen

→ Eine Maßnahme betrifft die Förderung ausgewählter ambulanter Operationen wie Hernien-Eingriffe und Arthroskopien, da nach wie vor zu viele Eingriffe stationär erfolgen. Die Krankenkassen stellen dazu 2023 60 Millionen Euro zusätzlich bereit.

→ Mit diesem Geld werden Zuschläge zu rund 500 OPS-Kodes im EBM-Anhang 2 finanziert, sodass die Vergütung der geförderten Operationen um 16 Prozent bis zu 42 Prozent steigt. Die Höhe richtet sich somit nach dem operierten Organsystem sowie Art und Schwere des Eingriffs.

→ Ärzte, die solche Eingriffe durchführen, erhalten einen Zuschlag zu der jeweiligen Leistung von 25,86 Euro bis 225 Euro. Die Höhe richtet sich nach der Kategorie und damit dem Aufwand des Eingriffs.

→ Zur Abrechnung der Zuschläge wird ein neuer Unterabschnitt 31.2.20 mit sieben GOP in den EBM aufgenommen:

- Zuschlag I: GOP 31451 (223 Punkte / 25,63 Euro)
- Zuschlag II: GOP 31452 (263 Punkte / 30,22 Euro)
- Zuschlag III: GOP 31453 (360 Punkte / 41,37 Euro)
- Zuschlag IV: GOP 31454 (810 Punkte / 93,08 Euro)
- Zuschlag V: GOP 31455 (961 Punkte / 110,43 Euro)
- Zuschlag VI: GOP 31456 (1.323 Punkte / 152,03 Euro)
- Zuschlag VII: GOP 31457 (1.923 Punkte / 220,98 Euro)

→ Die Zuschläge I bis III führen zu einer durchschnittlichen Steigerung um 17,65 Prozent, die Zuschläge IV bis VII zu einer durchschnittlichen Steigerung um 32 Prozent.

Größeres Leistungsspektrum: Neue Kodes im Anhang 2

→ Das Spektrum an Operationen, die Vertragsärzte durchführen können, wird vergrößert: 196 OPS-Verfahren werden zum 1. Januar 2023 neu in den Anhang 2 des EBM aufgenommen – allesamt Eingriffe, die bislang ausschließlich stationär möglich sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um ergänzende Eingriffe in den Bereichen der Operationen am Nervensystem, an den Augen, am Herzen, am Verdauungstrakt, an den weiblichen Geschlechtsorganen, an anderen Knochen sowie arthroskopischen Gelenkoperationen und Operationen an der Hand.

→ Eingriffe aus diesen Bereichen, sind ab 2023 ambulant möglich:

- Neurostimulatoren
- Rhythmuschirurgie (Erweiterung Schrittmacher, Defibrillatoren)
- Ophthalmochirurgie
- Proktologische und gynäkologische Eingriffe
- Arthroskopische Gelenkeingriffe/Eingriffe an den Bewegungsorganen

Für diese Eingriffe stellen die Krankenkassen zusätzliches Geld bezahlt. Sie werden wie alle AOP-Leistungen extrabudgetär vergütet.

Längere Nachbeobachtung möglich

- Eine weitere Maßnahme betrifft die postoperative Überwachung, die nach und nach erweitert werden soll. Es wurde in einem ersten Schritt vereinbart, dass ab Januar bei allen Eingriffen nach EBM-Kapitel 31.2 (Ausnahme: bestimmte Augenoperationen) eine längere Nachbeobachtung von bis zu 16 Stunden möglich ist. Damit können mehr Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustands oder Alters mitunter engmaschiger und länger betreut werden müssen, ambulant operiert werden. Des Weiteren kann die OP-Dauer ein Auslöser für eine längere Nachbeobachtung sein.
- Hierzu wird der neue Abschnitt 31.3.3 mit der GOP 31530 in den EBM aufgenommen. Die GOP 31530 ist als Zeitzuschlag für ausgewählte Patientengruppen und für geeignete Operationen je 30 Minuten in Verlängerung einer postoperativen Überwachung berechnungsfähig. Sie wird extrabudgetär vergütet und ist mit 77 Punkten (8,85 Euro) je halbe Stunde bewertet; ab der fünften halben Stunde, also der 5. Leistung, muss die GOP 31530 mit dem Suffix „A“ gekennzeichnet werden, sie ist mit 68 Punkten (7,81 Euro) bewertet.
- Bei einem Eingriff mit einer postoperativen Überwachungszeit von beispielsweise zwei Stunden kann die GOP bis zu viermal abgerechnet werden. Die Verlängerung der postoperativen Überwachung durch eine niedrigschwellige Beobachtung ist patientenbezogen zunächst nur bei Kindern bis 12 Jahren und Menschen ab 70 mit geriatrischen Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom oder Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen wie Demenz oder Parkinson möglich. Bei den Eingriffen ab der Zeitkategorie 5 – sprich einer eineinhalbstündigen Operationszeit – kann die verlängerte Nachbeobachtung ebenfalls jetzt erfolgen.
- Voraussetzung für eine Verlängerung ist jeweils, dass die postoperative Überwachungszeit überschritten wird. Die entsprechenden Zeiten werden im EBM Abschnitt 31.3.2 ausgewiesen. Eine Ausweitung auf weitere Personen ist geplant. Ebenso soll eine noch umfassendere postoperative Nachbetreuung ermöglicht werden.

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

→ ABRECHNUNG

Verlängerung für Authentifizierungszuschlag Videosprechstunde

- Die Befristung des Authentifizierungszuschlags für eine Videosprechstunde nach der GOP 01444 (10 Punkte/1,15 Euro) wird um ein Jahr verlängert, also bis zum 31. Dezember 2023. Ursprünglich war der Zuschlag bis zum 31. Dezember 2022 befristet.
- Perspektivisch soll eine technische Authentifizierungslösung für die Videosprechstunde auf Basis von digitalen Versichertenidentitäten flächendeckend bereitstehen. Da diese digitalen Versichertenidentitäten den Versicherten derzeit noch nicht zur Verfügung stehen, ist der Authentifizierungszuschlag um ein weiteres Jahr verlängert worden. Ab dem 1. Januar 2024 sollen digitale Identitäten den Versicherten in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis dienen. Eine Prüfung des Bewertungsausschusses, ob gegebenenfalls eine weitere Verlängerung der Befristung der GOP 01444 erforderlich ist, erfolgt bis zum 30. September 2023.

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de
KATHARINA KUCZKOWICZ
0421.34 04-301 | k.kuczakowicz@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

Neue Vergütungsvereinbarung DMP für DM1 und DM2

- Erhöhungen in der Vergütungsvereinbarung DMP für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 sollen ab sofort den Mehraufwand der diabetologischen Schwerpunktpraxen adäquat abbilden.
- Zum 1. Januar 2023 erfolgte die Anpassung der Vergütungsvereinbarung DMP für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 sowie eine Anpassung des sog. „Strukturvertrages Diabetes mellitus“ (Vereinbarung zur Optimierung der Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus durch diabetologische Schwerpunktpraxen). Im Rahmen der vertraglichen Umstellung gibt es Veränderungen in der Vergütungssystematik, um den Mehraufwand der diabetologischen Schwerpunktpraxen adäquat abzubilden.
- Ausschließlich die Vergütungshöhe für Folgedokumentationen wird von 20 auf 10 Euro abgesenkt, sämtliche andere Ziffern bleiben in der Vergütungshöhe identisch oder werden erhöht, zehn Vergütungsziffern kommen neu dazu.
- Hervorzuheben ist hier eine neue Ziffer für eine Intervention bei speziellen Indikationen i.H.v. 30 Euro. Durch gezielte Maßnahmen einer individualisierten Intervention, die sich am konkreten Bedarf in der jeweils aktuellen Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen bzw. Erwachsenen orientiert, sollen das Selbstmanagement von Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsener unterstützt und damit Früh- und Spätkomplikationen zielgerichtet vermindert oder zumindest verzögert werden.
- Mit dem erfolgreichen Vertragsabschluss wird die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Diabetes mellitus Typ 2 ausschließlich in den jeweiligen DMP-Verträgen nach § 137f SGB V sowie in der „Vereinbarung über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nach § 137f SGB V“ abgebildet. Wesentliche Leistungsinhalte des sogenannten Strukturvertrages Diabetes mellitus wurden in die bestehende DMP-Vergütungsvereinbarung gem. § 137f überführt.
- Der Strukturvertrag Diabetes mellitus wird auf die Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes beschränkt. Hier verbleiben lediglich die Leistungen für Gestationsdiabetes, welche nicht in der DMP-Vergütungsvereinbarung abgebildet werden können.
- Zum Hintergrund: Grundsätzlich können die spezialisierten Leistungen von diabetologischen Schwerpunktpraxen bundesweit nur durch zusätzliche Vergütungsvereinbarungen (DMP, Selektivverträge) finanziert werden, da der EBM für Diabetologie kein eigenes Kapitel vorsieht.
- Auf der folgenden Seite finden Sie die Übersicht der Abrechnungsziffern und der Vergütungshöhe ab 1. Januar 2023. Die fett gedruckten Ziffern sind neu.

