

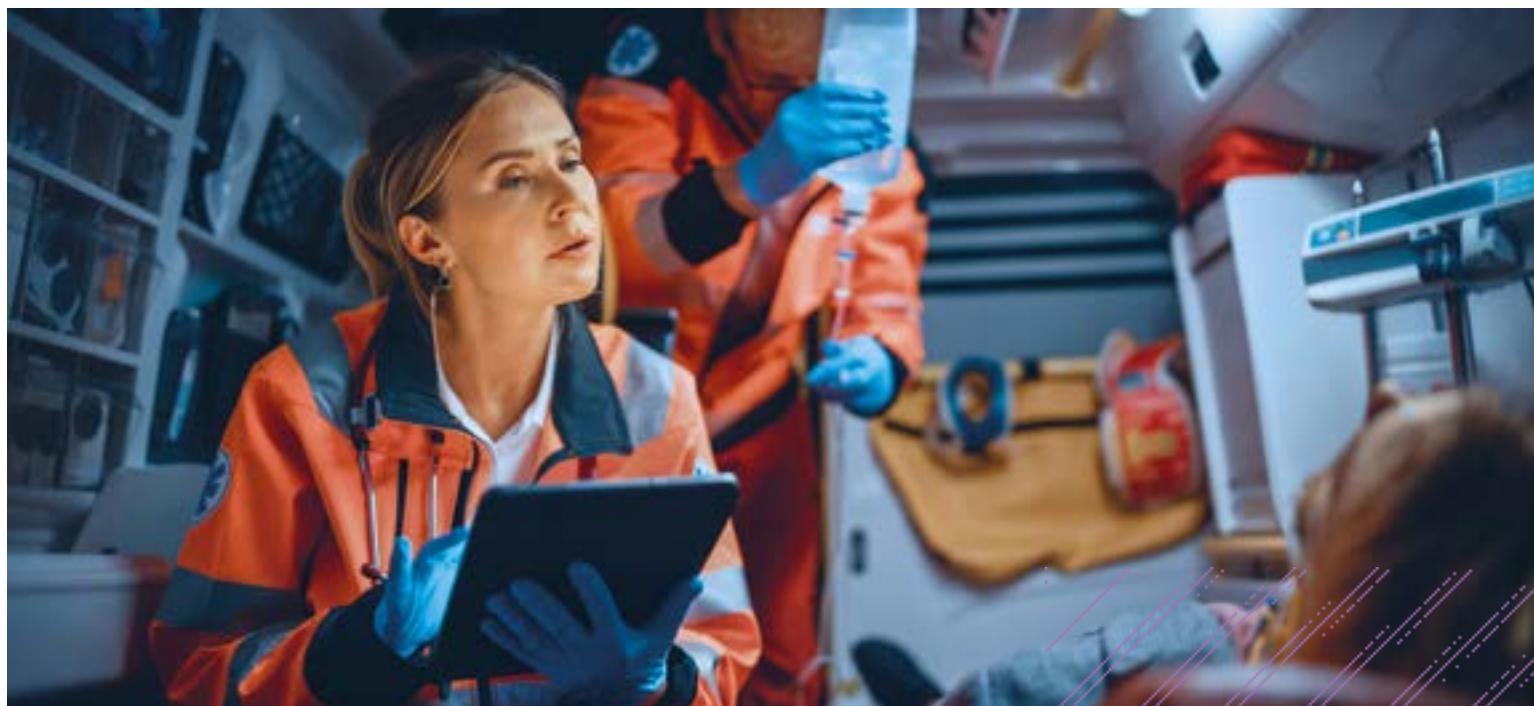
landesrundschreiben

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 7 | 28. Oktober 2021



- DMP Asthma bronchiale ↗ 06
- Bremer Notfallversorgung ↗ 10
- Kodierunterstützung für ICD-10 ↗ 20
- Praxen vor Gericht ↗ 24
- Das ist neu zum 1. Oktober ↗ 28
- Mammographie-Screenings ↗ 31
- Vergütung ePA-Erstbefüllung ↗ 33
- Strahlentherapie-Leistungen ↗ 38
- SDM-Präsenztermine 2022 ↗ 44





PETER KURT JOSENHANS
stellv. Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Rufe nach mehr politischer Beachtung für die ambulante niedergelassene Versorgung und ihre Probleme werden immer lauter. Müssen Sie auch! Denn in der Corona-Pandemie sind viele Niedergelassene bei der Versorgung mit der weit überwiegenden Zahl der Corona-Patienten ganz vorne, sorgen für freie Krankenhausbetten und impfen dazu noch, was geht. Aber Aufwand und Finanzierung stehen nicht im Einklang, das zeigen die Honorardaten: Viele Praxen erhalten Gelder aus dem Rettungsschirm, der jedoch nur bis 90 Prozent der Vorjahreseinnahmen garantiert. Was macht die Politik?

Politik I: Die Finanzierung des Rettungsschirms durch die Kassen wurde vom Gesetzgeber mit dem 31. Dezember 2020 beendet – ab dem 1. Januar 2021 dürfen die KVen dies weiterhin, aber aus den Honoraren und ihren Rücklagen mit eigenem Geld also (→ Seite 04). Wir tun das, weil Sie und der Erhalt einer guten Versorgung es uns wert sind!

Politik II: Aktuell wurde auf Bundesebene der Punktwert für 2022 verhandelt. Die Position des „Spitzenorgans“ der Kassen (GKV-SV) war eine Absenkung – dann bot man eine Nullrunde an. Im Ergebnis steht nun ein Anstieg von + 1,275 Prozent (→ Seite 05). Kein wirklicher Erfolg! Denn für die ergänzenden Verhandlungen auf Landesebene hat der GKV-SV mit der Position „Minus“ die Linie den Kassen klar vorgegeben. Aber das ist nicht das eigentliche Problem: In den letzten 14 Jahren betrug der rechnerische durchschnittliche Anstieg des Punktwertes 1,23 Prozent p.a. – demgegenüber lag die Inflationsrate in den letzten 14 Jahren durchschnittlich bei 1,41 Prozent p.a. Das Problem sind der gesetzliche Rahmen und die politischen Vorgaben. Es braucht eine grundlegende Änderung!

Politik III: Bundesminister und gematik treiben die Digitalisierung voran, kostet es was es wolle – selbst wenn es offenkundig nicht geht! Viele Praxen haben noch keinen eHBA. Die ePA wird wegen ihrer umständlichen Architektur und fehlender Vorteile von den Bürgerinnen und Bürgern nicht genutzt – hinzu kommt nun das engagierte Einschreiten des Bundesdatenschutzbeauftragten, der die Umsetzung seiner Vorgaben fordert, was die Kassen aufgrund anderslautender Gesetze und Vorgaben aus BMG und gematik nicht können. Mitte September – also zwei Wochen vor dem Start (!) – waren nach Aussage des Vorstandes der KBV lediglich sieben Kassen in der Lage, eine eAU anzunehmen. Ein Desaster scheint also vorprogrammiert und die Praxen müssen Unmögliches tun, weil sie sonst sanktioniert werden. Folgerichtig hat die Vertreterversammlung in einer einstimmig gefassten Resolution Verschiebung und Nachbesserungen gefordert.

Politik IV: Das deutsche Gesundheitssystem hat in der Pandemie hervorragend funktioniert! Alle Politiker haben's betont, stetig die Krankenhäuser gelobt aber die Niedergelassenen häufig vergessen. In den Parteiprogrammen zur Bundestagswahl konnten wir entweder nichts zur ambulanten Versorgung finden oder mussten mehr staatliche Lenkung befürchten. Ob dadurch die Versorgung besser wird? Ein Blick in andere Länder sagt: Nein!

Erspart habe ich Ihnen und mir das Thema Impfen. Auch dazu gäbe es unter der Rubrik „Politik“ viel zu sagen, zum Beispiel politisches Handeln ohne klare wissenschaftliche Empfehlungen: Wahlkampf!

Eine spannende Lektüre wünscht

Ihr Peter Kurt Josenhans
stellv. Vorsitzender der KV Bremen

→ AUS DER KV

- 04** — Corona-Rettungsschirm bleibt bis Jahresende aufgespannt
- 06** — DMP Asthma bronchiale: **Selbstmanagement selten im Einsatz**
- 08** — ZI-Blitzumfrage: Ärztliche Beratung entscheidet über Impf-Erfolg
- 18** — Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

→ IM BLICK

- 10** — Mit dem Rettungswagen in die Praxis:
Die neue Notfallversorgung für Bremen

→ IN PRAXIS

- 20** — Kodierunterstützung für ICD-10: Alle Fakten zum Kodier-Check 2022
- 22** — Corona-Impfungen von Hochbetagten:
Ärzte stellen Einwilligungsfähigkeit fest
- 24** — Praxen vor Gericht: **Ungeimpfte haben Recht auf Behandlung**
- 25** — Praxen vor Gericht: **Ärztin muss Pandemie-Regeln umsetzen**
- 26** — Schutz von Patientendaten: Adieu, Telefax!
- 27** — Wer holt die Laborwerte in die Praxis? Jede Fachgruppe darf beauftragen!
- 28** — Auf einen Blick: **Das ist neu zum 1. Oktober**
- 29** — Sie fragen – Wir antworten

→ IN KÜRZE

- 30** — Meldungen & Bekanntgaben
 - Neue Kostenpauschalen für eAU-Versand per Post
 - FA für Psychiatrie und Psychotherapie können Lumbalpunktion abrechnen
- 31** — Neue Anforderungen an Apparate und Doku bei Mammographie-Screenings
- 32** — Substitutionsgestützte Behandlung dauerhaft abrechenbar
- 33** — Vergütung für ePA-Erstbefüllung steht fest
- 34** — Finanzierung der Präexpositionsprophylaxe verlängert
 - Videofallkonferenz und Videosprechstunden-Authentifizierung länger abrechenbar
 - Neugeborenen-Screening wird höher bewertet
- 35** — Akutbehandlung und Gruppentherapie jetzt per Video möglich
- 36** — Zuschlag bei NierenersatzTherapie wird verlängert
 - Onkologie-Vereinbarung wird angepasst
- 37** — GOP 01470 auch bei vorläufig aufgenommenen DiGAs ansetzbar
- 38** — Strahlentherapeutische Leistungen werden angepasst
- 39** — Anästhesien oder Kurznarkosen sind bei Kryokonservierung abrechenbar
- 40** — GOP für Keytruda/Jemperli sowie den Oncotype-Test in EBM aufgenommen
- 41** — Klarheit bei Grippeimpfstoffen für über 60-jährige
 - Neue Vordrucke für Homöopathieverträge
- 42** — Weitere Ausnahme bei Stimulantien als Kassenleistung
 - Fortbildungszertifikate müssen fünf Jahre nach Tätigkeitsaufnahme vorliegen
- 43** — Befristete Vereinbarungen zu QS-Anforderungen enden am 30. September
 - Projekt zur chronischen Wundversorgung startet im Januar 2022
- 44** — Präsenztermine für SDM-Fortbildung stehen fest
- 45** — Vergütungsvereinbarung für Diabetes mellitus wird angepasst

→ ÜBER KOLLEGEN

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

→ SERVICE

- 50** — Kleinanzeigen
- 52** — Der Beratungsservice der KV Bremen
- 49** — Impressum

Corona-Rettungsschirm bleibt bis Jahresende aufgespannt

4

Aus der KV

Landesrundschreiben | Oktober 2021

Die KV Bremen spannt auch für das vierte Quartal 2021 den Corona-Rettungsschirm auf. Die Vertreterversammlung hat auf ihrer Sitzung am 13. Oktober der dafür notwendigen Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zugestimmt.

**Vertreterversammlung
am 13. Oktober 2021**

⇒ Der gesetzlich garantierte Corona-Rettungsschirm wurde vom Gesetzgeber schon im vergangenen Jahr beendet. In diesem Jahr oblag es den KVen regionale Regelungen zu treffen. Von dieser Möglichkeit macht auch die KV Bremen Gebrauch. Nun wird der Corona-Rettungsschirm auch im vierten Quartal 2021 fortgeführt. Zuvor hatte der Deutschen Bundestag die epidemische Lage von nationaler Reichweite bis Ende November verlängert.

Konkret hat die Vertreterversammlung einer Anpassung des HVM (Ergänzungsvereinbarung) beschlossen, wonach Praxen, die einen Corona-bedingten Fallzahlrückgang erleben, eine Aufstockung auf bis zu 90 Prozent des Honorars aus dem Vorjahresquartal erhalten. Dies gilt sowohl für die morbiditätsbedingte Vergütung als auch für die Honoraranteile aus extrabudgetären Bereichen. Damit wird sichergestellt, dass Praxen nach einem unverschuldeten Patientenrückgang eine Kompensation erhalten.

Im letzten ausgewerteten Quartal 1/2021 profitierten in Bremen und Bremerhaven 192 Praxen aus allen Versorgungsbereichen von der Honoraraufstockung. Insgesamt wurden in diesem Quartal über den Rettungsschirm rund 1,5 Millionen Euro zusätzlich ausbezahlt. Die Dimensionen aus dem Vorjahr werden dabei nicht mehr erreicht. Im zweiten Quartal 2020 haben noch 327 Praxen Ausgleichszahlungen erhalten.

Ob der Rettungsschirm auch über das laufende Jahr hinaus aufgespannt bleibt, ist fraglich. Es gibt Anzeichen dafür, dass der Bundestag die epidemische Lage von nationaler Reichweite nicht mehr verlängert wird, womit die Grundlage für den Corona-Rettungsschirm entfiele. ←

Corona-Sonderregelung 1

⇒ Bei einer Unterschreitung der Fallzahlen wird für die Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) in den Quartalen des laufenden Jahres die zugewiesene RLV-Fallzahl aus 2020 herangezogen. ←

Corona-Sonderregelung 2

⇒ Die turnusmäßige Neuberechnung der RLV-Altersklassen für 2022 wird aufgrund von Corona-Sonderefekten ausgesetzt. ←

Job-Sharing-Praxen erhalten BAG-Zuschlag im RLV

→ Ab dem vierten Quartal 2021 erhalten Job-Sharing-Praxen im Bereich der KV Bremen einen BAG-Zuschlag auch im Regelleistungsvolumen (RLV). Einer entsprechenden Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) und der RLV-Durchführungsbestimmungen hat die Vertreterversammlung auf ihrer Sitzung am 13. Oktober zugesimmt. Diese Änderung betrifft 16 Praxen in Bremen und Bremerhaven mit einem Honorarvolumen in Höhe von rund 60.000 Euro. ←

KV Bremen unterstützt Petition gegen überstürzte TI-Anwendungen

→ Die KV Bremen will eine Petition gegen überstürzte TI-Anwendungen unterstützen, die derzeit von der KV Bayerns vorbereitet wird. In der Petition an den Deutschen Bundestag wird eine einjährige Testphase für neu digitale Anwendungen gefordert, bevor diese in den Praxen von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten verpflichtend eingeführt werden. Die Petition wird sich auch auf die eAU sowie die Einführung des Rezeptes zum 1. Januar 2022 beziehen. Sobald die Petition vom Petitionsausschuss geprüft und veröffentlicht wurde, wird die KV Bremen ihre Mitglieder über die Möglichkeit zur Mitzeichnung informieren. ←

KV Bremen startet Forschungsprojekt zu Digitalisierung in Praxen

→ Unter dem Titel „Unterstützungsbedarfe der Haus- und Facharztpraxen im Land Bremen bei der Implementierung digitaler Anwendungen“ starten die KV Bremen und die Universität Bremen ein Forschungsprojekt. Eine entsprechende Vereinbarung ist im September unterzeichnet worden.

Die KV Bremen unterstützt eine Promotion am Institut Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen bei der Erhebung von für die Erstellung der Dissertation benötigten Daten und Erkenntnissen. Die KV stellt Daten zur Verfügung und den Kontakt zu Praxen her, macht Interviews oder umfangreichere Befragungen möglich. ←

BUNDESEBENE: HONORARVERHANDLUNGEN ABGESCHLOSSEN

Der Orientierungspunktwert wird im kommenden Jahr um 1,275 Prozent – von aktuell 11,1244 Cent auf 11,2662 Cent – angehoben. Das entspricht einer Anhebung des Honorars für die Vertragsärzte in Deutschland um 540 Millionen Euro.

Der Beschluss wurde im Erweiterten Bewertungsausschuss herbeigeführt, nachdem sich die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband auf dem Verhandlungsweg nicht auf eine Anhebung einigen konnten. Die Krankenkassen hatten eine Nullrunde angeboten.

Ein besseres Ergebnis war nicht möglich, weil die Mehrheit des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht davon überzeugt werden konnte, Kostentreiber wie zum Beispiel die deutlichen Gehaltssteigerungen bei den medizinischen Fachangestellten zu berücksichtigen.

Der Punktwert ist der Geldwert eines Bewertungspunktes im EBM.

LANDESEBENE: HONORARVERHANDLUNGEN LAUFEN

Neben dem Orientierungspunktwert sind bei den regionalen Honorarverhandlungen die Veränderungsraten der Morbidität und Demografie entscheidend. Die beiden Faktoren werden für jeden KV-Bezirk vom Bewertungsausschuss festgelegt. In Bremen ist traditionell der Demografiefaktor wegen der urbanen Altersstruktur negativ, was den Spielraum für die Verhandlungen zwischen der KV und den regionalen Krankenkassen einschränkt.

Für 2022 wurde für Bremen der Demografiefaktor auf -0,0788 Prozent und der Morbiditätsfaktor auf 0,1547 festgesetzt.

DMP Asthma bronchiale: Selbstmanagement selten im Einsatz

Die Zahl von Notfallbehandlungen im Rahmen des Bremer DMP Asthma bronchiale bleibt stabil niedrig. Doch bei medikamentöser Therapie und Selbstmanagement besteht Verbesserungsbedarf.

6

Aus der KV

Landesrundschreiben | Oktober 2021



→ Positives Ergebnis einer bundesweite Auswertung der Qualitätszielerreichung von Disease Management Programmen Asthma bronchiale (DMP AB) im Land Bremen ist, dass die Zahl von Notfallbehandlungen stabil niedrig bleibt. Knapp verfehlt werden jedoch die Ziele einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie und des Einsatzes eines Selbstmanagementplans sowie dokumentierter FEV1-Kontrollen.

Bei der chronischen Lungenerkrankung Asthma bronchiale sollen akute und chronische Krankheitsbeeinträchtigungen durch Symptomkontrolle und Selbstmanagement vermieden werden. Ein Parameter für die Zielerreichung ist dabei die Zahl der Notfallbehandlungen. Diese sind in Bremen erfreulich niedrig. Im Durchschnitt werden rund 2 Prozent der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten notfallmäßig behandelt. Der maximale Zielwert von 10 Prozent wird damit weit unterschritten. Im Vergleich der ausgewerteten Halbjahresberichte fällt auf: Die absolute Zahl der Notfallbehandlungen steigt ab dem 1. Halbjahr 2019 kontinuierlich von absolut 133 auf zuletzt 229 Patienten im 2. Halbjahr 2020 – eine Steigerung um 72

Prozent. Zu berücksichtigen ist dabei, dass seit dem 1. Halbjahr 2019 auch ambulante Notfallbehandlungen mitgezählt werden. Zudem nahm die Gesamtfallzahl der in die Berechnung einbezogenen DMP-Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer seit dem 1. Halbjahr 2019 um 16 Prozent ab. Denkbar ist, dass dabei Patienten mit einem höheren Risiko für eine Notfallbehandlung im DMP AB verblieben sind.

Das DMP AB sieht eine regelmäßige Symptomkontrolle vor. Sie erfolgt anhand der Häufigkeit von Asthma-symptomen am Tage und in der Nacht, der Häufigkeit der Nutzung der Bedarfsmedikation sowie der Einschränkung der körperlichen Aktivität. Als Zielwert sollen mindestens 90 Prozent der Erwachsenen symptomarm sein. Im Durchschnitt wurde im Land Bremen eine Quote von 76 Prozent erreicht. Der Bremer Wert liegt im Bundesvergleich im unteren Drittel (Bundesschnitt 83 Prozent). Als „unkontrolliertes“ Asthma wird das Vorliegen von Kombinationen mehrerer Einschränkungen gewertet. Positives Ergebnis der DMP-Auswertung: Der Anteil der Patienten mit „unkontrolliertem“ Asthma nimmt hier kontinuierlich

Ein Asthma Selbstmanagementplan findet sich zum Beispiel auf der Homepage des ZI unter www.zi-dmp.de/Files/Formales/Asthma_Selbstmanagementplan_Zentralinstitut_Druck.pdf

AUSWERTUNG DMP ASTHMA BRONCHIALE IN BREMEN

Thema	Zielwert	Mittelwert (gerundet)	Tendenz (1)
Notfallbehandlungen (2)	≤ 10%	2%	positiv, weit unterhalb d. maximalen Zielwertes
Kontrolliertes Asthma bronchiale bei Erw ≥ 18 J. (3)	≥ 90 %	76%	negativ, Anteil fallend
unkontrolliertes Asthma bronchiale bei Erw ≥ 18 J. (3)	≤ 20%	5%	positiv, Anteil fallend
Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (LABA ohne ICS) (3)	≤ 15%	16%	negativ, Anteil steigend
Inhaltive Glukokortikosteroide (ICS) als Dauermedikation	≥ 90%	85%	negativ, Anteil fallend
Patienten setzen Selbstmanagementplan ein	≥ 90 %	38%	negativ, Anteil leicht fallend
Wahrnehmung empfohlener Asthma-Schlung	≥70 %	33%	negativ, Anteil fallend
Teilnahme an Asthma-Schlung (Gesamtquote)	ohne	14%	negativ, Anteil fallend
Überprüfung Inhalationstechnik	≥ 90 %	65%	negativ, Anteil fallend
FEV1-Wert dokumentiert	ohne	63%	Tendenz leicht steigend
Aktuelle Raucher	ohne	13%	gleichbleibend
Aktuelle Raucher, die bei Einschreibung geraucht haben	ohne	60%	gleichbleibend

(1) Entwicklung im Vergleich der Halbjahresauswertungen ab 2. Halbjahr 2017 soweit nicht anderer Zeitraum ausgewiesen wird.

