

Bitte kein Verwaltungssprech

Die Telematikinfrastruktur in der Praxis – ganz konkret

Medizinische Versorgung
Asylsuchender

Honorarbericht 1/17 zum Download bereit

»Sie soll nicht alles
anders machen.
Aber manches moderner.«

Christiane Worm
Dr. Christiane Worm
NOCH HAUSÄRZTIN

Julia Schütze
Julia Schütze
BALD HAUSÄRZTIN



Alle Infos zur
Niederlassung:

www.lass-dich-nieder.de

Der Arzt wechselt – aber Qualität und persönliche Nähe bleiben.
Wir niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten garantieren
durch eine intensive Einarbeitung, dass die Patienten auch bei den
neuen Kollegen von den gewohnten Behandlungsmethoden
profitieren. www.ihre-aerzte.de

**Die Haus- und
Fachärzte**

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

Der „Letter of Intent“ – eine Fehlkonstruktion!?



Foto: KV Bremen

Im sogenannten „Letter of Intent“ (LOI) haben die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, die Landesverbände der Berliner Krankenkassen sowie die KV Berlin Vereinbarungen zur Versorgungssteuerung auf der Ebene der zwölf Berliner Verwaltungsbezirke getroffen. Kern dieser Vereinbarung ist es, eine Praxisverlegung

von einem unterdurchschnittlich versorgten Bezirk in einen überdurchschnittlich versorgten Bezirk zu verhindern. Damit soll eine gleichmäßigere Verteilung der Arztsitze in Berlin erreicht werden. Diese Zielsetzung kann man nur uneingeschränkt unterstützen. Auch das Bundessozialgericht hat diesen Grundsatz als rechtmäßiges Entscheidungskriterium bei einer Sitzverlegung angesehen. Doch leider wird dieser LOI, der für die Verlagerung von Arztsitzen gedacht war, vom Zulassungsausschuss zunehmend auch für Nachbesetzungsverfahren herangezogen.

Ein aktuelles Beispiel: In einer chirurgischen Gemeinschaftspraxis mit drei Ärzten möchte einer die Zulassung abgeben und seinen Sitz ausschreiben. Die Praxis hat Räume angemietet, in denen drei Ärzte entsprechende Arbeitsmöglichkeiten haben. Die Fallzahlen der Praxis liegen etwas unter dem Fachgruppendurchschnitt. Statt die Praxis auszuschreiben, wird sie von der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses aufgefordert, die Versorgungsnotwendigkeit zu begründen. Unter Fristsetzung erfolgte die Aufforderung zu einer schriftlichen Stellungnahme, in der

die Praxis die besonderen Gründe, die für eine Nachbesetzung sprechen, darzulegen hat. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass eine Nachbesetzung auch an einem anderen Praxisstandort mit geringerer Praxisdichte erfolgen könne. Hierzu könne der LOI in seiner aktuellsten Fassung herangezogen werden.

Ein ärgerlicher Vorgang. Nicht nur, sondern auch weil die bereits vorhandenen Interessenten verunsichert wurden; auch weil das Verfahren jede Menge Zeit in Anspruch nimmt und beim Arzt Kosten für die Einschaltung eines Rechtsanwaltes verursacht. Und leider ist dies nicht der einzige Fall, in dem sich Ärzte hilfesuchend an die KV wenden.

Zwar ist es richtig, dass bei einem Versorgungsgrad von mehr als 140 % ein Arztsitz nicht ausgeschrieben werden soll, wenn die Praxis nicht versorgungsrelevant ist. Diese Feststellung muss aber der Zulassungsausschuss treffen und darf nicht dazu führen, dass der Arzt die Beweislast für die Versorgungsrelevanz seiner Praxis hat. Der Vorstand wird alles daran setzen, diese Verfahrensweise zu ändern. Entweder der LOI wird wieder auf seinen ursprünglichen Anwendungsbereich begrenzt, oder die KV Berlin wird sich von den Vereinbarungen des LOI verabschieden müssen.

Günter Scherer,
Vorstandsmitglied der KV Berlin

Anzeige



Besuchen Sie uns auf der MEDICA!

Auch in diesem Jahr ist **CGM ALBIS** auf der MEDICA in Düsseldorf vertreten.

Flexibel & Mobil - mit der neuen App wird **CGM ALBIS** zu Ihrem ständigen Begleiter.

Profitieren auch Sie zukünftig von den mobilen Funktionen der neuen App, die in **CGM ALBIS.YOU** kostenfrei integriert ist.

Auf der MEDICA warten interessante Messe-Angebote auf Sie!

Vereinbaren Sie am besten gleich heute einen persönlichen Beratungstermin mit **Frau Trampenau-Lehmann**.

Wir schenken Ihnen und Ihrem Praxisteam für Ihre Terminvereinbarung kostenfreie Eintrittskarten-Gutscheine.

Terminvereinbarung unter Tel. 030 8099 7127



✓ sympathisch
✓ fair und zuverlässig
✓ erfolgreich



Erbacher Straße 3a
14193 Berlin-Grunewald
Telefon +49 30 8099 71-0
Telefax +49 30 8099 7130
info@dos-gmbh.de
www.dos-gmbh.de

Ein Partner von
CGM ALBIS
Arztinformationssystem



Das Vertrauen der Patienten zu ihrem behandelnden Arzt ist seit Jahren unverändert hoch. Das ist ein Ergebnis der Versichertenbefragung 2017, die die KBV in Auftrag gegeben hat. Gleichwohl haben die Patienten Schwierigkeiten, sich im Notfall in der Versorgungslandschaft zurechtzufinden.

Seite 10



1938 musste er Deutschland verlassen, jetzt erinnert ein Stolperstein in der Neuköllner Karl-Marx-Straße an Dr. med. Hans Adolf Bujakowski. Dem jüdischen Arzt, dem 1933 seine Kasenzulassung entzogen worden war, gelang mit seiner Familie über England rechtzeitig die Flucht in die USA.

Seite 20



Nach einer Studie nehmen zu viele Krankenhäuser in Berlin an der Notfallversorgung teil, deshalb sei die Versorgung unübersichtlich und schlecht. Der Geschäftsführer des Zi, Dr. Dominik Graf von Stillfried, analysiert die Notfallversorgung als Schlüssel zur Versorgungsstruktur der Zukunft.

Seite 55

Achtung: Keine Samstagsannahme!

Darauf sollten Sie unbedingt achten!

Abgabe der Abrechnung Quartal 3/2017

Bitte denken Sie schon jetzt daran: Bis zum **8. Oktober 2017** müssen sämtliche Behandlungsscheine bzw. ein Datenpaket (Datenträger) der Primär- und Ersatzkassen sowie der sonstigen Kostenträger zusammen abgegeben werden.

Ihre Abrechnungsunterlagen werden angenommen im Ärztehaus der KV Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin-Charlottenburg.

Annahmezeiten:

Montag, 2. Oktober 2017, 8-18 Uhr
Mittwoch, 4. Oktober 2017, 8-18 Uhr
Donnerstag, 5. Oktober 2017, 8-18 Uhr
Freitag, 6. Oktober 2017, 8-18 Uhr

Online-Abrechnung

Die Online-Abrechnung ist seit Freitag, 15. September geöffnet und steht Ihnen bis zum Ende des 1. Monats des neuen Quartals zur Verfügung.

Bitte beachten Sie:

Auch bei der Online-Abrechnung gilt eine Abrechnung nur dann als fristgerecht eingereicht, wenn sie bis zum **8. Tag** im neuen Quartal bis 23.59 Uhr eingeliefert wurde. Ab dem 8. Tag wird **außerdem** auf dem Online-Portal ein Hinweis auf eine möglicherweise vorliegende Fristverletzung eingeblendet (auch bei denjenigen, für die eine Fristverlängerung genehmigt wurde).

Anzeige

WIR DENKEN WO ANDERE RECHNEN.

STEUERBERATER
**TENNERT · SOMMER
 & PARTNER**

BISMARCKSTRASSE 97
 10625 BERLIN

TELEFON 030 - 450 85 - 0
 TELEFAX 030 - 450 85 - 222

INFO@TENNERT-SOMMER-PARTNER.DE
 WWW.TENNERT-SOMMER-PARTNER.DE

FRITZ TENNERT
 Steuerberater

RICO SOMMER
 Dipl.-Kaufmann • Steuerberater

MARTIN KIELHORN
 Rechtsanwalt

MONIKA LIESKE
 Dipl.-Finanzwirtin • Steuerberaterin
 Angestellte nach § 58 StBerG

IHRE STEUERBERATER MIT DER SPEZIALISIERUNG AUF HEILBERUFE

Unsere Kompetenzen und Leistungen

- Praxisnahe steuerliche und wirtschaftliche Beratung
- Durchführung von buchhalterischen und lohnbuchhalterischen Arbeiten
- Abschlüsse und Steuererklärungen für alle Steuerarten
- Niederlassungs- und Existenzgründungsberatung
- Individuelle Gestaltung ärztlicher Kooperationen (z. B. BAG, MVZ)
- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Rechtsberatung und Vertragsgestaltung rund um die Arztpraxis durch Rechtsanwalt Martin Kielhorn



Mehr Information über
 unsere Kanzlei finden
 Sie im Internet.

U U2 Deutsche Oper



Telematikinfrastruktur, kurz TI – dieses Mammut-Projekt im Zusammenhang mit dem eHealth-Gesetz beschäftigt die Vertragsärzte und -psychotherapeuten seit Monaten. Und es wird sie auch noch die kommenden Monate beschäftigen: Denn die konkrete Nutzung dieser „Datenautobahn für das Gesundheitswesen“, als die sie die KBV bezeichnet, wird frühestens ab Ende dieses Jahres überhaupt möglich sein. Wir geben einen Überblick über diese wichtige Baustelle der ambulanten Versorgung.

Seite 22-37

Dieser Ausgabe liegen bezahlte Beilagen der Firmen „PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG“, „Havelklinik GmbH & Co. KG“ und „FREY ADV GmbH“ bei.

Nachrichten

Ganz „nah dran“: Berliner gehen zu Fuß zum Arzt oder nehmen Bus und Bahn – in spätestens 30 Minuten sind sie in der Praxis / Weitere Anfechtungsklage gegen Vorstandswahl der KV Berlin / Bericht aus der Vertreterversammlung vom 14.09.2017 / Im Netz wird gesucht, dem Arzt wird vertraut / Überschreitet die Prüfungsstelle für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ihre Kompetenzen? / Längere Frist für RLV-Widersprüche / SQS: Selbe Qualitätssicherungsvorgaben für Krankenhaus- und Vertragsärzte bei der Bewertung ihrer Leistungserbringung / Dr. Hans Adolf Bujakowski, Vertragsarzt in Neukölln bis 1933. 6-20

Titelthema

Die Telematikinfrastruktur in der Praxis – ganz konkret / Die Mitglieder fragen, die KV Berlin antwortet / So sehen einzelne Mitglieder der KV Berlin die TI / Die Telematikinfrastruktur für die Gesundheitskarte kommt zu spät 22-37

Wirtschaft und Abrechnung

Honorarbericht für das Quartal 1/2017 / Medizinische Versorgung von Asylsuchenden / EBM Änderungen zum 01.10.2017 / Medizinische Versorgung von Asylsuchenden / Stundensatz der Niedergelassenen liegt bei durchschnittlich 35,- € netto 38-47

Service

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Verordnungen ausstellen / Im Ausland krankenversicherte Patienten: Informationen aktualisiert / Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12): Änderungen zum 1. Oktober 2017 / Die Grippe-Impfung hat wieder Saison / HIV/STI-Prävention in der Arztpraxis / Fortbildung 2018 kann ab sofort geplant werden / KBV bietet Informationen für Ärzte und Patienten / Wichtige Hinweise zur Online-Abrechnung 48-54

Verschiedenes

Notfallversorgung: Schlüssel zur Versorgungsstruktur der Zukunft / Auf der Suche nach dem Königsweg / Wie können Patienten gezielt in die für sie geeignete Versorgung gesteuert werden? / Tag des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes / Das Berliner Arztmobil benötigt Hilfe / Zur (R)evolution der Notfallversorgung / Fachtag Frühe Hilfen am 11. Oktober in der KV Berlin / Ein Gesundheits- und Sozialzentrum am Neuköllner Rollberg 55-68

Weitere Rubriken

Amtliche Bekanntmachungen der KV Berlin A1536-A1541
Termine/Veranstaltungen 76
Kleinanzeigen 77-82
Impressum 82

Anzeige

MedConsult

Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztstizzausschreibungen

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungen

Praxiskooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

Burkhardt Otto
Olaf Steingraber
Volker Schorling

FAB
Investitionsberatung

MedConsult
Wirtschaftsberatung für
medizinische Berufe oHG
Giesebrechtstraße 6 • 10629 Berlin
Tel.: 213 90 95 • Fax: 213 94 94
E-mail: info@fab-invest.de

Ganz „nah dran“: Berliner gehen zu Fuß zum Arzt oder nehmen Bus und Bahn – in spätestens 30 Minuten sind sie in der Praxis

55 Prozent der Berliner Versicherten legen den Weg zum Arzt zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurück. Mehr als die Hälfte also. Bundesweit ist es nur ein Drittel der Versicherten. Dieses lokale Ergebnis ist sicher zum einen der guten Infrastruktur in der Hauptstadt geschuldet. Zum anderen dürfte sich daraus aber auch ableiten lassen, dass viele Ärzte in Berlin ihre Praxis „um die Ecke“ ihrer Patienten haben. Diese suchen eine Praxis in fußläufiger Nähe des Zuhauses auf oder entlang ihrer täglichen Wege, beispielsweise zur Arbeitsstelle. Allein 29 Prozent der Bürgerinnen und Bürger in Berlin (im Bundesdurchschnitt: 20 Prozent) erreichen ihren Arzt „per pedes“. Dies ergibt die regionale Auswertung der diesjährigen repräsentativen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die am 30.08.2017 in Berlin vorgestellt wurde.¹

Jeder vierte Berliner nimmt öffentliche Verkehrsmittel zum Arzt

Offensichtlich ist die gute Anbindung an den Arzt mit U- oder S-Bahn, Bus oder Tram: 26 Prozent der Berliner Patienten nehmen die öffentlichen Verkehrsmittel für den Weg zur Praxis, bundesweit sind es nur 9 Prozent. Nur ein Drittel (32 Prozent) der Berliner fährt mit dem Auto zum Arzt, ein Drittel weniger als im Bundesvergleich (61 Prozent). Deutlich wird: Berlin als einen Planbezirk zu betrachten, wenn es um Ärzteverteilung geht und wie es gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie

auch gehandhabt wird, macht Sinn. Öffentliche Debatten einzelner Interessensgruppen über eine kleinräumigere Bedarfsplanung für Berlin, zum Beispiel auf Bezirksebene bezogen, gehen aus verschiedenen Gründen an der Sinnhaftigkeit und Realität vorbei – auch deshalb, weil die Ärzte schon jetzt räumlich nahe an ihren Patienten dran sind bzw. diese ihn in zumutbarer Zeit erreichen.

Arzt in der Hauptstadt schnell erreichbar

90 Prozent der Berliner Patienten sind innerhalb einer halben Stunde in der Arztpraxis. Immerhin fast die Hälfte (45 Prozent) braucht sogar nur fünf bis zehn Minuten dorthin. Beide Angaben entsprechen etwa dem Bundestrend. Zentraler Punkt dabei: diese Zeit zum Haus- oder Facharzt kann als „zumutbar“ gewertet werden. Die „Zumutbarkeit“ der Erreichbarkeit eines Arztes wird z.B. hinsichtlich der Entfernung zum Facharzt im sogenannten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 festgeschrieben.

Dieses Gesetz geht näher auf die Regelungen zur Terminservicestelle (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen ein, die diese seit 2016 zur Vermittlung von Facharztterminen vorhalten müssen. Bis auf wenige Ausnahmen muss für die Inanspruchnahme eine Dringlichkeit des überweisenden Arztes vorhanden sein. Seit April dieses Jahres werden über die TSS zusätzlich Termine für Erstgespräche im Rahmen der psychotherapeutischen

Sprechstunden und gegebenenfalls eine Akutbehandlung beim Psychologischen Psychotherapeuten vermittelt.

Bestnoten für die Terminservicestelle der KV Berlin

Von diesem Angebot haben die gesetzlich versicherten Berliner zwar rund zur Hälfte gehört (56 Prozent), jedoch dieses kaum genutzt (davon 14 Prozent). Allerdings überzeugt die Qualität der Vermittlung in Berlin im Vergleich besonders: Satt 80 Prozent der Nutzer bescheinigen, sehr gute oder gute Erfahrungen mit der TSS der KV Berlin gemacht zu haben – bundesweit geben das 61 Prozent an. Das positive Ergebnis spiegelt die erfolgreiche Vermittlungsquote der Terminservicestelle in Berlin wider: Hier wurden seit dem Start bis dato alle anspruchsberechtigten Vermittlungswünsche fristgerecht zu 100 Prozent erfüllt.

kv berlin

Alle Informationen zur KBV-Versichertenbefragung finden Sie im Internet unter: www.kbv.de > Mediathek > Studien > Befragungen > Versichertenbefragung (<http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>)

¹ Quelle für alle Zahlen: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017: KV Berlin. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage (durchgeführt von der FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH), Mai/Juni 2017.

In Kürze

KV-Vertreterversammlung

Die nächsten mitgliederöffentlichen Vertreterversammlungen (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin im IV. Quartal 2017 finden am

Donnerstag, 19. Oktober 2017

Donnerstag, 16. November 2017

Donnerstag, 07. Dezember 2017

um jeweils 20.00 Uhr im Haus der KV Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin-Charlottenburg, statt. Die Tagesordnung der Sitzungen kann zeitnah erfragt werden unter der Telefonnummer 310 03-355.

Rezept gefälscht, Tilidin erschlichen

Eine im Berliner Bezirk Charlottenburg niedergelassene Allgemeinmedizinerin hat die KV Berlin über den dringenden Verdacht einer Rezeptfälschung informiert. Ein bei der AOK Nordost versicherter Patient, Jahrgang 1972, hat in zwei Apotheken Rezepte über Tilidin 200mg vorgelegt und bekam das Präparat in einer der Apotheken ausgehändigt. Die Verordnungen erwiesen sich als mit einem manipulierten Stempel gefälscht, wie die von den Apotheken per Fax übermittelten Formulare belegten; während der Name der Ärztin korrekt angegeben war, stimmten die LANR und die BSNR ebenso wenig wie die Praxisadresse nach einem jüngst erfolgten Umzug innerhalb des Bezirks. Der Rezeptbetrug wurde von der Vertragsärztin bei der Polizei angezeigt, die die Ermittlungen aufgenommen hat. Um erhöhte Aufmerksamkeit wird gebeten.

red

Weitere Anfechtungsklage gegen Vorstandswahl der KV Berlin

Am 4. September 2017 ist beim Sozialgericht Berlin eine Anfechtungsklage gegen die Wahl des Vorstandsmitglieds der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin Günter Scherer vom 3. August 2017 eingegangen. Ein Mitglied der Vertreterversammlung (VV) hat sie eingereicht. Im KV-Blatt 09/2017 hatten wir über die Wahl in der VV berichtet. Zu den genannten Gründen der Wahlanfechtung – eine angeblich zu kurz bemessene Einladungsfrist und nicht ausreichende Bekanntgabe der Wahl im Vorfeld – hatte sich Frau Dr. Christiane Wessel, VV-Vorsitzende der KV Berlin, bereits direkt im Nachgang der Versammlung ausführlich geäußert. Die Pressemitteilung der KV Berlin vom 4. August 2017 sowie Wessels Statement sind auf der Internetseite der KV Berlin abrufbar unter: <https://www.kvberlin.de/40presse/10pressemitteilung/pe170804/index.html>.

Die VV-Vorsitzende erklärte hinsichtlich der Wahlanfechtungsklage vom 4. September: „Ich kann natürlich niemanden daran hindern, sein Recht auf eine Wahlanfechtung wahrzunehmen. Allerdings möchte ich an alle Beteiligten appellieren, endlich die Gräben zu verlassen, um im Interesse aller niedergelassenen Berliner Ärzte und Psychotherapeuten wieder zu einer geordneten Arbeit überzugehen und die Projekte voranzutreiben, die für die erfolgreiche Wahrnehmung unseres Berufes und für eine gute Versorgung unserer Patienten essenziell sind. Im Übrigen haben wir das Wahlverfahren sorgfältig geprüft und sind überzeugt, dass die Wahl von Herrn Scherer rechtlich einwandfrei verlaufen ist.“

kv berlin

Anzeige



Experten für Plausibilitätsprüfungen

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen im Gesundheitswesen!



Praxisrecht
Dr. Fürstenberg & Partner
Hamburg · Berlin · Heidelberg

Insbesondere Beratung für

- Ärzte | Zahnärzte
- Apotheken
- Krankenhausträger
- Berufsverbände
- Sonstige Unternehmen im Gesundheitswesen

Vom Arbeitsrecht bis zur Zulassung – unsere Kanzlei steht für persönliche, individuelle und zielgerichtete Rechtsberatung und Vertretung. Erfahren Sie mehr über unser umfassendes Leistungsportfolio unter

Praxisrecht.de

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Ihre Ansprechpartnerin vor Ort

Kanzlei Berlin

Elke Best
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Uhlandstraße 28 10719 Berlin
fon +49 (0) 30 - 887 10 89 10
e-mail berlin@praxisrecht.de

Bericht aus der Vertreterversammlung vom 14.09.2017

Unter dem mit Spannung erwarteten TOP 3 präsentierte der beauftragte Revisionsverband seine Ergebnisse der Honorarsonderprüfung der Quartale 3/2013, 3/2014 und 1/2015. Auch die Hauptabteilung Abrechnung und Honorarverteilung in der KV war unter diesem Tagesordnungspunkt gebeten worden vorzutragen.

Zusammenfassend präsentierte der Revisionsverband den Mitgliedern der Vertreterversammlung für die Prüfquartale folgende Feststellungen:

Im Rahmen der Honorarverteilung hat es Rechenfehler der Fachabteilung gegeben, die von der Verwaltung bemerkt und gegenüber dem damaligen Ressortvorstand angemerkt, aber von diesem ignoriert wurden; im Zuge der Schätzung der quartalsweisen, für die Honorarverteilung zur Verfügung stehenden budgetierten Gesamtvergütung (MGV) sind in nicht nachvollziehbarer Weise zusätzliche Gelder („Überträge“) eingestellt worden und im gesamten Prüfzeitraum hat es keinen regelhaften und systematischen Soll-Ist-Abgleich der Honorarausgaben mit den tatsächlichen kassenseitigen Einnahmen gegeben.

Damit bestätigte der Revisionsverband die bereits von der ETL Wirtschaftsprüfungsgesellschaft im Jahr 2015 getroffenen Feststellungen. Ende 2014 hatte die damalige Vertreterversammlung diese Prüfung im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion in Auftrag gegeben, um unter anderem eine Differenz in Höhe von 30 Millionen Euro zwischen den Zahlen der Finanzabteilung und der Abteilung Abrechnung und Honorarverteilung zu klären. ETL hatte im Rahmen der Prüfung der Quartale

3/2013 bis 2/2014 unter anderem festgestellt, dass sowohl die verschiedenen Prozesse innerhalb des Hauses, aber auch das Miteinander der Organe Vorstand und Vertreterversammlung kein adäquates Internes Kontrollsystem (IKS) aufwiesen.

Der Revisionsverband zeichnete ein verhängnisvolles Bild der Vorgänge in den untersuchten Quartalen und attestiere dem Vorstand der 14. Amtsperiode eine fragwürdige Honorarverteilungspolitik.

Sowohl der Abteilung Haushalt und Finanzen als auch der Abteilung Abrechnung und Honorarverteilung bescheinigte der Revisionsverband an verschiedenen Stellen einen hohen Grad an Fachwissen und Einschätzungsvermögen: Die Abteilung Abrechnung und Honorarverteilung habe im Rahmen der vorbereitenden Quartalsberechnungen immer wieder warnend den Finger gehoben und bei den hierbei zugrundeliegenden Simulationsrechnungen im späteren Ergebnisabgleich teilweise „Punktlandungen“ erzielt. „Hier hat Ihr IKS funktioniert!“, richtete sich Rolf Büchter, zuständiger Prüfer beim Revisionsverband, im Rahmen seines Vortrags an die anwesenden Beteiligten. Er wies aber auch daraufhin, dass das damalige zuständige ressortierende und allem Anschein nach allein entscheidende Vorstandsmitglied Dr. Uwe Kraffell die mehrfachen Hinweise der Fachabteilung auf Fehler zwar zur Kenntnis genommen, sie aber letztendlich nicht berücksichtigt habe. Besonders hervorzuheben, so Büchter, seien in diesem Zusammenhang die sogenannten „Überträge“, die auf Anweisung des Ressortvorstands Kraffell

von der Fachabteilung bei der Berechnung der RLV-Fallwerte zu berücksichtigen waren. Mit zehn Millionen Euro (in späteren Quartalen acht Millionen Euro) wurde die geschätzte und für die Honorarverteilung bzw. Berechnung der Regelleistungsvolumen quartalsweise zur Verfügung stehende MGV erhöht. Die Folge: Mehr Geld in den RLV-Verteilungsvolumen der Haus- und Fachärzte zogen in der Konsequenz auch höhere RLV-Fallwerte nach sich. Damit konnten diejenigen Ärzte, denen es im jeweiligen Quartal gelang, so viele Leistungen abzurechnen, um ihre Regelleistungsvolumen auszuschöpfen, auch ein höheres Honorar erzielen. Als „Wette auf die Zukunft“ bezeichnete Büchter diese Politik des alten Vorstandes.

Richtig sei, so Büchter weiter, dass die KV Berlin mit einer positiven, wachsenden Versichertenentwicklung gesegnet sei. Mehr Versicherte zum Zeitpunkt der Rechnungslegung über die von den Krankenkassen endgültig zu zahlende Gesamtvergütung führten im Vergleich der Versichertenzahlen zum Zeitpunkt der Schätzung der MGV für die Honorarverteilung zu einer in der Tendenz auch wachsenden MGV. „Dumm nur“, so der Prüfer weiter, wenn durch einen Excelformelfehler (so geschehen im 3. Quartal 2013) die geschätzte MGV von der Fachabteilung zu hoch berechnet worden sei und der regelhaft vom Vorstand angewiesene Übertrag in Höhe von zehn Millionen Euro die Situation zusätzlich verschärft habe. So schloss das 3. Quartal 2013 im nachträglich durchgeführten Soll-Ist-Abgleich (zwischen Honorarausgaben und tatsächlichen Kasseneinnahmen) mit einem negativen Saldo in Höhe von

rund 13,8 Millionen Euro ab. Umso interessanter sei es aus Sicht Büchters, sich ein Jahr später dem Quartal 3/2014 zu widmen. Welche Berücksichtigung fand der negative Saldo aus dem Vorjahresquartal? Festzustellen sei, dass auch im 3. Quartal 2014 die für die RLV-Berechnung geschätzte MGV – auch hier wieder entgegen der Vorschläge der Fachabteilung – durch einen vom Ressortvorstand Kraffel angewiesenen Übertrag in Höhe von acht Millionen Euro erhöht wurde.

Was hatte diese Verfahrensweise des alten Vorstandes eigentlich für Auswirkungen auf die Hausarzt-/ Facharztentrennung? Dieser Fragestellung hatte der Leiter der Hauptabteilung Abrechnung und Honorarverteilung, Dr. Markus Jäckel, nachzugehen, der im Anschluss an die Präsentation des Revisionsverbandes in seinem Vortrag im Besonderen den Zeitraum 2009 bis 2016 beleuchtete. Jäckel bezog sich exemplarisch auf drei Punkte, um den Feststellungen des Revisionsverbandes nachzugehen. So habe beispielweise bereits kurz nach der Einführung der RLV-Systematik ein Datenerhebungsfehler in den Quartalen 1/2009 bis 3/2009 dazu geführt, dass sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Verteilungsvolumen zu geringe Abzüge für die Vergütung von Laborleistungen gebildet worden seien. Die Folgen: Die RLV-Fallwerte in diesen Quartalen waren zu hoch, entsprechende Honorare wurden von den Praxen generiert, ohne dass diese Honorarausgaben von den tatsächlichen kassenseitigen Einnahmen gedeckt waren. Für die drei Quartale ergab sich ein negativer Saldenabschluss in Höhe von insgesamt rund 40 Millionen Euro. Aufgefallen sei der

Fehler der Fachabteilung im August 2009 mit Vorliegen der Honorargutschrift des ersten Quartals des genannten Jahres. Die RLV-Bescheide für die Quartale 2 und 3/2009 waren zu diesem Zeitpunkt bereits bestandskräftig. Dem Ressortvorstand wurde der Fehler umgehend nach seiner Feststellung gemeldet; auch das Ausmaß des zu viel verteilten RLV-Volumens je Versorgungsbereich wurde hierbei benannt. Damals, so Jäckel, sei es darum gegangen, den Fehler im Rahmen der RLV-Berechnungen für das 4. Quartal 2009 zu vermeiden und die Laborabzüge entsprechend anzupassen, was auch geschah. Allerdings fand ein dezidierter versorgungsbereichsspezifischer Ausgleich dieser negativen Quartalssalden in den Folgequartalen nicht statt. Seit 2016 und im Nachgang zur ETL-Prüfung, so Jäckel, verfüge die Abteilung Abrechnung und Honorarverteilung über ein gemeinsam mit der Abteilung Finanzen entwickeltes und abgestimmtes Controlling-System.

Zum Thema „vom Ressortvorstand errechnete und angewiesene Überträge“ sei laut Jäckel auf das Quartal 2/2011 zu verweisen. Über 19 Millionen Euro seien nach damaliger Anweisung im Verhältnis von knapp 3/4 zu 1/4 in das fachärztliche bzw. in das hausärztliche Vergütungsvolumen für die RLV-Berechnung eingestellt worden. Auch dieses Quartal habe im Einnahmen-Ausgaben-Abgleich mit einem negativen Quartalssaldo in Höhe von rund 3,2 Millionen Euro abgeschlossen.

Als letztes Beispiel bezog sich der Hauptabteilungsleiter Abrechnung und Honorarverteilung auf das bereits in der Honorarsonderprüfung analy-

sierte Quartal 3/2013, das mit einem negativen Quartalssaldo von rund 13,8 Millionen Euro abgeschlossen hatte.

Mit dem Wissen von heute, so Jäckel abschließend, könne man versuchen, die Abschlüsse der 32 Quartale im Zeitraum 2009 bis 2016 zu ermitteln und unter bestimmten, teilweise restriktiven Annahmen auch auf die Versorgungsbereiche aufzuteilen. Völlig unabhängig davon, ob es tatsächlich eine ermittelbare und auch justiziable Korrektursumme gäbe und normative Vorgaben der Honorarverteilung eine solche versorgungsbereichsspezifische Aufteilung überhaupt zuließen, sei in der Tendenz eine Bevorteilung der Fachärzte zu Lasten der Hausärzte zu erkennen.

Nach ausführlicher Diskussion beschlossen die Mitglieder der Vertreterversammlung, die Ergebnisse des Revisionsverbandes und der Abteilung Abrechnung und Honorarverteilung weiter in die ärztliche Selbstverwaltung zu tragen und unter anderem den Honorarverteilungsausschuss um eine weitergehende Analyse zu bitten. Der Honorarverteilungsausschuss wurde zudem beauftragt zu prüfen, ob und gegebenenfalls welche rechtlichen Konsequenzen aus den festgestellten Tatsachen gezogen werden. Die Ergebnisse der Beratungen werden in der Vertreterversammlung vorgestellt und beraten.

red

KBV-Versichertenbefragung 2017

Im Netz wird gesucht, dem Arzt wird vertraut

Das Vertrauen der Patienten zu ihrem behandelnden Arzt ist seit Jahren unverändert hoch. Das ist ein Ergebnis der Versichertenbefragung 2017, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Auftrag gegeben hat. Gleichwohl haben die Patienten Schwierigkeiten, sich im Notfall in der medizinischen Versorgungslandschaft zurechtzufinden. Deutlich zugenommen haben zudem die Vorabrecherche im Internet und die Nutzung sogenannter Gesundheits-Apps.

Die Ende August von der KBV präsentierten Ergebnisse der Versichertenbefragung 2017 stellen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ein großes Lob aus. Über 90 % der Befragten bezeichnen das Vertrauensverhältnis zu ihrer Ärztin resp. zu ihrem Arzt als gut bis sehr gut – dieser Wert ist seit über zehn Jahren konstant. Auch mit der Dichte der ärztlichen Versorgung zeigen sich die Versicherten (GKV wie PKV) tendenziell zufrieden: So sind 73 % der bundesweit Befragten der Ansicht, dass es genügend Hausärzte in ihrer Wohnortnähe gebe, immerhin 51 % sagen das auch über Fachärzte. Und auch bezüglich der Wartezeiten beschwerten sich die Patienten nicht über Gebühr: 80 % haben nach subjektiver Einschätzung nicht zu lange auf einen Arzttermin warten müssen; 3/5 konnten binnen dreier Tage die Praxis aufsuchen, 15 % mussten mehr als drei Wochen Geduld aufbringen.

116 117 zu wenig bekannt

Allerdings offenbaren die Patienten Schwierigkeiten, sich in einem Notfall in der medizinischen Versorgungslandschaft zu orientieren. Auf die Frage „Wohin wenden Sie sich, wenn Sie nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe benötigen?“ nennen 47 % das

Krankenhaus (2006 waren es noch 29 % gewesen). 24 % bevorzugen den Rettungsdienst, 20 % wählen den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) und ganze 3 % den Hausarzt. Unter denjenigen, die gleich in die Klinik gehen, sind 60 % der unter 30 Jahre alten, doch nur 31 % der Senioren. 67 % aller Befragten sagen, die Nummer des ÄBD sei ihnen nicht bekannt. Von denjenigen, die angeben, sie zu kennen, kann jedoch nur ein Drittel die richtige Nummer 116 117 memorieren. Für den Vorstand der KBV ein Indiz, die bundeseinheitliche Rufnummer stärker zu bewerben.

So präzisiert Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der KBV, die Pläne der Körperschaft: „Wir gehen das an, indem wir eigene Apps – wie die Bundesarztsuche – weiterentwickeln und an die Patientenbedürfnisse anpassen. Wir werden aber auch unsere Bemühungen verstärken, eine Notfall-App auf den Weg zu bringen. Die soll später mit der 116 117 verbunden werden und ein zentraler Wegweiser für die Patienten sein, um die richtige Versorgungsebene ansteuern zu können.“ Eine solche Koordinierung im Falle einer „Spontanversorgung“ (KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister in Abgrenzung tatsächlicher Notfälle zu Bagatellbeschwerden) müsse so einfach wie möglich aufgebaut und intuitiv zu erfassen sein; denkbar sei hier ein Leitfaden, der die akuten Symptome abfrage, dergestalt eine erste Triage vornehme und dem Patienten helfe, besser zu verstehen, welcher Sektor der für ihn richtige sei.

Mit dem Pfund des Vertrauens wuchern

18 % aller Befragten nutzen auf ihrem Smartphone bereits Gesundheits-Apps sämtlicher Provenienz, dabei ist der



KBV-Vorstandsvize Dr. Stephan Hofmeister beim Kommentieren der Versichertenbefragung 2017.

Anteil der Jüngeren, wenig überraschend, größer als jener der Älteren. Die große Mehrheit der Befragten recherchiert im Internet nach Gesundheitsinformationen: Zur Vorbereitung eines Arztbesuches wie zu seiner Interpretation, zur Navigation im Gesundheitswesen, zur Selbsthilfe und generell zwecks Hinweisen auf eine gesunde Lebensweise. Frappant ist das durchgehende Verheimlichen der eigenen Suche im Netz gegenüber dem Arzt, in der Vorwegnahme seiner Missbilligung. Hier identifiziert die KBV das ureigene Kapital der Niedergelassenen: „Ja, es ist gut, wenn sich die Patienten im Internet über ihre Krankheit informieren“, kommentiert Dr. Stephan Hofmeister. „Diese Informationen sollten sie dann – bezogen auf ihren speziellen Fall – gemeinsam mit ihrem Arzt einordnen und vertiefen.“ Der Arzt müsse wissen, was der Patient weiß resp. zu wissen meint. Denn ein gut informierter Patient sei für den Therapieverlauf besser gewappnet als ein fehlinformierter. Dem Internet werde ob seiner Unüberschaubarkeit eher mit Skepsis begegnet, der Arzt hingegen genieße

wohlbegründetes Vertrauen. Mit diesem Pfund gelte es zu wuchern.

Die von der KBV in Auftrag gegebene repräsentative Telefonbefragung der Versicherten fand in den Monaten Mai und Juni 2017 statt; sie wurde durchgeführt von der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, die gut 6.100 Personen der deutschsprachigen Wohnbevölkerung über 18 Jahre befragte. Die so generierten quantitativen Daten wurden in einem komplementären

Schritt mittels Gruppendiskussionen qualitativ vertieft. Dazu moderierte die Patientenprojekte GmbH vier Fokusgruppen mit insgesamt 32 Personen, ausgewogen besetzt nach Alter, Geschlecht, Stadt/Land und chronisch erkrankt/nicht chronisch erkrankt. Standorte waren die Regionen Münster, Hamburg, Dresden und München.