Vergütungsvereinbarung DMP

Abrechnungsziffern und Vergütungshöhe ab 01.01.2023

GOP	Wert in Euro	Bezeichnung	Hinweis
99880	20,00	DM 1: Einschreibung der Versicherten	einmal
99881	10,00	DM 1: Erstellung und Versand der Folgedokumentationen an die Daten- stelle	einmal im Quartal
99984	12,50	zusätzliche Qualitätssicherungs- pauschale	die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung und wird durch die KVHB zugesetzt
99970	55,00	DSP: Mitbehandlungspauschale für über- wiesene Typ 2-Diabetiker	einmal im Quartal, maximal 2x im Kalender- jahr
99971	50,00	Betreuungspauschale DM1 Kinder und Jugendliche < 18 Jahre	einmal je Quartal
99973	80,00	Betreuungspauschale für schwängere Typ 1-Diabetikerinnen	einmal je Quartal für max. vier Quartale (Zeit der Schwangerschaft bis 1 Quartal nach der Entbindung)
99975	35,00	Betreuungspauschale DM1 Erwachsene ≥ 18 Jahre	einmal je Quartal
99900	20,00	DM 2: Einschreibung der Versicherten	einmal
99901	10,00	DM 2: Erstellung und Versand der Folgedokumentationen an die Daten- stelle	einmal im Quartal
99985	12,50	DM2: zusätzliche Qualitätssiche- rungspauschale	die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung und wird durch die KVHB zugesetzt.
99981	25,00	Insulinpumpeneinweisung	bis zu vier Patienten, 12 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten
99982	25,00	Insulinpumpeneinweisung	bis zu vier Patienten, 12 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten
99986	30,00	Individualisierte Intervention bei Erstmanifestation eines Typ 1-Dia- betes	max. 6x innerhalb von zwei Quartalen nach der erstmaligen DMP-Einschreibung
99987	30,00	Individualisierte Intervention bei Kindern/Jugendlichen <18 Jahre	max. 2x innerhalb eines Kalenderjahres, jedoch nicht am gleichen Behandlungs- tag
99988	30,00	Individualisierte Intervention bei Erwachsenen ≥18 Jahre	max. 2x innerhalb eines Kalenderjahres, jedoch nicht am gleichen Behandlungs- tag
99989	10,00	Koordinierender Hausarzt: Betreu- ungspauschale Typ 2-Diabetes je Patient, der durch die Hausarzt- praxis im DMP DM 2 koordinierend betreut wird	einmal je Quartal
99990	30,00	DSP: Betreuungspauschale für Typ 2-Diabetiker mit dauerhafter Be- treuung durch die DSP	einmal im Quartal, maximal 2x im Kalen- derjahr
99991	80,00	DSP: Betreuungspauschale für schwängere Typ-2-Diabetikerinnen	einmal je Quartal für max. vier Quartale (Zeit der Schwangerschaft bis 1 Quartal nach der Entbindung)
99992	30,00	Individualisierte Intervention bei insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern mit einem Ereignis nach Abs. 3	max. 2x innerhalb eines Kalenderjahres, jedoch nicht am gleichen Behandlungs- tag
99993	25,00	Insulinpumpeneinweisung	Bis zu vier Patienten, 12 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten

Telemonitoring bei Herzinsuffizien: Abrechnungsausschluss wird aufgehoben

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

0421.34 04-301 | k.kuczkoicz@kvhb.de

→ Der Abrechnungsausschluss beim Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialen Aggregat (GOP 13584) zu den Funktionsanalysen nach GOP 04411, 04413, 04415, 13571, 13573 und 13575 wird zum 1. Januar 2023 aufgehoben.

→ Für die Funktionsanalysen eines Defibrillators/Kardioverters nach GOP 13573 bzw. 04413 und implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie nach GOP 13575 bzw. 04415 ist künftig eine Abrechnung neben der GOP 13584 grundsätzlich einmal im Krankheitsfall möglich. Zum Zweck der Umprogrammierung oder bei nicht vorhersehbarer Inanspruchnahme ist die jeweilige Leistung weitere zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

→ Mit dieser Änderung werden Konstellationen in der Versorgung berücksichtigt, in denen manuelle Messungen im Rahmen der Funktionskontrolle sowie Umprogrammierungen und persönliche Kontrollen des implantierten Aggregats erforderlich sind.

→ Darüber hinaus werden die Zuschläge für das intensivisierte Telemonitoring (GOP 13585 und 13587) angepasst. Die Tage 24. Dezember und 31. Dezember werden analog zu vergleichbaren Leistungen im EBM künftig als besondere Werkzeuge berücksichtigt.

Erstbefüllung der ePA wird auch 2023 mit rund zehn Euro vergütet

→ Die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) wird auch in 2023 mit rund zehn Euro vergütet. Die GOP 01648 wird entsprechend um ein weiteres Jahr mit der Bewertung von 89 Punkten im EBM weitergeführt.

→ Die Erstbefüllung wird extrabudgetär vergütet. Sie umfasst das Befüllen der Akte mit Befunden, Arztbriefen und anderen Dokumenten, die für die aktuelle Behandlung relevant sind. Die Patientenberatung zur ePA ist nicht Bestandteil der Leistung.

Hintergrund

→ Der Gesetzgeber hatte zum Start der ePA ein Honorar von zehn Euro für die sektorenübergreifende Erstbefüllung vorgesehen und KBV und Krankenkassen aufgefordert, für die Zeit danach eine Vergütung im EBM zu vereinbaren. Dazu wurde 2022 die GOP 01648 (89 Punkten / 10,03 Euro) befristet bis Jahresende in den EBM eingeführt.

→ Aufgrund der geringen Verbreitung der ePA bei den Versicherten und fehlenden Erkenntnissen zum tatsächlichen Aufwand in den Praxen für die ePA-Erstbefüllung hat die KBV eine Weiterführung der GOP mit der bisherigen Bewertung um ein Jahr in die Beratungen mit dem GKV-Spitzenverband eingebracht. Die Krankenkassen hatten eine deutliche Absenkung der Vergütung gefordert.

→ Mit der Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses erhalten Ärzte auch in 2023 rund zehn Euro für die Erstbefüllung, so wie vom Gesetzgeber ursprünglich festgelegt.

→ Bis spätestens 30. September 2023 entscheiden KBV und Krankenkassen im Bewertungsausschuss über die Verlängerung beziehungsweise Anpassung der Bewertung der GOP 01648. Hintergrund ist, dass der Aufwand für die Befüllung der ePA noch nicht eingeschätzt werden kann, da die ePA bislang kaum genutzt wird.

