landesrundschreiben

Das Magazin der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bremen

Nr. 1 | 29. Januar 2026

Reform der Patientensteuerung ↦ 04
3. Hygienetag der KV Bremen ↦ 08
Umstrittene Triage-Regelung ↦ 14
Mitgliederportal der KV Bremen ↦ 20
Details zur Vorhaltepauschale ↦ 22
Das ist neu zum 1. Quartal 2026 ↦ 24
DMP Fortbildungsnachweise ↦ 37
Aktuelle Kodierhilfe ist online ↦ 42









Kassenärztliche
Vereinigung
Bremen



DR. BERNHARD ROCHELL
Vorsitzender der KV Bremen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung wird die Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems beabsichtigt. Das legt die Vermutung nahe, die Politik setzt nun darauf, die infolge des lang ignorierten medizinischen Nachwuchsmangels entstandenen Engpässe dadurch beheben oder verbessern zu können, indem die begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens künftig unter einer gesetzlich geregelten Steuerung nach medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit zum Einsatz kommen.

Mit der unlängst erfolgten Vorlage des Gesetzentwurfes zur Notfallreform werden trotz sinnvoller Ansätze jedoch erhebliche Zweifel an dieser Vermutung geweckt: Statt die überlasteten Rettungsdienste, Krankenhausnotaufnahmen und ärztlichen Bereitschaftsdienste wirksam von Fehlinanspruchnahmen zu entlasten und die knappen Kräfte auf die medizinisch bedürftigen Fälle zu konzentrieren, wird den Wählenden in Aussicht gestellt, neben den bestehenden Praxen und Krankenhäuern in Zukunft auch während der regulären Praxisöffnungszeiten auf zwei neuen „parallelen Notfallschienen“ zu fahren: Einen für Erwachsene sowie Kinder- und Jugendliche möglichst separat anzubietenden aufsuchenden 24/7-Besuchsdienst und eine entsprechende 24/7-Video- bzw. Telefonsprechstunde.

Wie diese zusätzlichen Dienste durch unsere Mitglieder nun auch noch in direkter Konkurrenz zur eigenen Praxis in der Realität ausreichend besetzt werden können, bleibt offen. Mitverantwortung der Patienten/Versicherten für den wirtschaftlichen Ressourceneinsatz? Fehlanzeige! Freie Wahl der Anlaufstelle nach eigenem Wunsch und das Rund-um-die-Uhr! Und? Während die zusätzlich benötigte Infrastruktur bei Rettungsdiensten und Krankenhäusern vollumfänglich aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität finanziert wird, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit Sie als unsere Mitglieder die dafür auf den ambulanten Bereich entfallenden Kosten mit den Kassen jeweils hälftig übernehmen.

Noch handelt es sich um keinen Regierungsentwurf, sondern „nur“ um einen Referentenentwurf des Gesetzes. Viele Gründe also für die Hoffnung darauf, dass die Feststellung von Peter Struck als Fraktionschef der SPD 1999 auch heute noch gilt: „Kein Gesetz verlässt den Bundestag so, wie es eingebracht wurde.“ Damit sinnvolle und für alle gleichermaßen verbindliche Lösungen für eine primärärztliche Steuerung aus der Versorgungsrealität entstehen, hat die Vertreterversammlung der KV Bremen in ihrer Sitzung im Dezember mit ihrer einstimmigen Resolution zur Patientensteuerung einen wichtigen Beitrag geleistet! Diese Forderungen bilden die Basis für unsere weitere Diskussion mit Politik und Selbstverwaltung (→ ab Seite 4).

Dass sich unsere Mühe lohnen kann, zeigt der eingebrachte Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums zur Einbeziehung von Niedergelassenen, Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften und Angehörigen anderer Heilberufe und ihrer Mitarbeitenden in die besonderen Strafrechtsvorschriften zum Schutz von Einsatz- und Rettungskräften ggü. verbalen und körperlichen Übergriffen.

In diesem Sinne wünschen Frau Kemme, Herr Josenhans und ich mit dem gesamten Team Ihrer KV Bremen Ihnen, Ihren Lieben und Ihren Teams einen glücklichen Verlauf des weiteren Jahres 2026!

Herzlichst Ihr
Dr. Bernhard Rochell,
Vorsitzender des Vorstandes

↳ AUS DER KV

04 — **Patientensteuerung:** Bremer Delegierte machen sich für Reformen stark
08 — Jetzt anmelden: Das erwartet Sie beim **Hygienetag 2026** der KV Bremen
10 — Projekt **IP-Wunde** kommt nach vier Jahren Laufzeit zum Abschluss
12 — **Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und …**

↳ IM BLICK

14 — Ärztliche Freiheit unter Vorbehalt? Die umstrittene **Triage-Regelung**
16 — Interview zur Triage-Regelung: Beschluss des Gerichts war ein **„Erfolg für unseren Beruf"**

↳ IN PRAXIS

20 — So finden Sie die Anwendungen im **Mitgliederportal der KV Bremen**
22 — **Neue Vorhaltepauschale:** Das sind die Kriterien und so wird abgerechnet
24 — **Das ist neu zum 1. Quartal 2026**
26 — **Sie fragen – Wir antworten**

↳ IN KÜRZE

27 — **Meldungen & Bekanntgaben**
— Erstbefüllung der ePA wird weiterhin ab Januar mit 11,34 Euro vergütet
— Ersatzverfahren ist auch bei Kindern und Jugendlichen ohne eGK möglich
28 — Vergütung für Ärzte in der gesetzlichen Unfallversicherung wird angepasst
29 — Psychotherapie-Richtlinie: GB-A gibt mehr Behandlungsmöglichkeiten bei Suchterkrankungen
— Sozialpsychiatrie: Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird seit 2026 höher vergütet
30 — Komplexversorgung für Erwachsene wird einfacher und flexibler
31 — Patienten müssen nicht generell auf Rivaroxaban umgestellt werden
— Ärztliche Tätigkeiten bei DiGA werden etwas höher vergütet
32 — Für die Aktualisierung des Notfalldatensatzes gibt es eine neue GOP
33 — Biomarkertests beim Mammakarzinom: Anspruch wurde erweitert, EBM bleibt unverändert
34 — Besuchsleistungen bei der Komplexversorgung Erwachsener müssen nicht mehr zusätzlich gekennzeichnet werden
— Bewertungsausschuss verlängert Übergangsregelungen zu Hybrid-DRG bis Ende 2026
35 — AOP-Vertrag wurde zum 1. Januar 2026 angepasst
36 — Beim Vertrag „mp MRT der Prostata" gilt für zuweisende Fachärzte die GOP 99066
— Onkologie: Neue Kostenpauschale für subkutane medikamentöse Tumortherapie
37 — DiGA: Verordnung nur mit medizinischer Indikation
— Nicht vergessen: DMP Fortbildungsnachweise für 2025 einreichen
38 — Gerinnungskontrolle wurde in den Katalog der häuslichen Krankenpflege aufgenommen
39 — Sonstige Produkte der Wundbehandlung bleiben weiter Kassenleistung
40 — Verwaltungskostensätze 2026
41 — Jetzt noch anmelden zur MFA-Fortbildung Hygienebeauftragte
— Jetzt zum QEP-Seminar im April anmelden
42 — Zi-Kodierhilfe: Aktualisierung auf 2026 ist jetzt online
— Special Olympics Bremen sucht Arzt für Verstärkung im Ehrenamt

↳ ÜBER KOLLEGEN

44 — **Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen**

↳ SERVICE

47 — **Kleinanzeigen**
48 — **Der Beratungsservice der KV Bremen**

Patientensteuerung: Bremer Delegierte machen sich für Reformen stark

Auf der letzten Sitzung des Jahres hat die Vertreterversammlung einstimmig eine Resolution verabschiedet, die es in sich hat: In dem Papier fordern die Bremer Delegierten mehr Mut der Politik zu Reformen und sie machen konkrete Vorschläge dazu. Im Mittelpunkt steht ein verbindliches Primärarztsystem.

Vertreterversammlung vom 16. Dezember 2025

KV-UMLAGE BLEIBT BEI 2,40 PROZENT

Die Vertreterversammlung hat auf ihrer Sitzung am 16. Dezember den Haushaltsplan 2026 für die KV Bremen bestätigt und damit auch die Höhe der Verwaltungskostenumlage festgesetzt: Sie bleibt unverändert bei 2,40 Prozent. Neben der allgemeinen Umlage wurde unter anderem auch eine Kostenumlage für die Abrechnung von Hybrid-DRG über die KV Bremen auf 2,0 Prozent festgesetzt. Erstmals seit Jahren weist der Haushaltsplan ein rechnerisches Defizit von 196.000 Euro auf. Dieses Defizit kann allerdings durch die Betriebsmittelrücklage ausgeglichen werden.

RUHEZEITEN IN DEN BEREITSCHAFTSDIENSTEN

In den Bereitschaftsdiensten der KV Bremen gelten nun Ruhezeiten für diensttuende Ärzte. Die Vertreterversammlung hat auf ihrer Sitzung am 16. Dezember einer entsprechenden Änderung der Durchführungsbestimmungen zugestimmt.

AUFSATZJAHR IN DER HONORARVERTEILUNG

Das Aufsatzjahr im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KV Bremen wird auf 2024 festgelegt. Bisher war es das Jahr 2018. Das hat die Vertreterversammlung der KV Bremen auf ihrer Sitzung am 16. Dezember beschlossen. Das Aufsatzjahr ist maßgeblich für die Aufteilung des Gesamthonorars. Für jede Fachgruppe wird geprüft, welchen Anteil sie im Referenzjahr am ausgezahlten Geld hatte und entsprechend fortgeschrieben.

↦ Grundlage für die Resolution war ein Workshop zur Versorgungssteuerung im September vergangenen Jahres: Mehr als 50 Ärzte und Psychotherapeuten – darunter unter anderen die Obleute und Vorsitzenden vieler Berufsverbände – hatten sich mit der Frage beschäftigt, wie die ambulante Versorgung zukunftssicher gestaltet werden kann. Die Ideen und Impulse sind in die Resolution der Vertreterversammlung eingeflossen.

Dazu erklären die Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KV Bremen Dr. Stefan Trapp und Dr. Knut Spieker: „Wir bieten ein konkretes Konzept an, um durch eine verbindliche Patientensteuerung die Versorgung auch in Zukunft qualitativ hochwertig zu sichern. Wir reichen der Politik die Hand zur Zusammenarbeit, fordern im Gegenzug aber den Mut, unser Angebot ernst zu nehmen und gemeinsam mit uns verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Ein ‚Weiter-so' ist keine Option mehr. Wir stehen bereit, die Verantwortung für eine geordnete Neustrukturierung zu übernehmen."

Das Papier bestimmt nun maßgeblich die politische Position der KV Bremen sowohl auf Bundesebene als auch in der Debatte mit den politischen Akteuren auf Landesebene. ↤

RESOLUTION DER VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV BREMEN VOM 16. DEZEMBER 2025

Mut zur Reform: Ein Angebot für eine zukunftsfähige Patientenversorgung

Präambel

Unser Gesundheitssystem steht am Kipppunkt. Eine alternde Gesellschaft, mehr chronisch kranke Menschen und ein akuter Fachkräftemangel überfordern zunehmend die etablierten Versorgungsstrukturen. Wir sehen jeden Tag in unseren Praxen, wie wertvolle ärztliche und psychotherapeutische Zeit und Ressourcen fehlgeleitet werden. Wenn wir weitermachen wie bisher, gefährden wir die Versorgung derjenigen, die unsere Hilfe am dringendsten brauchen, während gleichzeitig die Belastungen für Praxen, Kliniken und Rettungsdienste steigen.

Die KV Bremen setzt auf grundlegende Reformen. Wir wollen nicht nur verwalten, sondern aktiv gestalten. Wir bieten unsere Erfahrung an, um ein System der „Zufallsinanspruchnahme“ in eine geordnete, verlässliche Versorgung zu überführen.
Wir appellieren an die Politik: Ein Weiter-so geht nicht mehr. Lassen Sie uns gemeinsam jetzt die Weichen für morgen stellen.

Das Prinzip: Lotsen statt Labyrinth

Ärztliche und psychotherapeutische Zeit ist ein kostbares Gut. Damit wir auch in Zukunft für kranke Menschen da sein können, müssen wir besser steuern. Nicht medizinisch begründete Inanspruchnahmen und „Bagatellfälle“ dürfen die Versorgung der komplex Erkrankten nicht verzögern.

→ Unser Ziel ist keine Rationierung, sondern eine sinnvolle Verteilung. Wir wollen die Menschen nicht einschränken, sondern ihnen Hilfe und Orientierung geben. Wer medizinische Hilfe braucht, bekommt sie – aber dort, wo sie medizinisch sinnvoll ist.

→ Ziel ist nicht das Sparen um jeden Preis, sondern eine kluge Priorisierung der knappen ärztlichen und psychotherapeutischen Kapazitäten.
→ Primärärztliche Versorgungssteuerung ist kein Nice-to-have, sondern verbindliches Grundprinzip für alle Beteiligten: Patienten, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Rettungsdienste sowie die Politik.

Die Umsetzung: Ein klarer Pfad durchs System

Um die Wartezeiten für alle zu verkürzen und die Qualität für alle zu sichern, schlagen wir verbindliche Regeln vor:

→ Der Primärarzt als erster Ansprechpartner: Wir brauchen eine verbindliche Steuerung durch Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte. Sie kennen ihre Patienten am besten und entscheiden, ob und welche weiterführende Behandlung notwendig ist.
→ Fachärzte für Spezialfälle: Der Weg zum Spezialisten (Facharzt) führt künftig über eine qualifizierte Überweisung durch den Primärarzt.
→ Wenige Ausnahmen: Frauenärzte, Augenärzte und Psychotherapeuten bleiben unter bestimmten Voraussetzungen direkt erreichbar.
→ Fast Track: Für klare Akutfälle (z. B. Knochenbrüche) schaffen wir schnelle, unbürokratische Zugangswege.
→ Reine Vorsorgetermine (z. B. Haut- oder Darmkrebsscreening) benötigen keine Überweisung.
→ Chronisch Kranke erhalten längerfristige Überweisungen, damit Fachärzte die Versorgung ihrer Patienten kontinuierlich gewährleisten und koordinieren können. Das ist unkompliziert für die Patienten und ihre Behandler.
→ Entlastung durch Teams: Um Ärzte für komplexe Fälle freizuspielen, sollen qualifizierte Fachangestellte (MFA) delegierbare Aufgaben übernehmen dürfen. Der in der ärztlichen Verantwortung verbleibende Praxiskontakt sollte den Arzt-Patienten-Kontakt als Abrechnungsgrundlage ablösen.

Verbindlichkeit: Solidarität braucht Spielregeln

Ein solidarisches System funktioniert nur, wenn sich alle an die Regeln halten. Das bedeutet mehr Eigenverantwortung für alle Beteiligten:

→ Wir nutzen die elektronische Patientenakte (ePA) konsequent. Alle Behandler haben Zugang zu den Daten. Das unnötige Aufsuchen mehrerer Praxen soll verhindert und sanktioniert werden. Eine Ausnahme gilt, wenn gezielt eine Zweitmeinung eingeholt werden soll.
→ Wer sich bewusst gegen das Lotsen-System entscheidet und ohne Überweisung medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, verlässt den Pfad der Solidargemeinschaft. Die dadurch entstehenden Mehrkosten sollten daher vom Versicherten selbst getragen werden.
→ Krankenhäuser und Rettungsdienste, aber auch Bereitschaftsdienste und die künfti-

gen Integrierten Notfallzentren sind für Notfälle da. Eine verbindliche, standardisierte Ersteinschätzung (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland – SmED) muss künftig entscheiden: Erforderliche Akutbehandlung oder nicht zeitkritische Versorgung in der Arztpraxis? Patienten, die nicht dringend behandlungsbedürftig sind, werden in geeignete Versorgungsangebote in der Regelversorgung geleitet.
→ Wir müssen Gesundheitskompetenz viel früher fördern; verbindlich in Kitas, Schulen und Integrationskursen. Ziel muss ein informierter Umgang der Bevölkerung mit Krankheit, Gesundheit und Versorgungsangeboten sein.