(2) ab 1 HJ 2019 werden auch ambulante Notfallbehandlungen mitgezählt, Patienten mit mind. 12 Teilnamedauer.

(3) ab 1 HJ 2019.

ab und Bremen liegt mit einem Anteil von durchschnittlich 5 Prozent im Mittelfeld des Bundesvergleichs.

Nicht erreicht werden die Zielvorgaben bei der medikamentösen Therapie: Der Maximalwert von 15 Prozent für die Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika wird überschritten. In den Halbjahresauswertungen entfernt sich der Bremer Wert von dieser Ziellinie und erreicht bis zum 2. Halbjahr 2020 seinen bisherigen negativen Höchstwert von 18,2 Prozent. Eine rückläufige Entwicklung ist auch bei der Verordnung von inhaltiven Glukokortikosteroide (ICS) als Dauermedikation zu beobachten. Im Durchschnitt wurde bei 85,3 Prozent eine Verordnung dokumentiert (Zielwert von ≥ 90), Bremen liegt damit im Bundesvergleich im unteren Drittel.

Zur medikamentösen Therapie sind mit dem Patienten ein individueller Therapieplan zu erstellen und Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten. Ein Indikator ist die Verwendung von Selbstmanagementplänen. Zum Hintergrund: Selbstmanagementpläne sollen dem Patienten ein Grundverständnis seiner Erkrankung mit Kenntnis der persönlichen Krankheitsauslöser (Aller-

gien und/oder Triggerfaktoren), Kompetenz zur selbstständigen Erkennung von Zeichen der Krankheitsverschlechterung (zum Beispiel mittels Peak-flow-Protokollierung) vermitteln. Ein Plan enthält daher unter anderem Hinweise zum richtigen Verhalten im Notfall, Angaben zu den Medikamenten oder auch Angaben zu den individuellen Zielwerten. Im Durchschnitt wird der Einsatz von Selbstmanagementplänen in Bremen bei 38 Prozent der DMP-Teilnehmenden angegeben und damit der Zielwert ≥ 90 Prozent weit unterschritten. Auch die Teilnahme an empfohlenen Asthma-Schlungen liegt weit unterhalb der vereinbarten Zielwerte. Im Bundesvergleich nimmt Bremen den letzten Platz ein.

Bei den beiden Qualitätszielen „Überprüfung der Inhalationstechnik“ (Zielwert ≥ 90 Prozent) und „hoher Anteil der DMP-Teilnehmenden mit einmal jährlich dokumentiertem FEV1-Wert in den letzten 12 Monaten“ möchten wir teilnehmende Vertragsärzte an die entsprechende Angabe auf dem Dokumentationsbogen erinnern, nachdem diese mit den Patienten durchgeführt wurden. ←

ZI-Blitzumfrage: Ärztliche Beratung entscheidet über Impf-Erfolg

8

Aus der KV

Landesrundschreiben | Oktober 2021

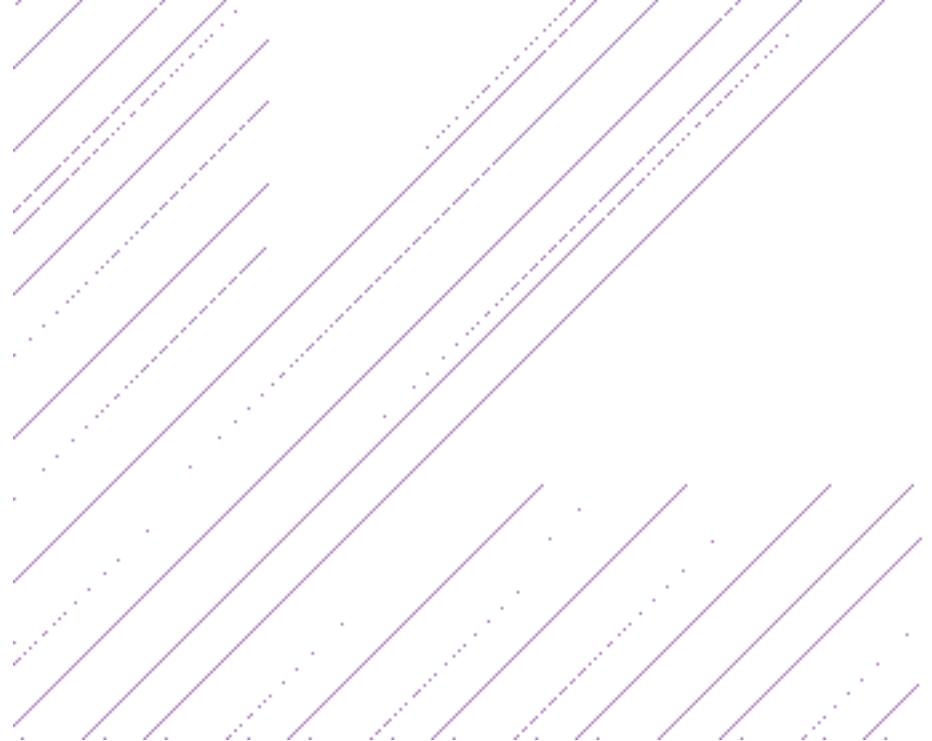
Immer noch stagniert die Impfquote im bundesweiten Durchschnitt – wenn auch Bremen mit einem Spitzenwert heraussticht. Warum einige Patienten in den Arztpraxen immer noch vor der Corona-Impfung zurückschrecken, offenbart eine Blitzumfrage des ZI.



→ Zehn Prozent Unterschied: In Deutschland waren Mitte Oktober rund 65,5 Prozent der Bevölkerung vollständig geimpft, in Dänemark jedoch 75,5 Prozent. Warum stagniert die Quote hierzulande? Hinweise darauf gibt eine Online-Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), die es in den ersten beiden Augustwochen unter Ärztinnen und Ärzten in Praxen durchgeführt hat. Laut der Impfdokumentation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nahmen zum Zeitpunkt der Umfrage an der Impfkampagne gegen Covid-19 in Deutschland 30.217 Hausarztpraxen und 17.576 Facharztpraxen teil. Die Online-Befragung verzeichnete knapp 5.000 Teilnehmer, davon gingen nach Plausibilitätsprüfungen etwas mehr als 4.500 in die Auswertung ein.

Die Teilnehmer wurden auch gebeten, Angaben zu erhaltenen und verimpften Dosen in der Liefereinheit (Vials) zu machen. Addiert über alle drei Impfstoffe (Astra

Zeneca, Johnson&Johnson sowie Biontech) waren etwa 4,5 Vials pro Arzt bis Ende August nicht verimpft worden beziehungsweise 3,9 Prozent der erhaltenen Vials. Die Zahl der nicht verimpften Vials ist dabei aber nicht als Zahl verlorener Vials zu interpretieren: So kann die jeweilige Haltbarkeit der Produkte bei Lagerung in der Praxis im Einzelfall auch eine spätere Impfung ermöglichen. Sowohl die Freitextangaben der Teilnehmer als auch die Impfquoten in Bezug auf die gelieferten Vials sprechen dafür, dass ein Abfüllen der Impfstoffe in Einzeldosen dieses Problem entschärfen könnte. Dies ist notwendig, um in der vertragsärztlichen Versorgung spontane Impfungen umzusetzen, ohne dass ein Verfall von Restdosen in Vials droht. Durch die Vials müssen Impftermine gebündelt werden, wodurch sich die Barrieren für Patienten unnötig erhöhen. Mit Einzeldosen sind demgegenüber auch spontane Impfungen in den Praxen umzusetzen.



GRÜNDE FÜR NICHT-IMPFUNG UNTER PATIENTEN

Mangelndes Vertrauen in die Impfung > Furcht vor Nebenwirkungen, Spätfolgen	90,6 %
Alltagsstress hält von der Impfung ab	< 5,0 %
Wenn alle anderen gegen COVID-19 geimpft sind, muss sich der Patient/die Patientin nicht mehr impfen lassen	17,6 %
Die Impfung gegen COVID-19 wird als überflüssig gesehen, da das Virus aus Patientensicht keine große Bedrohung darstellt	36,5 %
„Wunsch-Impfstoff“ in Deutschland nicht zugelassen > z.B. Sputnik, Sinovac	5,4 %
Sonstige Gründe	< 5,0 %

* Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI)

Die Impfquote der Vertragsärztinnen und -ärzte übertrifft laut Umfrageergebnis die Impfquote vieler Berufsgruppen und spricht für ein umfassendes Risikobewusstsein sowie eine Vorbildfunktion. So lag sie bereits Ende August beim ärztlichen Personal in den Praxen der Teilnehmenden bei durchschnittlich 97,7 Prozent. Das übrige Personal wies eine etwas geringere Impfquote auf, lag aber mit einer Impfquote von 90,4 Prozent dennoch weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt.

Durch den Kontakt zu rechnerisch rund 98 Prozent aller gesetzlich Versicherten können die Praxen wichtige Einblicke in die Gründe von Patienten, die eine Impfung ablehnen, liefern: Die Teilnehmer der Umfrage gaben an, dass bei ihren Patienten zu 90,6 Prozent mangelndes Vertrauen in die Impfung und die Furcht vor Spätfolgen die Hauptursache für eine Ablehnung der Impfung waren. Ein Drittel zeigte sich zudem von der Notwendigkeit der Imp-

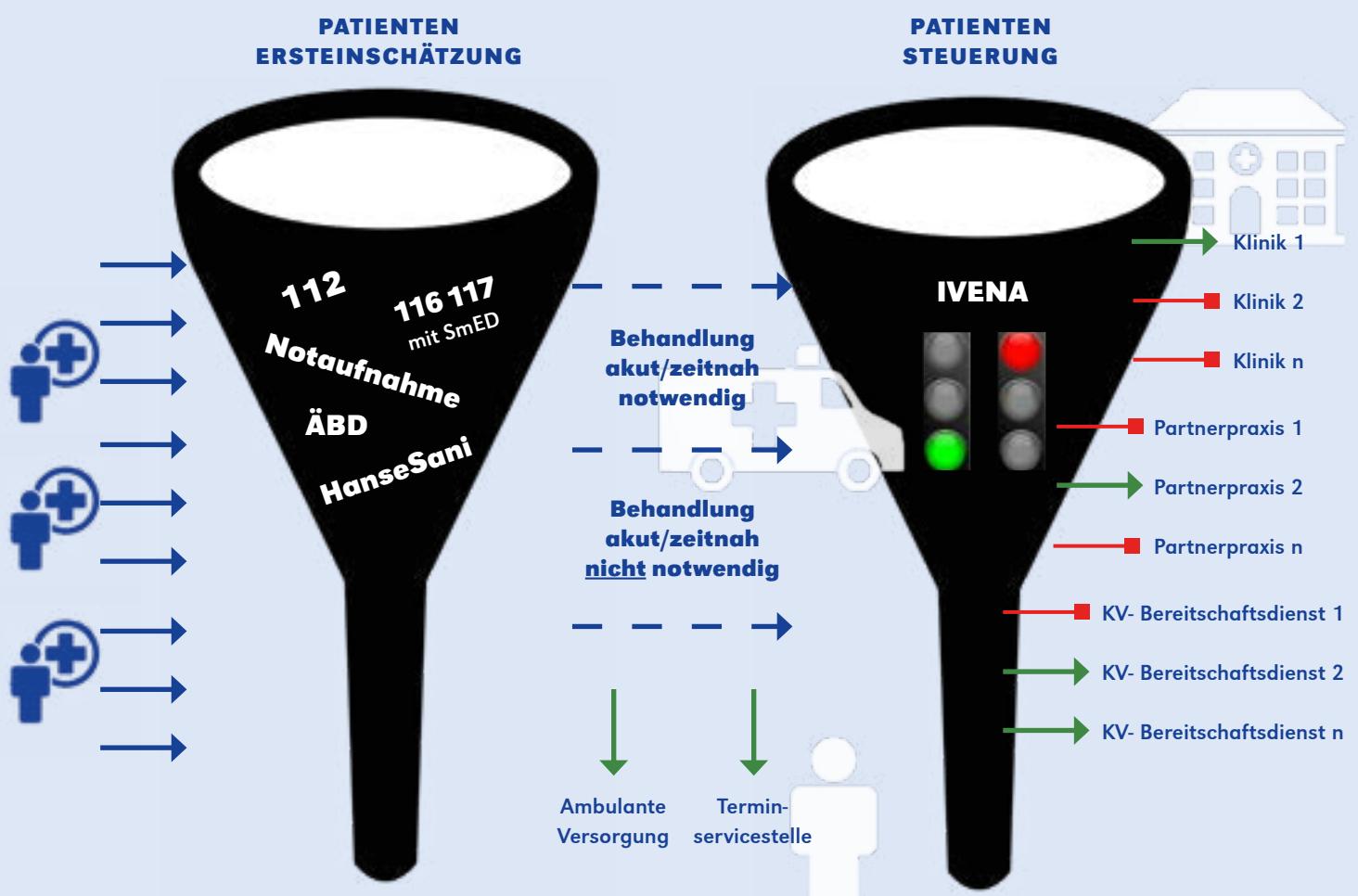
fung nicht überzeugt, da sie Covid-19 nicht als große Bedrohung wahrnehmen und in ihrer individuellen Kosten-/Nutzenabwägung mehr Nach- als Vorteile einer Impfung sehen. Die fehlende Ernsthaftigkeit im Umgang mit dem Virus (36,5 Prozent) wurde als dritter wesentlicher Grund benannt (siehe Tabelle).

Dies alles spricht dafür, die ärztliche Beratung der Impfberechtigten weiter zu fördern. Gerade auch das nichtärztliche Personal kann im Patientenkontakt dazu beitragen, Vorbehalte gegenüber der Impfung durch den Verweis auf eigene Erfahrungen und das eigene Beispiel abzubauen und die Impfkampagne zu befördern.

Die gesamte Publikation der Blitzumfrage inklusive der statistischen Methodik finden Sie auf der ZI-Homepage www.zi.de in der Rubrik „Presse“ unter Angabe des Suchbegriffs „Blitzumfrage“. ←(RED)



Plan für die neue Bremer Notfallversorgung



Quelle: Konzept „Weiterentwicklung der Notfallversorgung im Land Bremen“, Ärztekammer Bremen / KV Bremen

Mit dem Rettungswagen in die Praxis: Die neue Notfallversorgung für Bremen

Unnötige Notfalleinsätze nehmen in Bremen seit Jahren kontinuierlich zu und verstopfen die Notaufnahmen. Ein neues Konzept zur Notfallversorgung sieht vor, dass nicht mehr Patienten allein entscheiden, ob sie ins Krankenhaus oder in eine Partnerpraxis kommen. Vertragsärzte spielen dabei eine entscheidende Rolle. Wir stellen das Konzept vor.

→ Wenn Dr. Andreas Callies, ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes in der Hansestadt Bremen, seine Statistiken liest, dann schrillt das Martinshorn auch in seinem Kopf: „Die Zahlen sind wirklich alarmierend“, sagt Callies. Der stadtremische Rettungsdienst verzeichnet seit Jahren eine deutlich steigende Anzahl an Notrufen, die um medizinische Hilfe bitten. „Die Steigerung beträgt etwa 3.000 Einsätze pro Jahr. Bereits vor zwei Jahren haben wir die magische Zahl an 80.000 jährlichen Einsätzen unseres Rettungsdienstes in Bremen geknackt“, berichtet Callies. Doch das heißt nicht, dass es in Bremen immer mehr dramatische Notfallfahrten zum Beispiel mit Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Polytraumata gibt. „Es steigen vielmehr die minder dramatischen Einsätze, bei denen wir den Patienten zu Hause lassen oder einfach nur ins Krankenhaus transportieren“, weiß Callies. „Eine bedrohliche Situation, bei der wir handeln müssen, liegt sehr häufig nicht vor.“

Der Rettungsdienstleiter: So geht es nicht weiter

Nach Angaben des Rettungsdienstes könnten inzwischen 40 Prozent der bei Notaufnahmen ankommenden Patienten auch ambulant behandelt werden. Laut Dr. Andreas Callies kann das so nicht weitergehen: „Für uns ist es absolut dringlich und notwendig, die Notfallversorgung in Bremen zu überdenken und die knappen Ressourcen klug einzusetzen und Doppelstrukturen abzubauen.“

Dass viel zu viele Patienten in den Notaufnahmen eigentlich im ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder in Haus- und Facharztpraxen besser aufgehoben wären, sehen auch andere Akteure des Bremer Gesundheitssektors so: „Einig sind sich alle, dass eine bessere Steuerung der Patienten erfolgen muss“, sagt Chris-

tina Hillebrecht, Vizepräsidentin der Ärztekammer Bremen. Eine Arbeitsgruppe aus zwölf Ärztinnen und Ärzten aus dem ambulanten und dem stationären Sektor hat deshalb jetzt einen konkreten Konzeptvorschlag erarbeitet, um die Notfallversorgung im Land Bremen zeitgemäß weiterzuentwickeln. Der Entwurf sieht vor, die bisher weitgehend getrennt organisierten Bereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem integrierten System zu verzahnen.

Die Ärztekammer-Vizepräsidentin: Alle profitieren

Niedergelassene Haus- und Fachärzte sollen dabei unter anderem als Partnerpraxen Kapazitäten bereitstellen, mit denen sie vom Rettungsdienst angesteuert werden können, wenn eine stationäre Behandlung nicht notwendig ist. „Von einer strukturierten Patientenleitung und guter Zusammenarbeit profitieren am Ende alle – nicht zuletzt die Patienten, die ohne längere Wartezeiten oder Doppeluntersuchungen in geeigneten Einrichtungen behandelt werden“, begründet Christina Hillebrecht das Konzept der Arbeitsgruppe. „Aber auch für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen ist ein System, bei dem Partnerpraxen ihre Zusammenarbeit erklären, ja eine Möglichkeit, Notfälle in einem geplanten System und zu planbaren Zeiten behandeln zu können.“

Im Boot beim gemeinsamen Bremer Notfallkonzept ist auch die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, deren Vorstände Dr. Bernhard Rochell und Peter Kurt Josenhans dringenden Handlungsbedarf erkennen: „Patienten nehmen heute Versorgungsangebote unstrukturiert, nicht wirklich gesteuert und schon gar nicht koordiniert in Anspruch“, erläutert Peter Kurt Josenhans. „Wir alle wissen

„Wir müssen die Notfallversorgung transparent sortieren, eine klare Struktur darauf legen und miteinander kommunizieren lassen.“

PETER KURT JOSENHANS

stellvertretender Vorsitzender |
Kassenärztliche Vereinigung Bremen



DR. ANDREAS CALLIES

ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes |
Hansestadt Bremen

„Schon vor zwei Jahren haben wir die magische Zahl an 80.000 jährlichen Einsätzen des Rettungsdienstes geknackt.“

kaum genau was da passiert – echte Notfallversorgung oder schnelle Ersatzterminbeschaffung alternativ zum mit Wartezeit verbundenen regulären Praxistermin, wo zum Beispiel der Hausarztbesuch aus Bequemlichkeit auf den Abend nach der Arbeit gelegt wird.“ Eigentlich ambulant behandelungsfähige Patienten verstopften dann die Notfallbereiche, und den Krankenhäusern werde zudem von den Krankenkassen vorgeworfen, die ambulanten Bereiche als Magneten für die Belegung ihres stationären Bereiches zu nutzen.

Der KV-Vorstand: Transparenz und Vernetzung

Am Ende sei eben auch der Rettungsdienst betroffen: Rettungswagen fahren längere Strecken als notwendig, um aufnahmefähige Krankenhäuser zu finden. „Das alles gilt es transparent zu sortieren, eine klare Struktur darauf zu legen und miteinander kommunizieren zu lassen, also zu vernetzen“, fasst Josenhans zusammen.

Welche Voraussetzungen verlangt der neue Entwurf zur Notfallversorgung in Bremen? Im ersten Schritt müsse ein einheitlicher Zugang zur Steuerung der Patientenströme geschaffen werden, so die Gesundheitsexperten. Heute entscheidet ja der Patient, welche Notfallversorgungsstruktur er nutzt. Im neuen Bremer Vorschlag weist ihn stattdessen qualifiziertes Personal der passenden Versorgungsstruktur zu. Dies gelingt nur, wenn der Zugang zur Notfallversorgung über eine einheitliche Rufnummer – „einen einheitlichen Trichter“, wie es im Arbeitspapier heißt – erfolgt. Dafür sollen die Anrufe über die bestehenden Notrufnummern 116117 und 112 zusammengefasst und bei einer zentralen Abfragestelle gebündelt werden.