→ Weitere Information der ePA finden Sie auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/epa.php

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

Ambulante Therapie M-ACI bei Knorpelschäden am Knie abrechenbar

→ Die matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (M-ACI) ist zum 1. Januar 2023 in den EBM aufgenommen worden. Gesetzlich Versicherten, die unter schweren Knorpelschäden am Knie leiden, steht damit eine neue ambulante Therapieoption zur Verfügung.

→ Bei der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) handelt es sich um ein zweistufiges Operationsverfahren zur Behandlung von symptomatischen Knorpeldefekten des Kniegelenks, wenn der Defekt einen Schweregrad 3 oder 4 hat.

→ Für dieses Operationsverfahren werden vier neue OPS-Kodes in den Anhang 2 des EBM aufgenommen:

- Kode 5-801.ah (offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk) mit der OP-Kategorie D3
- Kode 5-812.8h (arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk) mit der OP-Kategorie E3
- Kode 5-801.kh (Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrix-induzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk) mit der Kategorie D5
- Kode 5-812.hh (Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrix-induzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk) mit der Kategorie E5

→ Die anfallenden Sachkosten sind nicht durch die OP-Leistungen abgedeckt und werden zusätzlich erstattet.

→ Die Knorpelentnahme und die Implantation der aufbereiteten, matrixassoziierten Knorpelzellen sind ambulant oder belegärztlich durchführbare Operationen. Nach den Vorgaben des G-BA dürfen sie nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, für Orthopädie und für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie durchgeführt werden, die eine Genehmigung zum ambulanten Operieren haben. Sie benötigen eine Schulung des Herstellers zur Anwendung des Arzneimittels (Transplantat).

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

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

Verweise auf die Mutterschafts-Richtlinien sind geändert

LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

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

KATHARINA KUCZKOWICZ
0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

→ In den Leistungslegenden der GOP 01785 (Tokographie vor 28. Woche), 01786 (CTG) und 01815 (Untersuchung und Beratung der Wöchnerin) sowie im ersten Spiegelstrich des fakultativen Leistungsinhaltes der GOP 01780 (Planung der Geburtsleitung) erfolgt eine Änderung der Verweise auf die Regelungen der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL).

→ Hierdurch wurden einige Regelungen in den Abschnitten B und F der Mu-RL neu verortet und angepasst.

Vergütung für Außer- klinische Intensivpflege steht fest

→ Zum Start der gesetzlich neu geregelten außerklinischen Intensivpflege ab Januar 2023 haben KBV und GKV-Spitzenverband die Vergütung vereinbart.

→ Dafür wurden zum 1. Dezember 2022 weitere Leistungen in den Abschnitt 37.7 des EBM aufgenommen, der die Leistungen zur Erhebung des Potenzials in Bezug auf die Beatmungsentwöhnung und Entfernung der Trachealkanüle beziehungsweise Therapieoptimierung („Erhebung“) regelt. Hintergrund: Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten, die eine außerklinische Intensivpflege benötigen, sind beatmet und/oder trachealkanüliert. In diesen Fällen ist in der Regel vor der Verordnung eine Erhebung des Potenzials zur Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Dekanülierung durchzuführen.

Überblick der neuen GOP ab 1. Dezember 2022

GOP 37700	Potenzialerhebung (gemäß § 5 der AKI-RL) auf Formular 62A, einmal im Behandlungsfall (= Quartal) zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig, bei Angabe einer medizinischen Begründung dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig: 257 Punkte / 28,95 Euro / ab 01.01.2023 29,53 Euro
GOP 3770V	Potenzialerhebung im Rahmen einer Videosprechstunde 257 Punkte / 28,95 Euro / ab 01.01.2023 29,53 Euro
GOP 37701	Zuschlag zur GOP 37700 bei Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs nach GOP 01410 oder 01413, je weitere vollendete 10 Minuten, höchstens dreimal im Behandlungsfall 128 Punkte / 14,42 Euro / ab 01.01.2023 14,71 Euro
GOP 37704	Zuschlag zur GOP 37700 für Schluckendoskopie 294 Punkte / 33,12 Euro / ab 01.01.2023 33,79 Euro
GOP 37705	Zuschlag zur GOP 37700 für Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse: 84 Punkte / 9,46 Euro / ab 01.01.2023 9,65 Euro
GOP 37706	Grundpauschale im Zusammenhang mit der GOP 37700 für Ärzte und Krankenhäuser (gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL), einmal im Behandlungsfall: 159 Punkte / 17,91 Euro / ab 01.01.2023 18,27 Euro
GOP 37706V	Grundpauschale im Zusammenhang mit der GOP 37700 für Ärzte und Krankenhäuser im Rahmen einer Videosprechstunde 111,3 Punkte / 12,54 € / ab 01.01.2023 12,99 Euro
GOP 37714	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt, einmal im Behandlungsfall: 106 Punkte / 11,94 Euro / ab 01.01.2023 12,18 Euro

→ Hinweis: Die Berechnung der GOP 09315 (Bronchoskopie) und 13662 (Bronchoskopie) im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung mit Suffix A zu dokumentieren.

→ Zum 1. Januar 2023 – und somit zeitgleich zum Inkrafttreten der neuen Außerklinischen Intensivpflege Richtlinie des G-BA (AKI-RL) – wird der Abschnitt 37.7 um drei neue GOP zur Vergütung der Verordnung inklusive Behandlungsplan, der ärztlichen Koordination und der Fallkonferenz ergänzt.

Überblick der neuen GOP ab 1. Januar 2023

GOP 37710	Verordnung auf Formular 62B und Behandlungsplan auf Formular 62C, höchstens dreimal im Krankheitsfall: 167 Punkte / 19,19 Euro
GOP 37711	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die Außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt (gem. § 12 Abs. 1 der AKI-RL), einmal im Behandlungsfall: 275 Punkte / 31,60 Euro
GOP 37720	Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL, höchstens achtmal im Krankheitsfall: 86 Punkte / 9,88 Euro

→ Die Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege werden extrabudgetär vergütet.

Genehmigung durch die KV und Fortbildung

- Für die Verordnung sind Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten erforderlich. Sowohl zur Verordnung als auch Potenzialerhebung ist eine besondere ärztliche Qualifikation erforderlich.
- Zur Potenzialerhebung berechtigt sind:
 - Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
 - Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
 - Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
 - Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit oder
 - weitere Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.
 - Außerdem: Zur Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten sind auch Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation berechtigt.
- Zur Verordnung berechtigt sind:
 - Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
 - Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
 - Fachärzte für Anästhesiologie,
 - Fachärzte für Neurologie,
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Hausärzte, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen.
- Bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind, erfolgt die Verordnung durch Fachärzte, die auf die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind.
- Hausärzte benötigen eine Genehmigung durch ihre Kassenärztliche Vereinigung. Beim Antrag ist zu bestätigen, dass die Voraussetzungen erfüllt werden oder es wird die Absicht erklärt, sich die Kompetenzen innerhalb von sechs Monaten anzueignen. Die KBV plant, hierfür eine CME-zertifizierte Onlinefortbildung zur Verfügung zu stellen.
- Für die Verordnung wird es ein neues Formular geben, auf dem auch die Ergebnisse der Potenzialerhebung erfasst werden.