Finanzierung: Anreize für gute Medizin

Das aktuelle Vergütungssystem setzt oft falsche Anreize. Wir fordern einen Systemwechsel:

→ Weg von der „Fließbandmedizin“: Das System belohnt kurze Arzt-Patienten-Kontakte und bestraft die Versorgung komplex erkrankter Menschen. In Zukunft sollte jedoch die herausfordernde ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, die sprechende Medizin sowie Vorsorge angemessen finanziert werden.
→ Leistungen, die in der neuen primärärztlichen Versorgung von Ärzten/Psychotherapeuten und ihren Teams erbracht werden, müssen garantiert voll vergütet werden. Budgetkürzungen wie bisher sind hier fehl am Platz.

Entbürokratisierung und Modernisierung: Die Voraussetzungen für den Erfolg

Damit wir die neuen Steuerungsaufgaben in den Praxen überhaupt bewältigen können, sind wir auf funktionierende Rahmenbedingungen angewiesen:

→ Entbürokratisierung ist keine Floskel, sondern zwingende Voraussetzung. Nur wenn bürokratische Prozesse radikal vereinfacht und digitalisiert werden, haben wir die nötigen Kapazitäten für die Patientensteuerung frei. Hier braucht es ein rasches Umdenken.
→ Eine Steuerung funktioniert nur, wenn alle Akteure – Krankenhäuser, Apotheken, Rettungsdienste, Pflegeeinrichtungen und Praxen – über die Telematikinfrastruktur digital vernetzt sind. Der Informationsfluss darf nicht abreißen.
→ Medizinische Versorgung und soziale Angebote dürfen nicht länger getrennt nebeneinander herlaufen. Kommunale Hilfsangebote müssen koordiniert eingebunden werden, um Patienten ganzheitlich zu versorgen.

Von anderen lernen! Der Blick über den Tellerrand lohnt

Wir fordern die Bundespolitik auf, das Rad nicht neu zu erfinden, sondern den Blick nach außen zu richten. Internationale Erfahrungen mit Primärarztsystemen müssen systematisch ausgewertet werden, um bewährte Lösungen für Deutschland nutzbar zu machen und weitere Impulse zu gewinnen. Lassen Sie uns dafür offen sein!

Jetzt anmelden: Das erwartet Sie beim **Hygienetag 2026** der KV Bremen

Nach einem erfolgreichen 2. Hygienetag im vergangenen Jahr dreht sich am 25. Februar wieder alles um das Thema Hygiene. Diverse Vorträge und Messestände erwarten Sie im Haus im Park auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Ost.

↦ Nach einem erfolgreichen 2. Hygienetag im vergangenen Jahr dreht sich am Mittwoch, 25. Februar, wieder alles um das Thema Hygiene. Es erwarten Sie Vorträge rund um Hygiene, diverse Aussteller (HWV, das Kompetenzzentrum für Hygiene und Medizinprodukte CoC, KBV mit QEP, ImedCert) und ein Workshop im Haus im Park, auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Ost.

Sie und Ihr Praxisteam sind herzlich zum 3. Bremer Hygienetag eingeladen. Mit lebendigen Vorträgen, einem Workshop und Messeständen wollen wir Sie für das Thema Hygiene sensibiliseren. Denn Hygiene geht uns alle an und spielt gerade in der medizinsichen Versorgung eine besonders wichtige Rolle. Neben einfachen Maßnahmen, die dem Schutz der Patienten und Mitarbeiter dienen, kommen eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen, Richtlinien, Empfehlungen und Regeln zum Tragen. Gerne möchten wir Sie dabei unterstützen, all diese Vorschriften zu bewältigen und haben hierfür Experten mit Vorträgen eingeladen. Hierbei werden insbesondere die rechtlichen Bedingungen, die praktische Umsetzung aber auch die häufigsten Fehlerquellen und der Hygieneplan behandelt. Im Anschluss findet ein kleines Quiz mit Gewinnspiel statt, wo Sie Ihr Wissen zum Thema Hygiene einsetzen können.

In der Pause laden wir Sie ein, sich bei Kaffee/Kuchen und kleinen Snacks zu stärken und in den kollegialen Austausch mit anderen Teilnehmern und unseren Experten zu gehen.

Die Akkreditierung der Veranstaltung als ärztliche Fortbildung ist bei der Ärztekammer Bremen beantragt. Ärztliche Teilnehmer werden gebeten, den EFN-Code mitzubringen. Wir freuen uns auf Ihre verbindliche Anmeldung an hygienetag@kvhb.de unter Angabe von Name, Vorname, Praxis, Tel.-Nr. und E-Mail. Bitte beachten Sie, dass jeder Teilnehmer angemeldet werden muss, da die Plätze begrenzt sind.

Ebenfalls begrenzt können die Parkplätze sein, wir empfehlen daher, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. ↤

Die Veranstaltungsdetails in Kürze:

→ Wann? Mittwoch, 25. Februar 2026 / Einlass ab 13 Uhr, Beginn um 14 Uhr, Ende um 19 Uhr
→ Wo? „Haus im Park" am Klinikum Bremen Ost, Züricher Straße 40, 28325 Bremen

→ Anmeldung an: hygienetag@kvhb.de unter Angabe von Name, Vorname, Praxis, Tel.-Nr. und E-Mail

AKTUELLES
JANUAR 2026

Freie Kliniken Bremen

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

ST. JOSEPH-STIFT





Krebszentren rezertifiziert

Das Darmkrebszentrum und das Brustzentrum des St. Joseph-Stift sind 2025 erfolgreich durch die Deutsche Krebsgesellschaft rezertifiziert worden. Beide zeichnen sich durch eine hohe Qualität und Quantität in der Versorgung aus. Die Zentren sind jeweils auf Platz 11 der größten Darm- bzw. Brustkrebszentren Deutschlands und betreuen pro Jahr über 150 an Darmkrebs bzw. mehr als 600 an Brustkrebs erkrankte Menschen.

Kontakt:
Darmkrebszentrum • 0421 347-1195 • darmkrebszentrum@sjs-bremen.de
Brustzentrum • 0421 347-1358 • brustzentrum@sjs-bremen.de

DIAKO



OP-Roboter im Einsatz

Mit der Anschaffung des robotischen Operationssystems ›Da-Vinci‹ schlägt das DIAKO ein neues Kapitel in der minimalinvasiven Chirurgie auf. Ab 2026 werden hier bestimmte Eingriffe in der Chirurgie, Urologie und Gynäkologie auch robotisch unterstützt durchgeführt. Die Technik ermöglicht eine bislang unerreichte Präzision und Sicht im Operationsfeld. Damit können auch komplexe Eingriffe minimalinvasiv durchgeführt werden – mit weniger Schmerzen und schnelleren Erholungszeiten.

Kontakt: Professor Dr. Emile Rijcken
0421 6102-1101 • chirurgie@diako-bremen.de

ROTES KREUZ KRANKENHAUS



Spendenaktion Narkosegerät für Ghana

Die Kooperationsklinik des RKK, das St. Martin de Porres Krankenhaus in Ghana, benötigt dringend ein neues Narkosegerät. Es muss robust, pflegeleicht und langlebig sein und stabil weiterlaufen, auch wenn die Strom- oder Gasversorgung in der afrikanischen Klinik einmal ausfällt. Dr. Bernward Steinhorst hat ein Spendenprojekt ins Leben gerufen: roteskreuzkrankenhaus.de/kooperation-mit-ghana

Kontakt: Dr. B. Steinhorst • steinhorst.b@roteskreuzkrankenhaus.de
Dorothee Weihe • 0421 5599-355

ROLAND-KLINIK



Save the Date: 6. Bremer Medizin-Technisches Symposium

Am 11. April 2026 sprechen Referent:innen aus ganz Deutschland beim 6. Medizin-Technischen Symposium der Roland-Klinik über Herausforderungen und Innovationen in der orthopädischen Versorgung. Das vollständige Programm der eintägigen Fachveranstaltung mit Workshops, Vorträgen und Diskussionsrunden erscheint im Februar 2026. Eine Zertifizierung als ärztliche Fortbildung ist beantragt.

Kontakt: Zentrum für Endoprothetik, Fußchirurgie, Kinder- und Allgemeine Orthopädie • 0421 8778-290

Projekt IP-Wunde kommt nach vier Jahren Laufzeit zum Abschluss

Seit Oktober laufen bereits die Vorbereitungen für die Evaluation. Der gemeinsame Abschlussabend in der KV Bremen bot für alle Projektbeteiligten die Möglichkeit, auf Meilensteine zurück zu blicken.



Zum Abschluss trafen sich die Beteiligten des Projektes in der KV Bremen.

↦ Zur Abschlussveranstaltung des Innovationsfondsprojektes IP-Wunde kamen kürzlich in der KV Bremen Vertreter aus Praxen, Krankenkassen und Vertreter des Projektteams zusammen.

Nach knapp vier Jahren gemeinsamer Arbeit bot sich die ideale Gelegenheit, mit allen Beteiligten auf das bisher Erreichte zurückzublicken und einen Blick auf die ersten vorläufigen Ergebnisse zu werfen.

Seit seinem Start im Jahr 2022 verfolgt IP-Wunde das Ziel, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden im Land Bremen zu verbessern. Insgesamt konnten 737 Personen im Rahmen des neuen Selektivvertrags betreut werden. Die letzten Patienten wurden zum 30. September 2025 ausgeschrieben. Seit Oktober laufen die Vorbereitungen für die abschließende Evaluation. Genauere Ergebnisse sind in naher Zukunft zu erwarten.

Zu Beginn der Veranstaltung blickte das Projektteam auf zentrale Etappen und Meilensteine der vergangenen Jahre zurück. Anschließend wurden intern erste vorläufige Evaluationsergebnisse vorgestellt, die Einblicke in den bisherigen Projektverlauf und die Erfahrungen der Teilnehmenden boten. Darüber hinaus wurden die bisherigen Versorgungserfahrungen präsentiert und Entwicklungspotenziale für zukünftige Versorgungsmodelle diskutiert.

Den Abschluss bildete ein Get-together, bei dem sich die Gäste austauschten und über mögliche nächste Schritte in der Versorgung chronischer Wunden sprachen.

Ein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die das Projekt mit großem Engagement, ihrer Expertise und Offenheit für neue Versorgungsansätze möglich gemacht haben. ↤



Künstliche Intelligenz in der Praxis

Online-Infoveranstaltung am 11. Februar

Im Mittelpunkt der rund zweistündigen Veranstaltung steht die Vermittlung von KI-Wissen für die Praxen – von der Technologie selbst, über die Anwendungsmöglichkeiten im (ambulanten) Gesundheitswesen bis zum rechtssicheren Einsatz in der Praxis.

KI-Basiswissen und technische Grundlagen
Von den technischen Grundlagen über maschinelles Lernen und Sprachmodelle bis hin zu den aktuellen Entwicklungen rund um generative KI.

Laura Nelde, Senior Referentin Stabsbereich Digitalisierung KBV

Anwendungsfelder im Gesundheitswesen
Medizinische und administrative Einsatzmöglichkeiten, ethische Fragestellungen und verantwortungsvoller Umgang mit KI.

Dr. Philipp Stachwitz, Leiter Stabsbereich Digitalisierung KBV

Rechtliche Rahmenbedingungen
Überblick über den EU AI Act, Datenschutz, Haftung, Zulässigkeit und Aufklärungspflichten bei der Nutzung von KI-Systemen in der Praxis.

Jürgen Schröder, Leiter des Bereichs Vertragsarztrecht im Stabsbereich Recht KBV

Webinar Künstliche Intelligenz in der Praxis

11. Februar 2026, 16 bis 18 Uhr

Anmeldung: www.kvhb.de/ki-praxis

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Anmeldedaten werden einen Tag vor der Veranstaltung per Mail verschickt.

Erfolgreiches **Gewinnspiel**: Praxis freut sich über professionelles Fotoshooting

Beim Gewinnspiel der KV Bremen auf dem Instagram-Kanal Kvaekmfa hat die Kinderarztpraxis Jakitsch/Roger/Svensson aus der Schubertstraße mitgemacht – und konnte sich kürzlich über den Gewinn freuen. Beim Fotoshooting in der Praxis wurden tolle Bilder gemacht, die gleich zum Einsatz kommen.



↦ Ende vergangenen Jahres war die KV Bremen auf der Suche – und zwar nach Bremens bestem Praxisteam. Auf dem Instagram-Kanal „kvaekMFA", den die KV Bremen gemeinsam mit der Ärztekammer Bremen führt, wurde mit einem Gewinnspiel nach dem besten Praxisteam im Land Bremen gesucht. Zahlreiche Praxen – egal ob Hausarztpraxis, Anästhersiepraxis oder orthopädische Praxis – hatten Bewerbungen an die KV Bremen gesendet. Um ins Rennen für den Gewinn eines professionellem Fotoshootings zu gehen, war Teamgeist und eine aussagekräftige Bewerbung gefragt. Die KV Bremen wollte wissen: Was macht Ihr Team zum besten Praxisteam im Land Bremen?

Eine Jury aus KV Bremen und der Ärztekammer Bremen wählte am Ende die schönste Bewerbung aus. Schließlich durfte sich die Kinderarztpraxis Jakitsch/Roger/Svensson aus der Schubertstraße in Schwachhausen freuen. Mit ihrer Bewerbung hatten sie die Jury sehr begeistert.

Selten las sich ein „ganz normal verrückter Dienstagmorgen" in einer Kinderarztpraxis so zauberthaft wie in der Praxis Jakitsch/Roger/Svensson. Fröhnlich, aber auch realistisch beschrieb das Praxisteam seinen Alltag mit den kleinen Patienten. Und auch wenn dieser Alltag „nicht immer nur Zuckersaft und Einhornpflaster" ist, wie die Praxis schrieb, merkte man der Bewerbung doch an, dass die (Zusammen-)Arbeit in der Schubertstraße für alle sehr erfüllend ist.