Sie finden die Daten und Grafiken der zitierten Versichertenbefragung unter kbv.de > Mediathek > Studien > Befra-

gungen > Versichertenbefragung. Die für Vertragsärzte und -psychotherapeuten konzipierte App KBV2GO!, die neben einem Nachrichtenticker die vollständigen Kataloge des EBM und der ICD-10 umfasst, erhalten Sie kostenlos im AppStore und bei GooglePlay.

kbv/red

Anzeige

PERFEKTE SYNERGIE

T2MED & STARC medical - Ihre Partner für Digitalisierung Praxisverwaltungssystem und digitales Archiv aus einer Hand.

Sie haben sich schon immer mehr Zeit für Ihre Patienten gewünscht? Software, die Ihnen die Arbeit erleichtert, anstatt Kopfzerbrechen zu bereiten? Service, der den Namen auch verdient? Innovation, Qualität & Flexibilität. STARC medical und T2MED haben als strategische Partner zusammengefunden, damit Sie in Zukunft vor allem eins haben: Mehr Zeit für Medizin.



STARC medical
Mehr Zeit für Medizin.

5 Wechselgründe

- Nahtlose Zusammenarbeit
- Schnell, einfach & intuitiv bedienbar
- Modern, praxisnah & preisgünstig
- Mehr Zeit für Ihre Patienten
- Einfacher Umstieg



STARC medical GmbH
Jathustraße 9
30916 Isernhagen

Ihr Ansprechpartner:
Jan Csollak

☎ 0511/260962-12
✉ jan.csollak@starc-medical.de

www.starc-medical.de

Honorarprüfung im Rahmen der Zufälligkeitsprüfung

Überschreitet die Prüfungsstelle für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ihre Kompetenzen?

Die Prüfungsstelle für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist als unabhängige Einrichtung zuständig für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot, dessen Einhaltung es zu prüfen gilt, findet sich in § 12 SGB V. Leistungen müssen danach ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Das gilt für ärztliche Leistungen und für Verordnungen. Zur Prüfung, ob die Ärztin oder der Arzt dagegen verstoßen hat, werden Normen und Vorgaben u. a. aus dem Sozialgesetzbuch, verschiedener Rechtsverordnungen, Richtlinien und Verträge herangezogen.

Eine Verordnung darauf zu prüfen, ob sie ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich war, gestaltet sich im Vergleich zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen recht einfach: Es gibt statistische Maßstäbe (aktuell: Richtgrößen), es gibt verbindliche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), z. B. die Arzneimittelrichtlinie, es gibt Rechtsprechungen zu verschiedenen grundsätzlichen Fragestellungen, z. B. dem Off-Label-Use.. Die Frage, ob eine ärztliche Leistung dem oben beschriebenen Gebot entsprochen hat, ist um einiges schwieriger zu beantworten. Welche Maßstäbe setzt die Prüfungsstelle an? Leitlinien, Therapieempfehlungen oder Studien? Kosten-Nutzen-Analysen? Oder Statistiken?

Mehr als nur Hinweise, nämlich verbindliche Vorgaben für die Prüfung ärztlicher Leistungen, finden sich direkt im SGB V (§ 106 SGB V a. F.) und z. B. in den Richtlinien über die Zufälligkeitsprüfung, vereinbart zwischen GKV-Spitzenverband und

Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Es heißt:

... Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Prüfungen (...) sind, soweit dafür Veranlassung besteht,

1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),
3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,
5. (...).

Die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung – in Form von Bescheiden – lassen erkennen, dass genau diese Kriterien keine Rolle gespielt haben. Zur Anwendung scheint ein rein technisches Verfahren zu kommen: Die Prüfungsstelle „matcht“ die Abrechnungsnummern mit den ICD-Angaben auf dem Abrechnungsschein. Es wird geprüft, ob die jeweilige EBM-Nummer unter Angabe der „richtigen“ ICD-Diagnose abgerechnet wurde. „Richtig“ wird hierbei recht frei definiert (jedenfalls in der Regel ohne ärztlichen Sachverstand).

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin ist der Auffassung, dass es sich bei diesem Vorgehen nicht um eine

Wirtschaftlichkeitsprüfung handelt. Wenn das Vorgehen sich überhaupt in eine reguläre Prüfung einordnen lassen würde, so wäre das allenfalls die Abrechnungsprüfung. Diese aber ist von der KV höchstselbst durchzuführen (und hat eine eigene Rechtsgrundlage). Dafür ist der Prüfungsstelle weder vom Gesetzgeber noch von den Vertragspartnern der Prüfvereinbarung ein Mandat erteilt worden. Betroffen sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen, denn die Auswahl erfolgt zufällig (per Stichprobe). Betroffen sind verschiedenste EBM-Nummern, so z. B. Wundbehandlungen, Chronikerziffern, Lupenlaryngoskopien, Psychosomatische Grundversorgung.

Die betroffenen Ärztinnen und Ärzte werden von der Prüfungsstelle zur Stellungnahme aufgefordert. Aber selbst wenn der Prüfungsstelle anschaulich und nachvollziehbar erklärt wird, dass der Patient die richtige Indikation hatte, die Leistung geeignet, angemessen und notwendig war, entsprechend von Leitlinien und/oder Qualitätsvorgaben erbracht wurde und (kostengünstigere) Alternativen nicht zur Verfügung standen, oder wenn es sich um einen Formfehler handelte und aus den Akten/der Dokumentation die „richtige“ Diagnose hervorgeht, so anerkennt die Prüfungsstelle diese Stellungnahmen nicht.

Die KV Berlin wird gegen die Bescheide, gegen die sie selbst nunmehr Widerspruchsverfahren führt, bei Bedarf (Nichtabhilfe im Beschwerdeausschuss) Klage beim Sozialgericht einreichen.

Vereinfachung des Verfahrens

Längere Frist für RLV-Widersprüche

Wie bereits angekündigt (siehe KV-Blatt 6/2017), soll im Zuge der Optimierung von Verwaltungsprozessen auch das Widerspruchsverfahren betreffend der Festsetzungsbescheide zum Regelleistungsvolumen resp. Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (RLV/QZV) vereinfacht werden. So ist es nunmehr nicht mehr erforderlich, gegen den RLV-Zuweisungsbescheid innerhalb der gesetzlichen Frist von einem Monat Widerspruch zu erheben. Stattdessen kann noch bis zum Ende der Widerspruchsfrist für den jeweiligen Honorarfestsetzungsbescheid Widerspruch gegen die RLV-Festsetzung eingelegt werden. Dieser kann dann auch verbunden werden mit einem Widerspruch gegen die Honorarfestsetzung, wobei hier die Widerspruchsfrist zu wahren ist.

Die Festsetzungsbescheide zum RLV/QZV enthalten nun den folgenden Hinweis: „Es wird gebeten, von vorsorglichen

Widersprüchen gegen die Zuweisungen zum RLV/QZV abzuweichen. Die KV Berlin beruft sich bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist zur jeweiligen Honorarfestsetzung nicht auf die Bestandskraft der Zuweisung des RLV/QZV, so dass ein Widerspruch hiergegen nicht erforderlich ist. Beanstandungen zur Zuweisung des RLV/QZV können ohne Rechtsverlust im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zur Honorarfestsetzung geltend gemacht werden. Voraussetzung hierfür ist ein fristgerechter Widerspruch zur jeweiligen Honorarfestsetzung mit entsprechender Begründung und Bezug zur RLV/QZV-Festsetzung.“

Mit dieser Neuregelung werden eine Vereinfachung des Verfahrens sowie eine Reduzierung des Widerspruchsaufkommens angestrebt. Häufig ist es sinnvoll, vor Widerspruchserhebung zunächst die tatsächlichen Auswirkungen einer RLV-Festsetzung abzuwarten. So kann es

z. B. vorkommen, dass das vermeintlich zu niedrige RLV im Rahmen der Honorarfestsetzung gar nicht ausgeschöpft wird. In diesen Fällen wäre ein RLV-Widerspruch jedoch obsolet. Auch kann die Berücksichtigung von Wachstumsregelungen erst im Honorarbescheid erfolgen. Durch die „Verlängerung“ der Widerspruchsfrist ist es nun also möglich, zunächst den Zugang des Honorarbescheides abzuwarten, diesen zu überprüfen und erst dann gegebenenfalls Widerspruch gegen das RLV zu erheben.

Das Widerspruchsaufkommen im Bereich der RLV-Bescheide hat sich in den vergangenen Jahren bereits kontinuierlich reduziert. Mit der Neuregelung verbindet sich nun die Hoffnung auf einen weiteren Rückgang der Widerspruchszahlen in diesem Bereich.

kv berlin

Anzeige

BUSSE & MIESSEN**Uwe Scholz**

Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht

Sebastian Menke, LL.M.

Fachanwalt für Arbeitsrecht

Dr. rer. medic. Dr. jur.**Simon Alexander Lück**

Fachanwalt für Medizin- und Verwaltungsrecht

Dr. jur. Ronny Hildebrandt

Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. jur. Jörg Locke

Rechtsanwalt und Notar

Kontakt Berlin

Rankestraße 8
10789 Berlin
Telefon (030) 226 336-0
Telefax (030) 226 336-50
berlin@busse-miessen.de



Uwe Scholz



Sebastian Menke, LL.M.

Dr. rer. medic. Dr. jur.
Simon Alexander Lück

Dr. jur. Ronny Hildebrandt



Dr. jur. Jörg Locke

RECHTSANWÄLTE

Wir beraten und vertreten Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren unter anderem zu folgenden Themen:

- Niederlassung, Praxiskauf/-abgabe, BAG-/MVZ-Gründung
- Zulassungs- und Ausschreibungsverfahren
- Gestaltung von Gesellschafts- und Kooperationsverträgen sowie von Anstellungsverträgen
- Selektivverträge, ASV
- Honorar, RLV/QZV, Rückforderungen und Regresse
- Qualitäts-, Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Disziplinarverfahren, Berufsrecht
- Individuelles und kollektives Arbeitsrecht
- Gesellschaftsrecht, Grundstücksrecht und Erbrecht
- General- und Vorsorgevollmachten

SQS: Dieselben Qualitätssicherungsvorgaben für Krankenhaus- und Vertragsärzte bei der Bewertung ihrer Leistungserbringung

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (SQS) und die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)

Die Behandlungsqualität von deutschen Krankenhäusern und Arztpraxen steht regelmäßig im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussionen. Der medizinisch-technische Fortschritt hat viele Behandlungen, die vorher einzig im stationären Bereich erbracht werden konnten, auch für die ambulante Versorgung möglich gemacht. Patienten werden im Verlauf einer Behandlung häufig in beiden Sektoren versorgt. Dabei herrschen im stationären Sektor für Behandlungen andere Rahmenbedingungen und Anforderungen an die Sicherstellung der Qualität als für den ambulanten Bereich. Dies erschwert es Patienten und Überweisern, einen objektiven Vergleich zwischen den Leistungserbringern ziehen zu können.

Schaffung einer gleichen Versorgungsqualität in Praxis und Klinik

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dies auf Grundlage des gesetzlichen Auftrages nach § 136 Abs. 2 SGB V als Anstoß für die Entwicklung von neuen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren genommen. Um eine gleiche Versorgungsqualität in Praxis und Klinik zu schaffen, hat der G-BA am 19.04.2010 die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) beschlossen. Durch die Richtlinie soll insbesondere die Ergebnisqualität von ärztlichen Behandlungen verbessert und eine gemeinsame Grundlage für vergleichbare Ergebnisse geschaffen werden. Die Qualität der

medizinischen Versorgung wird sowohl über Einrichtungs- und Sektorengrenzen als auch über längere Zeitverläufe hinweg erfasst. Dadurch werden sogenannte Längsschnittbetrachtungen möglich. Krankenhaus- und Vertragsärzte unterliegen hier denselben Qualitätssicherungsvorgaben bei der Bewertung ihrer Leistungserbringung.

Im Jahr 2009 erhielt das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) als fachlich unabhängige Institution den Auftrag vom G-BA, nach § 137a SGB V bei der Durchführung der Qualitätssicherungsaufgaben zu unterstützen. Zur Messung der sektorenübergreifenden Versorgungsqualität bestimmte das Institut die dafür erforderlichen „... Instrumente und Qualitätsindikatoren, die notwendige Dokumentation und die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation [sowie] der Datenübermittlung ...“ und legte damit die Rahmenbedingungen für die dokumentationspflichtigen Ärzte fest. Ende 2014 wurde durch den G-BA, auf Basis von § 137a Abs. 1 SGB V, das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet. Im Januar 2015 übernahm das IQTIG den Auftrag der weiteren Entwicklung und Durchführung von Verfahren zur Qesü-RL und löste so das AQUA-Institut ab.

Für jedes neue Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung entwickelt das IQTIG im Auftrag des G-BA Instrumente zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität. Hierzu gehören auch geeignete Qualitätsindikatoren und Vorgaben zur Dokumentation.

Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)

Der Aufbau der Richtlinie gliedert sich in zwei Teile. Allgemeine Rahmenbestimmungen zu den beteiligten Institutionen und deren Aufgaben, dem Verfahrensablauf, wie Dokumentation und Datenfluss, Nutzung der Qualitätssicherungsdaten, dem Berichtswesen über Ergebnisse sowie zur Finanzierung des Verfahrens sind im ersten Teil zu finden. In Teil 2 der Richtlinie werden zu den jeweiligen Verfahren themenspezifische Bestimmungen mit konkreten Vorgaben zur Umsetzung genannt. Aktuell sind zwei Verfahren als Bestandteil in die Richtlinie aufgenommen worden:

- Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
- Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bestehen besondere Anforderungen an den Datenschutz. Ein sogenanntes Pseudonymisierungsverfahren stellt dies sicher.

Im Folgenden möchten wir Ihnen die bisher implementierten Verfahren näher erläutern.

1. Verfahren: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie sind Gegenstand des ersten Verfahrens der Richtlinie.

Alle invasiv tätigen Kardiologen sind seit dem 01.01.2016 dazu verpflichtet,

jeden erbrachten Herzkatheter und jede Koronarangiographie zu dokumentieren, die sie bei GKV-Patienten ab 18 Jahren durchführen, und die GOP 34291 abzurechnen. Außerdem müssen die Patienten anhand von Merkblättern über den Zweck und Inhalt des Verfahrens informiert werden.

Die Ziele der Qesü-Richtlinie für das erste Verfahren dienen insbesondere einer verbesserten Indikationsstellung und der Förderung einer leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs. Komplikationen während und nach der Behandlung sollen verringert und damit insgesamt eine Steigerung der Patientensicherheit erreicht werden. Anhand von definierten Qualitätsanforderungen in Form von Qualitätsindikatoren werden die Prozess- und Ergebnisqualität der ambulant oder stationär erbrachten Herzkathetereingriffe gemessen, bewertet und im Vergleich dargestellt.

Datenerhebung

Um valide Aussagen über die Ergebnisse der Qualitätsdokumentation treffen zu können, wird eine angemessene Datengrundlage benötigt. Die Leistungserbringer müssen einen Teil ihrer Prozess- und Ergebnisdaten zur Verfügung stellen. Die Qualitätsdokumentation für die invasiv tätigen Kardiologen besteht aus 14 Prozess- und Ergebnisindikatoren und umfasst 71 Fragen pro Dokumentation. Die Indikatoren beziehen sich auf die Indikationsstellung und die Durchführung des Eingriffs.

Neben den Daten der Leistungserbringer werden auch patientenbezogene Daten aus Sozialdaten der Krankenkassen nach § 299 SGB V erhoben. Der Gesundheitsverlauf des Patienten wird anhand

der Krankenkassendaten bis zu einem Jahr nach der Intervention nachverfolgt und umfasst 6 Ergebnisindikatoren in Bezug auf unerwünschte Ereignisse und Komplikationen.

Zukünftig werden Daten aus Patientenbefragungen in die Erhebung einfließen. Ziel ist es, die Abbildung der Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientenperspektive zu erweitern. Das Befragungsinstrument soll am 31. Mai 2018 fertiggestellt sein.

In der Qesü-Richtlinie ist aufgrund struktureller Hürden eine Sanktionsfreiheit bei fehlender Übermittlung der Datensätze für die Jahre 2016 und 2017 verankert worden. Die Dokumentationspflicht sowie die Patientenaufklärung bleiben jedoch verpflichtend bestehen.

EBM-Vergütungsregelung zur GOP 34291 ab 01.10.2016

Seit dem 01. Oktober 2016 steht die Vergütung des Mehraufwandes fest, der dem Arzt durch das sQS-Verfahren entsteht. Hierbei wurde der obligate

Leistungsinhalt der GOP 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie) um die Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie um ein Aufklärungsgespräch erweitert. Die Bewertung der GOP wurde um 92 Punkte auf 3.227 Punkte (339,80 Euro) angehoben.

Zusätzlich wurde die Kostenpauschale GOP 40306 (2,50 Euro) neu in den EBM aufgenommen. Die Pauschale beinhaltet alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung entstehen. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung (Dokumentationssoftware einschließlich deren Einrichtung, Updates, Export). Sie wird für jede Untersuchung (GOP 34291) gezahlt, zunächst für zwei Jahre extrabudgetär.

Ab 01. Juli 2017 kann die GOP 34291 nur noch abgerechnet werden, wenn die QS-Dokumentation und Patientenaufklärung gemäß Richtlinie (Patientenmerkblatt) erfolgt ist und übermittelt wurde.

Anzeige



Wir beraten und vertreten • niedergelassene Ärzte • MVZ • Krankenhausträger
• Leistungserbringer im Gesundheitsmarkt • angestellte Ärzte • Chefärzte
• Arbeitgeber

Zulassung • Gründung / Auseinandersetzung von Ärztlichen Kooperationen
• MVZ • Vertragsarztrecht • Arbeitsrecht • KV-Abrechnung • Berufsrecht
• Nachfolgeregelung / Erbrecht • Steuern

WMR Fiedler + Venetis
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH

Dorotheenstraße 3 | 10117 Berlin
fon 030/88716360 | fax 030/887163612
info@wmr-kanzlei.de | www.wmr-kanzlei.de

Ihre Ansprechpartner:
| **RA André Fiedler**
| Fachanwalt für SteuerR
| Fachanwalt für MedizinR
| **RA Frank Venetis**
| Fachanwalt für Arbeitsrecht



Fortsetzung von Seite 15

Sollten dokumentationspflichtige Ärzte im Jahr 2017 jedoch noch nicht technisch aufgestellt sein, um die QS-Daten an die KV Berlin übermitteln zu können, ist aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Gebührenordnungsposition 34291 dennoch berechnungsfähig, wenn der Arzt die QS-Dokumentation nachträglich bis zum 15. März 2018 übermittelt.

Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Am **01.01.2017** startete das zweite Verfahren der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Wundinfektionen (QS WI).

Das Verfahren soll insbesondere fachgebietsübergreifend die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen messen, vergleichend darstellen und bewerten. Dazu werden fallbezogen postoperative Wundinfektionsraten sowie einrichtungsbezogenes Hygiene- und Infektionsmanagement und der Händedesinfektionsmittelverbrauch betrachtet.

Die Ziele des zweiten Verfahrens dienen allgemein zur Reduktion nosokomialer postoperativer Wundinfektionen sowie der Verbesserung des Hygiene- und Infektionsmanagements.

Dokumentationspflichtig ab **01.01.2018** sind alle Ärzte in operierenden Praxen, MVZ und Krankenhäusern, die im vorangegangenen Jahr einen Tracer-Eingriff durchgeführt haben. Tracer-Eingriffe sind definierte Operationen, die vom IQTIG festgelegt wurden. Auch hier müssen die teilnehmenden Ärzte ihre

Patienten über Zweck und Inhalt des Verfahrens aufklären.

Datenerhebung

Als nosokomiale Wundinfektionen werden Wundinfektionen gewertet, die stationär behandelt werden müssen und innerhalb von 30 Tagen nach Eingriff ohne Implantat bzw. innerhalb eines Jahres nach Eingriff mit Implantat auftreten können. Alle Fälle, die zur stationären Aufnahme führen, werden fallbezogen im Krankenhaus erfasst. Durch komplexe Zusammenführung mit Sozialdaten der Krankenkassen kann ein Bezug zwischen der stationär Behandlungsbedürftigen Wundinfektion und dem operativen Eingriff (ambulant oder stationär) hergestellt werden. Wundinfektionen ohne jegliche Dokumentation im ambulanten Bereich können so auch sektorenübergreifend zurückverfolgt werden und zu QS-Maßnahmen führen.

Ab dem 1. Januar 2017 beginnt die verpflichtende Datenerfassung für alle Krankenkassen und Krankenhäuser zur Erfassung von postoperativen Wundinfektionen, die zu einer stationären Aufnahme geführt haben.

Jährliche einrichtungsbezogene QS-Dokumentation („Einrichtungsbefragung“)

Die einzige Dokumentationspflicht im vertragsärztlichen Bereich ist eine jährliche einrichtungsbezogene Abbildung des Hygienemanagements für alle Ärzte, die mindestens eine der definierten Tracer-Operationen im ersten und/oder zweiten Quartal 2017 erbracht haben. Die QS-Dokumentationspflicht beginnt im ersten Quartal 2018, bezieht sich jedoch auf das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement des Jahres 2017.

Im vertragsärztlichen Bereich kommen als maßgebliche Operationen solche in Betracht, die durch eine der folgenden Facharztgruppen durchgeführt werden:

- Chirurgie/Allgemeinchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Orthopädie/Unfallchirurgie
- Plastische Chirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Urologie

Die maßgeblichen Operationen sind auf der Internetseite des IQTIG zu finden (www.iqtig.de). Nicht berücksichtigt werden insbesondere neurochirurgische Operationen und Operationen an der Wirbelsäule sowie ausschließlich Kathetergestützte Operationen und Operationen über natürliche Körperöffnungen.

Die Einrichtungsbefragung besteht aus 93 Fragen und bezieht sich auf das Hygienemanagement der Hauptbetriebsstätte. OP-Zentren werden in dem Verfahren nicht direkt erfasst, auch wenn die Leistungserbringung in den meisten Fällen dort geschieht.

Eine Übersicht über die Dokumentationsinhalte bietet die nachfolgende Auflistung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet auf ihrer sQS-Webseite (http://www.kbv.de/html/themen_26421.php) eine Ausfüllhilfe für die konkrete Beantwortung der einrichtungsbezogenen Befragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement mit allen Fragen, kurzen Erläuterungen, passenden Musterdokumenten und weiterführenden Links. Für jede Frage lassen sich ein Ausfüllhinweis sowie inhaltlich abgestimmte Musterdokumente und Linktipps zu Leitlinien, Empfehlungen und/oder Gesellschaften öffnen.

Indikatorenliste für den ambulanten Bereich

Indikator-ID	Bezeichnung
14_A_a	Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen
17_A_a	Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikainitialtherapie in ambulanten Einrichtungen
18	Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff
21	Händedesinfektionsmittelverbrauch in Praxen/MVZ
40_A_a	Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien
42_a	Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes
43_a	Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zur Wundversorgung und Verbandwechsel
44_A	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie
45_a	Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention
47_a	Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion
50_a_a	Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement in ambulant operierenden Einrichtungen
53_A	Durchführung von Compliance-Überprüfungen in ambulant operierenden Einrichtungen
54	Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene

Abbildung 1: Indikatorenliste für den ambulanten Bereich aus dem Indikatorenset 3.1, © IQTIG

Die aufgeführten Musterdokumente sind lediglich Vorschläge (Beispiele), die an die individuellen Praxisgegebenheiten anzupassen sind, wobei alle Anforderungen der Einrichtungsbefragung abgedeckt sein müssen.

KV-Homepage um neuen Themenbereich „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS)“ erweitert:

Um insbesondere die Ärzte, die von den Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung betroffen sind, bestmöglich über die Inhalte zu informieren und bei der Verfahrensumsetzung zu unterstützen, hat die KV Berlin ihre Homepage um den Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erweitert. Alle bisher in Kraft getretenen Verfahren werden dort erläutert sowie deren Vorgaben umfassend dargestellt. Links führen zu den jeweiligen Gesetzestexten, Merkblättern zur Verfahrensumsetzung oder zu Aufklärungsinformationen für Patienten zum Downloaden. Der Überblick wird kontinuierlich aktualisiert. Sie finden die neue sQS-Seite auf www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > sQS.

Was passiert mit den QS-Dokumentationen?

Alle QS-Dokumentationen, die der Ärzte, der Krankenkassen und auch aus Patientenbefragungen, laufen beim IQTIG zusammen und können dort in Beziehung gesetzt werden. Das IQTIG erstellt Ergebnisberichte und leitet diese an die zuständige Landesarbeitsgemeinschaft weiter. Die nachfolgende Abbildung stellt den Datenfluss bezogen auf den ambulanten Bereich am Beispiel des ersten Verfahrens PCI und Koronarangiographie dar.

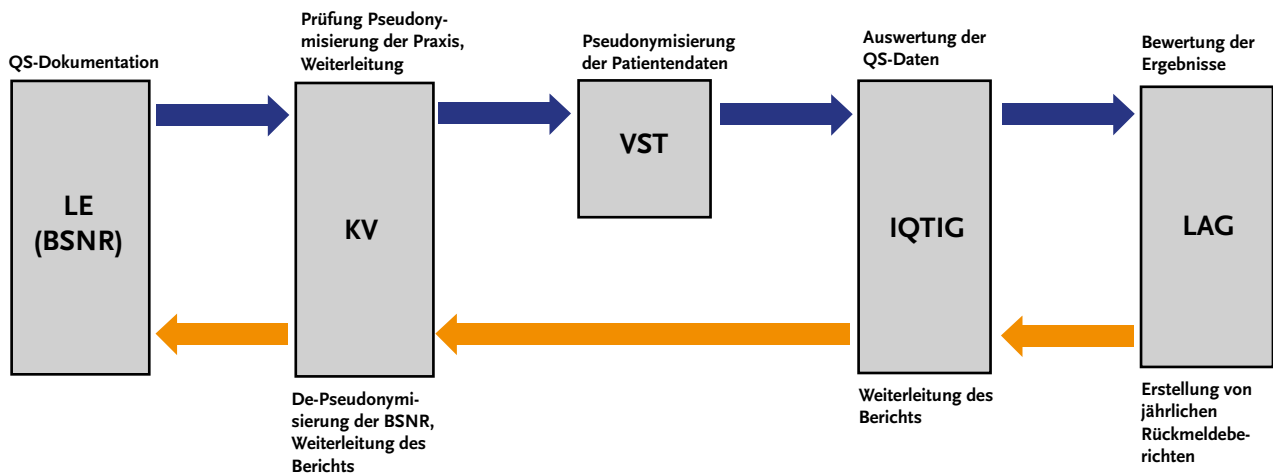
Nachdem der Leistungserbringer (LE) die Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) an die Kassennärztliche Vereinigung (KV) gesendet hat, erfolgt dort die Überprüfung der Datei auf die spezifikationskonformen Vorgaben. Die KV verschlüsselt die leistungserbringeridentifizierenden Daten (BSNR) mit einem Pseudonym und sendet die Dokumentation an die Vertrauensstelle (VST). Dort erfolgt die Pseudonymisierung der Patientendaten, sodass die Identifikation einer

Person ausgeschlossen ist. Der Datenschutz nach § 299 SGB V ist damit eingehalten. Anhand der einheitlichen Verschlüsselung der Versichertennummer können Datensätze der Leistungserbringer mit den Sozialdaten der Krankenkassen zusammengeführt werden. Anschließend erfolgt die Weiterleitung an das IQTIG, wo die Dokumentationen ausgewertet werden. Die erstellten Auswertungsberichte werden an die zuständige Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) zur Bewertung der Ergebnisse weitergeleitet. Quartalsweise werden von der LAG Zwischenberichte für die Leistungserbringer erstellt sowie ein jährlich zusammenfassender Bericht. Die Berichte werden anschließend zurück an das IQTIG geleitet, wo anhand des Pseudonyms eine Zuordnung zur entsprechenden Datenannahmestelle erfolgen kann. Die Datenannahmestelle löst das leistungserbringeridentifizierende Pseudonym auf und kann den Bericht der richtigen Praxis zuordnen.

Krankenhäuser sind verpflichtet, in eigenen Qualitätsberichten ihre Ergebnisse über Qualitätskontrollen zu veröffent-



Fortsetzung von Seite 17



LE= Leistungserbringer; BSNR= Betriebsstättennummer; KV= Kassenärztliche Vereinigung; VST= Vertrauensstelle; IQTIG= Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen; LAG= Landesarbeitsgemeinschaft

Abbildung 2: Datenflussmodell für den ambulanten Bereich am Beispiel des ersten Verfahrens „PCI und Koronarangiographie“, © KV Berlin

lichen. Die Ergebnisse der ambulanten Leistungserbringer werden in jährlichen Berichten vom IQTIG bereitgestellt. Es besteht die Möglichkeit für Praxen und Krankenhäuser, ihre Berichte mit denen von anderen Einrichtungen zu vergleichen. Das Ziel der Richtlinie, nämlich Ergebnisse vergleichend bereitzustellen, wird durch die Veröffentlichung der Qualitätsberichte erreicht.

Die Aufgabe der Landesarbeitsgemeinschaften und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Zur Umsetzung der Richtlinieninhalte auf Bundesebene fordert § 5 Teil 1 der Qesü-Richtlinie die Bildung von Landesarbeitsgemeinschaften (LAG). Diese setzen sich zusammen aus Vertretern der im Land zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV), Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV), Landeskrankenhausesgesellschaft (LKG) und den Verbänden der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen. Beteiligt sind außerdem der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene. Soweit Qualitätssicherungsbelange der Landeszahnärztekammern und/oder der Landespsychotherapeutenkammer berührt werden, sind diese ebenfalls beteiligt.

Auf Grundlage der erstellten Auswertungsberichte vom IQTIG trifft das paritätisch besetzte Lenkungsgremium der LAG Entscheidungen über eventuell anstehende QS-Maßnahmen. Bei der fachlichen Bewertung der Auswertungen wird die LAG durch die Expertise von eingerichteten Fachkommissionen unterstützt.

Lassen sich bei der Auswertung Mängel in der Prozess- oder Ergebnisqualität feststellen, bestimmt die LAG unter Beteiligung der Fachkommissionen qualitätsverbessernde Maßnahmen, die von den Leistungserbringern zu erfüllen sind. Die Fachkommissionen der LAG sind für die Durchführung und Überwachung der Maßnahmen zuständig. Für den ambulanten Bereich sind die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützend an der Aufgabenerfüllung beteiligt. Für den Krankenhausbereich ist die Landeskrankenhausesgesellschaft zuständig.

Gemäß § 17 Abs. 2 Satz 1 der Qesü-Richtlinie können sich die Leistungserbringer zunächst in einem Stufenverfahren schriftlich zu den Auffälligkeiten äußern. Durch die Fachkommission und berufene Organisationen (z.B. die KV) wird ein strukturierter Dialog eingeleitet. Indem die Praxis oder das Krankenhaus durch Begehungen

vor Ort auf Defizite im Hinblick auf die Indikationsstellung, Prozess- und Ergebnisqualität untersucht werden, besteht die Aufgabe des strukturierten Dialogs darin, Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen und den Arzt bei der Umsetzung zu unterstützen.

Reicht der strukturierte Dialog nicht aus, um vorliegende Mängel zu beseitigen, werden mit den Leistungserbringern Vereinbarungen nach Maßnahmenstufe 1 getroffen. Dazu zählen die Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fortbildungen oder Kolloquien, die Einführung von Behandlungspfaden sowie die Durchführung von Audits oder Peer Reviews. Die quartalsweisen Rückmeldeberichte vom IQTIG zeigen die Prozess- und Ergebnisqualität des Leistungserbringers auf und stellen die Grundlage für die Selbstreflexion dar. Im nächsten Schritt werden durch Beteiligte derselben Fachgruppe im kollegialen Dialog anhand eines strukturierten Fragebogens die Prozesse direkt vor Ort bewertet. Die Selbst- und Fremdbewertung bietet die Chance, an Erfahrungen und Wissen von Kollegen zu partizipieren und diese für die eigene Praxis im Sinne der Qualitätsverbesserung zu nutzen.

Bei schwerwiegenden Mängeln, Verweigerung der Maßnahmen durch den Leistungserbringer oder nicht behobe-

nen Mängeln innerhalb der vorgegebenen Frist, werden Maßnahmen der Stufe 2 eingeleitet. Im schlimmsten Falle drohen den Leistungserbringern Vergütungsabschläge oder die Entziehung der Abrechnungserlaubnis für die jeweilige Untersuchung. Abbildung 3 zeigt in einem Modell die Vorgehensweise bei Auffälligkeiten.

Verzögerungen bei der Gründung der Landesarbeitsgemeinschaften

Die Gründung der Landesarbeitsgemeinschaften sollte laut G-BA zum 01. Januar 2016 erfolgen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist für das Land Berlin noch keine LAG gegründet worden. Jedoch können erst mit Gründung die Aufgaben nach § 6 Teil 1 der Qesü-Richtlinie erfüllt werden. Neben den Zielen der Einrichtung einer Geschäftsstelle für die administrativen Aufgaben und die Besetzung der Fachkommission für die fachlichen Kompetenzen und Empfehlungen für QS-Maßnahmen dient die LAG als gemeinsamer Ansprechpartner für Beteiligte und um Verfahrensfragen abstimmen zu können.

Probleme bei der Gründung ergeben sich vor allem aus den abweichenden Positionierungen der Vertragspartner. Die Krankenkassen streben bei der Gründung eine Zentrale mit eigenen Büroräumen und Personal an. Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, die LAG im Hause eines Vertragspartner mit deutlich weniger Personal anzusetzen.

Durch den Beschluss des G-BA vom 16.02.2017 sollte dazu beigetragen werden, die Uneinigkeiten zwischen den Vertragspartnern aufzulösen. Die Finanzierung der LAG übernehmen die

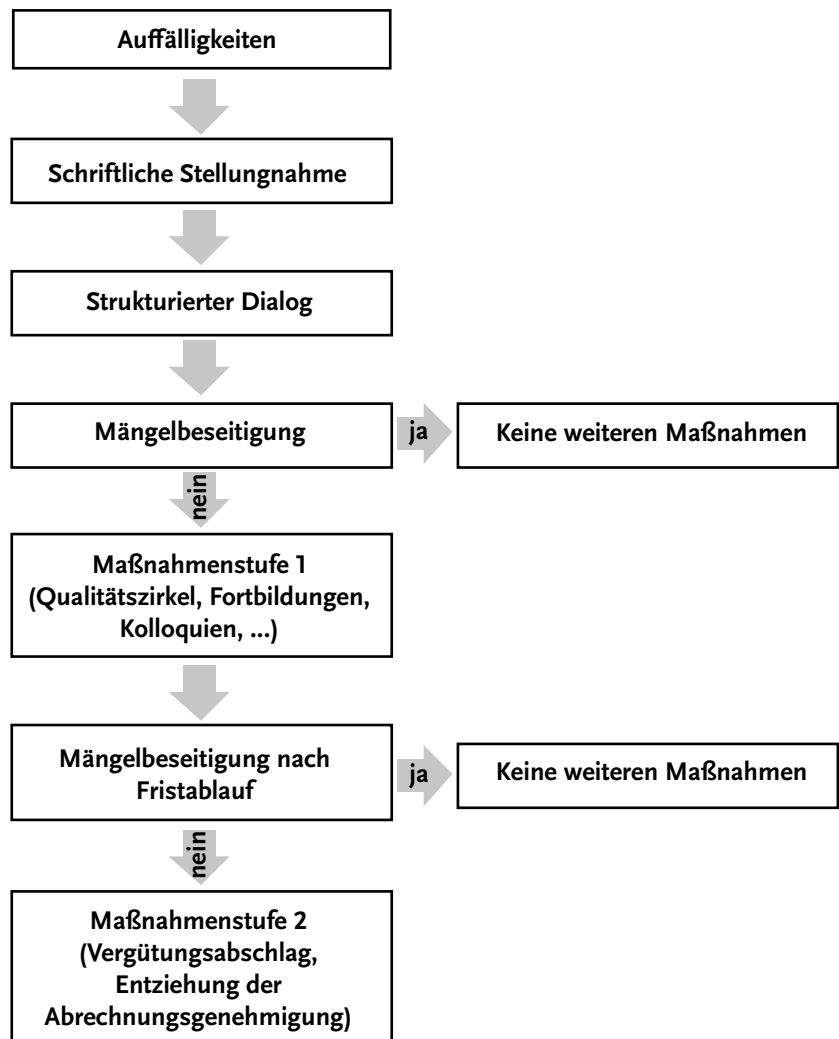


Abbildung 3: Vorgehensweise bei Auffälligkeiten, © KV Berlin

Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Aufgrund dessen ist mit einer zügigen Gründung der LAG zu rechnen. Um die Voraussetzung zu erfüllen, die finanziellen Mittel wirtschaftlich anzuwenden, müssen die Vertragspartner einen gemeinsamen Haushalt aufstellen.

