

KVH journal



ePAPER
Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**

Anmeldung
[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

RICHTUNGSSTREIT

*Wohin steuert
die ambulante Versorgung?*



HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Was plant das Bundesgesundheitsministerium?

BLANKOVERORDNUNG

Meilen- oder Stolperstein?

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern Einblick in dieses Heft.

IMPRESSUM

KVH-Journal
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

ISSN (Print) 2568-972X
ISSN (Online) 2568-9517

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die
Meinung des Autors und nicht unbedingt
die des Herausgebers wieder.

VISDP: John Afful

Redaktion: Abt. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 5/2024 (Mai 2024)



www.blauer-engel.de/uz195

- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!



Anmeldung

ePAPER

[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

Das Layout der elektronischen Ausgabe passt sich flexibel an alle Endgeräte an. Damit können Sie das KVH-Journal auch auf dem Smartphone oder Tablet lesen.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Es ist so gekommen, wie wir gehofft hatten: Der Zulassungsausschuss hat vier Kinderarztsitze an Bewerber vergeben, die sich in den Stadtteilen Billstedt, Bramfeld und Rahlstedt niederlassen wollen. Ein halber Sitz geht nach Billstedt, eineinhalb Sitze gehen nach Bramfeld und zwei nach Rahlstedt. Das ist ein Erfolg, denn den formalen Kriterien der Bedarfsplanung zufolge ist der Bedarf in diesen Gegenden am größten.

Allerdings muss man sagen: Es gab kein großes Gedrängel um diese Niederlassungsmöglichkeiten. Mehr als diese vier Bewerbungen lagen nicht vor – trotz einer Förderung von 35.000 Euro pro Sitz und aktiver Werbung seitens der KV. Etwa sechs Mal so viele Bewerber hätten sich gerne in anderen Stadtteilen niedergelassen – und kamen nicht zum Zug.

Bei der Frage, wo Ärztinnen und Ärzte arbeiten wollen, gibt es viele Faktoren, die sich dem Einfluss der KV entziehen. Beispielsweise wird es für Praxen immer schwieriger, geeignete Räumlichkeiten zu finden.

Wer könnte hier helfen? Die Niederlassung in schlechter versorgten Stadtteilen könnte deutlich attraktiver werden, wenn die Ärztinnen und Ärzte nicht nur bei der Suche nach geeigneten Räumlichkeiten unterstützt würden, sondern ihnen auch zum Beispiel Mietnachlässe gewährt würden. Ich denke, es gibt noch einige ungenutzte Möglichkeiten, die ärztliche Versorgung in den Quartieren zu unterstützen und auf diese Weise eine kluge Strukturpolitik zu betreiben.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06_** Unsinnige Regulierungsfantasien: Was sich die VDEK-Landesvertretung von der Politik wünscht
- 10_** Übersicht: Kernelemente des GVSG-Referentenentwurfs

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 12_** Fragen und Antworten
- 14_** Blankoverordnung: Meilen- oder Stolperstein?
- 20_** Patientenflyer: Blutzuckerteststreifen für die Selbstmessung
Einsam im Alter: Die GemeinsamkeitsScouts helfen
- 22_** Suchtmedizin: Bitte substituieren Sie!

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.

ARZNEIMITTEL**21_** Cannabisverordnung nur noch über eRezept oder Muster 16

Arzneimittelmissbrauch
Verdachtsfälle

TELEMATIK**23_** Praxisverwaltungssoftware mit KBV-Vertrag**SELBSTVERWALTUNG****32_** Steckbrief: Daniela Weiß**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

24_ Investorgetragene renditeorientierte Patientenversorgung: Sind die Studienergebnisse auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar?

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

KOLUMNE

30_ Dr. Bernd Hontschik:
"Eine Krankenversicherung ist genug"

TERMINKALENDER

34_ Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3 und 7: Dr. Thomas Stolz; Seite 28: Sarah Rubensdörffer, Deutscher Ethikrat/Reiner Zensen; Seite 30: Barbara Klemm; Seite 34: Michael Zapf, iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON JOHN AFFUL

Unsinnige Regulierungs- fantasien

Die VDEK-Landesvertretung hat einen Brief mit Wünschen an die Politik geschrieben. Fast alle Vorschläge laufen auf eine Mehrbelastung der KV-Mitglieder hinaus – und gehen an den Versorgungsrealitäten vorbei.

Kürzlich trafen sich Akteure des Hamburger Gesundheitswesens auf Einladung des Ersten Bürgermeisters im Gästehaus des Senats. Es war die zweite Gesprächsrunde dieser Art.

Schon nach dem ersten Treffen hatte Dr. Peter Tschentscher die Teilnehmer dazu aufgefordert, ihre Wünsche an die Politik schriftlich zu formulieren.

Die Hamburger Landesvertretung des VDEK schickte daraufhin einen Brief mit „Handlungsansätzen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung“, der offenbar mit anderen

Kassenarten auf Hamburg-Ebene abgestimmt war.

Der Inhalt des Briefes ist erstaunlich. Beispielsweise fordert der VDEK, die wöchentliche GKV-Mindestsprechstundenzahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte neu zu definieren: Urlaub, Krankheit und Fortbildung sollen künftig aus dem Mindestsprechstundenkontingent herausgerechnet werden, was faktisch zu einer deutlichen Mehrarbeit in den Praxen führen würde.

Das passt zur Forderung des VDEK auf Bundesebene, die Anzahl

der Mindestsprechstunden für GKV-Patienten zu erhöhen.

Liebe Krankenkassen: Es gab unter Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eine Erhöhung der Mindestsprechzeiten von 20 auf 25 Stunden. Diese Leistungsausweitung wurde bekanntlich unter anderem gegenfinanziert durch eine Regelung, die heute gar nicht mehr gilt: nämlich die extrabudgetäre Vergütung der Behandlung neuer Patienten.

Die Neupatienten-Regelung war wichtig für die Finanzierung



John Afful:

"Es gibt Nachwuchsmangel in der Ärzteschaft. Wäre es da nicht sinnvoller, die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit zu stärken?"

der ambulanten Versorgung, denn sie betraf sehr viele Arztgruppen – sehr viel mehr als andere TSVG-Regelungen wie beispielsweise die extrabudgetäre Vergütung für die Behandlung in den offenen Sprechstunden.

Es waren die Krankenkassen, die dann darauf hingewirkt haben, dass die Neupatienten-Regelung wieder zurückgenommen wurde. Vor diesem Hintergrund wäre es für die Kassen angebracht gewesen, zu sagen: Wir unterstützen Forderungen aus der Ärzteschaft, die Mindestsprechzeit wieder zu senken.

Stattdessen nun eine weitere Stunden-Aufstockung zu fordern, ist befremdlich. Zwar rückt die Entbudgetierung der Hausärzte langsam näher, doch für den fachärztlichen Bereich fehlt eine solche Perspektive völlig.

Und wir reden hier nicht über eine Auszahlungsquote von 98 oder 99 Prozent. Wir reden darüber, dass jede vierte oder fünfte Leistung nicht bezahlt wird. Wenn die Krankenkassen ehrlich wären, müssten sie sagen: „Wir fordern, dass die Ärzte noch mehr unbezahlte Leistungen erbringen als bisher.“

Eigentlich besteht im Gesundheitswesen eine Übereinkunft darüber, dass Patienten künftig nicht mehr völlig ungesteuert die ambulante oder stationäre Versorgung in Anspruch nehmen sollten. Es wäre naheliegend, sich Gedanken über Steuerungsinstrumente zu machen, die dafür sorgen, dass medizinische Ressourcen sinnvoller eingesetzt werden. Ideen hierzu sucht man im VDEK-Brief aber vergeblich.

Was halten die Kassen von unserem Vorschlag, Anreize dafür zu schaffen, dass Patientinnen und Patienten erst die 116117 anrufen

und eine Ersteinschätzung erhalten, bevor sie blindlings in eine Praxis laufen? Hausarztpraxen sollten nicht von Patientinnen und Patienten mit leichtem Schnupfen überrannt werden. Solche Fälle können im Vorfeld telefonisch erledigt werden. Bei der Frage, ob die Weiterbehandlung eines Patienten besser beim Neurologen oder beim Psychiater stattfinden soll, ist ärztliche Expertise gefragt. Hier kann die Hausarztpraxis dafür sorgen, dass ein Patient sicher in eine passende Versorgungseinheit weitergelotst wird.

Die Krankenkassen scheinen die Diskussion über eine Kostenersparnis durch Patientensteuerung und

Auswirkungen auf die Versorgung hätte. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten in Teilzeit. Die Lust, 70-Stunden-Wochen in der Praxis abzuleisten, hat ganz offenbar stark abgenommen.

Wäre es da nicht sinnvoller, sich darüber Gedanken zu machen, wie man die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit stärken kann?

Je weiter die ärztlichen Kapazitäten abnehmen, desto drängender wird die Beantwortung dieser Frage. Ein wertschätzender Umgang mit den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungsträgern, ein konsequenter Abbau von Gängelung und eine gute finanzielle Perspektive

vollständig zu erbringen, sollen dann verpflichtend werden. Bei Zuwiderhandlung droht Honorarkürzung.

Da gibt es gleich mehrere Probleme: Wenn der Zulassungsausschuss festlegt, dass bestimmte Leistungen angeboten werden müssen, heißt das noch lange nicht, dass diese auch nachgefragt und in Anspruch genommen werden. Versorgung in dieser Detailgenauigkeit am grünen Tisch zu planen, ist nicht möglich.

Bei operativen Leistungen kommt hinzu: Nicht jeder Arzt hat einen Operationssaal oder kann einen solchen (beispielsweise in einem Krankenhaus) zu vertretbaren Preisen mieten.

Ein leitender Gedanke bei der Krankenhausreform von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach war, dass medizinische Einrichtungen eine gewisse Expertise vorweisen sollten: Man möchte ja gerade nicht, dass jeder einfach quer durch den Fachbereich mal dies und mal das macht.

Insofern darf man schon die Frage stellen: Liebe Krankenkassen, ist es nicht auch in Eurem Sinne, wenn ein Facharzt, der begnadet operiert, dies auch schwerpunktmäßig tun kann? Und wenn ein Facharzt, der im konservativen Bereich tätig sein möchte, vor allem dieser Neigung nachgehen kann?

Eine dirigistische Festlegung von Versorgungsaufträgen würde die Versorgung verschlechtern, weil sie Flexibilität, Zielgenauigkeit und Patientenorientierung hemmt.

Ein Abbau von Gängelung und gute finanzielle Perspektiven wären erfolgversprechendere Strategien.

Vermeidung von Fehlallokationen nicht führen zu wollen – obwohl völlig klar ist, dass dies dringend notwendig wäre. Stattdessen sagen sie: „Naja, dann fordern wir eben weitere Behandlungskapazitäten auf Kosten der Ärzte.“

Das wird nicht funktionieren, denn wir alle wissen: Es gibt einen Nachwuchsmangel in der Ärzteschaft.