Kürzlich durfte das Team seinen Gewinn sozusagen in Empfang nehmen – oder besser gesagt die beiden Fotografen von Studio B in der Praxis begrüßen. Mit viel Spaß an der Sache entstanden gemeinsam lebhafte und aktuelle Fotos vom Praxisteam. Die Bilder vom Fotoshooting kommen übrigens sogar gleich zum Einsatz – denn das Team hat seine Webseite aktualisiert und freut sich nun über das frische Bildmaterial vom ganzen Team. ↤

Nachrichten aus Bremerhaven, Bremen, Berlin und …

Bremer Behörden griffen häufiger bei Kindeswohlgefährdungen ein

Bremen | Die Zahl der akuten Kindeswohlgefährdungen hat deutschlandweit das dritte Mal in Folge einen Höchststand erreicht. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts stieg die Zahl in den vergangenen fünf Jahren bis 2024 um 31 Prozent oder rund 17.300 Fälle. Im Bundesland Bremen hat die Zahl der Kindeswohlgefährdungen, bei denen die Behörden sofort handeln, seit 2020 um 15 Prozent zugenommen. Unter dem Strich waren es in Bremen allein im Jahr 2024 543 Fälle. Bei den meisten handelte es sich um Hinweise auf Vernachlässigung oder seelische Misshandlungen. Etwas seltener hatten die Behörden Indizien für körperliche Misshandlungen oder sexuelle Gewalt. ↤

Bremerhaven startet medizinisches Hilfsprojekt für Bedürftige

Bremerhaven | Seit dem 1. Januar werden Menschen ohne Krankenversicherung und ohne Ausweispapiere auch in Bremerhaven ärztlich versorgt. Das war bisher nur in Bremen möglich. Das Bremer Pilotprojekt richtet sich an Flüchtlinge, Wohnungslose oder auch Menschen, die die Kassenbeiträge nicht mehr zahlen können. Sie alle bekommen im Gesundheitsamt Bremerhaven seit dem Jahreswechsel medizinische Beratung und Hilfe. Das Gesundheitsamt Bremerhaven rechnet mit durchschnittlich etwa zehn bis zwölf Menschen ohne Papiere pro Monat. ↤

Vertretung im Bereitschaftsdienst bleibt umsatzsteuerfrei

München | Wenn niedergelassene Ärzte gegen Bezahlung den Bereitschaftsdienst für Kollegen übernehmen, bleibt das steuerfrei. Das hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden. Die Übernahme des Dienstes diene einem klaren therapeutischen Zweck und sei als Heilbehandlung im Sinne des Umsatzsteuergesetzes einzustufen, auch wenn die Zahlung von den vertretenen Ärzten komme. Geklagt hatte ein Hausarzt aus Nordrhein-Westfalen. Nicht erfolgreich war der Arzt mit seinem Versuch, auch die für Polizeibehörden durchgeführten Blutentnahmen als steuerfrei einstufen zu lassen. Diese dienten nicht der Behandlung, sondern der Beweissicherung und seien daher umsatzsteuerpflichtig. ↤

MFA-Ausbildung wird nach 20 Jahren überarbeitet

Berlin | In diesem Jahr soll es „entscheidende Schritte" bei der Überarbeitung der Ausbildungsverordnung für die Medizinischen Fachangestellten geben. Das teilte ein Vertreter der Bundesärztekammer kürzlich auf einer Veranstaltung der Brandenburger KV und Landesärztekammer mit. Zuletzt war die Ausbildungsverordnung 2006 geändert worden. Damals wurde die offizielle Berufsbezeichnung von Arzthelferin auf Medizinische Fachangestellte umgestellt. ↤

Forsa-Umfrage: Ärzte genießen größtes Vertrauen

Berlin | Auch wenn sich die Wertschätzung für sie nicht immer im beruflichen Alltag zeigt: Von Ärzten haben die Menschen in Deutschland offenbar eine hohe Meinung. Das zumindest zeigt eine aktuelle Umfrage. So landete diese Berufsgruppe auf dem ersten Platz der Vertrauensskala. So gaben 81 Prozent der in diesem Jahr Befragten an, zu Ärzten großes Vertrauen zu haben – wie auch schon im vergangenen Jahr. Auf Platz zwei folgt die Polizei mit 80 Prozent. Auf Platz drei landet unverändert das Bundesverfassungsgericht mit 76 Prozent. ↤

Nur wenige Patienten nutzen ihre elektronische Patientenakte

Berlin | Laut einer Umfrage des „Redaktionsnetzwerk Deutschland" bei den Kassen ergab, dass lediglich 3,6 Prozent der Versicherten ihre Akte aktiv nutzen, etwa um Gesundheitsdaten einzusehen, Dokumente hochzuladen oder Zugriffsmöglichkeiten zu bearbeiten. Befragt wurden mehrere Krankenkassen, die zusammen deutlich mehr als die Hälfte des Marktes abdecken. ↤

Ärztliche Freiheit unter Vorbehalt? Die umstrittene **Triage-Regelung**

Als sich während der Corona-Pandemie die Intensivstationen füllten, erreichte der Begriff „Triage" auch die breite Bevölkerung. Es folgte eine umstrittene Triage-Regelung, die kürzlich vom Gericht gekippt wurde. Ärzte kritisierten den staatlichen Eingriff in die ärztliche Berufsfreiheit – auch zwei Bremerhavener Notfallmediziner hatten dagegen geklagt.

↦ Für einen Arzt ist es die schwierigste Entscheidung in seinem Beruf: Im Ernstfall aufgrund von knappen Ressourcen festlegen zu müssen, wer weiterleben wird und wer stirbt. Wer hat die höhere Chance zu überleben? Welche Behandlung kann noch begonnen, welche nicht fortgeführt werden? Als während der Corona-Pandemie die Infektionszahlen stark anstiegen, füllten sich vielerorts die Kliniken bis an die Grenze des Leistbaren.

Die Bilder von Ausnahmesituationen in Italien oder Indien im Frühjahr 2020 mit hohen Zahlen an Schwerkranken, Toten, knappen Beatmungsgeräten und überfüllten Krankenhäusern gingen um die Welt. Im italienischen Bergamo konnten nicht mehr alle am Corona-Virus erkrankten Menschen versorgt werden.

Der Begriff „Triage" erreichte die breite Öffentlichkeit – und sorgte für Verunsicherung. In Deutschland äußerten während der Corona-Pandemie mehrere Menschen mit Behinderung, dass sie eine Benachteiligung bei möglichen Triage-Entscheidungen befürchteten. Sie sahen sich aufgrund bestehender medizinischer Leitlinien einem erhöhten Risiko ausgesetzt, bei knappen intensivmedizinischen Ressourcen schlechtere Chancen auf eine Behandlung zu haben. Es folgte eine Verfassungsbeschwerde. Unterstützt wurden die Beschwerdeführer von Behinderten- und Patientenverbänden.

Das Bundesverfassungsgericht stellte daraufhin fest, dass der Staat eine besondere Schutzpflicht gegenüber Menschen mit Behinderungen habe. Diese ergebe sich aus dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot wegen einer Behinderung. Der Gesetzgeber habe es bislang versäumt, diese Schutzpflicht durch klare gesetzliche Regelungen abzusichern. Deshalb verpflichtete das Gericht den Gesetzgeber, unverzüglich Regelungen zu schaffen, die eine Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen bei Triage-Entscheidungen verhindern.

Regelung betraf nur den Fall der Pandemie

2022 kam diese Regelung dann ins Infektionsschutzgesetz (IfSG). Genannt: Die „Regelung zum Umgang mit begrenzten überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten bei übertragbaren Krankheiten." Betroffen war also ausschließlich der Fall einer Pandemie. Die Regelung sah vor, dass bei Engpässen die aktuelle, kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit maßgeblich sein sollte; Kriterien wie Alter oder Behinderung durften keine Rolle spielen. Ausgeschlossen wurde im Gesetz zudem die „Ex-Post-Triage". Damit hätte eine laufende intensivmedizinische Behandlung zugunsten eines Patienten mit besseren Überlebenschancen nicht mehr abgebrochen werden dürfen. Mit der Neuregelung des Paragraphen hatte der Gesetzgeber erstmals ein Verfahren sowie ein Priorisierungskriterium und zahlreiche Kriterien im Falle einer Triage geregelt.

Der Beschluss zur Triage-Regelung stieß auf scharfe Kritik, Ärzte bemängelten einen staatlichen Eingriff in ihre Berufsausübungsfreiheit. Wieder folgte eine Verfassungs-



In der COVID-19-Pandemie kamen die Intensivstationen der Krankenhäuser an ihre Grenzen. Bilder von Ausnahmesituationen – wie in Italien – gingen um die Welt.

beschwerde – nun von einer Gruppe Ärztinnen und Ärzte. Zwei der 14 Ärzte, die gegen die Triage-Regelung mit Unterstützung des Marburger Bundes geklagt hatten, sind die Bremerhavener Notfallmediziner Jörg Fierlings und Dr. Oliver Radke. Die beiden Ärzte sind überzeugt, dass die Regelung gegen Grundrechte von Ärzten verstieß und in ihre Berufsfreiheit eingriff.

Die Verfassungsbeschwerde hatte Erfolg: Die umstrittene Triage-Regelung wurde im Dezember 2025 gekippt – weil dem Bund die Gesetzgebungskompetenz für solche Vorgaben fehlt. Aber auch, weil sie die Berufsfreiheit von Ärzten unzulässig einschränkt, so das Gericht. Der Bund könne sich bei den Vorschriften auch nicht auf seine im Grundgesetz verankerte Kompetenz zur Regelung von Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten stützen, erklärte das Gericht. Die Triage-Regeln knüpften lediglich an die Auswirkungen einer Pandemie an, dienten aber nicht der Pandemiebekämpfung.

Auch der Vorstand der Bremer Ärztekammer sprach sich bereits im November 2022 klar gegen das Verbot der Ex-Post-Triage aus. Als das Bundesverfassungsgericht entschied, die Regelung zu kippen, zeigte sich Ärztekammer-Präsidentin Christina Hillebrecht zufrieden, wie sie in einer Pressemitteilung erklärte: „Wir sind froh, dass die Triage-Regelungen nun aufgehoben sind. Leider hat sich das Bundesverfassungsgericht nur zu der fehlenden Gesetzgebungskompetenz geäußert; eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den abgelehnten Triageregelungen wäre wünschenswert und hilfreich gewesen."

Nun sind die Länder am Zug

Zwar wurde die Regelung zum Jahresende gekippt – aus der Welt ist die Thematik jedoch nicht. Denn das BVG hatte die Regelungen unter anderem für nichtig erklärt, da es eine fehlende Bundeskompetenz für die konkreten Regelungen sieht. Heißt also: Der Bund ist in diesem Fall nicht zuständig – nun sind die Bundesländer dafür verantwortlich, eigene Regelungen für die Triage zu erlassen. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sieht sich im Urteil zwar bestätigt, weist aber auf einen möglichen rechtlichen Flickenteppich hin, wenn jedes Bundesland eigene Regelungen zur Triage erarbeiten sollte. „Patientenversorgung und Rechtssicherheit dürfen nicht vom Wohnort abhängen", betonte DIVI-Präsident Prof. Florian Hoffmann.

Was sich die beiden Notfallmediziner Dr. Oliver Radke und Jörg Fierlings erhoffen und welche Meinung sie zu diesem Thema haben, lesen Sie im Interview auf den folgenden Seiten. ⟷

von TONIA HYSKY | 0421.34 04–181 | t.hysky@kvhb.de

Triage-Regelung: Beschluss des Gerichts war ein „**Erfolg für unseren Beruf**"

Die Bremerhavener Notfallmediziner Jörg Fierlings und Dr. Oliver Radke waren Teil einer Gruppe Mediziner, die gegen die umstrittene Triage-Regelung aus der Pandemie geklagt hatte. Im Interview erklären sie ihre Beweggründe und schildern, warum die Regelung so problematisch war.

Herr Radke, Herr Fierlings – wie oft begegnet Ihnen im beruflichen Alltag die Triage?

Radke: Hier im Klinikum täglich. Jeden Tag müssen wir in der Notaufnahme überlegen, welcher Patient zuerst behandelt wird und welcher später. Das ist jeden Tag viele dutzende Male Triage. Und auch im OP habe ich das. Das wird vielen anderen Kollegen genauso gehen. Nicht nur bei uns, generell sind alle Notaufnahmen überlastet.
Fierlings: Im KV Bereich ist es ähnlich, hier wird ja das sMED angewendet. Auch hier wird – zwar nicht Hundertprozent vergleichbar, aber – letztendlich eine Abstufung im Triagesystem vorgenommen.
Radke: Wobei wir aber natürlich nicht so sehr davon reden, wer wird behandelt und wer nicht. Sondern zum Glück geht es im aktuellen beruflichen Alltag nur um die Behandlungspriorität.

In der Corona-Pandemie kam der Begriff Triage ja das erste Mal auf...

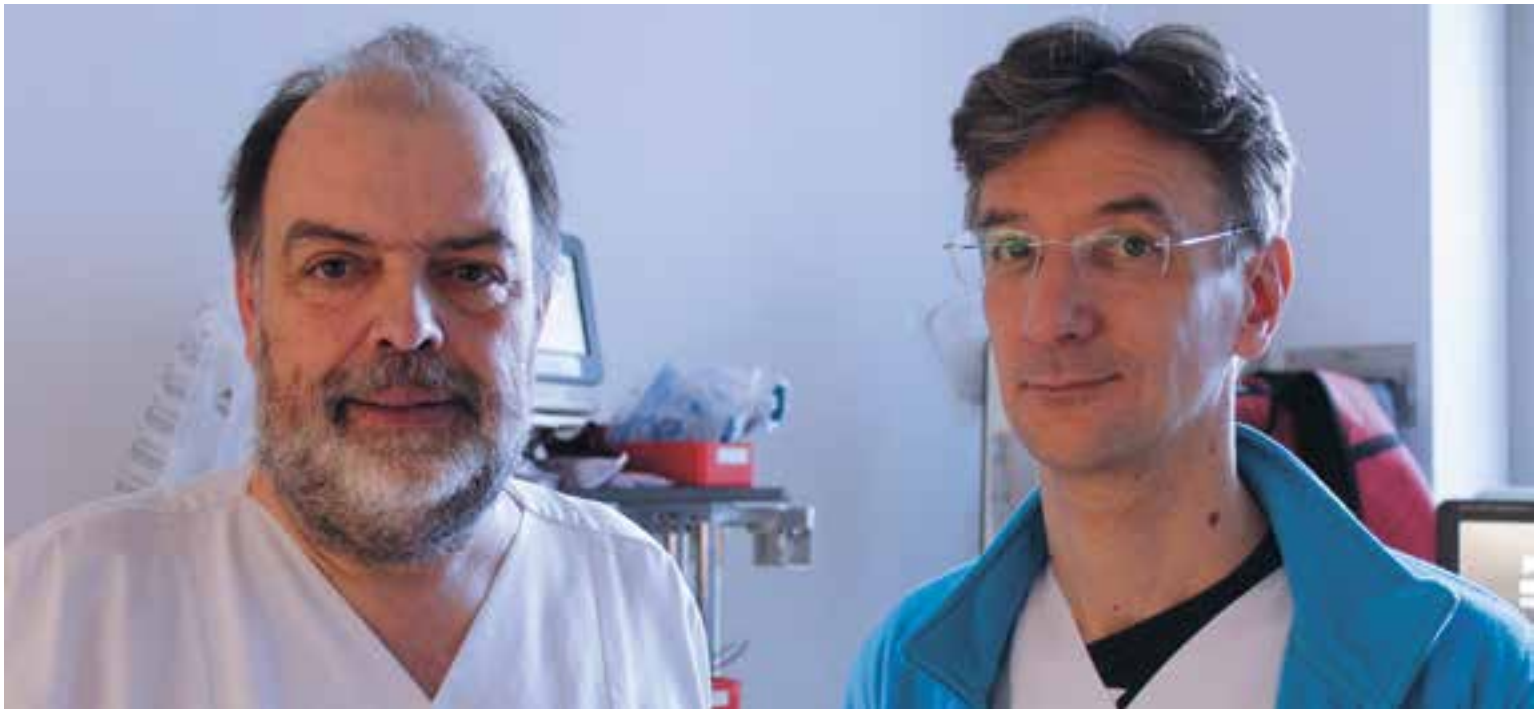
Radke: Das stimmt. Es war schon eine extreme Situation – wir haben eine große, globale Pandemie erlebt. Es war das erste Mal, dass wir uns alle gezwungener Maßen in einer Triage-Situation befanden – plötzlich merkte jeder in Deutschland, dass Gesundheitsversorgung ein knappes Gut ist. Und dass es nicht darum geht, ob ich heute oder in einem Monat eine neue Hüfte bekomme. Sondern dass es um Leben und Tod geht. Da war es das erste Mal, dass es den Leuten richtig bewusstgeworden ist.

Und nach der Pandemie war das Thema erledigt?

