

landesrundschriften

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 5 | 29. Juli 2025



Modell der Versorgungssteuerung ↳ 04
Barrierefreie Praxis-Webseite ↳ 10
Videosprechstunde im Überblick ↳ 14
Abrechnung bei der Ermächtigung ↳ 24
Entbudgetierung bei Hausärzten ↳ 28
Hilfsmittelrichtlinie geändert ↳ 33
Psychotherapie-Vereinbarung ↳ 34
MFA-Fortbildung zu Demenz ↳ 41





DR. BERNHARD ROCHELL
Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

passend zur Amtsübernahme von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf ihrer Sitzung in der Ärztetagswoche in Leipzig Ihre Positionen zu zwei wichtigen Vorhaben der neuen Bundesregierung beschlossen: Dies betrifft zum einen das Ziel einer gesetzlichen Patientensteuerung in der Notfallversorgung durch ein ambulant Primärarztssystem (→ ab Seite 8) und zum anderen die weitere Digitalisierung in der ambulanten Versorgung.

Eine wichtige Klarstellung gab es noch dazu: Wenn die Qualität der Patientenversorgung dabei in Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels mindestens erhalten werden soll, werden über keines dieser Vorhaben direkte Einsparungen zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert werden können. Nachdem dies die Politik bereits für den Krankenhausbereich erkannt und mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) noch in 2024 massive finanzielle Fördertatbestände für die Modernisierung und Digitalisierung der Kliniken auf den Weg gebracht hat, lässt ein für die Zukunftsertüchtigung der ambulanten Versorgung ebenso benötigtes Praxiszukunftsgesetz auf sich warten. Dem zur Entlastung der Kostenträger von deren Seite aus vorsorglich geforderten Ausgabenmoratorium in der ambulanten Versorgung hat die Vertreterversammlung der KBV daher eine entschiedene Absage erteilt. Das wird allein aber nicht ausreichen: Damit insbesondere das Thema der Patientensteuerung in der weiteren politischen Diskussion nicht durch falsche einseitige Erwartungen besetzt wird, bedarf es der aktiven ärztlichen und psychotherapeutischen Mitgestaltung, wozu wir am 17. September einladen werden (→ ab Seite 4).

Dazu passt wenigstens zeitlich der jüngst veröffentlichte Arbeitsplan des Bundesministeriums für Gesundheit für kurzfristige Gesetzesvorhaben zu Kabinettsvorlagen bis zum September 2025. Hier dominieren Themen der Pflege und die als nachbesserungsbedürftig angesehene Krankenhausreform der Ampelkoalition. Planungen der Bundesregierung zur ambulanten Versorgung, insbesondere zur Entbürokratisierung, Förderung der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung und zur primärärztlichen Steuerung blieben noch ohne Terminierung. Immerhin soll die Notfallreform noch im zweiten Halbjahr angegangen werden. Das Thema Primärarztssystem wird damit wohl erst ab 2026 konkret aufgegriffen werden.

Darüber hinaus freuen wir uns sehr, dass sich die Justizministerkonferenz im Juni zweier Vorschläge aus dem Zukunftspapier der KV Bremen angenommen hat: Die Justizministerkonferenz verwendet sie in entsprechenden Beschlüssen für die Stärkung des strafrechtlichen Schutzes gegen Gewalt gegen Praxen sowie die gesetzliche Klärung der Konditionen für die Erhebung von „No-Show-Gebühren“ für grundlos ohne Rückmeldung versäumte Praxistermine.

Wir freuen uns noch mehr, dass die Vertreterversammlung der KV Bremen am 14. Juni jenseits der „großpolitischen Wetterlage“ mit dem Bremerhavener Projekt „Gesundheitshaven“ und der Verbesserung der PJ-Förderung zwei konkrete Maßnahmen gegen den Nachwuchsmangel an den Start gebracht hat (→ Seite 7).

Wir wünschen Ihnen eine gute Lektüre und einen angenehmen, friedlichen Sommer!

Herzlichst Ihr
Dr. Bernhard Rochell, Vorsitzender des Vorstandes

↳ AUS DER KV

- 04** — Versorgungssteuerung: **Warum wir jetzt das Ruder in die Hand nehmen müssen**
- 07** — Anschubfinanzierung für **Gesundheitshaven** gesichert
- 07** — PJ-Förderung ausgeweitet
- 08** — **Versorgungssteuerung**: Ärzteschaft bringt eigenes Modell in Debatte ein
- 10** — **Barrierefreie Praxis-Webseite**: Was Sie beim BFGS beachten müssen
- 12** — **Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...**

↳ IM BLICK

- 14** — **Videosprechstunde** etabliert sich als praktikable Ergänzung für Praxen
- 17** — **Grafik**: So wird die Videosprechstunde im Land Bremen genutzt
- 18** — Videosprechstunde: Das sind die wichtigsten **Neuerungen im Überblick**
- 21** — **Videosprechstunde A bis Z**: Von Abrechnung bis Zuschlag

↳ IN PRAXIS

- 24** — **Ermächtigung**: Auf was Sie bei der Quartalsabrechnung achten müssen
- 26** — **Sie fragen – Wir antworten**
- 27** — Auf einen Blick: **Das ist neu zum 3. Quartal**

↳ IN KÜRZE

- 28** — **Meldungen & Bekanntgaben**
 - Hausärztliche Leistungen werden ab Oktober entbudgetiert
 - Krankenkassen stellen vermehrt Prüfanträge bei DMP
- 29** — Dialysekostenpauschalen werden künftig jährlich angepasst
 - Hybrid-DRG: Nachsorgeleistungen sind über den EBM abzurechnen
- 30** — Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder/Jugendlicher in den EBM aufgenommen
- 31** — PET/CT bei aggressivem Non-Hodgkin-Lymphom: Noch keine Abrechnungsziffer
- 32** — Immunadsorption mittels TheraSorb LIFE 21 kann noch nicht über den EBM abgerechnet werden
 - Drei DiGA ins Verzeichnis aufgenommen – keine Abrechnungsziffern
- 33** — Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung nach Videosprechstunde und Telefonat möglich
- 34** — Psychotherapie-Vereinbarung: Sprechstunden und probatorische Sitzungen per Video möglich
- 35** — Für Abrechnung bei Kinder- und Jugendärzten wird im EBM die Altersgruppe Heranwachsende aufgenommen
 - Bewertungsausschuss beschließt Detailänderungen zum Labor im EBM
- 36** — Bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation ist ab Oktober die Zweitmeinung möglich
- 37** — Transmitterkosten werden seit dem 1. Juli über den EBM erstattet
- 38** — Diese EBM-Anpassungen gelten ab sofort zu Komplexversorgung, Zweitmeinung und Videosprechstunde
- 39** — Ab Juli höhere Gebühren in der gesetzlichen Unfallversicherung und weitere Änderungen
- 40** — Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte zu nosokomialen Infektionen
- 41** — Kostenfreie Fortbildung zu Demenz für Medizinische Fachangestellte
 - Betreuungsgericht Bremen Mitte stellt auf elektronische Kommunikation um

↳ ÜBER KOLLEGEN

- 42** — „Moin, wir sind die Neuen!“, Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor
- 44** — **Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen**

↳ SERVICE

- 46** — **Kleinanzeigen**
- 47** — **Impressum**
- 48** — **Der Beratungsservice der KV Bremen**

Versorgungssteuerung: Warum wir jetzt das Ruder in die Hand nehmen müssen

Die Einführung eines Primärarztsystems steht auf der Agenda der Bundesregierung. Bevor andere ihre Idee durchdrücken, sollten Ärzte und Psychotherapeuten eigene konstruktive Vorschläge unterbreiten, appelliert Dr. Stefan Trapp, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Bremen.



DR. STEFAN TRAPP | Vorsitzender der
Vertreterversammlung der KV Bremen

↳ Wir alle sind angetreten, um Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen – spüren aber, dass wir zunehmend an Grenzen stoßen. Es besteht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung, das wir uns nicht länger leisten sollten. Während einige Patienten ohne dringende Notwendigkeit Kapazitäten binden, werden wir anderen oft nicht gerecht. Die derzeitige Finanzierungssystematik fördert oft „Masse statt Klasse“. Dieses Spannungsfeld lösen wir nur auf, wenn wir die Versorgung neu strukturieren. Und das bedeutet: kluge Steuerung statt ungezügelter Inanspruchnahme. Verantwortung statt Zufallsmedizin.

Im „Hamsterrad“ gefangen

Moderne Versorgungssteuerung sollte ein medizinisch und organisatorisch sinnvoller Rahmen für eine Versorgung sein, die sich auf das Wesentliche konzentriert: die hilfsbedürftigen und chronisch erkrankten Menschen. Die Realität in unseren Praxen zeigt es täglich: Die Zahl der Patientenkontakte ist hoch, teils zu hoch – und nicht jeder Kontakt ist medizinisch notwendig oder zielführend. Kolleginnen und Kollegen fühlen sich oft im „Hamsterrad“ gefangen. Viele Patientinnen und Patienten nutzen die Breite des diagnostischen und therapeutischen Angebotes, während andere Schwierigkeiten haben, überhaupt geeignete Ansprechpartner zu finden. Diese Probleme werden sich mit dem Eintritt der Babyboomer in die Rente kurzfristig zuspitzen. Schon in wenigen Jahren werden wir nicht mehr die Ressourcen haben, um die Medizin wie heute zu betreiben. Ein „Weiter so“ geht nicht mehr. Wir brauchen eine echte Steuerung – und das bedeutet bewusst auch: weniger Arzt-Patienten-Kontakte – sowohl für Fach-

als auch für Hausärzte. Für mich ist der Schlüssel nicht ein zentralistischer Apparat, sondern eine qualitätsgesicherte, primärärztlich koordinierte Versorgung.

Die Einführung eines Primärarztsystems fordert auch der Koalitionsvertrag der Bundesregierung. Allerdings scheint hier die Vorstellung vorzuherrschen, dadurch vor allem Geld sparen zu können. Dabei ist die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung mit einem über viele Jahre konstanten Anteil von etwa einem Sechstel der Kosten im Gesundheitssystem kein Kostentreiber – anders als etwa Kliniken und Medikamentenpreise. Wir müssen klar machen: Steuerung ist kein Sparmodell. Wir wollen kein System, das weniger leistet, sondern eines, das gezielter hilft. Diese Position sollten wir unbedingt in die Debatte einbringen und schärfen.

Diese Debatte beginnt – und zwar mit der Notfallreform, die mit Sicherheit vor dem Primärarztsystem politisch umgesetzt wird. Das bietet uns eine große Chance, denn die Notfallreform kann das Fundament legen für eine neue Versorgungslogik: Ersteinschätzung, Lotsenfunktion, klare Algorithmen – es kann funktionieren, wenn wir es mitgestalten. Die Notfallreform kann als Role-Model für eine primärärztliche Steuerung in einem differenzierten ambulanten Versorgungssystem dienen.

Natürlich gibt es nachvollziehbare Vorbehalte gegen mehr Versorgungssteuerung. Fachärzte fürchten Einbußen und eine Marginalisierung, Hausärzte sehen die Mehrbelastung auf sich zukommen. Aber viele dieser Sorgen basieren

auf der Annahme, dass sich an der medizinischen Inanspruchnahme nichts ändern wird. So sind Simulationen zu einer Mehrbelastung der Primärärzte, die von einem unveränderten Konsumverhalten der Patienten ausgehen, nicht zielführend. Steuerung bedeutet: Kontakte reduzieren, Verdünnung vermeiden, fokussieren. Primärärzte haben ja nicht nur eine Lotsenfunktion, sondern müssen einen Großteil der Behandlungsanlässe als „Generalisten“ auch abschließend behandeln können. Fachärzte benötigen vorhandenes Personal und Infrastruktur weiterhin zur anspruchsvollen Versorgung ihrer Patienten. Wir brauchen Raum für echte medizinische und therapeutische Zuwen-

dung – und natürlich auch eine faire Vergütung.

Ein steuerndes Primärarztsystem darf nicht zu einem Nullsummenspiel im Honorarbereich werden. Wenn weniger, aber aufwendigere und qualita-

tativ hochwertige Kontakte stattfinden, muss das finanziell abgebildet werden. Der Wegfall der „Verdünnerscheine“ darf nicht bestraft, sondern muss kompensiert werden. Die Bedeutung neuer medizinischer Fachberufe und der Weiterqualifikation der Teammitglieder in den Praxen muss neu bewertet werden.

Gute Steuerung braucht klare Vorgaben. Wir haben Leitlinien, an denen wir uns orientieren können – medizinisch wie organisatorisch. Wir benötigen für die Steuerung eindeutige Kriterien und auch eine Qualitätssicherung. Beides müssen wir selbst entwickeln und damit verhindern, dass uns Bedingungen von Politik und Kostenträgern

„Für mich ist der Schlüssel nicht ein zentralistischer Apparat, sondern eine qualitätsgesicherte, primärärztlich koordinierte Versorgung.“

Vertreterversammlung vom 14. Juni 2025

einseitig vorgegeben werden. Wenn wir gestalten wollen, müssen wir jetzt definieren, wie gute Steuerung aussieht – sonst tun es andere.

Wichtige Akuttermine über die Terminservicestellen

Auch die Rolle der 116117 muss geschärft werden. Die Idee, über diese Nummer steuernd Termine zu vergeben, darf nicht zu einer „TeleClinik 2.0“ mutieren, bei der Wunschtermine statt medizinischer Notwendigkeit den Ausschlag geben. Die Terminservicestellen werden wichtige Akuttermine vermitteln können – aber keinesfalls eine kontinuierliche primärärztliche Betreuung gerade chronisch Kranker ersetzen. Bei einer Weiterentwicklung der 116117 muss sichergestellt sein, dass wir nicht wie bisher den Löwenanteil der Kosten aus unseren Honoraren bestreiten müssen.

Es ist zu begrüßen, dass die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Ansätze für ein Steuerungsmodell formuliert hat (→ Seite 8). Jetzt ist es an uns, aus der Perspektive der Fachgruppen und Versorgungsbereiche dazu konkrete Vorschläge und Modelle zu entwickeln. Welche rechtlichen, organisatorischen und honorartechnischen Voraussetzungen brauchen wir? Welche Strukturen müssen sich ändern – in Hausarztpraxen, Facharztpraxen, für die Psychotherapie, in der Terminvermittlung, in der Patientenführung? Welche Unterstützung brauchen unsere Praxen?

Unsere Vertreterversammlung hat bei ihrer Klausurtagung in Bremerhaven sehr konstruktiv darüber diskutiert. Wir waren uns einig, dass wir hier vermeintliche Interessenkonflikte überwinden und unsere fachliche Expertise einbringen müssen. Wenn wir unsere hochwertige und differenzierte Patientenversorgung erhalten und

zukunftsfest machen wollen, müssen wir aus dem Reaktionsmodus in die aktive Gestaltung kommen.

Je tiefer wir in die Details der Patientensteuerung einsteigen, desto deutlicher werden auch Interessenskonflikte. Diese müssen wir benennen, um sie auflösen zu können. Denn wenn wir ein System wollen, das in Zukunft für uns und unsere Patienten besser funktioniert, müssen wir diese Konflikte überwinden.

Deshalb mein Appell: Lassen Sie uns – Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten – gemeinsam an einem Entwurf für ein zukunftsfestes Steuerungssystem arbeiten. Nicht gegeneinander, sondern miteinander. Nicht defensiv, sondern konstruktiv. Nicht in Angst vor Verlust, sondern in Verantwortung für Versorgung.

Gemeinsamer Austausch am 17. September

Und möglicherweise können wir in Bremen – wie mit unserer „Bremer Erklärung“ 2023 und unserem „Zukunftspapier“ 2024 – Vorreiter sein. Die Vertreterversammlung der KV Bremen lädt die Obleute und Vertreter der Berufsverbände zu einem Austausch ein. Am 17. September wollen wir in der KV Bremen zusammenkommen, um konstruktive Vorschläge aus den Versorgungsbereichen zusammen zu tragen und die Perspektiven zu vereinen. Wir hoffen, gemeinsam unseren Vorständen damit konkrete Vorgaben für die bundesweite Debatte der Selbstverwaltung mitgeben zu können.

Lassen Sie uns das Ruder in die Hand nehmen. <←

ANSCHUBFINANZIERUNG FÜR GESUNDHEITSHAVEN GESICHERT

⇒ Grünes Licht für den Gesundheitshaven in Bremerhaven: Die Vertreterversammlung hat auf ihrer Sitzung am 14. Juni außerplanmäßige Haushaltsmittel für die Anschubfinanzierung der KV-Einrichtung genehmigt.

Der Gesundheitshaven ist ein gemeinsames Projekt der regionalen Krankenkassen mit der KV Bremen. In Bremerhaven wird unter der Trägerschaft der KV Bremen eine Praxis gegründet. Zunächst sollen Haus- und Kinderärzte angestellt werden, um einen Beitrag zur hausärztlichen Versorgung in Bremerhaven zu leisten. Der Landesausschuss hatte unlängst offiziell eine drohende Unterversorgung festgestellt. Das Modell sieht ein Festgehalt für die angestellten Ärzte mit leistungsabhängigem Bonus und einem Ansparfonds vor. Der Ansparfonds wird bei einer späteren selbständigen Tätigkeit in Bremerhaven ausbezahlt.