Es gibt zu wenig Medizinstudienplätze. Selbst wenn wir jetzt die Studienkapazitäten ausbauen, würde es lange dauern, bis das spürbare

wären vor diesem Hintergrund sicherlich die erfolgversprechenderen Strategien.

Die VDEK-Landesvertretung formuliert in ihrem Brief noch einen Vorschlag, der von Unkenntnis der Versorgungsrealität zeugt: dass der Zulassungsausschuss jeder Ärztin und jedem Arzt „ein Mindestversorgungsspektrum in Form eines konkret definierten Versorgungsauftrages vorgeben sollte“. Fortbildungen, die notwendig sind, um ein vom Zulassungsausschuss definiertes fachärztliches Leistungsspektrum

Die Forderung offenbart zudem ein konzeptuelles Missverständnis: Bedarfsplanung plant nicht den Versorgungsauftrag für eine Ärztin oder einen Arzt. Bedarfsplanung plant nicht den Anteil konservativer und operativer Leistungen innerhalb eines Fachgebiets.

Was Bedarfsplanung plant, ist das Verhältnis zwischen den Sitzen eines Fachgebiets und der Einwohnerzahl.

Damit wären wir beim Vorschlag des VDEK, Neu-Niederlassungen in unterdurchschnittlich versorgte Stadtteile zu steuern. Der Zulassungsausschuss soll nach Auffassung des VDEK die gesetzliche Möglichkeit bekommen, „verbindliche räumliche Vorgaben innerhalb eines Planungsbezirks“ für eine Neu-Niederlassung festzulegen, was im Klartext heißt: Eine Neu-Niederlassung wäre dann ausschließlich in den vom Zulassungsausschuss festgelegten Stadtteilen möglich. Wenn niemand bereit ist, sich dort niederzulassen, würden die Sitze für eine bestimmte Zeit (beispielsweise ein Jahr) gar nicht besetzt.

Diese Forderung schießt völlig über das Ziel hinaus. Dass Bewerberinnen und Bewerber bevorzugt in schwach versorgten Stadtteilen zugelassen werden und dass die Niederlassung in diesen Stadtteilen durch Investitionszuschüsse aus dem Strukturfonds gefördert wird, ist bereits möglich – und wird derzeit in Hamburg bei der Besetzung von Kinderarztsitzen praktiziert. Ich

gehe davon aus, dass diese Maßnahmen wirksam sind und dass es gelingen wird, die derzeit offenen 4,25 Kinderarztsitze wie vom Zulassungsausschuss beschlossen in den Stadtteilen Billstedt, Bramfeld und Rahlstedt zu besetzen.

Im gesamten VDEK-Papier gibt es nur einen Punkt, den wir als KV unterstützen können: den Vorschlag, dass Ärztinnen und Ärzte, die fünf Jahre lang in einer KV-Eigeneinrichtung angestellt waren, automatisch einen Arztsitz zugewiesen bekommen.

Das adressiert ein reales Problem, denn wir können in Eigeneinrichtungen angestellten Ärztinnen und Ärzten nicht garantieren, dass sie irgendwann einen Sitz erhalten. KV-Eigeneinrichtungen funktionieren derzeit (ähnlich wie KV-Notfallpraxen) ohne Arztsitz.

Ich finde es höchst bedauerlich, dass unser Wunsch, als KV selbst Arztsitze halten zu können, in der Bundespolitik keinerlei Berücksichtigung findet. Eigeneinrichtungen sind nicht nur ein Instrument, um Versorgungsengpässe zu beheben.

Unserer Auffassung nach sind es auch „Lernpraxen“, in denen die angestellten Ärztinnen und Ärzte sich ausprobieren und an die Selbstständigkeit herangeführt werden können.

Wir müssen den angestellten Ärztinnen und Ärzten die Perspektive eröffnen können, die Praxis zu übernehmen. Das ist ein konstitutiver Bestandteil unseres Eigeneinrichtungs-Konzepts.

Der KV die Möglichkeit zu geben, selbst Arztsitze zu halten, wäre ganz einfach und ohne irgendwelche Risiken und Kosten umzusetzen. Ein Halbsatz in einem Gesetzgebungsverfahren würde genügen.

Allerdings deutet nichts darauf hin, dass das Bundesgesundheitsministerium bereit ist, unserem Vorschlag Aufmerksamkeit zu schenken und ein leicht lösbares Problem schnell und unkompliziert aus der Welt zu schaffen.

Mein Eindruck ist, dass Karl Lauterbach die medizinische Versorgung stets vom Krankenhaus her denkt und den ambulanten Bereich als nachgelagert wahrnimmt.

Die Entbudgetierung der Hausärzte war Bestandteil des Koalitionsvertrages. Doch statt zu sagen: „Darauf haben sich die Koalitionspartner verständigt, das setzen wir gleich mal um“, hat der Bundesgesundheitsminister die Entbudgetierung der Hausärzte auf die lange Bank geschoben und Themen wie Krankenhausreform, Notfallreform oder Cannabis-Legalisierung vorangestellt. Konzepte, wie die fachärztlichen Praxen finanziert und zukunftsfest gemacht werden könnten, fehlen bis heute.

Ein Bundesgesundheitsminister, dem eine gut ausgestattete, wohnortnahe ambulante Versorgung am Herzen liegt, würde andere Prioritäten setzen. ■

JOHN AFFUL

Vorsitzender der KV Hamburg

Was steht im GVSG-Referentenentwurf?

Die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung nimmt Gestalt an. Die Vergütungssystematik der hausärztlichen Versorgung soll umgebaut werden. Und: Es wird eine Bagatellgrenze für Regresse geben. Hier einige Kernelemente des Gesetzesentwurfs im Überblick (Stand: 8.4.2024)

Entbudgetierung Hausärzte

„Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen ausgenommen“, heißt es im Referentenentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes (GVSG).

Die Entbudgetierung soll nach demselben Prinzip funktionieren wie in der Kinder- und Jugendmedizin: Reicht die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zur Honorierung der Leistungen nicht aus, müssen die Krankenkassen Nachzahlungen leisten. Die Entbudgetierung soll ein halbes Jahr nach Verkündung des Gesetzes wirksam werden.

Neue Pauschalen für Hausärzte

Es soll eine einmal jährlich abrechnungsfähige **Versorgungspauschale** zur Behandlung chronisch kranker Patienten eingeführt werden. Die Versorgungspauschale ersetzt die Versicherten- und Chronikerpauschale sowie weitere kleinere Zuschläge und Pauschalen für vier Quartale. Damit sollen nicht notwendige persönliche Arzt-Patienten-Kontakte reduziert werden.

Außerdem soll es eine **Vorhaltepauschale** für die Wahrnehmung

des hausärztlichen Versorgungsauftrages geben. Voraussetzung für deren Abrechnung ist die Erfüllung von Kriterien, die der Bewertungsausschuss festlegt. Die Pauschale kann „gestuft“ gestaltet werden. Das heißt: Die Höhe könnte davon abhängen, wie viele der vorgegebenen Kriterien jeweils erfüllt werden.

Als Kriterien werden im Gesetzesentwurf genannt:

- vorrangige Versorgung mit Leistungen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (z. B. Versorgung von geriatrischen Patienten, palliativmedizinische Versorgung)
- Mindestanzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal, die 450 Versicherte nicht unterschreiten soll
- bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen
- bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die regelmäßige monatliche Abendsprechstunden und ein ergänzendes Angebot an Samstagssprechstunden umfasst
- regelhafte Pflege der elektronischen Patientenakte beim überwiegenden Anteil der zu versorgenden Patienten
- regelmäßige Aktualisierung des

elektronischen Medikationsplans vor allem bei chronisch kranken Patienten.

HZV-Bonus für Versicherte

Für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sollen Versicherte einen Bonus von mindestens 30 Euro erhalten. Die Krankenkasse muss allerdings nachweisen, dass sich diese Aufwendungen nach spätestens drei Jahren durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch die Teilnahme der Versicherten an der HZV erzielt werden, refinanzieren lassen.

Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Für Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird eine Bagatellgrenze von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal eingeführt. Das Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass die Zahl der Prüfverfahren damit um rund 70 Prozent reduziert werden kann.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als gesonderte Bedarfsplanungsgruppe

Psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder

ES IST ZEIT FÜR EIN DATEN-CHECK-UP

Informieren Sie uns über Ihre Tätigkeitsschwerpunkte und Leistungen

Foto: Stocksy/Yaroslav Danyichenko



Machen Sie jetzt ein Update!

Die Patientenberatung ist bei allen Fragen rund um die Gesundheit da. Sie bietet Patientinnen und Patienten Orientierung und hilft bei der Suche nach der richtigen Ärztin und dem richtigen Arzt.

Damit wir gezielt beraten können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Informieren Sie uns über Ihre Leistungen und Ihr Angebot. Schicken Sie Ihre Tätigkeitsschwerpunkte an: **update-pb@aekhh.de** oder rufen Sie uns an: **040 20 22 99 222**.

Ein Formular für Ihre Rückmeldung finden Sie hier: **www.patientenberatung-hamburg.de**

und Jugendliche versorgen, werden künftig in der Bedarfsplanung als gesonderte Gruppe behandelt. Die Bildung dieser neuen Bedarfsplanungsgruppe hat keine Auswirkungen auf den bestehenden Zulassungsstatus von KV-Mitgliedern.

Landesbehörden dürfen im Zulassungsausschuss mitentscheiden

Entscheidungen des Zulassungsausschusses mit besonderer Versorgungsrelevanz sind künftig im Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden zu treffen. Es handelt sich hierbei um Verfahren zur Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen, Nachbesetzungsverfahren, zusätzliche Arztstellen auf Antrag der Landesbehörden sowie zur Befristung von Zulassungen und zur Verlegung von Arztsitzen oder Anstellungsgenehmigungen.

„Die Länder werden somit in die Lage versetzt, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zur Geltung zu bringen, die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten und so beispielsweise zum Abbau von Überversorgung beizutragen“, heißt es im Referentenentwurf. ■



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. **Mitgliederservice, Tel: 040 / 22802-802**

TERMINSERVICESTELLE

Unterscheiden sich die Dringlichkeitscodes gegenüber den Vermittlungscodes in Bezug auf ihre Dringlichkeit für einen Termin?

Nein. Auch wenn mehrere Begriffe im Umlauf sind – wie z. B. auch Überweisungs_codes – ist die Rede immer von denselben Codes, welche Voraussetzung für eine Vermittlung über die Terminservicestelle sind. Unterschiedlich kategorisiert nach Dringlichkeit werden sie nicht.

SONSTIGE KOSTENTRÄGER

In meiner Praxis stellt sich ein Soldat der Bundeswehr vor. Welche Besonderheiten bzgl. der Abrechnung müssen beachtet werden?