Zum 30. Juni 2017 wurden bereits die ersten jährlichen Rückmeldeberichte für

das erste Verfahren PCI und Koronarangiographie vom IQTIG fertiggestellt. Diese konnten bisher durch die fehlende Gründung der LAG noch nicht durch die Fachkommission bewertet werden.

*Kristin Maurach
Mitarbeiterin der
Abteilung Qualitätssicherung*

Stolperstein verlegt

Dr. Hans Adolf Bujakowski, Vertragsarzt in Neukölln bis 1933



Vor dem Haus in der Karl-Marx-Straße 190.

1938 musste er Deutschland verlassen, jetzt erinnert ein Stolperstein an Dr. med. Hans Adolf Bujakowski. Dem jüdischen Arzt, dem 1933 seine Kassenzulassung entzogen worden war, gelang mit seiner Familie über England die Flucht in die USA. In der Neuköllner Karl-Marx-Straße halten nun drei Messingplatten im Trottoir Hans Adolf, Augusta und Helga Bujakowski im Gedächtnis.

Hans Adolf Bujakowski wurde 1897 in Breslau geboren, er studierte Medizin in Jena und Berlin. Nach Approbation und Dissertation 1922 arbeitete er bis 1928 als Assistenzarzt in der Frauenklinik Dr. Hartog in der Romintenerstraße, um sich dann als Allgemeinpraktiker in Neukölln in der Bergstraße 46 (heute Karl-Marx-Straße) niederzulassen. Der Entzug der Kassenzulassung 1933 setzte ihm nach den Worten seiner Tochter Helga sehr zu: „Er war ein sehr angesehener Arzt und fühlte sich im Neuköllner Milieu sehr wohl. Über die Pri-

vatpatienten sagte er hingegen einmal, sie kämen nur aus Langeweile oder weil sie für die ärztliche Behandlung bezahlen würden. Das sei nicht sein Stil.“¹ Bujakowski nannte sich in den USA Henry Adolph Boyer, hier praktizierte er als Gynäkologe und Notfallarzt. Er starb 1964 in Freeport/New York. Sein Bruder Kurt Bujakowski, Buchhändler, entkam den Nazischeren nicht. Er konnte mit seiner Frau und seiner Tochter zunächst nach Frankreich emigrieren, wo er jedoch verhaftet und nach Auschwitz deportiert wurde.

Am 9. September 2017 wurden zum Gedenken an Hans Adolf Bujakowski und seine Familie vor dem Haus Karl-Marx-Straße 190 in Neukölln drei Stolpersteine verlegt. Stolpersteine sind Betonwürfel von 10 cm Kantenlänge, die ins Pflaster des Trottoirs eingelassen werden. Sie erinnern an Menschen, die von den Nationalsozialisten verfolgt, vertrieben und/oder ermordet wurden – Juden, Sinti, Roma, Schwule,

Behinderte, Kommunisten. Sie werden vor der letzten frei gewählten Wohnung der Verfolgten in den Bürgersteig eingefügt, die mit Messing überzogene Oberfläche trägt die Namen und Lebensdaten der Personen und erinnert en passant an deren Schicksal. Die Stolpersteine (stolpersteine-berlin.de) gehen zurück auf den Künstler Gunter Demnig, der 1992 in Köln mit ihrer Verlegung begann. Mittlerweile (Stand Juli 2017) sind mehr als 61.000 Stolpersteine verpflestert, in Deutschland etwa 53.000, und darüber hinaus weitere 8.000 in 21 europäischen Ländern. Sie gelten als das größte dezentrale Mahnmal der Welt. Die Herstellung und Verlegung eines Stolpersteines kostet 120,- €. Die Stolpersteine für die Familie Bujakowski wurden von Bülent Katik, Vertragsarzt in Neukölln, gestiftet. Bei ihrer Verlegung durch den Künstler Gunter Demnig waren Repräsentanten der Jüdischen Gemeinde zu Berlin, des Heimatmuseums Neukölln und des kanadischen Fernsehens zugegen. Bujakowskis Tochter war zur Zeremonie eingeladen, konnte aber ob des hohen Alters (* 1924) die Reise nach Europa nicht antreten.

red



Bülent Katik, Stifter der Stolpersteine für die Familie Bujakowski.

¹ zitiert nach: Rebecca Schwoch (Hg.): Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus. Ein Gedenkbuch, Berlin 2009, Hentrich & Hentrich, Seite 144



bist du
Chris?

Hepatitis C

Aktionswoche 9. bis 14. Oktober

Machen Sie mit!

Ein Deutschland ohne Hepatitis C* ist das Ziel der bundesweiten Aufklärungskampagne in „Bist du Chris?“

Im Aktionszeitraum wird die „Initiative pro Leber“ die Menschen in der Region verstärkt über Hepatitis C informieren und sie motivieren, über ihr Risiko für eine HCV-Infektion nachzudenken und sich gegebenenfalls testen zu lassen. – Es kann daher sein, dass Sie von Ihren Patienten künftig häufiger nach einem Test gefragt werden.

Als (Haus-) Arzt spielen Sie eine zentrale Rolle bei der Identifikation von Menschen mit Infektionsrisiko.

**Unterstützen Sie die „Initiative pro Leber“.
Erkennen, beraten und testen Sie Hepatitis-C-Risikopatienten.**

Mit wenig Aufwand schafft der HCV-Antikörpertest Klarheit und ist bei Verdacht auf Hepatitis C budgetneutral.

Ihr Engagement unterstützt die „Initiative pro Leber“ mit kostenlosem Informationsmaterial für Ihre Praxis.

**Mehr zu der Aktionswoche auf:
www.initiative-pro-leber.de/aktionswoche**



* Ziel der WHO: Elimination der Hepatitis C bis 2030^{1,2} 1. World Health Organisation (WHO). Combating Hepatitis B and C to Reach Elimination by 2030. Advocacy brief. <http://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/> (Letzter Zugriff: September 2017). 2. Bundesministerium für Gesundheit. Strategie zur Eindämmung von HIV Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen https://www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/Presse/Strategie-zur-Eindaemmung-von-HIV-Hepatitis-B-und-C-und-anderen-sexuell-uebertragbaren-Infektionen.pdf (Letzter Zugriff: September 2017).



bist du
Chris?

Eine bundesweite Aufklärungskampagne
zur Eindämmung der Hepatitis C der

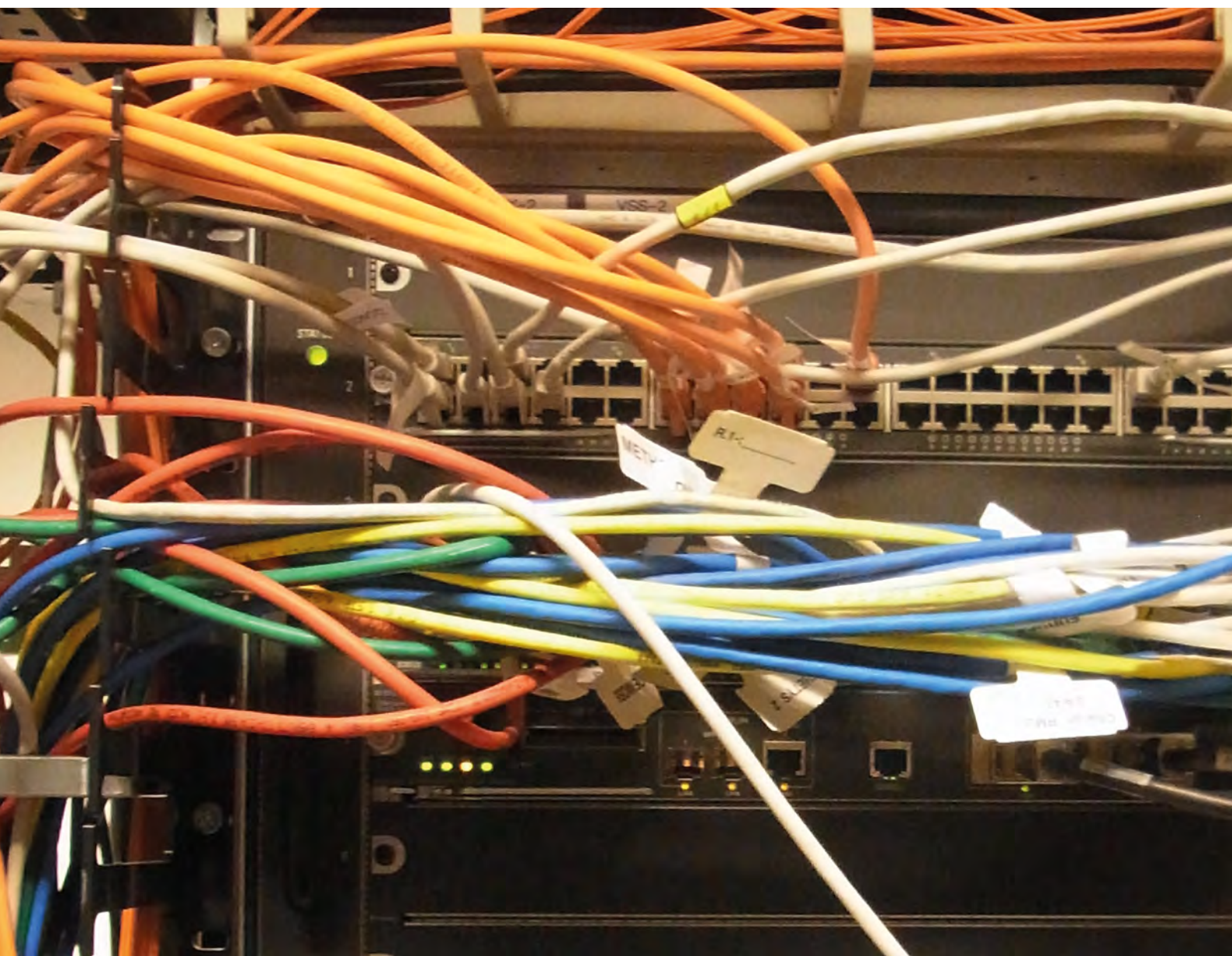


Eine Kooperation von

Deutsche
Leberstiftung

Deutsche
Leberhilfe e.V.
Die Patientenorganisation

GILEAD
Gilead Sciences GmbH



Bitte kein Verwaltungssprech

Die Telematikinfrastuktur in der Praxis – ganz konkret



Telematikinfrastuktur oder kurz: TI – dieses Mammut-Projekt im Zusammenhang mit dem eHealth-Gesetz beschäftigt die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten seit Monaten. Und es wird sie auch noch die kommenden Monate beschäftigen: Denn die konkrete Nutzung dieser „Datenautobahn für das Gesundheitswesen“, als die sie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bezeichnet, wird frühestens ab Ende dieses Jahres überhaupt möglich sein. Dabei ist die Finanzierungsvereinbarung zur TI zwischen KBV und GKV-Spitzenverband schon zum 1. Juli 2017 in Kraft getreten. Darin enthalten: Fördergelder für die Praxen, die ab 3. Quartal 2017 in voller Höhe als Erstattung für die notwendige technische TI-Ausstattung gezahlt und danach quartalsweise abgestaffelt werden. Erstes Problem dabei: Die vollständige vorgesehene Fördersumme bereits ab dem 3. Quartal kann niemand geltend machen, da die erforderlichen TI-Komponenten noch nicht am Markt sind. Die Anbieter sind noch nicht lieferfähig. Hintergrund sind nach deren Aussagen aufwendige Zertifizierungsverfahren, die auch

den Transportweg der Lieferung und nicht nur die Geräte selbst betreffen. **Da passen Theorie und Praxis nicht zusammen. Was wäre, wenn man dann einfach gar nicht mitmacht bei dieser TI?**

Ein Orthopäde hat das Service-Center der Kassenärztlichen (KV) Vereinigung gebeten: „Bitte informieren Sie uns, wozu wir genau als niedergelassene Ärzte ab wann verpflichtet sind.“

Zweites Problem dabei: Wenn die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten jetzt schon vorbestellen, um sich eine möglichst hohe Fördersumme zu sichern, haben sie kaum Auswahl. Momentan verfügt überhaupt nur ein Anbieter über einen Konnektor, der aber auch noch nicht am Markt erhältlich ist. Wettbewerb und Preisvergleich sehen anders aus. Dennoch drängen, wie die Mitglieder der KV Berlin berichten, manche Anbieter die Praxen auf einen schnellen Vertragsabschluss. Sie bemühen dabei die Drohkulisse des Geldverlusts bei einem späteren Bestellzeitpunkt. **Das verunsichert. Sollte man trotzdem bestellen?**



Fortsetzung von Seite 23

Auch eine Gynäkologin bat das Service-Team um Rat: „Mein Praxis-Software-Anbieter hat mir empfohlen, die notwendigen Komponenten für die Telematik vorzubestellen. Ich bin da noch etwas hin- und hergerissen und würde gerne wissen, wie die KV das einschätzt.“

Drittes Problem dabei: Wenn die Niedergelassenen warten, bis es mehr Angebote am Markt gibt – perspektivisch wohl Anfang 2018 –, verstreichen ein bis mehrere Quartale, und die Erstattungssumme sinkt kontinuierlich. Denen, die warten, geht also Geld verloren. Und das, obwohl es nicht an ihnen liegt – sondern an den fehlenden Angeboten. **Das ist ungerecht. Oder verliert man doch kein Geld?**

Wie soll das also genau funktionieren mit der „Datenautobahn“, wenn keiner fähig ist? Kann man, um im Bild zu bleiben, auch mit dem Fahrrad darauf unterwegs sein – und sein bisheriges Kartenterminal benutzen –, oder braucht man unbedingt

den Sportflitzer – also ein spezielles Gerät für die TI-Anwendung? Wie ist das eigentlich mit dem Internet und der TI: Muss man jetzt dauernd online sein? Worum kümmert sich denn nun eigentlich die KV? Und worum geht es noch mal genau bei der TI?

Die TI soll alle Beteiligten im Gesundheitswesen miteinander vernetzen. Die Online-Kommunikation der einzelnen Akteure wie Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen soll künftig nur noch über die TI laufen. Ein wesentliches Ziel ist es, dass medizinische Informationen, die für die Behandlung der Patienten benötigt werden, schneller und einfacher verfügbar sind. Oberste Priorität hat dabei die Datensicherheit.

Die KV Berlin hat ihre Mitglieder in der Juni-Ausgabe des KV-Blatts in einem Schwerpunkt zur TI bereits über die Anforderungen, die Begriffe, die Kosten bzw. Fördergelder und das Zusammenspiel mit

den Online-Diensten der KV informiert. **Heute wollen wir konkret darauf eingehen, was Sie bei dem Thema bewegt. Denn im Service-Center und auch bei den Informatik-Experten der KV Berlin gingen in den letzten Wochen zahlreiche Fragen der Mitglieder zur TI in der Praxis ein. Zentrale Punkte dabei sind die Technik, die Bestellung und die Kostenerstattung.** Exemplarisch stellen wir in diesem KV-Blatt einige grundlegende Fragen vor und beantworten sie – bestimmt ist auch die eine oder andere Frage dabei, die Sie als Leserin bzw. Leser beschäftigt. Wir bemühen uns dabei, dem Auftrag des oben zitierten Orthopäden nachzukommen, dies „in einer für uns gut verständlichen Sprache (sprich weder mit juristischen Formulierungen noch mit Verwaltungssprechart)“ zu tun.

Wir hoffen, Sie damit fahrtüchtig zu machen für diese „Datenautobahn des Gesundheitswesens“.

red

Anzeige



Erste Hilfe.



Selbsthilfe.

Nahrung ist nur der Anfang. Selbsthilfe und Selbstbestimmung sind der Schlüssel zum großen Ziel: die Würde jedes einzelnen Menschen zu wahren. brot-fuer-die-welt.de/selbsthilfe

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.

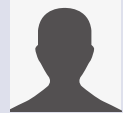
Die Mitglieder fragen, die KV Berlin antwortet

? TECHNIK: Sie fragen ...



Eine **Diplom-Psychologin** fragt: „Ist mein stationäres Kartenterminal kompatibel oder benötige ich dafür ein neues Gerät? Wo bekomme ich einen sog. Konnektor, benötige ich Internet, welche Bandbreite? Wo kann ich die nötigen Komponenten erwerben?“

Ein **Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie** möchte wissen: „Wird es künftig nötig sein, dass die Praxis (Computer/Software) dauerhaft online ist, oder wird es möglich sein, einmal am Tag für kürzere Zeit online zu gehen? Ist es notwendig, dass die Praxis einen festen Internetanschluss hat, oder reicht auch die Verbindung über einen mobilen Datenaustausch, z.B. mit Datenstick?“



Ein **Augenarzt** benötigt Klarheit zur Online-Abrechnung über die TI: „Kann ich weiter den Portal-Zugang der KV Berlin für meine Online-Abrechnung nutzen?“

... die KV antwortet:



Sie benötigen für die Einbindung in die Telematikinfrastruktur (TI)

zwingend einen Internet-Zugang. Ein Update Ihrer Praxis-Software ist für die Unterstützung der TI-Anbindung ebenfalls erforderlich.

Bereits vorhandene Terminals auch neuerer Bauart sind in der Regel leider nicht verwendbar. Kontaktieren Sie dazu im Zweifel bitte Ihren Hersteller oder Lieferanten. **Sie benötigen ein eHealth-fähiges Kartenterminal** (= onlinefähiges stationäres Kartenterminals der Telematikinfrastruktur). Sogenannte eHealth-BCS-Kartenterminals, teilweise auch BCS-Kartenterminals genannt, sind nicht für die Online-Anbindung an die Telematikinfrastruktur geeignet.

Im eHealth-fähigen Kartenterminal lesen Sie wie gehabt die Karten Ihrer Patienten ein. In einem zusätzlichen Karten-Schlitz befindet sich dauerhaft Ihr Praxis-Ausweis (die SMC-B-Karte, zur Identifikation Ihrer Praxis gegenüber der TI, vgl. KV-Blatt 06/2017¹⁾.

Einige Geräte am Markt gibt es bereits, die mit der Eignung für die TI beworben werden. Ein wichtiger Hinweis hier noch einmal: **Die Zertifizierung für die TI gilt nicht nur für die Hard- und Software des Terminals, sondern formell auch für den Lieferweg**, auf dem das Terminal zu Ihnen gelangt. Bitte klären Sie vor der Bestellung, ob Ihr Lieferant dies gewährleistet.

Auch einen Konnektor benötigen Sie. Er stellt über das Internet die Verbindung in die TI her und unterstützt die Ausführung von TI-Anwendungen. Das Gerät ist vergleichbar mit dem DSL-Router

Ihres häuslichen Internet-Anschlusses, arbeitet aber auf höherem Sicherheitsniveau. **Sie erhalten den Konnektor, wie alle Komponenten zur TI, nicht bei der KV Berlin, sondern ausschließlich bei kommerziellen Anbietern** (s.u. > Bestellung). Außerdem brauchen Sie einen VPN-Zugangsdienst-Anbieter (sozusagen die „Gegenstelle“ für den Konnektor).

Für den Datenabgleich muss zum Zeitpunkt des Einlesens der eCK die Internetverbindung bestehen. Wenn Sie offline sind, können zwar Kartendaten erfasst werden und das Einlesen der Daten in Ihr Praxisverwaltungssystem zum Zweck der Abrechnung wird auch weiterhin möglich sein, die Telematik-anwendung kann dann aber nicht zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Sie können bei einer bestehenden Internet-Verbindung die **Online-Abrechnung**



Fortsetzung von Seite 25

weiterhin über den KV-FlexNet erledigen, und das ohne zusätzliche Kosten. Mitte Juni 2017 hat die KV Berlin das Einwahlprogramm „renoviert“, um gestiegenen Sicherheitsanforderungen an die KV-FlexNet-Verbindung entsprechen zu können. Dabei wurde auch die Handhabung des Programms verbessert, insbesondere für Mac-Nutzer. Seither ist eine KV-FlexNet-Verbindung (Passwort + YubiKey) nur noch nach erfolgtem Update auf das neue Programm möglich. Alle Informationen dazu finden Sie in einer Sonder-Ausgabe des Newsletters „Praxisinfodienst“ (PID) von Juni 2017 unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Service > Praxisinfodienst.

Die TI bietet Ihnen grundsätzlich ebenfalls Zugriff auf die gewohnte Online-Abrechnung der KV Berlin. Die gematik als Betreiber der TI und die KBV haben dafür eine Verbindung zwischen dem Sicheren Netz der KVen und der TI hergestellt. Eine Belastung der KV-Mitglieder mit den dadurch entstandenen Kosten ist nicht vorgesehen. Nach unseren Informationen ist jedoch nicht auszuschließen, dass einzelne kommerzielle Anbieter von TI-Paketen für die Erreichbarkeit der Online-Abrechnung über ihre TI-Anbindung eine zusätzliche monatliche Gebühr erheben. Klären Sie diesen Punkt bitte vor Vertragsabschluss.

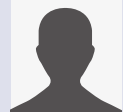
Und falls Sie das noch einmal nachlesen wollen: Über den **elektronischen Heilberufe-Ausweis** haben wir Sie im KV-Blatt 08/2017 von August detailliert informiert. Denn auch diesen benötigen Sie mittelfristig, wenn auch nicht gleich beim Versichertenstammdatenmanagement, der ersten TI-Anwendung (vgl. Rubrik Verschiedenes: „eHBA – der elektronische Heilberufe-Ausweis“, www.kvberlin.de > Presse > KV-Blatt > 2017 bzw. https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2017/08/45_verschiedenes/kvby.pdf).

? BESTELLUNG: Sie fragen ...



Eine **Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten** will wissen: „Haben Sie einen Kostenvergleich bzw. sind die Einrichtungs- und Hardwarekosten wirklich so hoch?“ Sie bezieht sich damit auf das Basispaket plus Servicepaket plus mobiles Kartenlesegerät. Und sie interessiert: „Wann ist mit der SMC-B-Karte zu rechnen?“

Ein **Kinderchirurg** hat sich ebenfalls bei uns gemeldet: „Man wäre momentan gezwungen, sich für den zurzeit einzigen Anbieter zu entscheiden. Wettbewerb sieht anders aus. Oder sind Möglichkeiten ausgehandelt, einen solchen Hardwarevertrag kurzfristig zu kündigen, um sich für einen anderen Anbieter zu entscheiden?“



Eine **Allgemeinärztin** fragt: „Mein Software-Anbieter drängt mit Sonderkonditionen auf rasche Umrüstung in der Praxis. Am besten sollte man sich sofort festlegen und entsprechend buchen. Ist das aus Sicht der KV sinnvoll, oder sollte man noch warten?“

Der **Ärztliche Leiter eines MVZ** ist verunsichert: „Ich habe das Frühbucherpaket bestellt. Nunmehr gibt es Presseberichte, dass die Gesundheitskarte vor dem Aus stünde. Inwiefern trifft das die von Ihnen im KV-Blatt Juni angekündigten notwendigen Maßnahmen und die Förderung? Kann es passieren, dass nicht aufgerüstet werden muss? Raten Sie den Arztpraxen abzuwarten?“



... die KV antwortet:



Die Preise des Handels sind mangels Angeboten noch nicht bekannt.

Wir raten derzeit

nicht zu schnellen Vertragsabschlüssen, sondern dazu, Aufträge zur TI-Anbindung erst dann zu erteilen, wenn für alle Komponenten mindestens ein Anbieter lieferfähig ist.

Drei Unternehmen haben angekündigt, den Praxisausweis anzubieten: medisign (<https://www.medisign.de/>), Bundesdruckerei (<https://www.bundesdruckerei.de/de>) und Trust-Center der Telekom (<https://www.telesec.de/de/trust-center>). Nach unserem Kenntnisstand ist momentan kein Anbieter lieferfähig. medisign hat Lieferfähigkeit für Anfang des Jahres 2018 in Aussicht gestellt, von den anderen Anbietern liegen uns derzeit (Stand 01.09.2017) keine Informationen vor. **Wir – Ihre KV Berlin – können Ihnen leider keinen Praxisausweis liefern. Den Praxisausweis bestellen und erhalten Sie bei kommerziellen Anbietern.**

Die **Aufgabe der KV Berlin beschränkt sich darauf**, dem von Ihnen beauftragten Hersteller des Praxisausweises zu bestätigen, dass Sie als Vertragsarzt oder -psychotherapeut in Berlin niedergelassen sind und somit berechtigt sind, diese Karte zu ordern. Das würden wir als Ihre KV gerne tun – wenn einer der Kartenhersteller derzeit lieferfähig wäre.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mahnt zur Ruhe, wenn von Herstellerseite Druck auf die Praxen ausgeübt wird, schnell zu bestellen: Dr.

Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der KBV, sagt dazu im KV-on-Video: „... wir sind jetzt nicht erfreut davon, wenn es einzelne Anbieter gibt, die in gewisser Weise die Angst schüren und sagen: Wenn Ihr Ärzte jetzt nicht bestellt, dann besteht die Gefahr, dass Ihr auf Kosten sitzen bleibt. Das ist nicht richtig.“²

Dem schließt sich die KV Berlin an: **Wir halten es nicht für seriös, wenn Anbieter den Eindruck erwecken, der Arzt würde auf einem Teil der Kosten sitzen bleiben, wenn er sich nicht kurzfristig zu einem Vertragsabschluss entschließt.** Mehr zum Thema > Kostenerstattung s.u.

Hinsichtlich der vereinbarten Maßnahmen und ihrer Beständigkeit vor dem Hintergrund einiger Berichte über das „Aus“ für die eGK ist festzuhalten, dass die **Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband** zur Finanzierung und Erstattung im Rahmen der TI³ erst am 9. Juni 2017 getroffen wurde. Sie

könnte frühestens zu Ende 2018 gekündigt werden, die Inhalte der Vereinbarung würden aber bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fortgelten.

Gut zu wissen: **Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der KBV, nennt drei wichtige Punkte, die der Arzt bei der Vertragsgestaltung berücksichtigen sollte:** „Zunächst einmal, dass der Hersteller garantiert, dass der Arzt nur den Preis für den Konnektor bezahlen muss, der im Installationsquartal anfällt, das ist wichtig. Das Zweite ist, dass der Arzt Wert darauf legen muss, dass die Gewährleistung im Vertrag drinsteht, dass, wenn ein Konnektor ausfällt, kurzfristig Ersatz kommt, und das Dritte ist, dass im Vertrag auch drinstehen muss, dass der Konnektor auch QES-Fähigkeit, die Fähigkeit zur Online-Signatur, haben muss. Denn der Preis, den der Arzt bekommt, beziehungsweise die Kostenerstattung, beinhaltet auch einen QES-fähigen Konnektor.“²

Anzeige

MEYER-KÖRING

Anwaltstradition seit 1906

SPEZIALISTEN FÜR HEILBERUFE

Schumannstraße 18 10117 Berlin
Telefon 030 206298-6 Fax 030 206298-89
www.meyer-koering.de

Rechtsanwälte Steuerberater Partnerschaftsgesellschaft mbB

RECHT RUND UM DIE MEDIZIN *

* **Wolf Constantin Bartha**
Fachanwalt für Medizinrecht

* **Torsten von der Embse**
Fachanwalt für Medizinrecht

* **Dr. Reiner Schäfer-Gölz**
Fachanwalt für Medizinrecht,
Of Counsel

* **Dr. Christopher Liebscher, LL.M.**
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Fachanwalt für Medizinrecht

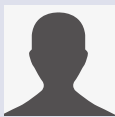
* **Dr. Sebastian Thieme**
Fachanwalt für Medizinrecht

* **Jörg Robbers**
Rechtsanwalt, Of Counsel



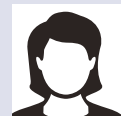
Fortsetzung von Seite 27

? KOSTENERSTATTUNG: Sie fragen ...



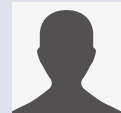
Ein **HNO-Arzt** weist darauf hin, dass er für seine Praxis zum frühestmöglichen Zeitpunkt die erforderliche Ausstattung bestellen und hierfür auch den von der KV ausgelobten Höchstsatz an Unterstützungszahlung beanspruchen werde. Er meint: „Die in der KV-Information [KV-Blatt 06/2017, Anm. d. Red.] angeführten Förderungsvoraussetzungen sind, was den Zeitpunkt der Erstanwendung betrifft, offensichtlich hinfällig, da die technischen Voraussetzungen für den Einsatz der Telematik in der Praxis zum jetzigen Zeitpunkt weder von Anbieterseite noch von Seiten der KV Berlin gegeben sind.“

Eine **Diplom-Psychologin** fragt: „Wie wird das Prozedere der Kostenerstattung ablaufen: Muss ich in Vorleistung gehen?“ Sie meint: „Es bleibt die Frage der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für so eine teure Anschaffung.“



Eine **Fachärztin für Innere Medizin** hat sich wegen der Beantragung der Fördergelder gemeldet: „Wo und wie müssen wir uns melden, um die Fördergelder für die Telematikinfrastruktur zu erhalten?“

Das Prozedere interessiert auch einen **Internisten mit Schwerpunkt Diabetologie**: „Wie findet die Erstattung der Ausgaben für die Telematikinfrastruktur statt? Ich würde jetzt schon gerne alles vorbereiten. Meine Softwarefirma hat mir ein Angebot gemacht – laut Gesetz sollen diese Kosten ja von den Krankenkassen übernommen werden. Aber: Eine Bestellung geschweige denn eine Auslieferung des Praxisausweises (SMC-B-Karte) ist momentan nicht möglich. Daran scheitern ja die, für die volle Förderung ja zwingend vorgeschriebene, TI-Anbindung und VDM [Versichertenstammdatenmanagement, Anm. d. Red.] in den nächsten Quartalen. Mein Systemanbieter ruft aber einen Betrag für die nötigen Komponenten inkl. Arbeitszeit in Höhe der kompletten Förderung auf. Da frage ich mich: Wer übernimmt die Kosten, die mir entstehen, weil meine Förderung sinkt? Es ist momentan für keinen Arzt möglich – aufgrund des fehlenden Ausweises –, pünktlich und somit mit voller Förderung ans Netz zu gehen.“



... die KV antwortet:



Über die einzelnen Beträge der Kostenerstattung für die Praxen, die

zwischen KBV und GKV-Spitzenverband ausgehandelt worden sind, haben wir Sie im KV-Blatt 06/2017 im Juni ausführlich informiert.¹ Die **Kostenerstattung leisten die Krankenkassen** über die KBV an die einzelnen KV-Bezirke. Die KV Berlin hat

selbst keine Unterstützungszahlung ausgelobt, vielmehr reichen wir die von den Krankenkassen für die TI-Ausstattung der Praxen bereitgestellten Mittel nach nicht von uns festgelegten Regularien an unsere Mitglieder – und damit gerne auch an Sie – weiter.

Über Ihren Zugang zum Online-Portal können Sie sich anzeigen lassen, in welcher Höhe Ihnen die Kostenerstattung – nach unserer Datenlage – zusteht.

Die Erstattung ist als Pauschale vorgesehen und hängt nicht von den Ihnen tatsächlich entstehenden Kosten ab – diese können je nach Beauftragung darüber oder auch darunter liegen. Hinweis: Wir als KV sind an die genannten Regelungen gebunden und können nicht einfach den Ihnen in Rechnung gestellten Betrag erstatten. Bitte sehen Sie davon ab, uns Rechnungs- oder Auftrags-Kopien einzureichen.

Sie müssen also in Vorleistung gehen, allerdings sind wir als Ihre KV Berlin bestrebt, den bürokratischen Aufwand der Kostenerstattung möglichst gering zu halten und Ihnen die Auszahlung unverzüglich nach Inbetriebnahme der TI-Anbindung Ihrer Praxis zu ermöglichen.

Die KV Berlin sieht zwei alternative Wege vor, um die Auszahlung der Erstattung an Sie auszulösen.

Erste Option: Auszahlung nach Eingang der Quartalsabrechnung. Ihre Praxissoftware erkennt über das TI-Modul, dass Sie in Ihrer Praxis das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) betreiben, und vermerkt dies in Ihrer Quartalsabrechnung. Wir prüfen das und veranlassen die Auszahlung der Kostenerstattung (Einmal-Förderung und laufende Betriebskosten pro Quartal). Die Auszahlung erfolgt unabhängig von der Honorarberechnung zeitnah nach Eingang der Abrechnungs-Datei.

Um auf diesem Weg die Kostenerstattung zu erhalten, ist keine Beantragung erforderlich, die Erstattung erhalten Sie automatisch, wenn wir aus Ihrer Abrechnungsdatei entnehmen, dass Sie VSDM betreiben.

Zweite Option: Auszahlung der Einmal-Förderung. Wenn Sie eine Auszahlung der Einmal-Förderung unverzüglich nach erfolgreicher Einrichtung der TI-Anbindung wünschen, bieten wir Ihnen dafür ein denkbar einfaches papierloses Verfahren an: **Melden Sie sich dafür über Ihre neue TI-Anbindung an unserem Online-Portal an und setzen Sie dort ein „Häkchen“, dass Sie die unverzügliche Auszahlung der Einmal-Förderung wünschen.** Diese Funktion steht Ihnen allerdings nur dann zur Verfügung, wenn Ihre Anmeldung über die TI erfolgt, nicht,

wenn Sie sich auf den herkömmlichen Wegen (KV-FlexNet, KV-SafeNet oder einfacher VPN-Zugang) verbinden.

Wir empfehlen Ihnen, bei Beauftragung der TI-Anbindung die Zahlung der (Schluss-)Rechnung an eine erfolgreiche Abnahme der TI-Anbindung zu binden.

Beachten Sie bitte, dass für die Höhe der Kostenerstattung nicht der **Zeitpunkt Ihrer Bestellung**, sondern der **Zeitpunkt (das Quartal) der Inbetriebnahme** der Geräte in Ihrer Praxis relevant ist. Diese Inbetriebnahme wiederum dokumentieren Sie bzw. erkennen wir im System durch die erste Anwendung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) in der TI.

Wie von den KV-Mitgliedern richtig angemerkt wird, ist mangels Lieferfähigkeit der Industrie wohl nicht damit zu rechnen, dass im dritten Quartal 2017 im größeren Umfang (falls überhaupt!) TI-Installationen in den Praxen ans Netz gegangen sind – somit ist der Förderbetrag für das 3. Quartal eher als hypothetisch anzusehen. **Die KV Berlin übernimmt nicht den Differenzbetrag** zur Maximal-TI-Förderung bei Verfügbarkeit der SMC-B-Karte nach dem 3. Quartal 2017.

Allerdings: **Ihnen geht kein Geld verloren, wenn Sie jetzt nicht bestellen. Denn die Finanzierungsvereinbarung¹ von KBV und GKV-Spitzenverband sieht vor, dass alle notwendigen Kosten erstattet werden.** Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die über den Verlauf von fünf Quartalen gestaffelten Pauschalen zur Kostenerstattung sich der Marktentwicklung anpassen, d.h. mit sinkenden Preisen korrelieren werden. Und: Die Pauschalen erhalten Sie auch dann, wenn ein

Anbieter mit seinem Preis unterhalb des Förderbetrages bleibt.

Noch gibt es nur einen Konnektor, und der ist noch nicht verfügbar. Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der KBV, geht davon aus, dass Anfang 2018 zwei weitere Konnektoren auf den Markt kommen. Er bittet die Praxisinhaber nachdrücklich: „...**bitte keinen Vertrag unterschreiben, der nicht vorsieht, dass die Preise gelten, die in dem Lieferquartal vereinbart sind.** Dann könnte die Gefahr bestehen, dass man auf Kosten sitzen bleibt.“²

Fristverlängerung für TI-Anbindung steht im Raum: Ärzte und Psychotherapeuten, so Kriedel, sollten genau und in Ruhe abwägen, wann der richtige Zeitpunkt für den Anschluss ihrer Praxis an die TI ist. Nach den aktuellen gesetzlichen Vorgaben haben sie bis zum 30. Juni 2018 Zeit. Die KBV hat wiederholt darauf hingewiesen, dass der Zeitraum von knapp einem Jahr extrem eng ist, um die Praxen aller Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte mit der neuen Technik auszustatten, zumal diese frühestens jetzt im Herbst zur Verfügung stehen wird. Dieser Forderung will der Gesetzgeber offenbar nachkommen und die Frist um ein halbes Jahr auf den 31. Dezember 2018 verschieben. Eine entsprechende Gesetzesänderung wurde bereits auf den Weg gebracht. Ihre KV Berlin hält Sie auf dem Laufenden, wenn hierzu verbindliche Aussagen vorliegen.