Übergangsregelung bis 30. Oktober 2023

- Bei der außerklinischen Versorgung von schwerstkranken Menschen, die beispielsweise beatmet werden müssen oder eine Trachealkanüle tragen, soll nach dem Willen des Gesetzgebers künftig stärker als bisher der Fokus auf einer Entwöhnung von der Beatmung beziehungsweise der Trachealkanüle liegen. Dazu ist eine regelmäßige ärztliche Erhebung des Potenzials erforderlich. Die entsprechende Richtlinie des G-BA tritt zum 1. Januar 2023 in Kraft; nach dieser soll dann vorrangig verordnet werden. Im Ausnahmefall können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die außerklinische Intensivpflege bis zum Stichtag 30. Oktober 2023 wie gewohnt auf Formular 12 und ohne Potenzialerhebung verordnen. In diesem Fall können die neuen EBM-Leistungen nicht abgerechnet werden. Die Abrechnung ist erst möglich, wenn die Verordnung auch nach der neuen Richtlinie erfolgt.
- Die KBV hat die wichtigsten Informationen für Praxen zur Verordnung der außerklinischen Intensivpflege zusammengestellt: www.kbv.de/html/60812.php

→ ABRECHNUNG/HONORAR

App „zanadio“ bei Adipositas erhält neue GOP zur Verlaufskontrolle

→ Für die digitale Gesundheitsanwendung „zanadio“ wurde die GOP 01473 (64 Punkte / 7,35 Euro) in den EBM neu aufgenommen. Ärzte können damit seit Januar 2023 die Verlaufskontrolle und Auswertung der App bei der Behandlung weiblicher Adipositas-Patientinnen ab 18 Jahren berechnen.

→ Abrechnungsberechtigt für die GOP 01473 sind Hausärzte, Internisten ohne Schwerpunkt oder mit den Schwerpunkten Endokrinologie, Gastroenterologie und Kardiologie.

→ Die GOP 01473 ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und wird zunächst für zwei Jahre extrabudgetär vergütet.

Anpassung der Leistung für vorläufige DiGA

→ Bisher konnte die Verlaufskontrolle für die DiGA „zanadio“ als GOP 86700 aus der Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) abgerechnet werden. Sie ist für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit bestimmten DiGA in der Erprobungsphase berechnungsfähig. Mit der Aufnahme der GOP 01473 in den EBM erfolgt eine entsprechende Anpassung der Anlage 34 zum BMV-Ä zum 1. Januar 2023, mit der „zanadio“ aus der Leistungsbeschreibung der Pauschale 86700 gestrichen wird, um eine doppelte Berechnungsfähigkeit dieser Leistung auszuschließen.

BfArM legt Anwenderkreis fest

→ „zanadio“ wurde im Oktober 2020 vorläufig zur Erprobung in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen. Nach mehrfacher Verlängerung des Erprobungszeitraums ist die App seit August dauerhaft im Verzeichnis gelistet. Mit der dauerhaften Aufnahme hat das BfArM den Anwenderkreis auf weibliche Adipositas-Patientinnen eingeschränkt.

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

→ ABRECHNUNG/HONORAR

Onkologie-Vereinbarung wird angepasst

→ Zum 1. Januar 2023 wurde die Onkologie-Vereinbarung angepasst.

Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale 86516 im Rahmen von Arzneimittel-Härtefallprogrammen

→ Für die Berechnung der Kostenpauschale 86516 „intravasale medikamentöse Tumorthherapie“ ist die Gabe von mindestens einem intravasal verabreichten Tumorthapeutikum der ATC-Klasse L notwendig. Um klarzustellen, dass hierunter auch intravasal applizierte Tumorthapeutika im Rahmen von Arzneimittel-Härtefallprogrammen („Compassionate Use“) fallen, welche gegebenenfalls auch noch keinen ATC-Code tragen, wird eine Fußnote 5 eingefügt.

Streichung der pandemiebedingten Sonderregelung der Fortbildungsanforderungen

→ Aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen und der Zunahme an Fortbildungsangeboten im Online Format kann kein Mangel an Fortbildungsmöglichkeiten mehr angenommen werden. Die Sonderregelung wurde daher für das Jahr 2022 nicht fortgeführt, sodass die nun obsolete Regelung in § 7 Nummer 7 der Onkologie-Vereinbarung gestrichen wird.

Onkologische Kooperationsgemeinschaft

→ Die Umsetzung des Zieles der gemeinsamen EDV-technischen Zugriff auf alle für die Patientenbehandlung notwendigen Daten durch die Mitglieder Kooperationsgemeinschaft nach § 6 Absatz 7 und Anhang 1 Satz 3 (EDV-Dokumentation) wird bis zum 1. Januar 2024 verlängert.

Sie finden die angepasste Onkologie-Vereinbarung auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

QS-NET Zuschläge bei Nierenersatztherapie sind gestrichen

→ Die befristet eingeführten Zuschläge GOP 04567 und 13603 (Zuschlag DeQS-RL) für die Nierenersatztherapie wurden nicht verlängert und sind somit zum 31. Dezember 2022 aus dem EBM gestrichen.

→ Die GOP 04567 und 13603 sind Zuschläge im Zusammenhang mit der GOP 04562 beziehungsweise der GOP 13602 (Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten).

Hintergrund

→ Aufgrund der Umstellung auf das Qualitätssicherungs-Verfahren (QS) QS NET 2020 und der damit verbundenen Anpassungen in der QS-Dokumentation wurde die GOP 04567 und 13603 zunächst befristet bis zum 30. September 2021 in den Abschnitt 4.5.4 und in den Abschnitt 13.3.6 EBM aufgenommen. Im September 2021 verlängerte der Bundesausschuss (BA) die GOP 04567 und 13603 um ein weiteres Jahr, bis 30. September 2022.

→ Im Oktober 2022 erfolgte eine erneute Verlängerung der Zuschläge um ein weiteres Quartal bis 31.12.2022, da die Prüfung des BA hinsichtlich einer Verlängerung beziehungsweise Anpassung noch nicht abgeschlossen war. Diese Einigung mit dem GKV-Spitzenverband konnte allerdings nur unter der Voraussetzung erreicht werden, dass die Vergütung der GOP 04567 und 13603 ab dem 1. Oktober 2022 innerhalb der MGV erfolgt. Dafür wurden keine zusätzlichen Finanzmittel in der MGV bereitgestellt.

→ Die KBV wollte eine nochmalige Verlängerung der Zuschläge erwirken, der GKV-Spitzenverband hat das auch nach mehreren Verhandlungsrunden abgelehnt.

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

Anzeige

Ihre Berater für Heilberufe in Bremen und Umzu.



meditaxa®
Fachkreis für Steuerfragen
der Heilberufe



**HAMMER
& PARTNER**

Wirtschaftsprüfer
Steuerberater
Rechtsanwälte

0421 / 369 04 - 0
www.hammer.partners

Neue Gebühren in der gesetzlichen Unfallversicherung

→ Zum 1. Januar 2023 wurden nachfolgend aufgeführte Änderungen in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) beschlossen.

Erhöhung von Gebühren

→ Die Erhöhungen der Gebühren sind ein Ausgleich für die gestiegenen Kosten der Ärzte und Ärztinnen bei der Betreuung von Unfallverletzten für die gesetzliche Unfallversicherung. Insbesondere werden die Gebühren für den D-Arzt-Bericht (F 1000) und die Zuschlagspositionen für das ambulante Operieren um mehr als 10 Prozent angehoben:

- Nr. 132 (D-Bericht): 20,00 Euro
- Nr. 442: 35,83 Euro
- Nr. 442a: 19,47 Euro
- Nr. 443: 67,20 Euro
- Nr. 444: 116,47 Euro
- Nr. 445: 197,10 Euro

Aufnahme neuer Gebühren

→ Für die Telemedizinische Beratungsleistung, welche es ermöglicht auch Unfallverletzte telemedizinisch zu beraten, werden zwei neue Gebührennummern in die UV-GOÄ aufgenommen:

- Nr. 10: 8,00 Euro
- Nr. 10a: 16,00 Euro

→ Die inhaltlichen und technischen Voraussetzungen zur Leistungserbringung sind in der neuen Leistungsbeschreibung aufgeführt. Die Vergütung erfolgt nur in der Besonderen Heilbehandlung.