Neben den Honoraren fördern regionale Krankenkassen das Projekt Gesundheitshaven mit jährlich rund 363.000 Euro. Die Vertreterversammlung hat nun Haushaltsmittel in Höhe von bis zu 607.000 Euro bewilligt. Die Summe setzt sich aus einmaligen Ausgaben sowie laufenden monatlichen Kosten zusammen.

Die Kooperation zwischen Krankenkassen und KV sowie das Konzept mit dem zentralen Baustein des Ansparfonds sind deutschlandweit einmalig. ⇐

www.kvhb.de/gesundheitshaven

www.kvhb.de/foerderung-bremerhaven

PJ-FÖRDERUNG AUSGEWEITET: MEHR GELD, MEHR FACHRICHTUNGEN, MEHR STUDIERENDE

⇒ Die Vertreterversammlung der KV Bremen hat auf ihrer Sitzung am 14. Juni eine Ausweitung der Förderung für das Praktische Jahr (PJ) beschlossen. Die Förderpauschale wird erhöht, die Beschränkung auf hausärztliche Praxen beendet und die Förderung für Studierende aller Universitäten geöffnet.

Grundlage für die Förderung von Medizinstudierenden im PJ ist eine Vereinbarung zwischen dem Senatsbereich Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, der Ärztekammer Bremen und der KV Bremen. Die Partner hatten bisher vereinbart, PJ-Studierende mit anteilig 400 Euro im Monat zu unterstützen, wobei die Lehrpraxis ebenfalls 100 Euro beisteuert. Bislang wurde die Förderung ausschließlich an Studierende der Universitäten Hannover, Göttingen und Oldenburg vergeben.

Die Partner haben sich nun auf eine Ausweitung der Förderung verständigt, wonach diese für Studierende aus allen Universitäten geöffnet und die Begrenzung auf hausärztliche Lehrpraxen beendet wird. Außerdem erhöht die KV Bremen ihren Förderanteil von 100 Euro auf 150 Euro monatlich.

Anmerkung: Mittlerweile hat auch die Ärztekammer Bremen ihren Förderanteil auf 150 Euro erhöht. ⇐

SATZUNGSÄNDERUNGEN

Die Vertreterversammlung hat auf ihrer Sitzung am 14. Juni Änderungen der Satzung der KV Bremen beschlossen.

→ Es wird klargestellt, dass die Versorgung von Versicherten im Standard-, Basis- und Notlagentarif vom Sicherstellungsauftrag der KV Bremen umfasst ist.

→ Es wird klargestellt, dass die Mitglieder der beratenden Fachausschüsse auf Vorschlag der jeweils betroffenen Vertretergruppe (Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten) durch die gesamte Vertreterversammlung gewählt werden.

→ Es wird festgelegt, dass der Vorstand der KV Bremen aus bis zu drei Vorständen bestehen kann.

→ Es wird festgelegt, dass offizielle Bekanntmachungen der KV Bremen über die Homepage der KV Bremen veröffentlicht werden.

Versorgungssteuerung: Ärzteschaft bringt eigenes Modell in die Debatte ein

Die Politik fordert das Primärarztsystem und die Ärzteschaft liefert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat nun ein Positionspapier zur Patientensteuerung verabschiedet. Ziel ist eine bessere Koordination, weniger unnötige Arztkontakte und ein effizienterer Einsatz knapper Ressourcen.

⇒ Fast vier Millionen Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland täglich – und das fast ausschließlich in Praxen. Das zeigt: Der ambulante Bereich ist das Rückgrat unseres Gesundheitssystems. Gleichzeitig geraten genau diese Strukturen zunehmend unter Druck. Der demografische Wandel, ein wachsender Behandlungsbedarf und der Mangel an Fachkräften führen dazu, dass Zeit und Ressourcen immer knapper werden. Umso wichtiger ist es, diese Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Genau hier setzt das neue Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Patientensteuerung an, das am Rande des Deutschen Ärztetages in Leipzig verabschiedet wurde.

Hausärzte, Kinderärzte und Gynäkologen als Lotsen

Die Idee ist einfach: Wer medizinische Hilfe braucht, soll schneller zur richtigen Anlaufstelle finden – ohne unnötige Umwege über Wartezimmer, Notaufnahmen oder Facharztpraxen, die gar nicht zuständig sind. Dafür braucht es Strukturen, die eine zielgerichtete Navigation ermöglichen. Hausärzte, Kinderärzte sowie Gynäkologen sollen als erste Ansprechpartner fungieren – sie koordinieren, überweisen und behalten den Überblick.

Doch was ist mit denjenigen, die keinen Hausarzt haben oder keinen Hausarzttermin vereinbaren konnten? Für sie bietet die Versorgungsplattform 116117 eine niedrigschwellige Alternative. Über die Telefon- oder Online-Anwendung erhalten Versicherte nach einer strukturierten Ersteinschätzung (SmED) eine fachgruppenspezifische Zuweisung und – sofern medizinisch erforderlich – ein passendes Terminangebot. Damit ergänzt die 116117 die persönliche Steuerung durch den Hausarzt und stellt sicher, dass auch Menschen ohne feste Arztbindung zielgerichtet versorgt werden.

Primärarztmodell ist politisches Ziel

Die Bundesregierung hat im aktuellen Koalitionsver-

trag festgehalten, dass sie die ambulante Versorgung gezielt verbessern will – unter anderem durch ein verbindliches Primärarztsystem. Beim Deutschen Ärztetag in Leipzig warb Bundesgesundheitsministerin Nina Warken für eine stärkere Steuerung. Ziel sei die Hausarztpraxis als „erste Ansprechstelle mit einer beschleunigten Terminvermittlung zur fachärztlichen Weiterbehandlung“. Das Konzept der KBV greift das Ziel der Patientensteuerung auf und liefert ein konkretes Modell, das sowohl die freie Arztwahl berücksichtigt als auch die Koordination der Behandlung stärkt.

Denn die konkrete Ausgestaltung ist entscheidend für die Praxis! Laut einer Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) kann der zusätzliche Aufwand für Hausarztpraxen je nach Modell stark schwanken – von etwa 200 bis zu 2.000 zusätzlichen Kontakten pro Jahr. Die gute Nachricht: Bereits heute orientieren sich rund 21 Millionen gesetzlich Versicherte freiwillig an einem hausarztzentrierten Versorgungspfad. Zudem gehen etwa drei Viertel aller Facharztkontakte ohnehin ein Hausarztbesuch voraus. Eine klug umgesetzte Steuerung, etwa durch Quartalsüberweisungen oder eine initiale Steuerung mit Folgebehandlung durch Fachärzte, könnte die Belastung auf rund zwei zusätzliche Patientenkontakte pro Tag und Praxis begrenzen. Eine smarte Ausgestaltung kann die Belastung noch weiter minimieren. Hierbei hilft die 116117.

Keine Steuerung ohne Finanzierung

Koordination kostet Zeit und damit Geld. Damit Praxen ihren Aufgaben als Lotsen im Gesundheitssystem gerecht werden können, braucht es eine faire Honorierung. Die KBV fordert daher, neue Leistungen der Steuerung und Koordination in den EBM aufzunehmen und – wie auch i.R.





der Steuerung durch qualifizierte Überweisung veranlasste Leistungen – entbudgetiert zu vergüten. Auch Termine, die über die 116117 vermittelt werden, sollen mit einer Vorhaltefinanzierung abgesichert sein.

Die KBV und alle regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen betonen, dass die Einführung eines Primärarztsystems nicht zum Nulltarif vonstattengeht. Der KBV-Vize Dr. Stephan

Hofmeister appelliert: „Ich warne die Politik davor, das Gesundheitswesen nur als Kostenfaktor zu betrachten.“ Es werde mit der Politik zu besprechen sein, was Steuerung kann und was angesichts der Zahlen und Fakten in der Versorgung und der demografischen Entwicklung wirklich dringend erforderlich ist.

Ausnahmen von der Steuerung

Fachärzte für Augenheilkunde, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen weiterhin ohne Überweisung aufgesucht werden können. Hier ist nach dem KBV-Konzept keine Steuerung notwendig. Dies gilt ebenso, wenn Patienten ausschließlich eine Früherkennungsuntersuchung oder Schutzimpfung in Anspruch nehmen wollen.

SmED, Telemedizin und 116117

Ein weiterer Baustein der Steuerung ist nach dem KBV-Papier die strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED). Sie wird über die 116117 digital oder telefonisch durchgeführt und unterstützt dabei,

die Dringlichkeit eines Anliegens korrekt einzuschätzen. So kann eine passende Versorgung direkt organisiert werden – im besten Fall inklusive Termin. Auch telemedizinische Angebote sollen stärker einbezogen werden, um die Versorgung zu entlasten und Zugänge zu vereinfachen.

Chronisch Kranke und die „Ungesteuerten“

Das KBV-Konzept ist kein Pflichtmodell, aber es setzt Anreize: Wer sich nicht an die vorgeschlagene Steuerung hält und direkt eine Facharztpraxis ohne Überweisung aufsucht, soll künftig eine Eigenbeteiligung zahlen. Damit wird die bewusste Inanspruchnahme gestärkt – und gleichzeitig die Versorgung für alle besser planbar.

Für Patienten mit chronischen Erkrankungen soll es Ausnahmen geben. Sie sollen weiterhin einen schnellen und kontinuierlichen Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten – auch ohne vorherige Überweisung. Dafür sieht das Konzept sogenannte „Bezugsärzte“ vor, die eine krankheitsspezifische Betreuung gewährleisten. Diese Regelung stellt sicher, dass für chronisch Erkrankte keine zusätzlichen Hürden im Versorgungsweg entstehen und eine verlässliche, spezialisierte Behandlung möglich bleibt.

Notfallversorgung gezielt entlasten

Ein großes Problem der letzten Jahre: Immer mehr Menschen suchen Notaufnahmen auch bei Bagatellfällen auf. Das belastet die Kliniken, erschwert die Behandlung echter Notfälle – und führt zu unnötigen Kosten. Deshalb soll die Steuerung auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten greifen. Die 116117 wird als zentrale Anlaufstelle ausgebaut, auch durch den Einsatz von KI und besseren digitalen Schnittstellen zur Notfallversorgung. Ziel ist, dass Patienten auch nachts oder am Wochenende schnell die passende Hilfe erhalten – ohne gleich im Krankenhaus zu landen. <–

Barrierefreie Praxis-Webseite: Was Sie beim BFGS beachten müssen

Seit dem 28. Juni 2025 gilt das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFGS) – es zielt darauf ab, die digitale Barrierefreiheit von Produkten und Dienstleistungen zu verbessern. Was dies für Arztpraxen und Psychotherapeuten bedeutet, haben wir hier für Sie zusammengefasst.

Was bedeutet das BFGS?

Das BFGS setzt die EU-Barrierefreiheitsrichtlinie (European Accessibility Act) in nationales Recht um. Dienstleistungen, die nach dem 28. Juni 2025 erbracht werden und in den Anwendungsbereich des Gesetzes fallen, müssen barrierefrei angeboten werden.

Für Ärzte und Psychotherapeuten gelten die Vorschriften dann, wenn sie auf ihrer Praxis-Website Telekommunikationsdienste oder sonstige Dienstleistungen im elektronischen Geschäftsverkehr anbieten und die Praxis nicht unter die Ausnahmegesetzgebung für Kleinunternehmen fällt.

Kleinunternehmen sind Unternehmen, die weniger als zehn Personen beschäftigen und entweder einen Jahresumsatz von höchstens 2 Millionen Euro erzielen oder deren Jahresbilanzsumme sich auf höchstens 2 Millionen Euro beläuft (vgl. § 2 Nr. 17 BFGS).

Was bedeutet „barrierefrei“?

Produkte und Dienstleistungen sind dann barrierefrei, wenn sie für Menschen mit Behinderung, alte Menschen und Menschen, die keine Erfahrung mit dem Umgang mit digitalen Medien in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind.

Was ist bei der Umsetzung zu beachten?

Dies bedeutet, dass Webseiten einschließlich der zugehörigen Online-Anwendungen wahrnehmbar, bedienbar, verständlich und robust sein müssen (vgl. § 12 Nr. 2 und 3 der Verordnung zum Barrierefreiheitsstärkungsgesetz). Das heißt, dass es zum Beispiel erforderlich ist, Videos mit Untertiteln zu versehen (Wahrnehmbarkeit), eine vollständige Steuerung per Tastatur zu ermöglichen (Bedienbarkeit), Inhalte lesbar und klar strukturiert zu gestalten (Verständlichkeit) und Inhalte kompatibel mit Screenreadern zu machen (Robustheit). Bei der Auswahl von Drittanbietern (z. B. Buchungs- oder Patientenportale) sollte auf die Einhaltung der Barrierefreiheitsvorgaben geachtet werden.

Wann sind Praxis-Webseiten betroffen?

Auch Ärzte und Psychotherapeuten müssen ihre Praxis-Webseite barrierefrei ausgestalten, wenn sie bestimmte digitale Dienstleistungen anbieten. Unter anderem gelten folgende digitale Angebote auf der Webseite einer Praxis als eigenständige Dienstleistungen:

- Online-Terminbuchung, z. B. für Sprechstunden, Akuttermine oder Videosprechstunden
- Formulare zur Rezept- oder Überweisungsanforderung, Anamnesebögen
- Online-Anmeldung neuer Patientinnen und Patienten
- Patientenportale mit Zugriff auf Befunde, Arztbriefe oder Nachrichten
- Telemedizinische Dienste, wie Videosprechstunden, wenn diese direkt über die Website nutzbar sind

Diese Funktionen ermöglichen es Patienten, selbstständig mit der Praxis zu interagieren – damit gelten sie als digitale Dienstleistungen im Sinne des BFGS.

Was fällt nicht unter das BFGS?

Nicht betroffen sind rein informative Praxis-Webseiten mit Inhalten wie Öffnungszeiten, Teamvorstellung, Vorstellung des Leistungsspektrums oder Anfahrtsbeschreibung. Auch Verlinkungen auf externe Tools (z. B. Doctolib), die nicht in die Webseite eingebettet sind, fallen nicht unter die Barrierefreiheitspflicht der Praxis selbst.

Gibt es Umsetzungsfristen?

Ja. Das BFGS ist am 28. Juni 2025 in Kraft getreten. Es gelten jedoch die Übergangsbestimmungen des § 38 Abs. 1 BFGS. Dienstleistungen, die bereits zuvor angeboten und durchgeführt wurden, müssen erst ab dem 28. Juni 2030 barrierefrei ausgestaltet sein. Dienstleistungen, die jedoch ab dem 28. Juni 2025 erstmalig erbracht werden, müssen bereits zu diesem Zeitpunkt den Anforderungen des BFGS gerecht werden. Orientierung für die umzusetzenden Maßnahmen bieten auch die Web Content Accessibility Guidelines (WCAG).

INNENAUSBAU & EINRICHTUNG NACH MAß

für Praxis, Klinik & Labor



40 JAHRE ERFAHRUNG
UND EXPERTISE

- neu firmiert
- unter neuer Geschäftsleitung



- AUS BREMEN FÜR BREMEN
 - VON TEIL-MÖBLIERUNG
- mit eigener Möbel-Manufaktur bis Komplett-Sanierung

SANIEREN ■ RENOVIEREN ■ EINRICHTEN
AUSSTATTEN ■ BERATUNG ■ PLANUNG



Medizinische Baukonzepte MediBAU GmbH

Hamburger Straße 171
28205 Bremen

info@medibau.net
www.medibau.net

Tel.: 0421 84 51 59 20
Fax: 0421 84 51 59 21



MediBAU

PRAXIS.KONZEPTE

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

DMP Koronare Herzkrankheit wird aktualisiert

Berlin | Das seit 2003 angebotene Disease-Management-Programm Koronare Herzkrankheit wird aktualisiert. Die Anpassungen betreffen unter anderem die Diagnosekriterien, die individuelle Therapieplanung und die therapeutischen Maßnahmen. Sie wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Alle Änderungen gelten nicht sofort. Zunächst prüft das Bundesgesundheitsministerium die aktualisierten Anforderungen an das DMP. Nach Nichtbeanstandung tritt die geänderte Richtlinie frühestens zum 1. Oktober 2025 in Kraft. <|

KBV startet Informationsoffensive zur IT-Sicherheit in Praxen

Berlin | Die KBV hat entsprechend der gesetzlichen Vorgaben die für Praxen verbindliche IT-Sicherheitsrichtlinie kürzlich aktualisiert. Hierzu will die KBV die Praxen mit Informations- und Schulungsangeboten beim Schutz vor Cyberkriminalität unterstützen. Speziell für Medizinische Fachangestellte (MFA) bietet die KBV zwei Online-Schulungen zur IT-Sicherheit an: eine Basis-Schulung und eine Schulung zum Thema Phishing für MFA. Auch eine Fortbildung zur IT-Sicherheit für Ärzte und Psychotherapeuten wird es geben, die mit CME-Punkten zertifiziert ist. Es geht darum, geeignete Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen und potenzielle Risiken zu vermeiden. Einen kompakten Einstieg in das Thema gewährt das Serviceheft „IT-Sicherheit“ aus der Reihe PraxisWissen, es wurde neu aufgelegt. <|

Lungenkrebs-Screening wird Kassenleistung

Berlin | Voraussichtlich ab April 2026 gibt es die Möglichkeit, bei starken Rauchern ein Lungenkrebs-Screening auf Kassenkosten zu veranlassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Lungenkrebs-Früherkennung als neue GKV-Leistung beschlossen. Patientenzielgruppe sind starke Raucherinnen und Raucher ab 50 Jahren. Der Bewertungsausschuss muss noch die Vergütung für die neue Leistung festlegen. <|

Zwei Bremerhavener beim BSG

Bremerhaven | Der Radiologe Dr. Timm Kirchhoff sowie die Allgemeinmedizinerin Angelika Fusch-Fornacon sind für die Amtsperiode vom 1. Juni 2025 bis zum 31. Mai 2030 als ehrenamtliche Richter an das Bundessozialgericht in den Senat für Vertragsarztrecht berufen worden. Dr. Kirchhoff tritt die Nachfolge von Dr. Wilhelm Kröncke (Bremerhaven) an, für Fusch-Fornacon ist es die zweite Amtszeit. <|

Bremer Diako Krankenhaus eröffnet hausärztliches MVZ

Bremen | Seit Anfang Juli betreibt das Krankenhaus Diako in Gröpelingen ein hausärztliches MVZ. Eine Praxis aus dem Stadtteil mit zwei Hausärztinnen und zwei Hausärzten verlegte ihren Standort an das Krankenhaus, die Praxisräume befinden sich in dem angegliederten Ärztehaus. Das Diako ist mittlerweile die zweite Klinik in Bremen, die in die hausärztliche Versorgung einsteigt: Mitte März hat das Rote Kreuz Krankenhaus (RKK) in der Neustadt ein MVZ gegründet, in dem vier Mediziner angestellt sind. <|

Gesundheitsministerin Warken nennt Reformen für nahe Zukunft

Berlin | Stabilisierung der Sozialversicherungen, Weiterentwicklung der Krankenhausreform, Reform der Notfallversorgung und Rettungsdienste, Einführung des Primärarztsystems und Entbürokratisierung: Diese Projekte will Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) als erste angehen, wie sie auf dem Hauptstadtkongress erklärte. Weiter sei das Ziel im Sommer einen ersten Entwurf zur Fortentwicklung der Krankenhausreform vorzulegen. Zudem prüfe Warken derzeit die Vorarbeiten zu einer Notfall- und Rettungsdienstreform auf Änderungsbedarfe. Die Einführung eines Primärarztsystems sei eine längerfristige Maßnahme. <|

Die vier freigemeinnützigen Kliniken in Bremen kooperieren seit 2011 zum Wohle von Patient:innen und Mitarbeitenden. Genauso freuen wir uns über eine kollegiale Zusammenarbeit mit Ihnen. Hier informieren wir Sie regelmäßig über Neuigkeiten in unseren Fachdisziplinen.

