

KVH journal

EINZUG INS SYSTEM

*Vor 20 Jahren wurden
psychologische Psychotherapeuten
gleichberechtigte Mitglieder der KV.
Eine Erfolgsgeschichte?*



TSVG

Umsetzungsdetails noch ungeklärt

TELEMATIK

Sanktionen für TI-Verweigerer

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: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 7-8/2019 (Juli/August 2019)
Redaktionsschluss: 17. Juni 2019



Liebe Leserin, lieber Leser!

Mit dieser Ausgabe verabschieden wir uns in die Sommerpause. Und wieder finden Sie kein großes „TSVG-Special“, das Ihnen alle Einzelheiten der Spahn'schen Gesundheitsreform vorstellt. Wir hätten dies gerne getan – aber bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe des *KVH-Journals* haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen leider noch nicht über die Einzelheiten der Umsetzung des TSVG geeinigt. Die Kassen stellen Forderungen auf, die teilweise an Absurdität nicht zu überbieten sind – und bisweilen völlig konträr zum Gesetzeswortlaut liegen. Minister Spahn hat schon angedroht, „nachzuschärfen“, sollten die Krankenkassen nicht beidrehen. So sehr wir dieses Eingreifen im konkreten Fall begrüßen könnten, es wäre eine weitere Schwächung der Selbstverwaltung. Der Schuss scheint noch nicht überall gehört worden zu sein.

Was heißt das nun für Sie, für Ihre Praxis? Glücklicherweise nichts Gravierendes (siehe Seite 14). Die KV Hamburg empfiehlt – wie die meisten KVen –, die Praxisorganisation und die Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen erst einmal nicht zu ändern. Bevor nicht alle Details – vor allem zur Bereinigung – klar sind, sollte man so weiterarbeiten wie gewohnt. Erst wenn die Details feststehen, lohnt es sich, über Umstellungen in der Praxisroutine nachzudenken.

Grundsätzlich bleibt es trotzdem bei der Einschätzung des Hamburger KV-Vorstandes: Dieses Gesetz ist der Sargnagel zum Budget – wenn man ihm ein paar Jahre Zeit gibt. Es wird für Hamburg in jedem Fall positive Auswirkungen haben. Daher kann man in Ruhe abwarten, welche Konsequenzen aus den Neuregelungen zu ziehen sind. Die KV Hamburg wird Sie hierbei nach Kräften unterstützen. Und wenn nicht im *KVH-Journal*, dann informieren wir Sie auf anderen Wegen.

Sie können sich auf uns verlassen. Und in Ruhe eine hoffentlich schöne und erholsame Sommerzeit genießen.

Ihr Walter Plassmann,
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

- o6_Nachgefragt
Psychologische Psychotherapeuten:
Ist die Integration ins KV-System
gelingen?
- o8_Unvollendete Reform:
Vor 20 Jahren trat das Psycho-
therapeutengesetz in Kraft

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 12_Fragen und Antworten
- 13_Aktualisierte Patienten-
Kurzinformationen des ÄZQ

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.



- 14_ TSVG: Der aktuelle Stand**
- 15_ Reform der Bedarfsplanung**
- 16_ KBV warnt TI-Verweigerer vor Sanktionen**
Seminarankündigung:
Datenschutz- Jahresschulungen 2019
- 17_ Beitritt der TK zum DAK-Vertrag "Hypertonie-Begleiterkrankung"**
KBV-Servicebroschüre zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

FORUM

- 22_ Praxisstrukturen: Satelliten-symposium auf dem Hauptstadtkongress Berlin zur drohenden Kommerzialisierung der Onkologie**

SELBSTVERWALTUNG

- 25_ Steckbrief: Dr. René Rückner**

RUBRIKEN

- 02_ Impressum**
- 03_ Editorial**

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 17_ Bekanntmachungen im Internet**

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 18_ Gemeinsam informiert entscheiden**

FORUM

- 23_ Leserbrief**

KOLUMNE

- 24_ Zwischenruf von Dr. Matthias Soyka**

TERMINKALENER

- 26_ Termine und geplante Veranstaltungen**

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Seite 3 und 6: Michael Zapf; Seite 9 und 10: Freshidea/Fotolia; Seite 11 und 13: Felix Faller/Alinea;
 Seite 16: Vlad Kochelaevskiy/Fotolia; Seite 22: Ulrike Tietze; Seite 26: Michael Zapf;
 Icons: iStockfoto

Psychologische Psychotherapeuten: Ist die Integration ins KV-System gelingen?



Claus Gieseke, psychologischer Psychotherapeut in Barmbek, langjähriges Mitglied der Vertreterversammlung und des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie

Erfolgsgeschichte und Systemversagen

20 Jahre Psychotherapeuten im KV-System sind eine Erfolgsgeschichte für die Patienten – auch wenn aufgrund der Bedarfsplanungsgrenzen die verfügbaren Therapieplätze selbst im „überversorgten“ Hamburg nicht ausreichen. Die kollegiale Zusammenarbeit mit den psychotherapeutisch und somatisch arbeitenden Ärzten klappt gut, auch in den Gremien sind wir inzwischen akzeptiert.

Aber immer noch sind unsere Sitze in der Vertreterversammlung auf zehn Prozent begrenzt (bei einem Mitgliederanteil von etwa 20 Prozent). Immer noch fehlt Honorargerechtigkeit. Das Einlegen eines Widerspruchs gegen jeden Quartalsbescheid führte erst nach Klageverfahren vor dem Bundessozialgericht zu Nachzahlungen mit mehrjähriger Verzögerung. Selbst danach liegt der Nettoertrag pro Arbeitsstunde bei den Psychotherapeuten aktuell nur bei etwa 60 Prozent des Gesamtdurchschnitts. **Immer wieder wurde (und wird) im Bewertungsausschuss zulasten unserer Berufsgruppe getrickst, immer wieder beanstandete das Bundessozialgericht ungerechte Honorarbeschlüsse. In der Honorierung der Psychotherapie sehe ich ein Systemversagen der gemeinsamen Selbstverwaltung.** ■



Dr. Helene Timmermann, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin in Eimsbüttel, langjähriges Mitglied des Berufungsausschusses und des Beratenden Fach-ausschusses Psychotherapie



Heike Peper, psychologische Psychotherapeutin in Altona, Mitglied der Vertreterversammlung und des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie sowie Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Akzeptanz fällt nicht immer leicht

Mein erster Kontakt mit der KV Hamburg erfolgte 1997. Ich arbeitete als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin unter Delegation in einer anderen Stadt und plante einen Umzug nach Hamburg. Am Telefon meldete sich eine freundliche Frauenstimme, die spontan sagte: „Kommen Sie, hier ist Notstandsgebiet für Ihre Berufsgruppe.“ Notstandsgebiet für die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ist Hamburg inzwischen nicht mehr. Spätestens seit Umsetzung der 20-Prozent-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Jahr 2008, die Hamburg als einer der ersten KV-Bezirke realisierte, hat sich die Situation rapide verbessert.

Durch die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes wurden psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ab 1999 in die bestehenden KV-Strukturen integriert. Das Akzeptieren zweier neuer Heilberufe, die nicht aus der Medizin kommen, fällt nicht leicht – auch nach 20 Jahren nicht, wie sich im Zusammenhang mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes leider immer noch zeigt.

Ich möchte aber auch die Gelegenheit nutzen und mich beim Vorstand der KV Hamburg bedanken, dem es gelungen ist, immer wieder eine Balance herzustellen, um die Integration der neuen Berufsgruppen zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den unterschiedlichen Ressorts der KV. ■

Anfangsfehler sind noch nicht korrigiert

Das Psychotherapeutengesetz ermöglichte die selbständige Teilnahme der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der Versorgung gesetzlich Versicherter. **Das war lange überfällig und dringend notwendig. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung konnte deutlich gestärkt und ausgebaut werden.** Es gibt allerdings noch einige „Anfangsfehler im System“, die uns bis heute beschäftigen.

- Seit einigen Jahren erfolgt die Vergütung des größten Teils psychotherapeutischer Leistungen zwar extrabudgetär. Dennoch müssen wir wegen nicht angemessener Honorare immer wieder den Rechtsweg beschreiten.
- Bis heute ist es nicht gelungen, die Berechnungsgrundlagen der Bedarfsplanungsrichtlinie für die Psychotherapie-Sitze zu korrigieren. Ein nomineller Versorgungsgrad von etwa 170 Prozent in Hamburg ist die Folge – trotz langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz.
- Die fehlende Vergütung und rechtliche und soziale Absicherung während der praktischen Tätigkeit in der Ausbildung ist für unseren Nachwuchs unzumutbar. Dieser „Anfangsfehler“ wird nach 20 Jahren mit der bevorstehenden Verabschiedung des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes hoffentlich bald behoben. ■

VON HANNA GUSKOWSKI

Unvollendete Reform

Vor 20 Jahren trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft. Seither sind psychologische Psychotherapeuten gleichberechtigte Mitglieder der KV.
Zeit für eine Bestandsaufnahme.