Die Bremer Arbeitsgruppe: Wir brauchen Trichter

Zweitens soll auf allen Versorgungsebenen – und damit auch in den Krankenhäusern – eine qualifizierte Ersteinschätzung unterhalb des ärztlichen Niveaus durch geschultes nichtärztliches Personal – unter Einsatz einheitlicher, zertifizierter Systeme – etabliert werden. Patienten, die keiner stationären Behandlung bedürfen, können so frühzeitig und zielgenau in die ambulante Versorgung weitergeleitet werden, zum Beispiel in Partnerpraxen oder in den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Bremen. Dafür fordert die Arbeitsgruppe von Ärztekammer und KV Bremen vom Gesetzgeber klare haftungsrechtliche Regelungen, die in allen Versorgungsstrukturen eine derart qualifizierte Ersteinschätzung als medizinischen Standard für den Zugang zur Notfallversorgung festzuschreiben und so für die Beteiligten in der Notfallversorgung Rechtssicherheit schaffen.

Für diesen „Trichter“ soll ein abgestimmtes Ersteinschätzungs-Tool eingesetzt werden. Damit könnte zum Beispiel ein Patient mit nicht-stillbarem Nasenbluten künftig vom Rettungsdienst in eine nahe HNO-Praxis statt ins Krankenhaus gebracht werden. „Hier geht unser Vorschlag einen deutlichen Schritt weiter und fordert zur Patientensteuerung ein System außerhalb der ärztlichen Ebene“, sagt Ärztekammer-Vizepräsidentin Christina Hillebrecht. „Es wird explizit vorgeschlagen, dass ein Patient, bei dem sich in dieser Ersteinschätzung durch geschultes nichtärztliches Personal keine Notwendigkeit zur stationären Aufnahme oder sofortigen Behandlung zeigt, ohne weiteren ärztlichen oder pflegerischen Kontakt in geeignete ambulante Strukturen weitergeleitet wird.“ Zum Beispiel wird bei Anrufen

**CHRISTINA HILLEBRECHT**

Vizepräsidentin |
Ärztekammer Bremen

„Von einer strukturierten Patientenleitung profitieren auch die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.“

über die 116117 sowie am gemeinsamen Tresen von St. Joseph-Stift und KV das Instrument SmED genutzt. Das Kürzel für „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“ ist eine Software, die medizinisches Fachpersonal bei der Ersteinschätzung von Patienten evidenzbasiert unterstützt – es werden jedoch keine Diagnosen gestellt. SmED wird bislang genutzt, um vermeintliche und echte Notfallpatienten an die passende Versorgungsstelle weiterzuleiten.

Das Instrument: IVENA

Die Mammutaufgabe des neuen Notfallversorgungskonzepts ist schließlich die Vernetzung aller Strukturen der Notfallversorgung, also der Notaufnahmen der Kliniken, der Arztpraxen, des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes. Nur mit dieser Voraussetzung kann eine Weiterleitung aus dem Krankenhaus oder dem Rettungsdienst in den ambulanten Bereich überhaupt gelingen. Kommt zum Beispiel das Krankenhauspersonal bei der qualifizierten Ersteinschätzung zu dem Ergebnis, dass keine Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung besteht, der Patient aber ärztlicher Behandlung bedarf, muss er in eine Partnerpraxis oder zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst weitergeleitet werden. Dabei muss die Notaufnahme dem Patienten gut erreichbare Alternativen aufzeigen können, die möglichst fußläufig erreichbar sind. Zugleich muss der Rettungsdienst Patienten direkt in die ambulante Versorgung übergeben können, tagsüber in die Partnerpraxen, außerhalb der Sprechzeiten an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Als Lösung dafür ist eine im Gesundheitssektor weit

verbreitete Software im Gespräch: IVENA, kurz „Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“. In diesem Online-System können Krankenhäuser, angedockte Praxen und der Bereitschaftsdienst ihre Ressourcen eintragen. Die Rettungsleitstellen finden dann mit Einblick in IVENA ein freies Krankenhaus oder eine geöffnete Praxis für ihre Patienten.

IVENA ist nicht unumstritten, doch aus Sicht der Bremer Arbeitsgruppe für ein Notfallversorgungskonzept derzeit die greifbarste Option für eine realistische Umsetzung. „Die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die ambulanten Strukturen wie Partnerpraxen und Ärztlicher Bereitschaftsdienst müssen über IVENA vernetzt werden, so dass die Patienten nach der qualifizierten Ersteinschätzung im Krankenhaus verbindlich in die ambulanten Strukturen verwiesen werden können und auch der Rettungsdienst Patienten direkt in die ambulante Versorgung übergeben kann“, lautet eine Forderung der Arbeitsgruppe. Und weiter: „Die Partnerpraxen müssen dafür in ausreichender Zahl vorhanden sein und räumlich verteilt im Stadtgebiet Bremen, Bremen-Nord und Bremerhaven liegen, damit sie möglichst fußläufig von den Notaufnahmen erreichbar sind.“ Nicht nur Hausarztpraxen, sondern auch Facharztpraxen sollten als kooperierende Partnerpraxen eingebunden werden. Sinnvoll seien neben Hausärzten auch Kinder- und Jugendärzte, Orthopäden und Chirurgen, Urologen, Gynäkologen, HNO-Ärzte und Augenärzte. „Freie Kapazitäten der Partnerpraxen werden über IVENA ermittelt“, so die Arbeitgruppe.

Entsprechend soll IVENA technisch so erweitert werden, dass Praxen, die Akutpatienten annehmen, eingepflegt und entsprechend ihres Leistungsspektrums gesucht wer-

den können. Einblick hat der Rettungsdienst, künftig sollen aber auch Notaufnahmen über IVENA geeignete Partnerpraxen für eine Weiterleitung suchen und, wenn der Patient dort eingetroffen ist, eine Quittierung erhalten können. Aktuell arbeitet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) an einem Rahmenvertrag zur bundesweiten Nutzung von IVENA für die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der KV-Vorsitzende: Praxen profitieren auch indirekt

„Die Praxen profitieren in erster Linie davon, dass sie sich auf die Versorgung konzentrieren können – und zwar von Patienten mit den Erkrankungen, die in ihre Praxis gehören“, urteilt Dr. Bernhard Rochell, Vorstandsvorsitzender der KV Bremen. Da Vertragsärzte alle Daten in Echtzeit bekommen, fallen unnötige und zeitraubende administrative Doppelarbeiten weg. Ist die eigene Praxis voll, zum Beispiel mit anderen Notfallpatienten, wird über IVENA die Verfügbarkeit auf „rot“ gesetzt. „Im Ergebnis gelingt eine viel zielgerichteter Versorgung ambulanter Notfallpatienten“, sagt Rochell. „Aber es gibt auch einen indirekten Nutzen für die Praxen. Sie können sich darauf verlassen, dass ihre Patienten im Bedarfsfall schnell und zügig in die richtige Versorgung kommen, wenn zum Beispiel in der Praxis ein Notfall passiert, der im Krankenhaus behandelt werden muss – und dabei können sie alle wichtigen Daten gleich mitgeben, wenn sie als Partnerpraxis eingebunden sind.“ Über IVENA könnten Partnerpraxen individuelle Kontingente setzen.

„Vertragsärzte profitieren, weil ihre Patienten zügig in die richtige Versorgung kommen – und dabei können sie alle wichtigen Daten gleich mitgeben, wenn sie als Partnerpraxis eingebunden sind.“

DR. BERNHARD ROCHELL

Vorstandsvorsitzender |
Kassenärztliche Vereinigung Bremen



Der Vertragsarzt: Wir stehen in der Pflicht

Einer von denen, die bereit wären, mit seiner Praxis als Anlaufstelle im gemeinsamen Notfallkonzept Kapazitäten bereit zu stellen, ist Dr. Björn Ackermann, Orthopäde und Unfallchirurg in Bremen-Gröpelingen: „Es besteht große Dringlichkeit, die Krankenhäuser von den Bagatelfällen zu entlasten. Dafür sollten wir alle unseren Teil beitragen, wenigstens zu unseren Sprechzeiten“, sagt der 51-jährige, der auch Mitglied der Vertreterversammlung der KV Bremen ist. „Wir sind nicht nur per Gesetz verpflichtet, eine intersektorale Versorgung hinzukriegen. Wir können darüber hinaus als Niedergelassene auch längerfristig profitieren, indem der eine oder andere Patient auch hängenbleibt. Vielleicht wird es durch das bessere Zusammenspiel im Gegenzug auch mal leichter, einen Patienten von der Praxis in die Klinik zu überweisen.“

In erster Linie sieht Ackermann aber idealistische Gründe für die Beteiligung als Partner-Praxis: „So können wir als Niedergelassene dazu beitragen, die Versorgung insgesamt zu verbessern.“ Die gesellschaftliche Aufgabe bestehe darin, im Gesundheitssektor die Kosten nicht in die Höhe zu treiben und auch den Patienten klarzumachen, dass sie bei Behandlungsbedarf nicht gleich ins Krankenhaus gehen. Björn Ackermann hat Verständnis dafür, dass es für Einzelpraxen organisatorisch schwierig sein könnte, Notfall-Kapazitäten abzugeben. „Aber ich finde schon, dass Unfallchirurgen wie wir und auch die großen internistischen Hausarztpraxen zur Verfügung stehen sollten.“ Für ihn stehe jedenfalls jetzt schon fest: „Der Rettungsdienst wird uns zu unseren Öffnungszeiten anfahren können.“



DR. BJÖRN ACKERMANN

Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie | Bremen

„Wir stehen in der Pflicht, zu unseren Sprechzeiten die Notaufnahmen der Krankenhäuser mit zu entlasten.“

Und der Orthopäde ergänzt: „Ich wünsche mir, dass wir uns nicht noch jahrelang die Köpfe heiß reden, sondern sehr schnell in die Umsetzung kommen.“

Die KV prüft derzeit, inwieweit die Bereitschaft von Partnerpraxen mit einem „Obulus“ belohnt werden kann. Bereits jetzt erhalten Praxen für einen über 116117 vermittelten Patienten 65 Euro (siehe Kasten). Für die Fälle einer Überweisung aus Krankenhaus oder aus Rettungsdienst ist eine neue Vereinbarung in Vorbereitung.

Die Klinik-Notaufnahmen: Fachärzte sind gefragt

Mangelnde Kapazitäten bei niedergelassenen Fachärzten gelten aktuell als eine der schwerwiegendsten Ursachen für unnötige Notfallfahrten und -aufnahmen. Ein typischer Fall: Patienten werden wegen Stuhlunregelmäßigkeiten und Verdacht auf Tumor von ihrem Hausarzt für eine ambulante Darmspiegelung in eine Klinik eingewiesen. Man weiß, dass ihnen dort schnell geholfen wird, während sie auf eine Behandlung in einer Facharzt-Praxis teilweise sechs Monate warten müssen. In den Krankenhäusern wünscht man sich stattdessen klare Zuständigkeiten im ambulanten Sektor der niedergelassenen Fachärzte, notfalls durch klare Vorgaben der Politik. Oberstes Ziel aus Sicht der Notaufnahmen: Die echten Notfälle müssen dorthin kommen, und zwar so schnell wie möglich.

Bereits 2018 hatte der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)“ sein Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ an das Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Die Hoffnungen, dass Bremen eine Vorbildrolle mit Modellcharakter spielen könnte, sind groß. Doch

was auf dem Papier gut aussieht, kann in der Praxis schwierig anzupacken sein. In Bremen sind die Akteure zuverlässig: „Ich glaube tatsächlich, dass Bremen hier eher besser als schlechter geeignet ist als andere Regionen in Deutschland“, sagt Ärztekammer-Vizepräsidentin Christina Hillebrecht. „Die verschiedenen Beteiligten des Gesundheitssystems sind gut vernetzt, und aus meiner Einschätzung besteht auch eine gute Kommunikationsbasis zwischen niedergelassenen und stationär tätigen Kollegen.“ Der konkrete Plan zur Umsetzung sieht derzeit drei große Schritte vor: Schritt 1 soll die Verzahnung von Rettungsdienst und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst sowie Partnerpraxen sein. Steilvorlage für die Umsetzung ist das erfolgreiche Modellprojekt „HanseSani“, in dessen Rahmen Notfallsanitäter jetzt schon telenotfallmedizinisch mit den leitenden Notärzten und der ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes kommunizieren. (→ Landesrundschreiben, September 2020). Schritt 2 soll mit der Einbindung aller Krankenhäuser mit gleichzeitiger Etablierung der qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung sein. Und Schritt 3 soll der große Trichter zur abschließenden Vereinheitlichung der Standards für die Patientensteuerung in der Notfallversorgung im Rettungsdienst, in Krankenhäusern und Vertragsärzten unter Einführung einer einheitlichen Abfragestelle für Patienten sowie eines einheitlichen Systems zur Kapazitätssteuerung im Land Bremen sein.

Die Bremer Partner: Jetzt braucht es Mut für den Start

KV Vorstand Peter Kurt Josenhans erwartet für die Umsetzung der drei Schritte auch viel politische Überzeugungsarbeit: „Wir müssen zunächst die Krankenhäuser und

die Krankenkassen dafür gewinnen, denn das heutige Finanzierungssystem setzt durchaus falsche Anreize an verschiedenen Stellen – das ist allen Seiten bewusst“, weiß Josenhans. Es braucht eine Umsteuerung der Finanzmittel, denn das Modell sei aus den heutigen Budgets und Pauschalen nicht zu finanzieren. „Da sich für die Krankenkassen Wirtschaftlichkeitsreserven ergeben mache ich mir hier weniger Sorgen. Aber wir brauchen erst einmal den Mut zu investieren in das Modell – und da sind die Kassen gefragt, ebenso die Politik“, sagt KV-Vorstand Peter Kurt Josenhans.

Der Leiter des stadtteilbremischen Rettungsdienstes Dr. Andreas Callies sieht vor allem neue Aufgaben und damit neue Chancen bei der Vertragsärzteschaft: „Ich bin der festen Überzeugung, dass ein Patient mit minderschweren Beschwerden in der Regel beim Hausarzt in bewährten und den besten Händen aufgehoben ist“, sagt Callies. Natürlich sei eine zunehmende Anzahl von Patientenkontakten auch mit zunehmender Arbeit und Belastung für die Hausärzte verbunden. „Allerdings sehe ich hier auch die Kernkompetenzen und -zuständigkeiten des ambulanten Sektors.“ Mit Blick auf die steigenden Einsatzzahlen will Callies jetzt das Ruder herumreißen: „Wir benötigen ein Hand-in-Hand greifendes System der Notfallversorgung, bei dem nicht die Patienten, sondern wir bestimmen, welche Hilfe für sie erforderlich ist“, sagt er. „Unsere Nachbarn in Europa machen es uns seit Jahren vor. Bremen ist ein kleines und überschaubares Bundesland. Wenn nicht bei uns, wo kann es dann funktionieren?“ ←

Die neue Notfallversorgung für Bremen

DIE VORAUSSETZUNGEN

- Bündelung aller Notrufnummern bei einer zentralen Abfragestelle, die Patienten der Versorgungsstruktur zuweist
- Etablierung einer qualifizierten Ersteinschätzung auf allen Versorgungsebenen
- Gesetzliche Regelung der Standards (u. a. haftungsrechtlich)
- Schaffung eines breiten Fachspektrums an Partnerpraxen
- Vernetzung der rettungsdienstlichen und stationären Strukturen mit dem ambulanten Sektor (IVENA)

DIE NÄCHSTEN SCHRITTE

- Anbindung des Rettungsdienstes an vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und Partnerpraxen („HanseSani“)
- Einbindung der Krankenhäuser im Land mit Etablierung einer qualifizierten Ersteinschätzung auf allen Ebenen
- Vereinheitlichung aller Standards für die Patientensteuerung in der Notfallversorgung („Trichter“) für Rettungsdienst, Krankenhäuser und vertragsärztliche Partnerpraxen/Bereitschaftsdienst

DIE PARTNERPRAXEN

- Partner-Praxen vereinbaren mit der KV Bremen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen für eine angemessene und qualifizierte ärztliche Versorgung von Patienten, die anhand einer qualifizierten Einschätzung eine zeitnahe Behandlung benötigen.
- Diese Vereinbarung findet Anwendung im Bereich der KV Bremen und gilt für alle Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem sonstigen Kostenträger versichert sind.
- Nach derzeitiger Vereinbarung verpflichten sich teilnehmende Praxen für mindestens fünf Patienten pro Tag Kapazitäten für eine zeitnahe Behandlung anzubieten. Hierzu teilt die Partnerpraxis mit, in welchem Zeitfenster die Patienten versorgt werden können.
- Die Behandlung hat spätestens am Tag nach der Zuweisung durch die KVHB zu erfolgen.
- Die KV Bremen übermittelt der Praxis unmittelbar nach Feststellung der Notwendigkeit einer zeitnahen Behandlung nach dieser Vereinbarung die notwendigen Patienten- und Ersteinschätzungsdaten.
- Für die Bereitstellung von Terminen für eine zeitnahe Behandlung und die damit verbundene Versorgung erhalten die Praxen pro Fall eine Vergütungspauschale (GOP 99010 / 65,- Euro). Die Vergütung der Fallpauschale unterliegt keiner Begrenzung durch die Regelungen zur Honorarverteilung. Neben dieser Pauschale können weitere EBM-Ziffern abgerechnet werden, mit Ausnahme der Versicherterpauschalen und der Grundpauschalen. Die Abrechnung der GOP 99010 erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
- Für die weitere Einbindung von Partnerpraxen in eine gemeinsame Notfallversorgung im Lande Bremen wird eine neue Vereinbarung entwickelt. Für die Fälle einer Überweisung aus Krankenhaus oder aus Rettungsdienst werden die Details noch verhandelt.
- Interessierte Praxen erhalten weitere Informationen bei Jennifer Ziehn: 0421.3404-371 oder j.ziehn@kvhb.de

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und ...