Radke: Ehrlich gesagt, seitdem haben wir den Eindruck, dass es immer weiter zunimmt. Inzwischen sind wir eigentlich in einer permanenten Triagesituation. Das Gesundheitssystem ist knapp, wir haben zu wenig Kapazitäten, die Haus- und Fachärzte werden weniger und die Patienten immer mehr. Letztendlich muss man sich auch im globalen Kontext überlegen, wie man Gesundheit gerecht verteilt, auf alle die es brauchen. In anderen Ländern gibt es hier schon gute Ansätze, wie zum Beispiel in Holland. Zu entscheiden, wer welche Therapie bekommt, können nur diejenigen die sich damit auskennen. Deswegen ist es auch richtig so, dass medizinische Therapieentscheidungen von Ärztinnen und Ärzten getroffen werden. Es ist ein Privileg, das wir haben, aber auch eine Bürde. Es ist unsere Kernkompetenz, zu wissen, wie man Patienten behandelt oder nicht behandelt. Aber auch, wen man vorziehen muss und wen nicht. Und das darf uns keiner aus der Hand nehmen. So steht es übrigens auch in der Berufsordnung – dass kein Nichtmediziner einem Arzt vorschreiben darf, wie er seine Medizin zu machen hat.

Wo wir auch schon beim Kern des Themas sind. Wie war der Status Quo der Triage-Regelung während der Pandemie und warum wurde es so kritisch gesehen?

Radke: Das Gesetz war völlig illusorisch, weil es nicht umsetzbar war. Es wurde hier versucht, ein Problem zu lösen, was noch gar nicht da war. Außerdem: Als das



JÖRG FIERLINGS (links) ist Facharzt für Anästhesie und Notfallmedizin, Klinische Akut- und Notfallmedizin und Leitender Notarzt der Stadt Bremerhaven.
PD DR. MED. OLIVER RADKE ist Chefarzt für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin.

Die beiden Mediziner aus Bremerhaven haben erfolgreich gegen die Triage-Regelung geklagt.

Gesetz kam, war Corona quasi vorbei.
Fierlings: Sie müssen wissen: Es ging in diesem Paragraphen nur um Infektionsschutz – wenn es einen Flugzeugabsturz gegeben hätte, dann hätte diese Triage-Regelung gar nicht gegolten. Als erstes hätte man also überprüfen müssen, ob tatsächlich eine Pandemie ausgerufen ist und die Situation unter das Infektionsschutzgesetz fällt.
Radke: Ich versuche es plastisch darzustellen: Wenn ich in einer Triage-Situation auf Grundlage dieser Regelung zwischen zwei Patienten entscheiden müsste, dann hätte ich zwei in der Intensivmedizin erfahrene Fachärzte benötigt, die aber mit der Behandlung der beiden Patienten nichts zu tun haben. In einer Pandemiesituation, wo alle Hände arbeiten müssen, quasi unmöglich. Wenn nun einer dieser Patienten eine angeborene Behinderung gehabt hätte, wäre die Verpflichtung gewesen, noch einen Spezialisten für diese Krankheit hinzuzuziehen – während in der Situation grade zwei Patienten ersticken. Hinzukommt die Ex-Post-Triage – wenn also erstmal ein Tubus steckt, darf ich ihn nicht mehr rausziehen.
Fierlings: Die Durchführbarkeit war einfach nicht gegeben. Und aus meiner Sicht war es auch nicht förderlich, eine Regelung zu treffen, die nur für einen bestimmten Ausschnitt der Triagemöglichkeiten gilt – in dem Fall Infektionskrankheiten. Eine Triagemöglichkeit gibt es in unendlich vielen Formen – Pandemien sind nur ein Teil davon. Es braucht einfach eine Regelung, die für alle gilt. Beatmungsmaschinen können nicht nur in einer Pandemie, sondern auch bei anderen Szenarien knapp werden. Aber es muss dann klar geregelt werden – und meiner Meinung nach nicht mit einem Gesetz, sondern mit einer Leitlinie. An dieser „Fibel" kann sich dann auch ein Arzt orientieren, der mit Triage sonst nichts zu tun hat. Und deswegen ist es so wichtig was Herr Radke gesagt hat: Es muss in Hand der Ärzte bleiben, das hat das Urteil auch bestärkt, indem es den Paragraph für nichtig erklärt hat. Ich kann nur hoffen, dass wenn es zu einer Neuregelung kommt, dass dieser Sachverstand den wir hier schon projiziert haben, Einklang findet.

> Dieses Gesetz hat uns nicht nur in einer Art und Weise bevormundet, die nicht in Ordnung ist – sondern es war auch handwerklich so schlecht gemacht, dass es mit der Wirklichkeit wenig zu tun hatte.
>
> DR. OLIVER RADKE

Das heißt, eine Leitlinie müsste es aus der Ärzteschaft entwickelt werden...

Radke: Genau, Ideen zu einer Leitlinie müssten aus der Ärzteschaft kommen. Genauso wie wir zum Beispiel festlegen, wie die richtige Behandlung eines Herzinfarktes ist.



Dieses Gesetz hat uns nicht nur in einer Art und Weise bevormundet, die nicht in Ordnung ist – sondern es war auch handwerklich so schlecht gemacht, dass es mit der Wirklichkeit wenig zu tun hatte. Und schon gar nicht in einer Situation, wo es drunter und drüber geht.

Triage verbindet man üblicherweise mit der Notaufnahme oder Katastrophenfällen. Inwiefern ist das Thema auch für niedergelassene Kollegen interessant?

Fierlings: Durchaus, es könnte auch niedergelassene Ärzte betreffen, die aus dem KV Bereich kommen. Beispielsweise wenn sie im Katastrophenfall zur Unterstützung ins Krankenhaus gezogen werden oder eine Erstentscheidung in einem Mobilen Hospiz wie einer Turnhalle treffen müssen. Für Bremerhaven im speziellen, aufgrund der Entwicklung der letzten Jahre, werden wir hier immer mehr zur kritischen Infrastruktur, weil hier viele Militärgüter ankommen und so als Ziel einer kriegerischen Handlung relativ weit vorn sein könnten.

Radke: Ich würde gern noch einen weiteren Aspekt mit reinbringen, der gerade auch für die niedergelassenen Kollegen wichtig ist. Die Regelung zur Triage war ein Beispiel, wie die Politik uns versucht hat vorzuschreiben, wie wir Medizin zu machen haben. Und wenn es erstmal anfängt, dann kann es ja auch weitergehen. Zum Beispiel, dass die Politik entscheidet, wie der Diabetologe seine Diabetestherapie macht. Auch ein Hausarzt hat begrenzte Ressourcen. Natürlich nicht so in der Form wie bei einer Pandemie - aber ich denke, dass auch ein Hausarzt nicht möchte, dass ihm die Politik vorschreibt nach welcher Art er seine Patienten er behandeln darf und wie nicht. Wenn solche Pläne aus der Politik kommen, muss man von vornherein einschreiten.

Es ist also nicht Aufgabe des Gesetzgebers, solche Regelungen zu treffen...

Radke: Nein. Und grundsätzlich schweben wir ja nicht im luftleeren Raum. Es gibt ja schon gewisse Voraussetzungen, mit denen wir arbeiten müssen. Die Entscheidung, wie wir Medizin machen, muss aus der Ärzteschaft kommen. Und wenn der Gesetzgeber sagt, es gibt begrenzte Ressourcen, dann müssen Ärztinnen und Ärzte entscheiden, wie der Umgang damit ist. Es gibt ja etablierte Vorgehensweisen wie zum Beispiel beim MANV (Massenanfall an Verletzten), es gibt Katastrophenmedizin und genügend Beispiele aus der Vergangenheit – Zugunfälle, Flugzeugabstürzte, Ramstein und so weiter. Es ist ja nicht so, als ob wir das noch nie gehabt hätten. Und genau die Prinzipien, die man dort anwendet, muss man auch auf eine Triage-Situation anwenden – natürlich modifiziert.

Wie könnte denn eine entsprechende Leitlinie oder Richtlinie aussehen, wenn das Thema auf Länderebene behandelt wird?

Radke: Im Prinzip müsste man das übertragen, was wir vom MANV auch kennen. Wo man sich überlegt, welche Patienten haben keine Chance, welche eine marginale Chance, eine gute Chance oder welche erstmal keine Hilfe

> Wir sind alle Ärztinnen und Ärzte und jeder trägt seinen Teil zum Gesundheitssystem bei – egal ob in der niedergelassenen Praxis oder in der Notaufnahme. (...) Deswegen habe ich den Beschluss des BVG nicht als Erfolg unserer Gruppe gesehen, sondern als Erfolg unseres Berufes.
>
> DR. OLIVER RADKE

brauchen.

Sollte man sich als Arzt oder Ärztin mit dem Thema Triage auch befassen, wenn man sonst damit keine Berührungspunkte hat?

Fierlings: Man sollte durchaus drauf vorbereitet sein. Und abseits der Kriegsmedizin, man nehme in Bremerhaven nur mal das Beispiel Kreuzfahrtschiff. Ein Schiff mit Norovirus kann uns schon vor enorme Probleme stellen – mit ein paar Tausend Passagieren. Hier muss dann auch entschieden werden, wer zuerst behandelt wird. Da können natürlich auch Haus- oder Fachärzte vor Ort sein, die Entscheidungen treffen müssen. Das kann schneller gehen, als man denkt.

Radke: Erstens ist es so, dass wir natürlich bei einem großen Katastrophenszenario auch Kollegen aus der niedergelassenen Ärzteschaft fragen würden, ob sie im Krankenhaus bzw der Notaufnahme unterstützen könnten. Ähnlich wie viele bei den Impfzentren mitgeholfen haben. Das wäre eine konkrete Situation. Abstrakt wäre, dass auch die Niedergelassenen in die Situation kommen könnten, überlegen zu müssen wie sie ihre Medizin zu verteilen haben.

Fierlings: Ein weiterer Punkt ist: Wenn es eine Leitlinie gibt, dann ist sie nur so gut solange sie auch bekannt ist. Das heißt, letztendlich muss das Thema auch publik werden.

Radke: Die Wahrscheinlichkeit steigt ja durchaus. Wir haben Krieg direkt vor der Haustür. Und dass dieser Krieg auch zu uns nach Deutschland „rüberschwappt“, ist nicht unwahrscheinlich. Dass Kriegshandlungen passieren, ist einfach ein Szenario, auf das wir uns einstellen müssen.

Zum Abschluss noch eine Einschätzung Ihrerseits. Wie haben Sie den Urteilsspruch persönlich erlebt?

Fierlings: Es gehört natürlich nicht zu unserem täglichen Job, dass wir Bundesverfassungsklagen machen. Aber daran, dass wir diesen relativ großen Schritt gegangen sind, erkennt man auch die Wichtigkeit des Ganzen. Es heißt jetzt nicht, dass wir uns zurücklehnen und ausruhen. Sondern dass wir jetzt die Thematik weiter publik machen.

Radke: Der Punkt ist: Es hat einen Grund, warum wir Ärzte sind. Es ist ein wichtiger, toller, anstrengender aber verantwortungsvoller Beruf und dazu muss man auch stehen. Und das war uns sehr wichtig. Dass wir diesen Dienst verteidigen, im Namen aller Kolleginnen und Kollegen. Und ich hatte nie den Eindruck, dass wir das nur für uns machen, sondern wirklich für den ärztlichen Beruf. Wir sind alle Ärztinnen und Ärzte und jeder trägt seinen Teil zum Gesundheitssystem bei – egal ob in der niedergelassenen Praxis oder in der Notaufnahme. Da müssen wir einfach zusammenhalten und nicht durcheinander definieren lassen. Deswegen habe ich den Beschluss des BVG nicht als Erfolg unserer Gruppe gesehen, sondern als Erfolg unseres Berufes.

Ein gutes Schlusswort – vielen Dank für das Gespräch!

von TONIA HYSKY | 0421.34 04–181 | t.hysky@kvhb.de

So finden Sie die Anwendungen im **Mitgliederportal der KV Bremen!**

Seit November gibt es das neue Mitgliederportal der KV Bremen. Dieses erreichen Sie über die Telematik-Infrastruktur. Mit dem Relaunch hat sich manches verändert – hier bekommen Sie einen Überblick, welche Anwendungen Sie wo auf dem MeinKVHB Portal finden.



Es gibt es zwei Benutzergruppen:

→ Admin/Praxisinhaber:
hat alle Berechtigungen

→ User / Praxisteam (eingeschränkte Berechtigungen): Können alle Arten von Daten hochladen, eingeschränkte Rechte im Postfach, keine Ansicht des Honorarbescheids möglich



Für alle Anwendungen, die Sie von der KV Bremen brauchen, beispielsweise Posteingang oder die Datei-Übermittlungen, wählen Sie den Punkt KV-Dienste!



Die zentrale Anwendung ist der Posteingang, mit dem Sie einen schnellen Überblick über den Dokumententransfer von der KV bekommen.

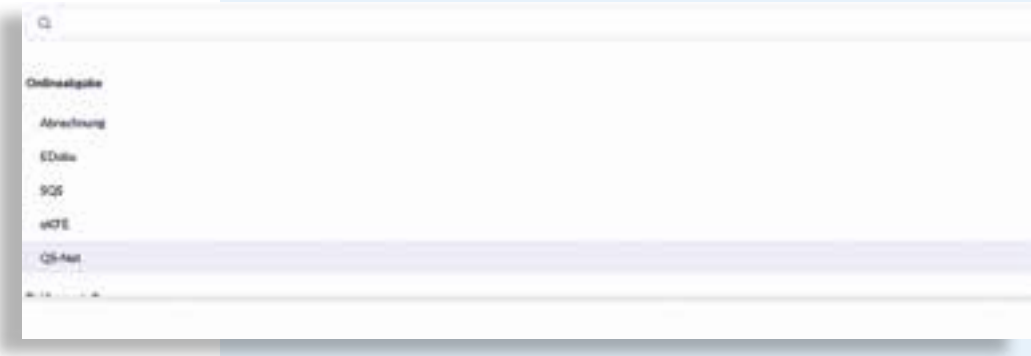
In der Postbox sind zum Beispiel die Honorarbescheide, DMP-Rückmeldungen, Verordnungsstatistiken oder Prüfprotokolle abrufbar. Hier sehen Sie auch die Empfangsbestätigungen von bei der KV Bremen eingegangenen Abrechnungen. Zum Öffnen der Dateien klicken Sie auf die Heftklammer.



Im Uploadbereich werden alle Arten von Dokumenten und Abrechnungsdateien wie üblich hochgeladen. Wählen Sie zunächst einen Bereich aus.



z.B. Abrechnung, SQS, aber auch Quartalserklärung oder eDoku.



Wichtig zu wissen: Unter dem Reiter „Anwendungen“ finden Sie die Dokus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die Fortbildungen oder die Quali-Prüfungen der KBV. Hier sind keine Anwendungen der KV Bremen zu finden!



Neue Vorhaltepauschale: Das sind die Kriterien und so wird abgerechnet

Seit dem 1. Januar 2026 gibt es die Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen. Die Kriterien umfassen zehn definierte Leistungen, die Praxen erbringen müssen, um Zuschläge zu erhalten. Wir haben für Sie die Details zu Abrechnung und Kriterien zusammengefasst.

↦ Die bereits bestehende Pauschale zur hausärztlichen Grundversorgung (GOP 03040 EBM) bleibt bestehen und wurde um 10 Punkte abgesenkt. Daneben wurden die GOP 03041 EBM als Zuschlag mit einer Bewertung von 10 Punkten und die GOP 03042 EBM als Zuschlag mit einer Bewertung von 30 Punkten eingeführt.

Die Zuschläge der GOP 03041 und 03042 EBM werden von der KV Bremen zugesetzt und richten sich danach, wieviele der bis zu zehn Kriterien erfüllt werden. Wegen der Entbudgetierung der Hausärzte seit dem 1. Oktober 2025 werden diese Leistungen entsprechend extrabudgetär vergütet.