→ Bei Kontrollen von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) soll zukünftig verstärkt auf die bildgebende Sonografie gesetzt werden. Damit soll die Strahlenbelastung durch Röntgenkontrolluntersuchungen verringert werden. Zur Steigerung der Attraktivität der Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen wurden deshalb die zwei neuen Gebührennummern in die UV-GOÄ aufgenommen:

- Nr. 411 und Nr. 411a: 35,00 Euro

Weitere Anpassungen und Gebührenerhöhungen

→ Im Bereich Berufskrankheiten wurden bei den Therapien von Hauterkrankungen Änderungen in den Leistungslegenden zu den Nummern 196 und 379 UV-GOÄ vorgenommen. Zudem wurde eine höhere Vergütung um 14 Prozent bei den Nummern 380 UV-GOÄ bis 382 UV-GOÄ „Impfungen und Testungen“ beschlossen.

→ Umfangreiche Änderungen in den Leistungslegenden und zwei neue Abrechnungsmöglichkeiten wurden bei den Gebührennummern 570 bis 573 UV-GOÄ beschlossen. Nunmehr sind auch die photodynamische Tageslichttherapie sowie die technisch simulierte photodynamische Tageslichttherapie Bestandteil der UVGOÄ. Die Nummer 740a wurde um weitere vergleichbare leitliniengerechte Therapien (chemochirurgische Therapien aktinischer Keratosen) erweitert.

→ Die aktuelle UV-GOÄ wird auch auf der Internetseite der KBV bereitgestellt unter www.kbv.de/html/uv.php

Vergütung der HIV-Präexpositionsprophylaxe weiterhin extrabudgetär

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

- Die medikamentöse HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) für Versicherte mit einem substanziellen HIV-Risiko wird seit 1. Januar 2023 weiterhin extrabudgetär vergütet. Die Verlängerung erfolgt befristet bis 31. Dezember 2023.
- Die Behandlung erfolgt in der Regel in HIV-Schwerpunktpraxen.
- Zur Abrechnung der Beratung sowie Einleitung und Kontrolle der PrEP wurden 2019 mehrere neue GOP in den Abschnitt 1.7.8 EBM aufgenommen. Die Honorierung sollte zunächst für zwei Jahre extrabudgetär und damit in voller Höhe erfolgen. Diese Vorgabe wurde nun um ein weiteres Jahr verlängert.
- Die Vereinbarung zur HIV-PrEP finden Sie auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php

DÜNOW

Steuerberatungsgesellschaft

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

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



FACHBERATER
für das Gesundheitswesen
(DStV e.V.)



Höhere Kostenpauschalen für Dialyseleistungen sowie COVID-Infektionszuschlag werden eingeführt

→ Die Sachkostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen werden zum 1. Januar 2023 um zwei Prozent erhöht. Dabei handelt es sich um die GOP 40815 bis 40819 und 40823 bis 40838 des EBM-Abschnitts 40.14.

Übersicht der Bewertung ab 1. Januar 2023:

→ GOP 40815	– 639,54 Euro
→ GOP 40816	– 846,60 Euro
→ GOP 40817	– 120,97 Euro
→ GOP 40818	– 671,57 Euro
→ GOP 40819	– 126,99 Euro
→ GOP 40823	Preisstufe 1: 495,52 Euro Preisstufe 2: 475,63 Euro Preisstufe 3: 425,85 Euro Preisstufe 4: 405,96 Euro
→ GOP 40824	Preisstufe 1: 165,14 Euro Preisstufe 2: 158,51 Euro Preisstufe 3: 141,98 Euro Preisstufe 4: 135,35 Euro
→ GOP 40825	– 515,51 Euro
→ GOP 40826	– 73,64 Euro
→ GOP 40827	– 171,87 Euro
→ GOP 40828	– 178,19 Euro
→ GOP 40829	– 10,20 Euro
→ GOP 40830	– 3,37 Euro
→ GOP 40831	– 20,40 Euro
→ GOP 40832	– 6,83 Euro
→ GOP 40833	– 30,60 Euro
→ GOP 40834	– 10,20 Euro
→ GOP 40835	– 91,80 Euro
→ GOP 40836	– 30,60 Euro
→ GOP 40837	– 306,00 Euro
→ GOP 40838	– 102,00 Euro

→ Nichtärztliche Dialyseleistungen umfassen sämtliche Sach- und Dienstleistungen rund um die Dialyse. Dazu gehören neben der pflegerischen Betreuung der Patienten unter anderem auch die Bereitstellung der Behandlungseinrichtungen und der Geräte inklusive Reparatur und Wartung sowie die anfallenden Material- und Verbrauchskosten.

Infektionsdialyse: Zuschlag auch bei COVID-19-Infektionen

→ Dialyseärzte können auch für COVID-19-Patienten einen Infektionszuschlag abrechnen. Das hat der Bewertungsausschuss im EBM klargestellt.

→ Bei Vorliegen bestimmter Infektionen erhalten Ärzte für den höheren Aufwand, zum Beispiel bei Isolierung des Patienten, einen Zuschlag zu den Kostenpauschalen für die Infektionsdialyse. Bei COVID-19 war dies bereits im Rahmen einer Corona-Sonderregelung übergangsweise möglich.

→ Mit der Anpassung des EBM wird nun klargestellt, dass die Gebührenordnungsposition 40835 (91,80 Euro) für den Zuschlag zur Wochenpauschale und die 40836 (30,60 Euro) für den Zuschlag zur Einzelpauschale auch bei einer COVID-19-Infektion abgerechnet werden kann.

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

Psychiatrische und neurologische Kontrolluntersuchungen werden aus EBM gestrichen

→ Zum 1. April 2023 werden die GOP 16223 (Psychiatrische Kontrolluntersuchung) und die GOP 21235 (Neurologische Kontrolluntersuchung) aus dem EBM gestrichen.

→ Beide GOP wurden im Rahmen der Weiterentwicklung des EBM mit Wirkung zum 1. April 2020 in den EBM auf zwei Jahre befristet aufgenommen und festgelegt, dass nach Ablauf der zwei Jahre die Überführung in die Grundpauschalen der Kapitel 16 und 21 erfolgt.

→ Zur Umsetzung des Prüfauftrages wurde die abgerechnete Leistungsmenge der GOP 16223 und GOP 21235 innerhalb von zwei Jahren untersucht. Als Ergebnis erfolgt eine Anpassung der Bewertungen der neurologischen Grundpauschalen nach den GOP 16210 bis 16212 und der Grundpauschalen für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie nach den GOP 21214 und 21215.

Übersicht der geänderten Bewertung

- GOP 16210 195 Punkte / 22,41 Euro – ab 01.04.2023 196 Punkte / 22,52 Euro
- GOP 16211 183 Punkte / 21,03 Euro – ab 01.04.2023 184 Punkte / 21,14 Euro
- GOP 16212 184 Punkte / 21,14 Euro – ab 01.04.2023 186 Punkte / 21,37 Euro
- GOP 21214 253 Punkte / 29,07 Euro – ab 01.04.2023 254 Punkte / 29,19 Euro
- GOP 21215 261 Punkte / 29,99 Euro – ab 01.04.2023 262 Punkte / 30,11 Euro

→ Bei den psychiatrischen Grundpauschalen nach den GOP 21210 bis 21213 erfolgt aufgrund der geringen abgerechneten Leistungsmenge keine Anpassung der Bewertungen.

→ Die Leistungsinhalte der GOP 16223 werden in den fakultativen Leistungsinhalt des Katalogs der neurologischen Grundpauschalen nach den GOP 16210 bis 16212 und die Leistungsinhalte der GOP 21235 werden in den fakultativen Leistungsinhalt des Katalogs der psychiatrischen Grundpauschalen nach den GOP 21210 bis 21212 überführt. Die Leistungsinhalte der GOP 16223 und 21235 werden zudem gleichermaßen in den fakultativen Leistungsinhalt der Grundpauschalen für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie nach den GOP 21213 bis 21215 überführt.