18

Im Blick

Landesrundschreiben | Oktober 2021

Patienten wollen mehr Digitalisierung

Bremen | Die Mehrheit der Deutschen ist überzeugt, dass Digitalisierung für die Gesundheit von entscheidender Bedeutung ist, und wäre auch bereit, sich auf mehr Anwendungen einzulassen. Das hat eine Studie des Leibniz-WissenschaftsCampus Digital Public Health (LWC DiPH) in Bremen gezeigt. Über die Hälfte der Teilnehmenden (57 Prozent) gab an, bereits digitale Technologien für gesundheitsbezogene Zwecke genutzt zu haben, zum Beispiel zur Unterstützung körperlicher Aktivität. Die Mehrheit glaubt, dass Digitalisierung für Therapie und Gesundheitsversorgung (89 Prozent), Gesundheitsförderung (69 Prozent) und die Aufrechterhaltung der Gesundheit wichtig sein wird. ↪

Niedersächsische Kinderarztpraxen werden Anlaufstellen für „Long Covid“

Hannover | In Niedersachsen soll in einer interdisziplinären Studie das neue Krankheitsbild „Long Covid“ bei Kindern und Jugendlichen untersucht werden. Dies gab die verantwortliche Medizinische Hochschule Hannover (MHH) gemeinsam mit dem niedersächsischen Sozialministerium bekannt. Nach den Plänen sollen die Kinderarztpraxen im Land die ersten Anlaufstellen für „Long Covid“-Patienten sein. Eingebunden werden sollen aber auch Fachärzte und vor allem Kinder- und Jugendpsychiater. Gemeinsam mit Sportmedizinern sollen spezielle Trainingsprogramme für Kinder mit dem Krankheitsbild entwickelt werden. ↪

Neues Online-Tool für Krebs-Behandlungen

Bremen | Ein neues Online-Vergleichsportal gibt einen Überblick der zehn Krankenhäuser im Land Bremen, die eine Krebs-Behandlung anbieten. Unter „bremer-krankenhausspiegel.de/versorgung-von-krebspatienten“ ist es ab sofort im Netz abrufbar. In einer Rubrik lässt sich dabei die Suche auf die Art der Krebserkrankung eingrenzen. In einer Karte erscheinen dann ausschließlich Standorte, die für die jeweils gewählte Krebsart eine Therapie anbieten. Mit den Informationen kann auch die Zahl der Behandlungsfälle pro Jahr abgerufen werden. ↪

Bremer Forscher prüfen Anti-Angst-App

Bremen | Klinische Psychologen der Jacobs University Bremen haben eine Studie zur Wirksamkeit der Gesundheits-App „Mindable“ gestartet. Diese soll Menschen mit Panikstörung und Agoraphobie dabei unterstützen, ihre Ängste eigenständig zu reduzieren. Grundlage der App sei ein wissenschaftlich überprüftes Behandlungsvorgehens, doch über ihre tatsächliche Wirksamkeit sei wenig bekannt, gaben die Forscher bekannt. Teilnehmen können Personen, die mindestens 18 Jahre alt sind und sich aktuell nicht in einer Psychotherapie befinden. ↪

„Werbeverbot“ für Abtreibungen bleibt

Berlin | Gemeinsam mit Hamburg, Berlin, Brandenburg und Thüringen ist das Land Bremen ein weiteres Mal vor dem Bundesrat damit gescheitert, den Paragrafen zur Regelung von „Werbung“ für einen Schwangerschaftsabbruch aus dem Strafgesetzbuch zu streichen. Derzeit dürfen Ärztinnen und Ärzte zwar auf ihrer Webseite informieren, dass sie Abtreibungen durchführen, aber nicht mit welcher Methode. Das Land Bremen hält dagegen: „Eine umfassende Aufklärung über einen Eingriff ist keine Werbung, sondern Information.“ ↪

- DIAKO EV. DIAKONIE-KRANKENHAUS
- ST. JOSEPH-STIFT
- ROLAND-KLINIK
- ROTES KREUZ KRANKENHAUS



Vier stellen uns vor

DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus



Frauenklinik

Leitung: Dr. med. Karen Wimmer
Fon 0421-6102-1201
frauenklinik@diako-bremen.de

Kompetenzen

- Geburtshilfe: Förderung der natürlichen Geburt
- Zertifiziertes Brustzentrum
- Komplexe Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs-erkrankungen inklusive plastisch-rekonstruktiver Verfahren von Brust, Mamille und Eigengewebsrekonstruktion
- Gynäkologische Onkologie
- Chemo- und Systemtherapie in adjuvanten und fortgeschrittenen Situationen
- Aktuelle operative Methoden für alle gynäkologischen Erkrankungen inklusive Karzinomchirurgie sowie minimalinvasive Chirurgie
- Therapie von Gebärmutter- und Scheidensenkungen inklusive innovativer Methoden und Netzimplantation, Inkontinenztherapie

Krankenhaus St. Joseph-Stift



HNO-Klinik

Leitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Bergler
Fon 0421-347-1452
HNO@sjs-bremen.de

Kompetenzen

- Navigationsgestützte endonasale mikroskopische Chirurgie
- Sämtliche rekonstruktive Ohreingriffe mit Gehörknöchelchenersatz
- Nasenoperation inkl. Formveränderungen der äußeren Nase
- Kehlkopfchirurgie mit Laser
- Mikrochirurgische Versorgung von Mittelohrerkrankungen
- Operationen an den Speicheldrüsen
- HNO-Tumorchirurgie mit komplexen Rekonstruktionen
- Morbus Osler Spezialbehandlung mit Argon Plasma
- Plastische Operationen im Gesicht bei Hauttumoren
- Tanslabyrinthäre Entfernung von Akustikusneurinomen
- Diagnose und Therapie von Schlafstörungen im Schlaflabor (akkreditiert von der DGSM)
- Chirurgische Behandlungen des Schlafapnoesyndroms einschließlich Zungenschrittmacher

Roland-Klinik



**Zentrum für Endoprothetik, Fußchirurgie,
Kinder- und Allgemeine Orthopädie**
Leitung: Prof. Dr. Ralf Skripitz
Fon 0421-8778-357
orthopaedie@roland-klinik.de

Kompetenzen

- Operative Versorgung mit Endoprothesen
- Verwendung allergenarmer Implantate
- Minimalinvasives Operieren/minimalinvasive Zugänge
- Verwendung von knochensparenden Implantaten
- Gelenkerhaltende Eingriffe rund um das Kniegelenk
- Umstellungs-OPs bei X-/O-Beinen und Beindeformitäten
- Möglichkeit der Knochentransplantation
- Komplettes Spektrum der Fußchirurgie
- Gelenkerhaltende Eingriffe an der Hüfte
- Wechseloperationen an Hüfte und Knie
- Behandlung der Hüftdysplasie bei Neugeborenen und Kindern
- Behandlung kindlicher Fußdeformitäten
- Orthopädie speziell für ältere Menschen
- Korrekturen von Fehlstellungen und Fehlheilungen

Rotes Kreuz Krankenhaus



Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Leitung: Chefarzt Dr. Alexander Friedemann
Fon 0421-5599-241
friedemann.a@roteskreuzkrankenhaus.de

Kompetenzen

- Minimalinvasive Chirurgie
- Kolorektale Chirurgie und Koloproktologie
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Kompetenznetzwerk CED)
- Colitis Ulcerosa: Proktokolektomie mit Ileumpouch (IPAA)
- Morbus Crohn: Fistelchirurgie/darmschonende OP-Techniken
- Onkologische Chirurgie des oberen GI-Traktes, der Leber und der Bauchspeicheldrüse
- Adipositastherapie und metabolische Chirurgie
- Endokrine Chirurgie: Nebennieren, Schilddrüse, Nebenschilddrüsen
- Hernienchirurgie (Primär- und komplexe Rezidivversorgung)
- Antirefluxchirurgie (Primär- und Rezidivversorgung)
- Enhanced Recovery After Surgery
- Multimodale postoperative Schmerztherapie



Kodierunterstützung für ICD-10: Alle Fakten zum Kodier-Check 2022

Bei komplexen Krankheitsbildern kann die Suche nach dem passenden ICD-10-Kode schon mal knifflig werden. Ab Januar 2022 startet deshalb eine neue Kodier-Hilfe in Ihrem Praxisverwaltungssystem.



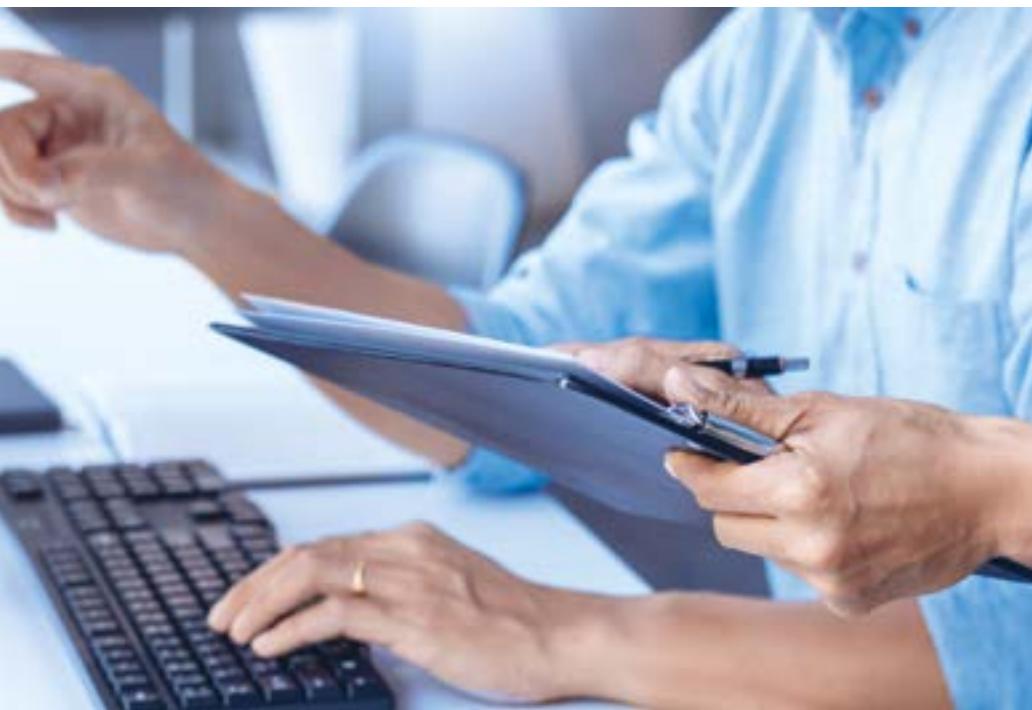
→ Bei der Kodierung von Bluthochdruck, Grippe oder Mittelohrentzündung ist die Wahl des richtigen Diagnosekodes meistens Routine. Eine integrierte Kodesuche oder auch automatisch angezeigte Hinweise zum Kodieren im Praxisverwaltungssystem (PVS) unterstützen die Praxen schon jetzt. Mitunter schwierig gestaltet sich die Suche aber nach dem passgenauen Diagnoseschlüssel, wenn das Krankheitsbild komplexer wird. Hier setzt der neue Kodier-Check an, der als Kodierunterstützung alte und neue Funktionen rund um die Kodierung zusammenfasst und ab Januar 2022 allen Praxen beim Verschlüsseln von Diagnosen zur Verfügung steht. In der Septemberausgabe des Landesrundschreibens haben wir Sie bereits über diese neue Kodierunterstützung informiert, die in Ihr PVS eingebunden wird und dann direkt beim Kodieren zur Verfügung steht. Lesen Sie hier noch weitere Details:

- Basis ist und bleibt die ICD-10-GM.
- Mit der Erweiterung der Kodierunterstützung sind künftig alle relevanten Informationen zum Kodieren in dem PVS zu finden und ein Nachschlagen in Büchern oder das Suchen im Internet sind nicht mehr notwendig.
- Der neue Kodier-Check steht bei vier Diagnosebereichen mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung zur Verfügung:
 - Herzinfarkt
 - Schlaganfall
 - Diabetes mellitus
 - Folgen eines Bluthochdrucks

→ Wird ein Kode aus diesen Diagnosebereichen eingegeben, beginnt ein Kodierregelwerk im Hintergrund mit der Prüfung. Passt etwas nicht, meldet es sich und gibt beispielsweise den Hinweis, dass ein spezifischerer ICD-10-GM-Kode vorhanden ist und bietet diesen direkt zur Auswahl an. Der vorgeschlagene Kode kann anschließend mit einem Klick übernommen oder abgelehnt werden.

- Hinweise bei Diagnoseeingabe können ignoriert bzw. Korrekturen müssen nicht ausgeführt werden, wenn der Arzt einen bereits ausgewählten Kode beibehalten möchte. Das neue Kodierregelwerk enthält obligate und fakultative Regeln, wobei letztere deaktiviert werden können.
- Es handelt sich um Kodervorschläge, die Nutzung bleibt also freiwillig.

→ Die Software ist grundsätzlich so eingestellt, dass der Kodier-Check direkt bei der Kodierung läuft. Sollte dies nicht erwünscht sein, kann die Einstellung so angepasst werden, dass die Überprüfung erst mit der (Test-)Abrechnung erfolgt. Im Anschluss werden der Praxis eine Übersicht aller Behandlungsfälle und entsprechende Hinweise zur weiteren Bearbeitung angezeigt.



Weitere Informationen mit Kodierbeispielen
sowie ein Erklärvideo zur ambulanten
Kodierunterstützung finden Sie unter:
www.kbv.de/html/kodieren.php

Neue Funktionen für Dauerdiagnosen

Das Anlegen von Dauerdiagnosen ist weiterhin möglich, sodass diese auch in den Folgequartalen automatisch in die Abrechnungsunterlagen übernommen werden können. Neu ist, dass diese Funktion künftig auch für anamnestische Diagnosen bereitsteht und in der PVS aktiviert ist. Allerdings sollte in beiden Fällen eine Prüfung erfolgen, ob eine Dauerdiagnose oder anamnestische Diagnose in dem Quartal für die Behandlung relevant war. Zwei Beispiele:

- Der Diabetes mellitus eines Patienten bietet regelhaft Anlass zur Behandlung und wäre demnach eine klassische Dauerdiagnose.
- Eine Penizillin-Allergie hat ein Patient zwar ebenfalls dauerhaft, sie führt aber nur sporadisch zu einem Behandlungsaufwand. Für die ärztliche Entscheidung ist sie etwa bei der Verordnung eines Antibiotikums wichtig und daher als anamnestische Diagnose zu kennzeichnen.

Zusatzkennzeichen für Akut-Diagnosen

Eine zusätzliche Funktion bietet die Kodierunterstützung speziell für den „akuten Herzinfarkt“ und den „akuten Schlaganfall“. Sollen die entsprechenden Kodes mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für gesichert als Dauerdiagnose neu abgespeichert werden, erhalten die Benutzer einen Hinweis, denn akute Diagnosen sind in aller Regel als Dauerdiagnosen ungeeignet. Stattdessen sieht der ICD-10-GM spezifische Kodes für die dauerhafte Schädigung und Behandlung vor.

Haben Sie Fragen oder Anmerkungen zu diesem oder anderen Themengebieten? Dann können Sie Ihr Team Praxisberatung gerne kontaktieren. Wir freuen uns auf Sie. ←

Corona-Impfungen von Hochbetagten: Ärzte stellen Einwilligungsfähigkeit fest

22

In Praxis

Landesrundschreiben | Oktober 2021

Auch bei den Auffrischungsimpfungen stehen über 80-jährige wieder ganz oben auf der Liste. Doch wenn Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit bestehen und Patientenvertreter mit ins Spiel kommen, kann es kompliziert werden. Lesen Sie hier die wichtigsten Details.

→ Eine Coronaschutzimpfung ist nur rechtmäßig, wenn Patienten über die Risiken aufgeklärt wurden und in die Impfung wirksam eingewilligt haben. Allerdings stellt sich Ärzten gerade bei durch Betreuung unterstützte, zum Beispiel hochbetagte, Menschen häufig die Frage, wer diese Einwilligung abgeben muss und wer dann Adressat der Aufklärung ist. Was jedoch klar ist: Die Einschätzung, ob ein Patient einwilligungsfähig ist und alles richtig verstanden hat, gehört zu den genuinen Aufgaben und Verantwortlichkeiten des behandelnden Arztes.

Einwilligungsfähige Patienten

Ist der Patient einwilligungsfähig, kann nur er in die Impfung einwilligen. Beachten Sie, dass eine Einwilligungsfähigkeit nicht automatisch fehlt, wenn für den Patienten ein Betreuer bestellt ist. Die Aufklärung hat grundsätzlich mündlich zu erfolgen. Vor der Durchführung der Impfung muss der Arzt also prüfen, ob der Patient nach ordnungsgemäßer ärztlicher Aufklärung in die Durchführung der Impfung wirksam eingewilligt hat und ob diese Einwilligung nicht widerrufen wurde.

Einwilligungsunfähige Patienten und ihre Vertreter

Die Einwilligungsunfähigkeit eines Patienten muss der behandelnde Arzt feststellen. Auch bei dem einwilligungsunfähigen Patienten kommt es auf seinen mutmaßlichen Willen an. Ist keine wirksame Patientenverfügung vorhanden, so muss der Patientenvertreter, der die Gesundheitsfürsorge für den nicht einwilligungsfähigen Patienten übernommen hat, in die Impfung einwilligen. Das können sowohl rechtliche Betreuer als auch Personen mit Versorgungsvollmacht sein. Für den Fall, dass kein solcher Patientenvertreter vorhanden ist, ist ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge zu bestellen. Die Bestellung kann auch von dem behandelnden Arzt angeregt werden. Es ist in erster Linie Aufgabe des Patientenvertreters, festzustellen, ob die Impfung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Der Arzt kann aber durch seine fachliche Kompetenz zur Klärung des mutmaßlichen

Patientenwillens beitragen und auch Behandlungen verweigern, die nach seiner Auffassung dem mutmaßlichen Willen des Patienten widersprechen.

Hat der einwilligungsunfähige Patient in einer Patientenverfügung prophylaktische Maßnahmen, wie zum Beispiel Impfungen, untersagt oder gestattet, so steht sein Wille fest. Er hat dann bereits seine Einwilligung abgegeben. Kann kein Einvernehmen des Arztes und des Patientenvertreters über den mutmaßlichen oder den in einer Patientenverfügung niedergelegten Willen hergestellt werden, so liegt es am Patientenvertreter, über die Frage der Impfung zu entscheiden. In bestimmten Fällen ist eine gerichtliche Entscheidung möglich – oder je nach Fall sogar notwendig.

Eingriffsaufklärung und Zwangsbehandlung

Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist der Patientenvertreter der Adressat der ärztlichen Eingriffsaufklärung. Die wesentlichen Umstände der Impfung sind aber auch dem einwilligungsunfähigen Patienten zu erläutern, soweit dieser in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen und dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Die vom Patientenvertreter erteilte Einwilligung bleibt aber auch wirksam, wenn der einwilligungsunfähige Patient nicht aufgeklärt wurde.

Lehnt der einwilligungsunfähige Patient die Impfung mit natürlichem Willen ab, so kann eine Zwangsbehandlung vorliegen, die ebenfalls der gerichtlichen Genehmigung unterliegt und nur unter den engen Voraussetzungen des § 1906 a BGB durchgeführt werden darf. Es ist Aufgabe des Patientenvertreters, die gerichtliche Genehmigung einzuholen. ←



→ CORONA-IMPFUNG & EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT: PRÜFUNGSSCHRITTE FÜR DIE PRAXIS

- 1** Ist die Impfung medizinisch indiziert?
- 2** Ist der Patient einwilligungsfähig? Wenn die betroffene Person einwilligungsfähig ist, muss sie vor der Impfung über die Risiken aufgeklärt werden. Sie muss darüber hinaus in die Impfung einwilligen. Diese Einwilligung darf nicht widerrufen werden sein.
- 3** Ist die Person einwilligungsunfähig? Zunächst ist zu klären, ob eine wirksame Patientenverfügung vorliegt, die die Impfung gestattet oder verweigert. Falls ja, gilt die Patientenverfügung unmittelbar. Lehnt der Patient die Impfung trotz Gestattung in der Patientenverfügung mit natürlichem Willen ab, liegt gegebenenfalls eine Zwangsbehandlung vor, die den engen Voraussetzungen des § 1906 a BGB unterliegt. Liegt keine Patientenverfügung vor, so ist wie folgt vorzugehen:
 - Zunächst muss der Patientenvertreter für Gesundheitsangelegenheiten wirksam über die Risiken aufgeklärt werden.
 - Darüber hinaus muss er in die Impfung einwilligen und
 - er darf die Einwilligung nicht widerrufen haben.
 - Dem Patienten müssen – so weit er hierzu in der Lage ist – die wesentlichen Umstände der Impfung erläutert werden.
 - Gegebenenfalls sind richterliche Genehmigungen nach §§ 1904, 1906 a BGB zu beachten.

4 Für das Patientengespräch zur Coronaschutzimpfung hat die Bundesregierung auf ihrer Webseite einen Leitfaden bereitgestellt. Link <http://daebi.de/QP56> (Suchbegriff „Patientengespräch“).

Quelle: Deutsches Ärzteblatt

Praxen vor Gericht: Ungeimpfte haben Recht auf Behandlung

Ein Arzt aus Hannover will ab 2022 keine Ungeimpften mehr behandeln und würde dafür sogar vor Gericht ziehen. Doch laut Bundesmantelvertrag können Behandlungen nicht so einfach verweigert werden.

24

In Praxis

Landesrundschreiben | Oktober 2021

→ Immer mehr Restaurants und Veranstalter setzen auf 2-G, und auch bei Reisen wird es wohl bald so sein. Dann heißt es: Kein Zutritt für Ungeimpfte. Das will auch der Schmerzmediziner Dr. Christian Albert aus Hannover so handhaben und ab 2022 nur noch Geimpfte oder Genesene in seiner Praxis behandeln. Er wolle seine Infektionspatienten und Angstpatienten schützen, begründet Albert seinen Schritt im Interview. Er behandle ausschließlich chronisch schmerzkranken Patienten, darunter viele Palliativ- und Chemotherapie-Patienten. „Und die können alles gebrauchen, nur kein COVID“, sagt Schmerzmediziner Albert. Sich nicht impfen zu lassen, sei für ihn in Ordnung. „Aber diese Patienten müssen dann auch die Konsequenzen tragen und hinnehmen, dass ich mein Recht wahrnehme und den Schutz meiner Patienten vor die Entscheidung stelle, sich nicht impfen zu lassen.“

Sein Plan könnte dem Arzt noch einigen Ärger einbringen. Denn auch Ungeimpfte haben ein Recht auf Behandlung. Die KV Niedersachsen (KVN) und auch die Ärztekammer des Landes (ÄKN) haben Alberts Vorhaben deutlich kritisiert. Aber der Mediziner will notfalls bis vor das Bundesverwaltungsgericht ziehen und für sein Recht streiten. Dabei ist er nicht allein. Nach Auskunft der KV Niedersachsen befasst sich die KVN derzeit mit rund zehn weiteren Praxen, die so handeln wie Albert. Die KVN erkennt zwar die moralisch-ethische Argumentation ihres Mitglieds an, da ein Arzt seine Patienten und Mitarbeiter schützen soll, teilt aber auf Anfrage des medizinischen Nachrichtendienstes Medscape auch mit: „Die KVN hat als Körperschaft öffentlichen Rechts die juristische Kompo-

nente zu betrachten.“

Und das gilt auch für Bremen und Bremerhaven: Nach dem Bundesmantelvertrag – Ärzte (§ 13 Abs. 7 BMV-Ä) muss ein Kassenarzt seine Patienten grundsätzlich behandeln. Die Behandlung Ungeimpfter darf nicht abgelehnt werden, sofern ausreichend Schutzausrüstung zur Verfügung steht. Insoweit besteht kein unzumutbares Risiko. Der Bundesmantelvertrag sieht nur wenige Ausnahmen vor. Demnach darf ein Kassenarzt die Behandlung eines Patienten in begründeten Fällen ablehnen. Als zulässige Gründe nennt das Bundessozialgericht die Störung des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses oder eine durch Überweisung an eine andere Praxis kompensierbare Überlastungssituation.