Neu ist allerdings, dass Hausärzte, die weniger als zehn Schutzimpfungen (gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) im Quartal durchführen, einen Abschlag auf die Vorhaltepauschale von 40 Prozent erwarten müssen. Hiervon ausgenommen sind:

→ Diabetologische Schwerpunktpraxen
→ HIV-Schwerpunktpraxen
→ Substitutionspraxen (entsprechend der Definition des Bewertungsausschusses im EBM).

Für die Kriterien Zusammenarbeit bzw. Sprechstunden/ Praxisöffnungszeiten kann der Nachweis über die Angabe je Quartal auf einem Fall erbracht werden. Dabei ist dies bei dem Kriterium Zusammenarbeit nur notwendig, sollten Sie nicht in einer BAG zusammenwirken.

Mit der Eingabe der GOP 99349 weisen Sie nach, dass Sie an regelmäßig Qualitätszirkeln teilnehmen. Einen weiteren Nachweis bei der Abrechnung müssen Sie dazu nicht einreichen.

Mit der GOP 99350 weisen Sie die in der Tabelle aufgeführten Sprechstunden nach. Hierbei müssen Sie beachten, dass das Kriterium nur erfüllt ist, wenn die Dauer einer Sprechstunde in den genannten Zeitfenstern mindestens 60 Minuten umfasst. Die Meldung des Sprechstundenangebotes sollte auch an die zuständige KV nach den Vorgaben gemäß § 17 Absatz 1 Satz 6 BMV-Ä erfolgen. Die Kennzeichnung bleibt dennoch erforderlich.

Zusammengefasst ergibt sich folgendes Berechnungsmodell:

→ Vorhaltepauschale plus Zuschlag I (128 Punkte plus 10 Punkte): wird gezahlt, wenn die Praxis mindestens zwei bis maximal sieben Kriterien erfüllt
→ Vorhaltepauschale plus Zuschlag II (128 Punkte plus 30 Punkte): wird gezahlt, wenn die Praxis acht bis alle zehn Kriterien erfüllt
→ Vorhaltepauschale ohne Zuschlag (128 Punkte): wird gezahlt, wenn die Praxis kein oder nur ein Kriterium erfüllt

→ Daneben erhalten Hausärzte mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen im Quartal weiterhin einen Aufschlag auf die GOP 03040 von 9 Punkten. Bei weniger als 400 Behandlungsfällen gibt es unverändert einen Abschlag von 13 Punkten.

→ DIE ZEHN KRITERIEN IM ÜBERBLICK:

Kriterium	GOP	Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums
Haus- und Pflegeheimbesuche	01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100, 38105	Mindestens 5 %*
Geriatrische / palliativmedizinische Versorgung	03360, 03362, 03370, 03371, 03372, 03373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318, 37320, 30980, 30984	Mindestens 12 %*
Kooperation Pflegeheim	37100, 37102, 37105, 37113, 37120	Mindestens 1 %*
Schutzimpfungen	Bitte vergleichen Sie hierzu die regionale Gebührenordnung	Mindestens 7 % (1., 2. und 3. Quartal)* Mindestens 25 % (4. Quartal)*
Kleinchirurgie / Wundversorgung / postoperative Behandlung	02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313, 31600	Mindestens 3 %*
Ultraschalldiagnostik Abdomen und / oder Schilddrüse	33012, 33042	Mindestens 2 %*
Hausärztliche Basisdiagnostik Langzeitblutdruckmessung und / oder Langzeit-EKG und / oder Belastungs-EKG und / oder Spirographie	03241, 03321, 03322, 03324, 03330	Mindestens 3 %*
Videosprechstunde	01450	Mindestens 1 %*
Zusammenarbeit	Regional: 99349	Erfüllt bei BAG oder der Teilnahme an Qualitätszirkeln
Sprechstunden / Praxisöffnungszeiten	Regional: 99350	Angebot von mindestens 14-täglich stattfindenden Sprechstunden am: → Mittwoch nach 15 Uhr und / oder → Freitag nach 15 Uhr und / oder → an mindestens einem Werktag → nach 19 Uhr und / oder → vor 8 Uhr

* Die Summe der Leistungen im Verhältnis zu allen hausärztlichen Behandlungsfällen, z. B. mind. 50 Besuchsleistungen bei 1.000 Fällen (5 %). Die GOP je Kriterium werden in Ihrer Praxis zusammengezählt, wobei die Zusammensetzung der Leistungen keine Rolle spielt.

Ansprechpartner zur Abrechnung:

ANKE HOFFMANN
0421.3404-141 I a.hoffmann@kvhb.de

MELISSA STORK
0421.3404-197 I m.stork@kvhb.de

JANINE SCHAUBITZER
0421.3404-315 I j.schaubitzer@kvhb.de

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

Auf einen Blick: **Das ist neu zum 1. Quartal**

Was hat sich zum 1. Quartal 2026 für Vertragsärzte und -psychotherapeuten geändert? Einige wichtige Neuerungen haben wir hier zusammengetragen.

AOP

Der AOP-Vertrag und seine Anlagen wurden an die Version des Operationen- und Prozedurenschlüssels für 2026 und den aktuellen EBM angepasst. Die Anpassungen betreffen unter anderem die mit einem „*“ gekennzeichneten EBM-Positionen, Kontextfaktoren, Frakturzuschläge und Schwergradsystematik. → S. 35

EBM

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Januar 2026 verschiedene Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen. Dabei wurden mehrere EBM-Änderungen sowie Klarstellungen vorgenommen.

Katarakt-OPs

Die Katarakt-OPs werden seit dem 1. Januar 2026 auf ein bundesdurchschnittliches Niveau angepasst. Die regionale Förderpauschale für die Katarakt-Operationen (GOP 93110/ GOP 93310) ist seit Jahreswechsel nicht mehr abrechenbar. → *www.kvhb.de*

Ersatzverfahren

Zum 1. Januar 2026 wurden die Möglichkeiten für das Ersatzverfahren erweitert. Dieses ist seit dem neuen Jahr auch bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren möglich. Zum Jahresbeginn wurde die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) angepasst. → S. 27

Dialyse

Die Dialysekostenpauschalen im EBM-Abschnitt 40.14 werden künftig jährlich analog zum Orientierungswert angepasst, allerdings nicht bei allen Pauschalen in voller Höhe. Erstmals ist die Erhöhung nach dem neuen Verfahren zum 1. Januar 2026 erfolgt.
→ **Landesrundschreiben Dezember 2025, S. 18**

Fehlgeburt

Die ärztliche Bescheinigung einer Fehlgeburt für die Gewährung von Mutterschaftsgeld erfolgt ab sofort auf dem geänderten Formular 9 „Bescheinigung einer Fehlgeburt, Frühgeburt oder Behinderung des Kindes“. Dieses löst das bisherige Formular ab.

DiGA

Ärztliche Tätigkeiten bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorläufig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen hat, werden seit dem 1. Januar etwas höher vergütet. → S. 31

Komplexversorgung

Zum 1. Januar 2026 entfällt für Ärzte und Psychotherapeuten die zusätzliche Kennzeichnungspflicht, wenn sie Besuchsleistungen abrechnen, die bei erwachsenen Patienten in der Komplexversorgung stattgefunden haben.
→ S. 34

Liposuktion

Bei Patientinnen mit Lipödem im Stadium III können Ärzte ab Januar weiterhin eine Liposuktion abrechnen. Die Verlängerung bis zum 30. Juni 2026 hat der Bewertungsausschuss beschlossen. In der Zwischenzeit soll der EBM angepasst werden, da die Liposuktion künftig unabhängig vom Schweregrad Kassenleistung ist.

Telematikinfrastruktur

RSA-Konnektoren sind ab dem 1. Januar nicht mehr einsetzbar. Während Arzt- und Praxisausweise mit RSA-Verschlüsselung noch bis Mitte 2026 genutzt werden können, endete die Laufzeit älterer Konnektoren definitiv am 31. Dezember. Danach funktionieren die Geräte nicht mehr.

Notfalldatensatz

Für die Aktualisierung eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte gibt es die neue GOP 01643 (Bewertung: 39 Punkten / 1x im Krankheitsfall). Ärzte können sie abrechnen, wenn sie Notfalldaten wie Allergien und eingenommene Medikamente aktualisiert haben. Sie ersetzt die GOP 01641. → S. 32

Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung gibt es eine Reihe verschiedener Änderungen. So werden die Gebühren für zwei schmerzmedizinische Behandlungsentgelte leicht angehoben: den Erstbericht (Nummer 6003 UV-GOÄ) sowie den Folgebericht (Nummer 6004 UV-GOÄ).
→ S. 28

Onkologie

Zum 1. Januar 2026 wurde die GOP 86522 für die subkutane medikamentöse Tumortherapie als Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 in die Onkologie Vereinbarung aufgenommen. → S. 36

mp MRT der Prostata

Mit dem neuen Selektivvertrag „mp MRT der Prostata“ wurde zum 1. Januar ein qualitativ hochwertiges, modernes Diagnostikverfahren eingeführt. Teilnehmen können Radiologen – zuweisende Fachärzte werden mit 10 Euro vergütet. → S. 36

Sozialpsychiatrie

Die sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird ab diesem Jahr erneut höher vergütet. Die Kostenpauschale 88895 steigt analog zum Orientierungswert zum 1. Januar 2026 um 2,8 Prozent. → S. 29

Vorhaltepauschale

Die Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen wurde neu geregelt. Neu ist ein Zuschlag, den Hausärzte erhalten können, wenn sie bestimmte Leistungen wie Haus- und Pflegeheimbesuche, Schutzimpfungen, Ultraschalldiagnostik und eine hausärztliche Basisdiagnostik anbieten.
→ S. 20

Sie fragen — Wir antworten

Was andere wissen wollten, ist vielleicht auch für Sie interessant. In dieser Rubrik beantworten wir Fragen, die den Beratern der KV Bremen gestellt wurden.

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

Abrechnung/Honorar

Was muss ich bei der Abrechnung von Patienten, die einen Behandlungsschein vom Sozialamt vorlegen, beachten?

Es ist zwingend notwendig, den entsprechenden Original-Schein bei der KV Bremen einzureichen. Damit Ihre Abrechnung reibungslos über die jeweiligen Kostenträger abgewickelt werden kann, müssen diese Scheine unbedingt mit Ihrem Arztstempel und Ihrer Unterschrift versehen sein. ↤

Abrechnung/Honorar

Wie verlängere ich die Frist für die Abgabe der Quartalsabrechnung?

Anträge auf Fristverlängerung richten Sie bitte telefonisch an Frau Schweppe (-300), Frau Hartwig (-320) oder an Frau Stork (-197). ↤

Praxisalltag

Kann ich bei der KV Bremen Datenmüll entsorgen?

Ja. In der Zeit Mo-Do von 08:00 Uhr bis 15:30 Uhr und Fr. von 08:00 Uhr bis 13:30 Uhr. Bitte melden Sie sich vorher unbedingt telefonisch an, damit alles reibungslos vonstatten geht. ↤

Niederlassung

Veröffentlicht die KV Bremen eine Liste von vertretungswilligen Ärzten?

Nein, Sie haben jedoch die Möglichkeit, in der Praxisbörse der KV Bremen nachzusehen, ob sich dort Ärzte und Ärztinnen registriert haben, die an einer Vertretung interessiert sind oder geben dort selbst ein Inserat auf. ↤

Abrechnung/Honorar

Wann liegt kein Hausarztvermittlungsfall vor?

Ein Hausarztvermittlungsfall liegt nicht vor:
- bei Anforderung durch den Facharzt
- auf Wunsch des Patienten
- wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt
- wenn eine Terminvermittlung durch die TSS oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten zumutbar ist (z. B. herkömmliche Überweisung) ↤

Meldungen & Bekanntgaben

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Erstbefüllung der ePA wird weiterhin ab Januar mit 11,34 Euro vergütet

→ Die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) wird ab Januar weiterhin mit mehr als elf Euro vergütet. Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Prüffrist für die Vergütung und weitere ePA-Leistungen bis zum 1. Juli 2026 verlängert.

→ Die GOP 01648 für die ePA-Erstbefüllung wird damit bis zum 30. Juni 2026 unverändert fortgeführt. Sie wird weiterhin mit 89 Punkten bewertet, was ab dem 1. Januar 2026 einem Betrag von 11,34 Euro entspricht. Die Vergütung erfolgt weiterhin extrabudgetär.

→ Für die weitere Befüllung rechnen Ärzte und Psychotherapeuten die GOP 01647 ab, wenn im Behandlungsfall ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder per Video) stattgefunden hat. In anderen Fällen ist stattdessen die GOP 01431 berechnungsfähig.

→ Sollte der EBM noch angepasst werden, wird der BA zum 1. Juli 2026 einen entsprechenden Änderungsbeschluss fassen.

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Ersatzverfahren ist ab sofort auch bei Kindern und Jugendlichen ohne eGK möglich

→ Zum 1. Januar 2026 wurden die Möglichkeiten für das Ersatzverfahren erweitert. Dieses ist seit Jahreswechsel auch bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren möglich.

→ Zum Jahresbeginn wurden die Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) angepasst (Anlage 4a Bundesmantelvertrag-Ärzte). So können Praxen das Ersatzverfahren auch dann durchgeführen, wenn ein Versicherter das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die eGK nicht vorlegen oder eine elektronische Ersatzbescheinigung nicht übermitteln kann.

→ Das Ersatzverfahren kommt zum Einsatz, wenn Patienten beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht vorlegen. Kommt es zur Anwendung des Ersatzverfahrens müssen die Patientendaten erhoben werden (Bezeichnung der Krankenkasse, Name und Geburtsdatum des Versicherten, Versichertenart, Postleitzahl des Wohnorts, Nach Möglichkeit die Versichertennummer).

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Vergütung für Ärzte in der gesetzlichen Unfallversicherung wird angepasst

→ Die Gebührenordnung für Ärzte in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) sowie der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger wurden angepasst. Unter anderem wurden Verfahren bürokratieärmer gestaltet. Die Änderungen sind am 1. Januar 2026 in Kraft getreten.

Redaktionelle und inhaltliche Anpassungen:

→ Die Nummern 17 und 143 UV-GOÄ wurden redaktionell angepasst, die Nummer 144 UV-GOÄ wurde gestrichen. Zudem wurden die chirotherapeutischen Leistungen nach den Nummern 3305 und 3306 UV-GOÄ inhaltlich überarbeitet. Durchgangsärzte oder Ärzte, die von ihnen in die Behandlung hinzugezogen werden und die über eine Zusatzweiterbildung „Manuelle Therapie / Chirotherapie“ verfügen, können diese Leistungen abrechnen. Die Leistungen wurden hinsichtlich der Leistungslegende und der Gebühren überarbeitet. Andere Ärzte, die über die entsprechende Zusatzbezeichnung verfügen, bedürfen einer vorherigen Genehmigung und Kostenzusage durch den zuständigen Unfallversicherungsträger.

→ Die Gebühren für die Nummern 6003 und 6004 UV-GOÄ werden an die Höhe der Gebühr der Nummer 118 UV-GOÄ auf 37,27 Euro angeglichen, da die Anpassung im Jahr 2024 nicht erfolgt ist.

Anpassungen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger

→ Bislang war in Paragraf 4 Absatz 3 geregelt, dass bei der Beteiligung eines Arztes am Vertrag, der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, das Einvernehmen mit der KV herzustellen ist. Um das Verfahren bürokratiearm auszugestalten, reicht künftig die Information des zuständigen Landesverbandes der DGUV an die KV, dass eine Beteiligung am Verfahren der Unfallversicherung erfolgt ist.

→ Es hat sich gezeigt, dass die Transportunfähigkeit im Rahmen der Berichterstattung, etwa bei Notfallbehandlungen, ohnehin dokumentiert wird. Eine separate Bescheinigung ist nicht mehr erforderlich und die Nummer 144 UV-GOÄ wird gestrichen. Damit entfällt auch der entsprechende Paragraf 38 im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger.