Bundeswehrangehörige werden grundsätzlich vom jeweiligen Truppenarzt behandelt. Soll eine Untersuchung stattfinden, die der Truppenarzt nicht durchführt, stellt dieser einen Überweisungsschein (blaues Bundeswehr-Formular) aus, auf dem ein klarer Auftrag definiert ist. Der Überweisungsschein ist ein Jahr für Prüfzwecke in der Praxis aufzubewahren. Im Praxisverwaltungssystem wird der Patient über das Ersatzverfahren mit der Vertragskassennummer (VKNR) 79868 angelegt, wodurch die Abrechnung über den EBM erfolgt.

ABRECHNUNG

Der Verwaltungskomplex (GOP 01430) ist je „Arztfall“ berechnungsfähig. Wie unterscheidet sich der Arztfall vom Behandlungsfall?

In Einzelpraxen gibt es keinen Unterschied zwischen Arztfall (Behandlung desselben Versicherten durch denselben Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Kasse) und Behandlungsfall (Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Praxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Kasse). In Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten kann es allerdings Unterschiede geben. Behandeln beispielsweise zwei Ärzte einer BAG denselben Patienten in einem Kalendervierteljahr, sind das zwei Arztfälle, aber es ist nur ein Behandlungsfall. Aus diesem Grund kann eine BAG mehr Arztfälle (z. B. 2.885) als Behandlungsfälle (z. B. 2.518) haben.

PSYCHOTHERAPIE

Mein Patient hat seine Psychotherapie für mehr als sechs Monate unterbrochen. Kann ich die Behandlung fortführen?

Die Unterbrechung einer laufenden Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr ist nur dann zulässig, wenn dies besonders begründet ist. Daher muss mit der jeweiligen Krankenkasse geklärt werden, ob die Therapie fortgeführt werden kann oder nicht. Hierfür kann die Kontaktaufnahme formlos erfolgen.

ENTLASSMANAGEMENT

Eine Patientin stellt sich nach einer Nierenspende in der Praxis vor. Das Krankenhaus hat der Patientin bereits im Rahmen des Entlassmanagements eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von sieben Tagen ausgestellt. Ist es zulässig, dass ich diese Krankschreibung verlängere oder muss das Krankenhaus die Folge-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen?

Die Krankenhäuser sind seit dem 1. Oktober 2017 verpflichtet, für Patienten, die sie stationär, teilstationär oder mit stationsäquivalenten Leistungen behandeln, ein standardisiertes Entlassmanagement sicherzustellen. Krankenhausärzte können im Rahmen des Entlassmanagements Arzneimittel, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Sozialtherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen. Auch die Ausstellung einer AU-Bescheinigung ist nur für einen Zeitraum bis zu sieben Tagen zulässig. Folgeverordnungen fallen demnach wieder in den Zuständigkeitsbereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise rechtzeitig den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Feststellung der AU zu informieren..

CHECK-UP

Meine Patientin (über 35 Jahre alt) stellte sich zuletzt im September 2021 zur Gesundheitsuntersuchung vor. Wann darf ich den nächsten Check-up durchführen?

Zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr haben gesetzlich Krankenversicherte einmalig Anspruch auf den Gesundheits-Check. Ab dem Alter von 35 kann die Untersuchung alle drei Jahre in Anspruch genommen werden. Das heißt, es müssen immer zwei volle Kalenderjahre (1. Januar bis 31. Dezember) dazwischenliegen. Da sich die Regelung nicht auf die Quartale, sondern auf die Kalenderjahre bezieht, kann die nächste Gesundheitsuntersuchung bereits ab 1. Januar 2024 durchgeführt werden. Die Übergangsregelung, die ein Hepatitis-Screening unabhängig von der Gesundheitsuntersuchung ermöglichte (GOP 01744), endete zum 31. Dezember 2023. Seit dem 1. Januar 2024 kann das Hepatitis-Screening ausschließlich im Zuge der Gesundheitsuntersuchung einmalig angeboten und mit der EBM-Ziffer 01734 abgerechnet werden.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Damla Fymur



VON DR. THOMAS STOLZ

Blankverordnungen: Meilen- oder Stolperstein?

Ärzte und Psychotherapeuten geben bei der Blanko-Verordnung erstmals Entscheidungsbefugnisse an Fachkräfte ab. Doch die Regelungen sind nicht in allen Bereichen so konsequent, wie man es erwarten würde.

Erste Schritte in Richtung Blankoverordnung wurden mit der 2021 geschaffenen Verordnungsmöglichkeit von Hilfsmitteln durch den Pflegedienst unternommen.

Ein weiterer Schritt wurde jetzt mit der Einführung der Blankoverordnung für Ergotherapie gesetzt. Im Gegensatz zur herkömmlichen Praxis legen bei allen Blankoverordnungen nicht die Verordnenden, sondern die beauftragten Fachkräfte die Details fest.

Die Verordnenden bestätigen lediglich das Vorliegen einer Diagnose und die daraus resultierende Indikation für eine bestimmte übergeordnete Leistung, wie zum Beispiel Ergotherapie.

Die Fachkräfte entscheiden dann eigenständig abhängig von der jeweiligen Verordnung über die spezifische Therapie oder deren Frequenz und Dauer oder über alle drei. Die Gültigkeitsdauer einer Blankoverordnung ist verordnungsabhängig unterschiedlich beschränkt. Die Einführung der Blankover-

ordnung für Ergotherapie am 1. April 2024 markierte den ersten historischen Meilenstein in der Heilmittel-Verordnungsgeschichte, nach langen Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Ab dem 1. Juli 2024 wird es auch für die Häusliche Krankenpflege ein Blankoverfahren geben, weitere Therapieformen wie Physiotherapie und Logopädie sollen folgen.

Diese Entwicklung hat erhebliche rechtliche, wirtschaftliche und therapeutische Konsequenzen. Blankoverordnungen von Ergotherapie zum Beispiel unterliegen nicht den üblichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen; die wirtschaftliche Verantwortung hinsichtlich Auswahl und Umfang der ergotherapeutischen Maßnahmen liegt nun bei den behandelnden Heilmittelerbringern. Behandlungsfehler innerhalb der verordneten Heilmittelgruppe sind damit nicht mehr dem Verordnenden zuzuschreiben, sondern dieser haftet nur noch für Konsequenzen von

falsch gestellten Diagnosen oder Indikationen.

Anders verhält es sich bei den ab dem 1. Juli 2024 möglichen Blankoverordnung von häuslicher Krankenpflege: Hier behält die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Verantwortung für die Verordnung der Leistung – die Pflegefachkräfte entscheiden nur über deren Frequenz und Dauer.

Vermutlich wird es in allen Fällen ökonomisch sinnvoll sein, Blankoverordnungen auszustellen und sich auf die Fachkompetenz der Fachkräfte zu verlassen. Doch bleibt Verordnenden immer die Möglichkeit, aus medizinischen Gründen vom Regelfall der Blankoverordnung abzuweichen und die vollständige Therapieplanung selbst in die Hand zu nehmen. In diesem Fall tragen sie jedoch weiterhin die wirtschaftliche Verantwortung für die Behandlung.

Nachfolgend wird auf die derzeit zwei unterschiedlich gestalteten Blankoverordnungen ausführlich eingegangen.

BLANKOVERORDNUNG VON ERGOTHERAPIE

Seit dem 1. April 2024 ist im Bereich der Heilmittel zunächst die Blankoverordnung von Ergotherapie möglich. Dabei beschränkt sich die Blankoverordnungsfähigkeit zunächst auf drei Diagnosegruppen.

Dass Psychotherapeuten nicht bei allen Diagnosen Ergotherapie verordnen dürfen, gilt auch für die Blankoverordnung:

Blankoverordnung nur durch Ärzte

Diagnosegruppe SB1: (Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen)

- entzündlich-rheumatische Erkrankungen, z. B. reaktive Arthritis, Arthritis psoriatica, Rheumatoide Arthritis, Arthritis bei Kollagenosen
- traumatische Gelenkerkrankungen und Operationsfolgen
- Endoprothesenimplantation
- Schultersteife

Blankoverordnung durch Ärzte und Psychotherapeuten

Diagnosegruppe PS3: (Wahnhafte und affektive Störungen / Abhängigkeitserkrankungen)

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- Affektive Störungen, z. B. depressive Störungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, z. B. Abhängigkeitssyndrom

Diagnosegruppe PS4: (Dementielle Syndrome)

- Morbus Alzheimer, z. B. im Stadium der leichten Demenz (Clinical Dementia Rating [CDR] 0,5 und 1,0)

Hält der Arzt bzw. Psychotherapeut die Ergotherapie bei diesen Indikationen für erforderlich, stellt er im Regelfall eine Blankoverordnung aus. Dennoch kann der Arzt oder Psychotherapeut in medizinisch begründeten Fällen von einer Blankoverordnung absehen und eine herkömmliche Verordnung ausstellen. In solchen Fällen wird wie üblich verordnet, wobei der Arzt oder Psychotherapeut das Heilmittel auswählt und die Menge sowie Häufigkeit der Behandlung bestimmt. Die wirtschaftliche und haftungsrechtliche Verantwortung bleibt dann uneingeschränkt beim Verordnenden bestehen.

Es empfiehlt sich, die medizinische Begründung in der Patientenakte zu vermerken.

Im Entlassmanagement ist die Blankoverordnung nicht möglich.

Praktische Umsetzung

Das Muster 13 bleibt unverändert.

Die Praxissoftware überprüft automatisch, ob eine Blankoverordnung basierend auf der eingegebenen Diagnosegruppe möglich ist und fordert den Arzt oder Psychotherapeuten explizit zur Entscheidung auf, ob eine Blankoverordnung ausgestellt werden soll.

Wenn dabei die Option Blankoverordnung ausgewählt wird, sind vom Verordnenden lediglich die entsprechende Diagnose sowie die passende Diagnosegruppe und die Leitsymptomatik anzugeben.

Anschließend kennzeichnet die Praxis-Software automatisch die Verordnung deutlich als "BLANKOVERORDNUNG" im entsprechenden Feld des Muster 13 (siehe Abbildung unten). → Fortsetzung nächste Seite

Behandlungsrelevante Diagnose(n) <small>ICD-10 - Code</small>	
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)
Diagnosegruppe	PS4 <input type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)	
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges	
Heilmittel	Behandlungseinheiten
BLANKOVERORDNUNG	
Ergänzendes Heilmittel	
<input checked="" type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Therapiefrequenz
<input checked="" type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen	

Muster 13: Kennzeichnung als Blankoverordnung



→ Fortsetzung

Zu guter Letzt muss der Verordnende über die Dringlichkeit, die Notwendigkeit eines Hausbesuchs entscheiden sowie darüber, ob ein Therapiebericht vom Therapeuten erstellt werden soll.

Bei einer Blankoverordnung verzichten Ärzte und Psychotherapeuten auf folgende Angaben:

- Heilmittel gemäß Heilmittelkatalog
- ergänzende Angaben zum Heilmittel (z. B. „Doppelbehandlung“)
- Anzahl der Behandlungseinheiten
- Therapiefrequenz

Diese werden durch die Ergotherapeuten bestimmt.