In der zweiten Anpassung der 28. Verordnung zum Schutz vor Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 des Landes Bremen schließt auch der Normgeber eine Behandlungsverweigerung aufgrund einer fehlenden Immunisierung oder Testes aus. Zwar können Anbieter von „körpernahen Dienstleistungen“ einen Test von Personen verlangen, die nicht geimpft oder genesen sind. Ausdrücklich davon ausgeschlossen sind allerdings nach der Verordnung medizinisch notwendige Behandlungen.

Von Angehörigen oder anderen Begleitpersonen kann allerdings sehr wohl ein Nachweis in Bezug auf die 3G-Regeln eingefordert bzw. grundsätzlich der Zutritt in die Praxsräume untersagt werden. ←

Praxen vor Gericht: Ärztin muss Pandemie-Regeln umsetzen

Praxisinhaber müssen „darauf hinwirken“, dass in ihrer Praxis bestimmte Corona-Regeln eingehalten werden. Gegen diese Verfügung eines Landkreises hatte eine Ärztin geklagt – und unterlag vor Gericht.

→ Aufgrund von mehreren Beschwerden von Bürgerinnen und Bürgern nahmen eine Amtsärztin und Mitarbeiter des Vollzugsdienstes Mitte Mai 2020 mehrmals unangemeldete Begehung in der Praxis einer approbierten Fachärztin für Allgemeinmedizin im Landkreis Bad Dürkheim vor. Dort waren mehrere Aushänge angebracht, die folgenden Wortlaut hatten: „Es besteht keine Maskenpflicht in unserer Praxis. In Hausarztpraxen besteht keine Maskenpflicht. Ich respektiere jedoch Ihre Angst und setze gerne eine Maske auf, wenn Sie das möchten (auch wenn das aus wissenschaftlicher Sicht nicht sinnvoll ist). Corona ist nicht gefährlicher als eine Grippe. Politiker treffen Entscheidungen ohne zuverlässige Datenbasis“

Bei der Überprüfung am 14. Mai 2020 hielt die Bestuhlung im Wartezimmer den von der zu diesem Zeitpunkt geforderten Abstand von 1,5 Metern nicht ein. Anlässlich der Kontrollen am 15. und 18. Mai 2020 wurde festgestellt, dass die genannten Plakate nicht entfernt worden waren. Die Mitarbeiter der Praxis und Patienten trugen keine Schutzmasken. Allerdings war die Bestuhlung im Wartezimmer den Hygieneregeln angepasst worden.

Am 19. Mai 2020 erließ der Landkreis Bad Dürkheim gegenüber der Ärztin die folgende Verfügung:

- Sie werden verpflichtet, dafür zu sorgen, dass Patienten in Wartesituationen gemeinsam mit anderen Personen eine Mund-Nase-Bedeckung tragen.
- Sie werden verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen einen Mindestabstand von 1,5 m bei Wartesituationen sicherzustellen.
- Sie werden verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Mit-

arbeiter Ihrer Praxis eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen.

→ Sie werden aufgefordert, das Aufhängen von Plakaten mit dem Inhalt „keine Maskenpflicht“ zu unterlassen.

Die Ärztin erhob gegen den Bescheid im Februar 2021 Klage, nachdem sie zuvor im Widerspruchsverfahren gescheitert war. Ihre Begründung: Der Landkreis habe für seine Anordnungen keine Grundlage. Es fehle schon daran, dass sie als Ärztin Patienten oder Mitarbeiter nicht zu einer bestimmten Verhaltensweise zwingen könne. Adressaten der Abstands- und Maskenpflichten seien ausschließlich die jeweiligen Personen selber. Medizinisch sei der Nutzen der Masken ohnehin höchst zweifelhaft. Es bestehe auch keine Notwendigkeit, das Mobiliar so anzurichten, dass Patienten einen Mindestabstand einhalten könnten. Das könnten diese auch ohne Bevormundung oder Repression.

Die Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes sehen eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die im Bescheid vom 19. Mai 2020 getroffenen Anordnungen des Landkreises vor. Die Ärztin moniere, sie könne Patienten oder Mitarbeiter nicht zu einer bestimmten Verhaltensweise zwingen. Doch nach der Verfügung habe sie lediglich als Betreiberin einer Gesundheitseinrichtung darauf hinzuwirken, dass die notwendigen Hygiene- und Schutzmaßnahmen beachtet würden. Dies schließe ein, das Aufhängen von Plakaten mit dem Inhalt „keine Maskenpflicht“ zu unterlassen. ↩

Schutz von Patientendaten: Adieu, Telefax!

Weil Telefax-Nachrichten heute über das Internet verschickt werden, gelten sie nicht mehr als datenschutzkonform. Das hat auch Konsequenzen für Praxen.

92



→ Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts kamen mit der Erfindung des Schreibtelegrafs von Samuel Morse erste Ideen auf, nicht nur Funksignale, sondern sogenannte „Faksimile“ (lateinisch: „mach es ähnlich“), also identische Kopien von Schriftstücken oder Abbildungen, in die Ferne zu übertragen. Das „Fax“ war geboren. Gerade unter der Ärzteschaft entwickelte es sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert wegen seiner Schnelligkeit, gerade in Notfallsituationen, zum bevorzugten Medium für die Übertragung von Befunden, Rezepten oder Krankschreibungen.

Doch die Zeiten ändern sich: Da die Technik hinter dem Fax-Versand in den letzten Jahren praktisch ausgetauscht wurde, gilt er mittlerweile nicht mehr als datenschutzkonform. Früher reisten die Daten beim Faxen über exklusive Telefonleitungen, eine Art Ende-zu-Ende-Verbindung also. Mittlerweile erfolgt der Versand jedoch in Datenpaketen über das Internet. Anstatt eines Faxgeräts – früher uneinsehbar im Praxishinterzimmer – kommen die Nachrichten oft in unverschlüsselten E-Mail-Postfächern an. Und wenn am anderen Ende kein reales Faxgerät mehr steht, ist Vertraulichkeit nicht garantiert.

Datenschützer urteilen deshalb, dass Telefax für den Versand personenbezogener Daten, wozu auch die hoch-sensiblen Patientendaten gehören, nicht geeignet ist. Die Datenschutzbeauftragte der Freien Hansestadt Bremen hat Mitte Mai als erste Behörde wie folgt Stellung bezogen: „Aufgrund dieser Unwägbarkeiten hat ein Fax hinsichtlich des Schutzzieles Vertraulichkeit das gleiche Sicherheitsni-

veau wie eine unverschlüsselte E-Mail, die zu Recht als digitales Pendant zur offen einsehbaren Postkarte angesehen wird. Mehr nicht. Fax-Dienste enthalten in der Regel keinerlei Sicherungsmaßnahmen um die Vertraulichkeit der Daten zu gewährleisten. Sie sind daher in der Regel nicht für die Übertragung personenbezogener Daten geeignet.“ Die Bremische Verwaltung geht davon aus, bis Ende 2022 alle Faxgeräte durch sicherere Technologien abgelöst zu haben. Bis dahin sind ihre Beschäftigten gehalten, die Fax-Technik nicht mehr für die Übermittlung personenbezogener Daten zu verwenden. Stattdessen sollen alternative, sichere Verfahren genutzt werden, wie etwa Ende-zu-Ende verschlüsselte E-Mails oder – im Zweifel – auch die herkömmliche Post.

Was das für Arztpraxen bedeutet: Medizinische Unterlagen, die personenbezogene Daten laut Datenschutz-Grundverordnung (DSVGO Art. 4) enthalten, dürfen nicht per Fax versendet werden. Das gilt, sobald das Dokument beispielsweise den Patientennamen, Adresse, Geburtsdatum oder auch besondere physiologische oder psychische Merkmale enthält. Solche Informationen sind bei einer Vielzahl der Arztkommunikation natürlich Standard. Und gerade wenn es um eilige Befunde, Rezepte oder Krankschreibungen geht, sollen Dokumente möglichst am selben Tag ankommen.

Grundsätzlich ist es Praxisinhabern keineswegs verboten, Faxgeräte einzusetzen. Unproblematisch ist die Kommunikation per Fax zwischen Arztpraxen beispielsweise dann, wenn nur Absprachen über Vertretungen getroffen werden. Beim Austausch patientenbezogener Daten ist jedoch Vorsicht geboten. Auch der Datenschutzbeauftragte der Hamburger Stiftung Gesundheit hat übrigens vor Konsequenzen gewarnt, wenn Arztpraxen gegen den Datenschutzgrundsatz der Vertraulichkeit verstößen.

Um Patientendaten sicher zu übertragen, bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) an. Anwendungen, die auf diesem von der gematik entwickelten Standard basieren, ermöglichen einen sicheren elektronischen Austausch von sensiblen Informationen wie Befunden, Bescheiden, Abrechnungen oder Röntgenbildern über die Telematikinfrastruktur (TI). ← (RED)

Wer holt die Laborwerte in die Praxis? Jede Fachgruppe darf beauftragen!

Grundsätzlich kann und sollte jeder Arzt, der einen Laborwert für eine Diagnostik in seinem Fach benötigt, auch selbst das Labor veranlassen – und nicht einen Kollegen darum bitten. Das gilt auch für Fachgruppen, die nur selten Proben nehmen.

→ Berufsrechtlich kann kein Arzt von einem anderen Arzt bindend beauftragt werden, bestimmte Leistungen zu erbringen. Das schließt auch dieses Szenario ein: Ein Facharzt, der nur in seltenen Fällen Labordiagnostik benötigt, leitet seinen Patienten an einen hausärztlichen Kollegen weiter samt einer Reihe von Laborwerten, die er beim Patienten ermitteln möge. Dies mag im Sinne eines kollegialen Miteinanders eine freundliche Geste sein. Einen Anspruch hat der Facharzt aus diesem Beispiel allerdings nicht. Und der Hausarzt darf mit gutem Recht das Anliegen seines Kollegen zurückweisen. Denn jeder Arzt ist für sich und seine Leistungen verpflichtet, deren Sinnhaftigkeit unter WANZ-Kriterien (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig) zu prüfen und dafür geradezustehen. Kurzum: Der Indikationssteller einer Abklärungsdiagnostik ist auch für die dafür notwendige Labordiagnostik verantwortlich. Richtig in diesem Beispielfall wäre es, wenn der Facharzt entweder das Labor selbst veranlasst oder aber spezielle Verdachtsdiagnosen an die anderen zuständigen Fachgruppen überweist, wobei dann dort zur Diagnostik auch Labor gemacht werden kann. Schlimmer noch und zudem unwirtschaftlich wäre es, einen Patienten zu einem anderen Arzt zu überweisen, und schon vorhandene Laborwerte nicht mitzugeben.

Vertragsärzte sollten sich an diese Vorgabe halten, weil es auch in der Regel finanzielle Implikationen gibt. Das Stichwort lautet Wirtschaftlichkeitsbonus, was viele Ärzte fälschlicherweise als ihr „Laborbudget“ bezeichnen. Mit dem Wirtschaftlichkeitsbonus ist ein Mechanismus mit der Absicht geschaffen worden, eine Ausweitung von Laborleistungen zu Lasten anderer Leistungen aus der Gesamtvergütung zu begrenzen. Das heißt: Nur wer „im Rahmen“ bleibt, erhält den vollen Bonus, der durchaus beträchtlich sein kann. Wer „darüber“ liegt, dessen Bonus wird gekappt oder ganz gestrichen. Der Rechenweg ist dermaßen kompliziert, das er nicht leicht vermittelbar ist. Die Intention ist allerdings leicht nachvollziehbar: Ein finanzieller Anreiz soll dafür sorgen, dass die Laborausgaben nicht explodieren. Insofern ist das Verhalten des Arztes aus dem geschilderten Beispiel nachvollziehbar, die Laborleistungen lieber vom Kollegen erbringen zu lassen. Der Hausarzt andererseits, muss sehr genau prüfen, will er seinen eigenen Bonus nicht

↑ KEINE GLOBALAUFTRÄGE

Globalaufträge wie „Leber, Niere, Fettstoffwechsel, Schilddrüse“ stellen keine sachgemäße Beauftragung von Laborleistungen dar. Der Auftrag soll deziert unter Angabe der genauen Laboruntersuchungen (durch Angabe der Gebührenordnungsposition bzw. der Leistung) und mit der entsprechenden Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunden ausgestellt werden.

↑ INFOS IM INTERNET

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ein Laborkompendium herausgebracht. Es enthält Informationen zur korrekten Beauftragung und Abrechnung von Laborleistungen, Hinweise zum Kapitel 32 des EBM, Interpretationshilfen sowie Empfehlungen zu medizinisch sinnvoller und wirtschaftlicher Stufendiagnostik. Das Laborkompendium steht zum Download bereit unter www.kbv.de/media/sp/Laborkompendium_final_web.pdf

riskieren.

Grundsätzlich ist festzuhalten: Wenn ausschließlich der Facharzt bei seinen Patienten aktuelle spezifische Laborwerte zur eigenen Diagnostik benötigt, so kann er diese selbst in Auftrag geben. Patienten, die einer grundsätzlichen diagnostischen Abklärung bedürfen, werden mit einer Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung – unter Anführung der (Verdachts-) diagnose – an einen entsprechenden Facharzt überwiesen. Über den Umfang der Leistungen zur Abklärung entscheidet der Facharzt selbst. ← (RED)

Auf einen Blick: Das ist neu zum 1. Oktober

Was hat sich zum 1. Oktober 2021 für Vertragsärzte und -psychotherapeuten geändert? Einige wichtige Neuerungen haben wir hier zusammengetragen.

eAU

Für die Vergütung des Versands einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung per Post sind neue GOP in den EBM aufgenommen worden. → **Landesrundschreiben September 2021, S.4-7 & S.30**

Psychotherapie

Die psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152) und mehrere gruppentherapeutische Leistungen können auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnet werden. → **S. 35**

Hepatitis-Screening

Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr haben Versicherte im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung einmalig Anspruch auf ein Screening auf Hepatitis-B.
→ **Landesrundschreiben September 2021, S. 39**

Qualitätssicherung

Die KV Bremen wird ab dem 1. Oktober 2021 die festgelegten Vorgaben zur Qualitätssicherung wieder vollständig umsetzen. → **S. 43**

Lumbalpunktion

Die berechtigten Arztgruppen zur Abrechnung der GOP 02342 (Lumbalpunktion) werden um die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erweitert. → **S. 30**

Schlafapnoe

Patienten mit einer obstruktiven Schlafapnoe können mit einer Unterkieferprotrusionsschiene behandelt werden.
→ **Landesrundschreiben September 2021, S. 40**

Neugeborenen-Screening

Die Bewertungen der GOP 01707 und der GOP 01724 werden angehoben. → **S. 34**

Strahlentherapie

Die Bewertungen von strahlentherapeutischen Leistungen werden angepasst. → **S. 38**

Mammographie

Im Mammographie-Screening-Programm sind die apparativen Anforderungen an Röntgeneinrichtungen für mammographische Stereotaxie angepasst worden. → **S. 31**

Substitution

Die GOP 01953 (130 Punkte / 14,46 Euro) zur Behandlung von Opioideabhängigen mit einem Depotpräparat wird dauerhaft in den EBM aufgenommen. → **S. 38**

Oncologie

Die Berechnungsfähigkeit der GOP für die orale Tumorthерапie und die Therapieoption „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom sind aufgenommen. → **S. 36**

Tumore

Zur Verabreichung von Keytruda und Jemperli und für die Erbringung des biomarkerbasierten Oncotype-Test werden die GOP 19464 und GOP 19506 aufgenommen. → **S. 40**

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.

Sozialamt

Was ist bei der Abrechnung von Leistungen über ein Sozialamt zu beachten?

Es ist zwingend notwendig, den entsprechenden Original-Schein bei uns einzureichen. Damit Ihre Abrechnung reibungslos über die jeweiligen Kost-

enträger abgewickelt werden kann, müssen diese Scheine unbedingt mit Ihrem Arztstempel und Ihrer Unterschrift versehen sein. (A2)

Nachträglich

Können einzelne Leistungen, die versehentlich nicht abgerechnet wurden, nachträglich über einen Vorquartalsfall in einem späteren Quartal abgerechnet werden?

Nein. Einzelne Leistungen können nachträglich nicht abgerechnet werden, wenn der Behandlungsfall bereits zur Abrechnung gelangt ist. Scheinsplitting ist unzulässig. Vorquartals-

fälle können nachträglich nur abgerechnet werden, wenn der Behandlungsfall insgesamt noch nicht zur Abrechnung eingereicht wurde. (A2)

Cannabis auf Rezept

Können bei der Verordnung von Cannabisblüten mehrere Sorten auf ein BTM-Rezept?

Nein. Pro Rezept darf nur eine Sorte verordnet werden. Die Apotheke kann

die Verordnung sonst nicht mit der Kasse abrechnen. (VR)

Blanko-Verordnung

Ab wann ist die mehrfach angekündigte „Blanko-Verordnung“ von Heilmitteln wie zum Beispiel Krankengymnastik möglich?

Die bundesweite Umsetzung (Paragraph 125a, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) lässt weiter auf sich warten. Die

KV Bremen wird die Vertragsärzte rechtzeitig ausführlich informieren. (VR)

Meldungen & Bekanntgaben

→ ABRECHNUNG

Neue Kostenpauschalen für eAU-Versand per Post

- Für die Vergütung des Versands einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) per Post sind zum 1. Oktober 2021 die GOP 40130 (0,81 Euro) und GOP 40131 (0,81 Euro) neu in den EBM aufgenommen.
- Die Übermittlung der eAU an die zuständige Krankenkasse darf ab dem 1. Oktober 2021 ausschließlich digital erfolgen, sofern in der Vertragsarztpraxis die notwendige technische Ausstattung verfügbar ist. In bestimmten Fällen ist jedoch zusätzlich der Versand eines Papierausdrucks erforderlich. Hierfür wurden zum 1. Oktober 2021 zwei neue Kostenpauschalen in dem Kap. 40.4 EBM neu aufgenommen.
- GOP 40130 (0,81 Euro) für den Versand des Ausdruckes an die Krankenkasse, wenn eine digitale Übermittlung aus technischen Gründen nicht möglich ist, der Arzt dies aber erst bemerkt, wenn der Patient die Praxis bereits verlassen hat und die Übermittlung nicht bis zum Ende des nachfolgenden Werktags nachgeholt werden kann. Der Versand der digitalen Daten erfolgt nach Behebung der Störung automatisch.
- GOP 40131 (0,81 Euro) für den Versand der Ausdrucke für Arbeitgeber und Patient nach einem Hausbesuch. Die digitale Übermittlung an die Krankenkasse ist in diesem Fall direkt aus der Praxis möglich.
- Die Vergütung der GOP 40130 und GOP 40131 erfolgt extrabudgetär.
- Weitere Informationen zu der eAU erhalten Sie unter:
www.kvhb.de/jetzt-kommt-die-eau
www.kvhb.de/start-der-eau-am-1-oktober-bleibt-uebergangsregelung-bis-jahresende

ALEXANDRA THÖLKE
0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

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

ISABELLA SCHWEPPPE
0421.34 04-300 | i.schwepppe@kvhb.de

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

→ ABRECHNUNG

FA für Psychiatrie und Psychotherapie können Lumbalpunktion abrechnen

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

ISABELLA SCHWEPPPE
0421.34 04-300 | i.schwepppe@kvhb.de

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

- Die berechtigten Arztgruppen zur Abrechnung der GOP 02342 (Lumbalpunktion) wurden zum 1. Oktober um die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erweitert. Hierfür wird die erste Anmerkung zur GOP 02342 entsprechend angepasst.

Neue Anforderungen an Apparate und Doku bei Mammographie-Screening

→ Im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms sind die apparativen Anforderungen an Röntgeneinrichtungen für mammographische Stereotaxie rückwirkend zum 1. April angepasst worden. Darüber hinaus wurde eine flexible Durchführung von Fortbildungskursen eingeführt und die Dokumentationsanforderung für histopathologische Beurteilungen geändert.

Korrekturen der Anforderungen an Röntgeneinrichtungen

→ Zur Erfüllung der strahlenschutzrechtlichen Anforderungen waren die apparativen Anforderungen gemäß Anhang 6 in der Neufassung der Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ärzte) zum 1. Januar 2021 geändert worden (KV-InfoAktuell 503/2020). Unter anderem wurden die Anzeige und die automatisierte Dokumentation von physikalisch-technischen Aufnahmeparametern einschließlich Expositionsdaten in Abschnitt 2 des Anhangs 6 ergänzt.

→ Dies gilt auch für Röntgeneinrichtungen im Rahmen der Abklärung eines Mammographie-Befundes (Regelung gemäß § 6 Absatz 1 letzter Satz der Brustkrebsfrüherkennungs-Verordnung). Ende Februar wurde bekannt, dass einzelne im Einsatz befindliche Röntgengeräte für die mammographische Stereotaxie (Biopsie-Tische) die Daten nicht vollständig liefern können. Um zu gewährleisten, dass auch diese Geräte weiterhin eingesetzt werden können, bedarf es einer Anpassung in Abschnitt 3.2 des Anhangs 6. Die seit dem 1. Februar 2021 vorliegenden IT-Protokolle zur elektronischen Dokumentation und Evaluation waren bereits im März korrigiert und publiziert worden.