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Psychotherapie-Richtlinie: GB-A gibt mehr Behandlungsmöglichkeiten bei Suchterkrankungen

→ Die Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Suchterkrankungen wurden erweitert. Nicht nur Patienten, die von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen abhängig sind, können eine ambulante Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

→ Der G-BA hat klargestellt, dass eine ambulante Psychotherapie künftig bei Suchterkrankungen mit fast allen psychotropen Substanzen (legal und illegal) zulasten der gesetzlichen Krankenkassen möglich ist. Neben Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen, auf die sich der Anspruch bislang bezogen hat, zählen hierzu weiterhin Cannabis und nun auch neue psychoaktive Substanzen, flüchtige Lösungsmittel oder psychotrope pflanzliche Stoffe. Außerdem darf künftig in bestimmten Fällen eine Kurzzeittherapie bis zur 24. Behandlungsstunde durchgeführt werden, auch wenn der Patient noch nicht abstinent ist.

→ Weiter keinen Anspruch auf ambulante Psychotherapie besteht bei Suchterkrankungen ausschließlich aufgrund des Gebrauchs von Nikotin, Tabak oder Koffein. Auch das wurde durch den Beschluss klargestellt.

→ Die Regelungen zur Abstinenz hat der G-BA mit dem Beschluss erweitert. Konkret bedeutet es, dass künftig im Rahmen der Kurzzeittherapie (bis zu 24. Behandlungsstunden) ambulante Psychotherapie bei noch nicht abstinenten Suchterkrankten durchgeführt werden darf. Eine Weiterbehandlung nach der 24. Behandlungsstunde ist nur bei Abstinenz zulässig. Die Abstinenz ist durch eine ärztliche Bescheinigung im Rahmen des Gutachterverfahrens nachzuweisen. Die Anpassungen der Regelungen zur Abstinenz erfolgten unter Einbeziehung der einschlägigen S3-Leitlinien.

→ Bislang musste nach den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie die suchterkrankte Person zu Behandlungsbeginn abstinent sein. Abweichend davon durfte mit der Psychotherapie zwar auch bisher schon bei nicht abstinenten Personen begonnen werden, eine Weiterbehandlung ab der 10. Behandlungsstunde war aber auch bisher nur bei Abstinenz zulässig. Als weitere Besonderheit ist in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt, dass gleichzeitig oder vor der Psychotherapie eine somatische ärztliche Behandlung der Suchterkrankung erfolgen muss. Diese Regelung bleibt im Ergebnis der Beratungen des G-BA unverändert.

Ansprechpartnerin Psychotherapeuten:
PETRA BENTZIEN
0421.3404-165 I p.bentzien@kvhb.de

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Sozialpsychiatrie: Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird seit 2026 höher vergütet

→ Die sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird ab dem kommenden Jahr erneut höher vergütet. Die Kostenpauschale 88895 steigt analog zum Orientierungswert zum 1. Januar 2026 um 2,8 Prozent.

→ Hierfür haben KBV und GKV-Spitzenverband jetzt eine Änderungsvereinbarung zur Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte) geschlossen.

→ Die Kostenpauschale der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) wurde bereits zum 1. Juli 2024 einmalig um die kumulierte Veränderung des Orientierungswertes der Jahre 2019 bis 2024 in Höhe von insgesamt 10,27 Prozent erhöht. In diesem Zusammenhang haben KBV und GKV-Spitzenverband auch vereinbart, dass für die Jahre 2025, 2026 und 2027 eine automatische Anpassung der Bewertung der SPV-Pauschale um die jeweilige Weiterentwicklung des Orientierungswertes erfolgen soll. Zum 1. Januar 2025 wurde die Kostenpauschale 88895 daraufhin um 3,85 Prozent angehoben.

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Komplexversorgung für Erwachsene wird einfacher und flexibler

→ Die ambulante Komplexversorgung für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen ist flexibilisiert worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dazu verschiedene Anpassungen vorgenommen. Vereinfacht wurden insbesondere die Anforderungen an die Netzverbünde. Ein Überblick über die wesentlichen Anpassungen:

Anforderungen an Netzverbünde flexibilisiert

→ Eine Änderung betrifft die Mindestanzahl der Ärzte und Psychotherapeuten, die erforderlich ist, um einen Netzverbund zu gründen. Sie wurde von zehn auf sechs gesenkt. Außerdem können jetzt auch Ärzte und Psychotherapeuten die Funktion des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten übernehmen, die keinen vollen Versorgungsauftrag haben. Möglich ist dies auch, wenn sie angestellt tätig sind. Wichtig ist, dass mindestens ein ärztliches Netzverbundmitglied über einen vollen Versorgungsauftrag und ein psychotherapeutisches Mitglied über einen mindestens halben Versorgungsauftrag verfügt.

→ In Hinblick auf die verpflichtende Kooperation eines Netzverbundes mit einem Krankenhaus mit einem regionalen psychiatrischen Pflichtversorgungsauftrag wurde eine Ausnahmeregelung geschaffen. Nach wie vor sollte die Zusammenarbeit vorrangig mit Pflichtversorgern angestrebt werden. Ist dies nicht möglich, kann zukünftig aber auch eine Kooperation mit einer nahegelegenen, in der Betreuung von schwer psychisch Kranken erfahrenen Klinik ohne Pflichtversorgung eingegangen werden. Wenn trotz aller Bemühungen kein geeignetes Krankenhaus gefunden wird, kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ausnahmsweise ein Netzverbund ohne kooperierendes Krankenhaus gegründet werden, befristet auf einen Zeitraum von zwei Jahren.

Schriftliche Erklärung reicht aus

→ Neu ist zudem, dass für den Antrag auf Genehmigung des Netzverbundes eine schriftliche Erklärung eines jeden teilnehmenden Arztes und Psychotherapeuten sowie der erforderlichen Kooperationspartner ausreicht. Bislang war eine formelle rechtliche Bindung in Form eines Netzverbundvertrages für die Kooperation vorgegeben. Diese Anforderung entfällt; bestehende Verträge bleiben gültig.

→ Eine weitere Neuerung legt fest, dass die teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten eines Netzverbundes auch alle in einer Einrichtung arbeiten dürfen, sowohl in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) als auch in einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Ein MVZ oder eine BAG mit einer ausreichenden Anzahl an Ärzten und Psychotherapeuten kann unter Einhaltung der restlichen Vorgaben so einen eigenen Netzverbund bilden.

Vorgaben für Bezugspsychotherapeuten gelockert

→ Psychologische Psychotherapeuten können nunmehr auch für Patienten als Bezugspsychotherapeut tätig sein, wenn diese eine psychopharmakologische Behandlung mit häufigen Anpassungen benötigen oder kontinuierlich von einem Facharzt behandelt oder überwacht werden müssen. Dies war bislang ausgeschlossen. Voraussetzung dafür ist, dass sie einen Facharzt aus dem Netzverbund regelmäßig in die Behandlung einbeziehen.

Fallbesprechungen und Hilfekonferenzen

→ Auf Wunsch des Patienten werden seine Behandelnden oder Helfenden aus anderen Hilfesystemen außerhalb des SGB V zu regelmäßigen Fallbesprechungen eingeladen. Zusätzlich können die Netzverbundmitglieder an leistungsbereichsübergreifenden Hilfekonferenzen teilnehmen, so dass die Angebote für die Betroffenen besser koordiniert und die Unterstützungssysteme verzahnt werden können.

Ansprechpartnerin Psychotherapeuten:
PETRA BENTZIEN
0421.3404-165 I p.bentzien@kvhb.de

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

↦ ARZNEIMITTEL & CO

Patienten müssen nicht generell auf Rivaroxaban umgestellt werden

→ Für die medikamentöse Hemmung der Blutgerinnung (orale Antikoagulation) bleibt es bei den vorrangigen qualitativen Empfehlungen des Bremer Arzneimittelregisters (BAR) und den Wirtschaftlichkeitszielen der Arzneimittelvereinbarung mit den Bremer Krankenkassen. Die Patienten müssen daher nicht umgestellt werden!

→ Dieser Eindruck war entstanden, nachdem einzelne Krankenkassen (zuletzt DAK) ohne Abstimmung mit der KV Bremen Informationsschreiben auch an hiesige Praxen verschickt haben.

→ Lediglich bei bereits bestehender Einstellung auf Rivaroxaban oder Auswahl dieses Wirkstoffes aus patientenindividuellen therapeutischen Gründen soll bevorzugt generisches Rivaroxaban verordnet werden.

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Ärztliche Tätigkeiten bei DiGA werden etwas höher vergütet

→ Ärztliche Tätigkeiten bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorläufig in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen hat, werden seit dem 1. Januar etwas höher vergütet. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) wurde entsprechend angepasst. Zudem hat das BfArM im September eine weitere DiGA dauerhaft in das Verzeichnis aufgenommen.

→ Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben vereinbart, die Bewertung der GOP 86700 zum 1. Januar 2026 von 7,93 Euro auf 8,15 Euro anzuheben. Damit werden die ärztlichen Tätigkeiten für vorläufig aufgenommene DiGA weiterhin genauso bewertet, wie die für dauerhaft aufgenommene DiGA, die im EBM geregelt sind. Die Zusatzpauschalen im EBM für dauerhaft im DiGA-Verzeichnis aufgenommene Anwendungen haben sich zum 1. Januar aufgrund der Anpassung des Orientierungswertes erhöht.

→ Derzeit kann die Pauschale 86700 für die ärztlichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der DiGA companion shoulder berechnet werden. Keine Anpassung war im EBM für die DiGA „Untire“ erforderlich. Das BfArM hat im September 2025 die DiGA „Untire“ für Brustkrebspatienten mit krebsbedingter Fatigue (Erschöpfung) dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Zuvor war sie zur Erprobung vorläufig gelistet. Da das BfArM keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten festgelegt hat, nehmen KBV und GKV-Spitzenverband hierfür keine gesonderten EBM-Leistungen auf.

→ Nach den gesetzlichen Vorgaben ist der EBM nur dann innerhalb von drei Monaten nach der dauerhaften Aufnahme einer DiGA anzupassen, wenn hierfür ärztliche Leistungen für die Versorgung mit der jeweiligen Anwendung erforderlich sind. Die Versorgung mit der neuen DiGA ist Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen und der berechnungsfähigen GOP des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung.

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Für die Aktualisierung des Notfalldatensatzes gibt es eine neue GOP

→ Für die Aktualisierung eines Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte gibt es seit dem 1. Januar 2026 eine neue GOP. Ärzte können sie abrechnen, wenn sie Notfalldaten wie Allergien und eingenommene Medikamente aktualisiert haben.

→ Voraussetzung für die Berechnung der GOP 01643 ist der Nachweis der Praxis über den Anschluss der Vertragsarztpraxis an die Telematikinfrastruktur sowie die Kenntnis der KV Bremen über das Vorliegen der technischen Voraussetzungen zur Nutzung des Notfalldatenmanagements. Praxen können dies über ihr KBV-Prüfmodul nachprüfen. Die KV Bremen prüft das Vorliegen der technischen Voraussetzungen über entsprechende Feldkennungen in der Abrechnung.

→ Die neue GOP 01643 im EBM ist mit 39 Punkten bewertet und kann einmal im Krankheitsfall berechnet werden. Sie ersetzt die GOP 01641 (4 Punkte), die Ärzte seit 2018 als Zuschlag zur Versicherten, Grund- und Konsiliarpauschale erhalten und die von der KV Bremen zugesetzt wurde. Die Vergütung der neuen GOP 01643 erfolgt – zunächst für zwei Jahre befristet – extrabudgetär.

→ Unverändert bleiben die GOP für das Anlegen eines Notfalldatensatzes (GOP 01640 / 80 Punkte) und für das Löschen eines Notfalldatensatzes (GOP 01642 / 1 Punkt).

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

Anzeige



↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Biomarkertests beim Mammakarzinom: Anspruch erweitert, EBM bleibt unverändert

→ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Anspruch auf biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom erweitert und präzisiert. Trotz der geänderten Anspruchsvoraussetzungen sind keine Modifikation der bestehenden GOP nötig. Nachfolgend fassen wir den G-BA-Beschluss sowie das Ergebnis der Beratungen im Bewertungsausschuss kurz zusammen.

G-BA hat Leistungsanspruch auf Biomarkertests bei Brustkrebs geändert

→ Der G-BA hat den Anspruch auf biomarkerbasierte Genexpressionstests beim primären Mammakarzinom erweitert und präzisiert. Der Oncotype DX-Test ist nun auch bei hormonrezeptorpositivem, HER2-negativem, nicht metastasiertem Brustkrebs mit bis zu drei befallenen Lymphknoten (N1-Gruppe) erstattungsfähig, sofern die Patientin postmenopausal ist oder eine Ovarialsuppression erfolgt bzw. geplant ist.

→ Gleichzeitig hat der G-BA die Testung bei prämenopausalen Patientinnen eingeschränkt. Die Durchführung der Tests ist nur zulässig, wenn eine Ovarialsuppression geplant oder bereits eingeleitet wurde. Bei nodalnegativen prämenopausalen Patientinnen können weiterhin alle vier zugelassenen Tests (EndoPredict, MammaPrint, Oncotype DX Breast Recurrence Score, Prosigna) eingesetzt werden.

→ Bei 1 bis 3 befallenen Lymphknoten (N1) darf ausschließlich der Oncotype DX-Test durchgeführt und abgerechnet werden – vorausgesetzt, dass eine Ovarialsuppression erfolgt oder geplant ist. Ohne Ovarialsuppression sind biomarkerbasierte Tests bei prämenopausalen Patientinnen gemäß der neuen Nummer 56 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) nicht mehr vertragsärztlich abrechnungsfähig.

GOP können weiterhin abgerechnet werden

→ Trotz der geänderten Anspruchsvoraussetzungen für biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom sieht der BA keinen Anpassungsbedarf bei den bestehenden GOP der Kapitel 8, 13 und 19 des EBM.

→ Diese können unter Beachtung der neuen Anspruchsvoraussetzungen weiterhin abgerechnet werden:

- → GOP 08347: Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom
- → GOP 13507: Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom
- → GOP 19402: Zuschlag für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext
- → GOP 19503: Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des EndoPredict gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom
- → GOP 19504: Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom
- → GOP 19505: Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Prosigna gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom
- → GOP 19506: Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Besuchsleistungen bei der Komplexversorgung Erwachsener müssen nicht mehr zusätzlich gekennzeichnet werden

→ Zum 1. Januar 2026 entfällt für Ärzte und Psychotherapeuten die zusätzliche Kennzeichnungspflicht, wenn sie Besuchsleistungen abrechnen, die bei erwachsenen Patienten in der Komplexversorgung stattgefunden haben.

→ Konkret geht es um die Kennzeichnung der Besuchsleistungen im Zusammenhang mit der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Versicherter mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL).

→ Zum Start der Komplexversorgung von Erwachsenen am 1. Oktober 2022 hatte der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss die Leistungen der KSV-Psych-RL in den neuen Abschnitt 37.5 EBM aufgenommen. Vorgesehen hatte er in diesem Zusammenhang auch eine Kennzeichnung der durchgeführten Besuchsleistungen nach den GOP 01410 (Besuch), 01411 (Dringender Besuch I), 01412 (Dringender Besuch II), 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) und 01415 (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege oder Altenheimen mit Pflegepersonal).

→ Damals war die Kennzeichnung notwendig, um dem Bewertugsausschuss eine Evaluation der abgerechneten Besuchsleistungen zu ermöglichen und zu prüfen, ob Regelungsbedarf bezüglich der Finanzierung besteht. Nach erfolgter Prüfung hat der BA nun festgestellt, dass aufgrund der geringen abgerechneten Leistungsmengen keine zusätzliche Finanzierung erforderlich ist. Die Kennzeichnung kann daher entfallen.