Doch was passiert, wenn in den nachfolgenden Quartalen kein Anbieter mit seinem Preis den Förderbetrag einhält? Die Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband sieht dafür verschiedene Anpassungsregelungen vor. In § 10 zu „Inkrafttreten und Anpassung“ heißt es:



Fortsetzung von Seite 29

„(2) Wenn sich neue Erkenntnisse über die Entwicklung der Marktpreise oder andere signifikante Veränderungen ergeben, nehmen die Vertragspartner umgehend Verhandlungen zur Anpassung dieser Vereinbarung auf. (3) Sofern

sich die Notwendigkeit ergibt, die unter § 2 Absatz 1 genannten Komponenten oder die in § 3 genannten Betriebskosten aufgrund von Änderungen der Anforderungen der Telematikinfrastruktur, insbesondere aufgrund von Änderungen

des Datenschutzes oder der Datensicherheit, auszutauschen, zu ändern oder zu ergänzen, sind zur Finanzierung der daraus entstehenden Kosten umgehend Verhandlungen der Vertragspartner aufzunehmen.“¹

? UND WENN MAN NICHT MITMACHT: Sie fragen ...



Ein **Facharzt für Neurologie und Psychiatrie** fragt: „Muss ich diese Technik anschaffen, auch wenn ich überwiegend psychotherapeutisch tätig bin und sie bei mir keinen wesentlichen praktischen Nutzen bringt? Was ist, wenn ich mich einfach weigere?“

... die KV antwortet:



An der Telematikinfrastruktur kommen Sie insofern „nicht vorbei“, als dass die Einführung

für alle Arzt- und Psychotherapeutenpraxen vorgesehen ist. Ab 1. Juli 2018 (nach derzeitigem Stand, voraussichtlich greift eine Fristverlängerung, s.o. > Kostenerstattung) wird Ihnen ein Prozent der

vertragsärztlichen Vergütung pauschal gekürzt, solange Sie nicht am Versichertenstammdaten-Management teilnehmen. **Die Entscheidung, ob Sie teilnehmen oder die Kürzung akzeptieren, liegt bei Ihnen.**

Die Quartalsabrechnung wird auch künftig über den KV-Berlin-eigenen FlexNet-Zugang möglich sein – daran scheitert es also nicht, sich der TI zu

verweigern. **Es stellt sich jedoch die Frage, warum ein Arzt diese Sanktion in Kauf nehmen sollte, wenn für die Praxis weder zusätzliche Kosten entstehen noch die Abläufe im Praxisalltag gestört werden.**

Hilfreiche und informative externe Seiten im Internet:

Themenseite zur Telematikinfrastruktur der KBV: <http://www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php>

FAQ der Gematik für Ärzte: https://www.gematik.de/cms/de/header_navigation/faq/faqrzte/faqrzte_1.jsp

¹ Titelthema „Telematikinfrastruktur: Online-Dienste im Gesundheitswesen“, www.kvberlin.de > Presse > KV-Blatt > 2017 bzw. https://www.kvberlin.de/40presse/30kv-blatt/2017/06/30_titelthema/kvbk.pdf

² „Konnektoren: Nicht durch Hersteller verunsichern lassen“, <http://www.kbv.de/html/30384.php>

³ „Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V vom 9. Juni 2017“ als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), abrufbar unter http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_32_TI_Vereinbarung.pdf

Anzeige

CGM TURBOMED
Arztinformationssystem

CGM TURBOMED
NATÜRLICH ECHT.

Synchronizing Healthcare



CompuGroup Medical

Arztsein ist nicht nur Erfüllung. Arztsein ist herausfordernd, bedeutet große Verantwortung und manchmal auch, an seine Grenzen zu stoßen. Wie wichtig es doch ist, dabei ein verlässliches Arztinformationssystem an seiner Seite zu wissen. Und zwar eins, das die Anforderungen kennt, denen Sie sich tagtäglich stellen müssen. Das im wahrsten Sinne des Wortes keine Umstände macht, sondern Ihnen den direkten Weg zeigt. Das genau das hat, was Sie brauchen. Und dabei einfach und echt ist – natürlich echt: CGM TURBOMED.

cgm.com/turbomed

IHRE PARTNER IN BERLIN

TURBOMED® Berlin
IT in der Medizin

TURBOMED Berlin GmbH
Juliusstr. 19, 12051 Berlin
T +49 (0) 30 85128-48
F +49 (0) 30 627267-32
info@turbomed-berlin.de
turbomed-berlin.de



WinterKlee EDV
EDV - Service für Ärzte
T +49 (0) 30 56498704
F +49 (0) 30 627267-32
wk@winterklee.de
winterklee.de

So sehen einzelne Mitglieder der KV Berlin die TI



Foto: Axel Gebert

Axel Gebert, Facharzt für Innere Medizin:

„Grundsätzlich stehe ich der Telematik positiv gegenüber. Während wir im Privaten längst selbstverständlich via E-Mail und WhatsApp kommunizieren, bei Amazon einkaufen und mittels PayPal bezahlen, findet die tägliche Kommunikation im medizinischen Bereich immer noch auf Papier statt. Den Datenaustausch mit Kollegen und Kliniken ins 21. Jahrhundert zu befördern, ist also zeitgemäß und sinnvoll.“

Ob es nach Überwindung von Anlaufschwierigkeiten dann tatsächlich zu einer Verbesserung der Kommunikation und Erleichterung von Praxisabläufen kommt oder eventuelle Zeitersparnisse im Praxisalltag dann wieder für die

Telematikwartung draufgehen, bleibt abzuwarten. Schwer einschätzbar scheint mir die Regelung mit den abgestaffelten Erstattungspauschalen für die Telematikeinrichtung. Ich befürchte, dass am Ende die Ärzte auf ihren Kosten teilweise sitzen bleiben.

Da im deutschen Gesundheitssystem noch nie irgendetwas einfach und unkompliziert war und ich mich vor verwaltungstechnischer Regulierungs- und Zertifizierungswut fürchte, gilt es jetzt, dem Unabwendbaren gefasst ins Auge zu schauen und sich innerlich zu rüsten.“



Foto: privat

Stephan Bernhardt, Facharzt für Allgemeinmedizin:

„Wir haben die Digitalisierung verpennt: Gerade erst bin ich gefragt worden,

warum ich so viele Leitungen für meine Praxis brauche! Das zeigt, wie wenig ausgeprägt das Verständnis für die meines Erachtens wichtige Digitalisierung des Gesundheitswesens ist. Wir kommen nicht daran vorbei, aber bei der Implementierung ist vieles verschlafen worden. Ein großer Fehler ist beispielsweise die Entscheidung für eine zentrale Speicherung der Daten. Eine dezentrale Speicherung ist ganz klar sicherer, auch mit einer intelligenten Vernetzung der Daten. Aber bis jetzt funktioniert ja nicht mal die Vernetzung mit den Krankenhäusern. Mit der Entwicklung einer Schnittstelle hat die KBV einfach zu lange gewartet, in der Zwischenzeit haben die Unternehmen sich eigene abgeschottete Märkte geschaffen. So kann ich nicht mal zwecks Überweisung für einen Patienten berlinweit aktuelle freie Termine abfragen, weil die Systeme weder gekoppelt noch kompatibel sind. Zum Vergleich: Die Hotelreservierungswebsite HRS

schaft es in Sekunden, alle relevanten Daten von anderen Websites abzufragen! Die Insellösung hier in Deutschland ist ein Fehler, aber auch die Weltgesundheitsorganisation hat es ja bis jetzt nicht geschafft, einen einheitlichen Standard festzulegen. Die Globalisierung wird von allen Entscheidungsträgern komplett außer Acht gelassen, und sogar die innerdeutsche Mobilität. Ich hab Patienten, die wohnen hier in Berlin und arbeiten in Hamburg – schon wird es schwierig mit der AU-Bescheinigung. Auch nicht im Blick scheint mir zu sein, dass ja nicht die jungen, technikaffinen Menschen betroffen sind – die Patienten sind die Älteren, da ist schon ein Smartphone die Ausnahme. Die ganze Struktur wird an der Bevölkerung und deren Bedürfnissen vorbeigeplant.“



Foto: diedepress

N. Serpil Öcal, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin:

„Macht Euch auf etwas gefasst, Kollegen: Telematikinfrastrukturgesetz. Was? Wissen die wenigsten. Wie? Weiß keiner! Machen soll es jeder!“

Der Gesetzgeber hat eine tolle Idee: Durch die Digitalisierung soll die Informations- und Kommunikationstechnologie, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung verbessert werden.

ABER ...

Die Technik dafür ist noch nicht ausgereift. Bis vor kurzem ist kein Anbieter für die Hardware lieferfähig gewesen. Die Kostenstruktur ist noch unklar. Subventionen in voller Höhe soll es bis zum Ende des dritten Quartals 2017 geben. Auch die Sanktionierung für Ärzte, die sich dieser Neuerung nicht unterwerfen wollen, ist schon klar definiert.

UND ...

Was soll angeschafft werden? Wer ist zuständig für die Ausstellung der nötigen Arzt- und Praxisausweise??? Das „WIE“? weiß eben keiner.

Kürzlich haben wir diese Problematik in der Vorstandssitzung des Vereins der Berliner Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin (T. Kelbel, S. Kaminsky, A. Erben und NS Öcal) besprochen. Der Tenor ist einstimmig klar: Unklare Kostenstruktur, unausgelegene Arbeitsschritte, weder technisch bereit noch datenschutzrechtlich klar strukturiert, Abwälzung der Verantwortlichkeit des Datenschutzes auf die Ärzte. Warum müssen Ärzte für die Krankenkassen die Stammdaten erfassen und Daten abgleichen???

Die Theorie steht, die Praktikabilität bleibt auf der Strecke. Auf der einen Seite gibt es immer noch eine Handvoll Ärzte, die – trotz Abschlägen (von bis zu 20 %) – in Papierform abrechnen, auf der anderen Seite soll Hightech die Patientenversorgung revolutionieren?

Viele Fragen, zu wenig Antworten.“



Foto: privat

Dr. med. Thomas Georgi, Facharzt für Allgemeinmedizin:

„Wir haben uns in der Praxis das Thema Telematikinfrastruktur und Umsetzung des E-Health-Gesetzes für das Jahr 2018 vorgenommen. Selbstverständlich erstellen wir Medikationspläne für unsere Patienten und achten bei der Neuanschaffung von Geräten und Infrastruktur schon darauf, ob sie „zukunftstauglich“ sind, soweit man das bisher sagen kann.“

Einen elektronischen Arztausweis haben wir noch nicht beantragt, da Aufwand und Kosten gegenwärtig in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen. Wir übermitteln unsere Quartalsabrechnung auch noch per Datenträger an die KV,

einfach weil es funktioniert. Und wir so den Kopf für andere Dinge frei haben.

Wir befürchten bei der Umsetzung der TI eine deutliche Mehrarbeit für das Praxisteam, hohe Investitionskosten für die Hard- und Software bei fraglichem Nutzen für die Praxis.“

Die Telematikinfrastuktur für die Gesundheitskarte kommt zu spät

Das Jahr 2003: Die meisten Fernseher sind noch dick, der letzte Schrei ist das erste Mobiltelefon mit integrierter Kamera, und die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wird beschlossen. Eigentlich soll sie schon drei Jahre später zusammen mit einem neuen Netzwerk für die Akteure im Gesundheitswesen, der Telematikinfrastuktur (TI), vor allem zu einer Verbesserung der Patientensicherheit beitragen, bspw. durch das elektronische Rezept oder die elektronische Patientenakte. Seither haben die gesetzlichen Krankenkassen schätzungsweise 1,7 Mrd. Euro an Beitragsgeldern [1] für die Umsetzung ausgegeben. Das Resultat: Seit 2011 werden auch Geschlecht sowie Zuzahlungstatus gespeichert und ein Foto ziert die Plastikkärtchen. Mehr scheint bisher nicht wirklich passiert zu sein.

Nun soll(te) es aber dieses Jahr endlich richtig losgehen: Ab dem 1. Juli dürfen Ärzte und Psychotherapeuten die auf der Karte gespeicherten Stammdaten mit der Krankenkasse abgleichen (VSDM). Leider fehlt dazu bisher die nötige technische Ausstattung: Die zwingend vorgeschriebenen „Konnektoren“ sind nicht rechtzeitig fertig geworden. Im Vergleich dazu mag der Flughafen Willy Brandt fast schon als Beispiel für gute Planung und pünktliche Umsetzung brillieren, mit dem Unterschied, dass den Piloten keine Gehaltskürzung angedroht wird, wenn sie nicht bald von dort aus abheben.

Aber genug der Häme: Wir brauchen dringend eine gut funktionierende, standardisierte und sichere Digitalisierung des patientenbezogenen Informationsaustausches der Leistungserbringer, die im Idealfall folgende Ziele erreichen würde:

Sechs Ziele der Digitalisierung:

- Patientensicherheit erhöhen,
- Datenschutz und -autonomie sicherstellen,
- Arbeit von Ärzten und Psychotherapeuten erleichtern,
- Zeit sparen,
- Kosten sparen,
- Zukunftssicherheit gewährleisten.

Dass diese sechs Ziele in einem Spannungsfeld stehen und sich teils gegenseitig einschränken, liegt auf der Hand. Dennoch müsste es möglich sein, einen vernünftigen Kompromiss zu finden und auch zeitnah umzusetzen. Eine sinnvolle Digitalisierung im Praxisalltag würde im besten Fall u. a. die folgenden beiden konkreten Aufgaben erfüllen:

1. Alle relevanten Gesundheitsdaten des Patienten (in einem von ihm selbst bestimmten Umfang) bereitstellen, diese Daten aber gleichzeitig vor unbefugtem Zugriff schützen;
2. einfache, sichere und zuverlässige Kommunikation zwischen Behandlern erleichtern.

Diese beiden Hauptaufgaben ließen sich jedoch vollkommen unabhängig voneinander erreichen: Eine Verknüpfung mittels TI unter Zuhilfenahme von Konnektoren und anderen unwirtschaftlichen Insellösungen wäre hierfür heute nicht mehr erforderlich (s. „Ideen für eine unabhängige Alternativlösung“).

Jetzt werden die Karten neu gemischt

Äußerste Vorsicht ist daher geboten, nun eine ziemlich alte Konzeption mit jahrelanger Verspätung und dazu noch mit verwaschenen Zielen (VSDM etc.) an den Start zu bringen, die technisch

schon lange überholt ist, deren Wartung und Pflege (weil exotisch und antiquarisch) in den nächsten Jahren unüberschaubare Kosten verursachen kann und deren (Zukunfts-)Sicherheit mehr als fraglich ist.

Doch realistisch betrachtet wird uns Ärzte und Psychotherapeuten die Konzeption aus 2003 einholen und erst einmal mit einer Aufgabe beschäftigen, die früher die Krankenkassenmitarbeiter übernommen haben: die Überprüfung und Änderung der Basisdaten der Patienten auf der Karte (VSDM). Untersuchungen aus der Testregion dazu, wie aufwändig oder nutzerfreundlich das mit der geplanten TI funktioniert (Stichwort „Usability“), sind bis heute (Anfang September 2017) nicht veröffentlicht [3,4]. Ob und wann ein elektronisches Rezept oder gar die elektronische Fallakte eingeführt wird, steht in den Sternen. Falls – über einige Notfallinformationen hinaus – Behandlungsdaten für Ärzte digital verfügbar sein sollen, muss dies nach heutiger Planung zwingend online erfolgen, nämlich über den Abruf von in einem Rechenzentrum gespeicherten Daten. Fragen zur Finanzierung und zur Sicherheit dieser Datenspeicherung sind ungeklärt. Stattdessen winken uns 28 Cent für einen elektronisch versandten Arztbrief und 27 Cent, wenn wir einen empfangen. Die dafür erforderlichen Investitionen (Fixkosten für den Konnektor, das Kartenterminal, VPN-Anschlussgebühr und Praxisausfall sowie laufende Kosten für den VPN-Zugang, für SMC-B- und HBA-Karten) sollen zwar erstattet werden, nach derzeitiger Planung sinkt jedoch die Pauschale für den Konnektor von 2620 Euro (für den – weil nicht verfügbar – unmöglichen Start im 3. Quartal 2017) auf 720 Euro

(für den Start ab dem 3. Quartal 2018) [5]. Wie realistisch ein solcher Preissturz innerhalb eines Jahres ist, das mag jeder selbst beurteilen.

Welche Rolle spielt die KV Berlin?

Die KV Berlin sollte sich bemühen, für größtmögliche Transparenz auch in dieser Transition zu sorgen. Und bei Entscheidungsprozessen, in die sie eingebunden ist, sollte sie einen guten Kompromiss aus den o. g. sechs Zielen anstreben. Die KV Berlin sollte dafür Sorge tragen, dass die Hoheit über die intimsten persönlichen Daten bei den

Patienten und ihren Behandlern bleibt, und verhindern, dass der zusätzlich entstehende zeitliche und finanzielle Aufwand eines gesetzlichen Auftrags wieder (wie bspw. beim Papier-Medikationsplan) den Vertragsärzten und -psychotherapeuten aufgebürdet wird. Und nicht zuletzt sollte sich die KV Berlin bemühen, für ihre Mitglieder wirklich nur anwenderfreundliche, ausreichend getestete und ausgereifte Änderungen der alltäglichen bürokratischen Arbeitsprozesse zu akzeptieren. Denn die Arbeit am Patienten muss weiterhin im Mittelpunkt stehen.

Quellen:

- [1] <https://www.ikkev.de/politik/egk/>
- [2] <http://openpgp.org/>
- [3] <https://www.evaluation-egk.de/>
- [4] <http://www.validierungsprojekt.net/>
- [5] http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_32_TI_Vereinbarung.pdf

Dr. Carsten Urbanek, niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Berlin-Wilmersdorf

Ideen für eine unabhängige Alternativlösung:



Dr. Carsten Urbanek

2003 war Speicherplatz verhältnismäßig rar und teuer, heute noch beträgt der Speicherplatz auf der eGK nur ungefähr 90 bis 144 KB (entspricht ca. 50-100 Seiten reinem Text oder einem kleinen Bild). Mittlerweile sind aber fingernagelgroße Speicherkärtchen mit 400 GB verfügbar (mehr als das Millionenfache der eGK), das entspricht einer Datenmenge von mehr als 500 CDs: mehr als genug also, um die allermeisten medizinisch relevanten Daten eines Patienten, vom Medikationsplan über Arztbriefe und Laborbefunde bis hin zu MRT-Bildern, zu speichern. Man könnte neben dem Speicherchip gleich einen Fingerabdrucksensor in die neue Gesundheitskarte integrieren: So ließe sich eine sichere und praktikable Verschlüsselung realisieren. Einen Backup-Service (für die natürlich verschlüsselt bleibenden Daten) könnten die Krankenkassen anbieten.

Sichere Kommunikation mit Ende-zu-Ende-Verschlüsselung und Authentifizierung ist heutzutage einfach, beispielsweise mit kostenlosen, auf OpenPGP [2] basierenden PC-Anwendungen, möglich (vergleichbar mit Smartphone-Messengern wie z. B. Signal). Diese Systeme beruhen auf offenen Standards und werden seit Jahren weltweit von Experten auf Sicherheitslücken überprüft. Durch einen einfachen Verzeichnisdienst könnte man diese bewährten Systeme ergänzen und in unserem Kommunikationsalltag etablieren.

Auf dieser Basis wäre eine Digitalisierungsinitiative im deutschen Gesundheitssystem möglich, die einen sehr guten Kompromiss aus den formulierten sechs Zielen erreichen und die beiden Hauptaufgaben unabhängig voneinander erfüllen würde.

Die KV Berlin zur TI



Seit längerer Zeit beschäftigt sich die Ärzteschaft intensiv mit dem Thema Telematikinfrastruktur. Auch von Seiten der KV Berlin wurde das Thema in den zurückliegenden Wochen und Monaten intensiv bewertet. Darüber wurde auch im KV Blatt bereits umfassend informiert.

Aus Ihrem Kreis haben sich in der Vergangenheit viele zurückgemeldet – mit Berichten aus Diskussionsrunden, Gesprächen oder auch durch individuelle schriftliche Stellungnahmen. Einen Auszug Ihrer bei der KV eingegangenen Statements können Sie in dieser Ausgabe nachlesen. Wir danken allen, die sich mit dem Thema intensiv auseinandergesetzt haben und in eine kritischkonstruktive Diskussion darüber eingestiegen sind. Zu den wesentlichen Punkten folgende Erläuterungen:

Der Start des Vorhabens, den Informationsaustausch zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen „ins digitale Zeitalter zu heben“, liegt mit dem Jahr 2005 lange zurück. Der seitdem eher schleppende Fortgang war geprägt durch die zurückhaltende, zum Teil auch komplizierte Herangehensweise an das Thema, aber

auch durch zähes Ringen der beteiligten Akteure untereinander.

Während unter anderem wir Ärzte noch intensiv darüber diskutieren, wie sich Telematik im ärztlichen Alltag einbringen kann bzw. darf und wie stark sich das Gesundheitswesen vernetzen sollte, dreht sich das „Rad der Geschichte“ längst rasant weiter. Viele technische Erneuerungen wie zum Beispiel der Umgang mit Smartphones oder Gesundheits-Apps sind für viele Menschen heute selbstverständlich geworden. Trotzdem sollte an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass – auch vor dem Hintergrund der stärker forcierten Vernetzung des Gesundheitswesens – Patientendaten ein hohes Gut sind und vor diesem Hintergrund die Einführung technischer Neuerungen wohlüberlegt sein muss.

Sicherlich wäre die Verwendung von wohlgeprobten offenen Standards (Herr Dr. Urbanek hat in seiner Stellungnahme auf OpenPGP zur Verschlüsselung hingewiesen) eine Alternative gewesen zu den proprietären und kostspieligen Systemen, die jetzt zum Einsatz kommen, aber wie viele elektronische Geräte werden auch Konnektor & Co nicht ewig leben. Somit besteht die Chance, perspektivisch auf eine kostengünstige, sicherheitstechnisch transparente Infrastruktur umzuschwenken. Wie bei allen guten Ideen gilt allerdings: Damit sie umgesetzt werden können, muss sich jemand darum kümmern.

Klar ist: Ihre Motivation, die Telematikinfrastruktur in Ihren Praxen einzuführen, wird nicht gerade befeuert durch den Umstand, dass zum Start die einzige Anwendung in einer Dienstleistung Ihrerseits gegenüber den Krankenkassen besteht: Sie ermöglichen die Prüfung und gegeb-

nenfalls Aktualisierung der Gesundheitskarten Ihrer Patienten durch die Kassen.

Dennoch meinen wir, dass das Vorhaben sinnvoll ist, einen Standard zur Vernetzung des Gesundheitswesens einzuführen und damit etliche, oft auf Sektorgrenzen beschränkte Insellösungen perspektivisch abzulösen. Wir werden uns neuen Wegen der Patientenversorgung wie der Telemedizin nicht verschließen können, dies ist aber ohne einen digitalen Informationsaustausch über eine standardisierte Vernetzung nicht effizient machbar.

Sagen wir es so: der Zug rumpelt beim Anfahren, die Gleise sind schon etwas angerostet beziehungsweise werden trotz Herannahen der Lok noch fieberhaft verlegt – aber die Richtung stimmt. Seien Sie gewiss, dass wir als Ihre Interessenvertretung mit allen Mitteln daran arbeiten, dass sich durch die Telematikinfrastruktur alsbald auch ein Mehrwert für die Alltagsarbeit in Ihren Praxen ergibt.

Dr. med. Margret Stennes
Vorstandsvorsitzende der KV Berlin

Themenseite im Internet der KV Berlin: laufend informiert

Im Internet der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin stehen Ihnen aktuelle und umfassende Informationen zur Telematikinfrastruktur zur Verfügung: Hier werden zentrale Fragen nach aktuellstem Kenntnisstand beantwortet und wird auf Veröffentlichungen zum Thema – beispielsweise aus der KV Berlin oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – verwiesen. Auch alle Beiträge aus den KV-Blatt-Ausgaben, die es bis dato zur TI gab, sind dort an zentraler Stelle verlinkt. Auch Termine im Rahmen der Einführung der TI kommunizieren wir hier stets auf aktuellem Stand. Neben Neuigkeiten und Updates erfahren Sie hier aber auch mehr zu den Hintergründen der TI, beispielsweise mit aufbereiteten Informationen zum E-Health-Gesetz und begleitenden Infomaterialien. Klicken Sie rein, um immer auf dem Laufenden zu sein. Sie haben Fragen zur TI? Hier werden Sie zu jeder Tages- und Nachtzeit fündig:

www.kvberlin.de > Für die Praxis > Themen von A bis Z – Telematikinfrastruktur



Anzeige

**VOGEL
FADEN
PLASTIKMAGEN**



GREENPEACE
greenpeace.de/wellemachen

Zum Download bereit

Honorarbericht für das Quartal 1/2017

Mit der Veröffentlichung des ersten Honorarberichts in der Juliausgabe des KV Blattes hatten wir angekündigt, dass die KV Berlin nun regelmäßig die Quartals-honorarergebnisse in dieser Struktur veröffentlichen wird. Nun ist es wieder so weit, und wir möchten in dieser Ausgabe auf den Honorarbericht für das Quartal 1/2017 der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin hinweisen, den wir Ihnen als PDF-Dokument auf unserer Homepage unter kvberlin.de/20praxis/30abrechnung_honorar/honorarbericht_2017_q_1.pdf zum Download anbieten möchten.

Für das 1. Quartal 2017 ist festzustellen, dass sich die Honorargutschrift, die die KV Berlin an alle Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Institute, Einrichtungen und Krankenhäuser in diesem Quartal ausgeschüttet hat, auf rd. 473 Mio. EUR beläuft und damit zum Vorjahresquartal um ca. 4,27 % gestiegen ist. Maßgeblichen Anteil an dieser Steigerung hatte die Entwicklung der Honorare im Bereich der Einzelleistungen (EGV), die im Vergleich zum Vorjahresquartal um fast 10 % zugenommen haben. Auch wenn sich die Honorargutschrift im Bereich der Sonstigen Kostenträger (SKT) insgesamt nur auf rd.

5,2 Mio. EUR beläuft, ist hier im Vergleich zum Vorjahresquartal mit fast -21 % ein deutlicher Rückgang feststellbar. Ursächlich hierfür könnten die Geflüchteten und Asylsuchenden des Jahres 2015 sein, die für die Dauer der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts über das Land Berlin krankenversichert waren und hiernach in die gesetzliche Krankenversicherung überführt wurden.

Wie die beiden nachfolgenden Grafiken und Tabellen aus unserem Honorarbericht für den haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereich zeigen, ist die oben genannte positive Entwicklung der Honorargutschrift bei den Ärzten und Therapeuten angekommen.

Dies zeigt sich insbesondere beim Honorar je Arzt (hier immer unter Berücksichtigung des Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfangs), das im hausärztlichen Versorgungsbereich um 4,84 % und im fachärztlichen Bereich um 4,56 % im Durchschnitt über alle Ärzte und Arztgruppen zugenommen hat.

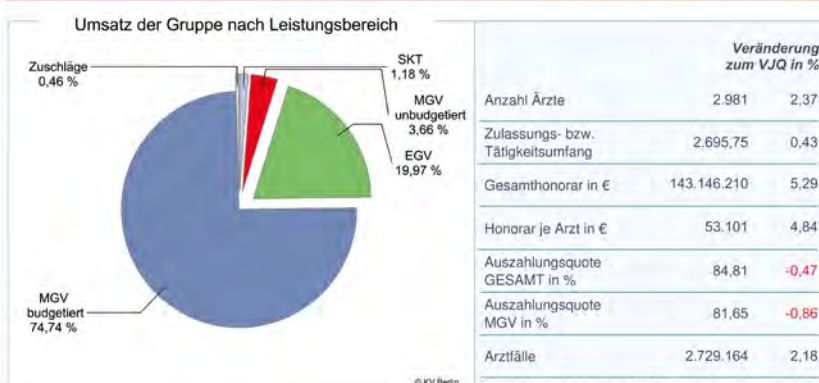
Auffällig ist, dass in beiden Versorgungsbereichen die Auszahlungsquote sowohl

über das Gesamthonorar als auch allein bezogen auf die budgetierte Gesamtvergütung (MGV) zum Vorjahresquartal gesunken ist. Aktuell wurden im 1. Quartal 2017 im hausärztlichen Bereich nur 84,81 % und im fachärztlichen Bereich nur 84,79 % der angeforderten Leistungen vergütet. Der Rückgang ist allerdings mit 3,2 % über das Gesamthonorar bzw. mit 5,52 % über das MGV-Honorar im fachärztlichen Bereich deutlich höher. Ursächlich hierfür scheint die im Vergleich zum Vorjahresquartal signifikant gestiegene Entwicklung der Fallzahlen, die im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Plus von 8,46 % ausmacht.

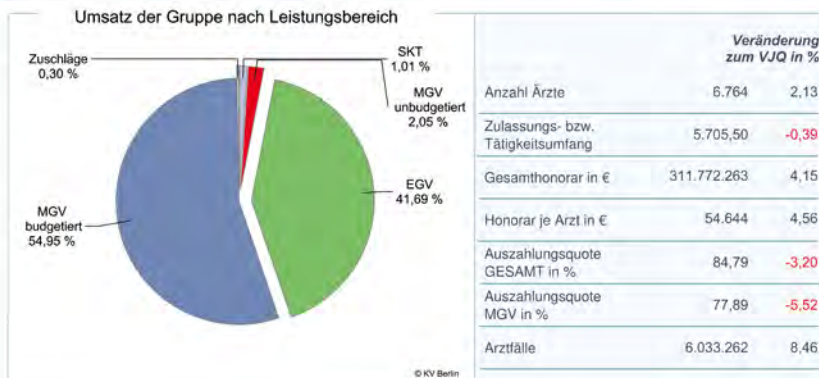
Der erste Honorarbericht der KV Berlin für das Quartal 4/2016 hat insgesamt positive Reaktionen bei der Berliner Ärzteschaft ausgelöst. Wir freuen uns aber auch immer wieder über Anregungen und Vorschläge, wie wir unsere Darstellungen weiter verbessern können. Eine berechtigte Kritik betraf die Kennzahl „Honorar je Arzt“ (unter Berücksichtigung des Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfangs). Eine solche Durchschnittsangabe kann zwangsläufig die Heterogenität einer Fachgruppe nicht abbilden. So wurde von Vertretern der Fachgruppe der Augenärzte darauf hingewiesen, dass das Durchschnittshonorar je Arzt für die meisten Augenärzte nicht repräsentativ sein könne, da die Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte in dieser Fachgruppe rein konservativ tätig sei, die wenigen operativ tätigen Augenärzte aber beispielsweise durch Kataraktoperationen erhebliche Honorarumsätze generieren würden, die damit alle Kennzahlen auf Durchschnittsebene verzerren.

Wir haben uns deshalb entschlossen, zur Abbildung einer solchen Heterogenität oder aber auch Homogenität einer Fachgruppe eine gesonderte Darstellung in

Hausärztlicher Versorgungsbereich (ohne Institute)



Fachärztlicher Versorgungsbereich (ohne Institute)



den Honorarbericht aufzunehmen. Diese Diagramme geben die Häufigkeitsverteilung der Honorare je Arzt der Arztgruppe wieder. Somit ist dargestellt, wie viele Ärzte in Prozent ein bestimmtes Honorar erlösen bzw. sich in einer bestimmten Honorarumsatzklasse befinden. Dabei hat man sich auch aus datenschutzrelevanten Gründen darauf verständigt, dass eine Honorarumsatzklasse zumindest die Breite von 5.000 EUR aufweisen muss. Bei der Wertermittlung wird nicht der Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang berücksichtigt, sondern der einzelne Arzt (nach Köpfen). Beispielhaft wird aus unserem aktuellen Honorarbericht dieses Diagramm für die Gruppe der Augenärzte dargestellt.

Augenärzte – Häufigkeitsverteilung

Auf der X-Achse sind, wie bei allen Arztgruppen mit mehr als 100 Ärzten (nach

Köpfen) und einem Durchschnittshonorar von mehr als 20.000 EUR, acht Honorarumsatzklassen ausgewiesen. Auf der Y-Achse ist die Anzahl der Ärzte (nach Köpfen) in Prozent skaliert. Das Diagramm weist aus, wie sich die Ärzte dieser Arztgruppe prozentual auf die acht Honorarumsatzklassen verteilen. Zusätzlich werden rechts neben dem Diagramm weitere Werte ausgewiesen. So lässt sich die Datenmenge in vier gleich große Teile, sogenannte Quartile, aufteilen. Ein Quartil umfasst demnach 25 % der gesamten Datenmenge. Am Beispiel der Augenärzte und für das 1. Quartil bedeutet diese Darstellung, dass ein Viertel der Ärzte dieser Arztgruppe einen Honorarumsatz pro Kopf von nicht mehr als 30.625 EUR erzielen. Dementsprechend generieren 75 % der Augenärzte einen Honorarumsatz von mehr als 30.625 EUR. Bezogen auf das 3. Quartil haben 25 % der Augenärzte

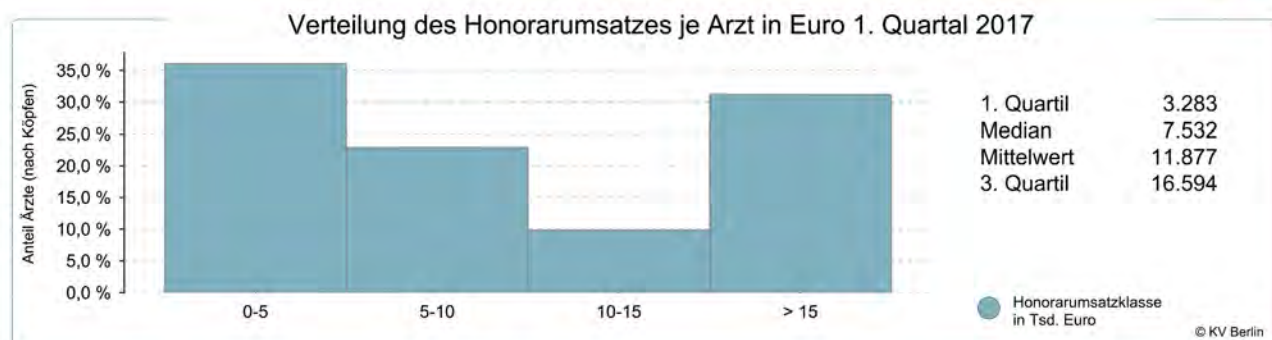
ein Honorar von mehr als 53.446 EUR generiert; hingegen liegen 75 % der Ärzte unterhalb dieses Umsatzes.

Bei Arztgruppen mit weniger als 100 Ärzten (nach Köpfen) oder einem Durchschnittshonorar von weniger als 20.000 EUR sind aus Darstellungsgründen und/oder datenschutzrechtlichen Aspekten nur vier Honorarumsatzklassen ausgewiesen. Beispielhaft möchten wir auf die Arztgruppe der Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgen verweisen, bei der sich die Verteilung des Honorarumsatzes je Arzt über die Fachgruppe wie folgt darstellt:

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen – Häufigkeitsverteilung

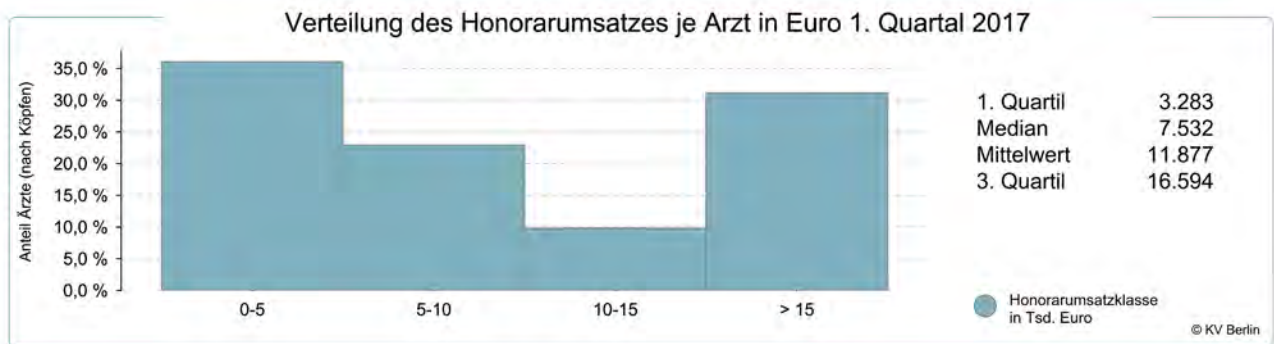
Bei dieser Arztgruppe rechnen für das 1. Quartal 2017 lediglich 61 Ärzte Leistungen ab; der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (nach Köpfen) beläuft sich in diesem Quartal auf 11.877 EUR. Die Streuung innerhalb dieser Arztgruppe ist erheblich. Ein Viertel der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen erzielt einen Quartalshonorarumsatz von weniger als bis maximal 3.283 EUR (1. Quartil). Ein Viertel dieser Arztgruppe hingegen liegt mit seinem Honorarumsatz oberhalb von 16.594 EUR (3. Quartil).

Augenärzte – Häufigkeitsverteilung



Fortsetzung von Seite 39

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen – Häufigkeitsverteilung



Anzeige

streng geheim:

+++ Achtung +++ Achtung +++
Die Praxissoftware medatixx gibt's jetzt für ~~129,90~~ €!
++++ unschlagbar ++++

Im Preis von ~~129,90~~ € monatliche Softwarepflege ist nicht nur das Basispaket, sondern eine Anzahl weiterer Leistungen enthalten!

dauerhafte Preisersparnis von 40 € pro Monat!

medatixx

**Kaum GEHEIM zu halten:
Praxissoftware medatixx für ~~129,90~~ 89,90 €**

Die Praxissoftware medatixx gibt's jetzt inklusive einer Vielzahl zusätzlicher Leistungen bis 31.12.2017 zu einem geheimnisvoll günstigen Preis von 89,90 €*.