Das Psychotherapeuten-Gesetz hat die psychotherapeutische Versorgung im Gesundheitssystem etabliert und für gesetzlich Versicherte zugänglicher gemacht. Und es hat neue, unabhängige Heilberufe geschaffen: den des psychologischen Psychotherapeuten (PP) und den des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP).

Vor dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes Anfang 1999 gab es zwei Arten von Psychologen, die Psychotherapien im GKV-Bereich durchführten: Bei der ersten Gruppe handelte es sich um „Delegationspsychologen“ – also um Psychologen, die nach dem Studium an einem von der KBV anerkannten Institut eine Ausbildung zum Analytiker oder Verhaltenstherapeuten absolviert hatten und nun in das

„Delegationsverfahren“ eingebunden waren. Der Vertragsarzt stellte Diagnose und Indikation und delegierte dann lediglich die Durchführung der Therapie an den Psychologen. Die Abrechnung lag in der Hand des Arztes, der das Geld an den Psychologen weiterleitete. Die meisten Psychologen arbeiteten mit einem oder zwei Ärzten zusammen – in einem stark abhängigen Verhältnis. Dieses System war von der KBV entwickelt worden, weil die Versorgung mit Psychotherapie innerhalb des GKV-Systems anders nicht sichergestellt werden konnte.

Die zweite Gruppe waren die sogenannten „Kostenerstattler“. Diese Psychologen arbeiteten mit Therapieverfahren, die in Ausbildungsinstituten gelehrt wurden, die nicht von der KBV anerkannt waren. Es handel-

te sich dabei zumeist um sogenannte humanistische Therapieverfahren, unter anderem um Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Körpertherapie und systemische Therapie. Um überhaupt zu Lasten der Krankenkassen therapieren zu dürfen, musste man einen Heilpraktiker-Schein machen – den sogenannten „kleinen Heilpraktiker“. Die Krankenkassen bewilligten den Patienten dann in der Regel die Erstattung der Therapiekosten. Diese Psychologen waren also selbstständig und konnten unabhängig von Ärzten arbeiten. Doch die rechtliche Situation war unsicher und die Krankenkassen betonten stets, dass es sich bei der Bewilligung von Kostenerstattung um Einzelfallentscheidungen handelte, aus denen sich keine dauerhaften Rechte ableiten ließen. Einzige Ausnahme

war die Techniker Krankenkasse, die mit dem - damals einzigen existierenden - „Berufsverband Deutscher Psychologen“ (BDP) einen Vertrag zur geregelten Kostenerstattung abgeschlossen hatte. TK-Versicherte hatten damit also einen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung ihrer Psychotherapie bei einem „Klinischen Psychologen/BDP“.

Die Fachgesellschaften forderten bereits seit langem eine gesetzliche Regelung der von Psychologen erbrachten psychotherapeutischen Versorgung. Alle wussten: So unregelmäßig kann es nicht weitergehen. KBV, Politik und auch Krankenkassen zeigten sich für Verhandlungen aufgeschlossen, denn sie alle wollten das bürokratisch aufwendige und damit auch kostenintensive Durcheinander und Nebeneinander verschiedener Systeme in einheitliche Bahnen lenken. Nach zwei gescheiterten Anläufen (1978 und 1995) konnte das Psychotherapeutengesetz im Jahr 1999 endlich in Kraft treten. Zuvor war diskutiert worden, ob alle Psychologen, die GKV-Patienten behandeln, im Delegationsverfahren arbeiten sollten. Damit wäre allerdings kein eigenständiger Heilberuf entstanden, was von den Psychologenverbänden vehement abgelehnt wurde. Deshalb konnte diese Variante nicht durchgesetzt werden. Schließlich kam man überein, die Psychologen gleichberechtigt ins

KV-System zu integrieren. Der damalige KBV-Vorstand befürwortete diesen Weg – was weitsichtig war und ein frühzeitiges Erkennen der Bedeutung von Psychotherapie im Gesundheitssystem zeigte. Vielleicht unterstützte er diesen Weg auch deshalb, weil er sich davon eine Stärkung des KV-Systems versprach. Doch es gab auch Bedenken: Ein Teil der Vertragsärzte befürchtete, in Honorar-Konkurrenz zu einer

hatten, ins KV-System überführen. Um welche Summe es sich handelte, war allerdings unklar, und bald stand der Verdacht im Raum, dass nicht alles in den Geldtöpfen der KV angekommen war. Das hat damals die Spannungen zwischen Ärzten und Psychologen verschärft.

Für viele Psychologen war die Vorstellung, KV-Mitglied zu werden, anfangs ziemlich ambivalent. Einerseits war klar: Sie wurden

den Ärzten rechtlich gleichgestellt, und die gesellschaftliche Akzeptanz sowie der Zugang zu Psychotherapie würden sich so deutlich verbessern. Außerdem bekamen Psychotherapeuten endlich die Chance, ihre Honorar-Angelegenheiten auf eine solide Basis zu stellen. Andererseits war die KV eine fremde Welt. Die ersten Gremiensitzungen in der KV Hamburg verliefen nicht gerade ermutigend: Das System war damals schon ziemlich schwer verständlich, und die Bereitschaft, den Neulingen die komplizierten Re-

gelungen zu erklären, hielt sich in Grenzen. Hinzu kamen Probleme, die mit der beruflichen Sozialisation zu tun hatten: Die psychologischen Psychotherapeuten waren darauf geprägt, freundlich zuzuhören, zu verstehen und sich einzufühlen. Die Vertreter der ärztlichen Fachgruppen hingegen kämpften vehement



zusätzlichen Gruppe innerhalb der KV zu geraten.

Und man muss sagen: Die Finanzierung der Leistungen psychologischer Psychotherapeuten im GKV-Bereich ist nicht gut gelaufen. Eigentlich sollten die Krankenkassen das gesamte Geld, das sie bis dahin in der Kostenerstattung ausgegeben

für ihre Interessen und legten dabei auch mal harte Bandagen an.

Die Vertreter der Psychotherapeuten lernten hinzu. Sie verfolgten das Ziel, die psychotherapeutische Versorgung zu stärken und eine gerechtere Honorierung durchzusetzen. Schon kurz nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes strengten psychotherapeutische Verbände erste Klagen an, denen eigentlich nur geringe Chancen eingeräumt wurden.

Doch dann wurde ein BSG-Urteil gesprochen, das noch immer von grundlegender Bedeutung ist. Darin heißt es sinngemäß: Psychotherapeuten müssen die Chance haben, bei einer maximal ausgelasteten Praxis das gleiche Honorar zu erzielen wie eine durchschnittlich ausgelastete Praxis aus einem Facharzt-Bereichs-Mix des niedrigen bis mittleren GKV-Einkommensbereichs. Dass sich das BSG in seinem Urteil am unteren Bereich des Facharzt-Einkommens orientiert und maximal ausgelastete psychotherapeutische Praxen mit durchschnittlich ausgelasteten Facharztpraxen vergleicht, ist nicht gerade freundlich für uns. Doch mit Hilfe des Richterspruchs konnten wir dennoch Honorarzuwächse erstreiten, die uns sonst verwehrt geblieben wären.

Im erweiterten Bewertungsausschuss wird über die Honorare aller

im GKV-System tätigen Ärzte und Psychotherapeuten entschieden. Dort sitzen Kassenvertreter und Ärztevertreter – aber keine Psychotherapeuten. Die Krankenkassen wollen nicht „unnötig“ Geld ausgeben. Die Ärzte fürchten, dass Honorarzuwächse für Psychotherapeuten auf ihre Kosten gehen könnten. Über unsere Honorare verhandeln also Parteien, die kein wirkliches Interesse an Verdienstzuwächsen für Psychothe-

rapen haben und die mit ihren Entscheidungen die Anforderungen des BSG-Urteils deshalb immer nur knapp oder nicht erfüllen. Das ist einer der Gründe, warum die Psychotherapeuten Quartal für Quartal gegen die Honorarbescheide Widerspruch einlegen und Musterklagen

führen müssen: um sicherzustellen, dass wir die von uns vor Gericht erstrittenen Honorare auch tatsächlich ausgezahlt bekommen.

Etwa 80 Prozent aller Psychotherapeuten der KV Hamburg legen Honorarwidersprüche ein – und nur sie haben Anspruch auf Honorarnachzahlungen. Die Psychotherapeuten bekommen damit zwar das ihnen zustehende Geld – doch nur auf dem Weg der Klage, teilweise erst

Jahre später und natürlich unverzinst.

Inzwischen wurden die psychotherapeutischen Kern-Leistungen aus dem Budget herausgenommen. Allerdings zeugt es von Ahnungslosigkeit, wenn Ärzte sagen: „Ihr Psychologen habt's doch gut: Ihr bekommt Euer Honorar unbudgetiert ausgezahlt.“ Denn im Vergleich zu den ärztlichen Honoraren ist unser Einkommen weit abgeschlagen – und der Abstand nimmt zu.