Die Ergotherapie-Verbände BED und DVE sowie der GKV-Spitzenverband haben sich zur Vermeidung einer übermäßigen Mengenausweitung auf ein Ampelsystem mit flexiblen Zeitintervallen für die verschiedenen Diagnosegruppen geeinigt.

Therapeuten können Mengen individuell je nach Phase (grün, gelb, rot) abgeben.

In der grünen Phase wird eine angemessene Menge an Zeitintervallen verwendet, die die Therapieziele in der Regel erreichen können, weshalb keine steuernden Maßnahmen erforderlich sind.

In der gelben Phase kann die Behandlungsmenge je nach individuellem Bedarf eigenverantwortlich angepasst werden, mit möglicher Information durch die Krankenkasse an den Therapeuten.

In der roten Phase wird angenommen, dass eine intensivere Behandlung notwendig ist, um die Therapieziele zu erreichen. Hier kann die Behandlungsmenge ebenfalls eigenverantwortlich angepasst werden, allerdings erfolgt ein Vergütungsabschlag von neun Prozent.

Gültigkeitsdauer

Die Blankoverordnung ist maximal 16 Wochen gültig. Die Gültigkeit beginnt ab dem Verordnungsdatum.

Damit ist sichergestellt, dass in vertretbaren Abständen über die Notwendigkeit der

Bei ungleicher Diagnose ist es möglich, innerhalb der 16-wöchigen Gültigkeitsdauer eine weitere Blankoverordnung auszustellen.

Bei gleicher Diagnose ist es nicht möglich, innerhalb der 16-wöchigen Gültigkeitsdauer eine weitere Blankoverordnung auszustellen.

Fortführung oder Anpassung der Behandlung ärztlich/psychotherapeutisch entschieden wird.

Eine Unterbrechung innerhalb der 16-Wochen-Frist führt nicht zu einer Verlängerung der Gültigkeit.

Innerhalb von 16 Wochen ab Verordnungsdatum einer Blankverordnung entscheidet die Ergotherapeutin oder der Ergotherapeut über die ergotherapeutische Behandlung, deren Menge und Häufigkeit.

Anschließend entscheidet der Arzt oder Psychotherapeut über eine gegebenenfalls notwendige Fortführung der Behandlung und stellt in medizinisch begründeten Fällen (in der Akte zu dokumentieren) eine weitere Verordnung aus.

Es ist möglich, innerhalb der 16-wöchigen Gültigkeit der Blankverordnung eine weitere Blankverordnung auszustellen, wenn es sich um eine andere Diagnose (ICD-10-zweistellig, z.B. M0, M1) und/oder andere Diagnosegruppe handelt (siehe Abbildung linke Seite oben: "Bei ungleicher Diagnose").

Allerdings dürfen im Zeitraum der Gültigkeit der Blankverordnung keine weiteren Verordnungen auf Grund derselben Diagnose (ICD-10-zweistellig z. B. F0, F0) und derselben Diagnosegruppe je Versicherten ausgestellt werden (siehe Abbildung linke Seite unten: "Bei gleicher Diagnose").

Therapiebericht durch Therapeut weiterhin auf Anforderung des Verordners

Wenn die Verordnung als Blankverordnung ausgestellt wird, gelten neue Anforderungen an den Inhalt eines Therapieberichtes. Ein Therapiebericht erfolgt weiterhin nur auf Anforderung über die Verordnung. Der Therapiebericht enthält dabei mindestens folgende Informationen:

- geplantes Therapieziel
- Darstellung der erzielten Behandlungsergebnisse
- angewendete Heilmittel und Anzahl der Behandlungstermine
- Angabe der erbrachten Zeitintervalle pro Blankverordnung
- Angabe der Frequenz

Es empfiehlt sich grundsätzlich, einen Therapiebericht anzufordern, um ein Feedback über die Behandlungsart und den Behandlungsverlauf zu erhalten.

BLANKVERORDNUNG VON HÄUSLICHER KRANKENPFLEGE

Am 1. Juli 2024 tritt außerdem die durch den G-BA beschlossene erweiterte Versorgungsverantwortung für Pflegefachkräfte in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) in Kraft.

Im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung für Pflegefachkräfte gemäß der "HKP-Blankverordnung"

werden bestimmte Leistungen definiert, bei denen qualifizierte Pflegefachkräfte eigenständig die Häufigkeit und Dauer festlegen können.

Hier unterscheidet sich diese Blankverordnungsform von der Blankverordnung von Heilmitteln, die auch die inhaltliche Wahl der Therapieform durch den Therapeuten umfasst.

Den examinierten Pflegekräften hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nicht die erweiterten Kompetenzen gewährt, die den Ergotherapeuten zuerkannt wurden.

Es besteht auch keine Möglichkeit für die Verordnenden, einem Pflegedienst, den sie für geeignet halten, diese Kompetenzen zuzusprechen.

Somit obliegt die Entscheidung und Verantwortung über die Verordnung der Leistung weiterhin allein der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt.

Die Pflegefachkräfte treffen lediglich die Entscheidung darüber, wie oft und wie lange die entsprechenden Maßnahmen der HKP benötigt werden. Damit dürfte der Begriff „Blankverordnung“ im Bereich der HKP eher euphemistischer Natur sein.

Praktische Umsetzung

Zur praktischen Umsetzung dieser Richtlinie wurde das Formular Muster 12 aktualisiert.

Darin wurde eine Spalte "Häufigkeit / Dauer von Pfl-



gefachkraft" hinzugefügt, um kenntlich zu machen, welche Entscheidungen an die Pflegefachkräfte übertragen werden (siehe markiertes Feld auf der Abbildung unten).

Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen im HKP-Leistungsverzeichnis gelten entsprechend auch für

die Bestimmung durch qualifizierte Pflegefachkräfte. Falls jedoch medizinische Gründe gegen eine Bestimmung durch die Pflegefachkräfte sprechen, gibt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Häufigkeit und Dauer selbst auf der Verordnung an.

Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 4 der HKP-Richtli-

nie werden ebenfalls auf dem Muster 12 verordnet.

Gültigkeitsdauer

Spätestens drei Monate nach einer HKP-Blankverordnung soll ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt erfolgen, anhand dessen über eine Weiterverordnung entschieden werden kann.

Therapiebericht

Anders als für den Therapeuten bei der Blankverordnung zur Ergotherapie gibt es für die Pflegefachkraft zwar keine Pflicht zu einem schriftlichen Behandlungsbericht. Jedoch besteht eine unmittelbare kurzfristige Informationspflicht über die Dauer und Behandlungsfrequenz und deren Änderungen.

Im Zusammenhang mit der Verordnung häuslicher Krankenpflege soll an dieser Stelle kurz die bereits 2022 eingeführte Möglichkeit der Verordnung von Hilfsmitteln durch Pflegefachkräfte rekapituliert werden:

EMPFEHLUNG VON HILFSMITTELN UND PFLEGEHILFEN DURCH PFLEGEFACHKRÄFTE GEMÄSS § 40 ABS.6 SGB XI

Gemäß Änderungen des SGB XI dürfen Pflegefachkräfte seit Anfang 2022 bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel für Pflegebedürftige empfehlen, die diese eigenständig bei ihrer Krankenkasse beantragen

The image shows a form titled 'Verordnung häuslicher Krankenpflege' (Muster 12a). It includes fields for patient information, diagnosis, and treatment details. A new column, highlighted in yellow, is labeled 'Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft' and contains a grid for specifying frequency and duration. The form is divided into sections: 'Behandlungspflege', 'Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung', and 'Weitere Hinweise'. A 'MUSTER' watermark is visible across the form.

Muster 13: neues Feld für die Kennzeichnung, welche Entscheidungen an die Pflegefachkräfte übertragen werden

können, ohne eine ärztliche Verordnung einzuholen. Diese Empfehlungen gelten für Pflegebedürftige, die von den Pflegefachkräften betreut werden und die Hilfsmittel im häuslichen Umfeld benötigen. Die Verantwortung für die Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in vollstationären Pflegeeinrichtungen liegt weiterhin bei der Einrichtung selbst.

Die Pflegefachkräfte müssen bestimmte fachliche Anforderungen erfüllen, wie sie im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband beschlossenen Richtlinie festgelegt sind.

www.gkv-spitzenverband.de

→ **Krankenversicherung** → **Hilfsmittel** → **Richtlinien und Empfehlungen**

Die empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel müssen dazu beitragen, die Pflege zu erleichtern, Beschwerden zu lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Eine Liste der zu empfehlenden Hilfsmittel ist als Anhang 2 in den Richtlinien enthalten, welche von Duschhilfen bis zu Pflegebetten reichen.

Um die Leistung zu empfehlen, nutzen Pflegefachkräfte ein spezielles Formular, das vom Versicherten an einen Hilfsmittel-Leistungserbringer weitergeleitet wird. Dieser stellt dann auf Basis dieser Empfehlung einen Leistungsantrag bei der Kranken- oder Pflegekasse.

Bei der Entscheidung über eine Empfehlung müssen Pflegefachkräfte das Wirtschaftsgebotsgebot beachten, und die Krankenkassen prüfen die Wirtschaftlichkeit der empfohlenen Hilfsmittelversorgung.

Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, können sich Pflegebedürftige ohne ärztliche Verordnung bei einem Hilfsmittelerbringer ihrer Wahl mit dem empfohlenen Produkt versorgen lassen.

ZUSAMMENFASSUNG UND RESÜMEE

Laut der seit Anfang 2022 geltenden Richtlinie zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfen durch Pflegefachkräfte dürfen die Pflegenden eine Vielzahl zur Pflege notwendiger Hilfsmittel ohne Einbeziehung und jegliche Verordnung durch Ärzte direkt beantragen.

Die seit April 2024 geltende Blankoverordnung von Ergotherapie gilt für bis zu drei Indikationen, in denen die Verordnenden die Verordnung blanko ausstellen können und die Ergotherapeuten selber über Therapieform, -dauer und -frequenz bestimmen.

In der ab Juli 2024 vorgesehenen Blankoverordnung zur Häuslichen Krankenpflege dürfen die Pflegefachkräfte lediglich über Frequenz und Dauer der zu verordnenden Leistung entscheiden.

Mögliche praktische Probleme, wenn z.B. der Ergothe-

rapeut in der Rotphase seiner Ampelvereinbarung (s.o.) oder der Pflegedienst z.B. wegen Personalmangel seine Behandlung einstellt oder reduziert, aber ärztlicherseits oder aus Patientensicht weiterer Bedarf besteht, bleiben dem Praxisalltag vorbehalten und sind zunächst ungeklärt.

Die "Blankoverordnung" zur HKP ist also nicht so ganz blanko, wie man es erwarten würde. Zudem beschreitet der G-BA ganz unterschiedliche Wege, wenn es darum geht, zu entscheiden, wie viel blanko tatsächlich verordnet werden darf.