Ansprechpartnerin zur Abrechnung:

LILIA HARTWIG

0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de

ISABELLA SCHWEPPE

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

Ansprechpartnerin zur

Abrechnung - Psychotherapeuten:

PETRA BENTZIEN

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

⇒ ARZNEIMITTEL & CO

Neue Blankverordnung für häusliche Krankenpflege wird 2023 erwartet

→ Mit einer Anpassung des Musters 12 wird derzeit die Blankverordnung für häusliche Krankenpflege (HKP) vorbereitet. Pflegekräfte könnten damit berechtigt werden, über Dauer und Häufigkeit bestimmter HKP-Leistungen zu entscheiden.

→ Die KV Bremen wird Sie nach Überarbeitung des Verordnungsformulars und der Anpassung der Verträge zwischen Krankenkassen und Pflegeverbänden im Detail informieren.

MICHAEL SCHNAARS

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

Migräneprophylaxe-Zusatznutzen schützt nicht vor Unwirtschaftlichkeit

- Das Institut für Pharmakologie Bremen informiert:
- Vehement beworben wird derzeit der Einsatz von CGRP-Antikörpern in der Migräneprophylaxe. Wichtiges Argument des pharmazeutischen Unternehmers für Erenumab (Aimovig) ist dabei der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene beträchtliche Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT). Es könnte der Eindruck entstehen, dass damit die Verordnung von Erenumab wirtschaftlich und regresssicher sei. Dem ist keineswegs so.
- Ein Zusatznutzen von Erenumab gegenüber den häufig eingesetzten Migräneprophylaktika Metoprolol, Propranolol, Flunarizin und Amitriptylin ist bisher nicht gezeigt. In der im G-BA-Verfahren vorgelegten Studie wurde als zVT das Antiepileptikum Topiramat gewählt, das über ein beträchtliches Nebenwirkungsprofil verfügt. Darüber hinaus war gemäß Studienprotokoll beim Auftreten unerwünschter Wirkungen keine Dosisreduktion von Topiramat erlaubt, obwohl dies die Fachinformation so vorschreibt. Da aber nicht die therapeutisch-prophylaktische Effektivität, sondern das Auftreten von Nebenwirkungen primärer Endpunkt der Studie war, ist von einer Benachteiligung von Topiramat auszugehen.
- Aber auch ohne diese methodischen Aspekte ist die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Erenumab durch den G-BA-Beschluss nicht grundsätzlich gegeben, da neben Topiramat mit den erwähnten Arzneimitteln weitere Alternativen für die medikamentöse Migräne-Prophylaxe zu Verfügung stehen.
- Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12) des Sozialgesetzbuches V müssen medizinische Leistungen wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Auch die Mitteilungen des Herstellers zu Erenumab weisen explizit darauf hin: „Die Ärzte sind hiermit nicht von den einzuhaltenden Vorgaben aus § 12 SGB V und § 9 der Arzneimittelrichtlinie entbunden.“
- Danach ist der Einsatz von CGRP-Antikörpern in der Migräneprophylaxe nur dann wirtschaftlich, wenn kostengünstigere Alternativen nicht in Frage kommen. Um unwirtschaftliches Verordnen zu vermeiden, ist vor der Verschreibung von Erenumab ärztlicherseits nachprüfbar zu dokumentieren, dass eine ausreichend lang durchgeführte medikamentöse Prophylaxe mit Betablockern, Flunarizin, Amitriptylin und Antiepileptika nicht zum befriedigenden Ergebnis geführt hat, nicht vertragen wurde oder kontraindiziert war.
- Fazit: Die CGRP-Antikörper besitzen pharmakologische Effektivität in der Verringerung von Migräne-Anfällen. Der vom G-BA zuerkannte Zusatznutzen von Erenumab im Vergleich zu Topiramat begründet keineswegs die Annahme, dass dessen Verordnung grundsätzlich wirtschaftlich sei.

Autor: Bernd Mühlbauer, Institut für Pharmakologie Bremen

Psychiatrische häusliche Krankenpflege darf von weiterer Fachgruppe verordnet werden

→ Ab sofort können auch Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) verordnen. Damit soll der Zugang der Patienten zur pHKP weiter erleichtert werden.

→ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (www.g-ba.de) entsprechend erweitert. Damit dürfen jetzt folgende Berufsgruppen Maßnahmen der pHKP verordnen (Muster 12):

- Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde,
- Fachärztin oder Facharzt für Neurologie,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs)
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs),
- Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie

→ Abweichend davon kann die Verordnung auch durch den Hausarzt erfolgen. Dies erfordert laut Richtlinie eine Diagnosesicherung durch einen Vertreter der oben genannten Berufsgruppen, die nicht älter als vier Monate ist. Der Gesamtverordnungszeitraum sollte bei einer hausärztlichen Verordnung sechs Wochen nicht überschreiten (in den Fällen d. § 4 Abs. 10 d. Richtlinie maximal 6 Wochen).

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

Mammographie-Vereinbarung: Mindestens ein und höchstens drei Fälle je Fallsammlungsprüfung

→ Der Gemeinsame Ausschuss Qualitätssicherung hat Änderungen an der Qualitätssicherungsvereinbarung (nach § 135 Abs. 2 SGB V) zur kurativen Mammographie beschlossen: Diese betreffen die Vorgaben zur Zusammensetzung der Fallsammlungsprüfungen nach den Abschnitten C und D der Mammographie-Vereinbarung hinsichtlich der Anzahl der Fälle mit bösartigen Veränderungen in beiden Mammæ.

→ Bislang bestimmte die Mammographie-Vereinbarung, dass mindestens ein derartiger Fall in jeder Fallsammlungsprüfung enthalten sein muss. Nunmehr wird in § 6 Absatz 3 und § 10 Absatz 3 bestimmt, dass mindestens ein, aber höchstens drei derartige Fälle je Fallsammlungsprüfung enthalten sind.

→ Durch diese Anpassungen sollen die Fallsammlungsprüfungen das Patientenkollektiv besser abbilden und zugleich die Vergleichbarkeit der Fallsammlungen gefördert werden.

→ Die Änderungen treten zum 1. Januar 2023 in Kraft. Sie stehen noch unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner, von der jedoch ausgegangen werden kann.

→ Die aktuell gültige Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie und weitere Informationen zu diesem Thema sind online abrufbar unter www.kbv.de/html/qualitaetssicherung_kurative_mammographie.php

NICOLE HEINTEL
0421.34 04-329 | n.heintel@kvhb.de

„Moin, wir sind die Neuen!“

Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor



Name: **Wanda Weinert**

Geburtsdatum: **9. März 1973**

Geburtsort: **Bad Hersfeld**

Fachrichtung:

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Psychotherapie

Sitz der Praxis:

Schubertstr. 54

28209 Bremen

(Schwachhausen)

Niederlassungsform: **Einzelpraxis**

Kontakt:

Telefon: 0421.241 937 90

E-Mail:

weinert@aufbruch-psychotherapie.de

Warum haben Sie sich niedergelassen?

Ich war nach der Facharztprüfung viele Jahre in der Reha-Medizin tätig und habe das auch sehr gern gemacht. Dort habe ich alle Karrierestufen inklusive Chefärztin durchlaufen – und trotzdem feststellen müssen, dass es immer Menschen gibt, die weniger Ahnung vom eigenen Fachgebiet haben und trotzdem massiv mitbestimmen, wie Patientinnen und Patienten behandelt werden sollen. Außerdem war eine gute medizinische Betreuung wegen zunehmenden Ärztemangels und bewusster Personal-Einsparungen auf Seiten von Therapeuten und Pflegepersonal immer weniger möglich, da die überwiegend privat geführten Kliniken mehr an Profiten als an Medizin interessiert waren. Dies konnte ich nicht mehr mit meiner Berufsethik vereinbaren! Seit Anfang 2022 arbeite ich bereits in einer Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie ambulant als Sicherstellungsassistentin. Die konstanten, längeren Patientinnen-Kontakte erlebte ich als sehr sinnvoll und wertvoll.