Sagen Sie es ruhig weiter! Das Angebot kann rund um die Uhr beobachtet werden unter ich-will.medatixx.de.

* mtl./zzgl. MwSt. Mindestvertragslaufzeit 12 Monate. Die Aktion gilt nicht für Bestandskunden der Praxissoftware medatixx/easymedx. Sie endet am 31.12.2017. Angebotsbedingungen siehe: shop.medatixx.de
Foto: © elnavigante/Fotolia.com

Praxissoftware medatixx

Wir hoffen, mit dieser Form der Darstellung ein Werkzeug gefunden zu haben, das es Ihnen erleichtert, den von Ihnen im 1. Quartal 2017 erwirtschafteten Honorarumsatz besser in den Kontext zu Ihrer Arztgruppe setzen zu können. Wir freuen uns auf weitere Anregungen und Vorschläge und wünschen Ihnen viel Vergnügen mit unserem kompletten Honorarbericht, der auf unserer Homepage zum Download für Sie bereitsteht.

kvberlin.de > Für die Praxis > Abrechnung/Honorar

Dr. rer. pol. Markus Jäckel
Hauptabteilungsleiter Abrechnung/
Honorarverteilung der KV Berlin

Aktuelle Informationen und Übersichten

Medizinische Versorgung von Asylsuchenden

In Berlin wurde Anfang 2016 zur Vereinfachung der Abrechnung die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für alle Asylsuchenden eingeführt. Da die Verträge zu den bis dato genutzten Leistungsnachweisen noch laufen, besteht aber weiterhin Anspruch mit beispielsweise dem „Armband“ der sogenannten Kurzerfassten. Die aktuellsten Informationen sind immer auf unserer Themenseite www.kvberlin.de > Für die Praxis > Themen von A bis Z > Asylsuchende – Medizinische Versorgung und in den dort eingestellten ausführlichen Praxisinformationen zu den einzelnen Leistungsnachweisen (I.- V.) zu finden.

In Deutschland muss nach 15 Monaten Aufenthalt über ein Asylverfahren entschieden worden sein, verwaltungstechnisch erfolgt daher nach diesem Zeitraum ein „Paragrafenwechsel“ im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Wer sich bis zu 15 Monate in Deutschland aufhält, fällt unter § 1

AsylbLG und erhält Leistungen nach den §§ 4 und 6, wer sich länger als 15 Monate in Deutschland aufhält, erhält Leistungen nach § 2 AsylbLG. Letztere sind GKV-Versicherten in Leistungsanspruch und Abrechnungsvoraussetzungen gleichgestellt, diese Personengruppe wird also nach dem üblichen Verfahren über das Einlesen der Karte abgerechnet. Ausnahme: Wenn der Asylantrag vor den 15 Monaten positiv beschieden wurde, ist eine frühere Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) möglich. Asylsuchende, bei denen die Prüfung des Asylantrags nicht abgeschlossen ist oder die ihren Aufenthalt nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, behalten auch nach 15 Monaten die eGK mit „Status 9“.

Leistungsnachweise für Asylsuchende nach § 4 AsylbLG

Für Asylsuchende nach § 4 AsylbLG (Aufenthalt < 15 Monate) gibt es

verschiedene Leistungsnachweise, auf die eine medizinische Versorgung – immer extrabudgetär – abgerechnet werden kann, dies resultiert aus der krisenhaften Einwanderungssituation im Jahr 2015. Zum einen sollte die Einführung der eGK den quartalsweise zu erneuernden „Grünen Schein“ (Behandlungsnachweis) ersetzen und den administrativen Aufwand reduzieren. Zum anderen mussten kurzfristige Lösungen aufgrund des Registrierungstaus gefunden werden. Hinzu kamen geteilte Zuständigkeiten, wie im Falle der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge.

Seit dem 1. Januar 2016 erhält jeder Asylsuchende die elektronische Gesundheitskarte (> Praxisinformation Nr. IV) mit dem Status „9“ (für die Besondere Personengruppe), äußerlich erkennbar an der ungültig gemachten Europäischen Krankenversicherungskarte. Da die Produktion und Ausgabe der eGK bis zu vier Wochen dauern

Aktuell zur Versorgung Asylsuchender

Nach Einführung der eGK für Asylsuchende seit dem 01.01.2016 werden die ersten Karten, nach 15 Monaten, ungültig.

Wenn die eGK der Anspruchsberechtigten mit „Status 9“ ungültig ist (Aufenthaltsdauer > 15 Monate) und keine neue eGK mit „Status 4“ oder ein „Anspruchsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen“ der gewählten Krankenkasse vorgelegt werden kann, sind Sie berechtigt und verpflichtet, im Rahmen einer Privatrechnung eine Vergütung nach GOÄ zu verlangen (Anhang 1 Anlage 4a BMV-Ä). Kann bis zum Ende des Quartals eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK oder ein anderer Anspruchsnachweis vorgelegt werden, ist die Vergütung zurückzuzahlen.

Bitte beachten Sie, dass auch das Ersatzverfahren nicht angewendet werden darf, solange kein neuer Anspruchsnachweis vorgelegt wird!

In Notfällen gilt das Recht, Patienten ohne gültige eGK abzuweisen, nicht.



Fortsetzung von Seite 41

kann, ist für diese Zeit eine vorläufige Betreuungsbescheinigung (> Praxisinformation Nr. III) der jeweiligen Krankenkasse als Leistungsnachweis gültig, diese wird per Ersatzverfahren verarbeitet. Zum Zeitpunkt der Einführung bereits registrierte Asylsuchende wurden ebenfalls mit der eGK ausgestattet, sodass die Abrechnung über andere Leistungsnachweise heute die Ausnahme ist.

Der „Behandlungsschein J“ für unbegleitete minderjährige Asylsuchende (> Praxisinformation Nr. II) ist nur quartalsweise gültig und verbleibt als Abrechnungsgrundlage für alle im Quartal erbrachten Leistungen beim erstbehandelnden Arzt; auf Überweisungen müssen alle Angaben des Scheins übernommen werden. Achtung: Das Verfahren zur Ausstellung des „grünen Scheins – Behandlungsschein A“ wurde zum 01.01.17 eingestellt. Laut Aussage der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sind vereinzelt „grüne Scheine“ im Umlauf, die versehentlich ausgegeben worden sind. Diese sind trotzdem noch abrechnungsfähig (> Praxisinformation Nr. II). Der „Behandlungsschein J“ ist aber weiterhin der einzig gültige Leistungsnachweis für unbegleitete minderjährige Asylsuchende, die in die Zuständigkeit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie fallen. Die J-Scheine werden bedarfsgerecht ausgegeben, das Einverständnis des Vormunds zu einer üblichen Behandlung in der Praxis (nicht zu schweren medizinischen Eingriffen!) ist damit gegeben.

Offiziell gilt auch noch das Armband mit einem Buchstaben-Zahlen-Code (> Praxisinformation Nr. I) als Nachweis.

Es wurde 2015 eingeführt, um die medizinische Versorgung von Menschen zu gewährleisten, die noch keinen offiziellen Asylantrag stellen konnten. Aufgrund der langen Warteschlange wurde das Prozedere am Landesamt für Gesundheit und Soziales damals so umgestellt, dass alle Ankommenden zunächst nur namentlich erfasst (auch: „Kurzerfasste“) und die offizielle Antragsstellung auf einen späteren Termin verschoben wurde. Bei der namentlichen Erfassung bekamen die Asylsuchenden ein codiertes Armband ums Handgelenk, mit dem medizinische Leistungen über die KV Berlin abgerechnet werden konnten. Der Vertrag ist noch in Kraft, falls sich eine Situation wie 2015 wiederholen sollte.

In der im Moment vergleichsweise entspannten Situation sollte der Fall eines Asylsuchenden ohne Leistungsnachweis (Praxisinformation Nr. V) nicht vorkommen. In Ausnahmefällen kann eine Privatrechnung beim Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) eingereicht werden, eine Krankenbehandlung ohne Leistungsnachweis sollte jedoch möglichst vermieden werden. In akuten dringenden Fällen bittet das LAF, bei der Abteilung Sozialdienste einen personenbezogenen Krankenschein anzufordern. Asylbewerber aus anderen Bundesländern (ebenfalls Praxisinformation Nr. V) können nicht über die KV Berlin abgerechnet werden, sondern nur über den zuständigen Kostenträger (i. d. R. das Sozialamt) im entsprechenden Bundesland. Vergütungsanspruch in Berlin besteht nur, wenn der Kostenträger der Behandlung in Berlin (bspw. durch Vermerk auf dem Behandlungsschein) ausdrücklich zugestimmt hat.

Leistungsumfang bei Asylsuchenden nach § 4 AsylbLG

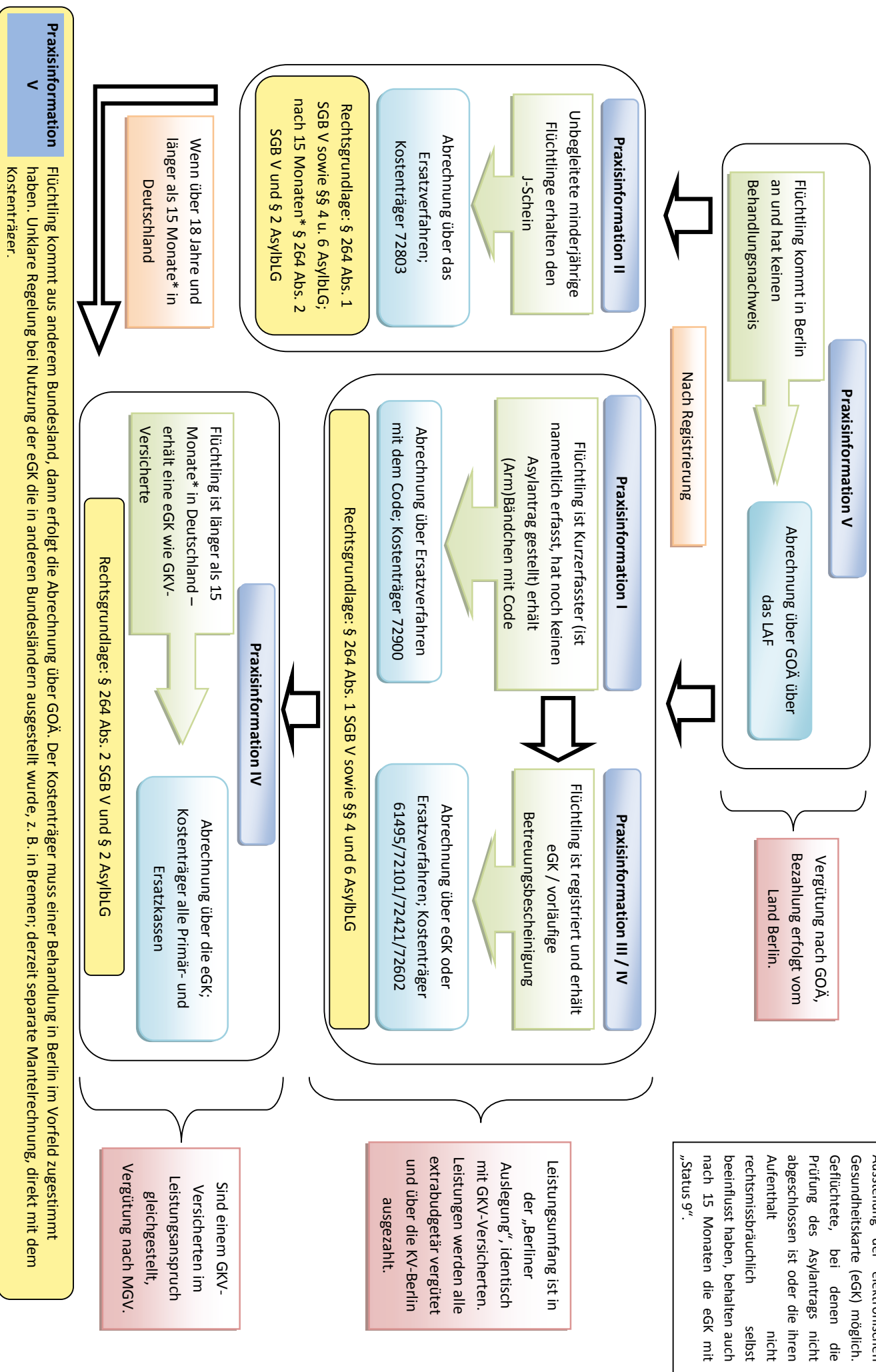
Alle Details zum Leistungsumfang der §§ 2 und 4 AsylbLG und genehmigungspflichtigen weiteren Behandlungen sind in den Praxisinformationen (I. – V.) aufgeführt. Laut Gesetzestext besteht generell Anspruch auf Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Geburt sowie auf in der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als Pflichtleistung der GKV definierte Schutzimpfungen. Dazu gehören auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie weitere Leistungen, die Krankheitszustände verbessern bzw. eine Verschlechterung verhindern. In Berlin besteht durch Mitteilung der (damals noch) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Anspruch auf weitere Leistungen (§ 6 AsylbLG) sowie eine großzügige Auslegung der Paragraphen, die die Entscheidung über die gebotene medizinische Leistung im Einzelfall dem behandelnden Arzt (unter Beachtung von in der GKV ggf. geltenden Beschränkungen) zuspricht.

KV Berlin – Abrechnung/Honorarverteilung, Vertragsabteilung, Öffentlichkeitsarbeit

Immer aktuell finden Sie alle Informationen und die Praxisinformationen (I.–V.) auf unserer Themenseite: www.kvberlin.de > Für die Praxis > Themen von A bis Z > Asylsuchende – Medizinische Versorgung

Ansprechpartner bei allen Fragen ist das Service-Center unter 030/31003-999.

Der Weg des Geflüchteten im System der KV-Berlin



* Wenn der Asylantrag vor den 15 Monaten positiv beschieden wurde, ist eine frühere Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) möglich. Geflüchtete, bei denen die Prüfung des Asylantrags nicht abgeschlossen ist oder die ihren Aufenthalt nicht selbst rechtsmissbräuchlich beeinflussen, behalten auch nach 15 Monaten die eGK mit „Status 9“.

Leistungsumfang ist in der „Berliner Auslegung“, identisch mit GKV-Versicherten. Leistungen werden alle extrabudgetär vergütet und über die KV-Berlin ausbezahlt.

Sind einem GKV-Versicherten im Leistungsanspruch gleichgestellt, Vergütung nach MGV.

Übersicht Abrechnung Asylsuchende – Angaben im Praxisverwaltungssystem

Bitte prüfen Sie, ob die folgenden Eingaben automatisch ins Praxisverwaltungssystem übernommen wurden oder tragen Sie diese ggf. nach / im Ersatzverfahren ein:

	Personen- gruppe:	Versicher- tenart:	Bezeichnung Krankenkasse:	Kassennummer/ Abrechnungs-IK:	Kostenträger:	Kostenträger- abrechnungs- bereich:	Besonderheiten:
I. „Bänderchen“							
		1	KV Berlin/Asyl	103601571	72900	08	nur gültig: intakt am Arm Begründungsfeld 5009: Armbandcode; bei Kindern bis 12 Jahre Code eines Elternteils PLZ: 10559 Behandlungsdatum und Code bei erster GOP

II. Der Behandlungsschein A („Grüner Schein“) wird seit Jahresbeginn 2017 nicht mehr ausgegeben, d.h. medizinische Leistungen für Asylsuchende können nicht mehr über dieses Verfahren abgerechnet werden.

II. J-Schein		1	AOK-NO J	100072803	72803	00	
--------------	--	---	----------	-----------	-------	----	--

III. Betreuungsgescheinigung	9	1 oder 3 oder 5	AOK Nordost oder DAK Gesundheit oder BKK VBU oder Siemens-BKK	AOK NO: 109519005 DAK: 109567992 BKK VBU: 109723913 SBK: 108433248	AOK NO: 72101 DAK: 72602 BKK VBU: 72421 SBK: 61495	08	Krankenversicherten-Nr. kann über eine auf der Bescheinigung aufgeführte E-Mail-Adresse erfragt werden
------------------------------	---	-----------------------	--	---	---	----	---

IV. Aufenthaltsgescheinigung	9	1 oder 3 oder 5	AOK Nordost oder DAK Gesundheit oder BKK VBU oder Siemens-BKK	AOK NO: 109519005 DAK: 109567992 BKK VBU: 109723913 SBK: 108433248	AOK NO: 72101 DAK: 72602 BKK VBU: 72421 SBK: 61495	08	Die Rückseite der eGK (= die Europäische Gesundheitskarte) ist ungültig (durchge-X-t).
------------------------------	---	-----------------------	--	---	---	----	--

Wenn der Asylantrag vor den 15 Monaten positiv beschieden wurde, ist eine frühere Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) möglich. Geflüchtete, bei denen die Prüfung des Asylantrags nicht abgeschlossen ist oder die ihren Aufenthalt nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, behalten auch nach 15 Monaten die eGK mit „Status 9“.

IV. Aufenthaltsgescheinigung	4 oder 1	1 oder 3 oder 5	jeweils zuständige gesetzliche Krankenkasse	jeweils zuständige gesetzliche Krankenkasse	jeweils zuständige gesetzliche Krankenkasse	00	
------------------------------	-------------	-----------------------	---	---	---	----	--

V. Immer zu übernehmen: Persönliche Angaben wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherten-Nr. und PLZ Wohnort (ggf. LAF). Asylsuchende ohne einen der oben aufgeführten Behandlungsnachweise: Privatrechnung an das LAF bzw. personenbezogene Krankenscheine über den Sozialdienst des LAF. Bei Asylbewerbern aus anderen Bundesländern besteht der Vergütungsanspruch nur, wenn der Kostenträger der Behandlung in Berlin ausdrücklich zugestimmt hat. Bitte vermeiden Sie eine ärztliche Behandlung ohne Behandlungsnachweis.

Bitte beachten: Die Behandlungsnachweise folgen teilweise sukzessive aufeinander. Derselbe Patient kann ggf. bei einem nachfolgenden Besuch in der Praxis in eine andere Abrechnungskategorie fallen!

EBM: Änderungen zum 01.10.2017

1. Änderung des Abschnitts 30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung in BAG/MVZ

Änderung der Nr. 3 des Abschnitts
30.13 EBM

→ In Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren, in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt zusammen mit einem Vertragsarzt tätig ist, ist die Gebührenordnungsposition 30984 (weiterführendes geriatrisches Assessment) ab 01.10.2017 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund eines hausärztlichen geriatrischen Basisassessments gemäß GOP 03360 ergibt.

Aufnahme einer Nr. 7 in die Präambel des Abschnitts 30.13. EBM

→ Erfüllt ein Arzt die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 (Hausarzt und gleichzeitig Geriater), kann in diesen Fällen ein weiterführendes geriatrisches Assessment nach der GOP 30984 auch ohne Überweisung durchgeführt und abgerechnet werden, sofern ein anderer Arzt die Notwendigkeit bescheinigt. Der mitbeurteilende Arzt kann dafür die GOP 30981 abrechnen. Vom Arzt, der die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, ist die GOP 30980 berechnungsfähig.

2. Änderung des Abschnitts 1.8 zur Substitutionsbehandlung

Take-Home-Vergabe und Konsiliaris-
us-Regelung – neue GOP

→ Im Rahmen der Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 BtM-VV wird die GOP 01949 in den EBM aufgenommen.

GOP 01949 Behandlung Opiatabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe

- je Behandlungstag
- höchstens zweimal in der Behandlungswoche
- kommt der Take-Home-Patient öfter in die Praxis, kann bei Vorliegen einer medizinischen Begründung die GOP 01950 zusätzlich abgerechnet werden
- im Regelfall ist eine Take-Home-Vergabe bis zu sieben Tagen vorgesehen

→ Für die konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliarisverfahrens gemäß § 5 Abs. 9 BtMMV wird die GOP 01960 aufgenommen.

GOP 01960 Konsiliarische Untersuchung und Beratung im Rahmen des Konsiliarisverfahrens

- einmal im Behandlungsfall

3. IFOBT

→ Streichung der GOP 32040 im Abschnitt 32.2.1 EBM

→ Streichung der Kostenpauschale 40150 im Abschnitt 40.5 EBM

4. Änderung Überprüfung Herzschrittmacher, Defibrillator/Kardioverter, Resynchronisationstherapie

Leistungen für die konventionelle und telemedizinische Funktions-

analyse von Schrittmachersystemen werden ab 01.10.2017 je nach Aggregattyp Herzschrittmacher, ICD und CRT differenziert und als eigenständige GOP in Kapitel 4 (Kinder- und Jugendmedizin) und in Kapitel 13 (Innere Medizin) für die konventionelle Funktionsanalyse und für die telemedizinische Funktionsanalyse im EBM abgebildet.

→ Neue GOP konventionell

- 04411 (Schrittmacher), 04413 (Kardioverter/Defibrillator), 04415 (CRT)
- 13571 (Schrittmacher), 13573 (Kardioverter/Defibrillator), 13575 (CRT)

→ Neue GOP telemedizinisch

- 04414 (Kardioverter/Defibrillator), 04416 (CRT)
- 13574 (Kardioverter/Defibrillator), 13576 (CRT)

Die GOP 04417, 04418, 13552 und 13554 werden gestrichen und sind ab 01.10.2017 nicht mehr berechnungsfähig.

5. Laserepilation

Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen → **4 neue GOP.**

Diese können von Hautärzten, Chirurgen und Gynäkologen für die Epilation im Gesicht und/oder am Hals sowie an einer Hand und/oder Händen berechnet werden.

→ GOP 02325 im Gesicht und/oder am Hals – 5 Minuten Dauer



Fortsetzung von Seite 45

- GOP 02327 Zuschlag zur GOP 02325 – je weitere vollendete 5 Minuten Dauer
- GOP 02326 an einer Hand und/oder den Händen – 5 Minuten Dauer
- GOP 02328 Zuschlag zur GOP 02326 – je weitere vollendete 5 Minuten Dauer

GOP 02325 bis 02328 sind in Summe am Behandlungstag höchstens viermal und im Krankheitsfall höchstens 32-mal berechnungsfähig.

Die Berechnung der GOP 02325 bis 02328 setzt eine Begutachtung des MDK voraus. Durch die Begutachtung des MDK muss die Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-Code F64.0) feststehen.

6. Geschlechtsspezifische Abrechnungsnummer – Pseudonummer

Bisher konnten organbezogene Befunde (z. B. bei Vorliegen von Tests, Ovarien, Prostata) nur bei Personen abgerechnet werden, deren Geschlecht nicht zugeordnet

werden konnte, aber bei denen auf der eGK ein „X“ für unbestimmtes Geschlecht gespeichert war.

Ab dem 01.07.2017 ist dies auch bei Personen berechnungsfähig, deren eGK kein „X“ enthält, sondern bei denen die Geschlechtszugehörigkeit beispielsweise „weiblich“ aufgrund von Transsexualität lautet, aber eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata durchgeführt wurde.

- Hier wird zusätzlich zur entsprechenden Leistung die bundeseinheitliche **Pseudoziffer 88150** in die Abrechnung eingetragen und als **Begründung** der **ICD-10-Code** für **Intersexualität oder Transsexualität** angegeben.

7. Aufnahme des Abschnittes 30.1.2 EBM in die Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM

- Leistungen zur Hyposensibilisierung (Abschnitt 30.1.3) können in einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operativonstag, neben der ambulanten Operation abgerechnet werden.

8. Änderung der Nr. 3 der Präambel 40.1 EBM

- Präambel 40.1 Nr. 3 – Die Kostenpauschale 40306 (Kostenpauschale zur GOP 34291) kann im belegärztlichen Behandlungsfall abgerechnet werden.

9. Änderung der Nr. 1 der Präambel 37.1 EBM

- Vertragsärzte mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Schmerztherapie sind zur Abrechnung der GOP 37100, 37102, 37113 und 37120 berechtigt.

10. Neuer EBM-Abschnitt 37.3 – ambulante Palliativversorgung

Die hier erfolgten Änderungen wurden ausführlich im KV-Blatt 09/17 dargestellt.

red

Aufwand wird vergütet

DMP: Dokumentation und Abrechnung

Der Aufwand, der mit der Betreuung des Patienten innerhalb des DMP-Programms (Einschreibung, Dokumentation, Schulung) entsteht, wird gesondert vergütet. Vertraglich geregelt ist, dass die Abrechnung der Sonderleistungen nur für in ein

Programm eingeschriebene Patienten erfolgen darf.

Es kommt immer wieder vor, dass Krankenkassen die Abrechnung von DMP-Leistungen nicht anerkennen, weil der Patient nicht oder nicht mehr

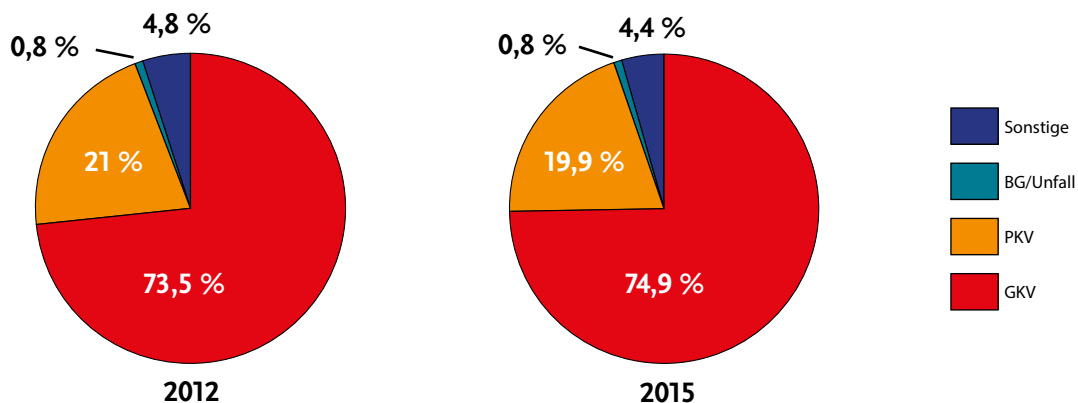
im Programm eingeschrieben ist. Unter diesem Link erhalten Sie Hinweise und Tipps zur Verwaltung von „DMP-Patienten“: kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > DMP

red

Zi-Praxis-Panel 2016

Stundensatz der Niedergelassenen liegt bei durchschnittlich 35,- € netto

Umsatz ambulanter Arztpraxen differenziert nach Kostenträgern



Quelle: Zi

Das Gros der Einnahmen stammt stabil aus der GKV.

Die wirtschaftliche Lage in Arztpraxen bleibt stabil, bei Investitionen herrscht eher Zurückhaltung. Dies ist eines der Ergebnisse, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) nach Analyse der Befragung von über 4.300 Arztpraxen zum Jahr 2015 vorab in einem Kurzbericht veröffentlicht. Der vollständige Bericht erscheint voraussichtlich Ende 2017.

Im Jahr 2015 stieg der Jahresüberschuss in den Arztpraxen inflationsbereinigt um 1,8 % zum Vorjahr. Laut Zi, getragen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), lag der durchschnittliche Jahresüberschuss eines Praxisinhabers bei 160.820,- €. Hiervon müssen noch die Beiträge für die Altersvorsorge, Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Einkommensteuer abgezogen werden, sodass ein verfügbares Nettoeinkommen von 80.295,- € übrig bleibt. Dies entspricht einem Monatseinkommen von 6.691,- € oder einem Nettostundensatz von 35,- € (bei einer zugrundegelegten Wochenarbeitszeit von durchschnittlich 50 Stunden sowie sieben Wochen Praxisabwesenheit wegen Urlaub, Krankheit und Fortbildung).

Umsatzsteigerung im Vergleich zum Vorjahr um durchschnittlich 2,4 %

Einzelpraxen kamen im Berichtsjahr 2015 auf einen durchschnittlichen Gesamtumsatz in Höhe von 276.400,- €, während Gemeinschaftspraxen bei 378.400,- € lagen. Der Gesamtumsatz aller Praxen stieg im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr um 2,4 %. Die Personalkosten haben prozentual mit am stärksten zugelegt, von 2012 bis 2015 um insgesamt 18,1 %. Dies entspricht 12.000,- € je Praxisinhaber und ist der in Euro bemessen größte Posten der Mehrausgaben. Bei der Investition in neue Geräte sind die Praxisinhaber eher zurückhaltend. Die Werte für Abschreibungen sanken im Jahr 2015 im Verhältnis zu 2014 um 5,9 %, die Aufwendungen für Leasing und Mieten waren im Verhältnis zum Jahr 2014 ebenso um 3,6 % rückläufig.

Vollständiger Bericht soll Ende 2017 vorliegen

Mit der Befragung im Rahmen des Zi-Praxis-Panels (ZiPP) dokumentiert das Zi jährlich die Kosten, Einnahmen

und Überschüsse von Praxen. Die jetzt veröffentlichten Ergebnisse umfassen die Jahre 2012 bis 2015, mit Angaben von Praxen aus allen ärztlichen Fachgebieten. Die Ergebnisse beruhen auf Angaben, die von Steuerberatern der Teilnehmenden testiert sind. Das ZiPP schafft damit Transparenz über die wirtschaftliche Lage der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Der ZiPP-Kurzbericht 2016 liefert noch keine Differenzierung des Umsatzes, des Überschusses und des Einkommens nach Steuern entlang der ärztlichen Fachgruppen oder der KV-Regionen. Eine solch wünschenswerte Auffächerung ist der vollständigen Endfassung des Berichtes vorbehalten, mit dessen Erscheinen laut Zi bis Ende 2017 zu rechnen sein wird.

Den zitierten ZiPP-Kurzbericht 2016 finden Sie unter zi.de > Presse > 2017.

zi/red

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Verordnungen ausstellen

Die Verordnung von Soziotherapie soll bei der Nutzung ärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungen unterstützen sowie Krankenhauseinweisungen vermeiden oder verkürzen. Die Verordnung setzt die Indikationsstellung für Soziotherapie voraus sowie die Kontrolle des Ablaufs, des Erfolgs sowie die Durchführung von notwendigen fachlichen Korrekturen des soziotherapeutischen Betreuungsplans (in Zusammenarbeit mit dem Soziotherapeuten und dem Patienten). Daneben bedarf es einer Genehmigung der KV Berlin des „Antrags auf Abrechnungsgenehmigung zur Verordnung von Soziotherapie“. Die Soziotherapie-Richtlinie ist für die Verordnung von Soziotherapie verbindlich.

Im Ausland krankenversicherte Patienten: Informationen aktualisiert

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik erkranken, bestehen je nach Herkunft des jeweiligen Patienten unterschiedliche

Vorgehensweisen und Abrechnungsmodalitäten. Die Praxisinformation und die Checkliste zum Thema „Im Ausland krankenversicherte Patienten“ wurden aktualisiert. Sie finden sie zum Download im Internet unter

www.kvberlin.de > Für die Praxis > Themen von A bis Z > Ausland: Patienten, die im Ausland versichert sind.

red

Verordnung häuslicher Krankenpflege (Muster 12): Änderungen zum 1. Oktober 2017

Zum 1. Oktober 2017 gibt es einige Änderungen beim Muster 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege). Bitte beachten Sie: Bestellungen für das neue Muster 12 können ab dem 21. August 2017 beim PAV aufgegeben werden. Ab dem 4. September 2017 werden die neuen Vordrucke automatisch durch

den PAV verschickt. Sollte eine Praxis bis zum 30. September 2017 noch alte Muster 12 benötigen, muss dies auf der Bestellung unbedingt vermerkt werden. Bitte kalkulieren Sie Ihre Stückzahl dementsprechend, da das alte Muster 12 ab dem 1. Oktober nicht mehr verwendet werden darf. Das neue

Muster darf erst ab dem 1. Oktober 2017 verwendet werden. Bitte denken Sie daran, Ihre Bestellung rechtzeitig aufzugeben und berücksichtigen Sie eventuelle Praxisschließzeiten.

kv berlin

Anzeige

FREUNDE DER MEERE.
MACHEN SIE MIT.

www.stiftung-meeresschutz.org



DEUTSCHE STIFTUNG
MEERESSCHUTZ (DSM)

KV Berlin bietet Informationsmaterial

Die Grippe-Impfung hat wieder Saison

Um rechtzeitig persönlichen Schutz aufzubauen und einer Epidemieentwicklung frühzeitig entgegenzuwirken, empfiehlt das Robert Koch-Institut (RKI) die Immunisierung gegen Influenza ab Oktober. Für Sie und Ihre Patienten hat die KV Berlin dazu, sowie zum Impfen allgemein, eine Vielzahl von Informationsmaterialien bereitgestellt, die Sie auf der Website herunterladen, bei der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit bestellen oder direkt im Foyer des Ärztehauses in Charlottenburg mitnehmen können.

Unter der Rubrik > *Für die Praxis* finden Sie im Internet unter dem Punkt > *Verordnung* > *Impfen* zum einen alle Informationen zu praxisrelevanten Fragen, wie die Verordnung und Abrechnung von Impfstoffen, und zum anderen im Bereich > *Service* > *Patienteninfos* verschiedene Flyer und Infoblätter zum Thema. Diese können Sie ganzjährig im Foyer der KV Berlin in der Masurenallee als gedruckte Exemplare mitnehmen, im Oktober bietet sich aber insbesondere die Scheinabgabe zum Aufstocken von Material fürs Wartezimmer an. Neben

unseren etablierten Flyern mit Informationen zum Impfen als einfache Vorsorge bzw. den Krankheiten, die durch eine Impfung verhindert werden können, sowie den handlichen Impfkalendern, werden wir speziell zum Gripeschutz wieder unsere Plakate auslegen. Nachschub können Sie auch an unseren Blöcken mitnehmen, für die nächste Impftermin-Vereinbarung oder für das einfache Mitgeben von Impfempfehlungen an den Patienten.

red

Aufklärung durch die DAH

HIV/STI-Prävention in der Arztpraxis

Als AllgemeinmedizinerIn, UrologIn oder GynäkologIn können Sie viel zur sexuellen Gesundheit und damit zur Lebenszufriedenheit Ihrer Patientinnen und Patienten beitragen. Doch wie spricht man diese auf ihre Sexualität an? Welche Grenzen gilt es zu beachten? Und was tun, wenn Scham- oder Schuldgefühle das Gespräch behindern? Hierzu informiert die Deutsche AIDS-Hilfe.

Zur Klärung dieser Fragen bieten wir – die Deutsche AIDS-Hilfe in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und weiteren Partnern – ärztlichen Qualitätszirkeln unsere wissenschaftlich evaluierten und zertifizierten Workshops „Let's Talk About Sex. HIV/STI-Prävention in der Arztpraxis“ an. Unsere speziell geschulten Trainer und Trainerinnen – ÄrztInnen, PsychologInnen und BeraterInnen aus unterschiedlichen Fachrichtun-



gen – kommen mit einem kompletten Fortbildungsangebot zu Ihnen. Alle Veranstaltungen sind interaktiv gestaltet. Sie vermitteln den aktuellen „State of the Art“ hinsichtlich Übertragungswegen und Diagnostik zu HIV und STI und bieten die Möglichkeit, in Kleingruppen Techniken für ein sensibles und zugewandtes Gesprächsverhalten einzüben.

Aufgrund einer Förderung des Verbandes der privaten Krankenkassen (PKV) sowie der BZgA ist die Fortbildung für Ihre Praxisgemeinschaft oder Ihren Qualitätszirkel kostenlos. Weitere Informationen unter *hiv-sti-fortbildung.de*, Kontakt über den Projektleiter Steffen Taubert (steffen.taubert@dah.aidsilfe.de).

Seminarprogramm der KV Berlin

Fortbildung 2018 kann ab sofort geplant werden

Das Seminarprogramm der KV Berlin für das kommende Jahr steht und kann jetzt im Internet eingesehen werden (www.kvberlin.de > Termine). Die gedruckte Broschüre wird wie gehabt Anfang Dezember an alle Mitglieder verschickt und liegt dann auch im Foyer des Ärztehauses in der Masurenallee aus. Das erste Quartal ist bestückt mit einer Vielzahl der „Klassiker“ zu allen Aspekten der Praxisführung und der persönlichen Weiterbildung im Bereich Stressmanagement und Gesprächsführung. Alle Seminare finden im Haus der KV Berlin in Charlottenburg statt, die Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer Berlin beantragt.

Controlling heißt Steuern: BWL für die Praxis

Mittwoch, 24.01.2018; 15 – 19 Uhr
Das Grundlagenseminar richtet sich an Ärzte/Psychotherapeuten und Praxismanager, die sich spezifische betriebswirtschaftliche Kenntnisse aneignen und diese dann bei der täglichen Arbeit anwenden wollen.