Als das Psychotherapeutengesetz in Kraft trat, waren die Zugangsvoraussetzungen für die neuen Heilberufe „psychologischer Psychotherapeut“ (PP)

und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ (KJP) noch vielfältiger als heute. Es gab Theologen und Pädagogen ebenso wie Psychologen, die Therapien ganz unterschiedlicher Art anboten – eine ziemlich bunte Truppe. Um einheitliche Standards zu schaffen, verlangte das



rapen haben und die mit ihren Entscheidungen die Anforderungen des BSG-Urteils deshalb immer nur knapp oder nicht erfüllen. Das ist einer der Gründe, warum die Psychotherapeuten Quartal für Quartal gegen die Honorarbescheide Widerspruch einlegen und Musterklagen

Psychotherapeutengesetz von den Kostenerstattlern eine Nachqualifikation, was viele Kollegen damals sehr kränkte. Heute ist der Zugang zum Beruf des PP beziehungsweise des KJP vereinheitlicht. Grundvoraussetzung ist aktuell das Psychologiestudium für PP und ein Studium der Pädagogik (Dipl.-Pädagogik, Sozialpädagogik beziehungsweise Sonderschullehramt) für KJP. Im Anschluss daran lässt man sich an einem privaten Institut psychotherapeutisch ausbilden, was mit hohen Kosten verbunden ist. Außerdem muss man ein Jahr lang als PiA (Psychotherapeut in Ausbildung) im Krankenhaus arbeiten. Das wird sehr schlecht oder gar nicht vergütet.

Schon mit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes vor 20 Jahren war klar: Die Ausbildungsreform muss zu einem späteren Zeitpunkt vollendet werden. Das KBV-Modell der privaten Ausbildungsstätten war im Gesetz festgeschrieben, aber auch universitäre Ausbildungsgänge waren zugelassen worden. Strukturell entsprach diese Berufsausbildung nicht der von akademischen Heilberufen, sondern der von nicht-akademischen Heilberufen wie etwa von Krankenschwestern. Eine Psychotherapieausbildung, die parallel strukturiert ist zu der von Medizinern, ist wichtig für die Akzeptanz unseres Berufsstandes sowohl im KV-System wie auch in der Bevölkerung und sichert langfristig die Qualität der Ausbildung.

Einer der ersten, die auf diesen Umstand hingewiesen haben, war übrigens der damalige KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler, der sinngemäß sagte: „Ihr braucht die gleiche Ausbildungsstruktur wie

die Ärzte. Wenn Ihr das nicht umsetzt, werdet Ihr abgehängt und zu Heil-Hilfspersonen degradiert.“

Und damit kommen wir zu der Ausbildungsreform, die aktuell umgesetzt werden soll: Es wird ein Direktstudium „Psychotherapie“ geben, das mit einer Approbation endet – und im Anschluss eine (bezahlte) Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten für die Behandlung Erwachsener oder von Kindern und Jugendlichen, und zwar in den Therapieverfahren Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und systemische Therapie.

Die Psychotherapeuten wollen diese Reform, und sie wird von der KBV mitgetragen. Allerdings hat sich der Ärztetag in einer Stellungnahme dagegen positioniert. Und es gibt polemisches Sperrfeuer seitens des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFa) und der Allianz der deutschen Ärzteverbände.

Anders als dort kolportiert wird, haben die PP und KJP allerdings gar nicht vor, ihre Befugnisse in genuin ärztliche Bereiche hinein auszuweiten. Der Vorschlag, einen Modellstudiengang Pharmakotherapie im Rahmen des Psychotherapie-Studiums zu schaffen, kam nicht von den Psychotherapeuten, sondern war Idee der Politik. Grund war der offensichtliche Mangel an Psychiatern. Der Vorschlag ist inzwischen – mangels Unterstützung durch die Psychotherapeutenverbände – längst vom Tisch. Mehrheitlich wollen die PP und KJP keine Medikamente verschreiben, denn das würde ihr Berufsbild sehr verändern.

Die aktuell wiederholt vorgebrachte Forderung des SpiFa, eine eigene „Kassenpsychologische Ver-

einigung“ für Psychotherapeuten aufzubauen, ist inhaltlich nicht begründet, destruktiv und hat wenig Chancen, in der Politik Unterstützung zu finden. Entgegen den Behauptungen des SpiFa werden mit der aktuellen Ausbildungsreform keine neuen Heilberufe geschaffen – die neuen Heilberufe sind bereits vor 20 Jahren geschaffen worden.

Die vom SpiFa geforderte Parallelstruktur würde unnötige neue Bürokratie schaffen, zusätzliches Geld kosten und die notwendige Kooperation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten behindern. Beide Berufe arbeiten bereits gut zusammen, und das gelingt weiterhin dann am besten, wenn in gemeinsamen Gremien zusammengearbeitet und miteinander geredet wird.

Trotz aller Kämpfe und Querelen sind wir auf einem guten Weg. Ärzte und Psychotherapeuten wissen heute deutlich mehr voneinander. Das Verständnis füreinander hat zugenommen. 20 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes kann man sagen: Die Integration der Psychotherapeuten in die KV war der richtige Schritt – für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, den besseren Zugang zur Psychotherapie, für die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten und für eine bessere Kooperation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten. Doch klar ist auch: Es bleibt viel zu tun. ■



HANNA GUSKOWSKI

ist psychologische Psychotherapeutin in Eimsbüttel und Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg.



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

Infocenter Tel: 22802-900

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin psychologische Psychotherapeutin. Darf ich an eine abgeschlossene Richtlinien-therapie die Akutbehandlung unmittelbar anschließen?

Nein, nach der Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung zum 15. April 2019 ist die Erbringung einer Akutbehandlung innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung einer Richtlinien-therapie grundsätzlich nicht mehr vorgesehen.

ABRECHNUNG

Gilt ein Telefonat mit einem Patienten nach EBM als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt?

Nein. Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt setzt nach EBM die räumliche und zeitliche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus. Ein Telefonat gilt als mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt.

FORMULARE

Woher bekomme ich das Muster 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation)?

Sie können das Muster über den Paul Albrechts Verlag bestellen. Alternativ können Sie es per Blankoformularbedruckung erstellen, sofern Sie über die technischen Voraussetzungen verfügen und eine von der KBV zertifizierte Praxissoftware nutzen. Das dazugehörige Si-

cherheitspapier können Sie ebenfalls kostenfrei über den Paul Albrechts Verlag beziehen.

Nutzen Sie für die Bestellung bitte das Bestellformular auf unserer Homepage unter:
www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → PAV-Formulare → Bestellschein (im PDF-Format)

TERMINSERVICESTELLE

Unter welcher Rufnummer kann der Patient die Terminservicestelle erreichen?

Die TSS der KV Hamburg ist montags bis freitags von 9 bis 13 Uhr sowie donnerstags von 15 bis 17 Uhr erreichbar.

Vermittlung von Arztterminen: Tel: 55 55 38 30

Vermittlung von psychotherapeutischen Terminen: Tel: 55 55 02 00

IMPFUNG

Wann hat ein Patient Anspruch auf die Impfung gegen Herpes Zoster zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung? Wie beziehe ich den Impfstoff?

Die Impfung gegen Herpes Zoster („Gürtelrose“) ist generell für alle Versicherten ab einem Alter von 60 Jahren eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse.

Personen, die durch eine entsprechende Grunderkrankung oder Immunschwäche besonders gefährdet sind, haben bereits ab dem 50. Lebensjahr Anspruch auf die Impfung. Zu den Grunderkrankungen, bei denen die STIKO

Aktualisierte Patienten- Kurzinformationen des ÄZQ

eine erhöhte Gefährdung sieht, zählen beispielsweise

- angeborene bzw. erworbene Immundefizienz bzw. Immunsuppression
- HIV-Infektion
- rheumatoide Arthritis
- systemischer Lupus erythematodes
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale
- chronische Niereninsuffizienz sowie Diabetes mellitus.

Der Impfstoff Shingrix® kann – wie die anderen Impfstoffe für Impfungen, die zu den Pflichtleistungen der Kassen gehören - über die Rezeptstelle Duderstadt als Impfbedarf angefordert werden. Sie rechnen die Standardimpfung mit der Symbolnummer 89128A (erste Dosis) bzw. mit der 89128B (zweite Dosis) ab. Bei den Versicherten mit einer gesundheitlichen Gefährdung sind stattdessen die Symbolnummern 89129A (erste Dosis) bzw. 89129B (zweite Dosis) abzurechnen.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Antonia Lubda, Petra Timmann, Susanne Tessmer, Katja Egbers



Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat Patienten-Kurzinformationen zu verschiedenen Erkrankungen auf den neuesten Stand gebracht. Ärzte, Pflegekräfte und andere medizinische Fachleute können die überarbeiteten Kurzinformationen kostenlos herunterladen, ausdrucken und an Erkrankte und Interessierte weitergeben. Grundlage dieser Infoblätter sind die jeweiligen S3-Leitlinien beziehungsweise eine systematische Literaturrecherche. Folgende Kurzinformationen wurden überarbeitet:

- **Brustkrebs im frühen Stadium**
- **Metastasierter Brustkrebs**
- **Erblicher Eierstockkrebs**
- **Bauchspeicheldrüsenkrebs**
- **Angststörungen**
- **Doose-Syndrom**
- **Lebererkrankungen**
- **Schuppenflechte der Haut**

Die Kurzinformationen stehen im Internet zum Ausdrucken bereit: www.patienten-information.de → Kurzinformationen. Außerdem finden Sie die Informationen auch im KV-SafeNet unter: kbv-website.kv-safenet.de/html/3001.php

Ansprechpartner: Svenja Siegert
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
E-Mail: patienteninformation@azq.de

TSVG: Der aktuelle Stand

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist in Kraft. Doch bei vielen Regelungen ist die Umsetzung noch ungeklärt. Hier das Wichtigste im Überblick.