→ Die Änderungen in Abschnitt 3.2 des Anhangs 6 bewirken eine Folgeänderung in Abschnitt 9 des Anhangs 7 hinsichtlich der Regelungen der monatlichen Datenübermittlung an das zuständige Referenzzentrum.

→ Ebenso geregelt wurde die Zuordnung der Aufnahmeparameter zur betreffenden Screening-Einheit, der jeweiligen Röntgeneinrichtung sowie dem Screeningfall, um die in § 3 Absatz 2 der Brustkrebsfrüherkennungs-Verordnung definierten Aufgaben der Medizinphysik-Experten der Referenzzentren (technische Qualitätssicherung) zu ermöglichen. Damit die erforderliche Rückverfolgbarkeit des Falles ausschließlich in der jeweiligen Screening-Einheit erfolgen kann, werden die in Abschnitt 9 des Anhangs 7 genannten Daten pseudonymisiert übermittelt.

Fristverlängerung der Fortbildungskurse

→ Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde zum 1. Juni 2020 eine flexible Durchführung von Fortbildungskursen befristet eingeführt. Die Übergangsregelung nach § 41 Buchstaben m) und n) ermöglicht insbesondere die Nutzung digitaler Fortbildungsformate. Sie ist ursprünglich zum 30. Juni 2021 ausgelaufen und wurde dann bis zum 30. September 2021 verlängert.

Dokumentationsvorgaben zu prä- und postoperativen Fallkonferenzen

→ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 18. Juni 2020 beschlossen, die Dokumentationsanforderungen für die histopathologische Beurteilung in der Abklärungsdiagnostik im Mammographie-Screening nach Anlage VI Nummer 2.6 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie sowie für die histopathologische Beurteilung des Operationspräparates nach Anlage VI Nummer 2.7 zu ändern. Entsprechend wurden die Dokumentationsvorgaben zu den prä- und postoperativen Fallkonferenzen in Abschnitt 2.1 und 2.2 Anhang 1 angepasst.

→ Die Änderungen werden zeitnah im Deutschen Ärzteblatt bekannt gegeben, eine vollständig aktualisierte Anlage 9.2 finden Sie bereits auf der Internetseite www.kbv.de/media/sp/09.2_Mammographie.pdf

→ ABRECHNUNG

Substitutionsgestützte Behandlung dauerhaft abrechenbar

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

ISABELLA SCHWEPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

Bei Fragen zur Genehmigung:

KAI HERZMANN

0421.34 04-334 | k.herzmann@kvhb

→ Die GOP 01953 (130 Punkte / 14,46 Euro) zur Behandlung von Opioideabhängigen mit einem Depotpräparat wird zum 1. Oktober dauerhaft in den EBM aufgenommen.

→ Mit der GOP 01953 können behandelnde Ärzte einmal in der Woche die subkutane Applikation eines Depotpräparats und die Nachsorge abrechnen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

→ Die GOP 01953 setzt eine Substitutions-Genehmigung der KV Bremen voraus.

→ ABRECHNUNG

Präeklampsie-Laborleistung nicht mehr extrabudgetär

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

ISABELLA SCHWEPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

→ Ab 1. Januar 2022 werden die Laborleistungen nach der GOP 32362 (19,40 Euro) und GOP 32363 (62,25 Euro) im Zusammenhang mit der Diagnostik der Präeklampsie nicht mehr extrabudgetär vergütet.

Anzeige

The advertisement features a background photograph of a person's hands writing with a pen on a document. On the left, the logo for meditaxa is displayed, which includes the text "Fachkreis für Steuerfragen der Heilberufe". On the right, there is a dark blue rectangular area containing the text "Ihre Berater für Heilberufe in Bremen und Umzu." Below this, the logo for HAMMER & PARTNER is shown, consisting of a grid of squares and the text "HAMMER & PARTNER Wirtschaftsprüfer Steuerberater Rechtsanwälte". At the bottom right, the contact information "0421/369 04-0 hammerundpartner.de" is provided.

Vergütung für ePA-Erstbefüllung steht fest

→ Für die sektorenübergreifende Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) kann rückwirkend zum 1. Januar 2021 die Pseudo-GOP 88270 (Bewertung: 10 Euro) abgerechnet werden. Die Erstbefüllung der ePA mit Befunden, Arztbriefen etc. darf sektorenübergreifend je Patient nur einmal durchgeführt und abgerechnet werden. Eine sektorenübergreifende Erstbefüllung liegt vor, wenn noch keine Inhalte von einem Vertragsarzt, einem Vertragspsychotherapeuten, einem im Krankenhaus tätigen Arzt oder einem Zahnarzt in die ePA eingestellt worden sind. Eine Erstbefüllung kann auch dann noch vorliegen, wenn der Versicherte selbst bereits eigene Inhalte in die ePA eingestellt hat. Alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten und Krankenhäusern sind seit Juli 2021 gesetzlich verpflichtet, auf Wunsch eines Patienten die ePA zu befüllen. Auch Zahnärzte können das übernehmen. Mit der sektorenübergreifenden Erstbefüllung sind keine vertragsärztlichen Beratungspflichten zur Funktionalität oder Nutzung der ePA verbunden.

→ Da sich momentan in der ePA nicht erkennen lässt, ob ein anderer Leistungserbringer bereits Daten in die ePA eingestellt hatte, der Versicherte die Daten jedoch bereits wieder gelöscht hat, kann es zu einer Doppelabrechnung kommen. In diesem Fall kann die Krankenkasse die Pauschale von zehn Euro von der Kassenärztlichen Vereinigung zurückfordern. Der betroffene Arzt oder Psychotherapeut erhält in diesem Fall stattdessen die „Zusatzpauschale für die ePA-Unterstützungsleistung“ GOP 01647 (15 Punkte / 1,67 Euro), die für die ärztliche ePA-Tätigkeit außerhalb der Erstbefüllung im Behandlungsfall berechnungsfähig ist. Die Vertragspartner setzen sich bei der gematik GmbH dafür ein, dass die Transparenz über vorgenommene Erstbefüllungen durch technische Lösungen in der ePA verbessert wird und bürokratischer Prüfungsaufwand entfällt.

Vergütung der ePA

Für das Erfassen und Speichern von Daten auf der ePA können Ärzte und Psychotherapeuten folgende GOP abrechnen:

- GOP 01647 (1,67 Euro / 15 Punkte)
 - Die GOP beinhaltet insbesondere die Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung medizinischer Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in der ePA.
 - Sie wird als Zusatzpauschale zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen) gezahlt.
 - Sie ist einmal im Behandlungsfall (= Quartal) berechnungsfähig.
 - Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn im selben Behandlungsfall die Pauschale 88270 für die sektorenübergreifende Erstbefüllung (10 Euro) abgerechnet wird.
- GOP 01431 (33 Cent / 3 Punkte)
 - Die GOP wird als Zusatzpauschale zu den GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01820 (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung) gezahlt.
 - Sie umfasst Versorgungsszenarien mit ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der ePA, in denen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird.
 - Sie ist höchstens viermal im Arztfall berechnungsfähig. Arztfall bedeutet die Behandlung desselben Versicherten durch denselben Arzt in einem Quartal zulasten derselben Krankenkasse unabhängig von Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.
 - Sie ist – mit Ausnahme der GOP 01430, 01435 und 01820 – im Arztfall nicht neben anderen GOP und nicht mehrfach an demselben Behandlungstag berechnungsfähig.
- Erstbefüllung der ePA: Pseudo-GOP 88270 (10 Euro)
 - 10 Euro je ePA in 2021
 - Mit der Erstbefüllung sind keine vertragsärztlichen Beratungspflichten der Versicherten zur Funktionalität oder Nutzung der ePA verbunden.
 - Die GOP ist im Behandlungsfall nicht neben der GOP 01647 „Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung“ sowie der GOP 01431 „Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den GOP 01430, 01435 und 01820“ berechnungsfähig.

ISABELLA SCHWEPPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

→ ABRECHNUNG

Finanzierung der Präexpositionsprophylaxe verlängert

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

ISABELLA SCHWEPPPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

- Die GOP 32850 sowie die Leistungen aus Abschnitt 1.7.8 zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP) GOP 01920 bis 01922 und 01930 bis 01936 werden vorerst für weitere fünf Quartale, bis zum 31. Dezember 2022, extrabudgetär vergütet. Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 31. Dezember 2022, ob weiterer Regelungsbedarf hinsichtlich der Finanzierung besteht.

→ ABRECHNUNG

Videofallkonferenz und Videosprechstunden-Authentifizierung länger abrechenbar

ISABELLA SCHWEPPPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

Finanzierung der Videofallkonferenz

- Die GOP 01442 (Videofallkonferenz zwischen der Pflegekraft und des Arztes) wird für weitere vier Quartale extrabudgetär vergütet. Bis zum 30. September 2022 prüft der Bewertungsausschuss, ob die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung erfordert.

Videosprechstunde – Verlängerung der Authentifizierung

- Die Befristung der GOP 01444 (Authentifizierung) wird bis zum 31. Dezember 2022 verlängert. Hintergrund: Ab dem 1. Oktober 2021 sollte nach Gesetzesauftrag eine technische Authentifizierungslösung für die Videosprechstunde flächendeckend bereitstehen und die GOP 01444 obsolet werden. Durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVMG) sind die Krankenkassen nun verpflichtet, ihren Versicherten bis spätestens zum 1. Januar 2023 eine digitale Versichertidentität anzubieten, auf deren Basis eine technische Authentifizierungslösung für die Videosprechstunde flächendeckend umsetzbar wird. Die Befristung der GOP 01444 wird verlängert, um weiterhin den entstehenden Praxisaufwand abzubilden, bis eine technische Authentifizierung der Versicherten durch den Vertragsarzt sichergestellt ist.

→ ABRECHNUNG

Neugeborenen-Screening wird höher bewertet

ISABELLA SCHWEPPPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

- Zum 1. Oktober 2021 wird die Bewertung der GOP 01707 (Beratung zum Erweiterten Neugeborenen-Screening) von 135 Punkten (15,88 Euro) auf 184 Punkte (21,65 Euro) und die Bewertung der GOP 01724 (Laboruntersuchungen des Erweiterten Neugeborenen-Screenings) von 221 Punkten (26,00 Euro) auf 297 Punkte (34,94 Euro) angehoben.

- Der Bewertungsausschuss hat diese Erhöhung zur Berücksichtigung des erhöhten Aufwandes für die In-vitro-Diagnostik und den zusätzlich erforderlichen Beratungsaufwand im Zusammenhang mit dem Neugeborenen-Screening beschlossen.

Akutbehandlung und Gruppentherapie jetzt per Video möglich

- Zum 1. Oktober 2021 können die psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152) und mehrere gruppentherapeutische Leistungen auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnet werden. Der EBM (Kapitel 35) und die Psychotherapie-Vereinbarung wurden entsprechend angepasst.
- Der Technikzuschlag nach der GOP 01450 (40 Punkte / 4,45 Euro) kann ebenfalls zur Videositzung berechnet werden. Bei den Gruppenbehandlungen gilt die Höchstwertregelung, nach der der Zuschlag nur einmal je Gruppenbehandlung vergütet wird.
- In einer Video-Gruppentherapie dürfen insgesamt maximal neun Personen sein: acht Teilnehmerinnen und Teilnehmer beziehungsweise Bezugspersonen plus eine Therapeutin oder ein Therapeut. Gruppentherapien mit zwei Therapeutinnen beziehungsweise Therapeuten sind per Video nicht möglich.
- Neben gruppentherapeutischen Leistungen nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 35173 bis 35178 und Abschnitt 35.2.2 EBM dürfen auch Gruppenbehandlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (GOP 14221), der Psychiatrie und Psychotherapie (GOP 21221), der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (GOP 22222) und der Neuropsychologischen Therapie (GOP 30933) im Rahmen der Videosprechstunde berechnet werden.
- Die Videositzung kann nur durch den Therapeuten erfolgen, der den Versicherten auch im unmittelbaren persönlichen Kontakt behandelt. Eine örtliche Nähe soll grundsätzlich gegeben sein.
- Auch muss vorab vereinbart werden, wie die Sitzung bei einem technischen Verbindungsabbruch fortgesetzt wird und welche Schritte bei gegebenenfalls drohender Eigen- oder Fremdgefährdung ergriffen werden (gerade für die Akutbehandlung wichtig).
- Diese Angebote der ambulanten Psychotherapie sind per Video möglich:
 - neu ab 1. Oktober: Akutbehandlung
 - neu ab 1. Oktober: Gruppentherapie und gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung
 - Einzeltherapie
 - fachgruppenspezifische Einzelgesprächsleistungen (zum Beispiel: psychotherapeutisches Gespräch nach GOP 22220 und 23220)
 - Über die Coronavirus-Sonderregelungen (befristet bis Ende 2021):
 - Psychotherapeutische Sprechstunde
 - Probatorische Sitzungen (neu ab 1. Oktober auch in der Gruppe)
- Hinweis: Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut muss unter Berücksichtigung der individuellen Krankheits- und Lebensumstände der oder des Versicherten entscheiden, ob eine Videosprechstunde durchgeführt werden kann. Dabei müssen die Vorschriften der jeweiligen Berufsordnungen, insbesondere der Sorgfaltspflichten, beachtet werden.
- Bitte beachten Sie hierzu die Übersicht „Videosprechstunde für Ärzte und Psychotherapeuten“ auf der Homepage der KV Bremen:
www.kvhb.de/videosprechstunde
- Zeitgleich wurden auch die Sonderregelungen zur Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von SARS-CoV-2 bis 31. Dezember 2021 verlängert. Damit sind in Ausnahmefällen weiterhin Psychotherapeutische Sprechstunden und Probatorische Sitzungen per Video möglich – letztere in einer Übergangsphase auch im Gruppensetting. Zum 15. Dezember 2021 werden alle Sonderregelungen erneut auf den Prüfstand gestellt.

→ ABRECHNUNG

Zuschlag bei Nierenersatz- Therapie wird verlängert

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

ISABELLA SCHWEPPPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

→ Der Bewertungsausschuss (BA) hat beschlossen, die GOP 04567 und GOP 13603 bis zum 30. September 2022 zu verlängern und deren Bewertung von aktuell 120 Punkten (13,35 Euro) auf 90 Punkte (10,01 Euro) abzusenken.

→ Die Zuschläge 04567 und 13603, die im Zusammenhang mit der GOP 04562 beziehungsweise der GOP 13602 für die kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten stehen, waren zunächst befristet bis zum 30. September 2021 in den EBM aufgenommen worden.

→ Spätestens zum 30. Juni 2022 wird der BA erneut prüfen, ob eine Verlängerung beziehungsweise Anpassung der Regelungen erforderlich ist.

→ ABRECHNUNG

Onkologie-Vereinbarung wird angepasst

→ Zum 1. Oktober 2021 wird die Onkologie –Vereinbarung angepasst. Unter anderem sind die Berechnungsfähigkeit der GOP für die orale Tumortherapie und die Therapieoption „Active Surveillance“ beim Prostatakarzinom sowie eine neue Indikation aufgenommen worden.

→ Die GOP 86520 (92,64 Euro) für die orale Tumortherapie kann künftig auch für die Hormonbehandlung im metastasierten Stadium angesetzt werden – und zwar unabhängig davon, ob eine weitere medikamentöse Tumortherapie erfolgt.

→ Gleichzeitig wird in der Onkologie-Vereinbarung klargestellt, dass im Rahmen der Nachsorge adjuvante Therapien mit endokrin wirksamen Medikamenten als auch – sofern keine weiteren beziehungsweise anderen tumorspezifischen Medikamente verabreicht werden – Therapien mit Medikamenten zur Behandlung von Knochenerkrankungen nicht unter diese Erweiterung fallen. Sie berechtigen weiterhin nicht zur Berechnung der Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung (§ 1).

→ Zudem wird klargestellt, dass die GOP 86516 (185,27 Euro) nur bei Verabreichung von mindestens einem intravasal applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L berechnungsfähig ist.

→ Die Überwachungsstrategie „Active Surveillance“ kann ab 1. Oktober 2021 als ärztliche Behandlung des Prostatakarzinoms mit der GOP 86512 (28,37 Euro) einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Behandlung muss nach der S3-Leitlinie Prostatakarzinom der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erfolgen.

→ Für die paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (Marchiafava-Michelis) wird der ICD-10-GM D59.5 im Falle einer Behandlungsbedürftigkeit als neue Indikation aufgenommen und ist zunächst bis zum 30. September 2023 begrenzt. Neben der GOP 86510 (39,92 Euro) kann nun, sofern eine intravenöse Therapie mit monoklonalen Antikörpern erfolgen muss, auch die GOP 86516 abgerechnet werden.

→ Die Fortbildungsanforderungen werden – analog zu 2020 – auch für das Kalenderjahr 2021 aufgrund der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten pandemischen Lage reduziert. Demnach müssen Ärzte anstatt 50 nur 30 CME-Punkte nachweisen. Außerdem reicht es aus, wenn Ärzte an einer industrieneutralen, durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatung teilgenommen haben.

→ Sie finden die angepasste Onkologie-Vereinbarung in Kürze auf der KBV-Internetseite [unter www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php](http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php)

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

ISABELLA SCHWEPPPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

GOP 01470 auch bei vorläufig aufgenommenen DiGAs ansetzbar

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

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

ALEXANDRA THÖLKE
0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

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

→ Mit der neue Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) kann auch bei der Erstverordnung von vorläufig zur Erprobung in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommenen Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) die GOP 01470 (18 Punkte / 2,00 Euro) abgerechnet werden.

Weitere Vergütungen für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit einzelnen vorläufig aufgenommenen DiGA (Anhänge 1 und 2 zur Anlage 34) werden derzeit noch verhandelt und treten zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft.

www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php

Anzeige

DUNOW

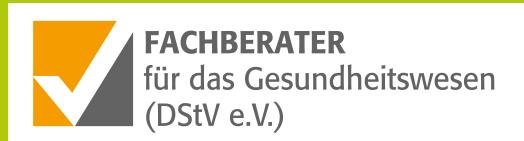
Steuerberatungsgesellschaft

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



Strahlentherapeutische Leistungen werden angepasst

- Zum 1. Oktober 2021 wurden die Bewertungen von strahlentherapeutischen Leistungen aus dem Kap. 25 angepasst.
- Es erfolgt eine Absenkung der Bewertungen der GOP 25316 bis 25318, 25321, 25324 bis 25328 sowie 25340 bis 25343.
- Des Weiteren erfolgt die Aufnahme einer zusätzlichen Anmerkung zu den GOP 25316, 25321 sowie 25325 bis 25329.
- Eine höhere Bewertung erhält die ärztliche Leistung im Zusammenhang mit der Weichstrahl- oder Orthovolttherapie (GOP 25310). Zudem wurde für die rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie die GOP 25345 (1054 Punkte / 117,25 Euro) in den EBM neu aufgenommen.
- Die Absenkungen der Bewertungen betreffen zahlreiche Gebührenordnungspositionen (GOP) in Kapitel 25 des EBM. So wird beispielsweise bei gutartigen Erkrankungen die therapeutische Bestrahlungsleistung mit dem Linearbeschleuniger über die GOP 25316 „Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen“ künftig mit 385 Punkten statt 405 Punkten bewertet (siehe Tabelle rechts).
- Die GOP 25316, 25321 sowie 25325 bis 25329 sind jeweils einmal am Behandlungstag berechnungsfähig. Für eine zweimalige Berechnung bedarf es einer besonderen Begründung.
- Eine höhere Bewertung erhält die ärztliche Leistung im Zusammenhang mit der Weichstrahl- oder Orthovolttherapie (GOP 25310). Sie wird mit 115 Punkten statt bisher 92 Punkten bewertet.
- Zudem ist ab 1. Oktober 2021 für die rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie die neue GOP 25345 berechnungsfähig.
- Im Gegenzug ist die GOP 25310 (Weichstrahl- oder Orthovolttherapie) nicht neben der GOP 25341 (Bestrahlungsplanung II) und GOP 25342 (Bestrahlungsplanung III) berechnungsfähig. Letztere sind künftig nur bei Bestrahlungen per Linearbeschleuniger berechnungsfähig.
- Zum 30. Juni 2022 wird der Bewertungsausschuss eine erneute Überprüfung der strahlentherapeutischen Leistungen und gegebenenfalls weitere Bewertungsanpassungen sowie strukturelle Änderungen an den GOP mit Wirkung zum 1. Juli 2022 vornehmen.