ST. JOSEPH-STIFT



Erfolgreiches Delirmanagement

Das Delirteam des St. Joseph-Stift blickt auf ein erfolgreiches erstes Jahr zurück: Im Rahmen des Qualitätsvertrags mit fünf Krankenkassen wurden 641 Patient:innen gescreent und begleitet. Durch präventive Maßnahmen sank das Delirrisiko signifikant: Nur 0,5 % der begleiteten Patient:innen entwickelten ein Delir. Insgesamt unterstützten die Delirbeauftragten rund 1.300 Patient:innen über alle Fachdisziplinen des Hauses, darunter auch Angstpatient:innen.

Kontakt: Delirmanagement
0421 347-30021 • delir@sjs-bremen.de

DIAKO



Neuer Chirurgie-Chefarzt

Professor Dr. Emile Rijcken wird ab Oktober Chefarzt der Chirurgischen Klinik am DIAKO. Er tritt damit die Nachfolge von Professor Dr. Stephan M. Freys an, der viele Jahre für das DIAKO als Chefarzt der Chirurgie tätig war und nun in den wohlverdienten Ruhestand geht. Professor Dr. Emile Rijckens Schwerpunkte sind die Behandlung von Erkrankungen des Darms und des Enddarms, der Speiseröhre und des Magens. Darüber hinaus ist er ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der robotischen Chirurgie.

Kontakt: Sekretariat der Chirurgie, Anja Scheler
0421 6102-1101 • chirurgie@diako-bremen.de

ROTES KREUZ KRANKENHAUS



Hallux valgus MICA

Neu in Bremen bietet das RKK seit Juni auch die minimalinvasive Korrektur des Hallux valgus an. Durch winzige Schnitte wird der erste Mittelfußknochen unter Röntgensicht durchtrennt, das Köpfchen zur Mitte verschoben und mit zwei speziellen Schrauben fixiert. Anders als bei der klassischen OP bleibt das Großzehengrundgelenk unversehrt. Vorteile: Erhalt der Beweglichkeit, weniger Schmerzen, schnellere Heilung, geringe Narbenbildung und frühe Belastbarkeit.

Kontakt: Dr. med. Ingo Arnold / Dr. med. Jakob Mann
0421 5599-531 • mann.j@roteskreuzkrankenhaus.de

ROLAND-KLINIK



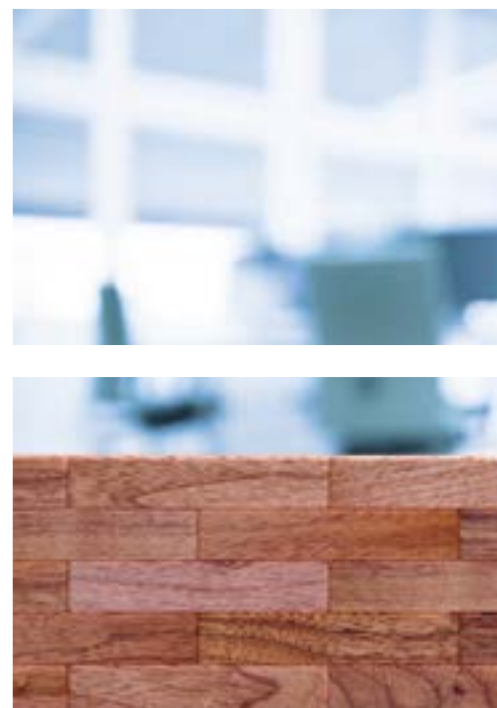
Pionierarbeit in der Wirbelsäulenchirurgie

Das erste Wirbelsäulenzentrum Bremens blickt auf 20 Jahre spezialisierte Versorgung und kontinuierliche Weiterentwicklung zurück. Unter Chefarzt Klaus-Eberhard Kirsch hat es sich als überregionales Kompetenzzentrum etabliert, z.B. mit der gezielten Behandlung von Skoliosen, degenerativen Bandscheibenerkrankungen, Instabilitäten und Brüchen sowie mit endoskopischen Operationen als minimalinvasive Alternative zur Mikrochirurgie.

Kontakt: Wirbelsäulenzentrum
0421 8778-292 • wirbelsaeulenzentrum@roland-klinik.de

Videosprechstunde etabliert sich als praktikable Ergänzung für Praxen

Während der Pandemie hatte die Videosprechstunde ihre Hochphase. Mittlerweile hat sich das Angebot als praktikable Ergänzung im Praxisalltag etabliert, wie zwei KV-Mitglieder bestätigen. Hausarzt Dr. Matthias Juricke und die Kinder- und Jugendlichentherapeutin Katrin Gösling geben einen Einblick.



⇒ Ein längerer Anfahrtsweg, immobile Patienten oder Haus- und Pflegeheimbesuche – für Situationen wie diese kann die Videosprechstunde eine Alternative zum persönlichen Besuch in der Praxis sein. Seit 2017 ist das digitale Angebot in Deutschland offiziell erlaubt – zunächst nur unter bestimmten Voraussetzungen z. B. nur bei bekannten Patienten und bei begrenzten Indikationen. 2019 wurden diese Beschränkungen aufgehoben, sodass Ärzte und Psychotherapeuten freie Hand erhielten, die Einsatzfähigkeit nach fachlicher Einschätzung selbst zu bestimmen.

In der Corona-Pandemie stieg die Nutzung stark an

Die Corona-Pandemie fungierte als Katalysator: 2019 wurden bundesweit etwa 3.000 Videosprechstunden abgerechnet, im ersten Halbjahr 2020 waren es bereits rund 1,4 Millionen – allein im zweiten Quartal knapp 1,2 Millionen. 2021 erreichte die Nutzung mit etwa 3,7 Millionen Sitzungen ihren Höhepunkt, wobei Psychotherapeuten zu diesem Zeitpunkt über 78 Prozent aller Termine abwickel-

ten, Hausärzte etwa 14 Prozent. Parallel dazu stieg der Anteil der Praxen mit digitalen Angeboten deutlich: Laut KBV PraxisBarometer boten 2022 bereits zwei von drei niedergelassenen Praxen digitale Dienstleistungen an (2018: 39 Prozent), davon 37 Prozent auch Videosprechstunden.

Nach dem Lockdown ging die Nutzung etwas zurück – unter anderem bedingt durch regulatorische Anpassungen. Konnten die Praxen in der Akutphase von COVID-19 noch unbegrenzt Videosprechstunden anbieten und abrechnen, wurden zu April 2022 Fallzahl und Leistungsmenge wieder begrenzt, wenn auch auf 30 Prozent statt wie vor der Pandemie auf 20 Prozent.

Nach dem anfänglichen Pandemie-Boom hat sich die Videosprechstunde inzwischen als regelmäßig genutzte Ergänzung des Praxisalltags eingependelt. Bundesweit haben im vergangenen Jahr ärztliche Videosprechstunden sogar wieder einen Anstieg erlebt: Gemäß eines aktuellen Zi-Trendreports zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland ist die Zahl um fast ein Viertel (24,8 Prozent)



auf 2,7 Millionen gestiegen. Die Hälfte der Videosprechstunden (50,1 Prozent) erfolgten demnach im hausärztlichen Bereich, auf Rang 2 lag mit 34,2 Prozent die Psychotherapie.

Einige Praxen haben die Infos zur Videosprechstunde und dem Ablauf direkt auf ihrer Webseite implementiert, wie etwa die Hausarztpraxis Juricke in Bremen. „Bei uns findet die Videosprechstunde insbesondere Anwendung bei Krankmeldungen – die AU kann elektronisch umgehend verschickt werden“, sagt Hausarzt Matthias Juricke. „Ein zusätzlicher Schwerpunkt ist bei uns, dass wir die Videosprechstunde bei der Hausbesuchstätigkeit einsetzen.“ Wenn sich beispielsweise ein Patient mit akuten Beschwerden meldet und einen kurzfristigen Hausbesuch benötigt. „Dann fährt eine Medizinische Fachangestellte zum Patienten, untersucht ihn vor Ort und erhebt die Vitalparameter“, erklärt Juricke.

Anschließend meldet sich die MFA per Videocall in der Praxis und nun wird gemeinsam mit Arzt, MFA und

Patient der Befund besprochen. „Das hat für uns den Vorteil, dass wir sehr kurzfristig reagieren können.“ Die Patienten seien mit diesem Prozess super zufrieden, weil ihnen zeitnah geholfen werden könne.

Die Videosprechstunde hat die Praxis Juricke zu Beginn 2020 eingeführt. Die Pandemie hatte das Angebot natürlich verstärkt – teilweise seien es während dieser Zeit 20 bis 30 Sitzungen am Tag gewesen. „Mittlerweile hat dies deutlich nachgelassen, vieles wird jetzt eher telefonisch oder direkt in der Praxis geklärt.“ Nun unterstütze die Videosprechstunde eher bei gewissen Angelegenheiten wie Krankmeldungen oder eben den Hausbesuchen. „Wenn es sich um Blickdiagnosen handelt, wie zum Beispiel Hauteffloreszenzen oder Wunden, kann man schon zum Teil sehr gut per Video entscheiden und eine Therapie einleiten“, sagt Dr. Juricke. Wenn tiefergehende, körperliche Untersuchungen nötig seien oder apparative Diagnostik genutzt wird, ließe sich das nicht per Video erledigen und der Patient müsse persönlich in der Praxis erscheinen.



Die Bremer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin **KATRIN GÖSLING** und der Hausarzt **MATTHIAS JURICKE** nutzen die Videosprechstunde im Praxisalltag.



Nutzung der Videosprechstunde in der Psychotherapie

Und auch in der Psychotherapie wird die Videosprechstunde genutzt, wie die Bremer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Katrin Gösling sagt. So komme es beispielsweise vor, dass ein erwachsener Patient selbst oder das Kind leicht erkrankt ist und betreut werden muss. Aber auch, dass ein Patient zeitlich befristet woanders arbeitet oder umzieht. Auch bei Mobilitätseinschränkungen durch Unfälle, akute Phasen chronischer Erkrankungen oder generell vorhandenen Einschränkungen bzw. Behinderung sei die Videosprechstunde eine Option. „Gerade bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kommt es häufig vor, dass ein Elternteil weiter weg lebt und per Video hinzuschaltet wird“, sagt Katrin Gösling.

Sowohl Vorteile, als auch Nachteile

Im Bereich der Psychotherapie habe die Videosprechstunde sowohl Vor- als auch Nachteile. So ließe sich per Videocall möglicherweise unter anderem das Lebensumfeld des Patienten erkennen – Kinder zeigen ihr Zimmer, bei Erwachsenen sei eventuell Ordnung oder Unordnung, Haustiere oder ähnliches zu sehen. Herausfordernd sei, dass oft nicht die gesamte Körpersprache zu sehen sei und emotionale Nähe online schlechter herzustellen sei. Manchmal biete das eigene Zuhause eventuell auch nicht den Schutz-

raum, den Praxisräume bieten – so könne es beispielsweise zu Störungen durch andere Familienmitglieder kommen. Auch technische Schwierigkeiten insbesondere eine schlechte Verbindung kämen vor.

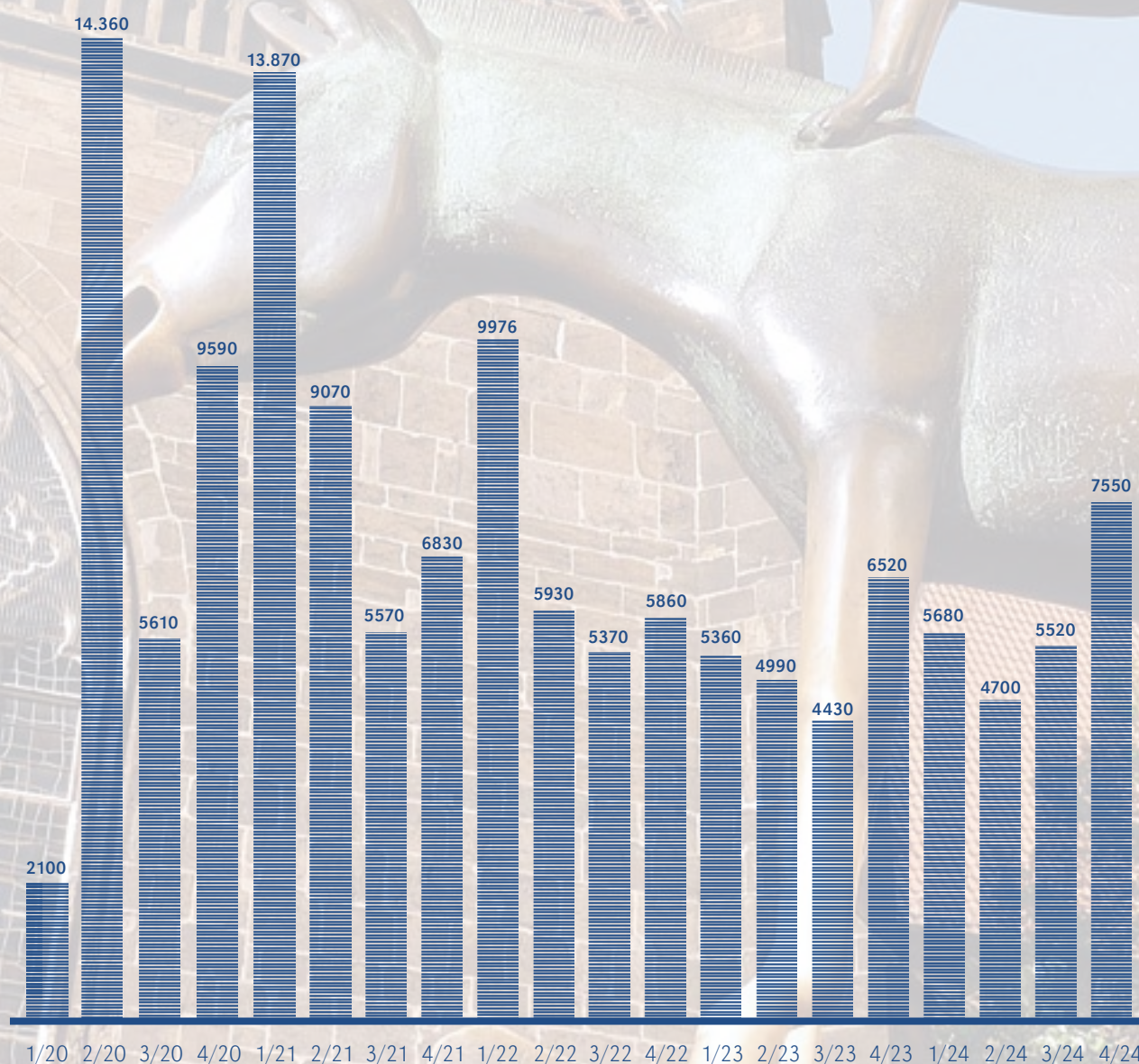
Persönlicher Kontakt hat immer Priorität

Generell gelte: Der persönliche Kontakt ist immer vorzuziehen – die Videosprechstunde habe sich aber als Ergänzung, und um Ausfälle zu vermeiden, absolut bewährt. „Es ist auf jeden Fall eine gute Möglichkeit, um dadurch flexibler zu werden – es ist aber in der Psychotherapie nicht geeignet, um regelmäßige Sitzungen durchzuführen“, betont Gösling. Gerade bei der Diagnostik und der Anfangsphase des Kennenlernens sei der persönliche Kontakt sehr wichtig: „Die therapeutische Beziehung entsteht ja vor allem am Anfang.“

Seit der Einführung der Videosprechstunde gab es im Laufe der Jahre immer wieder Änderungen und Anpassungen, erst kürzlich wurden einige Neuerungen umgesetzt, etwa in Bezug auf Obergrenzen oder Vergütung. Einen Überblick dazu lesen Sie ab → Seite 18. Einen Überblick zur Videosprechstunde im Allgemeinen – wie etwa Abrechnung, Genehmigung bei der KV, Videosprechstunde im Homeoffice oder Verordnungen – lesen Sie ab → Seite 21. ←

Grafik: So wird die Videosprechstunde im Land Bremen genutzt

Die Corona-Pandemie fungierte als Katalysator für die Videosprechstunde, auch im Land Bremen. Während sie vor dem 1. Quartal 2020 selten bis gar nicht genutzt wurde, stieg die Nutzung im 2. Quartal 2020 sprunghaft an, wie diese Abrechnungszahlen aus dem Land Bremen zeigen. Besonders in den „Erkältungsquartalen“ ist die Zahl hoch.