Terminvermittlung über TSS oder Hausarzt: Bitte Leistungen kennzeichnen!

Laut Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) werden Leistungen für Fälle, die über die Terminservicestelle (TSS) oder vom Hausarzt an den Facharzt vermittelt worden sind, extrabudgetär vergütet. Die Verhandlungen zur konkreten Umsetzung dieser Regelung laufen noch. Dennoch sollen die betreffenden Fälle schon jetzt gekennzeichnet werden. Die KBV hat die Softwarehersteller bereits frühzeitig informiert, sodass die Funktion „Vermittlungsart“ zur Kennzeichnung dieser Fälle in den Praxisverwaltungssystemen bereits integriert ist.

● **TSS-Vermittlung:** Wenn Sie einen von der Terminservicestelle (TSS) vermittelten Patienten behandeln, kennzeichnen Sie den Überweisungs- oder Originalschein bitte mithilfe der Praxissoftware als „TSS-Terminfall“.

● **Hausarzt-Vermittlung:** Wenn Sie als Facharzt einen dringenden Fall vom Haus- oder Kinderarzt vermittelt bekommen, kennzeichnen Sie den Überweisungsschein bitte mithilfe der Praxissoftware als „HA-Vermittlungsfall“.

Ab September 2019 sollen Haus- und Kinderärzte 10 Euro für die Vermittlung eines dringenden Falles an den Facharzt erhalten. Hierfür werden voraussichtlich zwei neue Leistungen in den EBM aufgenommen (eine für Hausärzte, eine für Kinderärzte). Näheres hierzu ist noch in Klärung.

Sowohl der überweisende Haus- oder Kinderarzt als auch der behandelnde Facharzt sollte in der Patientenakte vermerken, warum für den Patienten ein dringender Termin vereinbart werden musste. In einigen Fällen gibt der ICD-10 bereits Aufschluss über die Dringlichkeit. Diese Angaben sind wichtig, um eine schnelle Klärung bei Beanstandungen seitens der Krankenkassen zu ermöglichen.

Extrabudgetäre Vergütung für neue Patienten

Ärzte bestimmter Fachrichtungen sollen laut TSVG für die Behandlung von neuen Patienten eine extrabudgetäre Vergütung erhalten. Die Regelung soll im September 2019 in Kraft treten. Der Bewertungsausschuss muss noch festlegen, welche Fachrichtungen gemeint sind. Auch die Umsetzung ist noch nicht geklärt. Sobald uns weitere Informationen vorliegen, werden wir Sie weitergeben.

Mindestsprechstundenzeiten und offene Sprechstunden

Seit Inkrafttreten des TSVG am 11. Mai 2019 müssen Vertragsärzte mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für GKV-Patienten anbieten. Zur Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten ist ein bundeseinheitliches Verfahren geplant. Wir gehen davon aus, dass es eine digitale Lösung für die Meldung der Sprechstundenzeiten geben wird.

Bestimmte Facharztgruppen sollen laut TSVG fünf Sprechstunden pro Woche als offene Sprechstunden (ohne vorherige Terminvereinbarung) anbieten. Die Regelung gilt voraussichtlich ab September 2019. Leistungen, die in diesem Zusammenhang erbracht werden, sollen extrabudgetär vergütet werden. Welche Facharztgruppen gemeint sind, ist noch im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu regeln. Auch die Umsetzung ist auf Bundesebene noch in Klärung.

Wir informieren Sie umfassend, sobald die Unsicherheiten zu den Detailfragen ausgeräumt sind. ■

Aktuelle Informationen:
www.kvhh.de → Terminservice- und Versorgungsgesetz

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802 - 900



Reform der Bedarfsplanung

In Hamburg könnten etwa 17 Kinderarzt-Sitze und 11 Gynäkologen-Sitze hinzukommen. Gültige Zahlen liegen allerdings frühestens im Herbst vor.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine überarbeitete Bedarfsplanung beschlossen. Zu den Neuerungen gehört, dass bei der Festlegung des Bedarfs neben der Zahl der Einwohner sowie deren Alter und Geschlecht künftig noch stärker die Morbidität berücksichtigt wird.

Neue Verhältniszahlen

Aufgrund des neuen Morbiditätsfaktors wurden die Verhältniszahlen aller Ärzte und Psychotherapeuten zur Einwohnerzahl in einem Planungsbereich neu definiert. Für einige Fachgruppen wurde zudem das Versorgungsniveau systematisch angehoben.

Zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten

Durch die Reform der Bedarfsplanung ergeben sich zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten. Laut einer Hochrechnung der KBV könnten in Hamburg insgesamt etwa 28 Praxissitze hinzukommen. Die KV Hamburg rechnet mit etwa 17 neuen Kinderarzt-Sitzen und 11 neuen Gynäkologen-Sitzen. Belastbare Zahlen liegen frühestens im Herbst vor, wenn die Verhältniszahlen für Hamburg durchgerechnet worden sind.

Mindest- und Maximalquoten

Künftig wird es bei der Planung von Sitzen für Facharztinternisten Mindestquoten und Maximalquoten geben, um ein ausgewogenes Verhältnis unterschiedlicher Schwerpunkte sicherzustellen und dem Aufkauf von Praxen kleinerer Schwerpunkte vorzubeugen. So wird für Kardiologen, Gastroenterologen, Pneumologen und Nephrologen eine prozentuale Obergrenze eingeführt. Sie legt fest, wie hoch der Anteil von Internisten dieses Schwerpunkts an der Gesamtzahl der Facharztinternisten in einem Planungsbereich sein soll.

Dies kann Auswirkungen auf die Nachbesetzung haben: Wird beispielsweise die Obergrenze der Kardiologen von 33 Prozent überschritten, dürfte zwar ein kardiologischer Sitz mit einem Kardiologen nachbesetzt werden – nicht aber der Sitz eines Gastroenterologen oder der eines Rheumatologen.

Bei den Rheumatologen wird eine Mindestquote von zunächst acht Prozent eingeführt. Das heißt: Acht Prozent der Facharztinternisten sollen laut Bedarfsplanung Rheumatologen sein. In Planungsbereichen, wo die Quote nicht erreicht wird, können sich Bewerber in dem sonst für Internisten gesperrten Bereich niederlassen. Ob das in Hamburg der Fall ist, wird geprüft.

Weitere Mindestquoten gibt es für Nervenärzte, für die Verteilung der Psychiater und Neurologen sowie für Psychosomatiker.

Stärkere Berücksichtigung der Erreichbarkeit

Für die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs soll künftig die Erreichbarkeit der Ärzte stärker berücksichtigt werden – zunächst für vier Fachgruppen. Danach sollen 95 Prozent der Patienten der Region zum Hausarzt nicht länger als 20 Minuten Fahrzeit mit dem Auto benötigen. Die Erreichbarkeit für Kinder- und Jugendmediziner wurde auf 30 Minuten, für Gynäkologen und Augenärzte auf 40 Minuten festgelegt. Diese Regelung wird für Hamburg keine Auswirkungen haben, weil die Fahrzeiten der Patienten ohnehin kürzer sind.

Das Bundesgesundheitsministerium hat bis Mitte Juli Zeit, den Beschluss des G-BA zu prüfen. Bei Nichtbeanstandung wird er im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt am Folgetag in Kraft. Ab Inkrafttreten haben die KVen und Landesverbände der Krankenkassen sechs Monate Zeit, die neuen Vorgaben umzusetzen. ■

KBV warnt TI-Verweigerer vor Sanktionen

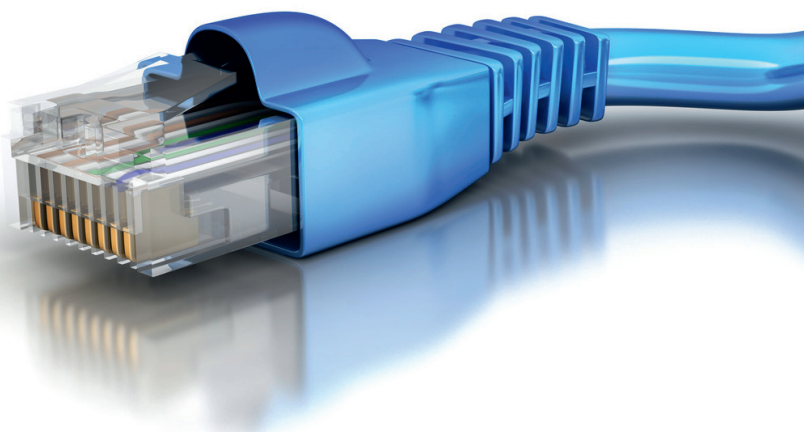
Ärzten und Psychotherapeuten, die noch keinen Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) in die Wege geleitet haben, droht ein Honorarabzug. Das hat Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des KBV-Vorstandes, auf der Vertreterversammlung am 27. Mai 2019 in Münster klargestellt.