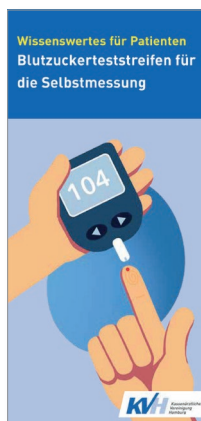
Es bleibt abzuwarten, ob diese etwas verwirrende Vielfalt an Regelungen wirklich dazu beiträgt, den Praxisalltag zu vereinfachen und die Bürokratie zu reduzieren. Man darf gespannt sein, wie kreativ die Regelungen zukünftiger "Blankoverordnungen" gestaltet sind. ■

DR. THOMAS STOLZ, beratender Arzt der KV Hamburg

Ansprechpartner:
Verordnung und Beratung
Tel: 040 / 22802 -571 / -572
verordnung@kvvh.de



Patientenflyer: Blutzuckerteststreifen für die Selbstmessung



Die KV Hamburg hat einen Patientenflyer über Blutzuckerteststreifen für die Selbstmessung herausgegeben. Der Flyer informiert darüber,

wann Blutzuckerteststreifen für Diabetiker auf Kassenrezept verschrieben werden – und was Patientinnen und Patienten selbst tun können, damit die Behandlung erfolgreich verläuft. Damit kann die Beratung in den Praxen bei erforderlichen Systemwechseln unterstützt werden. ■

Bestellung über die Website der KV Hamburg: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Infomaterialbestellung

Ansprechpartner:
Verordnung und Beratung
Tel: 040 / 22802 -571 / -572
verordnung@kvhh.de

Einsam im Alter: Die GemeinsamkeitsScouts helfen



Verbringen Sie Ihre Zeit mit dem, was Ihnen Freude bereitet.



Sie haben mit älteren, einsamen Patient:innen zu tun? Die Gemeinsamkeits-Scouts sind eine Hamburger Freiwilligen-Initiative, die mit Ärzt:innen und Kliniken zusammenarbeitet, um Einsamkeit im Alter zu lindern.

Verweisen Sie Ihre Patient:innen gern auf die Initiative. Mehr müssen Sie nicht tun. Sobald der Kontakt hergestellt ist, findet die Initiative im nächsten Schritt gemeinsam mit den Menschen deren Wünsche heraus und vermittelt passende Angebote – sei es eine Besuchspartnerschaft, eine Gärtner-Gruppe oder ein Computerkurs. Kostenfrei und unverbindlich.

Die Arbeit der GemeinsamkeitsScouts wird bisher im Wesentlichen durch die Arbeit von Freiwilligen und eine Förderung der Homann Stiftung getragen. ■

Kontakt, Flyerbestellung und Infos:

GemeinsamkeitsScouts: Für ein aktives und sozial eingebundenes Leben im Alter!
Tel: 040 / 430 98 98 3
E-Mail: gemeinsamkeits-scouts@famev.de
www.famev.de/gemeinsamkeitsscouts

Cannabisverordnung nur noch über eRezept oder Muster 16

Seit dem 1. April 2024 wird medizinisches Cannabis nicht mehr auf dem Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept) verordnet, sondern über eRezepte oder auf Muster 16.

Diese Änderung erfolgt aufgrund einer Teil-Legalisierung von Cannabis gemäß dem Cannabis-Gesetz (CanG).

Das Medizinal-Cannabisgesetz (MedCanG) definiert medizinisches Cannabis als Pflanzen, Blüten und andere Pflanzenteile der Gattung Cannabis, die unter staatlicher Kontrolle für medizinische Zwecke angebaut werden, sowie Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Zubereitungen dieser Substanzen. Auch das Fertigarzneimittel Sativex® fällt damit aus der BtM-Pflicht. Diese Produkte werden nun mit "normalen" Rezepten oder eRezepten für Versicherte mit schwerwiegenden Erkrankungen gemäß Paragraph 31 Absatz 6 SGB V verordnet. Die Rezepte dürfen dann längstens 28 Tage nach Ausstellungsdatum zu Lasten der Krankenkasse beliefert werden.

Eine Ausnahme bildet der Wirkstoff Nabilon (Canemes®), ein synthetisches Cannabinoid ähnlich THC, der weiterhin auf dem BtM-Rezept verordnet werden muss, da er in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) bleibt. Somit ist Nabilon unter bestimmten Voraussetzungen zur Versorgung von Versicherten mit schwerwiegenden Erkrankungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin verordnungsfähig. ■

**Ansprechpartner für Fragen zu
Arznei- und Heilmitteln:
Verordnung und Beratung, Tel: 040 / 22802 -571 / -572
verordnung@kvhh.de**

Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

Bei diesen Patientinnen und Patienten bitten wir Sie, besonders aufmerksam bei der Verordnung von Arzneimitteln zu sein.

30-j. Patientin, TK, PLZ 20539

verlangt Fentanyl wegen eines Rückenleidens. Zu dieser Patientin sind im letzten Jahr fünf Meldungen eingegangen.

Denken Sie bitte daran, dass Sie Betäubungsmittel nicht verordnen dürfen, wenn „der beabsichtigte Zweck auf andere Weise erreicht werden kann“. Um das zu belegen, reicht die Angabe der Patientin nicht; Sie müssen entweder die Indikation selbst stellen oder Unterlagen haben, aus denen die Indikation hervorgeht.

Meldung aus einer Apotheke:

31-j. Patient, AOK HH, PLZ 22117

hat in dieser Apotheke innerhalb von zwei Monaten Rezepte für Tilidin200/16 und Alprazolam von mindestens vier Ärzten vorgelegt.

Wenn Sie bei einer Person einen Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch haben, können Sie dies melden, um Kolleginnen und Kollegen zu warnen. **Zum Meldebogen: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Verordnung → Arzneimittel → Verdachtsfälle Arzneimittelmissbrauch → (unten rechts) Meldebogen**

Wir werden den Verdacht nach Prüfung so veröffentlichen, dass weder ein Rückschluss auf die meldende Praxis noch auf die Identität des Patienten möglich ist.

**Ansprechpartner für Fragen zu
Arznei- und Heilmitteln:
Verordnung und Beratung, Tel: 040 / 22802 -571 / -572
verordnung@kvhh.de**

HELDEN GESUCHT

BITTE SUBSTITUIEREN SIE !

Sie suchen eine spannende und abwechslungsreiche Tätigkeit? Helfen Sie, chronisch kranke Opioidabhängige zu substituieren. Eine professionelle Herausforderung und eine erfüllende Aufgabe. Weitere Infos finden Sie unter dem QR-Code:



Praxisverwaltungssoftware mit KBV-Vertrag

Transparente Preise, erreichbare Ansprechpartner, online bereitgestellte Updates: PVS-Hersteller können sich zur Einhaltung wichtiger Standards bekennen.

Praxissoftware-Anbieter können einen Vertrag mit der KBV schließen und damit zeigen, dass sie bestimmte Anforderungen erfüllen. Dazu gehören transparente Preise, erreichbare Ansprechpartner und online bereitgestellte Updates.

Die Möglichkeit, solche Anforderungen festzulegen, hat der Gesetzgeber der KBV gegeben (Paragraf 332b SGB V). Die KBV hat daraufhin einen Anforderungskatalog erstellt (formal: Rahmenvereinbarung). Darin sind wesentliche Vorgaben, die aus Sicht der KBV für Praxen in punkto PVS wichtig sind, enthalten.

Für die PVS-Anbieter ist es freiwillig, die Anforderungen der Rahmenvereinbarung zu erfüllen und einen Vertrag mit der KBV zu schließen.

Sobald ein PVS-Anbieter einen Vertrag mit der KBV geschlossen hat, wird er auf der Internetseite der KBV gelistet. Arzt- und Psychotherapiepraxen können sich vor einem PVS-Wechsel dort informieren und bei ihrer Wahl berücksichtigen, ob es sich um ein „PVS mit KBV-Vertrag“ handelt.

Vorteile für Praxen:

- **Preistransparenz:** Ärzte und Psychotherapeutinnen wissen genau, welche Kosten auf ihre Praxis zukommen. Klar ist auch, wie lange die vereinbarten Preise gelten.
- **Sicherheit:** Die Praxis wird vom PVS-Anbieter über Installation und sicherheitskritische Einstellungen informiert.
- **Service:** Die Praxis hat einen Ansprechpartner und kann sich darauf verlassen, dass sich dieser innerhalb vereinbarter Servicezeiten um das Anliegen kümmert.
- **Updates:** Quartals-Updates werden einfach und unkompliziert online bereitgestellt.
- **Entlastung:** Wenn die Software hält, was sie verspricht, sorgt das für Zufriedenheit. Es entsteht kein unnötiger Aufwand durch Beschwerden oder Anfragen.

Auch für PVS-Anbieter hat der Vertrag Vorteile. Denn mit dem PVS-Logo „PVS mit KBV-Vertrag“ zeigt das Unternehmen, dass seine Software wichtige Standards und hohe Qualitätsvorgaben einhält. Alle Softwareprodukte mit KBV-Vertrag sollen künftig auf der Internetseite der KBV veröffentlicht werden. ■



www.kbv.de/html/pvs-mit-vertrag.php



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Investorgetragene renditeorientierte Patientenversorgung

Sind die Studienergebnisse auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar?

VON PROF. DR. INGRID MÜHLHAUSER UND PROF. DR. GABRIELE MEYER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Deutschland und andere Industrienationen verzeichnen einen bemerkenswerten Anstieg an investorgetragenen und auf Rendite ausgerichtete Einrichtungen (IRE) der Patientenversorgung. Bereiche der Daseinsfürsorge wurden in den letzten Jahren zu lukrativen Anlagen für weltweite Finanzinvestoren.

An das EbM Netzwerk wurde kürzlich folgende Frage gerichtet: „Gibt es Evidenz dafür, dass private bzw. gewinnorientierte Versorgungseinheiten eine andere Versorgung anbieten als gemeinwohlgebundene Versorgungseinheiten? Gemeinwohlgebunden würde bedeuten: ärztlich geführt – weil die Ärztinnen und Ärzte über das Berufsrecht gemeinwohlgebunden sind / gemeinnützig / kommunal geführt / Universität – über diese Definition könnte man natürlich streiten.“

Eine erste Sichtung der publizierten Literatur ergab für die ambulante Versorgung in Deutschland keine entsprechenden kontrollierten Studien. Das Britische Ärzteblatt hat jedoch kürzlich eine themenrelevante Übersichtsarbeit einer Autorengruppe aus den USA, Kanada und Israel veröffentlicht (1). Die Mehrzahl der hier eingeschlos-

BOX 1: MERKMALE DER ÜBERSICHTSARBEIT VON BORSA ET AL. (2023)

ZIELSETZUNG

Übersicht zur Evidenz der Entwicklung und den Auswirkungen von investorgetragener renditeorientierter Eigentümerschaft (IRE)* von Gesundheitsdienstleistung

DESIGN

Narrative systematische Übersichtsarbeit

EINSCHLUSSKRITERIEN

Im Zeitraum 2000 bis 2023 in englischer Sprache publizierte empirische Studien aller Studiendesigns

ERGEBNISPARAMETER

Gesundheitsbezogene Endpunkte, Kosten für Patienten und Kostenträger, Kosten für Betreiber, Qualität (für das jeweilige Setting relevante Parameter); sekundäre Ergebnisparameter: Trends und Prävalenz von IRE

senen Studien wurde in den USA und im stationären, insbesondere im Altenpflegebereich, durchgeführt.