Quelle: KV Bremen; Abrechnungsergebnisse GOP 01450 (Technikzuschlag), kumuliert nach Quartalen, gerundet

Videosprechstunde: Die wichtigsten Neuerungen im Überblick

Ärzte und Psychotherapeuten können jetzt bis zu 50 Prozent aller Patienten ausschließlich per Video versorgen. Was gilt künftig außerdem an Neuerungen? Einen Überblick erhalten Sie auf den folgenden Seiten.

! EINHEITLICHE OBERGRENZE FÜR BEKANNTE UND UNBEKANNTE PATIENTEN

→ Der Bewertungsausschuss (BA) hat rückwirkend die Begrenzungsregelung für Behandlungsfälle im Rahmen der Videosprechstunde angepasst. Ärzte und Psychotherapeuten können jetzt bis zu 50 Prozent aller Patienten ausschließlich per Video behandeln, ohne dass in dem Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet. Dabei ist es egal, ob die Patienten der Praxis bekannt oder unbekannt sind. Die neue Regelung gilt rückwirkend ab dem 1. April 2025. Der BA hebt damit die zum zweiten Quartal eingeführte Differenzierung der Obergrenze zwischen bekannten und unbekannten Patienten auf.

→ Neu ist außerdem, dass die Obergrenze für die Behandlungsfälle nicht mehr personenbezogen je Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut angewendet wird, sondern je Praxis (Betriebsstättennummer). Somit können einzelne Ärzte oder Psychotherapeuten die Obergrenzen überschreiten. Entscheidend ist, dass die gesamte Praxis nicht mehr Videokontakte abrechnet als vorgegeben ist.

→ Wichtig ist: Die Obergrenzen gelten nur, wenn Patienten in einem Quartal ausschließlich in der Videosprechstunde versorgt werden. Fälle, bei denen der Kontakt per Video und in der Praxis erfolgt, werden nicht mitgezählt.





! PSYCHOTHERAPEUTISCHE SPRECHSTUNDEN UND PROBATORISCHE SITZUNGEN

→ Durften Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Videosprechstunden bislang nur für die Akutbehandlung und für Einzel- und Gruppentherapien anbieten, ist das seit 1. Januar auch für psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen erlaubt. Eine entsprechende Regelung findet sich in der Psychotherapie-Vereinbarung.

→ Die Neufassung der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) sieht vor, dass mindestens 50 Minuten der psychotherapeutischen Sprechstunden und mindestens 50 Minuten der probatorischen Sitzungen weiterhin im unmittelbaren persönlichen Kontakt stattfinden sollen. Dabei wird empfohlen, dass insbesondere die erste psychotherapeutische Sprechstunde und die erste probatorische Sitzung in der Praxis stattfinden.

→ Psychotherapeuten haben die Möglichkeit, in begründeten Ausnahmefällen die psychotherapeutische Sprechstunde und die probatorischen Sitzungen ausschließlich per Video durchzuführen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn ein Aufsuchen der Praxis aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist oder die Patientin oder der Patient dies ausdrücklich wünscht.

→ Ergänzt wurde, dass Psychotherapeuten auch bei Videobehandlung im Krisenfall dafür Sorge zu tragen haben, dass eine geeignete Weiterbehandlung gewährleistet ist, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Diese Regelung gilt für alle Videositzungen in der Psychotherapie.

→ Übrigens: Weitere Informationen dazu und auch zur Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen finden Sie in der Rubrik „In Kürze“ auf Seite 34.

! ZUSCHLAG FÜR BEKANNTE PATIENTEN

→ Eine weitere Maßnahme betrifft die Vergütung von Videosprechstunden. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten seit 1. April einen Zuschlag zur Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale von 3,72 Euro (30 Punkte), wenn die Behandlung eines bekannten Patienten in einem Quartal ausschließlich per Video stattfindet.

→ Der Zuschlag wird durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Er wird dafür gezahlt, dass sich die Praxis bei Bedarf um die Anschlussversorgung des Patienten kümmert, ihm zum Beispiel zeitnah einen Termin in der Praxis anbietet. Die Vergütung erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aus Finanzmitteln, die für telemedizinische Anwendungen bereitstehen.

! TERMINVERMITTLUNGSPAUSCHALE AUCH BEI VIDEOKONTAKT

→ Haus- und Kinderärzte, die Patienten in der Videosprechstunde einen Termin beim Facharzt vermitteln, können den Zuschlag für den Hausarzt-Vermittlungsfall (GOP 03008 / 04008) abrechnen.

! TECHNIKZUSCHLAG ANGEPAST

→ Außerdem gibt es zum 1. Juli eine Änderung beim Technikzuschlag (GOP 01450/40 Punkte). Der Höchstwert, bis zu dem er dann abgerechnet werden kann, wird auf 700 Punkte abgesenkt. Er wird zukünftig bei 18 Videosprechstunden im Quartal erreicht. Der Grund für die Absenkung sind die gesunkenen Preise von Videodienstleistern.

! NUKLEARMEDIZINER DÜRFEN VIDEOSPRECHSTUNDE ANBIETEN

→ Seit dem 1. April dürfen auch Nuklearmediziner Videosprechstunden durchführen und in diesem Zusammenhang den Technikzuschlag (GOP 01450) sowie den Authentifizierungszuschlag (GOP 01444) abrechnen. Auf die nuklearmedizinische Konsiliarpauschale (GOP 17210) erfolgt ein Abschlag von 20 Prozent, sollte der Arzt-Patienten-Kontakt in dem Quartal ausschließlich per Video erfolgen. Ärzte kennzeichnen einen solchen Behandlungsfall in der Abrechnung mit der GOP 88220.

→ FALLBEISPIELE FÜR OBERGRENZEN

→ **Beispiel 1:** Die Praxis hat 1.000 Behandlungsfälle (BHF), davon 800 bekannte und 200 unbekannte Patienten. Sie kann in dem Quartal bis zu 500 bekannte und unbekannte Patienten (50 Prozent der 1.000 BHF) ausschließlich in der Videosprechstunde versorgen.

→ **Beispiel 2:** Eine neugegründete Praxis hat 800 Behandlungsfälle, alle Patienten sind unbekannt. Sie kann in dem Quartal bis zu 400 Patienten (50 Prozent der 1.000 BHF) ausschließlich per Video versorgen.

→ BEGRIFFSERKLÄRUNG: BEKANNTER UND UNBEKANNTER PATIENT

Für die im EBM neu vereinbarten Regelungen zur Videosprechstunde gilt entsprechend der Anlage 31c zum Bundesmantelvertrag-Ärzte folgende Definition:

→ **Bekannter Patient:** Als bekannt gilt ein Patient in einer Praxis, wenn im aktuellen Quartal oder in mindestens einem der drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

→ **Unbekannter Patient:** Als unbekannt gilt ein Patient, wenn weder im aktuellen Quartal noch in den drei Vorquartalen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat oder die Person noch nie in der Praxis war.

Videosprechstunde A bis Z: Von Abrechnung bis Zuschlag

Die Videosprechstunde können fast alle Arztgruppen einsetzen. Hier erfahren Sie, was für Ärzte und Psychotherapeuten gilt, wie die Genehmigung bei der KV Bremen abläuft oder Videosprechstunde aus dem Homeoffice angeboten werden kann.

DAS GILT FÜR ÄRZTE:

- Ärzte können die Videosprechstunde flexibel in allen Fällen nutzen, in denen sie es für therapeutisch sinnvoll halten. Es gibt keine Einschränkung auf bestimmte Indikationen.
- Die Videosprechstunde ist auch dann möglich, wenn die Patientin oder der Patient zuvor noch nicht bei der Ärztin oder dem Arzt in Behandlung war.
- Die Videosprechstunde können fast alle Arztgruppen einsetzen, seit April 2025 auch Nuklearmediziner – ausgenommen sind nur Laborärzte, Pathologen und Radiologen.

DAS GILT FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN:

- Sie können fast alle Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie (Kapitel 35 EBM) in der Videosprechstunde anbieten, wenn aus therapeutischer Sicht nichts dagegenspricht. Und zwar:
- Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen (insbesondere die erste Sprechstunde und die erste probatorische Sitzung) sollten möglichst in der Praxis stattfinden.
- Psychotherapeutische Akutbehandlungen.
- Einzel- und Gruppenpsychotherapien (nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie), fachgruppenspezifische Einzelgesprächsleistungen und weitere psychotherapeutische Leistungen des EBM-Kapitels 35, zum Beispiel Entspannungsverfahren.
- Eine Einschränkung gilt für Gruppentherapien: Es dürfen maximal acht Personen plus eine Therapeutin oder ein Therapeut teilnehmen, wenn die Therapie per Video stattfindet.
- Siehe auch „In Kürze“, Seite 34.

- Generell gilt: Praxen entscheiden selbst, ob sie Videosprechstunden anbieten. Es besteht keine Verpflichtung.

IDENTITÄTSPRÜFUNG PER KAMERA

→ Patienten, die im laufenden Quartal, dem Vorquartal oder noch nie in der Praxis waren, halten zu Beginn der Videosprechstunde ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) in die Kamera. So kann das Praxispersonal die Identität prüfen und die notwendigen Daten (Bezeichnung der Krankenkasse; Name, Vorname und Geburtsdatum der oder des Versicherten; Versichertenart; Postleitzahl des Wohnortes; Krankenversichertennummer) erfassen.

→ Der Patient bestätigt zudem, dass ein Versicherungsschutz besteht. Für diese Identitätsprüfung ist der Zuschlag Authentifizierung (GOP 01444) berechnungsfähig.

GENEHMIGUNG BEI DER KV BREMEN

→ Praxen müssen der KV Bremen beantragen, dass sie die Videosprechstunde anbieten und einen zertifizierten Videodienstanbieter nutzen. Sie erhalten dafür von ihrem Anbieter nach der Registrierung eine entsprechende Bescheinigung.

→ Die Genehmigung zur Videosprechstunde kann bei der KV Bremen formlos beantragt werden. Um die Videosprechstunde abrechnen zu können, teilen Ärzte/Psychotherapeuten einfach den ausgewählten Videodienstanbieter der KV Bremen mit. Dafür reicht eine formlose Mitteilung und die Bescheinigung als Anlage: „Hiermit erkläre ich, dass ich für die Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde einen zertifizierten Videodienstanbieter gem. Anlage 31b zum BMV-Ä nutze.“ Datum, Unterschrift

→ Die Mitteilung senden Sie an Jennifer Bezold (j.bezold@kvhb.de)

VIDEOSPRECHSTUNDE IM HOMEOFFICE

→ Ärzte und Psychotherapeuten können Videosprechstunden auch außerhalb der Praxisräume anbieten, zum Beispiel zu Hause.

→ Eine Voraussetzung ist beispielsweise ein voll ausgestatteter Telearbeitsplatz in einem geschlossenen Raum.

→ Zudem muss der Arzt oder Therapeut auf seine elektronische Behandlungsdokumentation und die Telematikinfrastruktur zugreifen können.

→ Die Versorgung der Patienten per Video aus dem Ausland ist nicht gestattet.

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

→ Die Videosprechstunde wird über die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale vergütet. Die Pauschale nebst Zuschlägen wird in voller Höhe gezahlt, wenn im selben Quartal ein persönlicher Kontakt erfolgt. Ist dies nicht der Fall und der Kontakt erfolgt ausschließlich per Video, werden die Pauschale und gegebenenfalls die sich darauf beziehenden Zuschläge gekürzt (Abschläge je nach Fachgruppe von 20, 25 und 30 Prozent). Ärzte und Psychotherapeuten kennzeichnen solche Behandlungsfälle in ihrer Abrechnung mit der Pseudo-GOP 88220.

→ Für bekannte Patienten, die in einem Quartal ausschließlich in der Videosprechstunde behandelt werden, erhalten Ärzte und Psychotherapeuten auf die gekürzte Pauschale einen Zuschlag von 30 Punkten. Der Zuschlag wird von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt.

→ Daneben können Praxen weitere Leistungen, unter anderem für Gespräche und Einzel- oder Gruppenpsychotherapien abrechnen, die per Videosprechstunde erfolgen. Hierfür gibt es keine patientenübergreifende Begrenzung; so können Ärzte und Psychotherapeuten einzelne Leistungen auch ausschließlich per Video durchführen.

→ Für den Versand einer Verordnung an den Patienten rechnen Ärzte und Psychotherapeuten die Kostenpauschale 40128 ab.

→ Außerdem steht Ärzten und Psychotherapeuten je durchgeführter Videosprechstunde eine Technikpauschale zur Finanzierung der Kosten für den Videodienst zu. Dafür können sie die GOP 01450 (40 Punkte) abrechnen.

→ Für den Mehraufwand bei der Authentifizierung neuer Patienten in der Videosprechstunde gibt es den Zuschlag 01444 (10 Punkte) zur Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale.

→ Siehe auch „In Kürze“, Seite 38.

KRANKSCHREIBUNGEN

→ AU-Bescheinigung: Das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ist in der Videosprechstunde sowohl bei bekannten als auch bei zuvor unbekannten Patientinnen und Patienten möglich:

- bis zu 3 Tage: unbekannte Patientinnen und Patienten
- bis zu 7 Tage: bekannte Patientinnen und Patienten.

→ Voraussetzung dafür ist, dass die Symptomatik eine Abklärung per Videosprechstunde zulässt. Ein Anspruch darauf besteht jedoch nicht. Eine Folgekrankschreibung mittels Videosprechstunde ist zudem nur dann möglich, wenn die Patientin oder der Patient zuvor wegen derselben Krankheit zu einer persönlichen Untersuchung in der Praxis war. Für das Zusenden der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung können Praxen eine Portopauschale abrechnen (Muster 1: GOP 40128 oder Muster 21: GOP 40129).

VERORDNUNGEN

→ Die Verordnung von Leistungen ist möglich, wenn die Erkrankung des Patienten dies nicht ausschließt. Voraussetzung ist, dass der Patient der Praxis bekannt ist und der Arzt oder Psychotherapeut die verordnungsrelevante Diagnose und die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit oder Mobilität aus der persönlichen Untersuchung in der Praxis oder im Hausbesuch kennt. Das Verschreiben von Arzneimitteln ist auch bei unbekannten Patienten grundsätzlich möglich, sollte jedoch nur ausnahmsweise in medizinisch vertretbaren Einzelfällen erfolgen. Betäubungsmittel dürfen jedoch in diesem Fall nicht verordnet werden. Diese Verordnungen sind möglich:

- Arzneimittel
- Medizinische Rehabilitation
- Krankentransport
- Hilfsmittel
- Heilmittel (nur Folgeverordnungen)
- Häusliche Krankenpflege (nur Folgeverordnungen)

→ Ob eine Verordnung in der Videosprechstunde möglich ist, entscheidet der Arzt oder Psychotherapeut. Es bedarf in jedem Einzelfall einer umsichtigen Abwägungsentscheidung darüber, ob die Schilderungen des Patienten bei der Befundung insgesamt ausreichend sind, um eine Verordnung ohne unmittelbar persönlichen Kontakt auszustellen.

→ Kann der Arzt oder Psychotherapeut die Notwendigkeit nicht ausreichend per Video überprüfen, sollte er den Patienten in die Praxis einbestellen, um dann dort gegebenenfalls eine Verordnung auszustellen.

→ Siehe auch „In Kürze“, Seite 33.

Ermächtigung: Auf was Sie bei der Quartalsabrechnung achten müssen

Ermächtigte Ärztinnen und Ärzte dürfen nur in einem zuvor festgelegten Ermächtigungsrahmen abrechnen. Anhand eines Beispiels erklären wir Ihnen, auf welche Punkte im Rahmen der Abrechnung zu achten ist.