Seit Anfang Juli 2019 müssen die Praxen an die TI angeschlossen sein. Wird diese Frist nicht eingehalten, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen sanktionieren. „Die Rechtslage ist eindeutig“, so Kriedel. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn setze auf Druck, dies zeige auch die im Digitale-Versorgung-Gesetz angekündigte Erhöhung des Honorarabzugs auf 2,5 Prozent.

Kriedel richtete in diesem Zusammenhang einen Appell an die Ärzte: „Über die TI wird künftig ein großer Teil der Prozesse laufen, die abrechnungs- und versorgungsrelevant sind, zum Beispiel das eRezept oder die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU).

Wer sich der TI verweigert, verweigert sich einem elementaren Werkzeug der künftigen Versorgung. Das sollte jedem klar sein.“ ■

Ansprechpartner:
Abteilung IT /
Online-Services
Tel: 22 802 - 539 / -845 / - 588/ -554



Datenschutz-Jahresschulungen 2019 für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Ein Jahr Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO): Alle Dokumente erstellt? Auf eine Datenschutzprüfung gut vorbereitet? Sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen mit neuen Arbeits- und Praxishilfen zur Umsetzung der DSGVO und des neuen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). ■

Referentin: Dr. Rita Trettin,
zertifizierte Datenschutzbeauftragte
Fr. 2.8.2019 (14.30 - 17 Uhr)
Fr. 18.10.2019 (14.30 - 17 Uhr)
Ort: Ärztehaus Winterhude, 1. OG,
Hudtwalckerstr. 2-8, 22299 Hamburg
Teilnahmegebühr: 49 Euro pro Teilnehmer /
129 Euro pro Praxis (bis zu drei Teilnehmern)
Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de

4 FORTBILDUNGSPUNKTE



Beitritt der TK zum DAK-Vertrag "Hypertonie-Begleiterkrankung"

Die TK ist mit Wirkung zum 1. Juli 2019 dem DAK-Vertrag Hypertonie-Begleiterkrankung beigetreten. Für die Teilnahme am Vertrag ist für Versicherte und Ärzte die Abgabe einer Teilnahmeerklärung erforderlich. ■

Beide Formulare - Teilnahmeerklärungen für TK-Versicherte und Ärzte - sind im Internetauftritt der KV Hamburg eingestellt: : www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter „H“: „Hypertonie“

KBV-Servicebroschüre zur Verordnung häuslicher Krankenpflege



Zur Verordnung häuslicher Krankenpflege hat die KBV eine Broschüre für Ärzte veröffentlicht. Das PraxisWissen „Häusliche Krankenpflege“ bietet Informationen und Verordnungstipps sowie Praxisbeispiele. Eine

Übersicht veranschaulicht, was häusliche Krankenpflege leisten kann, welche Formen kombiniert werden können und für wie lange Ärzte sie verordnen können. ■

Die Broschüre kann als PDF-Dokument heruntergeladen oder als gedrucktes Exemplar kostenfrei bei der KBV bestellt werden: www.kbv.de → Mediathek → Publikationen → PraxisWissen

Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

Beschlüsse der Vertreterversammlung

- 18. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab gem. § 87 SGB V ab dem 01.10.2013 zum 01.04.2019
- Strukturfonds-Beschluss vom 23.05.2019
- Änderung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung ab 01.04.2019 und 11.05.2019

Verträge

- Vereinbarung nach § 106d Abs. 5 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfung
- 13. Nachtrag zum Datenstellenvertrag (Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 5/2019 wurde der 1. Nachtrag zur Umsetzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 5/2019 wurde die Impfvereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V in Verbindung mit § 20i Absatz 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen als Satzungsleistung mit der BARMER unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu dieser Vereinbarung ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: Beitritt zu Verträgen

- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.) Die HEK - Hanseatische Krankenkasse tritt dem o. g. Vertrag mit Wirkung vom 1. Juli 2019 bei.

- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage von § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).) Die Techniker Krankenkasse (TK) tritt dem o. g. Vertrag mit Wirkung vom 1. Juli 2019 bei.

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Gemeinsam informiert entscheiden

Wie bezieht man Patientinnen und Patienten in die medizinische Entscheidungsfindung ein?

VON BIRTE BERGER-HÖGER UND PROF. DR. ANKE STECKELBERG IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Mehrheitlich möchten Menschen an medizinischen Entscheidungen beteiligt werden [1]. Die Umsetzung der informierten gemeinsamen Entscheidungsfindung, auch Informed Shared Decision Making (ISDM) genannt, ist bereits in vielen medizinischen S3-Leitlinien vorgesehen. Zudem sieht das Patientenrechtegesetz die umfassende Information der Patientinnen und Patienten zu allen Behandlungsalternativen vor. Beim ISDM treffen das Behandlungsteam und die Patientin bzw. der Patient gemeinsam eine Behandlungsentscheidung unter Zuhilfenahme von evidenzbasierten Entscheidungshilfen, die die besten wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie die Erfahrungen und Bedürfnisse Betroffener berücksichtigen [2]. Das Ziel ist die informierte Entscheidung der Betroffenen. Eine Entscheidung gilt als informiert, wenn die Patientinnen und Patienten über ausreichendes Wissen zu den Behandlungsmög-

lichkeiten verfügen und die Entscheidung im Einklang mit ihren persönlichen Wertvorstellungen treffen [3].

DIE INFORMIERTE GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Das Konzept der informierten gemeinsamen Entscheidungsfindung sieht vor, dass das Behandlungsteam den Patientinnen und Patienten evidenzbasierte Entscheidungshilfen über die Erkrankung, deren Verlauf ohne Behandlung und die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt (siehe Abbildung) [2]. Hierzu zählen auch Angaben über die Wahrscheinlichkeiten des Nutzens der jeweiligen Behandlung, zu erwartenden Nebenwirkungen und langfristigen Schäden [4]. Die Patientinnen und Patienten werden im Anschluss gefragt, wie sie diese Informationen für sich bewerten und was ihnen persönlich bei der Behandlungsentscheidung wichtig ist. Unter Berücksichtigung dieser Präferenzen treffen die Betroffenen und das Behandlungsteam eine gemeinsame Behandlungsentscheidung. Durch dieses Vorgehen sollen realistische Erwartungen an die Behandlungen vermittelt und die Wertvorstellungen bei der Entscheidung berücksichtigt werden. Patientinnen und Patienten erhalten das Recht, diejenige Behandlungsmöglichkeit auszuwählen, die ihren Wünschen am ehesten entspricht. Das kann auch bedeuten, dass sie sich gegen eine Behandlung entscheiden.

Eine entsprechende Haltung der Professionellen sollte den Betroffenen vermitteln, dass sie im Entscheidungsprozess nicht allein gelassen werden, ihre Mei-

nung erwünscht ist und ebenso wichtig für die Entscheidung wie die medizinischen Fakten ist. Es ist auch möglich, dass die Betroffenen die Entscheidungen lieber an das Behandlungsteam delegieren möchten. Auch das ist mit dem ISDM-Konzept vereinbar. Wichtig ist, dass die Patientinnen und Patienten darüber entscheiden, wer die Entscheidung treffen soll.

DIE GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG FINDET BISLANG NICHT STATT

Die Implementierung von ISDM gestaltet sich in der Praxis oft schwierig [6, 7]. Von Professionellen werden verschiedene Barrieren als Gründe für die fehlende Umsetzung angegeben: Hierzu zählen strukturelle Barrieren (z.B. Zeitmangel und ökonomische Aspekte) ebenso wie

DER ISDM-PROZESS

in Anlehnung an [5]

1. Problemdefinition

- Um welche Entscheidung geht es?
- Wie ist das individuelle Risiko des Patienten? (natürlicher Verlauf der Erkrankung)
- Was soll durch die Behandlung / Diagnostik erreicht werden? (Ziele)

2. ISDM-Schlüsselbotschaft

- „Es gibt mehrere Wege, um mit dem Problem umzugehen, aus der Medizin heraus gibt es nicht die richtige Behandlung / den richtigen Weg. Letztlich geht es darum, wie Sie die medizinischen Erkenntnisse für sich bewerten. Sie müssen mit der Entscheidung leben.“

3. Besprechung der Optionen

- Listen aller zur Verfügung stehenden Wahlmöglichkeiten, einschließlich „nichts zu tun“.
- Vollständige, verständliche und ausgewogene Darstellung der Vor- und Nachteile aller Wahlmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Kriterien für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen.