Warum in Bremen und nicht anderswo?

Nach sehr vielen Jahren auf dem platten Land in Hessen brauchte ich einen Tapetenwechsel und wollte unbedingt in eine Stadt. Bremen hatte für mich als Landei genau die richtige Größe, und ich hatte schon immer eine Affinität zu Segelbooten und zur Nordsee. Bei einem Vorstellungsgespräch auf eine damalige Oberarztstelle habe ich mich Hals über Kopf in die Stadt verliebt und bin geblieben.

Welchen Ratschlag geben Sie Kolleginnen und Kollegen, die sich niedergelassen wollen, mit auf den Weg?

Aus meiner jetzigen Sicht könnte ich lediglich raten, früh mit der Planung anzufangen und Kollegen zu fragen, die sich noch nicht vor allzu langer Zeit selbst niedergelassen haben – oder tatsächlich einmal eine Zeitlang als angestellter Arzt in einer Praxis mitzuarbeiten.

Von der KV Bremen erwarte ich...

... dass sie bei Problemen und Unstimmigkeiten ganz klar auf Seiten der Ärzte steht und diese unterstützt und daran mitwirkt, Probleme oder Hindernisse, die die ärztliche Berufsausübung mit sich bringen, zu beseitigen!

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Ich habe den besten Beruf der Welt. Ich glaube, dass man dem „Menschsein“ nirgends so nahe kommen kann wie in der Psychiatrie. Ich kann an den verletzlichsten Stellen des Daseins hilfreich sein, bei den Zuständen, die den Mensch zum Menschen machen, beim Fühlen, Denken, Wahrnehmen und Erleben.

Wie entspannen Sie sich?

Freunde treffen, an den Strand fahren, Kino, Kultur, Theater, Radfahren oder sehr gerne einmal gar nichts tun, mit der Seele baumeln oder Krimi lesen.

Wenn ich nicht Ärztin geworden wäre, dann...

... dann wäre ich vermutlich sehr unglücklich, oder ich wäre Kunstrestauratorin oder -handwerkerin geworden.

Warum haben Sie sich niedergelassen?

Die Niederlassung in eigener Praxis stellt eine attraktive Möglichkeit dar, sich selbst zu verwirklichen. Ich erhoffe mir ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das meinen individuellen Vorstellungen und meiner Persönlichkeit entspricht. Ein anspruchsvoller Beruf und ein intensives Familienleben lassen sich so optimal verbinden, ohne in fremdbestimmte Arbeitsabläufe einer Klinik eingebunden zu sein.

Warum Bremen?

Mein Mann ist Bremer. Aufgrund des familiären Anschlusses sind wir 2017 aus Köln nach Bremen gezogen.

Welchen Ratschlag geben Sie Kolleginnen und Kollegen, die sich niederlassen wollen, mit auf den Weg?

Ich würde empfehlen, zunächst in einer oder mehreren Praxen zu arbeiten, um genau zu wissen, was man für sich selbst und die eigene Praxis möch-

te. Wenn man das weiß, dann nur Mut!.

Von der KV Bremen erwarte ich ...

... dass sie mich unkompliziert und unbürokratisch unterstützt.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Die Abwechslung – jeden Tag gibt es Neues zu entdecken. Speziell in der Orthopädie und Unfallchirurgie ist es häufig möglich, Menschen effektiv zu therapieren und ihnen damit die Rückkehr in einen bewegten Alltag zu ermöglichen.

Wie entspannen Sie sich?

Am besten beim Sport und in der Natur.

Wenn ich nicht Ärztin geworden wäre...

Irgendwie gab es nie eine andere Option. Schon in der neunten Klasse habe ich mein Schulpraktikum in einer orthopädischen Praxis absolviert.



Name: **Constanze Hägermann**

Geburtsjahr: **18. September 1985**
Geburtsort: **Ludwigslust**

Fachrichtung:
Orthopädie/Unfallchirurgie

Sitz der Praxis:
**Bremerhavener Heerstraße 14
28717 Bremen**

Niederlassungsform:
Gemeinschaftspraxis

Kontakt:
Telefon: 0421 / 69 08 95 0

Sie auch?

Sie sind neu in Bremen oder Bremerhaven und möchten sich Ihren Kolleginnen und Kollegen vorstellen?

Bitte melden!

0421.3404-181
redaktion@kvhb.de

Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

Zeitraum 1. November bis 31. Dezember 2022

Zulassungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Nachfolger von
Dr. med. Nora Behnke - halbe Zulassung -	Am Hulsberg 93-97 28205 Bremen	Haut- und Geschlechts- Krankheiten	01.11.2022	
Dipl.-Psych. Dana Berger - halbe Zulassung -	Rockwinkeler Heerstraße 42a 28355 Bremen	Psychologische Psychotherapie	01.11.2022	Dipl.-Psych. Rebecca Diepenbroek
Dr. med. Michael Töpfer - halbe Zulassung -	Am Hulsberg 93-97 28205 Bremen	Haut- und Geschlechts- Krankheiten	01.11.2022	Dr. med. Ferdinand Dittrich
Dipl.-Päd. Karola Schäfer - halbe Zulassung -	Hafenstraße 213 27568 Bremerhaven	Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie	02.12.2022	

Anstellungen

Name	anstellende Betriebsstätte	Ort	Fachgruppe	Beginn
Ulrich Middendorf - halbe Anstellung -	MVZ Hausärzte Obervieland , MVZ	Alfred-Faust-Straße 3 28277 Bremen	Allgemeinmedizin	16.11.2022
Dr. med. Gunther Steitz - halbe Anstellung -	Dr. med. Matthias Juricke	Steinsetzerstraße 11 28279 Bremen	Allgemeinmedizin	16.11.2022
Yasmin Neubert-Shah - halbe Anstellung -	MVZ Universitätsallee GmbH , MVZ	Parkallee 301 28213 Bremen	Augenheilkunde	16.11.2022
Dr. med. Philipp Stille - dreiviertel Anstellung -	MVZ Leer mit Tagesklinik , KV übergreifende BAG	Pappelstraße 53 - 57 28199 Bremen	Augenheilkunde	01.12.2022
Dr. med. Philipp Stille - viertel Anstellung -	MVZ Leer mit Tagesklinik , KV übergreifende BAG	Pappelstraße 53 - 57 28199 Bremen	Augenheilkunde	01.12.2022
Dr. med. Dr. med. dent. Marcus Teschke - volle Anstellung -	Dr. med. Francois Lanners und Kollegen , Überörtliche Gemein- schaftspraxis	Carl-Ronning-Straße 4 - 6 28195 Bremen	Mund-, Kiefer- und Ge- sichts-Chirurgie	16.11.2022
Dr. med. Miriam Hiller - viertel Anstellung -	Dr. med. Robert Saxler und Kollegen , KV-übergreifende BAG	Osterstraße 1 a 28199 Bremen	Orthopädie und Unfallchirurgie	16.11.2022
Dr. med. Roman Neßlage - halbe Anstellung -	Carsten Lott und Kollegen , Überörtliche BAG	Breitenweg 3 A 28195 Bremen	Urologie	01.12.2022

Verlegungen, Umzüge

Name	von	nach	Datum
Dipl.-Psych. Laura Tietz	Georg-Bitter-Straße 19 28205 Bremen	Elsasser Straße 4 28211 Bremen	15.11.2022
Dr. med. Kirsten Kappert-Gonther	Graf-Moltke-Straße 43 28211 Bremen	Lothringer Straße 17 28211 Bremen	15.11.2022
Dr. phil. Anne Fürstenberg	Herbststraße 92 28215 Bremen	Innsbrucker Straße 6 28215 Bremen	01.11.2022
Paracelsus-MVZ Neurologie	Lindenstraße 1 a, 28755 Bremen	In der Vahr 65, 28329 Bremen	16.11.2022

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 10. Februar. Mitglieder der KV Bremen können Inserate auch in der Online-Praxisbörse unter praxisboerse.kvhb.de kostenlos aufgeben.