ISABELLA SCHWEPPE
0421.34 04–300 | i.schwepp@kvhb.de
KATHARINA KUCZKOWICZ
0421.34 04–301 | k.kuczkowicz@kvhb.de
ALEXANDRA THÖLKE
0421.34 04–315 | a.thoelke@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04–320 | l.hartwig@kvhb.de

Übersicht: Aktuelle Bewertung des Kapitels 25 EBM

GOP	Punkte bis 30.9.2021	Punkte ab 1.10.2021
25310 Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	92 Pkt. / 10,23 Euro	115 Pkt. / 12,79 Euro
25316 Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	405 Pkt. / 45,05 Euro	385 Pkt. / 42,83 Euro
25317 Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	230 Pkt. / 25,59 Euro	177 Pkt. / 13,02 Euro
25318 Zuschlag IGRT bei gutartiger Erkrankung	316 Pkt. / 35,15 Euro	190 Pkt. / 21,14 Euro
25321 Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	811 Pkt. / 90,22 Euro	771 Pkt. / 85,77 Euro
25324 Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	287 Pkt. / 31,93 Euro	212 Pkt. / 23,58 Euro

25325 Zuschlag Hochpräzisionstechnik bei bösartiger Erkrankung	278 Pkt. / 30,93 Euro	220 Pkt. / 24,47 Euro
25326 Zuschlag IGRT bei bösartiger Erkrankung	524 Pkt. / 58,29 Euro	255 Pkt. / 28,37 Euro
25327 Zuschlag Hochpräzisionstechnik in Kombination mit IGRT bei bösartiger Erkrankung	746 Pkt. / 82,99 Euro	420 Pkt. / 46,72 Euro
25328 Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy bei bösartiger Erkrankung	577 Pkt. / 64,19 Euro	430 Pkt. / 47,83 Euro
25329 Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	313 Pkt. / 34,82 Euro	313 Pkt. / 34,82 Euro
25340 Bestrahlungsplanung	238 Pkt. / 26,48 Euro	200 Pkt. / 22,25 Euro
25341 Bestrahlungsplanung II ausschließlich bei Bestrahlung mit Linearbeschleuniger	3463 Pkt. / 385,24 Euro	3078 Pkt. / 342,41 Euro
25342 Bestrahlungsplanung III ausschließlich bei Bestrahlung mit Linearbeschleuniger	4744 Pkt. / 527,47 Euro	4200 Pkt. / 467,22 Euro
25343 Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	7649 Pkt. / 850,91 Euro	5101 Pkt. / 567,41 Euro
25345 Bestrahlungsplanung II bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	-	1054 Pkt. / 117,25 Euro

⇒ ABRECHNUNG

Anästhesien oder Kurznarkosen sind bei Kryokonservierung abrechenbar

- Rückwirkend zum 1. Juli 2021 können Praxen zusätzlich auch Anästhesien oder Kurznarkosen (GOP 05330) als Begleitleistung im Zusammenhang mit der Kryokonservierung abrechnen.
- Im Zusammenhang mit der Kryokonservierung werden auch die GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08575, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33064, 33090, 36272, 36503 und 36822 extrabudgetär vergütet und müssen in der Abrechnung mit dem Suffix „K“ gekennzeichnet werden.
- Einige GOP (08621, 08623, 08635, 08637 bis 08641 und 08644 bis 08648) im Zusammenhang mit der Kryokonservierung sind nur von bestimmten Fachgruppen berechnungsfähig und/oder genehmigungspflichtig.
- Für die GOP 31272 ist eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) ambulantes Operieren notwendig.
- Für die GOP 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 benötigt man eine Genehmigung nach der QSV Speziallabor.
- Die Ultraschallleistungen nach den GOP 33043, 33044, 33064 und 33090 sind nach der QSV Ultraschalldiagnostik genehmigungspflichtig.

ALEXANDRA THÖLKE
0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de
LILIA HARTWIG
0421.34 04-320 | l.hartwig@kvhb.de
ISABELLA SCHWEPPPE
0421.34 04-300 | i.schwepppe@kvhb.de
KATHARINA KUCZKOWICZ
0421.34 04-301 | k.kuczkwicz@kvhb.de

- Ärzte und Ärztinnen, die bereits eine Genehmigung für diese Leistungen haben, müssen keinen erneuten Antrag stellen.
- Weitere Informationen zu der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen sind auf der Homepage der KV Bremen abrufbar:
www.kvhb.de/kryokonservierung-von-ei-oder-samenzellen-neu-im-ebm

→ ABRECHNUNG

GOP für Keytruda/Jemperli sowie den Oncotype-Test in EBM aufgenommen

→ Zur Verabreichung der Arzneimittel Keytruda und Jemperli und für die Erbringung des biomarkerbasierten Oncotype-Test werden zum 1. Oktober 2021 die GOP 19464 und GOP 19506 in den EBM neu aufgenommen.

Verabreichung der Arzneimittel Keytruda und Jemperli

→ Bei der gezielten medikamentösen Behandlung bestimmter Tumorentitäten ist es gemäß der jeweiligen Fachinformation der Arzneimittel Keytruda und Jemperli erforderlich, vorher eine Untersuchung auf das Vorliegen einer Mikrosatelliteninstabilität im Tumormaterial durchzuführen. Für diese Untersuchung wird zum 1. Oktober 2021 die GOP 19464 (867 Punkte / 96,45 Euro) in den Abschnitt 19.4.4 EBM neu aufgenommen.

→ Die GOP 19464 ist zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig und darf im Krankheitsfall nicht neben der GOP 11432 (Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – Untersuchung wenn kein Tumormaterial vorliegt) abgerechnet werden.

→ Die GOP 19464 kann nur von Fachärzten für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie abgerechnet werden.

→ Für die ärztliche Beurteilung der Untersuchung ist der Zuschlag nach der GOP 19402 (416 Punkte / 46,28 Euro) zur GOP 19464 berechnungsfähig.

Oncotype-Test bei Brustkrebs

→ Zum 1. Oktober 2021 wird die GOP 19506 (23.732 Punkte / 2.640,04 Euro) für die Erbringung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX Breast Recurrence Score in den Abschnitt 19.4.5 EBM neu aufgenommen, sofern dessen Durchführung in Deutschland erfolgt. Hintergrund: Bisher war die Durchführung der Tests nur in den USA möglich. Dafür wurde in Paragraph 25 im Bundesmantelvertrag-Ärzte befristet bis zum 31. Dezember 2021 die Möglichkeit geschaffen.

→ Die Vergütung der GOP 19506 erfolgt extrabudgetär und kann nur von Fachärzten für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie abgerechnet werden.

→ Die GOP 19506 ist im Krankheitsfall nur einmal berechnungsfähig und darf im Krankheitsfall nicht neben der GOP 19501 bis 19505 abgerechnet werden.

→ Für die ärztliche Beurteilung des Testergebnisses ist ebenfalls der Zuschlag nach der GOP 19402 zur GOP 19506 berechnungsfähig.

→ Die GOP 19501 (Aufarbeitung einer Gewebeprobe zur Durchführung eines biomarkerbasierten Tests nach der GOP 19502 beim Mammakarzinom) und GOP 19502 (Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score), die ausschließlich für die Durchführung des Tests in den USA berechnungsfähig waren, werden mit Wirkung zum 1. Januar 2022 gestrichen.

ALEXANDRA THÖLKE

0421.34 04-315 | a.thoelke@kvhb.de

LILIA HARTWIG

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

ISABELLA SCHWEPPPE

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

KATHARINA KUCZKOWICZ

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

Klarheit bei Grippeimpfstoffen für über 60-jährige

→ Praxen im Land Bremen können in der laufenden Grippeimpfaison sowohl Hochdosis-, als auch herkömmlichen tetravalenten Grippeimpfstoff für über 60-jährige Patienten verwenden, ohne eine Wirtschaftlichkeitsprüfung in Bezug auf die Art des Grippeimpfstoffs befürchten zu müssen. Dies wurde auch über eine Rechtsverordnung bestätigt.

→ Hochdosis oder herkömmlicher tetravalenter Grippeimpfstoff für ältere Patienten? Die unklare Rechts- und Marktlage hatte im Frühjahr bei der Vorbestellung der Impfstoffe für die Saison 2021/2022 für große Verunsicherung gesorgt. Die Bremer Krankenkassen hatten daraufhin im Dialog mit der KV Bremen im März 2021 einen Verzicht auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen beim Einsatz herkömmlicher tetravalenter Grippeimpfstoffe erklärt.

→ Diesen „Bremer Weg“ hat der Gesetzgeber zwischenzeitlich mit einer Rechtsverordnung bestätigt. Die Praxen im Lande Bremen können entsprechend ihrer Bestellungen bzw. Bevorratung sowohl Hochdosis-, als auch herkömmlichen tetravalenten Grippeimpfstoff für über 60-jährige Patienten verwenden, ohne eine Wirtschaftlichkeitsprüfung in Bezug auf die Art des Grippeimpfstoffs befürchten zu müssen. Der Gesetzgeber hat nämlich für die Saison 2021/2022 auch klargestellt, dass der Hochdosisimpfstoff trotz der deutlich höheren Kosten für diese Altersgruppe als wirtschaftlich gilt.

→ „Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, haben im Rahmen der Verfügbarkeit der vorhandenen Impfstoffe Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen Influenza mit einem inaktivierten, quadrivalenten Influenza-Impfstoff mit aktueller von der Weltgesundheitsorganisation empfohlener Antigenkombination. Der Anspruch auf einen Influenza-Hochdosis-Impfstoff nach § 20i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt; eine Verordnung des Influenza-Hochdosis-Impfstoffs gilt als wirtschaftlich.“
(BAnz AT 11.03.2021)

→ Diese Rechtsverordnung gilt nur einmalig für die Influenza-Impfsaison 2021/2022! Vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) ist keine Wiederholung dieser Ausnahmeregelung vorgesehen. Das bedeutet, dass Praxen bei der Bestellung des Impfstoffes für die nächste Impfsaison (2022/2023) für Patienten ab 60 Jahren nur noch den inaktivierten quadrivalenten Hochdosis-Influenza-Impfstoff berücksichtigen können.

→ Weitere Einzelheiten finden Sie auch in der Schutzimpfungsrichtlinie unter www.g-ba.de

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

Neue Vordrucke für Homöopathieverträge

→ Bei den Homöopathieverträgen mit der IKK classic und der SECURVITA Krankenkasse sind neue Teilnahmeerklärungen für Patienten zu verwenden.

→ Die Vordrucke finden Sie auf der Homepage der KV Bremen („Verträge“).

→ Der BKK-Vordruck gilt wieder wie gewohnt für Patienten der SECURVITA Krankenkasse und Patienten der weiteren beigetretenen Betriebskrankenkassen (zum Beispiel Daimler). Notwendig werden die neuen Vordrucke aufgrund der inhaltsgleichen Überführung der Vereinbarungen in Verträge nach §140a SGB V (vorher §73c).

→ Für bereits teilnehmende Patienten und Praxen ist in jedem Fall keine neue Einschreibung erforderlich.

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

Weitere Ausnahme bei Stimulantien als Kassenleistung

MICHAEL SCHNAARS

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

→ Nach der Arzneimittel-Richtlinie sind Stimulantien in der Verordnung eingeschränkt. Hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss jetzt eine weitere Ausnahme für erwachsene Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA) beschlossen.

→ Stimulantien haben das Potenzial der missbräuchlichen Anwendung zur Leistungssteigerung oder zur Erzeugung einer euphorisierenden Wirkung. Die Verordnung ist daher nach Anlage III, Nr. 44 der Arzneimittel-Richtlinie (www.g-ba.de) eingeschränkt. Zu den Einschränkungen wurde eine weitere Ausnahmeregelung beschlossen.

→ „- ausgenommen zur Verbesserung der Wachheit und zur Reduktion übermäßiger Schläfrigkeit während des Tages bei erwachsenen Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA), deren übermäßige Tagesschläfrigkeit (EDS – Excessive Daytime Sleepiness) durch eine optimierte OSA-Therapie, wie z. B. mittels CPAP-Beatmung (CPAP, continuous positive airway pressure), nicht zufriedenstellend behandelt werden konnte. Die Behandlung der Primärerkrankung OSA ist beizubehalten.“

→ Die Richtlinienänderung ist am 30.06.2021 in Kraft getreten.

→ QUALITÄTSSICHERUNG

Fortbildungszertifikate müssen 5 Jahre nach Tätigkeitsaufnahme vorliegen

→ Da die Nachweisfrist für das Fortbildungszertifikat von Ärzten und Psychotherapeuten bis zur Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite – nach aktuellem Stand derzeit bis zum 31. Dezember 2021 – verlängert wurde, erreichen die KV Bremen derzeit viele Anfragen nach dem Stichtag der individuellen Nachweisfrist.

→ So können Sie feststellen, zu welchem Stichtag Sie spätestens – nach Aufhebung der epidemischen Lage durch den Bundestag – Ihr Fortbildungszertifikat bei der KV Bremen vorlegen müssen: Die Nachweisfrist beginnt mit der Aufnahme der vertragsärztlichen bzw. –psychotherapeutischen Tätigkeit und endet genau fünf Jahre später. Unberücksichtigt bleiben Zeiten, in denen diese Tätigkeit nicht ausgeübt wurde, zum Beispiel weil sie ruhte. Der Nachweiszeitraum verlängert sich um diese Zeiten.

→ Wichtig: Ihre stichtagsbezogene Frist zur Vorlage des Fortbildungszertifikats ändert sich nicht, wenn Sie schon vor Ihrem Stichtag ein Fortbildungszertifikat bei der KV Bremen einreichen. Ausschlaggebend ist, dass zum Stichtag ein gültiges Zertifikat von Ihnen bei der KV Bremen vorliegt, anderenfalls drohen die gesetzlich vorgegebenen Sanktionen (Honorarkürzung).

→ Bitte beachten Sie auch, dass die Ärztekammer Bremen (ÄKHB) bei erklärtem Einverständnis die Ausstellung eines Fortbildungszertifikats automatisch an die KV Bremen weiterleitet. Das Einverständnis muss gegenüber der ÄKHB erklärt werden. Eine automatische Weiterleitung für die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer Bremen wurde dagegen von deren Kammer nicht eingerichtet. Psychotherapeuten reichen ihr Fortbildungszertifikat bitte selbst bei der KV Bremen ein.

CHRISTOPH MAASS

0421.34 04-115 | c.maass@kvhb.de

BARBARA FRANK

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

Befristete Vereinbarungen zu QS-Anforderungen enden am 30. September

→ Die KV Bremen wird ab dem 1. Oktober 2021 die festgelegten Vorgaben zur Qualitätssicherung – insbesondere nach § 135 Abs. 2 SGB V – wieder vollständig umsetzen. Hintergrund ist, dass die seit März 2020 zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband vereinbarte Möglichkeit einer Aussetzung, Abweichung oder Anpassung von den Vorgaben, nicht mehr gilt. Einer Verlängerung der Vereinbarung hat der GKV-Spitzenverband nicht zugestimmt.

Anschlussregelung für Mammographie-Screening ab 1. Oktober 2021

→ Im Mammographie-Screening entfällt die Flexibilisierung hinsichtlich der Vorgaben zur Durchführung und zu Zeitabständen und Reihenfolgen von Fortbildungen. Es ist beabsichtigt die Möglichkeit zur Nutzung digitaler Formate in Fortbildungskursen durch eine Anschlussregelung zu erhalten. Über das Ergebnis der Beratungen auf Bundesebene wird die KV Bremen berichten.

Coronavirus: Diese Sonderregelungen wurden nicht verlängert

→ Verringerung der erforderlichen CME-Punkte für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin von acht auf vier Punkte.

→ Befristete Sonderregelungen für die NÄPA in Ausbildung sowie für deren Refresher-Kurse enden am 30. September 2021. Die Sonderregelung für NÄPA in Ausbildung beinhaltete, dass die Genehmigung durch die KV Bremen für die NÄPA auch dann erteilt werden konnte, wenn nachgewiesen wurde, dass mit der Fortbildung zur NÄPA bereits begonnen wurde und der voraussichtliche Abschluss der Fortbildung bis zum 30. September 2021 erfolgen wird.

Regelungen zur Fortbildungsverpflichtung gelten bis Ende der Pandemie

→ Im Jahre 2020 wurde bereits die Frist für den Nachweis der fachlichen Fortbildung für Ärzte und Therapeuten mehrfach verlängert. Das BMG hat im März 2021 einer Verlängerung der Nachweisfrist bis zum Ende der Pandemie zugesagt. Diese gilt, solange der Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellt. Die epidemische Lage wurde durch den Bundestag zuletzt im August 2021 verlängert und gilt daher bis 30. November 2021. Ohne erneute Bestätigung des Parlaments läuft sie nach drei Monaten aus.

CHRISTOPH MAASS
0421.34 04-115 | c.maass@kvhb.de

Projekt zur chronischen Wundversorgung startet im Januar 2022

→ Die KV Bremen hat für ihr Projekt „Infrastruktur und Prozesse für optimierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden – dezentral und regelversorgungsnah in Bremen: IP-Wunde“ vom Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss den Zuschlag erhalten.

→ Gemeinsam mit ihren Konsortialpartnern AOK Bremen/Bremerhaven, IVP Networks sowie dem Kompetenzzentrum für klinische Studien Bremen (KKS B) bereitet sie als Konsortialführer den Start des IP-Projektes zum 1. Januar 2022 vor.

→ Ziel des Projektes IP-Wunde ist die flächendeckende Implementierung einer komplexen integrierten Wundversorgung im Land Bremen mit geeigneten Prozessen und unterstützender Infrastruktur. Das Konzept sieht den Aufbau flächendeckender Behandler-Netzwerke für die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden, eine digitale Unterstützung durch eine zentrale IT-Plattform für eine Prozesssteuerung mit einer elektronischen Wundfallakte sowie digital gesteuerte strukturierte Behandlungspfade vor.

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

Präsenztermine für SDM-Fortbildung stehen fest

→ Nachdem die Präsenzveranstaltungen der Fortbildungen für die Shared-Decision-Making (SDM) in diesem Jahr pandemiebedingt entfallen mussten, können für das kommende Jahr 2022 zwölf neue Fortbildungstermine in Präsenz angeboten werden. Hier die Terminübersicht:

Termin	Wochentag	Ort	Datum	Uhrzeit
1	Freitag	Bremen	11.03.2022	14:30-19:30 Uhr
2	Samstag	Bremen	12.03.2022	08:30-13:30 Uhr
3	Samstag	Bremen	12.03.2022	14:30-19:30 Uhr
4	Freitag	Bremerhaven	22.04.2022	14:30-19:30 Uhr
5	Samstag	Bremen	23.04.2022	08:30-13:30 Uhr
6	Samstag	Bremen	23.04.2022	14:30-19:30 Uhr
7	Freitag	Bremen*	23.09.2022	14:30-19:30 Uhr
8	Samstag	Bremen	24.09.2022	08:30-13:30 Uhr
9	Samstag	Bremen	24.09.2022	14:30-19:30 Uhr
10	Freitag	Bremerhaven	04.11.2022	14:30-19:30 Uhr
11	Samstag	Bremen*	05.11.2022	08:30-13:30 Uhr
12	Samstag	Bremen	05.11.2022	14:30-19:30 Uhr

- * Termin 7 und 11 sind ausschließlich für Pädiater.
- Veranstaltungsort Bremen: KV Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen.
- Veranstaltungsort Bremerhaven: AOK Bremen/Bremerhaven, Columbusstr. 1, 27570 Bremerhaven.
- Bitte beachten Sie, dass die Terminbuchungen erst ab dem 15. November 2021 möglich sind. Hierfür wird Ihnen auf unserer Homepage www.kvhb.de/sdm ein Tool zur Anmeldung zur Verfügung stehen.
- Die SDM-Kooperationsvereinbarung zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wurde bis zum 31. Mai 2023 verlängert und wird somit fortgeführt. In Zeiten der Pandemie haben die Vertragspartner außerdem das Konzept zum SDM überarbeitet und der aktuellen Lage angepasst.
- Zur Aufrechterhaltung der HzV-Teilnahme wird der Nachweis an einer von der KV Bremen anerkannten Fortbildung zum Thema SDM vorausgesetzt. Diese besteht aus zwei Teilen bzw. Schritten: 1. dem Onlinetraining und 2. der o.g. Präsenzveranstaltung zum Thema SDM. Auch das SDM-Onlinetraining wurde optimiert und neu aufgelegt. Ab dem 1. November 2021 ist die neue Version online unter www.sdm-bremen.de verfügbar. Bereits absolvierte Online-Trainings müssen nicht wiederholt werden. Bitte beachten Sie, dass die Plätze der Präsenzveranstaltung begrenzt sind und Sie eine verbindliche Zusage zur Fortbildung erst nach Abschluss des Onlinetrainings erhalten.
- Auch im kommenden Jahr wird die KV Bremen die Entwicklung der Corona-Pandemie beobachten und gegebenenfalls flexibel bei der Planung von Präsenzveranstaltungen reagieren müssen. Wir informieren zeitnah, falls sich pandemiebedingt Änderungen ergeben.