4. Erwartungen und Sorgen

- Erkunden von Erwartungen und Sorgen: „Wir haben nun ausführlich über die Vorgehensweisen, die möglichen Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung Ihrer Erkrankung gesprochen. Wie denken Sie über die weiteren Be- bzw. Handlungsmöglichkeiten?“

5. Anzeigen der Entscheidung

- „Gibt es schon eine Option zu der Sie neigen?“ oder „Bisher habe ich Sie so verstanden, dass Sie zur Zeit erst einmal mit (?) beginnen möchten, richtig?“

6. Vereinbarungen

- Planung des weiteren Vorgehens: Wie soll die Entscheidung umgesetzt werden?
- Wann soll die Entscheidung mit der Patientin oder dem Patienten evaluiert werden?



patientenseitige Einflussfaktoren (z.B. Alter oder Bildung) oder entitätsbezogene Einflussfaktoren, wie die Tragweite der Entscheidung (z.B. nach der Diagnose von lebensbedrohlichen chronischen Erkrankungen wie Krebs) [6]. Ein weiteres Problem ist, dass Ärztinnen und Ärzte Schwierigkeiten haben, Wahrscheinlichkeiten für den Nutzen und Schaden der Behandlungsoptionen (Risikokommunikation) zu verstehen und laienverständlich zu kommunizieren, da sie dafür nicht ausgebildet wurden [8].

Häufig sind Professionelle überzeugt, das ISDM-Konzept bereits umzusetzen [9]. In der Literatur wird darüber hinaus beschrieben, dass fehlende Kompetenzen und eine kritische Einstellung gegenüber dem Konzept dessen Umsetzung verhindern [6]. Gleichzeitig beschrieben Patientinnen und Patienten, dass das Rollengefüge zwischen ihnen und den Ärztinnen und Ärzten eine Beteiligung erschwere [7]. Es mangelt zudem an guten evidenzbasierten Entscheidungshilfen, die die Basis für informierte Entscheidungen bilden [10].

INTERPROFESSIONELLE KONZEPTE ZUR UMSETZUNG

Bislang ist das Konzept von ISDM monoprofessionell vorgesehen. Es gibt aber auch erste interprofessionelle Ansätze, bei denen zum Beispiel spezialisierte Pflegendе als Decision Coaches in die Entscheidungsfindung einbezogen werden [11]. Decision Coaches beraten die Betroffenen basierend auf evidenzbasierten Entscheidungshilfen und ermitteln gemeinsam mit ihnen ihre individuellen Präferenzen. Dies hat mehrere Vorteile. Decision Coaching bietet einen niedrigschwelligen Zugang für die Betroffenen. Pflegende finden oft die richtigen Worte, um Betroffenen die Zusammenhänge verständlich zu machen [7]. Zudem sind diese vielfach fest in die Versorgungsabläufe eingebunden und stellen eine Konstante in der Versorgung dar, sodass sich ein langfristiges Vertrauensverhältnis etablieren kann. Bei Entscheidungen mit großer Tragweite wie beispielsweise in der Onkologie erleben Patientinnen und Patienten die Diagnose als bedrohlich und fühlen sich

gedrängt, schnell eine Entscheidung treffen zu müssen, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden. Das Decision Coaching bietet den Betroffenen die Möglichkeit, sich in Ruhe mit den Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzen zu können, und entzerzt den Entscheidungsprozess.

Bislang ist das Decision Coaching in Deutschland noch nicht implementiert. Ein Forschungsprojekt in 16 deutschen Brustzentren konnte kürzlich zeigen, dass Patientinnen mit einem duktalem Carcinoma in situ, die ein Decision Coaching in Verbindung mit einer evidenzbasierten Entscheidungshilfe erhielten, stärker in die Entscheidungsfindung eingebunden wurden als Patientinnen, die die Standardversorgung erhielten [12]. Die Patientinnen trafen nach dem Decision Coaching zudem häufiger informierte Entscheidungen. In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass von Multipler Sklerose betroffene Menschen häufiger informierte Entscheidungen trafen, wenn diese zusätzlich zu einer Entscheidungshilfe ein Decision Coaching durch eine weitergebildete Pflegefachkraft erhalten hatten [13].

FAZIT

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine gemeinsame informierte Entscheidungsfindung. Basierend auf evidenzbasierten Entscheidungshilfen zu den jeweiligen Behandlungsoptionen sollten diese abwägen können, für welchen Weg sie sich entscheiden möchten. Die Aufgabe der Professionellen besteht darin, die Betroffenen dabei zu unterstützen.

Um ISDM realisieren zu können, braucht es evidenzbasierte Entscheidungshilfen. Diese liegen momentan nur für wenige Entscheidungen vor [10]. Grundlegende strukturelle Anpassungen der Leitlinien an ISDM sind erforderlich. Momentan sehen mehrere neue Leitlinien zwar ISDM vor, aber sie benennen in erster Linie eine Therapieoption der Wahl. Die Patientinnen und Patienten brauchen jedoch Leitlinien, welche die Wahlmöglichkeiten bestimmen, die gemeinsam mit ihnen abgewogen werden sollten. Die Aufberei-

tung der Evidenz für die Leitlinien müsste daher um die notwendigen Fragen, die für die Erstellung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen erforderlich sind, ergänzt werden. Zudem sind patientenrelevante Studienergebnisse, dargestellt als absoluter Nutzen, zu berichten. Darüber hinaus könnten Qualitätsindikatoren, die ISDM abbilden, sicherstellen, dass dieses auch umgesetzt wird.

Neben den strukturellen Anpassungen sind ein verändertes Selbstverständnis der Professionellen sowie zusätzliche Kompetenzen erforderlich. Die Curricula in den Bereichen Medizin und Pflege müssten um Risikokommunikation und ISDM ergänzt werden. ■

Interessenskonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Birte Berger-Höger

Prof. Dr. Anke Steckelberg

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Birte.Berger-Hoeger@medizin.uni-halle.de

anke.steckelberg@medizin.uni-halle.de

- [1] Böcken J, Braun B, Meierjürgen R: Gesundheitsmonitor 2014 - Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh; 2014: Bertelsmann Stiftung.
- [2] Charles C, Gafni A: The vexing problem of defining the meaning, role and measurement of values in treatment decision-making. J Comp Eff Res 2014, 3(2):197-209.
- [3] Marteau TM, Dormand E, Michie S: A measure of informed choice. Health Expect 2001, 4(2):99-108.
- [4] Charles C, Gafni A, Whelan T: Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997, 44(5):681-692.
- [5] Kasper J, Liethmann K: Manual for training and coding MAPPIN' SDM revised - Multifocal approach to the „sharing“ in SDM. Hamburg; 2016.
- [6] Légaré F, Ratte S, Gravel K, Graham ID: Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns 2008, 73(3):526-535.
- [7] Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A: Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. Patient Educ Couns 2014, 94(3):291-309.
- [8] Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz L, Woloshin S: Helping doctors and patients make sense of health statistics. Psychol Sci Public Interest 2007, 8(2):53 - 96.
- [9] Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Thomson D, Macphail S, Dodd C, Brain K, Elwyn G, Thomson R: Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. BMJ 2017, 357:j1744.
- [10] Mühlhauser I, Meyer G: Evidenzbasierte Medizin: Klarstellung und Perspektiven. Dtsch Arztebl Int 2016, 113(11):A-486 / B-407 / C-405.
- [11] Stacey D, Kryworuchko J, Bennett C, Murray MA, Mullan S, Légaré F: Decision coaching to prepare patients for making health decisions: a systematic review of decision coaching in trials of patient decision aids. Med Decis Making 2012, 32(3):E22-33.
- [12] Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Haastert B, Steckelberg A: Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: A cluster randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2019, 93:141-152.
- [13] Rahn AC, Köpke S, Backhus I, Kasper J, Anger K, Untiedt B, Alegiani A, Kleiter I, Mühlhauser I, Heesen C: Nurse-led immunotreatment DEcision Coaching In people with Multiple Sclerosis (DECIMS) - Feasibility testing, pilot randomised controlled trial and mixed methods process evaluation. Int J Nurs Stud 2018, 78:26-36.

VON ULRIKE TIETZE

»Ärztliche Entscheidung muss unabhängig sein«

Ein Satellitensymposium auf dem Hauptstadtkongress Berlin befasste sich mit der drohenden Kommerzialisierung der Onkologie

ÜBER DIE ENTWICKLUNG DER PRAXISSTRUKTUREN IN DER ONKOLOGIE

diskutierte eine Expertenrunde am 21. Mai 2019 bei einem Satellitensymposium im Rahmen des Hauptstadtkongresses Berlin. „In der ambulanten Gesundheitsversorgung haben sich zwei nebeneinanderstehende Systeme entwickelt“, sagte Dr. Erik Engel, Hamburger Onkologe und Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO). „Zum einen das System der niedergelassenen Vertragsärzte und zum anderen das renditeorientierte System der privaten Krankenhauskonzerne und Kapitalinvestoren.“

Politische Entscheidungen hätten seit 2004 einen Paradigmenwechsel herbeigeführt, so Engel. Der ambulante Bereich sei für Krankenhäuser geöffnet worden. Dabei sei damals nicht bedacht worden, wie sich die Versorgung durch stärkere Ausrichtung auf Renditeinteressen verändern könne. Sogar fachfremde Kapitalunternehmen hätten damit die Möglichkeit bekommen, über den Kauf von Krankenhäusern MVZ zu betreiben.