KV-Honorarabrechnung richtig lesen und verstehen

Mittwoch, 14.02.2018; 16 – 18.30 Uhr
Jedes Quartal erhalten Sie von der KV umfangreiches Material über Ihre abgerechneten Leistungen, bei deren Interpretation es zu Schwierigkeiten kommen kann. KV-Experten erläutern Ihnen diese wichtigen Unterlagen.

Grundlagenseminar: Hygiene in der Praxis

Mittwoch, 14.02.2018; 13 – 19 Uhr
Ziel des Seminares ist es, unter Berücksichtigung der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen den Bezug der Praxishygiene zur Infektionsprävention für Patienten und Mitarbeiter zu vermitteln.

Fit am Empfang: Der erste Eindruck zählt

Freitag, 16.02.2018; 13 – 17 Uhr
In diesem Seminar zeigen wir auf, wie Sie in jeder Situation freundlich und hilfsbereit auftreten. Von der professionellen Konversation bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung lernen Sie, einen positiven Eindruck von sich und der Praxis zu vermitteln.

Niederlassungstag

Freitag/Samstag (ein Kurs),
16./17.02.2018; Tag 1: 15 – 19 Uhr / Tag 2: 10 – 16 Uhr
Dieses zweitägige Seminar bietet niederlassungswilligen Ärzten und Psychotherapeuten detaillierte Informationen rund um die Existenzgründung.

Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis (Rahmenbedingungen)

Dienstag, 20.02.2018; 13 – 19 Uhr
Ziel der Fortbildung ist es, dem letztendlich Verantwortlichen (Praxisinhaber) die wesentlichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Aufbereitung nach den gesetzlichen und normativen Vorgaben zu erläutern und ihre Bedeutung, auch hinsichtlich ihrer rechtlichen Konsequenzen, nahezubringen.

Patientengespräche leicht gemacht

Mittwoch, 21.02.2018; 15 – 19 Uhr
In diesem praxisorientierten Trainingsseminar erfahren Sie, wie ein tiefes Verständnis der Situation rund um den Patienten alles ganz anders werden lässt. Und wie Sie sich mit relativ einfachen Mitteln selbst helfen, schwierige Patientengespräche leicht werden zu lassen.

Zwischen den Stühlen: Führen in der Sandwichposition

Freitag, 02.03.2018; 15 – 19 Uhr

Im Seminar erfahren Sie nicht nur, wie Sie als leitender Arzthelfer oder Praxismanager die Fallen der Sandwichposition – zwischen dem Chef und Ihrem Team – sicher umgehen, sondern auch, was Sie aktiv tun können, um beiden Seiten ohne Spagat gerecht zu werden bzw. den Teamgeist sogar zu fördern.

Workshop: Datenschutz in der Praxis

Dienstag, 13.03.2018; 13 – 19 Uhr
In diesem Workshop erfahren Sie, worauf Sie beim Datenschutz in der Praxis achten müssen, wann ein Datenschutzbeauftragter erforderlich ist und welche Aufgaben er übernimmt. Darüber hinaus werden Sie über die aktuelle Rechtslage gem. der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung informiert.

Mañana-Kompetenz: Im Alltag leichter mit Stress umgehen!

Freitag, 16.03.2018; 15 – 19 Uhr
In diesem spannenden Seminar erlernen die Teilnehmer die Mañana-Kompetenz. Mañana-Kompetenz ist die Fähigkeit, im Berufsalltag, so stressig dieser auch sei, den eigenen Parasympathikus aktivieren zu können und damit den Stressschalter für sich umzulegen.

red

Welt-Sepsis-Tag

KBV bietet Informationen für Ärzte und Patienten

Weltweit sterben jährlich etwa sechs Millionen Menschen, unter ihnen 35.000 Mütter, an einer Sepsis – die meisten Fälle davon wären vermeidbar. Anlässlich des Welt-Sepsis-Tages am 13. September stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Informationen für Ärzte und Patienten bereit, um stärker für die Infektionskrankheit zu sensibilisieren.

Um das Wissen in der Bevölkerung zu erhöhen und die Menschen für die Gefahren dieser nur wenig bekannten Krankheit, die ohne richtige Behandlung zum Tode führt, zu sensibilisieren, hat die KBV eine Patienteninformation erstellt. Auf einer Seite werden Ursachen und Symptome leicht verständlich zusammengefasst. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass Impfungen gegen Grippe und Pneumokokken, speziell für Risikopatienten wie Kleinkinder, Senioren und Menschen mit behandlungsbedürftiger Immunschwäche, schützen können. Niedergelassene Ärzte sind eingeladen, das Informationsblatt kostenlos herunterzuladen (siehe Link am Fuß dieses Artikels), auszudrucken und im Wartezimmer auszulegen.

KBV-Themenseite mit Informationen für Ärzte

Auf einer neuen Themenseite im Internet stellt die KBV außerdem Informationen für Ärzte bereit, die helfen sollen, eine Sepsis, im Volksmund auch Blutvergiftung genannt, rasch zu diagnostizieren. „Um Sepsis frühzeitig zu erkennen, ist es notwendig, die oft unspezifischen Frühzeichen zu kennen und bis zum Beweis des Gegenteils davon auszugehen, dass eine Infektion beziehungsweise eine Sepsis vorliegen könnte“, betont Prof. Dr. Konrad Reinhart, Seniorprofessor am Universi-

tätsklinikum Jena sowie Vorsitzender der Global Sepsis Alliance und der Sepsis Stiftung, die sich für Forschung und Aufklärung einsetzen.

Unspezifische Symptome erkennen

Viel häufiger als Wundinfektionen lösen innere Infektionen wie Lungenentzündungen, Harnwegsinfektionen oder Entzündungen des Bauchraums eine Sepsis aus. Die Symptome können denen einer Influenza ähneln – beispielsweise hohes Fieber und (Muskel-) Schmerzen. Weitere Anzeichen sind plötzliche Verwirrtheit, Schläfrigkeit oder Unruhe, verfärbte oder fleckige Haut, schneller Herzschlag, niedriger Blutdruck, schnelle, schwere Atmung oder Luftnot. Ärzte sollten bei bestimmten Warnsymptomen alarmiert sein und an eine Sepsis denken. Patienten mit Verdacht auf eine Sepsis müssten sofort in ein Krankenhaus eingewiesen und intensivmedizinisch behandelt werden, sagt Reinhart.

Sepsis in Deutschland

Die Sepsis Stiftung schätzt, dass von den jährlich insgesamt 70.000 Sepsis-Todesfällen in der Bundesrepublik etwa 15.000 bis 20.000 vermeidbar wären. In Deutschland ist die Sepsis-Sterblichkeit auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes in den vergangenen Jahren insgesamt zwar leicht gesunken, von etwa 27 % im Jahr 2007 auf 24,3 % im Jahr 2013; beim septischen Schock ist die Sterblichkeit mit fast 60 % jedoch unverändert hoch.

Die KBV unterstützt Praxen bei der Information ihrer Patienten mit einem speziellen Flyer mit großer Impf-Übersicht: „Klein und gemein – Gib' Viren und Bakterien keine Chance!“. Dieser kann kostenlos per E-Mail an versand@kbv.de bestellt werden. Weitere Informationen finden Sie unter kbv.de/html/sepsis.php und unter sepsis-stiftung.eu.

kbv/red

Anzeige

ETL | ADVISA Berlin

Steuerberatung für Heilberufler

Fachberater für den Heilberufsbereich (IFU/ISM gGmbH)
Spezialisierte Fachberatung – mit Zertifikat!

- Praxisgründungsberatung
- Begleitung bei Praxiskäufen und -verkäufen
- spezielle betriebswirtschaftliche Auswertungen
- Praxisvergleich
- Analysen zur Praxisoptimierung
- Steuerrücklagenberechnung
- Testamentvollstreckung

ETL ADVISA BERLIN
Steuerberatungsgesellschaft mbH
wirtschaftliche und steuerliche Beratung für Heilberufler

Platz vor dem Neuen Tor 2 • 10115 Berlin
Tel.: (030) 28 09 22 00 • Fax: (030) 28 09 22 99
advisa.berlin@etl.de www.etl.de/advisa-berlin

Wir sind eine hochspezialisierte Steuerberatungsgesellschaft und beraten ausschließlich Angehörige der Heilberufe. Vertrauen Sie unserer langjährigen Erfahrung und unserem zertifizierten Fachwissen.



P.-C. Genz, A. Genz, D. Dommenz, Ihre Steuerberater

Einwahl-Programm und YubiKey

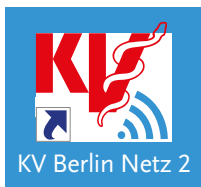
Wichtige Hinweise zur Online-Abrechnung

Wenn es um die IT-technische Anbindung der Praxen an die Außenwelt geht, ist die bevorstehende Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) derzeit in aller Munde. Das Arbeitspferd im Praxisalltag zur Übermittlung Ihrer Online-Abrechnung an die KV Berlin ist für die meisten unter Ihnen aber noch immer das Einwahlprogramm zum Aufbau der sicheren Verbindung zum Online-Portal der KV Berlin respektive zum Sicheren Netz der KVen (SNK).

Dieses Arbeitspferd ist alles andere als tot – vielmehr ist es von uns zur Jahresmitte nochmal gestriegelt und mit neuen Hufeisen versehen worden. Das Programm hat ein Update erfahren, und wir bitten alle Praxen, die das Update noch nicht installiert haben, dies nachzuholen.



Symbol altes Programm



Symbol neues Programm

Das Update auf „KV Berlin Netz 2“ können Sie von unserer Webseite herunterladen: kvberlin.de > Für die Praxis > Service > Online-Dienste. In den mit „KV-FlexNet Downloads“ überschriebenen Kästchen im linken Bereich der Seite finden Sie die Installationspakete für Microsoft Windows und MacOSX nebst Anleitung. Das neue Programm ist erforderlich, um die gestiegenen Sicherheitsanforderungen an die KV-FlexNet-Verbindung zu erfüllen. Daneben bietet es verbesserte Stabilität und Handhabung insbesondere für MacOSX-Anwender.

YubiKey-Schlüsselanhänger

Allen Praxen, die in der Vergangenheit von unserer Online-Abrechnung Gebrauch gemacht haben, sowie allen Neu-Praxen haben wir unentgeltlich einen YubiKey-Schlüsselanhänger zur Verfügung gestellt, der – per USB mit dem Rechner verbunden – sogenannte Einmal-Passwörter erzeugen kann. Zum Aufbau einer KV-FlexNet-Verbindung benötigen Sie zwingend das neue Einwahl-Programm und den Schlüsselanhänger.

Der Aufbau der Verbindung zur Online-Abrechnung mit einfachem Passwort wird nur noch bis Mitte Januar 2018 möglich sein, danach funktioniert das Einwahlprogramm nur noch mit dem Schlüsselanhänger!

Wenn Sie einen KV-SafeNet-Anschluss nutzen oder wenn Sie im Januar bereits in den Genuss eines TI-Anschlusses gekommen sein sollten, können Sie in Ihrer Praxis die Online-Abrechnung über diese Anschlüsse erreichen und benötigen dafür den Schlüsselanhänger nicht – dennoch kann die KV-FlexNet-Verbindung für Sie interessant sein, wenn Sie die Verbindung zum Mitglieder-Portal und den Diensten im Sicheren Netz der KVen auch außerhalb Ihrer Praxis nutzen wollen – etwa abends zuhause. Die KV Berlin wird Ihnen daher diese Verbindung dauerhaft auch neben der TI zur Verfügung stellen.

Sollten Sie trotz Nutzung unserer Online-Dienste keinen Schlüsselanhänger erhalten haben, melden Sie uns dies bitte per E-Mail an online-abrechnung@kvberlin.de mit dem Betreff „Anforderung YubiKey“.

Abruf der Verordnungsdatenübersicht über Chef-PIN



Seit Kurzem können Sie im Online-Portal unter dem Menüpunkt „Dokumente abrufen“ eine Übersicht Ihrer Verordnungsdaten als PDF herunterladen. Diese Daten stehen Ihnen ab dem 4. Quartal 2016 zur Verfügung. Um auf die Verordnungsdatenübersicht zugreifen zu können, ist es erforderlich, dass Sie vorher über den Menü-Punkt „Chef-Modus“ Ihre Chef-PIN eingeben, da das Dokument in die Kategorie derjenigen fällt, die nur nach Eingabe besagter Chef-PIN sichtbar werden. Die Chef-PIN entnehmen Sie bitte dem Schreiben, in dem wir Ihnen das Initial-Passwort für Anmeldung mit der Betriebsstätten-Nummer mitgeteilt hatten. Im Gegensatz zum Initial-Passwort kann die mitgeteilte Chef-PIN von Ihnen dauerhaft verwendet werden, wenngleich wir raten, dass Sie auch diese durch eine selbstgewählte Chef-PIN ersetzen.

kv berlin

Notfallversorgung: Schlüssel zur Versorgungsstruktur der Zukunft

Wie scherzte der Bundesgesundheitsminister kürzlich? „Wenn Sie vom Arzt in der Notaufnahme mit dem Satz begrüßt werden, ‚so einen interessanten Fall hatten wir hier schon lange nicht mehr‘, dann sind Sie dort falsch.“ Genau dieser Fall kommt nach Einschätzung von Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Leiter des Fachbereichs Management im Gesundheitswesen der TU Berlin, in Berliner Krankenhäusern viel zu oft vor. Ursächlich ist nach einer Studie von Busse die große Anzahl von Krankenhäusern in Berlin, von denen wiederum zu viele an der Notfallversorgung teilnehmen. Deshalb sei die Versorgung unübersichtlich und schlecht.²

Das Qualitätsproblem verdeutlicht Busse am Beispiel der Versorgung von Herzinfarktpatienten. Hier gilt der Zusammenhang zwischen Fallzahl und Outcome als erwiesen. So ist die Sterblichkeit (standardized mortality ratio) in dem oberen Fünftel der deutschen Krankenhäuser, in denen rund 1.000 Fälle mit Herzinfarkt im Jahr (20 pro Woche) behandelt werden, am niedrigsten (11 % unter dem Mittelwert), und in dem unteren Fünftel der Kliniken, in denen im Schnitt weniger als 50 Fälle im Jahr behandelt werden, am höchsten (13 % über dem Mittelwert). Dies sollte zur Konzentration der Versorgung auf spezialisierte Krankenhäuser mit Linksherzkatheterplatz führen. Busse verweist auf Wien, wo dies bereits umgesetzt wurde. Dort wird die Herzinfarktversorgung tagsüber durch 6, nachts durch 2 Standorte geleistet. In Berlin hingegen nehmen laut DRG-Statistik 44 Krankenhäuser an der Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten teil. Davon verfügen nur die Hälfte über ein Katheterlabor, nur 19 können dies auch im 24/7-Betrieb sicherstellen. 8 Kliniken

(18 %) hatten weniger als 34 Fälle pro Jahr, darunter ist auch eine Klinik mit Katheterlabor.³ Würde die Herzinfarktbehandlung hingegen auf Standorte mit mindestens 1.000 Fällen/Jahr konzentriert, wären in Berlin 8 bis 9 Standorte ausreichend.

Forderungen, Krankenhausstrukturen aus Qualitätsgesichtspunkten zu konzentrieren, bestehen auch für andere Indikationen. Insgesamt, so Prof. Dr. med. Thomas Mansky, der sich nach einem Jahrzehnt Qualitätsmanagement im Helios-Konzern nunmehr an der TU Berlin mit Fragen der Strukturentwicklung im Gesundheitswesen befasst, ist die „stationäre Versorgung in Deutschland durch Überkapazitäten [charakterisiert], und eine zu hohe Zahl kleinerer, nicht spezialisierter Anbieter auch in den Ballungsgebieten. Die Strukturentwicklung hat mit den sich aus der medizinischen Entwicklung ergebenden Anforderungen [...] nicht Schritt gehalten.“⁴ Dieser Strukturwandel muss auch ein Anliegen der Ärzteschaft sein, um so qualitativ hochwertige Arbeitsbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten.

Ein Großteil der nicht mehr adäquaten stationären Versorgungsstrukturen, insbesondere in den Ballungsräumen, wird derzeit ökonomisch durch einen hohen Anteil stationärer Aufnahmen über Wasser gehalten, deren Notwendigkeit hinterfragt werden muss. Die Teilnahme an der Notfallversorgung spielt dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dies gilt insbesondere für Berlin. Dabei ist die Ausgangslage nicht schlecht. Entgegen landläufiger Meinung wird in Berlin viel mehr ambulant und weniger stationär behandelt als anderswo. Insgesamt



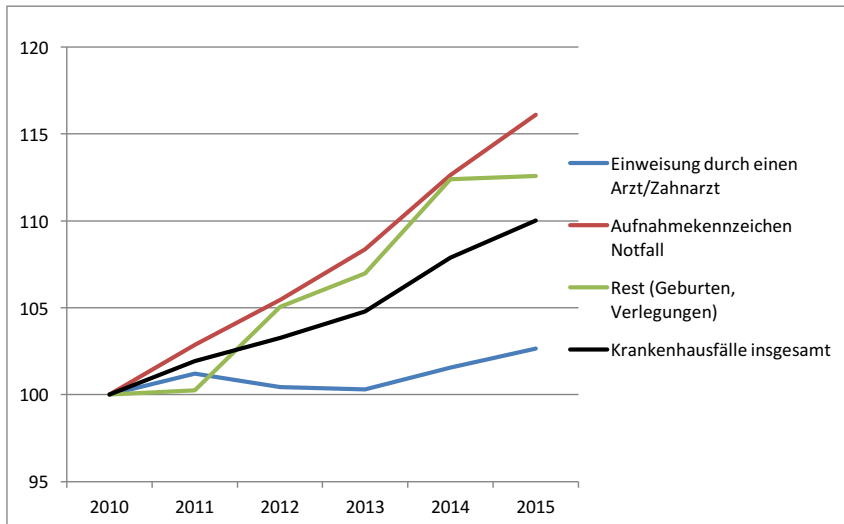
Dr. Dominik Graf von Stillfried¹

lag die Krankenhausfallzahl 2015 nach Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur rund 10 % unter dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich der KV-Regionen wird Berlin darin nur von Baden-Württemberg und Bremen (17 % bzw. 13 % unter Bundesdurchschnitt) übertroffen. Besonders niedrig ist dabei die Zahl der von Ärzten eingewiesenen Krankenhausfälle. Sie lag in Berlin 2015 24 % unter dem Bundesdurchschnitt und damit weitaus niedriger als etwa in Baden-Württemberg.

Andererseits gehört Berlin zur Spitzengruppe, was die Anzahl der Aufnahmen ohne ärztliche Einweisung angeht: diese lagen in Berlin im Jahr 2015 2 % über dem Bundesdurchschnitt. Während Berlin diesbezüglich im Jahr 2012 noch auf Platz zwei der Bundesländer lag, wurde Berlin bei der alters- und geschlechtsstandardisierten Häufigkeit der Notaufnahmen im Jahr 2015 immerhin von den Regionen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen übertroffen. Relativ gesehen scheint sich Berlin damit verbessert zu haben. Bei näherem



Fortsetzung von Seite 55



Quelle: Darstellung Zi auf Grundlage der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamts, Fallzahlen nach Wohnortprinzip

Hinsehen besteht jedoch kein Grund zur Entwarnung.

In den letzten Jahren haben viele Analysen das Zusammenwirken der Sektoren untersucht und folgenden Zusammenhang erhärtet: Die Krankenhausinanspruchnahme insgesamt ist niedriger in den Ballungsräumen mit einer guten vertragsärztlichen Versorgungsstruktur; dies gilt insbesondere für Aufnahmen aufgrund ärztlicher Einweisung. Umgekehrt bedingt eine hohe Zahl von Kliniken in einer Region mehr Aufnahmen, insbesondere im Bereich der Notfallversorgung. Für potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahmen sind diese Zusammenhänge besonders ausgeprägt. Im Auftrag des Zi hat deshalb das Berliner IGES-Institut die Krankenhausabrechnungsdaten für die sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausfälle genauer unter die Lupe genommen. Damit sind Aufnahmen für Indikationsbereiche gemeint, die bei guter ambulanter Versorgung größtenteils ohne stationäre Behandlung auskommen würden und somit als grundsätzlich vermeidbar gelten.⁵ Während in ländlichen Regionen mit einer geringen Facharzt-dichte Krankenhausaufnahmen aus diesen Indikationsbereichen überwiegend aufgrund ärztlicher Einweisung erfolgen, sind die Einweisungen in den Ballungsräumen mit hoher Facharzt-dichte sehr gering. Das Angebot der Krankenhäuser

in den Städten fördert dagegen den Anteil potenziell vermeidbarer Krankenhausaufnahmen, die über die Notaufnahmen aufgenommen werden. In Berlin liegt der Anteil der ambulant-sensitiven Krankenhausaufnahmen ohne ärztliche Einweisung mit 59 % sehr hoch (im Bundesdurchschnitt 51 %).⁶ Die IGES-Studie belegt außerdem, dass ein Großteil dieser Aufnahmen während der Praxisöffnungszeiten erfolgt und im Weiteren diagnostische Maßnahmen durchgeführt werden, die durchaus ambulant erbracht werden könnten. In Berlin sind insbesondere die (Not-)Aufnahmen während der Praxisöffnungszeiten erhöht.⁷

Generell sind Anzahl und Bedeutung der sogenannten Notfälle unter den Krankenhausaufnahmen in den letzten Jahren bundesweit kontinuierlich angestiegen: 24 % betrug der Anstieg im Bundesgebiet zwischen 2010 und 2015, in Berlin hingegen nur rund 16 % (**Abbildung 1**). Allerdings fand dieser Anstieg in Berlin bereits auf hohem Ausgangsniveau statt: Während der Anteil der Notaufnahmen an allen Krankenhausfällen im Bundesgebiet 2015 45 % erreichte, lag er in Berlin schon bei 51 %.

Auch bei der Entwicklung der Fälle mit ärztlicher Einweisung unterscheidet sich Berlin vom Rest der Republik. Während die Fälle mit Einweisung im Bundes-

gebiet zwischen 2010 und 2015 um 4 % zurückgingen, stiegen sie in Berlin sogar um 3 % an (**Abbildung 1**). Diese besondere Entwicklung in Berlin bedarf der näheren Analyse.

Der Blick auf die DRG-Statistik weist unmissverständlich darauf hin, dass die Krankenhausaufnahme ohne ärztliche Einweisung langsam zum Regelfall und damit zur Existenzberechtigung der Krankenhäuser wird. Der direkte Weg ins Krankenhaus geht über die Rettungsstellen der Kliniken. Dieser Weg, eigentlich für die Versorgung dringlicher Notfälle gedacht, wird in der Wahrnehmung der Bevölkerung immer mehr zu einer alternativen Form der Regelversorgung. Einen besonderen Schub erhielt diese Entwicklung durch den Wegfall der Praxisgebühr. Von 2012 auf 2013 stieg die Zahl der Behandlungsfälle im Schnitt um 14 %. Bundesweit stieg das Niveau der ambulant in den Rettungsstellen behandelten Fälle um 1 Million an.

In Berlin hingegen lag bereits vor Abschaffung der Praxisgebühr eine Sondersituation vor, die sich seit 2009 kaum verändert hat. Trotz des Fahrdienstes der KV Berlin, der auch während der Praxisöffnungszeiten zu Hausbesuchen unterwegs ist, werden in Berlin rund 80 % aller Fälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst von Krankenhäusern abgerechnet (**vgl. Tabelle 1a**). Berücksichtigt man die sonstigen Notfälle in der vertragsärztlichen Versorgung, beträgt der Fallzahlanteil der Krankenhäuser immer noch rund 70 % (**vgl. Tabelle 1b**) und unterscheidet sich damit deutlich vom Rest des Bundesgebiets: Im Bundesdurchschnitt beträgt der Anteil der Krankenhäuser an der ambulanten Notfallversorgung nämlich nur knapp 30 % (**vgl. Tabelle 2**).

Tabelle 1a: Notfallversorgung in Berlin

nur Bereitschaftsdienst (Abschnitt 1.2)	2009	2015	Veränderung	Anteil 2009	Anteil 2010
Fallzahl Vertragsärzte	150.435	150.683	0,16%	19,0%	18,1%
Fallzahl Krankenhaus	642.915	684.028	6,39%	81,0%	81,9%
Gesamt	793.350	834.711	5,21%	100,0%	100,0%

Quelle: Darstellung Zi, vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Tabelle 1b: Notfallversorgung in Berlin

Scheinart Notfall	2.009	2.015	Veränderung	Anteil 2009	Anteil 2010
Fallzahl Vertragsärzte	331.835	293.656	-11,51%	34,0%	29,9%
Fallzahl Krankenhaus	643.213	688.143	6,99%	66,0%	70,1%
Gesamt	975.048	981.799	0,69%	100,0%	100,0%

Quelle: Darstellung Zi, vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Der Trend zur Direktinanspruchnahme der Krankenhäuser ist allerdings keine deutsche Besonderheit. Weltweit wird nach Wegen gesucht, die steigende Direktinanspruchnahme der Krankenhäuser wirksam zu senken. Wie etwa die Australier in humorvollen Videoclips⁸ darstellen, werden Rettungsstellen

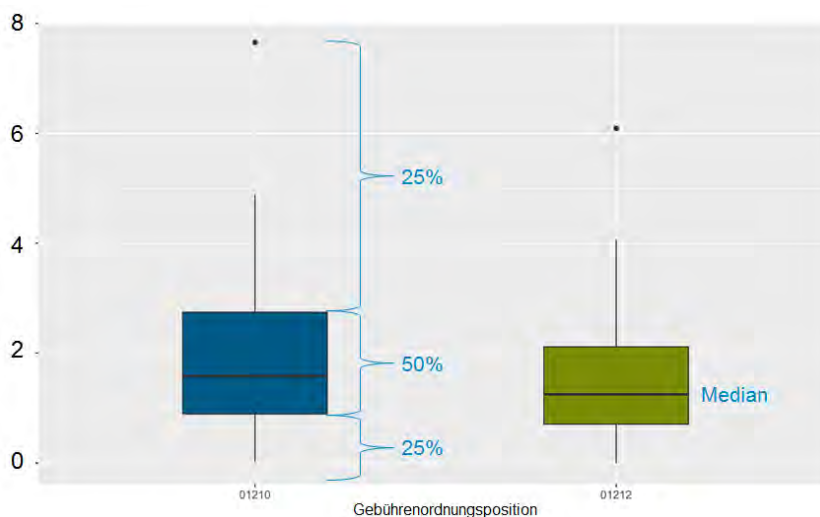
durch Bagatelldfälle verstopft. Studien aus Berliner Rettungsstellen dokumentieren, dass viele Versicherte den Gang zum Hausarzt durch den direkten Weg in die Klinik ersetzen, teils aus Unwissen über Alternativen, teils um spontanen Bedürfnissen zu folgen oder Versorgung außerhalb der Arbeitszeiten zu erhalten,

oder auch weil am Klinikstandort eine bessere, umfassendere Diagnostik oder Behandlung vermutet wird.⁹

Gerade Letzteres darf und muss in Frage gestellt werden, denn weder können die Kliniken ihren Patienten garantieren, dass sie von einem Facharzt behandelt werden, noch spricht die Auslastung vieler Rettungsstellen dafür, dass dort eine kompetente Behandlung gewährleistet werden kann. Anhand der Abrechnungsdaten der Gebührenordnungsziffern der Berliner Krankenhäuser im Rahmen des Bereitschaftsdienstes zeigt sich die enorme Spannweite: Im ersten Halbjahr 2016 haben Berliner Krankenhäuser während der Praxisöffnungszeiten im Schnitt rund 1,5 Patienten pro Stunde und außerhalb der Praxisöffnungszeiten rund 1,25 Patienten pro Stunde behandelt (vgl. **Abbildung 2**). Von den 45 hier abrechnenden Kliniken behandelte ein Viertel weniger als einen Patienten pro Stunde. Nur etwa ein Fünftel behandelte mehr als drei Patienten pro Stunde. Nur eine Klinik erreichte eine Auslastung von nahezu 8 Patienten pro Stunde während und von 6 Patienten pro Stunde außerhalb der Praxisöffnungszeiten.

Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl ambulant behandelter Notfälle je Stunde an Berliner Krankenhäusern

Anzahl der von Krankenhäusern je Stunde abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) 01210 (Mo-Fr 7-19 Uhr) und 01212 (Mo-Fr 19-7 Uhr, sowie ganztägig an Sa, So & Feiertagen)



Quelle: Darstellung Zi, Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin für das 1. HJ 2016



Fortsetzung von Seite 57

Tabelle 2: Notfallversorgung im Bundesgebiet

	Ärzte in Praxen		Krankenhaus-Notaufnahme		Summe	
	Mio. Fälle	in Prozent	Mio. Fälle	in Prozent	Mio. Fälle	in Prozent
während Praxisöffnungszeiten	10	74%	3,5	26%	13,5	100%
außerhalb Praxisöffnungszeiten	10,5	68%	5	32%	15,5	100%
Summe	20,5	71%	8,5	29%	29	100%

Quelle: Darstellung Zi, vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen 2015, auf 500.000 gerundet

Hierin stecken zwei Botschaften: Erstens, in einer ambulant gut versorgten Stadt wie Berlin ist die hohe Direktinanspruchnahme während der Praxisöffnungszeiten eigentlich nicht hinnehmbar. Hier müssen wirksame Filter für Bagatellfälle etabliert werden, die der aufwändigen Behandlung durch die Rettungsstelle nicht bedürfen. Zweitens, für die meisten Kliniken können die ausgewiesenen Patientenzahlen noch einmal verdoppelt werden, wenn die durch die Rettungsstelle stationär aufgenommenen Patienten mitgezählt werden. Gleichwohl liegt die Auslastung bei einigen Häusern dann immer noch so niedrig, dass deren Teilnahme an der Notfallversorgung mit Blick auf das eingangs formulierte Qualitätsproblem und die ökonomischen Folgen unnötiger stationärer Aufnahmen mit Fug und Recht in Frage gestellt werden muss.

Eine Zentralisierung in der Notfallversorgung wäre der erste, aber unverzichtbare Schritt zu einer Strukturbereinigung. Um hierfür geeignete Voraussetzungen zu schaffen, bedarf es aus Sicht der Versorgungsforschung einer Unterstützung aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Am 29.03.2017 hat die KBV sieben Eckpunkte dazu veröffentlicht, an deren Abstimmung auch die KV Berlin beteiligt

war. Im Kern geht es um folgende drei Maßnahmen:

1. Die KVen bieten den Versicherten eine telefonische Ersteinschätzung, die rund um die Uhr erreichbar ist und die Patienten an den richtigen Behandlungsort delegiert. Dies wird flankiert von mehr Patienteninformationen zur Selbsteinschätzung, zur Arztsuche, zu Praxisöffnungszeiten und zu Standorten von Anlaufpraxen.
2. Bereitschaftspraxen werden – auch zu den Praxisöffnungszeiten – an den Standorten zentraler Notaufnahmen eingerichtet; auch dort wird eine qualifizierte Ersteinschätzung geboten. Bei entsprechender Ausstattung und Besetzung können dann rund 50 % der Patienten in den Bereitschaftspraxen behandelt werden.
3. Die Notfallversorgung wird aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen viel stärker konzentriert. Ziel ist es, eine Standortkonzentration in der Notfallversorgung zu erreichen, die eine Auslastung von mindestens 4-5 Patienten pro Stunde Öffnung in der Notfallambulanz und in der vorgelagerten Bereitschaftspraxis gewährleistet, damit beide Struktu-

ren wirtschaftlich betrieben werden können.

Zu 1.: Die KV Berlin ist in dieser Hinsicht mit dem existierenden ärztlichen Telefonberatungsdienst bereits ebenso wegweisend wie die KV Baden-Württemberg. Allerdings muss das Angebot eine viel größere Bekanntheit erreichen, um Wirksamkeit in der Patientensteuerung entfalten zu können.

Zu 2. und 3.: In Berlin dürfte die erforderliche Konzentration als Grundlage zur Einrichtung effizienter Portalpraxen viel eher erreichbar sein als in den Flächenländern. Bei rund 680.000 bisher jährlich ambulant an Krankenhäusern behandelten Fällen wären bei einer angestrebten mittleren Auslastung von 8 Patienten pro Stunde rund 10 Standorte in Berlin erforderlich, wobei davon auszugehen ist, dass eine gut ausgestattete Portalpraxis dann 50 % der Fälle an einem solchen Standort behandeln kann. Eine Konzentration auf 10 Standorte entspräche einer zentralen Anlaufstelle für je 380.000 Einwohner. Zum Vergleich: In Dänemark wurde in 10-jähriger Reform eine Konzentration auf einen Standort je 250.000 Einwohner erreicht; dies umfasst jedoch ländliche und städtische Regionen, in Kopenhagen existiert eine Anlaufstelle für 425.000 Einwohner.



Anzeigen im KV-Blatt

erreichen die Richtigen

richtig!



menthamedia
eine Marke der finanzpark AG

Ihr Ansprechpartner:

Philipp Schmitt

Tel.: 0911 274 00 19

kvb@menthamedia.de

Fortsetzung von Seite 58

Wichtig ist, dass ein Ersteinschätzungsverfahren etabliert wird, das sowohl eine Einschätzung der Dringlichkeit als auch eine Zuweisung zur richtigen Versorgungsebene ermöglicht. Letzteres ist nicht Ziel der an den meisten Berliner Kliniken nunmehr eingeführten Manchester Triage. Um hierfür qualifizierte Vorschläge zu erarbeiten, hat das Zi das Göttinger AQUA-Institut beauftragt. An der Erarbeitung weiterführender Vorschläge waren auch Rettungsmediziner renommierter Berliner Kliniken beteiligt. Bereits im September 2017 soll ein Verfahrensvorschlag zur Weiterentwicklung bestehender Verfahren auf dem Tisch liegen. Auch ein Antrag zur Evaluation dieses Verfahrensvorschlags in zahlreichen Anwendungskontexten wurde an den Innovationsfonds gestellt, so dass zu hoffen ist, dass bereits im kommenden Jahr auch in Berlin erste Erfahrungen mit der Implementierung gesammelt werden können.

Sicher ist, dass der notwendige Strukturwandel einer Anschubfinanzierung be-

darf. Eine extrabudgetäre Finanzierung der Notfallversorgung auf Grundlage der oben skizzierten Strukturelemente wäre ein unter Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkten gut begründbarer Einstieg in den notwendigen weitergehenden Strukturwandel insbesondere der stationären Versorgungsstrukturen. Dies muss nicht immer ein ersatzloser Verzicht auf Versorgungsangebote sein. KBV und Zi haben jüngst Vorschläge dazu vorgestellt, wie nicht mehr adäquate Krankenhausstrukturen durch primär ambulante Versorgungsstrukturen substituiert werden können. Die Instrumente dazu stehen bereits im SGB V: Mit einer Förderung von Praxiskliniken und Belegabteilungen kann die in der vertragsärztlichen Versorgung vorhandene fachärztliche Kompetenz genutzt werden. Im Verbund mit zentralen Klinikstandorten sind diese primär ambulanten Versorgungsstrukturen auch nach Auffassung namhafter Experten ohne KV-Affiliation den künftigen Anforderungen an die Versorgung besser gewachsen als überkommene Kranken-

häuser mit mangelnder Spezialisierung und kleinsten Fallzahlen.

Der Strukturwandel geht nur mit Unterstützung durch das Land, das hierfür seine Krankenhausplanung erneuern muss. Das Gegenkonzept, nämlich die von der DKG aufgrund der steigenden Direktinanspruchnahme der Krankenhäuser geforderte dauerhafte Ermächtigung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung, würde dafür sorgen, dass ausgerechnet den ineffizientesten Einrichtungen in der Versorgung ein dauerhaftes Existenzrecht eingeräumt und damit der notwendige Strukturwandel nicht nur gebremst, sondern sogar ausgebremst würde. Das wäre ein deutscher Sonderweg, den eine vorausschauende Politik ablehnen und durch eine ambulante Alternative ersetzen muss.

¹ Der Autor ist Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Berlin. Er dankt Herrn Thomas Czihal für wertvolle Hinweise und Datenauswertungen.

² Busse R. Wie sollte die Notfallversorgung in Berlin und Brandenburg im Jahr 2030 aussehen? Präsentation, TU Berlin, 11.11.2015- https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Potsdam_2015.11.11.bw-Notfallversorgung2030.pdf

³ Vgl. WIdO Qualitätsmonitor 2017

⁴ Mansky T, Drogan D, Nimptsch U, Günster C. Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland. WIdO Qualitätsmonitor 2017, S. 201

⁵ Vgl. Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C, Schang L. Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Germany. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen 2015, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/295573/ASCS-Germany-2015-rev1.pdf?ua=1

Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C. Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland, Endbericht Juli 2015 http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/3-Endbericht_Sundmacher_2015-10-27.pdf

⁶ vgl. Albrecht M. Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung, Ergebnisbericht Projektphase I. 28.03.2015 IGES Berlin, Berlin siehe S. 78; http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Ergebnisbericht_Ambulantes_Potential_Notf%C3%A4lle_2015_03_19.pdf

⁷ vgl. Albrecht M, Zich K. Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung, Ergebnisbericht Projektphase II. 19.07.2016 IGES Berlin, S. 58; http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/IGES-Bericht-Ambulantes_Potential-Teil_II-final-2016_07_19.pdf

⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=OXGI7iGKDXU>

⁹ Vgl. z.B. Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A, Möckel M. Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0042-100729; Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede CE. Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0042-112459

Ambulante Notfallversorgung

Auf der Suche nach dem Königsweg

Seit Jahren gibt es Streit zwischen den Sektoren um Verantwortlichkeiten und Lösungsstrategien für die steigende Inanspruchnahme stationärer Rettungsstellen durch ambulante Patienten. Auf einer Zi-Tagung Ende Mai in Berlin, auf der zwar vor allem ein thematisch größer gefasstes Gutachten zur generellen Ambulantisierung des Gesundheitswesens vorgestellt wurde (wir berichteten kurz im KV-Blatt 07/2017), wurden interessante Ansätze für den Bereich Notfallversorgung präsentiert.