Es liegen jedoch auch Analysen aus Europa und für den ambulanten Sektor vor. Die wesentlichen Merkmale der Übersichtsarbeit sind in der BOX 1 zusammengefasst (siehe unten).

Die Autor:innen verzeichnen in allen untersuchten Versorgungssystemen einen deutlichen Trend einer Zunahme an IRE. Aus ihren Auswertungen schlussfolgern sie, dass IRE oftmals assoziiert sind mit negativen Ergebnissen in Bezug auf Kosten für Patient:innen und Kostenträger sowie heterogene bis schädliche Einflüsse

ERGEBNISSE

Es liegen keine prospektiv geplanten randomisierten kontrollierten Studien vor; eingeschlossen wurden 55 Studien aus 8 Ländern, davon 47 aus den USA, mit einem breiten Spektrum stationärer und ambulanter Einrichtungen (Altenpflegeheim n=17, Krankenhäuser und dermatologische Einrichtungen jeweils n=9, ophthalmologische n=7, multidisziplinäre allgemeinmedizinische n=5, urologische n=4, gastroenterologische und orthopädische jeweils n=3, chirurgische, Fertilitäts-, geburts- und gynäkologische Zentren jeweils n=2, sowie Einrichtungen der Anästhesie, Hospiz, Mund-Kiefer-Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren, und plastische Chirurgie jeweils n=1).

Das konsistenteste Ergebnis war eine Assoziation zwischen IRE und einer Zunahme der Kosten für Patienten und Kostenträger. Zudem war IRE assoziiert mit gemischten bis negativen Ergebnissen in Bezug auf Qualitätsparameter. Diese Assoziationen fanden sich auch dann, wenn nur die zuverlässigeren Studien mit

einem mäßigen Verzerrungsgrad analysiert wurden. Zum Gesundheitszustand fanden sich sowohl positive als auch negative Ergebnisse, ebenso wie zu den Kosten für die Betreiber, wobei die Studienlage nicht belastbar genug ist, um verlässliche Schlüsse zu ziehen. In einigen Fällen war IRE mit einem geringeren Ausstattungsgrad an Pflegekräften, insbesondere mit einer Verschiebung zu niedrigerem Qualifizierungsgrad assoziiert. Insgesamt konnten keine konsistent positiven Auswirkungen von IRE identifiziert werden.

*private equity ownership wird mit „investorgetragene renditeorientierte Eigentümerschaft (IRE)“ übersetzt

Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch J D. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. *BMJ* 2023; 382: e075244

<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>
(Published 19 July 2023)



auf die Versorgungsqualität. Da die Studien jedoch ein relevantes Verzerrungspotenzial aufweisen und überwiegend auf die USA fokussieren, bliebe die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Länder unklar (1). In einer weiteren aktuellen großen Fall-Kontroll-Studie wird für die stationäre Versorgung in den USA ein deutlich höheres Risiko für im Krankenhaus erworbene unerwünschte Ereignisse unter IRE im Vergleich zu anderen Trägerschaften ermittelt (2).

EXTERNE VALIDITÄT VON STUDIEN

Aus der Perspektive der Evidenzbasierten Medizin stellt sich die Frage nach der Übertragbarkeit der verfügbaren Evidenz auf das deutsche Gesundheitssystem bzw. der Verallgemeinerbarkeit. Dies im Gegensatz zur internen Validität, die sich auf die methodische Qualität und die Glaubwürdigkeit der Studie bzw. des Reviews bezieht. Die Prüfung der Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf den einzelnen Patienten bzw. ein Gesundheitsproblem ist ein wesentliches Kriterium bei der Bewertung der bestverfügbaren Evidenz zu einer bestimmten Fragestellung. Dabei geht es nicht um die Frage, ob mein Patient oder mein Setting genau jenem in der Studie entspricht (was so gut wie niemals der Fall wäre). Zu prüfen wäre vielmehr, was dagegen spricht, dass die Ergebnisse aus der Studienpopulation übertragbar sind und in einem weiteren Schritt, inwiefern sich die Ergebnisse der Studie bei Übertragung auf die Zielpopulation ändern könnten (3).

Die Unschärfe der Begriffe Übertragbarkeit, Generalisierbarkeit, Direktheit (directness), Reproduzierbarkeit oder Anwendbarkeit sind Gegenstand aktueller Forschung. Derzeit gibt es keine ausreichend validierten Bewertungsinstrumente zur Beurteilung der externen Validität von systematischen Übersichtsarbeiten bzw. von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT), die in ein Review

eingeschlossen werden (4). In einer Delphi-Studie wurde kürzlich ein Konsensus über die Definition des Begriffs „externe Validität“ und über Kriterien zu ihrer Beurteilung in RCTs erzielt. Die Kriterien adressieren die Bereiche Population, Intervention, Vergleichsintervention/Kontrolle, Ergebnisparameter und Setting (5).

Je komplexer die Interventionen und je komplexer die Settings, in die interveniert wird, umso bedeutsamer ist die Beurteilung der Übertragbarkeit. Für die Studienergebnisse zum Thema investorgetragene renditeorientierte Eigentümerschaft und Patientenversorgung im deutschen Gesundheitssystem erscheinen vor allem zwei Aspekte hinsichtlich der Übertragbarkeit von Bedeutung: der Standard, mit dem jeweils verglichen wird, und das Setting einschließlich des Vergütungssystems. Im Folgenden werden einige Aspekte zum Vergleich für die Langzeitpflege im Alten- und Pflegeheim und die ambulante Versorgung in der ärztlichen Praxis skizziert.

SETTING PFLEGEHEIM

Ländervergleichende Studien von Pflegeheimen legen nahe, dass sich die Zugangswege ins Pflegeheim, die Merkmale und Konstitution bei Einzug sowie die Verweildauer der Bewohner:innen unterscheiden (6).

Hinzu kommen systembedingte und kulturelle Unterschiede, so hinsichtlich medizinischer Versorgung und therapeutischer Angebote (7), aber auch der Qualifikation des Personals (8). Der Einfluss von Rendite ausgerichteten Einrichtungen auf die Qualität der Pflege ist in den letzten Jahren mehrfach Gegenstand internationaler, zumeist auf Routinedaten basierender Untersuchungen gewesen (1).

Mit der Einführung der Pflegeversicherung vor fast 30 Jahren hat der deutsche Staat die Pflegeeinrichtungen – also einen Teil der Daseinsfürsorge – gewinnorientierten Märkten überantwortet (BOX 2).

BOX 2 – INVESTORGETRAGENE RENDITEORIENTIERTE EIGENTÜMERSCHAFT (IRE) IM SETTING PFLEGEHEIM

Bis in die 1990er-Jahre war die Altenpflege hierzulande gemeinnützigen und öffentlichen Trägern überantwortet. Die Pflegeversicherung von 1995 eröffnete auch privaten Betreibern Versorgungsverträge mit den Pflegekassen abzuschließen.

Im Jahr 2021 gab es in Deutschland 16.115 Pflegeheime, darunter 6.876 Pflegeheime in privater Trägerschaft, 8.512 in freigemeinnütziger und 727 in öffentlicher Trägerschaft (14). Das Wachstum des Marktes erfolgt überwiegend im gewinnorientierten Segment. Der deutsche Pflegeheimsektor ist in den letzten Jahren zunehmend attraktiv geworden für Finanzinvestoren, insbesondere für Private Equity Fonds, die die stärkste Gewinnorientierung aufweisen (15).

Die privaten Pflegeheime in Deutschland werden von Ketten ausländischer Investoren dominiert, so von der französischen Korian-Gruppe mit 250 Pflegeheimen und mehr als 27.000 Pflegeplätzen und der

Alloheim Senioren-Residenzen SE mit 239 Einrichtungen und 23.400 Pflegeplätzen (16).

Problematische Arbeitsbedingungen und mangelnde Pflegequalität der IRE waren in den letzten Jahren vielfach Gegenstand öffentlicher Diskussion; auch juristische Verfahren aufgrund schwerer Verfehlungen wurden angestrengt (15). Eine Analyse der Pflegeheimbewertungen des Medizinischen Dienstes zeigt, dass profitorientierte im Vergleich zu nicht-profitorientierten Pflegeheimen bei vier von sechs berücksichtigten Qualitätskategorien mit einer signifikant schlechteren Qualität abschnitten (17). Kürzlich fand eine Studie höhere Covid-19-Infektions- und Sterberaten in IRE im Vergleich zu Pflegeheimen anderer Betreiber (18).

Die gegenwärtige makroökonomische Lage mit hoher Inflation, steigenden Kosten für Energie und Personal scheinen Private Equity Investoren nunmehr abzuschrecken. Viele Einrichtungen können nicht ausgelastet werden, da es an Personal mangelt. Insolvenzen und Restrukturierungen sind zu verzeichnen (19).

Die Auswirkungen auf die Qualität der Pflege, das Wohlergehen der Bewohner:innen und des Personals sind in Deutschland nicht systematisch untersucht. Es finden sich jedoch keine Anhaltspunkte anzunehmen, dass die Ergebnisse von Analysen zu den Auswirkungen von IRE aus internationalen Studien nicht auf Deutschland übertragbar sein sollten.

SETTING ÄRZTLICH GEFÜHRTE PRAXIS ALS TEIL EINES GESUNDHEITSSYSTEMS IM UMBRUCH

In Deutschland ist ein erheblicher Anteil der stationären Versorgung bereits in privater Trägerschaft. Die ärztliche Praxis wird überwiegend erlösorientiert mit

gemischter Finanzierung geführt. Analysen zur Qualität der medizinischen Versorgung bescheinigen dem deutschen Gesundheitssystem ein erhebliches Ausmaß an Überdiagnostik und Übertherapie (9). Gemessen an der wirtschaftlichen Leistung hat Deutschland eines der teuersten Gesundheitssysteme, eine hohe Arztdichte und Spitzenwerte bei Patientenkontakten (10). Gleichzeitig klagen Patienten zunehmend über lange Wartezeiten auf Arzttermine. Gemessen an Patientenergebnissen liegt Deutschland im europäischen Vergleich oftmals nur im Mittelfeld. Bei der Dauer eines Patientenkontakts ist Deutschland mit durchschnittlich 7,6 Minuten weit hinter anderen westlichen Ländern



positioniert (an der Spitze befindet sich Schweden mit 22,5 Minuten) (11). Die Gesundheitsversorgung erscheint nicht grundsätzlich am Patientenwohl orientiert. Kommerzielle Fehlanreize manifestieren sich in einem Übermaß an unnötigen und teils sogar gesundheitsschädlichen privatärztlichen (IGe-)Leistungen auch für Kassenpatienten. Hingegen wird das Patientenrechtsgesetz in Bezug auf Aufklärung zu medizinischen Maßnahmen und die informierte partizipative Patientenentscheidungsfindung nicht umgesetzt (12).