⇒ Ermächtigte Ärzte dürfen Leistungen ausschließlich im Rahmen des Ermächtigungsumfangs abrechnen, der durch den Zulassungsausschuss festgelegt wurde. Dieser Umfang definiert genau, in welchem Umfang und für welchen Personenkreis Leistungen über den EBM erbracht und abgerechnet werden dürfen.

Eine Abrechnung außerhalb dieses Rahmens ist nicht zulässig, sodass die darüberhinausgehenden Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigung Bremen im Rahmen der Quartalsabrechnung gestrichen werden. Um solche Streichungen zu vermeiden, ist es notwendig, die Bedingungen der Ermächtigung genau zu kennen und einzuhalten.

Im Folgenden werden wir anhand eines Beispiels (siehe rechts, Seite 25) genau erklären, auf welche Punkte im Rahmen der Abrechnung zu achten ist.

1. Überweisungsvorbehalt

Ein besonders wichtiger Punkt ist der Überweisungsvorbehalt: In dem vorliegenden Beispiel darf der ermächtigte Arzt nur auf Basis einer Überweisung durch HNO-Ärzte tätig werden. Dabei ist es entscheidend, dass bei der

Abrechnung die Betriebsstättennummer (BSNR) und die lebenslange Arztnummer (LANR) des überweisenden Arztes korrekt und zueinander passend angegeben werden. Es muss sichergestellt sein, dass BSNR und LANR dieselbe Arztpraxis bzw. denselben Standort abbilden.

Ein Beispiel: Die Kombination aus einer LANR aus Bremen und einer BSNR aus Niedersachsen ist nicht zulässig und führt zu einem formalen Fehler, der dazu führen wird, dass der Fall in der Quartalsabrechnung zurückgestellt werden muss, sofern der Sachverhalt nicht im laufenden Quartal geklärt werden kann. Nach Korrektur der Angaben durch den ermächtigten Arzt können diese Leistungen in der folgenden Quartalsabrechnung ordnungsgemäß erneut eingereicht werden.

Daher ist stets sorgfältig zu prüfen, ob die Überweisungsdaten vollständig und korrekt erfasst sind, um Honorarkürzungen, Abrechnungsrückläufer oder unnötige Verzögerungen zu vermeiden.

2. Auftragsleistungen, Konsiliaruntersuchungen, Mit- und Weiterbehandlung

Auftragsleistungen, Konsiliaruntersuchungen sowie

BEISPIEL ERMÄCHTIGUNGSUMFANG

Umfang: 1

Auf Überweisung durch HNO-Ärzte

1. Auftragsleistungen:

1.1 Vestibularisprüfung zur Klärung schwerer diagnostischer Fragen nach den GOP 09324, 09325 EBM in der jeweils gültigen Fassung A 2

1.2 Bei Cochlear Implantat-Nachversorgung nach den GOP 09320, 09321, 09335, 09336 EBM in der jeweils gültigen Fassung A

sowie die GOP 01436, 01600-01602, 40110, 40111, 86900 und 86901 EBM in der jeweils gültigen Fassung.

Für das Notfalldatenmanagement die entsprechenden GOP des EBM in der jeweils gültigen Fassung.

2. Konsiliaruntersuchungen:

2.1 Klärung schwerer differentialdiagnostischer Fragen ausschließlich nach den GOP 09311, 09320, 09322, 09323, 09327, 09345, 33011, 33060 und 33070 EBM in der jeweils gültigen Fassung K

2.2 Bei Cochlear-Implantat zur prä- und postoperativen Versorgung nach der GOP 09321 EBM in der jeweils gültigen Fassung K

2.3 Kardiorespiratorische Polygraphien nach Zungenschrittmacherimplantaten nach der GOP 30900 EBM in der jeweils gültigen Fassung K 3

Mit- und Weiterbehandlungen sind klar voneinander abzugrenzen. Ist im Ermächtigungsumfang z.B. festgelegt, dass die Leistungen als Auftragsleistungen zu erbringen sind, darf der ermächtigte Arzt ausschließlich auf der Grundlage einer Überweisung zur Auftragsleistung tätig werden.

Wird stattdessen eine Überweisung zur Konsiliaruntersuchung oder Mit- und Weiterbehandlung verwendet, handelt es sich um eine Abweichung vom Ermächtigungsumfang. Dann werden abgerechnete Leistungen durch die KV Bremen gestrichen, wenn der Sachverhalt nicht im laufenden Quartal geklärt werden kann.

Beispiel: Laut dem abgebildeten Ermächtigungsumfang dürfen die GOP 09324 und 09325 nur abgerechnet werden, wenn eine Überweisung zur Auftragsleistung vorliegt. Wird der Fall in der Quartalsabrechnung als Konsiliaruntersuchung oder sogar als Mit- und Weiterbehandlung angelegt, müssen die Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen gestrichen werden.

3. Genehmigungspflichtige GOP

Auch bei einer erteilten Ermächtigung sind nicht automatisch alle Leistungen abrechenbar. Einige Leistungen

sind genehmigungspflichtig und setzen einen gesonderten Antrag voraus. Außerdem müssen erforderliche Nachweise eingereicht werden, die für eine Genehmigung notwendig sind. Erst wenn die Genehmigung erteilt ist, dürfen diese Leistungen abgerechnet werden. Werden die Leistungen ohne eine entsprechende Genehmigung abgerechnet, führt das ebenfalls zu Streichungen bzw. zu Nachfragen durch die KV Bremen.

Die KV Bremen empfiehlt daher allen ermächtigten Ärzten, regelmäßig zu überprüfen, ob ihre aktuelle Tätigkeit dem erteilten Ermächtigungsumfang entspricht, Überweisungsdaten sorgfältig zu kontrollieren und die Bedingungen für genehmigungspflichtige Leistungen genau zu beachten. So kann eine reibungslose Abrechnung gewährleistet werden. ←

ANSPRECHPARTNERIN:

JANINE SCHAUBITZER
0421.34 04-315 | 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.

Weitere FAQ unter
www.kvhb.de/praxen/faq

Abrechnung/Honorar

Ich möchte einen Eingriff nicht als Hybrid-DRG sondern über den EBM abrechnen. Habe ich hier eine Wahlmöglichkeit?

Nein, hier gibt es keine Wahlmöglichkeit. Sofern es für einen Eingriff eine Hybrid-DRG gibt, ist dieser Eingriff

als Hybrid-DRG und nicht über den EBM abzurechnen. <|

Niederlassung

Was ist eine KV-Bescheinigung und wofür benötige ich diese?

Wenn Sie bereits in einem anderen KV-Bereich vertragsärztlich/-psychotherapeutisch tätig waren oder noch tätig sind, erstellt Ihnen die dortige KV eine Bescheinigung über Ihre bis-

herige Tätigkeit und den Grund einer etwaigen Beendigung. Diese Bescheinigung benötigen Sie für Ihre Antragstellung in Bremen. <|

Praxisalltag

Wieviel kostet eine Kleinanzeige im Landesrundschreiben?

Mitglieder: kostenlos

Nicht-Mitglieder: 50 Euro <|

Praxisalltag

Kann ich bei der KV Bremen Datenmüll entsorgen?

Ja. In der Zeit Mo-Do von 08:00 Uhr bis 15:30 Uhr und Fr. von 08:00 Uhr bis 13:30 Uhr. Bitte melden Sie sich vorher

unbedingt telefonisch an, damit alles reibungslos vonstatten geht. <|

Abrechnung/Honorar

Darf ich Leistungen eines anderen Facharzt-Kapitels aus dem EBM abrechnen?

Nein. Sie können nur die arztgruppenspezifischen Leistungen des EBM-Kapitels aus Ihrem Zulassungsfachgebiet abrechnen. Zusätzlich können Sie

die in der Präambel Ihres EBM-Kapitels aufgeführten arztgruppenübergreifenden Leistungen abrechnen. <|

Auf einen Blick: Das ist neu zum 3. Quartal

Was hat sich zum 3. Quartal 2025 für Vertragsärzte und -psychotherapeuten geändert? Einige wichtige Neuerungen haben wir hier zusammengetragen.

ASV-Abrechnung

Augenärzte können in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eine optische Kohärenztomographie bei Patienten mit Augentumoren ab Juli über den EBM abrechnen. Die bislang verwendete Pseudoziffer entfällt. Für die Abrechnung der OCT bei Patienten mit Augentumoren werden zum 1. Juli die GOP 50200 und 50201 in das EBM-Kapitel 50 aufgenommen. Die Vergütung ist wie bei allen ASV-Leistungen extrabudgetär.

Heilmittel

Praxen, die mit eigenem Personal physikalische Therapie wie zum Beispiel Massagen anbieten, müssen ab dem 3. Quartal 2025 geänderte Zuzahlungen für Patienten beachten. → [Landesrundschriften Juni 2025, S. 20](#)

Labor

Die begrenzenden Fallwerte zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor wurden für alle Arztgruppen abgesenkt und damit an die seit 1. Januar 2025 geltende neue Bewertung von Laborleistungen angepasst. → [S. 35](#)

Videosprechstunde

Zum 1. Juli wurde der Technikzuschlag (GOP 01450/40 Punkte) geändert. Der Höchstwert, bis zu dem er dann abgerechnet werden kann, wurde auf 700 Punkte abgesenkt. Er wird zukünftig bei 18 Videosprechstunden im Quartal erreicht. Der Grund für die Absenkung sind die gesunkenen Preise von Videodienstanbietern. → [S. 20](#)

EBM

Zum 1. Juli gab es Anpassungen im EBM. Sie betreffen u.a. die Berechnungsfähigkeit eines Zuschlags bei der Komplexversorgung von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Transition, die Zweitmeinung bei Aortenaneurysmen sowie die Bestimmungen für Zweitmeinungen in Videosprechstunden. → [S. 35 & S. 38](#)

Hilfsmittel/Videosprechstunde

Ärzte dürfen Hilfsmittel ab sofort auch per Videosprechstunde und nach Telefonkontakt verordnen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Anschließend wird dem Patienten das Hilfsmittel-Rezept (Muster 16) zugesendet. Um die Abrechnung der Kosten zu ermöglichen, hat der Bewertungsausschuss die im EBM vorhandene Kostenpauschale 40128 zum 1. Juli 2025 angepasst. → [S. 33](#)

Transmitter

Mit der neuen Kostenpauschale 40909 können Ärzte ab Juli die Transmitter-Kosten für ihre Herz-Patienten abrechnen. Durch die Abrechnung über den EBM wird die Kostenerstattung für Ärzte und telemedizinische Zentren vereinfacht. → [S. 37](#)

Unfallversicherung

Zum 1. Juli sind die Gebühren der gesetzlichen Unfallversicherung um 4,41 Prozent gestiegen. Die höhere Vergütung kommt Ärzten und Psychotherapeuten zugute, die für die gesetzliche Unfallversicherung tätig sind. Die Erhöhung gilt für Leistungen, die bei Wege- oder Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten nach den Gebührenordnungen der Unfallversicherung berechnungsfähig sind. → [S. 39](#)

Meldungen & Bekanntgaben

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

Hausärztliche Leistungen werden ab Oktober entbudgetiert

- Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden ab dem 1. Oktober in voller Höhe vergütet. Nach Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes Mitte Februar hat der Erweiterte Bewertungsausschuss nun das Verfahren der Entbudgetierung beschlossen.
- Ab Oktober werden alle Leistungen des EBM-Kapitels 3 und die hausärztlichen Hausbesuche (GOP 01410 bis 01413 sowie 01415) ohne Budgetierung bezahlt. Die restlichen Leistungen verbleiben in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).
- Zur Finanzierung der Leistungen wird es künftig einen neuen Honorartopf für Hausärzte, die sogenannte Hausarzt-MGV, geben. Darin fließen die Gelder, die jetzt in der MGV für die Leistungen enthalten sind, die ab Oktober ohne Budgetierung bezahlt werden. Reichen diese Finanzmittel nicht aus, haben die Krankenkassen Ausgleichszahlungen zu leisten. Eventuelle Unterschreitungen aus Vorquartalen werden dabei verrechnet.
- KBV und GKV-Spitzenverband haben außerdem zu der neuen Vorhaltepauschale für Hausärzte verhandelt. Beide Seiten einigten sich auf Eckpunkte, auf deren Basis nun im Bewertungsausschuss weiterverhandelt werden soll. Es besteht Konsens darüber, dass es eine Konvergenzphase geben soll, damit Praxen sich schrittweise auf die neuen Anforderungen einstellen können.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

Krankenkassen stellen vermehrt Prüfanträge bei DMP

- Die Krankenkassen stellen derzeit vermehrt Anträge bezüglich der Abrechnung von DMP Leistungen. Hier wird sehr häufig die fehlende Teilnahme am entsprechenden DMP moniert.
- Wir möchten Sie darüber informieren, dass alle DMP-Anträge der Krankenkassen ab sofort direkt an die Praxen zwecks Prüfung und gegebenenfalls Widerlegung des Kassenantrags weitergeleitet werden.
- Unabhängig von den Prüfungsanträgen sollte bei jeder DMP Abrechnung geprüft werden, ob die Abrechnungsvoraussetzungen gegeben sind.

STEFAN BARDENHAGEN
0421.34 04-346 | s.bardenhagen@kvhb.de

Dialysekostenpauschalen werden künftig jährlich angepasst

- Kostenpauschalen für nichtärztliche Dialyseleistungen werden künftig jährlich analog zum Orientierungswert angepasst, allerdings nicht bei allen Pauschalen in voller Höhe.
- Demnach werden alle Dialysekostenpauschalen jeweils zu Jahresbeginn angepasst – einige zu 100 Prozent der Veränderungsrate des Orientierungswertes und andere zu 75 Prozent.
- Zu 100 Prozent angepasst werden jährlich folgende Pauschalen:
 - Kostenpauschalen für Dialysen bei Kindern (GOP 40815 bis 40819),
 - Alterszuschläge (GOP 40829 bis 40834),
 - Zuschläge für Infektionsdialysen (GOP 40835 und 40836),
 - Zuschlag für Nachtdialysen (GOP 40840),
 - Zuschläge für kontinuierliche zyklische Peritonealdialysen (CCPD) (GOP 40841 und 40842),
 - Zuschläge für Heimhämodialysen (GOP 40843 und 40844),
 - Zuschläge zur Förderung von Heimdialysen (GOP 40845 bis 40847)
- Zu 75 Prozent angepasst werden jährlich folgende Pauschalen:
 - Kostenpauschalen für Hämo- und Peritonealdialysen bei Erwachsenen (GOP 40823 bis 40828) sowie
 - Zuschläge für intermittierende Peritonealdialysen (GOP 40837 und 40838).
- Bereits in den Jahren 2023, 2024 und 2025 konnten jeweils Bewertungserhöhungen erzielt werden. Nun gibt es ein Verfahren für die dauerhafte Weiterentwicklung der Pauschalen.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

Hybrid-DRG: Nachsorgeleistungen sind über den EBM abzurechnen

- Eine Nachsorge bei Eingriffen, die über die Hybrid-DRG abgerechnet wurden, ist grundsätzlich nicht von der Hybrid-DRG umfasst und wird über den EBM abgerechnet, Was dabei zu beachten ist, zeigt die folgende Übersicht:
- Haus- und Fachärzte können prä- und postoperative Leistungen auch bei ambulanten Operationen nach der Hybrid-DRG-Verordnung über den EBM abrechnen. Postoperative Behandlungen sind zeitlich befristet bis 31. Dezember 2025 nach den GOP der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 berechnungsfähig. Wichtig ist, dass zusätzlich die GOP 88110 anzusetzen ist.
- Dabei gilt Folgendes: Die berechnungsfähige GOP des Abschnitts 31.4.3 richtet sich nach dem OPS-Kode gemäß Anhang 2 zum EBM. Ist der OPS-Kode der Hybrid-DRG-Leistung nicht im Anhang 2 des EBM enthalten, sind folgende GOP, ebenfalls unter Angabe der GOP 88110, berechnungsfähig:
 - GOP 31600 für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs,
 - GOP 31611 für Operateure
 - GOP 31610 für Ärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich, die auf Überweisung des Operateurs die postoperative Behandlung übernehmen.
- Wurde die Leistung nach § 115f SGB V durch ein Krankenhaus erbracht, können Ärzte die GOP des Abschnitts 31.4.2 oder 31.4.3 abweichend von der Leistungslegende und Satz 1 der Nr. 1 der Präambel 31.4.1 ohne Überweisung des Operateurs abrechnen.

ANKE HOFFMANN
0421.34 04-141 | a.hoffmann@kvhb.de
JANINE SCHAUBITZER
0421.34 04-315 | j.schaubitzer@kvhb.de

- Weitere Informationen: <https://www.kvhb.de/praxen/abrechnung-honorar/hybrid-drg>

Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder/Jugendlicher in EBM aufgenommen

→ Für Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen gibt es ein neues Versorgungsprogramm: die ambulante Komplexversorgung. Dieses Versorgungsprogramm startete am 1. April 2025. Mehrere neue Leistungen wurden in den EBM aufgenommen.

Die neuen Leistungen im Überblick

→ Der Beschluss sieht vor, dass für die Leistungen der ambulanten Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen zum 1. April ein neuer Abschnitt 37.6 in das EBM-Kapitel 37 aufgenommen wird. Er enthält elf neue GOP:

→ Eingangssprechstunde: GOP 37600 (236 Punkte je vollendete 15 Minuten); höchstens sechsmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, davon bis zu dreimal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten

Die GOP wird bei der Berechnung des Strukturzuschlags berücksichtigt und somit in die zweite bis fünfte Bestimmung zum Abschnitt 35.2 sowie in die Legende zur GOP 35573 aufgenommen.