→ Bestehen bleibt noch die Kennzeichnung im Zusammenhang mit den Leistungen des Abschnitts 37.6 EBM im Zusammenhang mit der ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (KJ-KSV-Psych-RL). Dieses Kapitel und die entsprechende zusätzliche Kennzeichnungspflicht wurden erst zum 1. April 2025 neu in den EBM aufgenommen. Hier ist die Prüfung noch nicht abgeschlossen.

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

Bewertungsausschuss verlängert Übergangsregelungen zu Hybrid-DRG bis Ende 2026

→ Der Bewertungsausschuss (BA) verlängert im Zusammenhang mit den Hybrid-DRG die Übergangsregelungen im EBM für die präanästhesiologische Untersuchung sowie für prä- und postoperative Leistungen erneut um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026.

→ Damit kann die GOP 05311 zur präanästhesiologischen Untersuchung vor einem Eingriff nach § 115f SGB V weiter abgerechnet werden. Wie bisher gilt für die Abrechnung: Der Eingriff kann entweder gar nicht oder erst mindestens vier Wochen nach der präanästhesiologischen Untersuchung durchgeführt werden, weil der Patient zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht narkosefähig war. In diesen Fällen müssen Ärzte zusätzlich zur GOP 05311 die GOP 88110 angeben.

→ Auch präoperative Leistungen (EBM-Abschnitt 31.1.2), die außerhalb der OP-Einrichtung erbracht werden, sowie postoperative Leistungen (EBM-Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3), die nicht von der Hybrid-DRG umfasst sind, können weiterhin nach EBM abgerechnet werden.

→ Mehr zum Thema Hybrid-DRG finden Sie auf der Homepage der KV Bremen unter dem Reiter Praxen / Hybrid-DRG.

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

↦ ABRECHNUNG/HONORAR

AOP-Vertrag wurde zum 1. Januar 2026 angepasst

→ Der Vertrag Ambulantes Operieren (AOP) und seine Anlagen wurden zum 1. Januar 2026 angepasst. Insbesondere handelt es sich um Anpassungen an die Version des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für 2026 und den aktuellen EBM.

Finanzierung ärztlicher Weiterbildung

→ Bereits 2024 hatten sich die Vertragspartner in der Präambel zum AOP-Vertrag auf eine Prüfung verständigt, ob und inwieweit eine zusätzliche Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen der Vergütung ambulanter Operationen erforderlich ist. Um diesem Thema mehr Priorität einzuräumen, wurde nun festgelegt, dass die Überprüfung im Jahr 2026 erfolgen wird.

AOP-Katalog

→ Der AOP-Katalog (Anlage 1 des AOP-Vertrages) wird zum 1. Januar 2026 im Abschnitt 1 um die transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz (OPS-Kode 5-569.62) erweitert und auf die OPS-Version 2026 sowie den aktuellen EBM-Stand angepasst. Der neu aufgenommene OPS-Kode ist im Dokument gelb markiert. Die Regelungen zu den mit „*“ gekennzeichneten EBM-Ziffern, die bei Durchführung der jeweiligen Prozedur entsprechend abgerechnet werden können, auch wenn der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition nicht oder nicht vollständig erfüllt ist, wurden bis zum 30. Juni 2026 verlängert. Die Leistungen können somit weiterhin abgerechnet werden.

Kontextfaktoren

→ Bei den Kontextfaktoren (Anlage 2 des AOP-Vertrages) gibt es Anpassungen bei Eingriffen an den Augenmuskeln. Hintergrund ist der vollständige Wegfall der Angabe der Seitenlokalisation bei OPS-Kodes für kombinierte Augenmuskeloperationen (OPS 5-10k ff.). Zudem wird die Befristung der Kontextfaktoren für ophthalmologische Eingriffe um ein Jahr verlängert. Damit haben Krankenhaus- und Belegärzte Klarheit, in welchen Fällen eine eigentlich ambulant mögliche Operationen stationär erfolgen darf.

Frakturzuschläge und Schwergradsystematik

→ Die Frakturzuschläge (Anlage 3 des AOP-Vertrages) werden 2026 aufgrund der Anhebung des Orientierungswertes entsprechend erhöht. Sie sollen höhere Aufwände vergüten, die durch die Nichtplanbarkeit der Eingriffe entstehen, zum Beispiel durch das Vorhalten von Personal und Räumen. Zur Weiterentwicklung der 2023 eingeführten Schweregradsystematik wurde dreiseitig abgestimmt, die Beratungen im Jahr 2026 fortzuführen. Diesbezüglich gibt es noch keine Anpassung.

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

↦ ABRECHNUNG & HONORAR

Beim Vertrag „mp MRT der Prostata“ gilt für zuweisende Fachärzte die GOP 99066

→ Mit dem neuen Selektivvertrag „mp MRT der Prostata“ wurde zum 1. Januar ein qualitativ hochwertiges, modernes Diagnostikverfahren eingeführt. Teilnehmen können Radiologen – zuweisende Fachärzte werden mit 10 Euro vergütet.

→ Mit dem Vertrag gem. § 140 a SGB V zur Durchführung des multiparametrischen MRT (mp MRT) der Prostata wurde zum 1. Januar 2026 ein qualitativ hochwertiges, modernes Diagnostikverfahren eingeführt, das bislang nicht im EBM abgebildet ist. Versorgungsziel ist sowohl die angemessene und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten der IKK gesund plus mit Anspruch auf besondere radiologische Diagnostik, als auch die schnellere, schmerzfreie und strahlungsfreie Voruntersuchung mittels mp MRT.

→ Fachärzte für Radiologie können das mp MRT der Prostata im Rahmen des Selektivvertrags erbringen. Als zuweisende Facharztgruppen können Fachärzte für Urologie sowie fachärztlich tätige Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie tätig werden.

→ Die zuweisenden Fachärzte erklären mit der Erbringung und Abrechnung der Leistung formal ihre Teilnahme. Die Abrechnung der Leistung der Aufklärung, Beratung und Terminvermittlung des zuweisenden Facharztes wird in Höhe von je 10 Euro vergütet und erfolgt unter Angabe der Abrechnungsziffer 99066.

→ Der zuweisende Facharzt identifiziert potentielle Patienten mit Verdacht auf oder mit einem Prostatakarzinom und überweist nach erforderlicher Beratung und Aufklärung zur Behandlung an den teilnehmenden Radiologen und unterstützt den Patienten durch zeitnahe Terminvermittlung.

INGA BOETZEL
0421.34 04–159 | i.boetzel@kvhb.de

↦ QUALITÄT/GENEHMIGUNG

Onkologie: Neue Kostenpauschale für subkutane medikamentöse Tumortherapie

→ Zum 1. Januar 2026 wurde die GOP 86522 für die subkutane medikamentöse Tumortherapie als Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 in die Onkologie Vereinbarung aufgenommen.

→ Die neue Kostenpauschale 86522 (129,69 €) kann einmal im Behandlungsfall bei der Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel abgerechnet werden. Ausgenommen sind Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel.

→ Der Zuschlag (GOP 86522) ist nur unter Angabe des verwendeten Medikaments berechnungsfähig.

→ Die betroffenen Ärzte erhalten von der KV Bremen eine aktualisierte Genehmigung.

OLGA FABRIZIUS
0421.34 04–345 | o.fabrizius@kvhb.de

↦ ARZNEIMITTEL & CO

DiGA: Verordnung nur mit medizinischer Indikation

→ Auch digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA) sollen zukünfig mit dem eRezept verordnet werden. Die Umstellung von Papier- auf eRezept wird noch einmal von Januar auf Ende März 2026 verschoben. Außerdem gibt es einen aktuellen Hinweis der Kassen zur Verordnung.

→ Derzeit beklagen die Krankenkassen DIGA-Verordnungen ohne entsprechende medizinische Indikation. Mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot haben die Bremer Kassen der KV Bremen dazu folgendes geschrieben:

→ „Seit Einführung von DiGA im Jahr 2020 nimmt die Kassengemeinschaft immer wieder wahr, dass die Anwendungen von Ärzten oder Psychotherapeuten verordnet werden, ohne dass eine ausreichende Überprüfung des Krankheitszustands des Patienten, der Zweckmäßigkeit oder der Wirtschaftlichkeit der Verordnung erfolgt. Auch ist der Ausschluss definierter Ausschlusskriterien/Kontraindikationen vor der DiGA-Verordnung erforderlich – bedauerlicherweise fallen jedoch immer mal wieder Fälle auf, bei denen vorliegende Kontraindikationen/Ausschlusskriterien nicht vom Verordner überprüft werden. Letztendlich führt dies zu einem Mehraufwand für uns Kassen."

→ Die KV Bremen hatte die Kostenträger bereits auf das Agieren eines einzelnen DIGA-Anbieters hingewiesen, mit dem Druck auf die hiesigen Praxen ausgeübt wird. Derzeit wird davon ausgegangen, dass diese Fälle aus wettbewerbsrechtlichen Gründen grundsätzlich nicht mehr vorkommen.

→ Sofern der Krankenkasse die Indikation bekannt ist, können sich Patienten auch ohne Rezept direkt zur Kostenübernahme der App an ihre Kasse wenden.

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

↦ QUALITÄT/GENEHMIGUNG

Nicht vergessen: DMP Fortbildungsnachweise für 2025 einreichen

→ Haben Sie schon Ihre Fortbildungsnachweise bei der KV Bremen eingereicht? Für die Aufrechterhaltung der Genehmigungen sind bei einer Reihe von genehmigungspflichtigen Leistungen (DMP, Hausarztverträge, etc.) Fortbildungen nachzuweisen.

→ Bitte reichen Sie diese bis Ende Februar 2026 ein. Die fehlenden Nachweise können mithilfe einer Datenfreigabeerklärung über das Mitgliederportal der Ärztekammer Bremen, via Cryptshare oder Mail (s.kannegiesser@kvhb.de) an die KV Bremen übermittelt werden.

SYLVIA KANNEGIESSER
0421.34 04–339 | s.kannegießer@kvhb.de

Gerinnungskontrolle wurde in den Katalog der häuslichen Krankenpflege aufgenommen

→ Die Gerinnungskontrolle bei Patienten mit blutverdünnenden Medikamenten wurde jetzt ins Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege (HKP) aufgenommen. Ärzte können die Kontrolle verordnen, damit die Blutverdünnung mit einem Vitamin-K-Antagonisten im häuslichen Umfeld sicher eingestellt wird. Daneben wurden im Detail auch weitere Änderungen der HKP-Richtlinie vorgenommen (www.g-ba.de).

→ Die Gerinnungskontrolle ist bis zu einmal wöchentlich verordnungsfähig. Voraussetzung ist, dass die (POCT-) INR-Selbstmessung in der Häuslichkeit erforderlich ist und der Patient sie nicht mehr selbst durchführen kann. Mit der ärztlichen Verordnung dürfen Pflegekräfte den Gerinnungswert des Bluts ermitteln und bewerten. Dafür sollen sie auf den „International Normalized Ratio" (INR) zurückgreifen. Für die Untersuchung nutzen sie das Koagulometer, auf das die Patienten gemäß Hilfsmittelverzeichnis Anspruch haben.

→ Die Gerinnungskontrolle wurde als Nummer 32 „(POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie" in das Verzeichnis der verordnungsfähigen Leistungen aufgenommen: Ermittlung und Bewertung des Gerinnungswertes mittels eines vorhandenen Blutgerinnungs-Messgerätes (Koagulometer) bei gesetzlich Krankenversicherten, bei denen eine Gerinnungskontrolle in der Häuslichkeit erforderlich ist.

Vorausssetzungen:
→ Der Patient muss mit einem ärztlich verordneten Blutgerinnungsmessgerät (Koagulometer) ausgestattet sein.

→ Der Patient kann die INR-Selbstmessung nicht selbst vornehmen oder das Messergebnis nicht ablesen aus einem dieser Gründe:
- → hochgradige Einschränkung der Sehfähigkeit
- → starke Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten
- → starke Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- → starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust

→ Der Grund muss aus der ärztlichen Verordnung (Muster 12) hervorgehen. Die Häufigkeit der INR-Messung erfolgt nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplans.

→ Daneben wurde die Verordnungsfrequenz für eine digitale Enddarmausräumung wurde erhöht. Sie ist statt „bis zu 2 x wöchentlich" jetzt „bis zu 1 x täglich" möglich.Damit werden die besonderen Anforderungen von Personen mit neurogenen Darmfunktionsstörungen besser berücksichtigt.

→ Außerdem hat der Gemeinsame Bundesaussschuss „Bronchiallavage / -toilette" aus der Leistungsnummer 6 „Absaugen" gestrichen. Die Bronchiallavage sei eine ärztliche Leistung und die Bronchialtoilette durch eine Pflegefachkraft bereits von der Maßnahme „Absaugen" umfasst.

→ Bei der Leistungsnummer 16 „Infusionen i. v." erfolgte die Klarstellung, dass Flüssigkeitssubstitution sowie parenterale Ernährung in konkreten Situationen verordnungsfähig sind und durch einen Pflegedienst erbracht werden können. Auch Vitamine und Spurenelemente können als Bestandteil der parenteralen Ernährung durch die Pflegefachkraft verabreicht werden.

→ Eine weitere Klarstellung gab es bei der Leistungsnummer 26.2 „Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten". Dort wurde im Hinblick auf Einreibungen der Haut mit ärztlich verordneten Medikamenten klarer formuliert, dass es auf den akut behandlungsbedürftigen Zustand der dermatologischen Erkrankung ankommt und nicht darauf, dass es sich um eine ausschließlich akut auftretende Erkrankung handeln muss.

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

Sonstige Produkte zur Wundbehandlung bleiben weiter Kassenleistung

→ Der Gesetzgeber hat die Übergangsregelung für sonstige Produkte zur Wundbehandlung rückwirkend und bis zum 31. Dezember 2026 verlängert. Damit bleiben diese Produkte vorerst eine Kassenleistung. Voraussetzung ist allerdings, dass sie bereits vor dem 2. Dezember 2020 im Markt verfügbar waren.

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

Anzeige

DÜNOW
Steuerberatungsgesellschaft

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

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

FACHBERATER
für das Gesundheitswesen
(DStV e.V.)

↦ BEKANNTGABE

Verwaltungskostensätze 2026

Die Vertreterversammlung hat am 16. Dezember 2025 den Haushaltsplan 2026 der KV Bremen verabschiedet.

Die Verwaltungskostensätze betragen:	HHP 2026	HHP 2025
Alle Mitglieder	2,40 %	2,40 %
Für Datenträgerabrechnung seit I/2011 zusätzliche Verwaltungskostenumlage i. H. v. 1,00 % mind. 150,00 €	1,00 %	1,00 %
Verwaltungskostenumlage für Einnahmen aus dem Bereitschaftsdienst	2,60 %	2,60 %
Verwaltungskostenumlage für Hybrid-DRG	2,00 %	–
Ergänzungsbetrag für Mitglieder, die an Selektivverträgen mit Bereinigung der Gesamtvergütung außerhalb des KV-Systems teilnehmen. Der Betrag pro eingeschriebenen Versicherten und Quartal erhöht sich in 2026 auf 1,13 €.	1,13 €	0,95 €
Verwaltungskostenumlage Overhead-Mammographie-Screening	1,56 €	1,56 €

ANNETTE GÖTZENICH
0421.34 04–130 | a.goetzenich@kvhb.de

↦ VERSCHIEDENES

Jetzt noch anmelden zur MFA-Fortbildung Hygienebeauftragte

→ Hygienebeauftragte MFA sind Bindeglieder zwischen allen Mitarbeitern und anderen mit Hygieneaufgaben betrauten Personen. Sie fungieren als Multiplikatoren in der Arztpraxis. Zu diesem Thema bietet die Ärztekammer Bremen im Februar und März 2026 eine Fortbildung an.