Hauptthema der Tagung war die Vorstellung und Kommentierung eines Gutachtens im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), welches, unter der Prämisse einer Verbesserung des Patientenwohls und nach eingehender Analyse, Handlungsoptionen für den gesamten Rahmen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit entwickelt. Die vier Gutachter argumentieren ganz bewusst auf der Annahme, dass die Grundzüge des heutigen Gesundheitswesens „das Fundament einer erfolgreichen Weiterentwicklung des Systems bleiben“. Daher konzentrieren sich die konkreten Empfehlungen der Gesundheitswissenschaftler Dr. med. Eckhard Nagel, Dr. med. Benno Neukirch, Dr. Andreas Schmid und Gerhard Schulte für die Notfallversorgung auf die Anfang 2016 per Gesetz etablierten sogenannten Portalpraxen und hierfür bereits länger diskutierte Empfehlungen, wie beispielsweise Öffnungszeiten auch über die sprechstundenfreien Zeiten hinaus.

Als Mittel der Steuerung wird zudem eine **Notfallgebühr**, hier in Höhe von 20 Euro, aufgeworfen (10 Euro für

zuzahlungsbefreite Patienten). Eine Idee, die seit Einführung dieser vorgeschalteten Triage-Einheiten immer wieder ins Spiel gebracht wird – von verschiedenen Seiten und in unterschiedlichen Höhen. Auch ein eigener **Budgettopf „Notfallversorgung“** für die Schnittstelle von ambulant und stationär wird immer wieder gefordert, Anfang Juli beispielsweise gerade von der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Herausforderung „Triage“

Die Problemfelder Finanzierung und Flatrate-Mentalität sprach Tino Sorge (CDU), Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages, anschließend in seinem Kurzkomentar ebenfalls an. Auch wenn er sich persönlich gerne als Fan des Lotsenprinzips oute, dürfe sich der Patient dabei nie bevormundet fühlen, das führe nur zu Trotzreaktionen. Eine Einschätzung, die sein Co-Kommentator Boris Velter (SPD), seit Dezember 2016 Staatssekretär in der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, teilte: Die Triage sei keineswegs trivial, sondern führe häufig zu langen Diskussionen mit den Patienten.

An der Optimierung hat, ebenfalls ein Zi-Auftrag, derzeit das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) gearbeitet, das am 6. September 2017 der Öffentlichkeit präsentiert wurde (siehe Infokasten auf S. 63). **Wichtigste Anforderung an das Instrument einer standardisierten „Ersteinschätzung“ – der dort anstatt „Triage“ bevorzugte Begriff – ist laut Prof. Dr. Joachim Szecsenyi das sichere Erkennen „abwendbar gefährlicher**

Verläufe“, also der echten Notfälle, am gemeinsamen Tresen genauso wie am Telefon.

Einschätzen und gleich ambulant behandeln

In Baden-Württemberg will die Kassenärztliche Vereinigung auch noch in diesem Jahr ein solches Instrument an den Start bringen. Per Callcenter sollen die Patienten aber nicht nur in das richtige Versorgungssetting geleitet, sondern vor allem im ambulanten Bereich gehalten werden. Erkannte Notfälle werden direkt an den Rettungsdienst weiterverbunden. Ist jedoch die erste Einschätzung nicht ganz so lebensgefährdend, erhält der Patient einen Rückruf von einem Arzt, der eine medizinische Empfehlung aussprechen oder einen Termin, wenn nötig auch taggleich, bei einem niedergelassenen Kollegen anbieten kann.

Mit dem **„Doc Direkt“-Projekt**, das zunächst als Modell in zwei unterschiedlichen Settings anläuft, soll auch dem wachsenden Hausärztemangel in ländlichen Regionen begegnet werden. Die Zielgruppe umfasst daher neben denjenigen, die gemeinhin als Verursacher der gesteigerten Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in Rettungsstellen gelten, also jüngere Patienten von 25 bis 45 Jahren und Menschen in Großstädten und Ballungsräumen, auch ganz klar die Patienten ohne eigenen Hausarzt. Zielmarke wiederum ist laut später veröffentlichtem Ärztezeitungs-Interview mit dem Vorstandsvize Dr. Johannes Fechner die abschließende Beratung oder Behandlung im ambulanten Sektor von 10 bis 15 Prozent der Anrufer.



Fortsetzung von Seite 61

Ausgelagerte Triage

Um rund ein Drittel will auch ein schwedisches Krankenhaus in der Hauptstadt Stockholm die Inanspruchnahme seiner Notaufnahme durch erwachsene Patienten reduzieren. Das neu gebaute Spital soll hochspezialisierte Leistungen anbieten, der Direktzugang für die Notaufnahme komplett geschlossen werden. Notfallpatienten werden nur aufgenommen, wenn sie mit Rettungswagen oder -hubschrauber ankommen, wiedereinbestellt oder von anderen Ebenen des Gesundheitswesens eingewiesen werden. Die Triage findet also an anderen Stellen

des Systems statt: zum Teil schon über eine telefonische und internetbasierte Informations- und Patientensteuerungsplattform („Vårdguiden“), natürlich die Haus- und Fachärzte sowie andere Krankenhäuser. **Der Grundgedanke hinter dem Projekt ist die fortschreitende Spezialisierung der Ebenen auch in der Notfallbehandlung und eine daraus resultierende konsequente Patientensteuerung.**

Der für die ganze Region Stockholm gültige Plan wurde 2012 implementiert und laut Dr. Erland Löfberg und Prof. Katarina Göransson aus hier bekannt klingenden Gründen entwickelt: u.a.

gab es lange Wartezeiten und Patienten wurden nicht auf dem für sie zuständigen Level behandelt. Ebenso bekannt muten auch die noch offenen Fragen zum geplanten Prozess an: Wie genau steuern die vorstationären Ebenen, wie sicher ist deren Diagnose? Wo stehen die Patienten am Ende wirklich vor der Tür? Die Suche nach dem Königsweg der Notfallbehandlung geht weiter.

Ronja Witt
Öffentlichkeitsarbeit KV Berlin

Zur Notfallversorgung

Das Thema Notfallversorgung wird die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in Berlin auch künftig beschäftigen. Das KV-Blatt 12/17 wird sich daher schwerpunktmäßig der Notfallversorgung in Berlin widmen und die Vorstellungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin präzisieren.

red

Anzeige



Erste Hilfe.



Selbsthilfe.

Wer sich selbst ernähren kann, führt ein Leben in Würde. brot-fuer-die-welt.de/selbsthilfe



Würde für den Menschen.

Wie können Patienten gezielt in die für sie geeignete Versorgung gesteuert werden?

AQUA-Institut legt ein von Zi beauftragtes Konzept vor

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) will Fehlentwicklungen in der Notfallversorgung begegnen und ist daher der Frage nachgegangen, wie Patienten gezielt in die für sie passende Versorgung gesteuert werden. Im Auftrag des Zi hat das Göttinger AQUA-Institut eine Bestandsaufnahme und ein entsprechendes Konzept erstellt, das am 6. September 2017 von Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi, der Öffentlichkeit präsentiert wurde. Es wurde auf der Grundlage von Experteninterviews, Workshops und einer internationalen Literaturrecherche entwickelt.

Zentrale Punkte sind

- eine standardisierte Ersteinschätzung, wenn Patienten in der Notaufnahme eines Krankenhauses erscheinen, mit anschließender Weiterleitung in die stationäre oder ambulante Versorgung,
- und idealerweise eine bereits im Vorfeld eines Rettungstellenbesuchs erfolgte Kontaktaufnahme mit der bundesweit geltenden Nummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116117 durch den Patienten zur Einschätzung und gezielten Versorgungssteuerung.

Ergebnis der wissenschaftlichen Erkenntnisse: Etwa 30 Prozent aller Patienten, die in einer Krankenhaus-Notaufnahme behandelt werden, könnten besser ambulant versorgt werden. Die Spitze der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kommentierte die Veröffentlichung mit Verweisen auf die Wichtigkeit der passgenauen Versorgung für den Patienten und die Notwendigkeit der Kooperation aller Beteiligten im System: „Unnötige stationäre Behandlungen kosten das Gesundheitssystem jedes Jahr mehrere hundert Millionen Euro, die anderswo sinnvoll ausgegeben werden können. Wir wollen dieses Problem lösen und Patienten helfen, die richtige Versorgung zum richtigen Zeitpunkt zu finden“, erklärte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV. Und der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Stephan Hofmeister, ergänzte: „Das Gutachten des AQUA zeigt, wie wichtig es ist, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst, die Notaufnahmen am Krankenhaus und der Rettungsdienst mehr miteinander kooperieren. Wo immer möglich, sollte der Versicherte bereits am Telefon eine Erstberatung bekommen.“

Den Projektbericht des AQUA-Instituts „Instrumente und Methoden zur Ersteinschätzung von Notfallpatienten“ zum Download finden Sie unter:

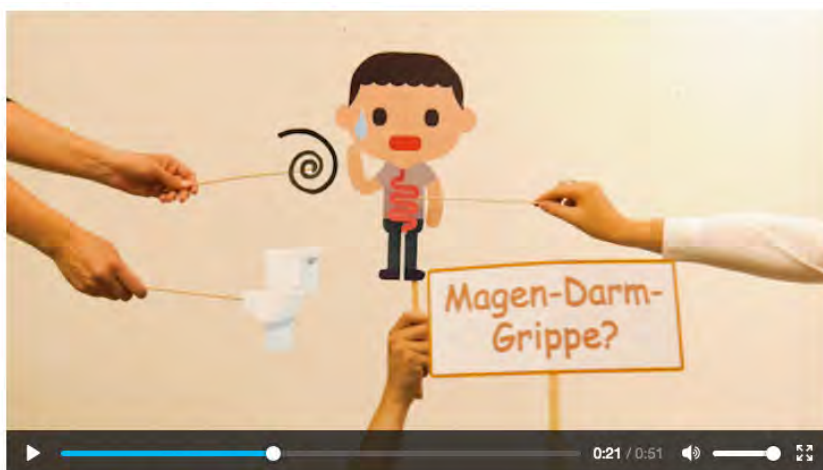
https://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/Gutachten/Projektbericht_aQua-Institut_Ersteinschätzung_von_Notfallpatienten.pdf

11. Oktober 2017

Tag des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Seit über fünf Jahren erreicht man den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der einheitlichen Telefonnummer 116117, durchschnittlich nutzen diese nachts und am Wochenende bereits rund sechs Millionen Patienten. Da aber immer noch zu viele mit nicht lebensbedrohlichen Beschwerden doch den Rettungsdienst rufen oder eine Notaufnahme aufsuchen, verstärken die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die KVen die Kommunikation der Nummer.

So wird es am 11. Oktober einen „Tag des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes“ geben, an dem die KVen regional ihren Bereitschaftsdienst vorstellen. Die KBV unterstützt dies in Berlin mit einer Pressekonferenz zum Thema und produziert einen Radiospot. Bereits online ist ein neues Video, welches veranschaulicht, wann der ambulante Bereitschaftsdienst zuständig ist (<http://www.kbv.de/html/30737.php>).



In Berlin ist die Leitstelle des ÄBD seit 2012 unter der 116117 erreichbar, mit einer großen Kampagne im nächsten Jahr soll das nun noch aktiver beworben werden. Der erste Aufschlag wird schon während der Scheinabgabe diesen Monat gemacht: Mitglieder können sich mit Materialien und Patienteninformationen zur

116117 entdecken sowie sich über die Mitarbeit im fahrenden Dienst oder an den festen Standorten, zum Beispiel der Portalpraxis am Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) in Marzahn, informieren.

red

Aufruf der Caritas

Das Berliner Arztmobil benötigt Hilfe

Das Caritas Arztmobil hilft seit über 20 Jahren kranken obdachlosen Menschen auf den Straßen Berlins. Wir, ein multiprofessionelles Team, begleitet von ehrenamtlich tätigen ÄrztInnen, fahren in einem ausgebauten Kleinbus dorthin, wo diese Menschen sich aufhalten: Anlaufstellen, Suppenküchen, Notübernachtungen, aber auch Parks und „unter der Brücke“. Neben Beratungen und Kontaktarbeit geht es vor allem um die medizinische Betreuung; viele unse-

rer PatientInnen besitzen weder eine Krankenversicherung noch Geld, um sich Medikamente oder Hygienemittel zu kaufen.

Armut macht krank – wir möchten weiterhin etwas dagegen tun. Pro Jahr werden rund 1.800 Behandlungen durchgeführt, dazu benötigen wir IHRE Hilfe! Wir suchen ehrenamtlich tätige Ärztinnen und Ärzte, die Lust haben, uns in unserem Bus zu begleiten. Wir

bieten Ihnen neben einem freundlichen und engagierten Team eine spannende Tätigkeit, abseits der alltäglichen Praxis-Pfade.

Weitere Informationen zum Caritas Arztmobil finden Sie unter caritas-berlin.de/spendenundhelfen/spenden/spendenprojekte/wohnungslosenhilfe/arztmobil/arztmobil. Gerne beantworten wir Ihre Fragen: arztmobil@caritas-berlin.de

Gesundheitsforum in der Urania

Zur (R)evolution der Notfallversorgung

Die Landesgesundheitskonferenz Berlin, in der auch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin Mitglied ist, veranstaltet am Mittwoch, den 18. Oktober in der Urania ein Gesundheitsforum zum Thema „Wohin soll sich die Notfallversorgung in Berlin entwickeln? – Evolution oder Revolution?“. Vertreterinnen und Vertreter aus ärztlicher Selbstverwaltung, Klinik und Politik diskutieren über die Zukunft der Notfallversorgung in Berlin.

Das Gesundheitsforum richtet sich an interessierte Berlinerinnen und Berliner sowie an eine breite Fachöffentlichkeit. Weiter sollen Entschei-

dungsträger sowie Mitarbeiter/innen der Ärzteverbände, Kliniken und der Krankenversicherung, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Patienten- und Selbsthilfe-Vertretungen, Vertreter/-innen aus Politik und Verwaltung angesprochen werden.

Die Veranstaltung wird mit Impulsbeiträgen zum Stand der Notfallversorgung in Berlin eingeleitet. Auf dem Podium diskutieren Boris Velter, Staatssekretär für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Karin Stötzner, Patientenbeauftragte des Landes Berlin, Prof. Dr. Martin Möckel, Charité Berlin, Kerstin Bockhorst, GKV-Spitzen-

verband sowie Dr. Burkhard Ruppert, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, über Strategien und Perspektiven einer zeitgemäßen Notfallversorgung für die Metropole.

Gesundheitsforum „Wohin soll sich die Notfallversorgung in Berlin entwickeln?“ – Mittwoch, 18.10.2017, 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr, Urania, An der Urania 17, 10787 Berlin, urania.de. Die Teilnahme ist kostenlos, um eine Anmeldung unter anmeldung.gesundheitbb.de wird gebeten.

red

Noch Plätze frei

Fachtag Frühe Hilfen am 11. Oktober in der KV Berlin

Für den gemeinsamen Fachtag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin und der Landeskoordinierungs- und Servicestelle Berlin Netzwerke Frühe Hilfen, der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zum Thema

Frühe Hilfen und ärztliche Versorgung – Gemeinsam stark für ein gesundes Aufwachsen

sind noch Anmeldungen möglich. Für Mittwoch, den 11. Oktober 2017 sind alle interessierten Fachärzte und Psychotherapeuten, die in ihrer Praxis werdende Eltern, Kinder oder Familien mit Kindern behandeln, eingeladen. Die Teilnahme ist gratis, wir freuen uns auf zahlreiche Anmeldungen unter seminare@kvberlin.de.

- | | |
|--------------|--|
| 12:00 | Ankommen mit Imbiss |
| 12:30 | Begrüßung Frau Dr. med. Margret Stennes, <i>Vorstandsvorsitzende KV Berlin</i>
Grußworte:
Frau Sigrid Klebba (angefragt), <i>Staatssekretärin für Jugend, SenBkJF</i>
Herr Boris Velter (angefragt), <i>Staatssekretär für Gesundheit, SenGPG</i>
Herr Dr. med. Burkhard Ruppert, <i>Stellv. Vorstandsvorsitzender KV Berlin</i> |
| 13:00 | Vortrag I – Dr. med. Rainer Böhm
Stressbelastungen in den ersten Lebensjahren aus entwicklungsmedizinischer Sicht |
| 14:00 | Vortrag II – Dipl.-Psych. Bärbel Derksen
Sichere Bindung – Schutzfaktor für die frühkindliche Entwicklung und Fokus in den Frühen Hilfen |
| 15:00 | Kurze Pause |
| 15:15 | Austausch und Posterpräsentation an den Beirgstischen und dem IQZ-Tisch |
| 16:15 | Pause – Teilnahme an der Feedback-Aktion |
| 16:30 | Auswertung , Abschluss, Verabschiedung |
| 17:00 | Ende |

Gesundheitskollektiv Berlin

Ein Gesundheits- und Sozialzentrum am Neuköllner Rollberg

Der größte Einflussfaktor auf die Gesundheit der Menschen sind die sozialen Bedingungen. Sogar in wohlhabenden Ländern wie Deutschland besteht ein Unterschied in der Lebenserwartung von Menschen mit geringem Einkommen zu Menschen mit hohem Einkommen von 8 bis 11 Jahren. Ausgehend von dieser Erkenntnis entwickeln wir einen Gegenentwurf zur derzeitigen Gesundheitsversorgung, in dem wir im Sinne der Verhältnisprävention soziale Determination von Gesundheit in den Fokus unserer täglichen Arbeit rücken. Dazu gründen wir ein kiezorientiertes, partizipatives, multiprofessionelles Gesundheits- und Sozialzentrum in Neukölln, das sich an den spezifischen Bedarfen der dortigen Bevölkerung orientiert.

Eine abgestimmte Zusammenarbeit von primärmedizinischer Versorgung (z. B. als MVZ organisiert), Gemeinwesenarbeit, Beratung sowie partizipativer Qualitätssicherung und Forschung stellen die Grundlagen des von uns geplanten Zentrums dar und spiegeln die gesundheitlichen Herausforderungen sozial benachteiligter urbaner Regionen wider. Unser multiprofessionelles Team widmet sich aufgrund der unterschiedlichen Blickwinkel Fragen der Gesundheit in all ihrer Komplexität. Es agiert dabei sowohl auf der individuellen als auch auf der Populationsebene, um gesundheitsschädigende Systembedingungen zu identifizieren. In interdisziplinären Besprechungen suchen wir nach Problemlösungen und fördern den Wissenstransfer zwischen den Berufsgruppen.

Wir werden dadurch eine konkrete Alternative zu den derzeitigen Versorgungsstrukturen entwickeln, in der Pro-



Foto: privat

Intensive Diskussion über das kommende Gesundheitskollektiv in Neukölln.

fitinteressen keinen Platz haben, Qualität statt Quantität gilt und Gesundheit als Grundrecht verstanden wird.

Erhöhung der Gesundheitskompetenz

Durch Stärkung partizipativer Elemente auf allen Ebenen werden die BesucherInnen des Zentrums zu aktiv Beteiligten auf Augenhöhe. Empowerment und Unterstützung von Selbstorganisation stehen im Mittelpunkt. Durch die Ausbildung interkultureller GesundheitslotsInnen wird die Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen sprachlichen und kulturellen Hintergründen verbessert und die Gesundheitskompetenz erhöht. Eine enge Kooperation mit Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern sowie weiteren sozialen Einrichtungen und Initiativen soll eine umfassende Betreuung der Bevölkerung ermöglichen.

Die Orientierung an den Bedarfen im Kiez entwickeln wir durch Einbeziehung regionaler Akteure bei der Planung unserer Angebote und

Aktivitäten. Den PatientInnen bieten wir ausführliche systematische Umgebungsanalyse bei Erstvorstellung im Zentrum an, um frühzeitig soziale Bedarfe mit einbeziehen zu können.

Obwohl politisch und wissenschaftlich vielfach gewünscht, lassen die bestehenden Strukturen im deutschen Gesundheitswesen eine Finanzierung der skizzierten Arbeitsweise aus einem Guss nicht zu und können beispielsweise bei enger Kooperation zwischen den Leistungserbringern gar unter strafbewehrten Korruptionsverdacht geraten. In anderen Ländern existieren vergleichbare Finanzierungskonzepte, z. B. in Kanada (community health centers). In Deutschland sehen wir bei den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) interessante Anknüpfungspunkte. Ob wegweisende Projekte des Innovationsfonds mittel- und längerfristig Veränderungen bringen, ist derzeit noch nicht absehbar.

Wir haben uns intensiv mit bereits erprobten vergleichbaren Projekten im

In- und Ausland auseinandergesetzt. An den aus der Gesundheitsbewegung der 1970er und 80er Jahre hervorgegangenen Gruppenpraxen und Gesundheitszentren, den Polikliniken der DDR und den in vielen anderen Ländern existierenden Gesundheitszentren mit einem vergleichbaren Ansatz haben wir Nachahmenswertes und Vermeidbares gelernt.

Im Gesundheitskollektiv Berlin sind über 20 Menschen vorwiegend ehrenamtlich mit Berufen aus Sozialarbeit, Pflege, Medizin, Gesundheitswissenschaften, Pädagogik und Psychotherapie aktiv. Seine Anfänge nahm es vor einigen Jahren im Hamburger Medibüro für medizinische Versorgung für Menschen ohne Papiere.

Die dortigen Erfahrungen gaben den Anstoß, Gesundheitssysteme anders zu denken und Ideen für Alternativen zu entwickeln. Inzwischen bildet sich ein Netzwerk von Initiativen, die in mehreren Städten ähnliche Konzepte verfolgen. Als Erstes ist unser Schwesterprojekt in Hamburg im Stadtteil Veddel am 01.01.2017 an den Start gegangen.

Ein größeres Fördervolumen haben wir von der Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen der Förderschiene PORT (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) erhalten. Weitere Förderungen, auch für Forschungs- und Präventionsprojekte noch vor der Eröffnung, sind beantragt oder in Vorbereitung.

Das Gelände der ehemaligen Kindl-Brauerei im Rollbergviertel in Nord-Neukölln, von der Schweizer Stiftung Edith Maryon erworben, wird unser Standort werden. Etliche weitere soziale Initiativen und Wohnprojekte sind hier geplant. Die Fertigstellung der Immobilie ist für Sommer 2019 vorgesehen.

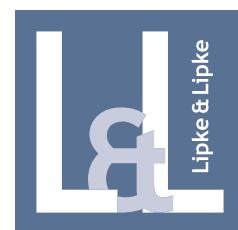
Gesundheitskollektiv Berlin e. V.
Am Sudhaus 2
12053 Berlin
geko-berlin.de

Für das Gesundheitskollektiv: Michael Janßen, niedergelassener Hausarzt in Berlin-Neukölln

Anzeige

„Wenn aus Partnern Freunde werden!“

Dr. med. Rosemarie S., Kinderärztin, Berlin



Arzt abrechnung.com

Danke, das macht uns glücklich!

Warum? Weil wir als **Abrechnungsstelle** immer erreichbar sind und jeden Mandanten persönlich kennen. Weil wir anfassbar sind und echte Hand- und Kopfarbeit machen. Und das seit 20 Jahren mit unserer stetig wachsenden Mandantenfamilie.

Rufen Sie uns an: 0160-8835573



Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin – Körperschaft des öffentlichen Rechts – ist eine gesetzlich verankerte Institution der zur Behandlung von Kassenpatienten berechtigten Ärzte und Psychotherapeuten in Berlin. Sie sorgt dafür, dass die ambulante medizinische Versorgung in der Hauptstadt rund um die Uhr und auf hohem Qualitätsniveau gewährleistet ist.

Zur Verstärkung des Teams der Beratungsärztinnen und -ärzte suchen wir auf Vollzeitbasis zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Arzt (w/m)

Sie werden zwischen den Erwartungen und Sorgen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie psychologischen Psychotherapeuten/-innen und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin mit ihrer gesetzlich vorgegebenen Verwaltungsaufgabe vermitteln und die Verwaltungsmitarbeiter in allen medizinischen Fragestellungen unterstützen.

In Ihre Beratungstätigkeit bringen Sie Ihr erworbenes medizinisches Wissen und Ihre Erfahrungen ebenso ein wie die aus der Beobachtung des medizinischen Fortschritts gewonnenen neuen Erkenntnisse. Sie haben Freude an der wissenschaftlichen Arbeit und haben sich dabei den Blick für die praxisrelevanten Schwerpunkte bewahrt.

Wir erwarten eigenständiges Arbeiten, aber auch Ihre Mitwirkung in Gremien und Ausschüssen der ärztlichen Selbstverwaltung. Wichtig ist uns, dass Sie Ihre positive Einstellung zur Kassenärztlichen Vereinigung Berlin auch in der Außenwirkung vermitteln können. Sehr gute Kenntnisse der MS-Office-Produkte setzen wir voraus.

Wir bieten Ihnen:

- ▶ ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis und einen verkehrsgünstig gelegenen Arbeitsplatz
- ▶ flexible Arbeitszeitregelungen (Gleitzeit)
- ▶ eine Eingruppierung nach TV-L gemäß den für die Beschäftigten des Landes Berlin geltenden Entgelttabellen sowie eine tarifvertraglich vereinbarte Jahressonderzahlung
- ▶ ein vergünstigtes Nahverkehrsticket
- ▶ die Möglichkeit der Entgeltumwandlung zugunsten einer Versorgungszusage

Diskretion und die vertrauliche Behandlung Ihrer Bewerbung sind selbstverständlich. Wir fördern die berufliche Gleichstellung von Frauen und Männern. Ebenso begrüßen wir auch die Bewerbung von Menschen mit Migrationshintergrund. Schwerbehinderte Bewerberinnen und Bewerber werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. Die Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht.

Das klingt interessant für Sie? Dann freuen wir uns auf Ihre aussagefähigen und vollständigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung und der **Kennziffer 29_2017 bis zum 20.10.2017** – entweder per Post an die untenstehende Adresse oder per E-Mail an kvbewerbung@kvberlin.de.

Inhalt

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen Oktober 2017

KV Berlin A1536

Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit der Knappschaft

KV Berlin A1534

Fördervertrag Onkologie

KV Berlin A1534

Betreuungsstrukturvertrag mit der AOK Nordost

KV Berlin A1535

Hinweis für Bewerbungen auf ausgeschriebene Arztsitze

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin schreibt auf Beschluss des Zulassungsausschusses die folgenden Vertragsarztsitze im Planungsbereich Berlin-Bundeshauptstadt zur Nachbesetzung aus.

Die Bewerbungsfrist für die hier aufgeführten Ausschreibungen endet am **12.10.2017**. Bewerbungen sind unter Angabe der jeweiligen Kennziffer an die KV Berlin, Abt. Arztregister, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin oder per Fax unter 030/31003-311 zu richten, Bewerbungen per E-Mail werden nicht akzeptiert. Es wird darauf hingewiesen, dass Bewerbungen, die nach Ende der Bewerbungsfrist eingehen, nicht berücksichtigt werden.

Nach Eingang der Bewerbung werden die Kontaktdaten der jeweiligen Praxis durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mitgeteilt. Die Kassenärztliche Vereinigung leitet nur solche Bewerbungen an den Zulassungsausschuss weiter, bei denen bis zum **26.10.2017** unter Angabe des nachzubesetzenden Vertragsarztsitzes mitgeteilt wird (z. B. durch einen Antrag auf Zulassung), dass die Übernahme des Vertragsarztsitzes weiter beabsichtigt wird (Vervollständigung).

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen Oktober 2017

Zulassungsverzicht zum Ende des Quartals	Praxissitz als	Planungsbereich Berlin-Bundeshauptstadt	Kennziffer
Vertragsarztsitz mit einem vollen Versorgungsauftrag			
baldmöglichst	Hausarzt/Int. (MVZ)	Steglitz-Zehlendorf (Zehlendorf)	347/10/17 HA
I/2018	Hausarzt/Arzt	Friedrichshain-Kreuzberg (Kreuzberg)	348/10/17 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Arzt	Steglitz-Zehlendorf (Steglitz)	349/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Arzt	Neukölln	350/10/17 HA
I/2018	Hausarzt/Allg.	Pankow (Prenzlauer Berg)	351/10/17 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Allg.	Mitte (Wedding)	352/10/17 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Allg.	Charlottenburg-Wilmersdorf (Charlottenburg)	353/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Arzt	Treptow-Köpenick (Köpenick)	354/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Allg. (öBAG)	Tempelhof-Schöneberg (Tempelhof)	355/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Int. (öBAG)	Treptow-Köpenick (Köpenick)	356/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Int.	Mitte (Wedding)	357/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Int.	Steglitz-Zehlendorf (Steglitz)	358/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Int.	Tempelhof-Schöneberg (Schöneberg)	359/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Int.	Reinickendorf	360/10/17 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Int.	Charlottenburg-Wilmersdorf (Charlottenburg)	361/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Allg.	Pankow (Prenzlauer Berg)	362/10/17 HA
I/2018	Hausarzt/Allg. (öBAG)	Mitte (Mitte)	363/10/17 HA
IV/2017	FA f. Augenheilkunde (öBAG)	Neukölln	368/10/17 Augen.
IV/2017	FA f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Steglitz-Zehlendorf (Zehlendorf)	372/10/17 Gyn.
IV/2017	FA f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Mitte (Mitte)	374/10/17 Gyn.
IV/2017	FA f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Charlottenburg-Wilmersdorf (Charlottenburg)	375/10/17 Gyn.
I/2018	FA f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe (öBAG)	Reinickendorf	376/10/17 Gyn.
IV/2017	FA f. Kinderheilkunde	Lichtenberg (Hohenschönhausen)	382/10/17 Kinder.
I/2018	FA f. Nervenheilkunde	Tempelhof-Schöneberg (Schöneberg)	384/10/17 Nerv.



Fortsetzung von Seite A1536

baldmöglichst	FA f. Orthopädie (freiberuflich im MVZ tätig)	Mitte (Wedding)	386/10/17 Orth.
IV/2017	FA f. Urologie (öBAG)	Charlottenburg-Wilmersdorf (Charlottenburg)	389/10/17 Uro.
Vertragsarztsitz mit einem halben Versorgungsauftrag			
baldmöglichst	Hausarzt/Allg.	Steglitz-Zehlendorf (Zehlendorf)	365/10/17 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Allg.	Tempelhof-Schöneberg (Schöneberg)	366/10/17 HA
IV/2017	Hausarzt/Int. (öBAG)	Lichtenberg (Lichtenberg)	367/10/17 HA
II/2018	FA f. Augenheilkunde (öBAG)	Charlottenburg-Wilmersdorf (Wilmersdorf)	369/10/17 Augen.
baldmöglichst	FA f. Chirurgie	Treptow-Köpenick (Köpenick)	371/10/17 Chir.
IV/2017	FA f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Tempelhof-Schöneberg (Schöneberg)	377/10/17 Gyn.
IV/2017	FA f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe (öBAG)	Tempelhof-Schöneberg (Tempelhof)	378/10/17 Gyn.
IV/2017	FA f. Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde	Treptow-Köpenick (Köpenick)	379/10/17 HNO
IV/2017	FA f. Innere Medizin/ Angiologie (öBAG)	Marzahn-Hellersdorf (Hellersdorf)	381/10/17 Innere Med.
baldmöglichst	FA f. Nervenheilkunde	Tempelhof-Schöneberg (Tempelhof)	385/10/17 Nerv.
IV/2017	FA f. Urologie (öBAG)	Mitte (Mitte)	390/10/17 Uro.
Vertragspsychotherapeutensitz mit einem vollen Versorgungsauftrag			
z. Zt. keine Ausschreibungen			
Vertragspsychotherapeutensitz mit einem halben Versorgungsauftrag			
z. Zt. keine Ausschreibungen			
Achtung – Vertragsarztsitz mit einem vollen Versorgungsauftrag zur Fortführung in einem anderen Verwaltungsbezirk			
IV/2017	Hausarzt/Allg.	Spandau*	364/10/17 HA
baldmöglichst	FA f. Chirurgie	Neukölln, Spandau-Reinickendorf, Steglitz-Zehlendorf	370/10/17 Chir.
IV/2017	FA f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Spandau*	373/10/17 Gyn.
baldmöglichst	FA f. Haut- u. Geschlechts- krankheiten	Neukölln	380/10/17 Haut.
IV/2017	FA f. Physiotherapie (Physikalische und Rehabilitative Medizin)	Tempelhof-Schöneberg, Spandau	388/10/17 Physioth. (Physikal. u. Reh. Med.)
Achtung – Vertragsarztsitz mit einem halben Versorgungsauftrag zur Fortführung in einem anderen Verwaltungsbezirk			
IV/2017	FA f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Marzahn-Hellersdorf, Treptow-Köpenick, Mitte, Reinickendorf	383/10/17 Kinder. u. Jugend- psych. u. -psychoth.
II/2018	FA f. Orthopädie u. Unfallchirurgie (Rheumatologie)	Lichtenberg	387/10/17 Orth. u. Unfallchir.

Achtung – Vertragspsychotherapeutensitz mit einem vollen Versorgungsauftrag zur Fortführung in einem anderen Verwaltungsbezirk

z.Z. keine Ausschreibungen

Vertragspsychotherapeutensitz mit einem halben Versorgungsauftrag zur Fortführung in einem anderen Verwaltungsbezirk

z.Z. keine Ausschreibungen

öBAG = örtliche Berufsausübungsgemeinschaftspraxis
 üBAG = überörtliche Berufsausübungsgemeinschaftspraxis
 MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum
 BU = Beschäftigungsumfang
 * = Praxisverlegung erforderlich, da keine Praxisräume zur Verfügung stehen

Hinweistext:

Nach § 103 Absatz 3a SGB V entscheidet der Zulassungsausschuss über Anträge zur Nachbesetzung einer Praxis, wenn bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die Zulassung eines Vertragsarztes durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und von einem Nachfolger weitergeführt werden soll. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn der Versorgungsgrad in der Planungsgruppe zwischen 110 und 140 % beträgt und eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Er soll die Nachbesetzung ablehnen, wenn

der Versorgungsgrad höher als 140 % ist und die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt bei der Überschreitung der 140%-Grenze nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der sich bereit erklärt hat, die Praxis in einer Region fortzuführen, für die die KV mitgeteilt hat, dass wegen einer zu geringen Arztdichte ein erhöhter Versorgungsbedarf besteht.

Die KV Berlin hat gegenüber den Zulassungsgremien mitgeteilt, dass eine geringe Arztdichte und damit ein Versorgungsbedarf überall dort besteht, wo der gemäß „Letter of Intent“ festgestellte Versorgungsgrad im Verwaltungsbezirk geringer ist als der Versorgungsgrad im Planungsbereich Berlin-Bundeshauptstadt. Informationen zum Versorgungsgrad im Planungsbereich Berlin und im jeweiligen Verwaltungsbezirk können dem „Letter of Intent“ auf den Internetseiten der KV Berlin und des Gemeinsamen Landesgremiums gemäß § 90a SGB V (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung) entnommen werden.

Begleiterkrankungen bei Diabetes mellitus

Beitritt der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) zum Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Patienten mit Diabetes mellitus mit der DAK-Gesundheit

vom 07.08.2017/11.08.2017 und 24.08.2017

Mit Wirkung zum 15.08.2017 hat die KKH ihren Beitritt zu dem o. g. Vertrag erklärt. Die teilnehmenden Ärzte wurden per Rundschreiben informiert.

Der vollständige Vertragstext ist auf der Internetseite der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus DAK-Gesundheit und KKH veröffentlicht.

Begleiterkrankungen bei Diabetes mellitus

Protokollnotiz zum Beitritt der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) zum Vertrag zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Patienten mit Diabetes mellitus mit der DAK-Gesundheit

vom 10.08.2017 und 24.08.2017

Durch den Beitritt der KKH zum o. g. Vertrag mit der DAK-Gesundheit stehen die Anlagen 8 bis 10 (Versicherteninformation, Teilnahmeerklärung und Datenschutzmerkblatt) gesondert für KKH- und DAK-Gesundheit-Versicherte ab dem 15.08.2017 auf der Homepage der KV Berlin bereit.

Die Anlage 11 (Teilnahmeerklärung Arzt) gilt sowohl für die Teilnahme am Vertrag mit der DAK-Gesundheit als auch für die der KKH. Die Teilnahme am Vertrag mit nur einer der beiden Krankenkassen ist nicht möglich.