→ Differentialdiagnostische Abklärung: GOP 37610 (231 Punkte je vollendete 15 Minuten); höchstens sechsmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, davon bis zu dreimal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten

→ Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans: GOP 37620 (448 Punkte, bei einem Team mit mindestens fünf Teilnehmern 627 Punkte); einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

→ Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut erhält die höhere Vergütung (GOP 37620: 627 Punkte), wenn zu dem zentralen und erweiterten Team fünf oder mehr Ärzte, Psychotherapeuten und andere an der Versorgung beteiligte Personen gehören (gemäß § 4 Abs. 1, 5 und 6 KJ-KSVPsychRL). Er muss dies in seiner Abrechnung mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung dokumentieren.

→ Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten: GOP 37625 (450 Punkte, bei einem Team mit mindestens fünf Teilnehmern 630 Punkte); einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig
Mit der Zusatzpauschale werden Leistungen wie die Aktualisierung des Gesamtbehandlungsplans sowie der fachliche Austausch und die Abstimmung mit den an der Behandlung Beteiligten vergütet.

→ Zuschlag zur GOP 37625 für Leistungen im Rahmen der Transition: GOP 37626 (232 Punkte); einmal, mit medizinischer Begründung zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
Voraussetzung für die Berechnung der GOP 37626 ist die Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung nach der GOP 37650 mit dem für den Erwachsenenbereich zuständigen Arzt oder Psychotherapeuten in den letzten vier Quartalen vor Überleitung in die Erwachsenenversorgung.

→ Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person: GOP 37630 (577 Punkte, ab einem Team mit mindestens fünf Teilnehmern 808 Punkte); einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig

→ Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person: GOP 37635 (166 Punkte); höchstens fünfmal im Behandlungsfall berechnungsfähig

→ Fallbesprechung: GOP 37650 (128 Punkte je vollendete 10 Minuten); höchstens achtmal im Behandlungsfall berechnungsfähig

Die GOP kann auch berechnet werden, wenn die Fallbesprechung telefonisch oder per Video stattfindet. Die Fachgruppen, die die GOP 37650 berechnen können, sind in der vierten Bestimmung zum EBM-Abschnitt 37.6 aufgeführt.

→ Zuschlag zur GOP 37650 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher oder nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer (gemäß § 4 Absatz 5 KJ-KSVPsych-RL): GOP 37651 (128 Punkte je vollendete 10 Minuten); höchstens achtmal im Behandlungsfall berechnungsfähig

→ SGB-übergreifende Hilfekonzferenz: GOP 37655 (128 Punkte je vollendete 10 Minuten); höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die GOP kann auch berechnet werden, wenn die Fallbesprechung telefonisch oder per Video stattfindet.

→ Zuschlag zur GOP 37655 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher oder nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer (gemäß § 4 Absatz 5 KJ-KSVPsych-RL): GOP 37656 (128 Punkte je vollendete 10 Minuten); höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Hinweise zur Abrechnung

→ Die neuen GOP, ausgenommen die GOP 37650, können ausschließlich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten berechnen, die nach der KJ-KSV-Psych-RL (§ 4 Absatz 1) zur Teilnahme an der Komplexversorgung berechtigt sind. Sie müssen ihre Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erklärt haben (§ 4 Absatz 2).

→ Die GOP 37620, 37625, 37630, 37635, 37651 und 37656 können nur von Bezugsärzten und Bezugspsychotherapeuten abgerechnet werden. Mit der ergänzenden Regelung wurde zudem festgelegt, dass die GOP 37610 und 37620 nur abgerechnet werden dürfen, wenn im selben Quartal oder dem Quartal davor die GOP 37600 berechnet wurde.

Weitere Anpassungen im EBM

→ Aufgrund der neuen Leistungen erfolgen weitere Anpassungen im EBM, um beispielsweise die Kennzeichnung von Besuchen oder die Abrechnung von Videofallkonzferenzen zu regeln. Die Leistungslegenden wurden entsprechend angepasst.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

PET/CT bei aggressivem Non-Hodgkin-Lymphom: Noch keine Abrechnungsziffer

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

→ Die Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT) kann künftig bei sämtlichen Untersuchungen zur Bestimmung des Stadiums (sogenannte Staging-Untersuchungen) bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden.

→ Der Bewertungsausschuss hat ab Inkrafttreten sechs Monate Zeit den EBM anzupassen. Im gleichen Zeitraum muss über eine Änderung der bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V entschieden werden. Die KV Bremen wird informieren, sobald die neue Leistung abrechnungsfähig wird.

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

Immunadsorption mittels TheraSorb LIFE 21 kann noch nicht über den EBM abgerechnet werden

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Das Auskunftsverfahren zur Immunadsorption mittels TheraSorb LIFE 21 mit Ig omni Adsorbern ist abgeschlossen. Laut Bewertungsausschuss (BA) handelt es sich dabei um eine neue Untersuchungsmethode und diese ist nicht als Leistung im EBM enthalten.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat durch den Unterausschuss Methodenbewertung beschlossen, dass die genannte Leistung eine neue Untersuchungsmethode im Sinne des Paragraphen 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V darstellt. Das Einvernehmen ist damit hergestellt.
- Der BA sieht es als geboten an, die Behandlungsmethode der „TheraSorb LIFE 21 mit Ig omni Adsorbern“ in einem Nutzenbewertungsverfahren gemäß § 135 Abs. 1 SGB V überprüfen zu lassen.
- Zum Hintergrund: Die ITC Institut TakeCare GmbH in Assoziation mit der Miltenyi Biotec B. V. & Co. KG hatte am 18. Oktober 2024 einen Antrag auf Auskunft zur Immunadsorption mittels TheraSorb® LIFE 21® Ig omni eingereicht. Die Untersuchungsmethode richtet sich an Patienten mit Post/Long-COVID-Erkrankung oder COVID-Post-Vac-Erkrankung und/oder Myalgischer Enzephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrom (ME/CFS) beziehungsweise an Patienten, die eine der Long-COVID-Erkrankung ähnliche Symptomatik aufweisen. Eine Immunadsorptionstherapie (Apherese) ist für die angeführten Indikationen bislang nicht in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung enthalten.

⇒ ABRECHNUNG/HONORAR

Drei DiGA ins Verzeichnis aufgenommen – keine Abrechnungsziffern

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

- Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat im April und Mai 2025 drei weitere digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Dabei handelt es sich um:
 - „Novego: Ängste überwinden“, ein psychologisches Online-Unterstützungsprogramm für Menschen, die unter Ängsten leiden,
 - „NeuroNation MED“, zur Linderung von leichten erworbenen oder neurodegenerativen Symptomen bei kognitiven Beeinträchtigungen,
 - „levidex“, eine digitale Anwendung für Menschen mit Multipler Sklerose.
- Da für diese Anwendungen keine ärztlichen Tätigkeiten notwendig sind, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband entschieden, keine zusätzlichen Leistungen in den EBM aufzunehmen.
- Zum Hintergrund: Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM innerhalb von drei Monaten nach einer dauerhaften Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis nur anzupassen, soweit ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind. Die Versorgung mit den neuen DiGA ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung.

Hilfsmittel-Richtlinie: Verordnung nach Videosprechstunde und Telefonat möglich

→ Ärzte dürfen Hilfsmittel ab sofort auch per Videosprechstunde und nach Telefonkontakt verordnen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Dazu ist kürzlich ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten. Auch die Hilfsmittelversorgung von Versicherten mit komplexen Behinderungen soll durch den Beschluss verbessert werden.

→ Für die ärztliche Verordnung per Videosprechstunde und nach telefoni-schem Kontakt hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G BA) in der Hilfsmittel-Richtlinie mehrere Voraussetzungen festgelegt. Demnach muss der Arzt den Patienten und seinen Gesundheitszustand bereits aus unmittelbar persönlicher Behandlung kennen – einschließlich funktioneller / struktureller Schädigungen und alltagsrelevanter Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe. Auch darf die Erkrankung eine solche Verordnung nicht ausschließen.

→ Die Verordnung per Video oder nach Telefonkontakt ist nicht auf Folgeverordnungen beschränkt und durch eine ärztliche Kollegin oder einen ärztlichen Kollegen möglich, sofern gemeinsam auf die Patientendokumentation zugegriffen wird. Die Authentifizierung der Patienten ist in jedem Fall sicherzustellen.

→ In Ausnahmefällen ist die ärztliche Hilfsmittel-Verordnung auch nach Telefonkontakt zulässig. Und zwar ausschließlich dann, wenn der aktuelle Gesundheitszustand bereits im persönlichen Kontakt oder per Videosprechstunde erhoben wurde und keine weiteren verordnungsrelevanten Informationen zu ermitteln sind.

Kostenpauschale 40128 ab Juli berechnungsfähig

→ Nach der Verordnung per Video oder Telefon ist es erforderlich, dem Patienten das Hilfsmittel-Rezept (Muster 16) zuzusenden. Um die Abrechnung der Kosten zu ermöglichen, hat der Bewertungsausschuss die im EBM vorhandene Kostenpauschale 40128 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder einer Verordnung an den Patienten) mit Wirkung zum 1. Juli 2025 angepasst.

Versicherte mit komplexen Behinderungen

→ Mit dem gleichen Beschluss will der G-BA die Hilfsmittelversorgung für gesetzlich Versicherte mit komplexen Behinderungen verbessern. Dazu hat er mehrere Klarstellungen in der Hilfsmittel-Richtlinie vorgenommen.

→ Werden Hilfsmittel aufgrund einer Behinderung für die möglichst selbstständige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benötigt, so dürfen Ärzte diese zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen und die Kosten werden übernommen. Allerdings gelten Ausnahmen, etwa bei vorrangigen Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben.

→ Der G-BA hat in der Hilfsmittel-Richtlinie klargestellt, dass die Krankenkasse die Voraussetzungen und Anforderungen für den Leistungsanspruch zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung in jedem Einzelfall prüft. Sollten andere Sozialleistungsträger zuständig sein, wird die Verordnung direkt durch die Krankenkasse weitergeleitet. Dadurch sollen Unsicherheiten bei den verordnenden Ärzten minimiert werden.

Ergänzende Hinweise auf der Verordnung

→ Es wurde außerdem klargestellt, dass sich Ärzte bei der Verordnung von Hilfsmitteln nicht auf Formular 16 beschränken müssen. Sie dürfen konkretisierende Unterlagen beilegen, sofern diese für die Genehmigung der Krankenkassen oder Begutachtung des Medizinischen Dienstes (MD) hilfreich sein können.

Psychotherapie- Vereinbarung: Sprechstunden und probatorische Sitzungen per Video möglich

→ Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen dürfen künftig auch als Videosprechstunde durchgeführt werden. Außerdem wird eine laufende Psychotherapie im Falle eines Wechsels der Krankenkasse von der neuen Kasse nicht erneut fachlich-inhaltlich überprüft.

→ Die Neufassung der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) tritt am 1. Januar 2025 in Kraft und sieht vor, dass mindestens 50 Minuten der psychotherapeutischen Sprechstunden und mindestens 50 Minuten der probatorischen Sitzungen weiterhin im unmittelbaren persönlichen Kontakt stattfinden sollen. Dabei wird empfohlen, dass insbesondere die erste psychotherapeutische Sprechstunde und die erste probatorische Sitzung in der Praxis stattfinden.

→ Psychotherapeuten haben jedoch die Möglichkeit, in begründeten Ausnahmefällen, zum Beispiel wenn ein Aufsuchen der Praxis aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, die psychotherapeutische Sprechstunde und die probatorischen Sitzungen ausschließlich per Video durchzuführen.

Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen beachten

→ Bezüglich des persönlichen Kontaktes ist die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Bremen zu beachten, in der in § 5 festgelegt ist, dass Psychotherapeuten psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt erbringen. Behandlungen über Kommunikationsmedien sind unter besonderer Beachtung der Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere der Sorgfaltspflichten zulässig. Dazu gehört, dass Diagnostik, Indikation und Aufklärung die Anwesenheit des Patienten erfordert.

→ Die Bundespsychotherapeutenkammer hat dies in einem Artikel vom 14. Januar 2025 wie folgt gefasst „Zu beachten ist, dass Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie auch künftig grundsätzlich im unmittelbaren Kontakt stattfinden. Insbesondere Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung erfordern grundsätzlich den unmittelbaren persönlichen Kontakt zwischen Psychotherapeut*in und Versichert*er. Dabei sind auch die entsprechenden Regelungen der jeweiligen Berufsordnung zu beachten.“

→ Neu ist auch eine Ergänzung, dass Psychotherapeuten auch bei Videobehandlung im Krisenfall dafür Sorge zu tragen haben, dass eine geeignete Weiterbehandlung gewährleistet ist, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Diese Regelung gilt für alle Videositzungen in der Psychotherapie. Der Bewertungsausschuss wird nun den EBM überprüfen und hinsichtlich der Vorgaben zur Videosprechstunde rückwirkend zum 1. Januar 2025 anpassen. Wir halten Sie auf den laufenden.

Keine erneute Prüfung bei Kassenwechsel

→ Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Rechtsauffassungen haben KBV und GKV-Spitzenverband vereinbart, dass ein Patient, der sich in psychotherapeutischer Behandlung befindet, diese bei einem Kassenwechsel ungehindert fortsetzen kann.

→ Voraussetzung ist, dass er bei der neuen Krankenkasse einen Antrag auf Fortsetzung der Therapie stellt. Im Gegenzug verzichtet die Krankenkasse auf eine erneute fachlich-inhaltliche Überprüfung des bereits durch die Vorkasse genehmigten Therapiekontingents. Entscheidend ist, dass der Patient den Antrag innerhalb von vier Wochen nach Beginn des auf den Kassenwechsel folgenden Quartals einreicht, spätestens aber zum Zeitpunkt der ersten Sitzung im entsprechenden Quartal. Dabei müssen dem Antrag der Genehmigungsbescheid der alten Krankenkasse sowie die Anzahl der bereits erbrachten Therapieeinheiten beigelegt werden.

Ansprechpartnerin
zur Abrechnung für Psychotherapeuten
PETRA BENTZIEN
0421.34 04-165 | p.bentzien@kvhb.de

Ansprechpartner zur Abrechnung
MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

Für Abrechnung bei Kinder- und Jugendärzten wird im EBM die Altersgruppe Heranwachsende aufgenommen

→ Für die Abrechnung von Untersuchungen und Behandlungen bei 18 bis 21-Jährigen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird ab Oktober im EBM zusätzlich die Altersgruppe der Heranwachsenden in die Regelungen aufgenommen.

→ Diese Altersgruppe wird bereits in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin genannt und umfasst Personen ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Im EBM war diese Altersgruppe bisher allerdings nicht definiert und die GOP im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin waren diesbezüglich nicht hinreichend konkretisiert.

→ Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin – einschließlich solcher mit Schwerpunkt – dürfen Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche und Heranwachsende behandeln. Als Heranwachsende gelten gemäß § 1 Abs. 2 Jugendgerichtsgesetz Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, aber noch nicht 21 Jahre alt sind.

→ Folgende Anpassungen werden zum 1. Oktober 2025 im EBM vorgenommen:

→ In Abschnitt 4.3.5 der Allgemeinen Bestimmungen wird die Altersgruppe der Heranwachsenden gemäß § 1 Abs. 2 Jugendgerichtsgesetz definiert.

→ Die Präambel zu Kapitel 4 des EBM (Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin) erhält eine neue Nummer 15. Diese stellt klar, dass die GOP dieses Kapitels für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr abrechnungsfähig sind.

→ Leistungslegenden und /oder Leistungsinhalte verschiedener GOP des EBM-Kapitels 4 werden die Altersgruppen entsprechend angepasst.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

Bewertungsausschuss beschließt Detailänderungen zum Labor im EBM

→ Der Bewertungsausschuss (BA) hat zum 1. Juli 2025 mehrere Detailänderungen im EBM zum Labor beschlossen:

→ In der Nummer 5 der Präambel 10.1 wurde die Bezeichnung der zur Abrechnung der aufgeführten Leistungen erforderlichen Zusatzweiterbildung an die aktuelle Musterweiterbildung angepasst. – sie lautet nun „Dermato-pathologische Zusatzweiterbildung“.

→ Im Bereich der In-vitro-Diagnostik (Abschnitt 40.3) wurden Kostenpauschalen angepasst: Die Gebührenordnungsposition (GOP) 01870 wurde den GOP 40090, 40092 und 40094 zugeordnet. Außerdem wurde die Abschnittsüberschrift angepasst.

→ Im Anhang 3 zum EBM – Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand – wurden die Kurzlegenden der GOP 01698, 12223 und 12224 entsprechend der jeweiligen Leistungslegenden im EBM präzisiert.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04-300 | i.schweppe@kvhb.de

Bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation ist ab Oktober die Zweitmeinung möglich

→ Ab dem 1. Oktober 2025 können sich gesetzlich Versicherte eine zweite ärztliche Meinung einholen, wenn ihnen eine Operation zur Behandlung einer verengten Halsschlagader (Karotis-Stenose) empfohlen wurde. Was dann bei der Vergütung, Indikationsstellung und Kennzeichnung gilt, erfahren Sie hier.