Vergütungsvereinbarung für Diabetes mellitus wird angepasst

- Mit der Änderung der DMP-Vergütungsvereinbarung werden zum 1. Oktober 2021 höhere Schulungspauschalen, weitere Schulungsprogramme und ein Qualitätszuschlag nach vollständigem Abschluss bei Patientenschulungen abrechnungsfähig.
- Dies betrifft das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sowie das DMP Diabetes mellitus Typ 2.
- Die bisherige Anlage 3 (Diabetes mellitus Typ 1) sowie Anlage 4 (Diabetes mellitus Typ 2) werden aus der bisherigen DMP-Vergütungsvereinbarung herausgelöst und in eine eigene Vergütungsvereinbarung für diese beiden Indikationen überführt.
- Die neue Anlage 1 (DM 1) und die neue Anlage 2 (DM 2) werden angepasst:
 - Aufnahme weiterer Schulungsprogramme in DMP DM 1 (Linda, PRIMAS)
 - Aufnahme weiterer Schulungsprogramme in das DMP DM 2 (Medias 2 BOT + SIT + CT)
 - Erhöhung der Schulungspauschalen
 - Bei vollständigem Abschluss der Schulung kann bei ausgewählten Schulungsprogrammen ein Qualitätszuschlag abgerechnet werden
 - Aktualisierung der Bezeichnungen und der Zielgruppe der Schulungsprogramme gemäß der akkreditierten Schulungsprogramme
- Änderung der bisherigen DMP-Vergütungsvereinbarung ACBK:
 - Sie gilt für die Indikationen Brustkrebs, Asthma bronchiale, COPD sowie Koronare Herzkrankheit,
 - die bisherige Anlage 3 wird gestrichen
 - die bisherige Anlage 4 wird gestrichen
- Die KV Bremen strebt auch eine entsprechende Anpassung der DMP-Vergütungsvereinbarung ACBK an und wird daher die Verhandlungen mit den Krankenkassen fortführen.
- Sofern Sie eine Schulung in den neu aufgenommenen Schulungsprogrammen Ihren Patienten anbieten wollen, beantragen Sie bitte eine Schulungsgenehmigung. Die Anträge sowie die geänderten Vergütungsvereinbarungen sind auf der Homepage der KV Bremen abrufbar:

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

www.kvhb.de/dmp-diabetes-mellitus-typ-1
www.kvhb.de/dmp-diabetes-mellitus-typ-2

„Moin, wir sind die Neuen!“

Kolleginnen und Kollegen stellen sich vor

.....



Name: **Dr. Katja Odin**

Geburtsdatum: **22. Februar 1964**

Geburtsort: **Hannover**

Fachrichtung: **Neurologie**

Sitz der Praxis:

Paracelsus-MVZ Bremen-Nord
Lindenstraße 1 a
28755 Bremen (Vegesack)

Niederlassungsform:
Medizinisches Versorgungszentrum

Kontakt:

Tel: 0421.331 15 70

Warum sind Sie in die ambulante Versorgung gewechselt?

Als Chefärztin der Neurologischen Abteilung der Paracelsus-Klinik Bremen habe ich ein führendes Zentrum zur Behandlung von Parkinson-Patienten aufgebaut. Mit der Eröffnung einer daran gekoppelten Schwerpunkt-Praxis in Bremen-Nord bieten sich mir jetzt neue Möglichkeiten, weitere Patienten auch im ambulanten Bereich zu versorgen. Wir werden hier auch avancierte Therapien für den Morbus Parkinson – wie Pumpentherapie und Tiefe Hirnstimulation – ambulant selektieren und einstellen.

Warum Bremen?

Zunächst einmal gab es deutschlandweit bislang lediglich in Berlin und Hamburg spezialisierte Praxen für die Behandlung von Parkinson-Patienten. Jetzt auch in Bremen-Nord ein drittes Zentrum zu etablieren, ist schon ein enormer Zugewinn für unseren Standort und die Patienten. Darüber hinaus lebe ich gern in Bremen. Meine drei Kinder gingen hier zur Schule, und ich habe viele Freunde gefunden, seitdem ich vor 20 Jahren aus Hannover hierher gekommen bin.

Von der KV Bremen erwarte ich ...

... klare Ansagen und volle Unterstützung! Mit unserer in der Region einmaligen Schwerpunkt-Praxis für Parkinson-Patienten haben wir jetzt die Chance, ein herausragendes Angebot im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung weiter aufzubauen.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Die Arbeit mit und an den Menschen. Es bereitet mir einfach große Freude, wenn für chronisch erkrankte Parkinson-Patienten mit unseren fortschrittlichen Therapien die Lebensqualität ein wenig verbessert werden kann.

Wie entspannen Sie sich?

Mit meiner Familie und meinen Freunden – und beim Sport! Gerade hier in Bremen-Nord, wo ich lebe, gibt es am Fluss herrliche Möglichkeiten, um Fahrrad zu fahren.

Wenn ich nicht Ärztin geworden wäre...

... dann wäre ich vielleicht Diplomatin geworden, weil mich in diesem Berufsfeld auch der Umgang mit Menschen und das Ausland fasziniert haben. Letztlich war aber der frühe Kindheitswunsch, Ärztin zu werden, stärker!

Warum haben Sie sich niedergelassen?

Mir ist unabhängiges und selbstbestimmtes Arbeiten, ohne den Kontakt zu anderen Kolleginnen und Kollegen zu verlieren, sehr wichtig.

Warum Bremen?

Meine Frau und meine Tochter fühlen sich hier in Bremen wohl, und wir erhalten viel Unterstützung von unseren Freunden und Bekannten.

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

Es sollte definitiv das langfristige Ziel sein, selbstständig zu arbeiten. Die Vorteile der eigenen Niederlassung sind das selbstbestimmte Arbeiten und die Zunahme der Selbstwirksamkeit. Auf der anderen Seite bietet das Arbeiten in Anstellung auch viel Flexibilität, Unabhängigkeit und damit Freiheiten, die mir in meinem aktuellen Lebensabschnitt wichtiger erscheinen.

Von der KV Bremen erwarte ich ...

... eine freundliche, unkomplizierte, partnerschaftlich helfende Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf?

Ich liebe es, den Patienten und Patientinnen zu helfen und beidseitige Zufriedenheit zu erreichen.

Wie entspannen Sie sich?

Ich finde einen guten Ausgleich beim Sport und Reisen mit der Familie.

Wenn ich nicht Arzt geworden wäre...

... hätte ich einen anderen Arbeitsplatz gesucht, wo ich mit Menschen zusammenarbeiten kann, und der das Gefühl vermittelt, etwas Sinnvolles zu machen.



Name: Dr. Hossein Haji Jafari

**Geburtsdatum: 14. Juni 1978
Geburtsort: Khoy (Iran)**

Fachrichtung: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

**Sitz der Praxis:
Robert-Koch-Strasse 40A
28277 Bremen**

**Niederlassungsform:
Einzelpraxis**

**Kontakt:
Telefon 0421.871 84 50**

Sie auch?

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

Bitte melden!

0421.3404-181
redaktion@kvhb.de

Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

Zeitraum 1. August bis 30. September

48

Über Kollegen

Landesrundschreiben | Oktober 2021

Anstellungen

Name	anstellende Betriebsstätte	Ort	Fachgruppe	Beginn
Luise Fink - volle Anstellung -	Dr.med. J. Kellermann/Dr. med. C. Kellermann , Gemeinschaftspraxis	Hastedter Heerstraße 102 28207 Bremen	Innere Medizin	01.09.2021
Dr. med. Silke Uenzelmann - halbe Anstellung -	Dr. med. Wolfgang Soldan/Anne Stadler , Örtliche BAG	Hemmstraße 212 28215 Bremen	Kinderheilkunde	07.09.2021
Dr. med. Dr. med. dent. Susanne Sehhati-Chafai-Leuwer - viertel Anstellung -	MVZ "Fachärztezentrum Hanse GmbH" , MVZ	Sankt-Jürgen-Straße 1a 28205 Bremen	Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie	08.09.2021
Dr. med. Katja Odin - halbe Anstellung -	Paracelsus Med. Versorgungszentrum/Dr. Boos , Überörtliche BAG	In der Vahr 65 28329 Bremen	Neurologie	15.08.2021
Dr. med. Ruth Horstkemper-Rohde - volle Anstellung -	MVZ "Fachärztezentrum Hanse GmbH" , MVZ	Sankt-Jürgen-Straße 1a 28205 Bremen	Strahlentherapie	13.09.2021
Ammar Altarboosh - viertel Anstellung -	MVZ Augenzentrum Speckenbüttel GmbH , MVZ	Debstedter Weg 2 27578 Bremerhaven	Augenheilkunde	10.08.2021
Dr. med. Yaser Hajjar - halbe Anstellung -	MVZ Am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide GmbH , MVZ	Postbrookstraße 103/105 27574 Bremerhaven	Laboratoriumsmedizin	10.08.2021

Verlegungen, Umzüge

Name	von	nach	Datum
Dipl.-Päd. Antonio Lo Baido	Außer der Schleifmühle 6-8 28203 Bremen	Dobbenweg 2 28203 Bremen	10.09.2021
Dipl.-Psych. Gabriele Hegerfeld	Donandtstraße 43 28209 Bremen	Dobbenweg 2 28203 Bremen	10.09.2021
Dr. med. Mura Kastendieck	Hildesheimer Straße 25 28205 Bremen	Vor dem Steintor 36 28203 Bremen	15.08.2021
Gynaekologicum Bremen MVZ für Gynäkologische Onkologie und Operative Gynäkologie	Schwachhauser Heerstraße 367 28211 Bremen	Schwachhauser Heerstraße 52 a 28209 Bremen	01.09.2021
Dr. rer. nat. Sonja Sobiraj	Bürgermeister-Smidt-Straße 133 27568 Bremerhaven	An der Allee 47 27568 Bremerhaven	30.08.2021
Dipl.-Psych. Michael Kreth	Gildemeisterstraße 6 27568 Bremerhaven	Herwigstraße 8-10 27572 Bremerhaven	01.09.2021
Dipl.-Psych. Anja Jacobi	Gildemeisterstraße 6 27568 Bremerhaven	Herwigstraße 8-10 27572 Bremerhaven	01.09.2021

Impressum

Herausgeberin: Kassenärztliche Vereinigung
Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28,
28209 Bremen, Tel.: 0421.34 04-0 |

v.i.S.d.P.: Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt
Josenhans | **Redaktion:** Christoph Fox, Florian
Vollmers (RED) | **Autoren dieser Ausgabe:** Orso-

Iya Balogh, Nicole Daub-Rosebrock, Christoph Fox,
Barbara Frank, Peter Kurt Josenhans, Florian Vollmers

Abbildungsnachweise: Gorodenkoff - Adobe Stock
(S.01 & S.10); Prostock-studio - Adobe Stock (S.01 &
S.10); SciePro - Adobe Stock (S.01 & S.06); Jens Lem-
kübler (S.02 & S.12 & S.14 & S.52); David Pereiras - Ad-
obe Stock (S.08); Florian Vollmers (S.12); Ärztekammer
Bremen (S.13); KV Bremen (S.15); snowing12 - Adobe
Stock (S.20); Marina Demidiuk Adobe Stock (S.23);
Adobe Stock (S.26); Paracelsus-Klinik Bremen (S.46);
privat (S.47);

Redaktion: siehe Herausgeberin,
Tel.: 0421.34 04-328, E-Mail: redaktion@kvhb.de |

Gestaltungskonzept: oblik visuelle
kommunikation | **Druck:** BerlinDruck GmbH +
Co KG | **Vertrieb:** siehe Herausgeberin

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

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

Kleinanzeigen

Mitglieder der KV Bremen können Inserate kostenlos in der Online-Praxisbörse unter praxisboerse.kvhb.de aufgeben.
Annoncen im Landesrundschreiben werden noch bis Ende des Jahres angeboten: Unter www.kvhb.de/kleinanzeigen oder mit einer E-Mail an kleinanzeigen@kvhb.de. Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 16. November.

Moderne Neurologische Gem.Praxis

3 FÄ, 7 MFA nördl. HB sucht weitere (fach-)ärztl. Unterstützung in TZ! Keine Dienste, familienfreundl. Planung, eig. Schwerpunkt. Wir freuen uns auf Sie unter neuopraxis@hotmail.de oder 01791496694

MFA (m/w/d) gesucht

HNO-Facharztpraxis Dr. Uhe aus Bremerhaven sucht eine MFA (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit. Nettes Team, übertarifliche Bezahlung. Grashoffstr. 6, 27570 Bremerhaven
Kontakt: 0471/21167

Kinderärztin (w, d, m) gesucht

Bremer Kinderarztpraxis im Süden sucht Kollegin/e zur Anstellung in Teilzeit, flexible Arbeits-/Urlaubszeiten, Weiterbildung halbtags Allgemeinpädiatrie oder Neuropädiatrie möglich, Jobsharing möglich. Aktuell: 6 Angestellte, 2 Ärzte, 2 Standorte, Einsatzort Bremen Neustadt. Wir freuen uns über jeden Hinweis und jede Bewerbung. Kontakt: christian.stier@nord-com.net

Wir suchen zum 1.1.2022 (oder später)

Weiterbildungsassistenten Ophthalmologie (m/w/d)
- auch Teilzeit möglich - ab drittem WBJ und erfahrenen Ophthalmochirurgen (m/w/d) zur Unterstützung unseres operativen Teams. Sehr gute Bezahlung, minimale Dienste, sehr gutes Arbeitsklima. Weitere Hinweise unter <https://augen-bhv.de/beurteilung-durch-fach-und-assistenzaerzte/> Ihre Bewerbungen unter kontakt@augen-bhv.de oder Augenkompetenz Zentrum Bremerhaven MVZ GmbH, Grashoffstr. 7, 27570 Bremerhaven

WeiterbildungsassistentIn gesucht

für die Hausärztlich-internistische GP Borgfeld
gerne mit diabetologischem Hintergrund
in Teil- oder Vollzeit ab dem 1.07.22 oder später
Kontakt: www.hausaerzte-borgfeld.de

Praxisraum Schwachhausen

Psychotherapeutin (AP/TP) sucht kleinen Praxisraum,
gerne in Praxisgemeinschaft,
in Bremen-Schwachhausen
Kontakt: Chiffre EQ2740

Psychotherapeutin sucht Praxisraum

oder kleine geeignete Wohnung für Privatpraxis
mit nur wenigen Patienten in Bremen-Schwachhausen,
Bürgerpark, Gete
Kontakt: Chiffre FR3851

Praxisflächen in Bremen

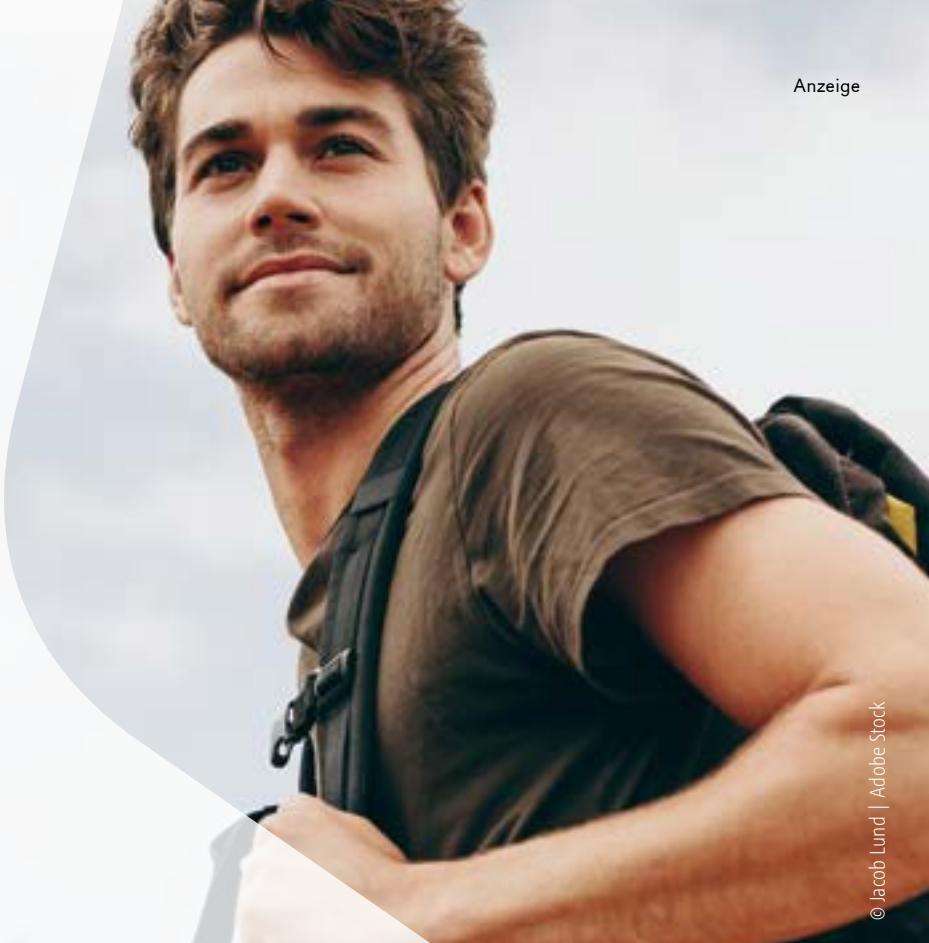
provisionsfrei zu vermieten
• Alte Herrstraße 4 •
• Vahrer Straße 203/204 •
+49 381 25 21 740
moin@dramakler.de

So antworten Sie auf Chiffre-Anzeigen

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

BESTENS AUSGERÜSTET

PRAXISBETRIEB STARTEN ...



© Jacob Lund | Adobe Stock

Bestens ausgerüstet – jeden Tag

Nicht zu viel und nicht zu wenig: Ihre Praxissoftware sollte die Funktionen bieten, die Sie täglich benötigen. Sie sollte leicht zu bedienen sein und mit der Zeit gehen. Damit Sie bestens ausgerüstet sind, wenn Sie Ihren Praxisbetrieb starten.

Und weil auch wir das gut finden, haben wir ein Angebotspaket mit der passenden Ausrüstung für Sie geschnürt. Neben den Grundfunktionen unserer **Praxissoftware medatixx** erhalten Sie **drei Zugriffslizenzen** statt einer, die **GDT-Schnittstelle** und den **Terminplaner** für 99,90 €* statt 139,90 €.

Sparen Sie so zwei Jahre lang jeden Monat 40,00 €.

Bestellen Sie am besten sofort und sichern Sie sich das **bestens-ausgerüstet-Angebot**. Details finden Sie unter

bestens-ausgeruestet.medatixx.de

* mtl./zzgl. MwSt. Mindestvertragslaufzeit 12 Monate. Die Aktion endet am 31.12.2021.
Angebotsbedingungen siehe shop.medatixx.de.

Der Beratungsservice der KV Bremen

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

0421.34 04 -

Abrechnungsberatung

Team 1

Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, Fachärztliche Kinderärzte, Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, Hausärztliche Internisten, Nichtvertragsärzte im Notfalldienst	
Isabella Schweppe	-300
Katharina Kuczkowicz	-301

Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Ermächtigte Psychotherapeuten, PT-Ausbildungsinstitute	
Petra Bentzien	-165

Team 2

Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gastroenterologen, Gynäkologen, Hämatologen, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kardiologen, Laborärzte, Laborgemeinschaften, Lungenärzte, MVZ, MKG-Chirurgen, Nephrologen, Neurorachirurgen, Nuklearmediziner, Orthopäden, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Rheumatologen, Urologen, Ermächtigte Ärzte, Institute, Krankenhäuser	
Alexandra Thölke	-315
Lilia Hartwig	-320

RLV-Berechnung

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

RLV-Anträge und Widersprüche

Kathrin Radetzky	-195
------------------	------

Praxisbesonderheiten (RLV)

Daniela Scheglow	-193
------------------	------

Abteilungsleitung

Jessica Drewes	-190
Daniela Scheglow	-193

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung	
Nina Arens	-372

Abteilungsleitung

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

Praxisberatung

Nicole Daub-Rosebrock	-373
Orsolya Balogh	-374

Qualitätssicherung

Neue Versorgungsformen (HzV, DMP, ...), Qualitätszirkel	
Sylvia Kannegießer	-339
Kai Herzmann	-334
Qualitätssicherung, QM	
Jennifer Bezold	-118
Steffen Baumann	-335
Nicole Heintel	-329
Nathalie Nobel	-330
Abteilungsleitung	
Christoph Maaß	-115

Zulassung

Arztregister	
Krassimira Marzog	-377
Zulassung und Bedarfsplanung	
Manfred Schober (Ärzte)	-332
Martina Plieth (Psychotherapeuten)	-336
Abteilungsleitung	
Marion Büning	-341

Rechtsfragen

Christoph Maaß (u. a. Datenschutz)	-115
Marión Büning (Zulassung)	-341

Verträge

Abteilungsleitung	
Matthias Metz	-150
Selektivverträge	
Barbara Frank	-340
Inga Boetzel	-159

Honorarkonto

Abschläge, Bankverbindung, Kontoauszug	
Martina Prange	-132

Verordnungen

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel	
Michael Schnaars	-154

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

Prüfung

Plausibilitätsprüfung (Abrechnung)	
Christoph Maaß	-115
Wirtschaftlichkeitsprüfung (Verordnung, Behandlung)	
Thomas Arndt	-176

Bereitschaftsdienste

Bremen und Bremen-Nord	
Annika Lange	-107
Kerstin Lünsmann	-103
Bremerhaven	
Martina Schreuder	0471.48 293-0
Abteilungsleitung	
Jennifer Ziehn	-371

Formulare und Vordrucke

Formularausgabe, Zentrale	
Erika Warnke	-0
Petra Conrad-Becker	-106
Bremerhaven	
Martina Schreuder	0471.48 293-0
Formulare & Aktenvernichtung	
Wolfgang Harder	-178
Abteilungsleitung	
Birgit Seebeck	-105



Das Gesicht hinter der Rufnummer 0421.34 04-159
Inga Boetzel ist in der Abteilung Vertragswesen Ihre Ansprechpartnerin für die Selektivverträge.