Alle bisher erteilten Abrechnungsgenehmigungen gelten ab dem 15.08.2017 auch für die Abrechnung von Leistungen für Versicherte der KKH.

Die teilnehmenden Ärzte wurden per Rundschreiben informiert.

Der vollständige Vertragstext ist auf der Internetseite der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus DAK-Gesundheit und KKH veröffentlicht.

01/10/17

Vertrag über programmierte Schulungen Diabetes mellitus Typ 2 mit der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)

3. Änderungsvereinbarung zum Vertrag über die programmierte ärztliche Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

vom 26.07.2017

Die 3. Änderungsvereinbarung regelt die Erweiterung des Schulungsumfangs sowie die Anpassung der Vergütungshöhen analog dem Vertrag mit den Berliner Krankenkassen (verbänden) zur Durchführung des strukturierten

Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 auf der Grundlage von § 137f SGB V (DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2).

Der vollständige Vertragstext ist auf der Internetseite der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Disease-Management-Programme (DMP) > Diabetes mellitus Typ 2 veröffentlicht.

02/10/17

Vergütungserhöhung Kinderfrüherkennungsuntersuchungen mit der Knappschaft

3. Nachtrag zu den Verträgen nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10/U11 und J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Knappschaft

vom 21.08.2017

Im 3. Nachtrag zu den o. g. Verträgen zwischen der Knappschaft, Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination und der bvkJ Service GmbH wurde rückwirkend zum 01.07.2017 eine Vergütungserhöhung um 3 Euro auf 53 Euro je Untersuchung vereinbart.

Für die Bereitstellung und Nutzung der Vorsorgehefte des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

erhebt die vom BVKJ gegründete BVKJ Service GmbH im Rahmen der Untersuchungen zur U10, U11 und J2 eine eigene Sachkostenpauschale von 1,7 %, die die KV Berlin von der Vergütung je abgerechneter Untersuchung an die BVKJ Service GmbH abführt. Durch die Anhebung der Vergütung beträgt die neue Sachkostenpauschale 0,90 € (vorher: 0,85 €).

Der vollständige Vertragstext ist auf der Internetseite der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U10, U11, J2, Augen) veröffentlicht.

03/10/17

Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit der Knappschaft

Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordinierung der KVen und der KBV

vom 30.06.2017

Korrektur der amtlichen Bekanntmachung 01/09/17

Die Knappschaft hat in einem Schreiben mitgeteilt, dass die neuen Teilnahmeerklärungen der Versicherten (Anlage 2) nicht ab dem 01.10.2017, sondern zum 01.01.2018 Anwendung finden werden.

Bis zum 31.12.2017 können die alten Teilnahmeerklärungen verwendet werden.

Die teilnehmenden Ärzte wurden per Rundschreiben informiert.

Der vollständige Vertragstext ist auf der Internetseite der KV Berlin (www.kvberlin.de) unter Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Hausarztzentrierte Versorgung > Knappschaft veröffentlicht.

04/10/17

Anzeigenverwaltung KV-Blatt Berlin: finanzpark AG menthamedia · Margot Habjan
Tel. +49 (0)911 27400 0 · Fax +49 (0)911 27400 35 · E-Mail: kvb@menthamedia.de
Bankverbindung: Sparkasse Nürnberg · DE94 7605 0101 0011 2872 99 · BIC: SSKNDE77XXX

finanzpark AG
menthamedia
Anzeigenverwaltung
Margot Habjan
Kolpingweg 4
61231 Bad Nauheim

Inserent:

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon, Fax

Datum, Unterschrift

Für Ausgabe

Nr. _____

☐ nur diese

☐ diese + _____

☐ _____

Kosten

Zuzüglich: _____

Chiffre: 11,00
(separate Zeile)

Rahmen

um den Text:

bis 6 Zeilen: € 10,00

bis 14 Zeilen: € 20,00

ab 15 Zeilen: € 30,00

Abrechnung

Zeilenanzahl
× 6,00 = €

Chiffre €

Rahmen €

Gesamt €
incl. MwSt.

Preise pro Zeile	Anzeigentext
1 Z. 6,00	
2 Z. 12,00	
3 Z. 18,00	
4 Z. 24,00	
5 Z. 30,00	
6 Z. 36,00	
7 Z. 42,00	
8 Z. 48,00	
9 Z. 54,00	
10 Z. 60,00	
11 Z. 66,00	
12 Z. 72,00	
13 Z. 78,00	
14 Z. 84,00	
15 Z. 90,00	
16 Z. 96,00	
17 Z. 102,00	
18 Z. 108,00	
19 Z. 114,00	
20 Z. 120,00	
21 Z. 126,00	
22 Z. 132,00	

Hier endet
Ihr Text, wenn
Sie **Fettdruck**
wünschen.
Bitte markieren!

Hier endet
Ihr Text, wenn Sie
einen Rahmen
wünschen.

Chiffre:

ja ☐
nein ☐

Rahmen:

ja ☐
nein ☐

Gewünschte Rubrik:

Börse

☐ Verkäufe

☐ Ankäufe

☐ Tausch

Immobilien

☐ -gesuche

☐ -angebote

Kontakte

☐ Kooperationen

☐ Vertretungen

☐ Privat

Praxis

☐ -übernahme

☐ -tausch

☐ -abgabe

Stellen

☐ -gesuche

☐ -angebote

☐ Sonstiges

Zahlungsbedingungen: Wir können nur vollständig ausgefüllte Anzeigenaufträge berücksichtigen, sofern diese für die jeweilige Ausgabe rechtzeitig (siehe Anzeigenschluss im Impressum des Heftes) bei uns eingehen. Grundsätzlich gilt jeder Anzeigenauftrag für die nächste erreichbare Ausgabe des KV-Blattes. **Überweisen Sie bitte den vollständigen Betrag nach Erhalt der Rechnung.** Alle genannten Beträge beinhalten die derzeit gültige Mehrwertsteuer. Überbezahlte Beträge können aus organisatorischen Gründen nicht rückerstattet werden. Das Recht auf Ablehnung einzelner Anzeigen behalten wir uns vor. In einem solchen Fall informieren wir Sie und den Herausgeber. USt-IdNr: DE 813258865

Freitag, 6. Oktober

Psychoanalytisches Institut Berlin e.V. (PaIB): Lebensbedrohliche Erkrankungen, Endlichkeit und Spiritualität in Psychotherapien (Vortrag, 2 Fortbildungspunkte beantragt, Eintritt frei). Referent: Eckhard Frick. Uhrzeit: 20.0 Uhr. Ort: Psychoanalytisches Institut Berlin (PaIB), Goerzallee 5, 12205 Berlin. Anmeldung erbeten per Mail bis 29.09.2017 unter dilg@zedat.fu-berlin.de, Rückfragen telefonisch an Dipl.-Psych. Reiner Dilg unter 44 31 70 40.

13.10.-15.10.17

Gesunde (Ver-) Bindung gegen Burnout und Stress.
Info: 030 881 52 51
www.astrid-vlamynck.com

**24.11. (17.00 bis 20.00 Uhr)
und 25.11. 2017 (10.00 bis 16.00 Uhr)**

Anzeige

Selbsterfahrung und Supervision zum Thema „trans* und queere Geschlechtsidentitäten“ für Kolleg_innen, die mit trans* und queeren Menschen arbeiten. Das Einbringen von eigenen Behandlungsfällen – und -erfahrungen zum Thema ist ausdrücklich erwünscht. Anmeldung an: info@mari-guenther.de oder 0173 621 1265

Kosten für approbierte Kolleg_innen: 180.- Euro
Kosten für Ausbildungskandidat_innen: 120.- Euro

Freitag, 1. Dezember

Vivantes-Klinikum Kaulsdorf – Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik: Der (Gesprächs)Notfallkoffer für den Niedergelassenen. Therapeutische Flexibilität – Kurzinterventionen an Fallbeispielen. Schwierige Gesprächssituationen sicherer führen – mit der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) die Arbeit am Patienten kreativ, flexibel und werteorientiert gestalten. (Symposium, Fortbildungspunkte beantragt, Eintritt frei, wissenschaftliche Leitung Dr. med. Christoph Richter). Uhrzeit: 14.00 bis 17.00 Uhr. Ort: Vivantes-Klinikum Kaulsdorf, Myslowitzer Straße 45, 12621 Berlin. Anmeldung erbeten per Mail bis 15.11.2017 unter jutta.sowada@vivantes.de, Rückfragen telefonisch an Dr. med. Christoph Richter unter 130-173000.

**Sa,17.02.18, So,18.02.18
Sa, 28.04.18, So,29.04.18**

Anzeige

Curriculum - „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“
Veranstalter: PTK Berlin, Zentrum Überleben gGmbH, BAfF Akademie
Kosten: € 500,00
Zertifiziert mit 40 Fb-Punkten
Anmeldung:
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Fortlaufende Veranstaltungen

Anzeigen

Balint Intensiv Sonntage:
29. Oktober, 11. Februar (je 14 Punkte)
Autogenes Training Oberstufe:
25. und 26. November 2017 (20 Punkte)
Hypnose Aufbaukurs:
09. und 10. Dezember 2017 (20 Punkte)
Anmeldung: www.die-fortbilder.de
Infos bei Kerstin Sawade, 030 308836-15
Leitung: Dr. Dr. Sebastian Schildbach.

Seminarangebot Dr. med. Birgit Hanke „Immer nur reden?“ (19 CME-Punkte)
Körper- und erlebnisorientierte Interventionen in der Psychotherapie.
Modul 4: 11. / 12. November 2017
Balint am Mittwoch, 18:30-21:30 Uhr:
11. Oktober, 25. Okt., 08. November, 22. November, ... (je 5 CME / 2 DST)
Anmeldung: www.birgithanke.de
Auskünfte: 030 850767-44

Psychosomatische Grundversorgung

Kompaktkurs (80 Std)
an zwei Wochenenden (50 Std)
Balint intensiv: ein ½ Jahr,
1 x pro Monat (30 Std)
Alle Kurse werden ÄK-zertifiziert.
Tel. 030-3116204-70, Fax -71
Infos zur Anmeldung:
www.ipg-gesundheit.de

Theorie der Psychodynamischen Therapie mit psychosekranken Menschen.

Einführung: 14.10. und 11.11.2017.

Referenten: A. Navarro, M. Klar, S. Freichs, A. Lehmann, R. Kroschel.

Vertiefung an 6 weiteren Terminen 2018, beginnend mit: 27.01.2018, Günter Lempa, München.

Ort: AAI-Berlin, Neue Kantstr. 4, 14057 Berlin.

Uhrzeit: 9:00-12:30 und 14:00-17:30.

Kosten: 90 € pro Tag.

Anmeldung: Rekroschel@gmx.de

Immobilien-Angebote

Kollegin/e ab 2018 für freundliche Praxisräume in Mitte, Nähe Hackescher Markt, gesucht (75 m²). In Praxisgemeinschaft mit HNO, Dermatol., Physiother. Verkehrsgünstige zentrale Lage, gute Patientenstruktur, nettes Personal, Rezeption, Warteraum u. a. gemeinsam. info@hno-berlin-mitte.de

Schöner, 22m² großer Raum in psychiatrisch/psychotherapeutischer Praxis im Friedrichshain, U/S-Bahn nah, barrierefrei ab 04.09.17 zu vermieten. 01773763763

Untermieter / Nachmieter ab 10/17 für Praxisräume in Berlin Pankow gesucht: 110 m² im 1. OG mit Fahrstuhl (Ärztzuhause): 2 Räume mit zwischengeschaltetem kleinerem Zimmer & Kabine. Großzügiger Wartebereich. Tel: 0151-56958082.

STEGLITZ: PPT bietet Raum in Praxisgemeinschaft, 20qm, ruhige Lage, Nähe Schloss-Str. (U 9) ab sofort für Mitmieter*in, auch in einem verwandten Beruf. praxis-pfender@t-online.de

Vermiete

Praxisräume - Neubau - in 14641 Wustermark, Finkenweg 37a-37c ab dem 01.05.2018, ca. 170 qm, für Arztpraxis-, Physiotherapie- oder Podologie mit Fahrstuhl - auch für Krankentbett geeignet. Inmitten einer sehr ansprechenden Wohnanlage und mit S-Bahnanschluss. Zu erfragen: Frau Fiedrich, Tel.: 0152 54 896461

Friedenau-Schöneberg: PT-Raum, ruhig, zentral, charmant ab 07/18 zu vermieten. koch-praxis@t-online.de

Praxisräume 21m² oder 14m² in repräsentativer Praxis-Gemeinschaft in W'dorf nahe Rathaus Siberg zu vermieten, tages-/stundenweise, ab 1.10.17. Tel: 030/68058500

F'Hain: Sonnig-25qm-VT-Tagew.-AB-Dielen-U/S/Bus/Tram-nah. raum25@gmx.de

Immobilien-Gesuche

PPT su. Praxisräume zum Kauf (1-6 Zi.) im Südwesten Berlins 01731900905

Psychologischer Psychotherapeut (TP) sucht Praxisräume in Spandau zur Miete Mobil: 0162 / 2494622

Niedergelassene Psychotherapeutin sucht hellen Therapieraum in Berlin-Friedrichshain. Tel.:030/29364359

Suche Praxisraum für Psychotherapie/ Psychoanalyse in Charlottenburg-Wilmersdorf. Tel. 0172 - 561 64 16

FÄ für Psychiatrie/Psychotherapie mit eig. Zulassung sucht Praxisräume in einem Ärztehaus in Friedrichshain/Lichtenberg. Chiffre 71005

Psychotherapeutin (VT) sucht ruhigen Raum in Praxisgemeinschaft in Schöneberg in der Nähe zur S 1 oder nahe Wittenbergplatz/Nollendorfplatz zum 2. Quartal 2018, event. 1.Quartal möglich. Tel. 97888201

Anzeige

www.gesundheitszentrum-ukb.de
Ambulante Medizin vereint unter einem Dach.





**Gesundheitszentrum
am ukb**

Attraktive Praxisflächen in Marzahn

- ☉ Praxisräume bis 150 m²
- ☉ Barrierefreiheit im gesamten Gebäude
- ☉ Sicherheit des Gebäudes rund um die Uhr
- ☉ eigene Parkplätze/Parkhaus
- ☉ freie Gestaltung der Grundrisse möglich

Kontakt: Gesundheitszentrum am ukb | Warener Straße 1 | 12683 Berlin
Tel.: 030 - 201815 999 | E-Mail: sabine.zoerner@poliklinik-ukb.de

Letzte Flächen!
Bereits 97% belegt.

Anzeige

Suche Praxisräume für orthopädische Praxis in Berlin: Mitte, Pankow, Prenzlauer Berg, Friedrichshain, Wedding.
Voraussetzung: Radiologie in der Nähe.
Tel: 017668335520

Allgemeinarzt SP Psychotherapie und Homöopathie, Kassensitz Wilmersdorf, sucht 2-3 Praxisräume auch in Nachbarbezirken
E-Mail: herrmark@web.de,
Tel: 015253732262

Suche Praxisraum in Neukölln
TPLerin sucht ruhigen, hellen Praxisraum in einer Praxisgemeinschaft. Ich freue mich über Ihre Zuschrift.
Chiffre 71011

Praxis-Abgabe

Gynäkologische Praxis im Nordwesten Berlins ab 1.1.2018 abzugeben.
Chiffre 71004

Internistische/ hausärztliche Praxis in Berlin-Marzahn, dringend Nachfolger (m/w) gesucht
0171/ 8911415, s.hadjieva@yahoo.de

Gutgehende gynäkologische Praxis in Berlin-Lichtenberg sucht Nachfolger/ n. Kontakt: gynpraxisberlin@web.de

Gastroenterologische Praxis 2018 abzugeben
praxis-gastro@email.de

Gyn.-Praxis abzugeben, gerne mit Übergangszeit
eberling@pfc-online.de

Moderne EP Allg.medizin - Berlin Ost, Ärztehaus abzugeben
meinepraxis@gmx.info

Für die Geschäftsführung sucht AnthroMed Berlin-Brandenburg gGmbH, für unsere fünf Medizinischen Versorgungszentren, im Rahmen der Nachfolgeregelung zum 01.12.2017, oder früher, einen

Geschäftsführer (w/m)

Ihre Aufgaben:

- Eigenständige, proaktive Beratung und Unterstützung der ärztlichen MitarbeiterInnen bei allen personalrelevanten und organisatorischen Fragestellungen; Beratung der ärztlichen MitarbeiterInnen in Abrechnungsfragen (GKV + PKV) in enger Zusammenarbeit mit unserem Abrechnungscontrolling
- Mitverantwortung für die strategische und operative Steuerung und Entwicklung des Unternehmens, zusammen mit dem kaufmännischen Geschäftsführer
- Interesse an anthroposophisch erweiterter Medizin

Ihr Profil:

- Arzt (w/m) möglichst mit Zusatz- bzw. Aufbaustudium Gesundheitsmanagement oder erfolgreich abgeschlossenem wirtschaftswissenschaftlichem Studium im Bereich Human Resources
- KV-Abrechnungkenntnisse
- Führungserfahrungen
- Erfahrung im ambulanten medizinischen Bereich
- Erfahrung in lösungsorientierter Kommunikation und Konfliktmanagement

Wir bieten:

- verantwortungsvolle Führungstätigkeit
- interessante Aufgabe im Rahmen der Entwicklung der ambulanten Medizin
- leistungsgerechte Vergütung

Wenn wir Ihr Interesse an dieser Position geweckt haben, senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen bitte per E-Mail an jobs@anthromed-bb.de oder postalisch an die folgende Anschrift:

AnthroMed Berlin-Brandenburg gGmbH, Geschäftsführung,
Kladower Damm 221, Haus 24, 14089 Berlin

Große Hausärztliche Doppelpraxis in Berlin abzugeben.

Langfristig etabliert, hohe Scheinzahl.
Kontakt: mueller@promed-berlin.de

Praxis-Tausch

Praxistausch Psychotherapie (PP)

Suche: Halben oder ganzen KV-Sitz in Berlin
Biete: Halben KV-Sitz in Frankfurt am Main
Chiffre: 71012

Praxis-Übernahme

Gesundheitskollektiv geko-berlin.de

sucht 1/2 oder 1 Sitz Allg.Med, PsyTh u. Pädiatrie zu Ende 2018.
info@geko-berlin.de, 0176/78235458

KJP-Vtlerin; Appr. 2016, Zusatzqualifikation Gruppe, sucht 1/2 KV-Sitz zum Kauf ab Sommer 2018
Chiffre 71002

Hausarzt sucht KV-Sitz Hausarzt in Wilmersdorf-Charlottenburg. Halber oder Voller Versorgungsauftrag.
Tel.: 0177-3240320

Psychol. Psychotherapeut (TP) Approb. 2013, sucht 1/2 Sitz über Jobsharing
Tel: 015225797493

Anzeige

FA / FÄ für Augenheilkunde

für unsere Praxen an verschiedenen Standorten in Berlin / Land Brandenburg ab sofort gesucht, für konservativen und/oder operativen Bereich.
Abwechslungsreiche Tätigkeit in einem kompetenten Ärzte-Team, modernste technische Ausstattung, übertarifliche Bezahlung.

Lasermed Augenzentren MVZ GmbH, Bayreuther Straße 36, 10789 Berlin
E-Mail: zismann@lasermed.de (z.Hd. Frau Zismann)

Anzeige

Wir suchen ständig Nachfolger (m/w) für Arztpraxen in Berlin, wie z.B. aktuell für:

- **Gynäkologische Praxis in Zehlendorf,**
- **Hausarztpraxen in Berlin Lichtenberg, und Einstieg in bestehende**
- **Praxisgemeinschaft für physikalische und rehabilitative Medizin im Berliner Süden**

Service Center Berlin
Alexander Sörgel

Tel.: 030 28093610
Fax.: 030 280936122

Email: alexander.soergel@aerzte-finanz.de



Psychotherapeutische Praxis (kein MVZ) sucht ärztlichen oder psychologischen Psychotherapiesitz zum Kauf nach dem Modell Verzicht gegen Anstellung in Steglitz-Zehlendorf.
Chiffre 71010

Niedergel. Allgemeinarzt sucht einen halben oder vollen KV-Sitz für Allgemeinmed. im Bereich **Mitte, Prenzlauer Berg, Pankow.**
Mobile 0171 62 56 56 6

Hausarzt KV-Sitz im Wedding (1/2 od. ganz) gesucht f. MVZ-Gründung.
Hausarzt-im-Wedding@gmx.de

Jobsharing in Charlottenburg von Psychotherapeutin (TP, PA) gesucht zum Kauf eines 1/2 Sitzes. Bin freundlich und zuverlässig sowie mit der Organisation des Prozederes vertraut. 030-32708585
jobsharing.1@gmx.de

Kontakte-Kooperationen

Radiologe/in mit KV-Zulassung/ Praxisübernahme für moderne Rad. GP in Berlin-Lichtenberg gesucht.
Chiffre: 71001

Großes ambulant OP-Zentrum in Berlin-Reinickendorf hat noch freie OP-Kapazitäten für alle ambulant üblichen OP- und Narkoseverfahren. Bei Interesse bitte melden unter:
aoz-reinickendorf@gmx.de

FA/FÄ Augenheilkunde für moderne Doppelpraxis gesucht. Kassensitzerwerb möglich.
Chiffre 71003

FÄ für Psychiatrie/Psychotherapie mit eig. Zulassung in Friedrichshain sucht niedergelassene/n Neurologin/en zwecks Gründung einer Gemeinschaft in Friedrichshain/Lichtenberg.
Chiffre 71006

Allgemeinärztin in Niederlassung sucht interessierte Kollegen unterschiedl. Fachrichtungen + Psychotherapeuten mit Interesse an einer ganzheitl. ausgerichteten Berufsausübungsgemeinschaft im Zentrum Berlins.
aeskra@zurmitte.de

Fachärztin für Anästhesiologie mit KV-Sitz sucht für 2017/2018 Kooperation mit chirurgischen/anästhesiologischen Kollegen.
berlinmed@web.de

Allgemeinarzt mit SP Psychotherapie und Homöopathie, Kassensitz Wilmerdorf, sucht Kooperation, auch Nachbarbezirke
E-Mail: herrmark@web.de,
Tel: 015253732262

Suche Jobsharing-Partner in Berlin-Friedrichshain mit VT-Approbation.
Chiffre 71013

Stellen-Angebote

Praxis für Orthopädie/Unfallchirurgie in Köpenick sucht Assistenzarzt/ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin oder Orthopädie/Unfallchirurgie ab 01.08.2017. WB Ermächtigung f. 18 Mon. (Orthopädie/Unfallchirurgie)
Tel: 01637998888.

FÄ/FA für Allgemein-/ Innere Medizin - hausärztliche Versorgung von Praxisgemeinschaft in Neukölln/Britz zur Anstellung in Teil-/Vollzeit gesucht; späterer Einstieg und Sitzübernahme möglich.
s.k.ludwig@gmx.de

HNO Praxis bietet ab sofort mehreren TZ Stellen. Spätere Praxisbeteiligung, KV Sitz Übernahme möglich.
berlin-hno@web.de

Suche HNO FA/FÄ für Privatpraxisgemeinschaft.
Chiffre 71015

Allg.-med. Praxis in Heiligensee sucht **FA/FÄ** für Allgemeinmedizin zur Anstellung für ca. 30 Std. ab sofort oder später. Arbeitszeit und Vergütung nach Absprache. Eventuell spätere Übernahme eines 1/2 Praxissitzes möglich. Bei Interesse bitte E-mail an: drpaetzel@web.de oder Tel.: 0172 3809823.

FÄ/FA f. Allgemeinmedizin oder Innere Medizin

Für unsere Hausarztpraxis im Bezirk Steglitz/Zehlendorf suchen wir eine regelmäßige Vertretungsärztin/-arzt und Kooperationspartner; mittelfristig gern auch Praxiseinstieg
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung - Kontakt: KooperationspartnerBerlin@web.de

Fortsetzung von Seite 79

Anzeige

Hausärztliche Vertretung sowie längerfristige Mitarbeit gesucht!

Wir suchen ab sofort eine hausärztliche Vertretung und eine längerfristige Mitarbeit in unserem netten Team für den hausärztlichen Bereich in Pankow. Die hausärztliche Versorgung hat keine unmittelbare Spezialisierung, es besteht eine enge Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der Bereiche Psychotherapie, Familienpraxis und psychosoziale Versorgung. Kurzer Überblick:

<https://www.pinelmedizin.de/angebote/hausarztliche-versorgung/>

MVZ Pinel Pankow · Herr Marius Greuß
Joachimsthaler Straße 14 · 10719 Berlin
Telefon: 030 4848290, Mobil: 0172 30 95 664 · E-Mail: mg@medinet-berlin.de

Internist/in mit Interesse für Nephrologie in Festanstellung 30-40 Std./Wo., kein Nacht-/Sonntagsdienst für sofort gesucht.
Chiffre 71009

Approb. Psychotherapeutin zum 01.01.17 gesucht, Festanstellung 24-30h/Wo in Nervenarztpraxis in Neukölln, flexible Arbeitszeiten. Bewerbung: nervenpraxis@arcor.de

Das MVZ Berlin-Hellersdorf sucht zur Erweiterung der schmerztherapeutischen Sprechstunde eine Fachärztin/einen Facharzt für Allgemeinmedizin.

Wenn Sie an interdisziplinärer Schmerztherapie interessiert sind oder eine diesbezügliche Weiterbildung geplant oder bereits begonnen haben, erwartet Sie ein nettes, aufgeschlossenes Team und abwechslungsreiches Tätigkeitsfeld mit Perspektive. Bewerbungen richten Sie bitte an csaballus@t-online.de.

Nephrologe/in zum 01.04.2018 oder früher gesucht. Gerne Sono/Duplex-Kenntnisse. 30- 40 Std./Wo., kein Nacht- und Sonntagsdienst. Interessante Vergütung. Chiffre 71007

Anzeige



KVBB
Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Endlich angekommen: Arzt in Brandenburg

Endlich das eigene medizinische Konzept umsetzen. Endlich selbst bestimmen. Endlich in die Niederlassung.



Als **Hausarzt, Kinderarzt, Augenarzt, Gynäkologe** oder **Dermatologe** haben Sie viele Möglichkeiten, im Land Brandenburg tätig zu werden. Besonders gefragt sind gegenwärtig **Dermatologen** in **Templin** und **Frankfurt/Oder** und **Kinderärzte** in **Senftenberg**.

Egal ob in eigener Praxis, Zweigniederlassung oder als angestellter Arzt – die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) unterstützt Sie sehr gern.

Arzt sein, wo man auf Sie zählt.

Wir freuen uns auf Sie: 0331 98 22 98 – 22

Webseite: www.kvbb.de/aerzte-fuer-brandenburg

So schreiben Sie auf eine Chiffre-Anzeige im KV-Blatt:

Bitte schicken Sie Ihre Antwort auf eine Chiffre-Anzeige in einem verschlossenen Umschlag mit Ihren Absenderangaben an die folgende Anschrift:

finanzpark AG menthamedia, Margot Habjan,
Chiffre XXXX, Kolpingweg 4, 61231 Bad Nauheim

oder alternativ per E-Mail an chiffre@menthamedia.de

Ihre direkte Antwort an unsere Anzeigenverwaltung, die finanzpark AG, garantiert eine schnelle Weitergabe Ihrer Post an den Adressaten.

Onkologische Schwerpunktpraxis in Berlin, Treptow-Köpenick sucht:
Fachärztin, -arzt für Hämatologie und internistische Onkologie zum 1.1.2018. Es erwarten Sie beste Konditionen und ein gutes Betriebsklima.
Dr. Jörg Heßling 0179 4851352, joerg.hessling@gmx.de

FÄ/FA für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin Teil-/Vollzeit in Anstellung für moderne Gemeinschaftspraxis Hausarzt/Kardiologie ab sofort in Berlin gesucht. E-Mail: hausarztberlin@gmx.de

Gynäkologisches Team in Charlottenburg/Wilmersdorf sucht motivierte/n Kollegin/en zur Anstellung - Teilzeit möglich.
Kontakt per E-Mail: gyn_berlin@web.de

Schmerztherapie-Praxis in zentraler Lage sucht **FÄ/FA für Allgemeinmedizin/Innere Medizin** - Zusatzbezeichnung Akupunktur und/oder Spezielle Schmerztherapie erwünscht - zur Anstellung in Vollzeit, gerne ab sofort oder später. Sie freuen sich auf eine modern eingerichtete Praxis, nette Kollegen, geregelte Arbeitszeiten, überdurchschnittliche Vergütung und Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung. **Wir** freuen uns auf **Sie**. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an info@scb-mitte.de oder 030-25297160.

Stellen-Gesuche

Allgemeinarzt & Psychotherapeut 50+
su. PraxisRaum o. Mitarbeit.
01723912134

Psych. Pth. VT, 6T, EMDR, Sucht-Qual.,
Approb. 2013 sucht Jobsharing mit 1/2 Sitz, gerne bei Lehrtherapeut/in,
Chiffre 71008

Anzeigen



DGfAN
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.



Akupunktur, Neuraltherapie, Regulationsmedizin

Professionelle Fort- und Weiterbildung

- **Neuraltherapie im Erzgebirge**
Oberwiesenthal, 29.11. – 02.12.2017, Best Western Ahorn Hotel Birkenhof
- **8. Leipziger Update Regulationsmedizin**
Leipzig, 18. – 21.01.2018, Marriott Hotel
- **Neuraltherapie-Praxisseminar/Patientenvorstellung und Injektionstechniken**
Berlin, 16. – 17.02.2018, Praxis Dr. med. Uwe Günter

Informationen unter: www.dgfand.de, dgfan@t-online.de, Tel.: +49 3 66 51/5 5075

Ambulant. Kompetent. Umfassend

**Poliklinik
am ukb**

Wir suchen Sie.

Zur Unterstützung unseres Teams suchen wir

Fachärzte (w/m) in Voll- und Teilzeit

- 🕒 Allgemeinmediziner 🕒 Internisten 🕒 Dermatologen

Was wir Ihnen bieten:

- + interdisziplinäres Team
- + attraktives Grundgehalt
- + leistungsbezogene Vergütung
- + flexible Arbeitszeiten
- + große, moderne und exklusiv ausgestattete Praxis

www.gesundheitszentrum-ukb.de

Bewerbungen bitte an: Poliklinik am ukb | Warener Straße 1 | 12683 Berlin
Tel.: 030 - 201815 999 | E-Mail: sabine.zoerner@poliklinik-ukb.de

Praxisräume zu vermieten, Reinickendorf, gr. Einzugsbereich, U-Bhf. Residenzstr., 140qm, parterre, Behinderten-WC, großer Keller bzw. Lagerraum, Parkplätze, indiv. Raumaufst., Ausbau nach Mieterwünschen, 1.500 € + NK, 030/8035485 / hv_Schimpf@web.de.

Fortsetzung von Seite 81

Sonstiges

Anzeigen

**Suche med. Geräte für den
Eins. in Afrika. Tel. 0172/3194707,
medafrika@gmx.de**

**Entsorge kostenlos Med. Geräte.
Tel. 030/61094668, Fax: 030/31013365**

Anzeige

Für eine Frauenarztpraxis in Berlin

suchen wir einen
Nachfolger (m/w)

Bitte nehmen Sie Kontakt mit uns auf:

Beratung für Mediziner
René Deutschmann
Greifenhagenerstr. 62
10437 Berlin

Telefon: 030 / 43 73 41 60
Fax: 030 / 43 73 41 61
Email: info@bfmberlin.de
Internet: www.bfmberlin.de

Anzeige

PRAXISEINRICHTUNGEN & LICHTDESIGN



Wir machen Einrichtungen bezahlbar.

- ◆ Empfangstheken, Schranksysteme
- ◆ Arztzimmer, Behandlungszimmer
- ◆ Garderoben, Warteraummöbel
- ◆ Sitzmöbel, Bürostühle
- ◆ Funktionale Raumbelichtung
- ◆ Normgerechte Lichtlösungen
- ◆ Video-/ Bildschirmpräsentation
- ◆ Innenausbau, Renovierungen
- ◆ Fußbodenbeläge
- ◆ Umzugsservice, u.v.m.

Kostenlose Erstberatung

DREI DE Objekteinrichtungen
Ihr Ansprechpartner:
Stefan Diegel
Futhzeile 6
12353 Berlin
Tel.: (030) 74 77 66 05
info@drei-de.com
www.praxisdesign-berlin.de

INNOVATIV - KREATIV - INDIVIDUELL

Impressum

KV-Blatt erscheint monatlich als Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Körperschaft des öffentlichen Rechts. Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Herausgeber: Dr. med. Margret Stennes (v.i.S.d.P.), Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin, vertreten durch Dr. med. Margret Stennes; Anschrift des Herausgebers
Telefon: 030/310 03-0

Nummer der Redaktion: Telefon: 030/310 03-223, Telefax: 030/310 03-210

Redaktionskonferenz: u. a. Dr. med. Christiane Wessel (Vors. d. Vertreterversammlung); Dr. med. Margret Stennes

Redaktion: Susanne Roßbach (Verantwortliche Redakteurin), Andrea Bronsterning
E-Mail: kvblatt-berlin@kvberlin.de

Termine/Veranstaltungen:
Telefon: 030/310 03-254,
Telefax: 030/310 03-210

Bitte beachten Sie: Für die Richtigkeit der im KV-Blatt veröffentlichten wissenschaftlichen Beiträge kann die Redaktion keine Gewähr übernehmen. Solche Beiträge dienen dem Meinungsaustausch und die darin geäußerten Ansichten decken sich deswegen auch nicht unbedingt mit der Meinung des Herausgebers. Gleiches gilt für mit Autorennamen oder -kürzeln gekennzeichnete Beiträge. Leserbriefe stellen gleichfalls nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion dar. Anonyme Leserzuschriften landen ausnahmslos im Papierkorb. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung von Zuschriften ausdrücklich vor, ebenso deren – sinnwahrende – Kürzung. Ihre Einsendungen behandeln wir sorgfältig. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass wir für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder keine Haftung übernehmen können. Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken u. dgl. benötigen Sie unser schriftliches Einverständnis.

Satzbearbeitung und Layout: menthamedia – eine Marke der finanzpark AG, Ajtoschstraße 6, 90459 Nürnberg

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH Am Urnenfeld 12 35396 Gießen

Anzeigenverwaltung: menthamedia – eine Marke der finanzpark AG, Ajtoschstraße 6 90459 Nürnberg
Telefon: +49 (0)911-27400-0,
Telefax: +49 (0)911-27400-99
E-Mail: kvb@menthamedia.de

Anzeigendisposition:
Philipp Schmitt, Margot Habjan
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 9 vom Januar 2017

Redaktionsschluss: 10/17: 08.09.2017
11/17: 09.10.2017

Meldeschluss
Termine/Veranstaltungen: 10/17: 08.09.2017
11/17: 09.10.2017

Anzeigenschluss: 10/17: 14.09.2017
11/17: 13.10.2017

Bankverbindung für Anzeigen:

Sparkasse Nürnberg
DE94 7605 0101 0011 2872 99
BIC: SSKNDE77XXX

Vertrieb: KV Berlin, Adresse des Herausgebers
Titelfoto: Ronja Witt/KV Berlin



Steuerberatung ganz individuell

Durch die Spezialisierung auf die Beratung der Heilberufe bietet Ihnen die Treuhand Hannover ein ganzheitliches Fachwissen, wenn es um steuerliche und betriebswirtschaftliche Fragestellungen geht. Sprechen Sie uns an!

Treuhand Hannover GmbH
Steuerberatungsgesellschaft

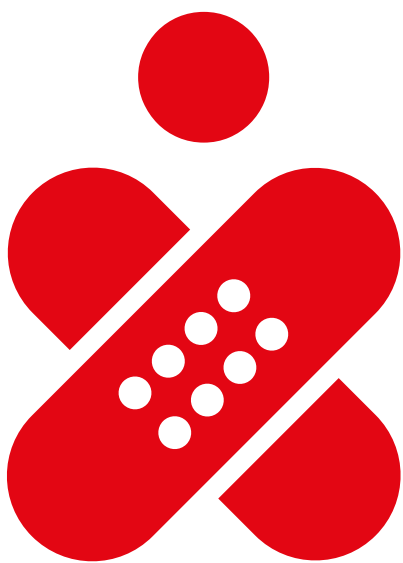
Niederlassung Berlin

Invalidenstraße 92 · 10115 Berlin
Tel. 030 315947 -0 · Fax: 030 315947 -99
kanzlei.berlin@treuhand-hannover.de
www.treuhand-hannover.de

treu/***hand***
erfolgreich steuern



Helfen ist einfach.



**Wenn man bei Neugründung
oder Übernahme einer Praxis
auf die Spezialisten unseres
FirmenCenters Gründung und
Nachfolge vertrauen kann.**

Ihr Ansprechpartner:
Dr. Christian Segal
030/869 839 44
christian.segal@berliner-sparkasse.de

berliner-sparkasse.de/existenz



Wenn's um Geld geht

**Berliner
Sparkasse**