Das Gesundheitssystem sei ein attraktives Geschäftsfeld



„Die Renditeerwartung darf bei der Behandlung von Patienten nicht in den Mittelpunkt rücken“, fordert der Hamburger Onkologe Dr. Erik Engel.

geworden: Unternehmen führen ambulante Versorgungseinheiten zusammen und veräußern die so gewachsene Struktur erneut an Investoren. Krankenhauskonzerne wiederum versuchen, möglichst große Teile der Wertschöpfungskette in die Hand zu bekommen. „Gesundheitskonzerne haben – anders als niedergelassene Vertragsärzte – die Möglichkeit, die gesamte Behandlungskette in der eigenen Hand zu halten und sowohl stationäre als auch ambulante Versorgung anzubieten“, so Engel.

Dass Vertragsärzte und Unternehmen unter ungleichen Wett-

bewerbsbedingungen arbeiten, zeigt eine im Auftrag des BNHO erstellte wissenschaftliche Analyse. Für Krankenhaus-MVZ sei es möglich, defizitär zu arbeiten. Denn das Krankenhaus verfüge über eine umfängliche nachgelagerte Wertschöpfungskette, könne beispielsweise im Onkologiebereich stark von den Gewinnen seiner Apotheke profitieren. Zudem werde ein Teil der Krankenhausstrukturen aus öffentlichen Geldern bezahlt, was zu weiterer Wettbewerbsverzerrung führe. Die vertragsärztliche Praxis könne sich demgegenüber nicht auf Quersubventionen aus anderen Bereichen stützen (M. Coenen u.a.: Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung. DICE Ordnungspolitik Perspektiven Nr. 81, 2016).

Prof. Dr. Christoph Herborn, medizinischer Direktor der Asklepios-Gruppe, sprach sich für Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Akteuren aus: „Unsere Aufgabe sollte nicht sein, gegeneinander, sondern miteinander zu arbeiten.“ Das Fließen zwischen den Systemen begleite den onkologischen Patienten, denn nach einer Diagnose und einer operativen Therapie gelinge die Überleitung in die

rein ambulante Welt oftmals nicht sofort. Er könne sich gut vorstellen, dass eine Praxis durch die Kooperation mit einem größerem Partner profitiere, so Heborn.

„Wettbewerbsgleichheit ist die Voraussetzung, um auf Augenhöhe kooperieren zu können“, betonte Dr. Dirk Heinrich, Vorstandsvorsitzender des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFa). „Sonst wird es immer eine Schieflage zwischen Vertragsärzten und Unternehmen geben.“

Den Unterschied zwischen der vertragsärztlichen Struktur und Privatinvestoren sieht Heinrich in der unterschiedlichen Wahrnehmung des Versorgungsauftrags. „Wir erleben bei Fremdinvestoren häufig, dass eben nicht der gesamte Versorgungsauftrag wahrgenommen wird, sondern dass lukrative Dinge herausgepickt werden und der Rest liegen bleibt.“, so Heinrich. „Natur-

lich ist Kapital notwendig. Aber es darf nicht bestimmend werden. Die ärztliche Entscheidung muss unabhängig bleiben. Wir müssen Wege finden, dass ein Partner die ärztliche Entscheidung nicht in eine bestimmte Richtung drängt,“ beschreibt Heinrich die Herausforderung.

„Rendite ist an sich nichts Schlechtes“, bestätigt auch Prof. Wolfgang Knauf, Onkologe aus Frankfurt/Main und Vorsitzender des BNHO, „damit ein Betrieb weiterläuft. Problematisch ist es aber, wenn ich mich als Arzt wegen der Rendite zum Erfüllungsgehilfen von anderen Interessen mache. In der Regel kann aber ein übernahmewilliger Investor mehr Geld bieten, als ein Arzt als Unternehmer zahlen kann.“

Der Kölner Onkologe Prof. Dr. Stephan Schmitz kritisierte, dass die Sektorengrenzen zwar durchlässiger würden, aber derzeit nur in Richtung der Krankenhäuser. Er sprach sich für

Praxis-Netzwerke in Ärztemehrheit aus, die strategische Partnerschaften eingingen, um eine Leistungsfähigkeit zu erreichen, die jene der einzelnen Praxis überschreite.

„Es finden derzeit umfassende Strukturveränderungen statt, die wir nicht ignorieren können“, bilanzierte Engel. „Es wird auch keine Standardlösung für alle Fälle geben. Dafür ist die Versorgung in Metropolen und auf dem Land zu unterschiedlich.“ Sicher sei aber, dass die genuin ärztliche Herangehensweise erhalten bleiben müsse und die Renditeerwartung bei der Behandlung von Patienten nicht in den Mittelpunkt rücken dürfe. „Der Patient erwartet die beste Behandlung unabhängig von wirtschaftlichen Interessen“, so Engel. „Der Wert künftiger Praxisstrukturen wird sich daran messen lassen müssen, inwieweit sie die bestmögliche Versorgung der Patienten gewährleisten.“ ■

Leserbrief

Zu: "Chronologie des Grauens" von Dr. Bernd Hontschik (KVH-Journal 6/2019, S. 32)

Wir müssen umdenken!

Der Artikel von Herrn Hontschik macht betroffen, weil er uns alle angeht. Nicht nur Chirurgen und Kardiologen, die möglicherweise diese Präparate eingesetzt haben. Nein, wir alle müssen umdenken! War nicht nahezu jeder unserer Kolleginnen und Kollegen, gleich

welcher Fachrichtung, schon mal auf "Fortbildungsveranstaltungen", bei denen es letztlich um nichts anderes ging, als ein oder mehrere Produkte eines Pharmaunternehmens ins rechte Licht zu rücken und unser Ordnungsverhalten zu beeinflussen?

Auch die ReferentInnen, in der Regel angesehene Wissenschaftler, machten mit und versuchten uns zum Beispiel von der gefahrlosen Anwendung des "Verhütungsschirmchens" (Hormonspirale) zu überzeugen. Wir müssen weg von

pharmadominierten Fortbildungen. Klar, das wird teuer, denn ohne Sponsoring eines Unternehmens werden die Unkosten für Fortbildungsveranstaltungen dramatisch steigen. Aber ich glaube, dass es uns das wert sein sollte! Schließlich wollen wir unsere Entscheidungen unabhängig, nach bestem Wissen und Gewissen fällen und im wahrsten Sinne des Wortes Freiberufler sein.

Dr. Thomas Gent
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe in Rahlstedt



Kolumne von **Dr. Matthias Soyka**, Orthopäde in Hamburg-Bergedorf

»C'est trop!«

Medizin kann die Folgen eines ungesunden Lebensstils nicht wegzaubern

Das ist zu viel“, ermahnte der Fleischer in unserem französischen Surf-Ort seine deutschen Stammkunden. 800 Gramm seines formidablen "faux filets" seien für vier Personen völlig ausreichend. Wir bemühten uns, noch 100 Gramm mehr herauszuhandeln.

An dieses Erlebnis musste ich denken, als ich von einer Studie der University of Southern California las, die die Lebenserwartung in zwölf Industrienationen verglich. Deutschland landete auf dem vorletzten Platz. Abgeschlagen hinter Ländern wie Japan und Frankreich.

Als Gründe wurden Übergewicht, Rauchen und riskanter Alkoholkonsum benannt. In den letzten Jahren sei die Lebenserwartung in Deutschland sogar gesunken.

Damit habe ich ehrlich gesagt schon länger gerechnet. In meiner Kindersprechstunde sehe ich immer häufiger Kinder (und Eltern) mit massivem Übergewicht. An den Stränden der französischen Küsten erkennt man unsere Landsleute leider allzu oft an der Silhouette.

Es gibt gewitzte Ärztekritiker, die auch dies der deutschen Medizin ankreiden. Allerdings ist das alles andere als evidenzbasiert, sondern eine politisch intendierte Beschimpfung. Denn Medizin kann die Folgen eines kulturell verankerten ungesunden Lebensstils nicht wegzaubern.

Die Arbeit deutscher Ärzte kompensiert vieles, aber nicht alles.

Von den Franzosen ließe sich hingegen kulturell einiges lernen. Sie sind schon in der Schule sportlicher als die Deutschen. Das Wesentliche aber ist die Ernährung. Ebenso wie die Japaner geben Franzosen prozentual einen höheren Anteil ihres Einkommens für Essen aus. Sie essen besser und mengenmäßig weniger. Dafür werden sie mit mehr und aktiveren Lebensjahren belohnt – obwohl die Franzosen immer noch mehr rauchen und ziemlich schlecht Auto fahren. Aber etwa 3.000 Verkehrstote mehr als in Deutschland wirken sich statistisch nicht annähernd so verheerend aus wie die Folgen eines übermäßigen Lebensstils. Dabei geht es nicht allein um die berühmte Mittelmeer-Diät. Zwar sind gute Gemüsegerichte ein unverzichtbarer Teil der französischen Küche, aber eben auch "Steak frites".

Ein charakteristischer Unterschied zur deutschen Esskultur besteht darin, dass das Essen einen viel wichtigeren Platz im Leben der Franzosen einnimmt. Gegessen wird Punkt 13 Uhr. Dann regt sich bei allen der Hunger, und es leeren sich auch die Autobahnen. Morgens wird hingegen nur wenig konsumiert – das war auch schon so, als Intervallfasten noch nicht en vogue war.