Weiterbildungsassistent/in gesucht

Gerne zum nächstmöglichen Zeitpunkt in HB-Nord
Junges & engagiertes Team mit sehr umfangreichem
Spektrum. Strukturierte Weiterbildung.
Teil- und Vollzeit möglich
E-Mail: danielsiedenhans@gmx.de

Neue/r Chef/in dringend gesucht !

Engagiertes Team einer grossen Allgemeinpraxis in
Bremerhaven sucht neue/n Chefin/Chef oder mutigen
Kopf (Ärztin/Arzt) zur Gründung eines MVZ
Super Team-Super Lage-Super Umsatz vorhanden
E-Mail: info@praxispap.de

Kollege/in gesucht

Zeitnah suchen wir Unterstützung für unser junges
& engagiertes Team in sehr großer moderner Praxis
mit umfangreichem Spektrum in Bremen-Nord.
Sowohl Teil- als auch Vollzeit möglich
E-Mail: danielsiedenhans@gmx.de

FRAUENARZT / -ÄRZTIN gesucht

zur Mitarbeit in meiner Praxis in Bremen-Nord.
Arbeitszeit 5-10 Std. wöchentlich.
Möglich sind auch andere Arbeitszeitmodelle.
Bei Interesse würde ich mich über Ihren Anruf
(0172-5452242) oder E-Mail
(christa.goetze@gmx.de) sehr freuen.

FA/FÄ Nervenhlk. /Neurologie ges.

für stundenws. Nebentgt. m. freier Zeiteintlg. :
Betreuung mehr. Pflegeeinr. m. quartalsw. Visiten
um HB, MFA-Unterst., PKW erf. Wir
freuen uns über Kontakt an neuropraxis@hotmail.de
E-Mail: neuropraxis@hotmail.de

Psychotherapeutin (AP/TP) sucht

Praxis o. gerne auch Praxisraum in bestehender Pra-
xisgem. im östl. Sektor (Schwachhsn., östl. Vorstadt,
Gartenstadt Vahr, Horn). Tel: (0421) 47 899 288

Impressum

Herausgeberin: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Tel.: 0421.34 04-0 | v.i.S.d.P.: Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans | **Redaktion:** Christoph Fox, Florian Vollmers (RED) **Autoren dieser Ausgabe:** Christoph Fox, Sandra Kunz, Matthias Metz, Dr. Bernhard Rochell, Daniela Scheglow, Maïke Tebben, Florian Vollmers, Friederike Wiegand, Jennifer Ziehn | **Abbildungsnachweise:** Florian Vollmers (S.01 & S.09 ff.) ; Jens Lehmkuhler (S.02 & S.60) ; iuriimotov Adobe Stock (S.29); Freie Hansestadt Bremen (S.37) ; privat (S.56 & S.57) | **Redaktion:** siehe Herausgeberin, Tel.: 0421.34 04-181, E-Mail: redaktion@kvhb.de | **Gestaltungskonzept:** oblik visuelle kommunikation | **Druck:** BerlinDruck GmbH + Co KG | **Vertrieb:** siehe Herausgeberin

Richtigstellung der Redaktion zum Meinungsartikel

„Gedanken aus der Praxis: Wie lange wollen wir uns noch vorführen lassen?“:

Im Landesrundschrreiben Dezember 2022 wurde ein namentlich gekennzeichnete Meinungsbeitrag eines niedergelassenen Arztes veröffentlicht (Seite 20). Darin werden dem „Chef der AOK“ Boni „in unbekannter Höhe“ zugesprochen. Die AOK Bremen/Bremerhaven weist darauf hin, dass dies eine falsche Tatsachenbehauptung sei. Der Vorstand der AOK Bremen/Bremerhaven, Olaf Woggan, bekomme keine Boni. Außerdem wird in dem Meinungsartikel die Sponsorentätigkeit der AOK bei der deutschen Handballnationalmannschaft thematisiert. Die AOK Bremen/Bremerhaven stellt klar, dass die AOK-Bundesverband GbR den Vertrag mit der deutschen Handball-Nationalmannschaft bereits Ende des vergangenen Jahres aufgelöst habe. Die Redaktion bedauert es, dass es durch den Beitrag zu falschen Darstellungen gekommen ist.

Das Landesrundschrreiben 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. Die Verantwortung für die Richtigkeit der Aussagen in den Beiträgen externer Autorinnen und Autoren liegen ausschließlich bei diesen selbst. Das Landesrundschrreiben enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für nichtärztliche Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie Ihren Mitarbeitern den Einblick in diese Ausgabe. Genderhinweis der KV Bremen: Die KV Bremen verfolgt einen diskriminierungsfreien Ansatz und spricht mit ihren Inhalten ausdrücklich alle Personengruppen gleichermaßen an. Es ist uns wichtig, dass durch die Beiträge im Landesrundschrreiben der KV Bremen niemand benachteiligt oder diskriminiert wird. Deshalb nutzen wir vorzugsweise geschlechterneutrale Substantive. Da wir auch großen Wert auf eine allgemeinverständliche Sprache legen, verwenden wir mitunter personenbezogene Formulierungen im generischen Maskulinum. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Der Beratungsservice der KV Bremen

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

0421.34 04 -

Abrechnungsberatung

Team Leistungsabrechnung

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

N. N. -315
Lilia Hartwig -320

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 Abrechnungsservice

Isabella Schweppe -300

RLV-Berechnung

Petra Stelljes -191

Sandra Stoll (RLV-Fallzahlen) -152

RLV-Anträge und Widersprüche

Kathrin Radetzky -195

Praxisbesonderheiten (RLV)

Daniela Scheglow -193

Abteilungsleitung

Jessica Sperl -190

Daniela Scheglow -193

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung

Nina Arens -372

Abteilungsleitung

Gottfried Antpöhler -121

Praxisberatung

Nicole Daub-Rosebrock -373

Orsolya Erichsen -374

Qualitätssicherung

Neue Versorgungsformen

(HzV, DMP, ...), Qualitätszirkel

Sylvia Kannegießer -339

Kai Herzmann -334

Olga Fabrizio -159

Qualitätssicherung, QM

Jennifer Bezold -118

Nicole Heintel -329

Nathalie Nobel -330

Abteilungsleitung

Christoph Maaß -115

Sandra Kunz -335

Zulassung

Arztregister

Antje Cassens -377

Zulassung und Bedarfsplanung

Manfred Schober (Ärzte) -332

Martina Plieth

(Psychotherapeuten) -336

Abteilungsleitung

Maike Tebben -321

Rechtsfragen

Christoph Maaß

(u. a. Datenschutz) -115

Maike Tebben (Zulassung) -321

Verträge

Abteilungsleitung

Matthias Metz -150

Julia Berg -150

Honorarkonto

Abschläge, Bankverbindung,

Kontoauszug

Martina Prange -132

Arzneimittel & Co

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Michael Schnaars -154

Prüfung

Plausibilitätsprüfung (Abrechnung)

Christoph Maaß -115

Wirtschaftlichkeitsprüfung

(Verordnung, Behandlung)

Thomas Arndt -176

Bereitschaftsdienste

Bremen und Bremen-Nord

Annika Lange -107

Kerstin Lünsmann -103

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

Abteilungsleitung

Jennifer Ziehn -371

Formulare und Vordrucke

Formularausgabe, Zentrale

Erika Warnke -0

Petra Conrad-Becker -106

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

Formulare & Aktenvernichtung

Wolfgang Harder -178

Abteilungsleitung

Birgit Seebeck -105



Das Gesicht hinter der Rufnummer 0421.34 04-330

Nathalie Nobel ist in der Abteilung
Qualität & Plausibilität Ihre Ansprech-
partnerin für genehmigungspflichtige
Leistungen und für alle Fragen rund um
die Qualitätssicherung in Praxen.