→ Zur Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen berechtigt:

- Neurologie,
- Innere Medizin und Angiologie,
- Innere Medizin und Kardiologie,
- Gefäßchirurgie,
- Radiologie mit Expertise in endovaskulären Verfahren (interventionelle Radiologie), die mit der Durchführung von mindestens 100 endovaskulären Interventionen, darunter mindestens zehn an supraaortalen extrakraniellen Gefäßen, und mindestens 30 einschlägigen theoretischen Fortbildungseinheiten im Umfang von je 45 Minuten nachzuweisen ist,
- Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie oder
- Neurochirurgie

Indikationsstellung

→ Die Indikationsstellung soll im Zweitmeinungsverfahren interdisziplinär unter Einbeziehung eines Neurologen erfolgen. Bei Bedarf können darüber hinaus weitere Ärzte der oben genannten medizinischen Fachgebiete hinzugezogen werden.

Vergütung und Kennzeichnung

→ Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht vorliegender Befunde und ein Anamnesegespräch. Hinzu kommen ärztliche Untersuchungen, wenn 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 für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren die Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 einmal im Krankheitsfall (vier Quartale) abrechnen. Sie ist mit 75 Punkten (aktuell: 9,30 Euro) bewertet. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für den Patienten.

→ „Zweitmeiner“: Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Danach rechnet der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, für den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für seine Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann er diese ebenfalls durchführen, muss sie aber medizinisch begründen.

→ Vergütung: Die Vergütung für Leistungen des jeweils neu in die Richtlinie aufgenommenen Verfahrens ist zunächst extrabudgetär. Die Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt jeweils zu Beginn des zwölften Quartals, das auf das Inkrafttreten des entsprechenden Beschlusses zum Verfahren folgt.

→ Kennzeichnung: Ärzte müssen ihre Leistungen bei der Abrechnung nach bundeseinheitlichen Vorgaben eingriffsspezifisch kennzeichnen:

→ Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation bei Karotis-Stenosen durch den „Erstmeiner“ ist die neue bundeseinheitliche GOP 01645M vorgesehen.

→ Durch den „Zweitmeiner“ hat eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVD-T-Feldkennung 5009) mit dem Code 88200M zu erfolgen.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de

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

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

Transmitterkosten werden seit dem 1. Juli über den EBM erstattet

→ Seit dem 1. Juli 2025 werden die Kosten für Transmitter, die als externe Übertragungsgeräte für die Datenübermittlung beim Telemonitoring von Herzinsuffizienz und bei der telemedizinischen Funktionsanalyse erforderlich sind, über den EBM erstattet. Dafür wird die neue Kostenpauschale 40909 eingeführt.

→ Zukünftig kann der behandelnde Arzt beziehungsweise das zuständige Telemedizinische Zentrum (TMZ) Verträge mit den Medizinprodukte-Herstellern abschließen, ihre Patienten, die noch keinen Transmitter haben, mit einem entsprechenden Gerät versorgen und dafür die neue Kostenpauschale abrechnen.

Die neue Kostenpauschale 40909 für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) (GOP) 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584 ist mit 396,67 Euro bewertet. Sie wird extrabudgetär vergütet.

Die neue Kostenpauschale ist abrechnungsfähig:

- einmal je Krankheitsfall,
- maximal dreimal je Patient
- erneut dreimal je Patient möglich, wenn ein neuer Transmitter bei Aggregatwechsel benötigt wird (z. B. nach Batteriewechsel)

Weitere wichtige Hinweise zur Abrechnung:

→ Die Kostenpauschale ist nicht erneut abrechnungsfähig, wenn:
→ der Transmitter ohne Wechsel des Implantats ersetzt werden muss (z. B. bei Defekt) oder
→ ein vorzeitiger Implantat-Austausch im Rahmen von Garantie oder Regress erfolgt.

→ Für Patienten, die bereits mit einem Transmitter ausgestattet sind, ist die Kostenpauschale 40909 nicht berechnungsfähig.

→ In der Kostenpauschale 40909 enthalten sind:
→ alle Funktions-, Service- und Betriebskosten (z. B. bei Defekt)

→ Zusätzlich erfolgt eine Anpassung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 7.2 EBM im Zuge der Einführung.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de

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

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

Diese EBM-Anpassungen gelten ab sofort zu Komplexversorgung, Zweitmeinung und Videosprechstunde

→ Der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) hat zum 1. Juli verschiedene Anpassungen im EBM beschlossen. Sie betreffen die Berechnungsfähigkeit eines Zuschlags bei der Komplexversorgung von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der Transition, die Zweitmeinung bei Aortenaneurysmen sowie die Bestimmungen für Zweitmeinungen in Videosprechstunden.

Komplexversorgung Transition

→ Am 1. April ist die ambulante Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendlicher gestartet. Im EBM wurden dafür neue Leistungen im Abschnitt 37.6 aufgenommen.

→ Demnach wird die zweite Bestimmung zum Abschnitt 37.6 EBM um die Gebührenordnungsposition (GOP) 37626 ergänzt (Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 37625 für Leistungen im Rahmen der Transition). Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, dass die GOP 37626 ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten berechnet werden kann.

Zweitmeinung Aortenaneurysmen

→ Auch Radiologen mit besonderer Expertise in endovaskulären Verfahren (interventionelle Radiologie) sind zur Zweitmeinung vor Eingriffen an Aortenaneurysmen berechtigt.

→ Der ergBA hat die Aufnahme der GOP 01645 für die Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen in die Nummer 2 der Präambel 24.1 EBM beschlossen. Damit können auch Fachärzte für Diagnostische Radiologie die GOP 01645 abrechnen.

→ Um Redundanz zu vermeiden, wird die GOP 01645 in der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 4.4.1 EBM gestrichen, da die GOP bereits in der Präambel 4.1 EBM als berechnungsfähige Leistung enthalten ist.

Zweitmeinung Videosprechstunde

→ Zur Flexibilisierung der Videosprechstunde wurde im März unter anderem beschlossen, die leistungsbezogene Begrenzung aufzuheben – hier wurde der sechste Absatz der Nummer 4.3.1 (Arzt-Patienten-Kontakt) der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM gestrichen. Daraufhin hat der ergBA den Verweis auf den sechsten Absatz der Nummer 4.3.1 in Nummer 4.3.9.2 (Berechnung der Zweitmeinung) gelöscht.

MELISSA STORK
0421.34 04-197 | m.stork@kvhb.de

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

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

Höhere Gebühren für Ärzte und Psychotherapeuten in der gesetzlichen Unfallversicherung

→ Die Gebührenordnung für Ärzte in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) und das Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten wurden angepasst. Demnach steigen die Gebühren um 4,41 Prozent, außerdem können ab Juli 2025 mehrere neue Leistungen berechnet werden. Das hat die Ständige Gebührenkommission nach Paragraph 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger beschlossen. Folgende Änderungen sind am 1. Juli 2025 in Kraft getreten:

Anpassungen der UV-GOÄ

- Die Gebühren der UV-GOÄ (Anlage 1 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) wurden zum 1. Juli 2025 um 4,41 Prozent erhöht.
- Die Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nummer 17 UV-GOÄ wird künftig nach der neuen Nummer 17b UV-GOÄ in Höhe von 67,90 Euro vergütet.
- Für die Abnahme orthopädischer Schuhe und Prothesen wurden in der UV-GOÄ für die Abrechnung dieser Leistungen zwei neue Gebühren vereinbart. Diese Leistungen werden mit 37,78 Euro vergütet. Die Dokumentation erfolgt auf der Rechnung, eine gesonderte Berichtspflicht ist nicht nötig.
- Die Gebühren für schmerztherapeutische Leistungen nach Nummer 6000 und 6001 UV-GOÄ wurden angehoben. Die zum 1. Juli 2024 in Kraft getretenen Beschlüsse über die neuen schmerztherapeutischen Gebührenpositionen in der UV-GOÄ basierten auf einer Kalkulation auf der Grundlage von Vergütungen nach dem EBM aus dem Jahr 2022 und einem Zuschlag. Allerdings wurde mittlerweile der EBM für diesen Bereich seit 2023 mehrfach erhöht, so dass die Vergütung nach den Nummern 6000 und 6001 UV-GOÄ auch entsprechend erhöht werden soll. Zudem entfällt die jährliche Genehmigungspflicht.
- Die Gebühren der Nummer 6000 UV-GOÄ werden wie folgt angehoben:
 - Allgemeine Heilbehandlung: 167,38 Euro
 - Besondere Heilbehandlung: 167,38 Euro
- Die Gebühren der Nummer 6001 UV-GOÄ werden wie folgt angehoben:
 - Allgemeine Heilbehandlung: 22,93 Euro
 - Besondere Heilbehandlung: 22,93 Euro

Anpassungen des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren:

- Auch die Gebühren des Gebührenverzeichnisses Psychotherapeutenverfahren (Anlage 2 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) wurden zum 1. Juli 2025 um 4,41 Prozent erhöht.
- Zur Steigerung und Sicherung der Behandlungsqualität bei Gruppentherapie ist eine Erhöhung des Abrechnungsanteils von 50 Prozent auf 75 Prozent je Teilnehmer bezogen auf die Gebühr P 28 vorgesehen. Die Abrechnung setzt die Fachliche Befähigung für Gruppenpsychotherapie nach der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) voraus und ist auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers nachzuweisen. Für Psychotherapeuten, die zum 1. Juli 2025 am Psychotherapeutenverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung teilnehmen, ist eine Übergangszeit für den Nachweis für ein Jahr nach Anforderung vorgesehen.
- Außerdem: Änderung der Formtexte A4200, A4500, A4510 und A4520: Hintergrund der geänderten Formtexte ist, dass die Unfallversicherungsträger den gesetzlichen Auftrag haben, sich um die Prävention von Arbeitsunfallverletzungen zu kümmern und dies nun auch im Bereich der Tertiär-Prävention/Individualprävention umgesetzt wird. Die neuen Formtexte, die ab 1. Juli 2025 gelten, können auf der Internetseite der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung abgerufen werden.

Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte zu nosokomialen Infektionen



→ Die Prävention, Erkennung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen ist im Gesundheitswesen fester Bestandteil des Arbeitsalltags. Hygienebeauftragte Ärzte unterstützen dabei das Hygienefachpersonal, sind vor Ort in den Abteilungen zuständig für Fragen zu Hygiene und tragen aktiv zur Einhaltung der Hygienevorschriften bei. Dabei bringen sie Anregungen zur praxisnahen Optimierung von Abläufen und zur Umsetzung der Hygienepläne ein, um die Infektionsprävention zu stärken und größere Belastungen zu vermeiden.

→ Voraussetzung für die Qualifikation ist eine mindestens zweijährige klinische Tätigkeit sowie die erfolgreiche Teilnahme an einem speziellen Fortbildungskurs, der innerhalb von zwölf Monaten absolviert werden sollte. Der 40-Stunden-Kurs der Ärztekammer Bremen vermittelt gemäß BÄK-Curriculum das nötige Wissen für die Tätigkeit als hygienebeauftragte:r Arzt/Ärztin auf Grundlage der Hygieneverordnungen und KRINKO-Empfehlungen.

→ Die Fortbildung unter der Leitung von Martin Eikenberg richtet sich an Fachärztinnen und -ärzte aus ambulanten wie stationären Einrichtungen, darunter Kliniken, Reha-Zentren, Dialysepraxen und OP-Zentren.

→ Termine: 1.-3. und 18-19. September 2025, Kosten: 695 Euro (40 PKT). Weitere Infos und Anmeldung www.aekhb.de/veranstaltung oder über den QR-Code.

Anzeige

DÜNOW

Steuerberatungsgesellschaft

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

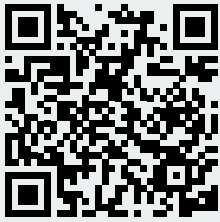
Dünow Steuerberatungsgesellschaft
Wachmannstraße 7 | 28209 Bremen
Telefon: 0421 30 32 79-0
kontakt@duenow-steuerberatung.de



FACHBERATER
für das Gesundheitswesen
(DStV e.V.)



Kostenfreie Fortbildung zu Demenz für Medizinische Fachangestellte



- Im Land Bremen leben etwa 14000 Menschen mit einer Demenz, oft haben diese auch andere medizinische Versorgungsbedarfe und sind Patienten in Bremer Arztpraxen. In einer kostenfreien ganztägigen Online-Fortbildung bietet das erfahrene Erwin-Stauss-Institut Bremen dem Praxispersonal die Möglichkeit, sich zur Demenz und zum professionellen Umgang mit Betroffenen zu informieren.
- Die gesamten Kosten für das Fortbildungsangebot trägt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Ziel ist es, den Beschäftigten in der Praxis mehr Sicherheit für Situationen im Praxisalltag zu vermitteln.
- Die Online-Fortbildungen finden am 8. September 2025, am 9. September 2025 und am 10. September 2025 jeweils von 9 bis 16 Uhr statt.
- Eine Bescheinigung über die Teilnahme wird allen Teilnehmern zugeschickt. Pro Tag können bis zu 20 Angestellte von Arztpraxen teilnehmen. Die Plätze werden nach dem Zeitpunkt der Anmeldung vergeben.
- Die Anmeldung erfolgt direkt beim Erwin-Stauss-Institut, <https://www.esi-bremen.de/programm/fortbildungen> (oder über den QR-Code). Suchwort: Demenz, Veranstaltungsnummern sind in der Liste: „SGFV FoB 001-25“, „SGFV FoB 002-25“ und „SGFV FoB 003-25“.

Betreuungsgericht Bremen-Mitte stellt auf elektronische Kommunikation um

- Das Betreuungsgericht Bremen-Mitte wird zum 29. September 2025 die elektronische Akte einführen und zukünftig – sofern möglich – mit den professionellen Beteiligten am Betreuungsverfahren rein elektronisch kommunizieren. Damit sind künftig drei Kommunikationswege vorgesehen:
 - Grundsätzlich kann zur Kommunikation mit den Gerichten ein besonderes elektronisches Bürger- und Organisationenpostfach (eBO) genutzt werden. Erforderlich für die Einrichtung eines eBOs sind:
 - Eine Software als Sende- und Empfangskomponente
 - Verschiedene kostenpflichtige Produkte sind verfügbar. Weitere Informationen erhalten Sie bei den jeweiligen Softwareherstellern.
 - Anlegung eines Postfachs
 - Identifikationsprozess
 - Authentifizierung
 - Sie haben die Möglichkeit, eine mit dem Programm WinRAR (Standardprogramm) verschlüsselte E-Mail an das Ressourcenpostfach betreuungsabteilung@amtsgericht.bremen.de zu versenden. Das Passwort für diese Datei kann in gesonderter E-Mail (bitte nicht in gleicher E-Mail) oder telefonisch mitgeteilt werden. Bitte verzichten Sie jedoch in jedem Fall darauf, verschlüsselte pdf-Dateien zu verschicken. Diese „vertragen“ sich nicht mit den e-Akten-Anwendungen.
 - Der Postweg bleibt natürlich ebenfalls geöffnet.
- Die Erreichbarkeit des Gerichtes per Fax wird künftig deutlich eingeschränkt, bis hin zur vollständigen Abkündigung des Faxgerätes. Es bestehen bei diesem Übermittlungsweg deutliche datenschutzrechtliche Bedenken.
- Servicetelefonnummer 0421-361 59448

„Moin, wir sind die Neuen!“

Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor

42



Warum haben Sie sich für eine Anstellung entschieden?

Kurz nach Erlangung des Facharztes für Innere Medizin bietet mir eine Anstellung ein solides Umfeld, um noch weiter zu lernen, insbesondere die Spezifitäten der ambulanten Patient*Innen Versorgung. Zudem kann ich hier leichter die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleisten.

Warum Bremen?

Da Bremen aktuell meinen Lebensmittelpunkt darstellt – kurze Wege, beruflich und privat, sind wertvoll.

Haben Sie einen Lieblingsstadtteil?

Ich lebe in Schwachhausen, fühle mich aber auch andernorts wohl.

Was ist für Sie das Besondere an Ihrer Fachrichtung?

Die Innere Medizin ist für mich die vielfältigste der klinischen Medizin – fachlich breit, oft komplex und intellektuell herausfordernd. Was mich besonders fasziniert, ist die Möglichkeit, Zusammenhänge zu erkennen und den Menschen in seiner Gesamtheit zu betrachten. Die Bandbreite reicht vom akuten Notfall bis zur langfristigen Begleitung chronisch kranker Patientinnen und Patienten – das macht die Arbeit so abwechslungsreich und erfüllend.

Von der KV Bremen erwarte ich...

...eine konstruktive Partnerschaft auf Augenhöhe. Für mich ist wichtig, dass die KV eine klare, praxisnahe Unterstützung bietet – sei es bei Abrechnungsfragen, Fortbildungsangeboten oder der Weiterentwicklung einer modernen, wohnortnahen Patientenversorgung.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Die Mischung aus medizinischem Wissen, menschlichem Kontakt und der Verantwortung, wirklich etwas bewirken zu können. Kein Tag ist wie der andere, und gerade die vertrauensvolle Beziehung zu den Patientinnen und Patienten gibt meinem Beruf eine tiefere Bedeutung. Außerdem fasziniert mich die Breite des Spektrums der Fragestellungen, mit denen die Menschen hilfesuchend ärztliche Behandlung aufsuchen. Hier nach bestem Wissen und Gewissen zu helfen, macht mir Spaß.

Wie entspannen Sie sich?

Leider viel zu selten, in der Doppelbelastung aus Beruf und familiärer Verantwortung bleibt dafür oft weniger Raum als notwendig wäre. Ich spiele jedoch wann immer möglich Fußball in der Wilden Liga Bremen.