ÜBERTRAGBARKEIT INTERNATIONALER BEFUNDE AUF DAS SETTING DER ÄRZTLICH GEFÜHRTEN PRAXIS

Die Defizite im aktuellen deutschen Gesundheitssystem beziehen sich auf die Gesamtheit der stationären und ambulanten Versorgung. Eine klare Differenzierung zwischen stationär und ambulant in Bezug auf die Versorgungsqualität ist nicht möglich. Bei der Übertragung der Studienergebnisse aus den genannten Quellen (1,2) auf die ambulante ärztliche Versorgung stellen sich folgende Fragen: Was ist aktuell in Deutschland der Standard für die ärztlich geführte Versorgungseinheit? Und: Ist der Standard (ärztlich

geführte Versorgungseinheit) best practice im Sinne einer gemeinwohlgebundenen Krankenversorgung?

Die Optimierungsbereiche in der ärztlichen ambulanten Versorgung müssen bei der Übertragung von Studienergebnissen geprüft und berücksichtigt werden. Die Unterschiede zwischen investorgetragenen renditeorientierten und gewinnorientierten Praxen könnten aktuell in Deutschland gering sein. Hingegen könnten die Unterschiede deutlicher werden, wenn mit einer best practice Standardversorgung verglichen würde, die durch Evidenzbasierung wahrhaft patienten- und gemeinwohlorientiert wäre. Modelle dazu wie Primärversorgungszentren mit multiprofessionellem Team wurden in anderen Ländern erfolgreich erprobt und könnten auch für Deutschland eine bessere und effizientere Versorgung ermöglichen (13). Aus der Perspektive der Evidenzbasierten Medizin wäre zudem eine prospektiv geplante kontrollierte Evaluation jeglicher Eingriffe in die ärztliche Versorgungspraxis zu fordern. Das gilt in besonderem Maße auch für die Implementierung weiterer investorgetragener und auf Rendite ausgerichteter Einrichtungen der Patientenversorgung. ■



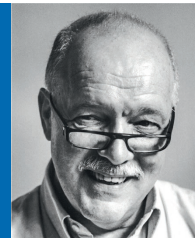
**PROF. DR. MED.
INGRID MÜHLHAUSER**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
Ingrid.Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 / 42838 - 3988



**PROF. DR. PHIL.
GABRIELE MEYER**
Martin-Luther-Universität Halle-
Wittenberg
Direktorin des Instituts für
Gesundheits- und Pflegewissen-
schaft der Medizinischen Fakultät

Literatur

- 1) Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch J D (2023) Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review BMJ 382: e075244 <https://www.bmj.com/content/382/bmj-2023-075244>
- 2) Kannan S, Bruch JD, Song Z (2023) Changes in hospital adverse events and patient outcomes associated with private equity acquisition. JAMA 330: 2365–2375. doi: 10.1001/jama.2023.23147
- 3) Windeler J (2008) Externe Validität. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ) 102: 253–260. doi: 10.1016/j.zefq.2008.04.006
- 4) Jung A, Balzer J, Braun T, Lüdtke K (2022) Identification of tools used to assess the external validity of randomized controlled trials in reviews: a systematic review of measurement properties. BMC Medical Research Methodology 22: 100. <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-022-01561-5>
- 5) Jung A, Braun T, Armijo-Olivo S, Challoumas D, Lüdtke K (2023) Consensus on the definition and assessment of external validity of randomized controlled trials: A Delphi study. Res Syn Meth 1–15. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jrsm.1688>
- 6) Collingridge Moore D, Payne S, et al (2020) Length of stay in long-term care facilities: a comparison of residents in six European countries. Results of the PACE cross-sectional study. BMJ Open 10: e033881. <https://bmjopen.bmj.com/content/10/3/e033881>
- 7) Fassmer AM, Pulst A, Spreckelsen O, Hoffmann F (2020) Perspectives of general practitioners and nursing staff on acute hospital transfers of nursing home residents in Germany: results of two cross-sectional studies. BMC Fam Pract 21 (1): 29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7014634/>
- 8) Rahm Hallberg I, Cabrera E, Jolley D, Raamat K, Renom-Guiteras A, Verbeek H, Soto M, Stolt M, Karlsson S (2016) Professional care providers in dementia care in eight European countries; their training and involvement in early dementia stage and in home care. Dementia 15 (5): 931-957. DOI: 10.1177/1471301214548520
- 9) Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e.V. (2023) S2e-Leitlinie zum Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. <https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-045%20Schutz%20vor%20Ueber-und%20Unterversorgung/oeffentlich-Publikationsdokumente/4.%20Aktualisierung%202023/Leitlinie%20Schutz%20vor%20C3%9Cber-%20und%20Unterversorgung%20Langversion%202023.PDF>
- 10) OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_de_german.pdf
- 11) Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al (2017) International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open 7: e017902. <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902>
- 12) Mühlhauser I (2024) Warum anlassloses Testen (fast immer) zufriedenstellt - auch wenn es (fast immer) schadet. KVH Journal 2: 20-23. <https://journal.kvhh.net/2-2024/warum-anlassloses-testen-fast-immer-zufriedenstelt-auch-wenn-es-fast-immer-schadet>
- 13) Ulrich LR, Pham TT, Gerlach FM, Erler A (2019) Family Health Teams in Ontario – Vorstellung eines kanadischen Primärversorgungsmodells und Anregungen für Deutschland. Gesundheitswesen 81: 492-497. doi: 10.1055/s-0043-111406
- 14) Statista (2024). Pflegeheime nach Trägerschaft in Deutschland bis 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/>
- 15) Bourgeron T, Metz C, Wolf M (2021) Finanzialisierung in der Altenpflege. Berlin: Finanzwende/Heinrich-Böll-Stiftung. https://www.finanzwende-recherche.de/wp-content/uploads/2021/10/Finanzwende_BourgeronMetzWolf_2021_Private-Equity-Investoren-in-der-Pflege_20211013.pdf
- 16) Sausse H-G (2023) Ziehen sich die Investoren aus der Altenpflege zurück? <https://www.pflegen-online.de/ziehen-sich-die-investoren-aus-der-altenpflege-zurueck>
- 17) Geraedts M, Harrington C, Schumacher D, Kraska R (2016) Verhältnis zwischen Qualität, Preis und Profitorientierung deutscher Pflegeheime. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ) 112: 3-10. doi: 10.1016/j.zefq.2016.03.002
- 18) Evers J, Geraedts M (2023) COVID-19 risks in private equity nursing homes in Hesse, Germany - a retrospective cohort study. BMC Geriatr 23 (1): 648. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04361-8>
- 19) Pwc (2023) Transaktionsmonitor Gesundheitswesen. Edition 12, Frühjahr 2023. <https://www.pwc.de/de/newsletter/transaktionsmonitor-gesundheitswesen/pwc-transaktionsmonitor-gesundheitswesen-edition-12-fruehjahr-2023.pdf>



Eine Krankenversicherung ist genug

Kolumne von **Dr. Bernd Hontschik**, Chirurg in Frankfurt/Main

Sie sind Mitglied in einer Gesetzlichen Krankenkasse, wie 90 Prozent der Bevölkerung? Sie gehen davon aus, dass Ihr Krankenkassenbeitrag auch bei Ihrer Krankenkasse landet, bei der Sie Mitglied sind?

Das ist ein Irrtum. Leider ist ja die Gesundheitspolitik hinter den großen Krisen unserer Zeit kaum noch zu sehen, und wenn, geht es entweder um die völlig missglückte Krankenhausrevolution oder um Cannabis.

Dabei ist der aktuelle Zuschnitt der Gesetzlichen Krankenversicherungen nach wie vor ein Skandal, ein teurer noch dazu.

Obwohl alle Krankenkassen einen völlig identischen Auftrag haben, nämlich Gesundheit erhalten, wiederherstellen und verbessern, leisten wir uns in Deutschland den Luxus von 95 Gesetzlichen Krankenkassen.

Immerhin ist das schon ein Fortschritt: Gab es Ende des 19. Jahrhunderts noch Tausende von Kassen, Orts-, Betriebs-, Fabrik-, Bau-, Innungs-, Knappschafts-, Hilfskassen und Gemeinde-Krankenversicherungen, später noch dazu die Ersatzkassen für Angestellte, so waren es 1970 noch 1815, 1990 noch 1147, im Jahr 2000 noch 420, und heute gibt es nur noch 95 Kassen.

Aus meiner Sicht sind das immer noch 94 zu viele. Eine wäre völlig genug.

Seit Jahren wird über die Umgestaltung der Gesetzlichen Kranken-

versicherung gestritten. Die von der CDU favorisierte „Kopfpauschale“ sieht einen feststehenden, für jeden gleich hohen Versicherungsbeitrag pro Kopf vor. Das SPD-Modell von Grünen und Linken heißt „Bürgerversicherung“: Alle Bürger würden in die Versicherungspflicht einbezogen, die Beitragshöhe richtete sich nach dem Einkommen.

Nach der Bundestagswahl 2005 kam es zu einer Großen Koalition, keine der beiden Parteien konnte sich durchsetzen. Diese zwei an sich

der Mitglieder: Je mehr Kranke und je schwerer die Krankheiten, desto höher die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds.

Dazu bedurfte es nun eines komplizierten Ausgleichsystems. Grundlage dafür ist eine Liste von mehr als achtzig chronischen, ausgabenintensiven Erkrankungen. Je mehr solch schwere Erkrankungen eine Krankenkasse an das Bundesversicherungsamt melden kann, desto mehr Geld erhält sie aus dem Gesundheitsfonds. Für dieses neu

Wettbewerb? Die Idee der allgemeinen Krankenversicherung bestand doch in der Abdeckung des ökonomischen Erkrankungsrisikos des Einzelnen durch die Solidarität aller.

völlig unvereinbaren Modelle wurden daher vermischt, und heraus kam zum 1. Januar 2009 ein Hybrid: der Gesundheitsfonds.

Was ist das eigentlich? Sämtliche Beitragszahlungen landen seitdem nicht mehr bei Ihrer Krankenkasse, sondern zuerst in einem großen Topf, dem sogenannten Gesundheitsfonds. Aus diesem Fonds erhalten die Krankenkassen nun Geldzuweisungen. Die entscheidende Größe für die Höhe dieser Geldzuweisungen ist die Morbidität

entstandene bürokratische Unge- tütüm wurde der Begriff des "Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs" (Morbi-RSA) erfunden.