→ Die 40-stündige Fortbildung „Hygienebeauftragte/r MFA in der Arztpraxis“ vermittelt Grundlagen der Hygiene, der Antiseptik und Desinfektion und der Medizinprodukteaufbereitung sowie Grundlagen zu persönlicher Hygiene, Händehygiene, Mitarbeiterschutz, Organisation und Betriebslehre und Infektionskrankheiten. Nach erfolgreichem Abschluss erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat. Der Kurs richtet sich an MFA mit abgeschlossener Berufsausbildung und mehrjähriger Berufserfahrung.

→ Termine: Modul I: 23. bis 25. Februar 2026, Modul II: 19. und 20. März 2026, Kosten: 570 Euro.

→ Weitere Infos und Anmeldung auf ***www.aekhb.de*** oder über den QR-Code.

↦ VERSCHIEDENES

Jetzt zum Einführungsseminar QEP im April anmelden

→ Speziell für Arztpraxen hat die KBV das System „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen“ erarbeitet, das auf die festgelegten Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement in der Praxis zugeschnitten ist. Mit einem Einführungsseminar wird Ihnen das Rüstzeug vermittelt, um QEP erfolgreich in Ihrer Praxis einzuführen.

→ Zum nächsten Einführungsseminar unter der Leitung des zertifizierten QEP-Trainers Andreas Steenbock laden die Ärztekammer und die KV Bremen am 17. und 18. April 2026 in die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26-28, ein.

→ Die Kursgebühr für die erste Person (inklusive QEP-Unterlagen) liegt bei 320 €, die Kursgebühr für weitere Personen derselben Praxis (ohne Unterlagen) bei jeweils 199 €.

→ Das Seminar „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen“ richtet sich an Ärztinnen, Ärzte und medizinische Fachangestellte.

→ Im Seminar werden unter anderem die Grundlagen des Qualitätsmanagements vermittelt; Arbeitstechniken und Werkzeuge aufgezeigt sowie erste Schritte für den Aufbau eines QM-Systems in der eigenen Praxis.

→ Bitte melden Sie sich auf der Webseite der Ärztekammer Bremen an.

↦ VERSCHIEDENES

Special Olympics Bremen sucht Arzt für Verstärkung im Ehrenamt

→ Für den Landesverband Bremen sucht die Sportorganisation Special Olympics einen Arzt oder Ärztin für eine ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen des Angebots „Gesunde Lebensweise“. Dabei ist zum Beispiel der Einsatz bei den Landesspielen und beim Gesundheitsprogramm vor Ort gefragt.

→ Die Sportorganisation Special Olympics unterstützt Menschen mit geistiger Behinderung dabei, durch Sport mehr Anerkennung, Selbstbewusstsein und somit auch mehr Teilhabe an der Gesellschaft zu erhalten. Außerdem gehört ein Gesundheitsprogramm zum Angebot von Special Olympics. Für einen Teil davon – die „Gesunde Lebensweise“ sucht die Sportorganisation nun für den Landesverband Bremen einen ehrenamtlichen Arzt oder eine Ärztin.

→ Neben den möglichen Einsätzen bei den Landesspielen (alle 4 Jahre) ist der Einsatz bei der Disziplin „Gesunden Lebensweise“ gefragt. Hier erfolgen Beratungen zur gesunden Ernährung und es wird über die Risiken des Rauchens und der Sonneneinwirkung informiert. Darüber hinaus werden Blutdruckkontrollen, die Bestimmung des BMI-Wertes und eine Hygieneberatung angeboten. Wenn es die gemeinsamen Planungen zulassen, bedeutet dies ein bis zwei ganztägige Einsätze pro Jahr. Die Organisation richtet sich dabei nach dem Zeitplan des Arztes.

→ Für Rückfragen steht Stine Holin von Special Olympics Bremen telefonisch gerne unter 01520-44204457 und per Mail unter stine.holin@bremen.specialolympics.de zur Verfügung. Interessierte können zunächst auch Einsätze begleiten, um sich ein Bild von der Arbeit und vom Team zu machen.

↦ VERSCHIEDENES

Zi-Kodierhilfe: Aktualisierung auf 2026 ist jetzt online

→ Die Zi-Kodierhilfe ist nach jährlichem ICD-10-GM-Update mit aktualisiertem Datenbestand für das Jahr 2026 jetzt online unter ***www.kodierhilfe.de*** sowie als App verfügbar.

→ Mit der Suchfunktion der Kodierhilfe finden Sie schnell und effizient den richtigen ICD-Kode mit jeweils individuellen Hilfen und Hinweisen auf zusätzliche oder alternative Kodiermöglichkeiten.

→ Fachgruppenspezifische Kodierübersichten (Zi-Thesauren) sowie themenspezifische Kodiermanuale stehen ergänzend bereit.

→ Weitere Informationen unter: ***https://www.zi.de/kodierung***

Der Instagram-Kanal für MFA aus Bremen, Bremerhaven und Umzu!

www.instagram.com/kvaekmfa/



MFA-NEWS kväk BREMEN

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

ärztekammer bremen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bekanntgaben aus den Zulassungsausschüssen

Zeitraum 1. November bis 31. Dezember 2025

Anstellungen

Name	anstellende Betriebsstätte	Ort	Fachgruppe	Beginn
Maxie Heupel - halbe Anstellung -	MVZ Fachärztezentrum Hanse GmbH/ Zweigpraxis Sandra Patzelt, Zweigpraxis	Violenstraße 27 28195 Bremen	Allgemeine Chirurgie	04.11.2025
Maja Belikoff - viertel Anstellung -	Oliver Borrmann	Altenwall 5 28195 Bremen	Allgemeinmedizin	04.11.2025
Dr. med. Jakob Schmitt - viertel Anstellung -	MVZ Leer mit Tagesklinik , KV übergreifende BAG	Pappelstraße 53-57 28199 Bremen	Augenheilkunde	04.11.2025
Firass Alshikh - viertel Anstellung -	Augen- und Laserzentrum MVZ Bremen, KVüBAG	Gröpelinger Heerstraße 406 28239 Bremen	Augenheilkunde	04.11.2025
Heiko Bartsch - viertel Anstellung -	MVZ „Fachärztezentrum Hanse GmbH"	Sankt-Jürgen-Straße 1a 28205 Bremen	Augenheilkunde	04.11.2025
Khaled Ayrot - viertel Anstellung -	Augenärzte am Meer Bremen eGbR , MVZ	Hans-Bredow-Straße 19 28307 Bremen	Augenheilkunde	09.12.2025
Samer Wassel - volle Anstellung -	Hassan Chitsazian	Schwachhauser Heerstraße 50 28209 Bremen	Augenheilkunde	04.11.2025
M. Sc. Nico Schreiner - halbe Anstellung -	M. Sc. Ilarion Stupar	Gerhard-Rohlfs-Straße 39 28757 Bremen	Psychologische Psychotherapie	28.11.2025
Hassan Meree - volle Anstellung -	Dr. med. Yusuf Cimen	Dr.-Franz-Mertens-Straße 8 27580 Bremerhaven	Anästhesiologie	09.12.2025
Olaf Kück - volle Anstellung -	MVZ AMEOS Poliklinikum im Zentrum BHV GmbH	Schiffdorfer Chaussee 29a 27574 Bremerhaven	Anästhesiologie	04.11.2025
Heidrun Kirchhof - halbe Anstellung -	MVZ „Medizin im Zentrum Bremerhaven GmbH"	Parkstraße 11 27580 Bremerhaven	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	05.11.2025

Verlegungen, Umzüge

Name	von	nach	Datum
Amin Ismail	Friedrich-Engels-Straße 20 14974 Ludwigsfelde	Christian-Seebade-Straße 21 28279 Bremen	16.12.2025
Dipl. Psych. Marco Wenzel	Herzberger Straße 32 - 36 28205 Bremen	Am Hulsberg 8 28205 Bremen	31.12.2025
Dr. med. Felix Haupt / Helmut Golke / Dr. med. Sandra Sackmann	Berliner Freiheit 1d 28327 Bremen	Mary-Astell-Straße 2 28359 Bremen	24.11.2025
M. Sc. Klin. Psych. Elena Rieforth	Sedanstraße 9 28201 Bremen	Ingelheimer Straße 38 28199 Bremen	28.11.2025
Stephan Bohnenkamp	Colmarer Straße 42 28211 Bremen	Am Hulsberg 70 28205 Bremen	22.12.2025

Zulassungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Nachfolger von
Dipl.- Psych. Julia Susanne Hoffmann - halbe Zulassung -	Fesenfeld 127 28203 Bremen	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	28.11.2025	Dipl.-Päd. Wilhelmina Beunen

Ermächtigungen

Name	Ort	Fachgruppe	Beginn	Umfang
PD Dr. med. Isabel Frielitz-Wagner	Hammersbecker Straße 228 28755 Bremen	Kinder- u. Jugendmedizin Kinder-Endokrinologie u. -Diabetologie, kammerindividuell	04.11.2025	Angaben zum Ermächtigungsumfang finden Sie auf der Homepage der KV Bremen unter: www.kvhb.de/arztlisten

Impressum

Herausgeberin: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen, Tel.: 0421.3404-0 | v.i.S.d.P.: Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans | Redaktion: Christoph Fox, Tonia Marie Hysky (RED) | Autoren dieser Ausgabe: Dr. Bernhard Rochell, Christoph Fox, Tonia Marie Hysky, Faduuse Arraleh | Abbildungsnachweise: Tonia Marie Hysky (S.1; S. 17), Adobe Stock - Kiryl Lis (S. 1; S. 15); Adobe Stock - Studio Nova (S. 1, S. 18); KV Bremen/Lehmkühler (S. 2); Studio B (S. 12); Privat (S. 10, S. 48)| Redaktion: siehe Herausgeberin, Tel.: 0421.34 04-181, E-Mail: redaktion@kvhb.de | Gestaltungskonzept: oblik visuelle kommunikation | Druck: BerlinDruck GmbH + Co KG | Vertrieb: siehe Herausgeberin

Das Landesrundschreiben erscheint achtmal im Jahr als Informationsmedium für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Abdruck nur mit Genehmigung der Herausgeberin. Gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Das Landesrundschreiben enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für nichtärztliche Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie Ihren Mitarbeitern den Einblick in diese Ausgabe. Genderhinweis der KV Bremen: Die KV Bremen verfolgt einen diskriminierungsfreien Ansatz und spricht mit ihren Inhalten ausdrücklich alle Personengruppen gleichermaßen an. Es ist uns wichtig, dass durch die Beiträge im Landesrundschreiben der KV Bremen niemand benachteiligt oder diskriminiert wird. Deshalb nutzen wir vorzugsweise geschlechterneutrale Substantive. Da wir auch großen Wert auf eine allgemeinverständliche Sprache legen, verwenden wir mitunter personenbezogene Formulierungen im generischen Maskulinum. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Kleinanzeigen

Mitglieder der KV Bremen inserieren kostenlos. Ihre Annonce können Sie aufgeben unter www.kvhb.de/kleinanzeigen oder schreiben Sie eine E-Mail an kleinanzeigen@kvhb.de. Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 13. Februar 2026. Mitglieder der KV Bremen können Inserate auch in der Online-Praxisbörse unter praxisboerse.kvhb.de kostenlos aufgeben.

Kinderarzt/-ärztin (m/w/d)

zur Nachfolge für KV-Sitz in Gemeinschaftspraxis für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Bremen-Lesum zum 1.4.27 gesucht.
Kontakt: kinderarztpraxis-lesum@t-online.de

Praxisräume zur Miete abzugeben

Renovierte, helle, zentral gelegene Praxisräume. Empfangsbereich, Wartezimmer, drei Arztzimmer. Zwei Funktionsräume, Lager, Sozialraum.
Chiffre: GSF40A

Gynäkologin/Gynäkologe (m/w/d)

Wir suchen für unsere gynäkologische Praxis im Bremer Süden Verstärkung. Spätere Übernahme möglich, verschiedene Übergangsmöglichkeiten, auch Teilzulassung.
Kontakt: 0421/5720468

Mitarbeiter(m/w/d) gesucht/ Teilzeit

Ab März/ April 2026 gerne auch Quereinsteigerin für bürokratischen Praxisalltag
Chiffre: HTG51B

So antworten Sie auf Chiffre-Anzeigen

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

Ärztliche Unterstützung gesucht

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Borgfeld sucht allgemeinmedizinisch/internistische ärztliche Unterstützung ab sofort in Teilzeit, Vollzeit oder in der Weiterbildung. Informieren Sie sich auf unserer Homepage über unser Leistungsspektrum.
Kontakt: pluempe@gmx.de
www.hausaerzte-borgfeld.de

Der Beratungsservice der KV Bremen

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

0421.3404-

Abrechnungsberatung

Team Leistungsabrechnung
Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, Fachärztliche Kinderärzte, Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, Hausärztliche Internisten, Nichtvertragsärzte im Notfalldienst Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gastroenterologen, Gynäkologen, Hämatologen, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kardiologen, Laborärzte, Laborgemeinschaften, Lungenärzte, MVZ, MKG-Chirurgen, Nephrologen, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Orthopäden, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Rheumatologen, Urologen, Ermächtigte Ärzte, Institute, Krankenhäuser

Melissa Stork -197
Lilia Hartwig -320

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

Petra Bentzien -165

Team Abrechnungsorganisation
Katharina Kuczkowicz -301

Team Abrechnungsservice
Isabella Schweppe -300

Abteilungsleitung
Anke Hoffmann -141
Janine Schaubitzer -315

IT-Beratung

Praxissysteme, Online-Anbindung
Nina Arens -372
Anushka Taylor -139

Abteilungsleitung
Mario Poschmann -180

Prüfung

Plausibilitätsprüfung (Abrechnung)
Christoph Maaß -115

Wirtschaftlichkeitsprüfung (Verordnung, Behandlung)
Thomas Arndt -176

Qualitätssicherung

Neue Versorgungsformen (HzV, DMP, ...)
Sylvia Kannegießer -339
Inga Boetzel -159

Qualitätssicherung
Jennifer Bezold -118
Nicole Heintel -329
Kai Herzmann -334
Franziska Plohr -330

Abteilungsleitung
Christoph Maaß -115
Sandra Kunz (QM) -335

Zulassung

Arztregister Ärzte
arztregister@kvhb.de
Psychotherapeutenregister
Birgit Stumper -148

Zulassung
Manfred Schober (Ärzte) -332
Martina Plieth (Psychoth.) -336
Jan Schneidereit (Ärzte) -338

Abteilungsleitung
Maike Tebben -321
Johanna Viering -341

Rechtsfragen

Christoph Maaß
(u. a. Datenschutz) -115
Maike Tebben (Zulassung) -321
Anke Hoffmann (Abrechnung) -141

Honorar

RLV-Berechnung/ Praxisbesonderheiten (RLV)
Christina Köster -151

RLV-Anträge und Widersprüche
Kathrin Radetzky -195

Abschläge, Bankverbindung, Kontoauszug
Martina Prange -132

Verträge

Abteilungsleitung
Matthias Metz -150
Julia Berg -150

Arzneimittel & Co

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel
Michael Schnaars -154

Bereitschaftsdienste

Bremen und Bremen-Nord
Annika Lange -107
Kerstin Lünsmann -103
Bremerhaven
Martina Schreuder 0471.48 293-0
TSS
Regina Albers -382

Abteilungsleitung
Stefanie Hornemann (komm.) -157

Formulare und Vordrucke

Formularausgabe, Zentrale
Erika Warnke -0
Petra Conrad-Becker -106

Bremerhaven
Martina Schreuder 0471.48 293-0

Formulare & Aktenvernichtung
Wolfgang Harder -178

Abteilungsleitung
Jessica Sperl -177



Das Gesicht hinter der Rufnummer 0421.34 04-181
Tonia Hysky ist in der Abteilung Kommunikation und Vorstandsangelegenheiten Ihre Ansprechpartnerin für das Landesrundschreiben der KV Bremen.