Wenn ich nicht Arzt geworden wäre, dann...

... wäre ich Raumfahrer geworden.

Name: Dr. med. Paul Frederic Menge

Geburtsjahr: 1987

Geburtsort: Bremen

Fachrichtung: Innere Medizin

Niederlassungsform: MVZ

Sitz der Praxis:
Außer der Schleifmühle 64
28203 Bremen

Kontakt der Praxis:
info@mvz-bremen-mitte.de

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

Warum haben Sie sich für eine Anstellung entschieden?

Nach der Facharzt-Prüfung empfand ich den direkten Sprung in die Selbstständigkeit als zu kaltes Wasser, des Weiteren verspreche ich mir davon evtl. noch etwas mehr Freizeit, da doch einige administrative Aufgaben noch an mir vorüber gehen.

Warum Bremerhaven?

Ich stamme aus dem Umkreis, bin aufgewachsen auf dem Dorf (Flögeln), wo ich jetzt nach 15 Jahren Hamburg auch wieder wohne. Ich mag das Dorfleben. Allerdings konnte ich mir nicht vorstellen, ein richtiger Landarzt zu werden. Etwas Abstand vom Arbeitsplatz zum Wohnort halte ich für gesund. Da bot sich Bremerhaven an. Hier habe ich auch die Ausbildung zum Krankenpfleger gemacht und daher kannte ich die Krankenhauslandschaft etwas.

Haben Sie einen Lieblingsstadtteil?

Ich mag Bremerhaven als Gesamtkonstrukt. Eine interessante, vielschichtige Stadt mit Geschichte, die viel zu bieten hat und die in vielerlei Hinsicht besser ist als ihr Ruf.

Was ist für Sie das Besondere an Ihrer Fachrichtung?

Die Tür geht auf und man weiß nicht, was kommt. Das mag ich. Außerdem ist man etwas überparteilich und derjenige, der die Facharzt-Konsultationen moderieren und einordnen muss. Man hat den besten Zugang zum Patienten, weil sie dem Hausarzt häufig am meisten vertrauen.

Von der KV Bremen erwarte ich...

...Unterstützung und Beratung, möglichst ohne große bürokratische Hürden und Komplikationen.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Der Kontakt zum Patienten, den man als Arzt herstellt, ist für mich sehr wichtig. Ich kann mit einem Landwirt auf der gleichen Wellenlänge sein wie mit einem Opernsänger oder Professor der Mathematik. Das macht mir großen Spaß. Natürlich freue ich mich auch sehr, wenn ich einem Patienten direkt aus einer schwierigen Situation helfen oder seine Genesung herbeiführen kann.

Wie entspannen Sie sich?

Ich genieße die freie Zeit mit meiner Familie auf unserem Hof. Ich mache häufig Sport, spiele regelmäßig Fußball, zuletzt leider immer häufiger mit Blessuren, was der Entspannung dann nicht unbedingt hilft. Richtig abschalten kann ich leider selten, aber mir reicht häufig auch ein ruhiges Wochenende um die Akkus aufzuladen. Ein Buch lesen würde ich gern häufiger, das entspannt mich sehr.

Wenn ich nicht Arzt geworden wäre...

...dann wäre ich irgendwas anderes geworden oder wäre Intensivkrankenpfleger geblieben. Ich hätte mir nach dem Abi alles vorstellen können, vom Polizisten über Reedereikaufmann bis Zimmermann habe ich viel überlegt. Arzt war nie mein einziger Berufswunsch.



Name: Jan- Christoph Mangels

Geburtsjahr: 1984

Geburtsort: Otterndorf

Fachrichtung: Allgemeinmedizin

Niederlassungsform: angestellter Arzt in internistischer/hausärztlicher Praxis

Sitz der Praxis: Theodor-Heus-Platz 3
27568 Bremerhaven

Kontakt: Praxis Forst/Pott/ Yousef
0471 42862; praxis@forst-pott.de

Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

Zeitraum 1. Mai bis 30. Juni 2025

Anstellungen

Name	anstellende Betriebsstätte	Ort	Fachgruppe	Beginn
Dr. med. Hannah Drünert - halbe Anstellung -	MVZ Osterstraße GmbH	Osterstraße 1A 28199 Bremen	Allgemeinmedizin	01.06.2025
Dr. med. Norbert Grünewald - halbe Anstellung -	Oliver Borrmann	Altenwall 5 28195 Bremen	Allgemeinmedizin	06.05.2025
Malte Edler von Braumnühl - volle Anstellung -	Dres. med. Bettina Dittert und Mario Janson, Örtliche Gemeinschaftspraxis	Dötlinger Straße 2-4 28197 Bremen	Allgemeinmedizin	06.05.2025
Victoria Kiseleva - volle Anstellung -	Eberhard Kraft und Dr. med. Andrea Kraft, Örtliche BAG	Schwaneweder Straße 21 - 23 28779 Bremen	Allgemeinmedizin	16.06.2025
Ahmad Molla Ali - volle Anstellung -	Augen- und Laserzentrum MVZ Bremen, KVüBAG	Gröpelinger Heerstraße 406 28239 Bremen	Augenheilkunde	03.06.2025
Arno Wirdemann - dreiviertel Anstellung -	Dr. Awe und Partner Ärzte Partnerschaft Bremen, MVZ	Hans-Bredow-Straße 19 28307 Bremen	Augenheilkunde	06.05.2025
Dr. med. Tamara Irina Tiburtius - volle Anstellung -	MVZ Universitätsallee GmbH	Parkallee 301 28213 Bremen	Augenheilkunde	06.05.2025
Franziska Wenner - halbe Anstellung -	Dr. Awe und Partner Ärzte Partnerschaft Bremen, MVZ	Hans-Bredow-Straße 19 28307 Bremen	Augenheilkunde	06.05.2025
Dr. med. Berit Lauterjung-Jakobi - viertel Anstellung -	Dr. med. Gunnar Bohlen	Landrat-Christians-Straße 124 28779 Bremen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.06.2025
Dr. med. Sonja Sohela Parsai-Olsen - dreiviertel Anstellung -	Gynaekologikum Bremen MVZ für Gynäkologische Onkologie und Operative Gynäkologie	Schwachhauser Heerstraße 52a 28209 Bremen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	03.06.2025
Dr. med. Paul Frederic Menge - volle Anstellung -	MVZ Bremen-Mitte/Dr. med. A. Riedel und Kollegen	Außer der Schleifmühle 64-66 28203 Bremen	Innere Medizin	06.05.2025
Dr. med. Univ. Caroline Spatny - volle Anstellung -	Praxis am Mühlenviertel MVZ GmbH	Leher Heerstraße 77 28359 Bremen	Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie	06.05.2025
Carlos Gustavo Acosta Arias - viertel Anstellung -	Paracelsus MVZ Bremen, Überörtliche BAG	In der Vahr 65 28329 Bremen	Neurologie	03.06.2025
M. Sc. Franziska Looock - halbe Anstellung -	M. Sc. Ilarion Stupar	Gerhard-Rohlf's-Straße 39 28757 Bremen	Psychologische Psychotherapie	09.05.2025
Dr. med. Mathias Alexander Sonnhoff - viertel Anstellung -	Prof. Dr. med. U. Carl / Dr. med. R. Hermann / PD Dr. med. M. Nit- sche / Dr. med. C. Carl, KV-übergreifende BAG	Gröpelinger Heerstraße 406/408 28239 Bremen	Strahlentherapie	06.05.2025
Jan-Christoph Mangels - volle Anstellung -	Ute Forst/Dr. med. Andreas Pott/ Ines Yousef , BAG	Theodor-Heuss-Platz 3 27568 Bremerhaven	Allgemeinmedizin	06.05.2025
Dr. med. Marcus Storch - viertel Anstellung -	MVZ Dres. Awe Karwetzky Augenärzte Partnerschaft Bremerhaven, KV-übergreif. BAG	Bürgermeister-Smidt-Straße 108 27568 Bremerhaven	Augenheilkunde	03.06.2025

Verlegungen, Umzüge

Name	von	nach	Datum
Dipl.-Psych. Angela Kuß-Philippsen	Gerhard-Rohlf's-Straße 71B 28757 Bremen	Reeder-Bischoff-Straße 28 28757 Bremen	15.05.2025
Dr. rer. pol. Jelena Becker	Herderstraße 33 28203 Bremen	Besselstraße 49 28203 Bremen	09.05.2025
Svetlana Kess	Außer der Schleifmühle 26 28203 Bremen	Obernstraße 56 28195 Bremen	09.05.2025
M. Sc. Daria Gargula	Theodor-Heuss-Platz 13 27568 Bremerhaven	Bürgermeister-Martin-Donandt-Platz 32 27568 Bremerhaven	09.05.2025

Zulassungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Nachfolger von
Dr. med. Ayse Avdanlioglu - volle Zulassung -	Emmastraße 220 28213 Bremen	Innere Medizin	01.06.2025	
Dipl.-Psych. Jessica Muhlack - halbe Zulassung -	Emmastraße 264 28213 Bremen	Psychologische Psychotherapie	09.05.2025	Dr. phil. Dipl.-Psych. Walter Reinhard
Dipl.-Psych. Katharina Köpke - halbe Zulassung -	Amelinghauser Straße 7 28329 Bremen	Psychologische Psychotherapie	09.05.2025	Dipl.-Psych. Mirko Goedelt
Amely Kurtz - halbe Zulassung -	Schleusenstraße 32 27568 Bremerhaven	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	09.05.2025	
Dipl.-Soz. Päd. Lisa Kehler - halbe Zulassung -	Hafenstraße 194 27568 Bremerhaven	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	01.06.2025	
M. Sc. Büsra Donbay - halbe Zulassung -	Fischkai 57 27572 Bremerhaven	Psychologische Psychotherapie	09.05.2025	

Ermächtigungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Umfang
Catherine Chow	Schwachhauser Heerstraße 54 28209 Bremen	Augenheilkunde	06.05.2025	Angaben zum Ermächtigungsumfang finden Sie auf der Homepage der KV Bremen unter: www.kvhb.de/arztlisten
Dr. med. Jan Korde	Schwachhauser Heerstraße 54 28209 Bremen	Augenheilkunde	06.05.2025	
Prof. Dr. med. Felix Diekmann	Schwachhauser Heerstraße 54 28209 Bremen	Diagnostische Radiologie	03.06.2025	
Dr. med. Martin Engel	Gröpelinger Heerstraße 406/408 28239 Bremen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.05.2025	
Katrin Griesbach	Gröpelinger Heerstraße 406/408 28239 Bremen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.05.2025	
Mariana Chitic	Hammersbecker Straße 228 28755 Bremen	Innere Medizin Innere Medizin und (SP) Hämatologie und Onkologie	03.06.2025	
Dr. med. Lisa Billecke	Sankt-Jürgen-Straße 1 28205 Bremen	Kinder- u. Jugendmedizin	06.05.2025	
Dr. med. Stefan Fröhling	Sankt-Jürgen-Straße 1 28205 Bremen	Kinder- u. Jugendmedizin	06.05.2025	
Priv. Doz. Dr. med. Marion Mühldorfer-Fodor	Niedersachsendamm 72-74 28201 Bremen	Orthopädie	06.05.2025	

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 15. August 2025. Mitglieder der KV Bremen können Inserate auch in der Online-Praxisbörse unter praxisboerse.kvhb.de kostenlos aufgeben.

Nachfolge (m/w/d) für Praxis in Walle

Für meine erfolgreiche und sehr gut frequentierte Hausarztpraxis suche ich Nachfolger.
2 KV-Sitze, eingespieltes Team, flexible Übergabe und Einarbeitung, VZ/TZ, gute ÖPNV-Anbindung.
Kontakt: mumperow@gmx.de

Hausarztpraxis Bremerhaven Wulsdorf

Ca. 170 qm, wird komplett modernisiert.
Ebenerdiger Zugang, Parkplätze, Bushaltestelle, Apotheke und Bank vor der Tür.
Kein Abstand, moderate Miete
Kontakt: 0172/4567819

Einzelpraxis mit einem KV-Sitz

(Chirurgie/Gefäßchirurgie) und großem Patientenstamm in Bremen/Horn Ende 2025 abzugeben. Beste Lage, kostenlose Parkmöglichkeiten, gute ÖPNV-Anbindung, BAG geeignet, keine Bereitschaftsdienste, Übernahme langjähriger, kompetenter, zuverlässiger MFAs möglich.
Chiffre: COB06U

Hausarztpraxis HB-Mitte abzugeben

langjährig etablierte, gewinnstarke Praxis mit festem Patientenstamm (Kasse&Privat) in vertrauensvolle Hände abzugeben.
Kontakt: praxisbesmil@web.de / 0171-2128486

Suche Praxisnachfolger ab 10.2026

Gut gehende, alteingesessener Kinderarztpraxis in Bremerhaven. Sucht Nachfolger/in, 1KV-Sitz
Sehr gut eingespieltes freundliches Personal
Übergabe/Einarbeiten nach Wunsch
Chiffre: BNA95T

MFA (m/w/d) gesucht

Allgemeinmedizinische Praxis in Schwachhausen sucht zuverlässige, ausgebildete MFA mit guten Abrechnungskenntnissen. Arbeitszeit vereinbar.
Chiffre: DPC17V

PT-Behandlungsraum

Bieten ab Okt. PT-Behandlungsraum [20qm] an in der Brahmsstraße in netter Praxisgem.
Gruppen geeignet. Gerne auch Kandidaten.
Kontakt: 0421/47899288 AB

So antworten Sie auf Chiffre-Anzeigen

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

Impressum

Herausgeberin: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Tel.: 0421.3404-0 | v.i.S.d.P.: Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans | Redaktion: Christoph Fox, Tonia Marie Hysky (RED) | Autoren dieser Ausgabe: Dr. Bernhard Rochell, Dr. Stefan Trapp, Christoph Fox, Tonia Marie Hysky, Janine Schaubitzer | Abbildungsnachweise: Adobe Stock - Studio Romantic (S. 1; S. 18); KV Bremen/Lehm-kühler (S. 2); Privat (S. 1, S. 4, S. 16, S. 42-43, S. 48); Adobe Stock (S. 8); Adobe Stock - jirsak (S. 14); Adobe Stock - globetrotter1 (S. 17) | 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

Das Landesrundschriften erscheint achtmal im Jahr als Informationsmedium für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Abdruck nur mit Genehmigung der Herausgeberin. Gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Das Landesrundschriften 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 Landesrundschriften 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.

..... Anzeige

meditaxa®
Fachkreis für Steuerfragen
der Heilberufe

**Ihre Berater
für Heilberufe
in Bremen
und Umzu.**



**HAMMER
& PARTNER**

Wirtschaftsprüfer
Steuerberater
Rechtsanwälte

0421 / 369 04 - 0
www.hammer.partners

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

Melissa Stork -197

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 Abrechnungsorganisation

Katharina Kuczkowicz -301

Team Abrechnungsservice

Isabella Schweppe -300

Abteilungsleitung

Anke Hoffmann -141

Janine Schaubitzer -315

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung

Nina Arens -372

Anushka Taylor -139

Abteilungsleitung

Mario Poschmann -180

Praxisberatung

Nicole Daub-Rosebrock -373

Prüfung

Plausibilitätsprüfung (Abrechnung)

Christoph Maaß -115

Wirtschaftlichkeitsprüfung

(Verordnung, Behandlung)

Thomas Arndt -176

Qualitätssicherung

Neue Versorgungsformen (HzV, DMP, ...)

Sylvia Kannegießer -339

Inga Bötzel -159

Qualitätssicherung

Jennifer Bezold -118

Nicole Heintel -329

Kai Herzmann -334

Franziska Plohr -330

Abteilungsleitung

Christoph Maaß -115

Sandra Kunz (QM) -335

Zulassung

Arztregister Ärzte

arztregister@kvhb.de

Psychotherapeutenregister

Birgit Stumper -148

Zulassung und Bedarfsplanung

Manfred Schober (Ärzte) -332

Martina Plieth (Psychoth.) -336

Jan Schneidereit (Ärzte) -338

Abteilungsleitung

Maïke Tebben -321

Johanna Viering -341

Rechtsfragen

Christoph Maaß

(u. a. Datenschutz) -115

Maïke Tebben (Zulassung) -321

Anke Hoffmann (Abrechnung) -141

Honorar

RLV-Berechnung/

Praxisbesonderheiten (RLV)

Christina Köster -151

Janina Schumacher -152

RLV-Anträge und Widersprüche

Kathrin Radetzky -195

Abschläge, Bankverbindung,

Kontoauszug

Martina Prange -132

Verträge

Abteilungsleitung

Matthias Metz -150

Julia Berg -150

Arzneimittel & Co

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Michael Schnaars -154

Bereitschaftsdienste

Bremen und Bremen-Nord

Annika Lange -107

Nicole Daub-Rosebrock -373

Kerstin Lünsmann -103

Bremerhaven

Martina Schreuder 0471.48 293-0

TSS

Regina Albers -382

Abteilungsleitung

Stefanie Hornemann (komm.) -157

Sandra Schwenke -355

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

Jessica Sperl -177



Das Gesicht hinter der Rufnummer

0421.34 04-338

Jan Schneidereit ist Ihr Ansprechpartner
für Fragen rund um die ärztliche Zulassung
und die Niederlassungsberatung.