Die Folge dieses Paradigmenwechsels war wie ein Donnerschlag bis in die letzte Praxis des Landes zu spüren. Die Krankenkassen waren von einem Tag auf den anderen nicht mehr daran interessiert, möglichst gesunde Versicherte in ihren Reihen zu haben. Im Gegenteil: Je schwerer die Krankheit, desto mehr Geld floss. Nun schwärmten speziell ausgebil-

dete „Berater“ über das Land und besuchten die Arztpraxen. Ihre Botschaft war, dass ein grippaler Infekt doch auch als Verdacht auf Lungenentzündung verschlüsselt werden, hinter einer Schwindelattacke ein leichter Schlaganfall stecken und ein Rückenschmerz zur rheumatischen Erkrankung erklärt werden könnte. Das Ganze nannte man „Upcoding“.

Es gab für Ärzte und Ärztinnen seitens der Krankenkassen sogar eine Prämie pro Fall. Obwohl diese kriminellen Praktiken durch Whistleblower längst bekannt geworden waren, konnte noch 2016 Jens Baas, der Chef der mit fast zehn Millionen Mitgliedern größten deutschen Techniker-Krankenkasse, einen Sturm im Blätterwald auslösen, als er verkündete, dass Krankenkassen ständig weiter „schummeln“ und

Ärztinnen und Ärzte weiterhin zu ständigem Betrug und Veruntreuung anhalten würden.

Die Ursache für die genannten Perversionen erkennt man schon am Namen des Gesetzes. Es hieß bezeichnenderweise „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Es stellt sich die Frage, worum Krankenkassen eigentlich konkurrieren könnten? Haben nicht alle Kassen den völlig gleichen Auftrag? Die grandiose Idee der allgemeinen Krankenversicherung bestand doch in der Abdeckung des ökonomischen Erkrankungsrisikos des Einzelnen durch die Solidarität aller.

Warum gibt es heute überhaupt noch 95 Krankenkassen, 95 Verwaltungsapparate, 95 Verwaltungs-

sitze mit 95 Vorständen und 95 Aufsichtsgremien? Ist nicht der Gesundheitsfonds selbst schon Beweis genug, dass es nur einer einzigen Krankenkasse bedarf, auch wenn das sicherlich nicht die Absicht seiner Erfinder war.

Aber statt jetzt den einmal geschaffenen Gesundheitsfonds umgehend als einheitliche Krankenversicherung zu nutzen, wird das zentral gesammelte Geld mit größtmöglichem bürokratischem Aufwand wieder in die alten Strukturen hinein aufgeteilt: ein Schildbürgerstreich, eine Geldverschwendung und Bürokratie pur. ■

DR. BERND HONTSCHIK ist Chirurg und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie“, Westend-Verlag

chirurg@hontschik.de, <https://chirurg.hontschik.de/>

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von Dr. Bernd Hontschik, Dr. Christine Löber und Dr. Matthias Soyka

KVH

Antibiotika
Prüfverfahren
Hilfsmittel
Regress
Rezepte
Sprechstundenbedarf
Wirtschaftlichkeitsgebot
Pharmakotherapieberatung
Schutzimpfungen
Cannabis-Verordnung
Arzneimittel
Aut idem
Richtlinien
Heilmittel
Off-Label-Verordnung
Betäubungsmittel
Trendmeldungen
Wirkstoffvereinbarung
Arzneimittel-Richtlinie
Verbandmittel

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimittel-daten zu Ihrem persönlichen Verordnungs-verhalten sondern zu allen Grundsatzfragen des Ordnungsmanagements.

Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

☎ **040 22 802 571/572**
verordnung@kvhh.de



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Daniela Weiß**
Stellvertretendes Mitglied im Zulassungsausschuss

Name: **Daniela Weiß**
Geburtsdatum: **5.9.1977**
Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**
Fachrichtung: **Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeutin**
Weitere Ämter: **Stv. Mitglied im BFA Psychotherapie**
Hobbys: **Yoga, Pilates, Musizieren**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, ich erlebe in der Arbeit mit meinen jungen Patient:innen immer wieder inspirierende Momente, und es erfüllt mich, wenn ich Impulse für eine hilfreiche Entwicklung geben kann. Ich arbeite gern in eigener Praxis und genieße die damit verbundenen Freiräume.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Es hat sich so ergeben; ich wurde von einem Kollegen gefragt. Mich interessieren die Hintergründe, Strukturen und Zusammenhänge für berufliche Regelungen, an deren Ausführung ich beteiligt bin oder die meine Arbeit beeinflussen. Ich finde es wichtig, dass die Berufsgruppe der Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeut:innen in den Gremien vertreten ist.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?

- Die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere für Kinder und Jugendliche
- Eine angemessene Vergütung der „sprechenden Medizin“; nicht nur der Psychotherapie, sondern auch der Gespräche somatischer Ärzt:innen, die sich Zeit nehmen, ihren Patient:innen zuzuhören und gesundheitliche Zusammenhänge zu erkunden oder zu erklären

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Zum Beispiel darin, die komplexen Lebenszusammenhänge, in die die jungen Patient:innen eingebunden sind (Familie, Schule, Jugendhilfe usw.) adäquat in die psychotherapeutische Behandlung mit einzubeziehen und in den begrenzten Zeitkapazitäten eine sinnvolle Zusammenarbeit herzustellen für einen langfristigen Therapieerfolg.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Bisher habe ich alle meine privaten und beruflichen Träume verwirklicht (Musiktherapiestudium, Weltreise, eigene Praxis u. v. m.). Von daher: ein gesundes, glückliches Leben. – Bis mir vielleicht ein neuer Traum zum Verwirklichen einfällt.

Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf
Überweisung
Arzneimittelvereinbarung
Arbeitsunfähigkeit
Rezepte
Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel Krebsvorsorge
Entlassmanagement
Einweisung

Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel
Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung Verbandmittel
Wirtschaftlichkeitsgebot
Digitale Gesundheitsanwendungen
Krankenpflege

Verordnung und Beratung

Hilfsmittel **Arbeitsunfähigkeit** **Rezepte**
Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel Krebsvorsorge
Entlassmanagement
Einweisung

Medizinprodukte
Impfvereinbarung
Prüfungsvereinbarung
Heilmittelvereinbarung
Wiedereingliederung DMP
Substitution **Wirkstoffvereinbarung**
Nutzenbewertung Krankengeld
Antibiotika-Therapie
Arzneimittelmissbrauch

Sie verordnen – wir beraten!

Unser Team der Abteilung „Verordnung und Beratung“ mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen berät Sie gerne zu allen Fragen Ihres Verordnungsmanagements.

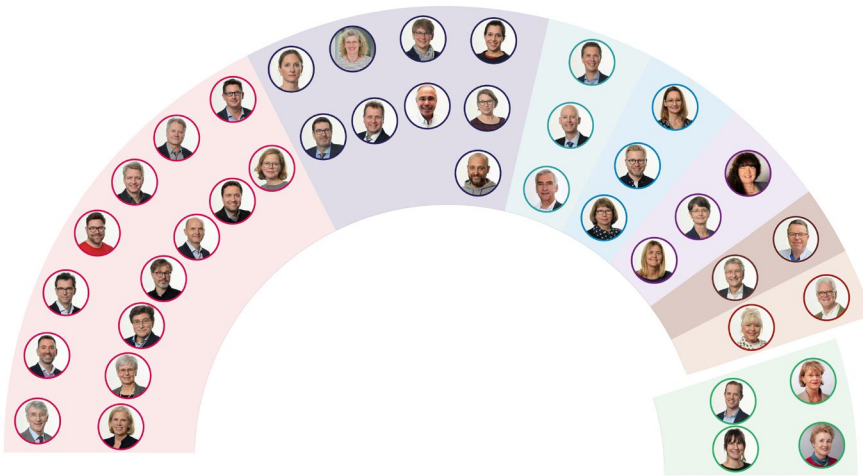
Fragen Sie uns einfach!

☎ 040 22 802 571/572 | verordnung@kvhh.de

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 19. Juni 2024 (19 Uhr)

Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

Mi. 8.5.2024 (14 - 18 Uhr)
6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz für Fortgeschrittene (online)

Mi. 29.5.2024 (9 - 14 Uhr)
9 FORTBILDUNGSPUNKTE

QEP® Einführungsseminar für Arztpraxen und Psychotherapeuten (Präsenz)

Zweiteilig
Teil I: Fr. 21.6.2024 (15 - 20 Uhr)
Teil II: Sa. 22.6.2024 (9 - 16 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Terminsystem (online)

Mi. 26.6.2024 (15 - 18 Uhr)
5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Exklusiv-Kurs für Praxismanager:innen (Präsenz)

Zweiteilig
Teil I: Do. 27.6.2024 (9.30 - 17 Uhr)
Teil II: Fr. 28.6.2024 (9.30 - 17 Uhr)
24 FORTBILDUNGSPUNKTE

Weitere Informationen und Anmeldung: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



KV-FORTBILDUNGS-VERANSTALTUNG

So gelingt der erfolgreiche Praxisstart

Die Veranstaltung ist kostenfrei und richtet sich an Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, die kurz vor der Niederlassung stehen oder bereits eine Zulassung erhalten haben.

Fr. 31.5.2024 (13 - 17 Uhr)

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Julius-Adam-Saal
22083 Hamburg

Weitere Informationen und Anmeldung: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



ABGABE DER ABRECHNUNG

Jeweils vom 1. bis 15. Kalendertag des neuen Quartals

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 2
(Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin
Mi. 3.7.2024 (18 Uhr)

"Aktuelles aus der Berufspolitik"
Referentin: Dr. Rita Trettin

Ort: Ärztehaus
Saal 5 + 6
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.
Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 8.11.2024 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Teilnahmegebühr:
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.
neurologiewinterhude.de
Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Der depressive ältere Patient

Besonderheiten und Gefahren in der Pharmakotherapie

Mi. 12.6.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 3
22083 Hamburg**

**Nicht-motorische Störungen beim
Parkinson-Syndrom**

Vigilanz – Schlafstörungen – vegetative Störungen in der differentialdiagnostischen Betrachtungsweise

Mi. 18.9.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

**Betriebliches
Gesundheitsmanagement**

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 20.11.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 3
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und
Ärzte**

Aktuelle Infos:

[www.aerztekammer-hamburg.org/
akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html)

Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald, Fortbildungsakademie
Tel: 040 / 202299-306
akademie@aekhh.de

**Medizinische
Fachangestellte:
Planen Sie Ihre
Fortbildungen für 2024!**



**Das neue Fortbildungsprogrammheft
für Medizinische Fachangestellte ist da.**

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2024 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

[www.aerztekammer-hamburg.org/
fortbildung_mfa.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html)



Kurze Info gefällig?

Was auch immer Sie vorhaben und welche Frage Sie auch haben mögen – unser Team vom Mitgliederservice ist für Sie da! Von A wie Abrechnung über T wie Terminservicestelle bis Z wie Zulassung – bei all Ihren Fragen stehen wir gern zur Seite.

Mitgliederservice (ehemals Infocenter) - Wir begleiten Sie durch das KV-System.

 **040 22 802 802**

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf www.kvhh.de. Wir rufen Sie gern zurück!