Auch kleine Kinder sitzen am Tisch und konzentrieren sich auf das Essen – ein Unterschied, der die US-Autorin Pamela Druckermann bewog, darüber ein viel beachtetes Buch zu schreiben. Sie werden auch angehalten, unbekannte Gerichte zu probieren. Eine Kindheit nur mit Spaghetti und Tomatensauce ist in Frankreich eigentlich kaum denkbar.

Die Franzosen sind schlanker als wir, nicht weil sie mehr hungern, sondern weil sie den Genuss am Essen ernster nehmen. Und auch den am Trinken.

Es wird mehr Wein getrunken als bei uns, aber der Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol ist niedriger. Denn getrunken wird vor allem beim Essen, weniger zwischendurch und vor allem weniger Hochprozentiges als in Deutschland. Zum Genuss gehört das Maßhalten. Für diese Form des „romanischen Trinkens“ gibt es ein Verb, für das es kein deutsches Pendant gibt: „siroter“. Es bedeutet: „Langsam und genüsslich trinken“, gemeint ist nicht schlürfen! Auch mit wenig Geld leistet man sich so einen guten Wein.

Oft wird darüber gestritten, ob die Lebenserwartung mehr durch das Geld oder mehr durch die Bildung beeinflusst wird. Die Bedeutung der Esskultur und der Selbstdisziplin wird dabei systematisch unterschätzt. ■

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. René Rückner**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. René Rückner**
Geburtsdatum: **25.06.1950**
Familienstand: **Partnerschaft**
Fachrichtung: **Radiologe**
Weiter Ämter: **Berufsverband der Radiologen**
Hobbys: **Sprachen, Reisen, Erkenntnistheorie**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Weitgehend ja. Freizeitbedarf ist geringer als ursprünglich beabsichtigt ausgefallen.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Einflussnahme auf politische Entscheidungen durch Beteiligte; Abwehr dirigistischer bürokratischer Regelungen von realitätsfernen Funktionsträgern.

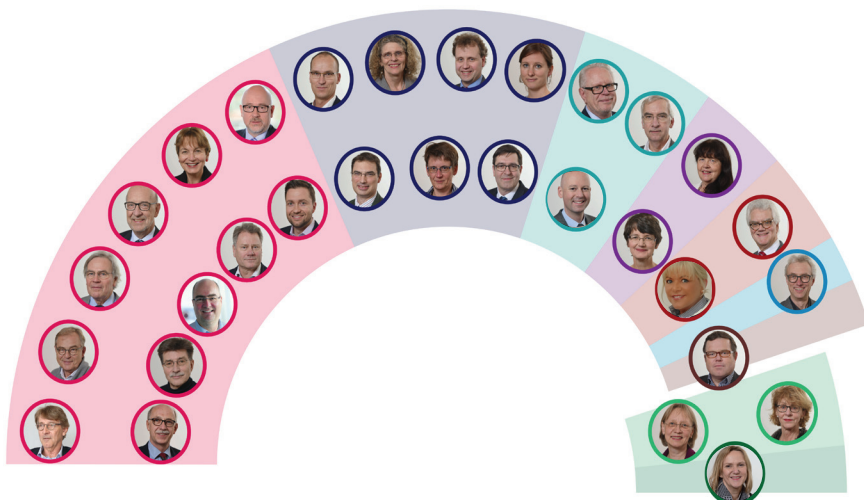
Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Erhalt des privaten und gesetzlichen Versicherungswesens; Abbau von unnötiger Bürokratie; Beendigung der Budgetierungen in den inhabergeführten Arztpraxen; Übernahme eines Hamburger Krankenhauses durch die Vertragsärzte selbst.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Unnütze Bürokratie und Kontrollbedarf seitens der KV und Kassen; Einflussnahme der Politik; Ökonomisierung aller Bereiche ärztlicher Hoheitsgebiete.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Oldtimerreise durch Südamerika.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**Mi. 23.10.2019 (ab 19.30 Uhr)**

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

**ABGABE DER ABRECHNUNG****JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS****KREISVERSAMMLUNGEN****KREIS 15** (Bahrenfeld, Groß-Flottbek, Othmarschen)**ZUSAMMEN MIT****KREIS 16** (Lurup, Osdorf, Nienstedten, Blankenese, Iserbrook, Sülldorf, Rissen)**Kreisobmann Kreis 15:**
Dr. Ulrich Wendisch
Stellvertreter: Dr. Petra Tiedeken**Kreisobmann Kreis 16:**
Dr. Thorsten Bruns
Stellvertreterin: Dr. Cornelia Thies**Mi. 14.8.2019 (18 Uhr)**Programm: Vortrag von
Dr. Jochen Kriens (Pressesprecher der
KV Hamburg) zum TSVGOrt: Asklepios Westklinikum
Seminarzentrum
Suurheid 20, 22559 Hamburg**KREIS 6** (Harvestehude)**ZUSAMMEN MIT
KREIS 7** (Rotherbaum)**Kreisobmann Kreis 6:**
Dr. Fritz Pieper
Stellvertreterin:
Dipl.-Psych. Birgit Bader**Kreisobfrau Kreis 7:**
Dr. Yvonne Gagu-Koll
Stellvertreterin:
Dr. Friederike Windler**Mi. 28.8.2018 (19.00 Uhr)**Programm: Vortrag von
Walter Plassmann (Vorsitzender der KV
Hamburg)Ort: KV Hamburg, Humboldtstr. 56
Galeriegeschoss,
Richard-Fuchs-Saal (Saal 5)
22083 Hamburg**QUALITÄTSMANAGEMENT-
SEMINARE****QEP Hygiene**Das Seminar bietet einen Überblick
über die gesetzlichen Grundlagen und
andere wichtige Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren, welche
Aufgaben ein Hygienebeauftragter
hat, wie sich die Praxis auf Behörden-
begehungen vorbereiten kann, wie
Hygiene-, Reinigungs- und Haut-
schutzpläne erstellt werden u.v.m.**13 FORTBILDUNGSPUNKTE****Mi. 21.8.2019 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

Effizientes PraxismanagementEine angenehme Praxisatmosphäre
ist wichtig für die Mitarbeiterzufriedenheit und die Patientenbindung.
Dieses Seminar beleuchtet die Orga-
nisation und Kommunikation in Ihrer
Praxis, indem der Durchlauf eines
Beispiel-Patienten nachgestellt wird.
Dabei wird deutlich, was bisher in der
Praxis schon gut läuft, wo es noch Po-
tential gibt und wie Verbesserungen
umgesetzt werden können.**13 FORTBILDUNGSPUNKTE****Mi. 28.8.2019 (14 - 18 Uhr)**

Gebühr: € 119 inkl. Imbiss + Getränke

QEP DatenschutzIm Seminar werden Sie mit allen re-
levanten organisatorischen und tech-
nischen Aspekten vertraut gemacht.
Schwerpunkte sind die gesetzlichen
Grundlagen, der Umgang mit Pati-
entendaten sowie Diskretion in der
Praxis. Außerdem werden Erfordernis
und Aufgaben eines Datenschutzbe-
auftragten besprochen.**13 FORTBILDUNGSPUNKTE****Mi. 11.9.2019 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg****Infos zur Anmeldung:** www.kvhh.de →
Fortbildung → Termine**Ansprechpartnerinnen:**

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

E-Mail: qualitaetsmanagement@kvhh.de

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand nehmen zu können, muss sich der Praxisinhaber (oder ein von ihm beauftragter geeigneter Vertreter) schulen lassen.

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 16.8.2019 (15 - 20 Uhr)

Fr. 20.9.2019 (15 - 20 Uhr)

Fr. 8.11.2019 (15 - 20 Uhr)

Fr. 29.11.2019 (15 - 20 Uhr)

Fr. 13.12.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 18.9.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Gefährdungsbeurteilung

Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften

Mi. 25.9.2019 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer,
Tel: 278063-47, Fax: 278063-48
E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen

Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termine und Anmeldung:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff "DMP" eingeben

Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen

Für Ärzte – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung.

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 18.9.2019 (14 - 19 Uhr)

Mi. 20.11.2019 (14 - 19 Uhr)

Gebühr: € 110

Anmeldung:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff "Hörgeräte" eingeben

**Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer / Ebene 13
Weidestr. 122b, 22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

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

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

"Den Boden unter den Füßen verlieren"

Peripher vestibulärer Schwindel - zentraler Schwindel - psychogener Schwindel

Referentin: Dr. Rita Trettin

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 28.8.2019 (18 Uhr)

Pillen, Packungen, Paragraphen

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik Bilanz 2019 und Ausblick 2020

Referentin: Dr. Rita Trettin

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 6.11.2019 (18 Uhr)

**Ort: Ärztehaus Winterhude,
1. OG, Hudtwalckerstr. 2-8,
22299 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de



Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2019!

Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Juli und Dezember 2019 stattfinden, und gibt eine Vorschau auf das erste Halbjahr 2020. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

wir
verbinden
ihre

[n e u • r o • n e n]

/infocenter

das infocenter gibt auskunft zu allem, was die kvh für sie tun kann, und schafft bei komplexen anliegen zügig verbindungen zu beratenden ärzten, apothekern und fachabteilungen. fragen sie uns einfach!