

KVH journal

WOHIN GEHT DAS GELD?

*KV Hamburg veröffentlicht
Quartalsberichte zur Honorarverteilung*



KREBSREGISTER

Was droht Meldeverweigerern?

STATISTIK

Wie verlässlich sind Diagnose-Tests?

Das KVH-Journal enthält wichtige Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in diese Ausgabe.

IMPRESSUM

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

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. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 11/2016 (November 2016)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Transparenz – eine vor allem im politischen Umfeld zunehmend häufiger benutzte Vokabel. Sie soll hier für Durchsichtigkeit im Sinne einer Durchschaubarkeit stehen. Diese ist die Basis für Vertrauen im Umgang miteinander. Insbesondere die immaterielle Transparenz aber ist es, die solche Durchschaubarkeit ermöglicht. Keinesfalls genügt es also, Zahlenreihen oder Tabellen zu publizieren, da diese in den meisten Fällen nicht zu erhöhtem Verständnis sehr komplexer Sachverhalte führen. Ebenso wenig ist es sinnvoll oder sachgerecht, eine „vollständige“ Transparenz zu verlangen oder herstellen zu wollen. Dies ist wohlfeile politische Phrasendrescherei. Einerseits ist die Durchschaubarkeit immer auch abhängig vom Willen und Engagement desjenigen, der durchschauen will, andererseits gibt es Sachverhalte, die aus gutem Grund nicht allen jederzeit zugänglich sind, da dies dem Erfolg der Unternehmung schaden würde. Das gilt für Politik, Diplomatie und Unternehmen gleichermaßen.

Ziel der Transparenz für die KV muss es also sein, die komplexen Vorgänge zumindest denen, die sich hineindenken wollen, durchschaubar zu machen, und im Übrigen das Vertrauen zu genießen, dass auch die Vorgänge, die man nicht mehr persönlich verstehen kann, ordnungsgemäß funktionieren. Daran arbeiten wir gemeinsam mit der Selbstverwaltung, und das tun wir sehr gern und aus tiefer Überzeugung.

Stephan Hofmeister

Ihr Dr. Stephan Hofmeister,
stellvertretender 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_ Nachgefragt: Was halten Sie von der Transparenz-Initiative der KV?
- 08_ KV veröffentlicht Quartalsberichte zur Honorarverteilung
- 13_ Häufigste Fragen zum Honorarbescheid

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
- 18_ BSG-Urteil: Was Ärzte, die zugunsten einer Anstellung im MVZ auf ihre Zulassung verzichten wollen, jetzt wissen müssen
Praxis-Formulare: Bestellschein wurde überarbeitet
- 19_ Einweisung/Überweisung: Fehlerhafte Anforderungen von Krankenhäusern

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. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



QUALITÄT

- 20_** Neue Schmerzvereinbarung
- 21_** Neue Ultraschallvereinbarung
- 22_** Qualitätsmanagement-Seminare:
„Datenschutz für Fortgeschrittene“,
„QM aktuell“, „Konflikt-
management: Tatort Praxis“

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 24_** Sprechstundenbedarf: Was man
beachten muss, um unnötige
Mehrarbeit und Regresse zu
vermeiden
- 25_** Beschlüsse zur Nutzenbewertung
neuer Medikamente
Infos zum Medikationsplan für
Praxen und Patienten

FORUM

- 26_** „Wir gehen behutsam vor“ –
Interview mit dem Leiter des Krebs-
registers, Dr. Stefan Hentschel

RUBRIKEN

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

NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

- 28_** Zur Verlässlichkeit
positiver Diagnose-
Testergebnisse

FORUM

- 30_** Leserbrief

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 31_** Bekanntmachungen im
Internet

KOLUMNE

- 33_** Hontschiks „Diagnose“

KV INTERN

- 34_** Steckbrief:
Prof. Dr. Hartwig Mensing
- 35_** Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 7 (rechts): Mauricio
Bustamante; Seite 10: iStockphoto; Seite 17:
Nerthuz/Fotolia, Felix Faller/Alinea; Seite 26:
Mauricio Bustamante; Seite 33: Barbara Klemm;
Icons: iStockphoto

Was halten Sie von der Transparenz-Initiative der KV?



Dr. Björn Parey
Allgemeinmediziner
in Volksdorf

Weitere Differenzierungen sind nötig

Die aktuelle Initiative der KV zu mehr Transparenz im Abrechnungswesen ist richtig! **Sie ist von zentraler Bedeutung für ein konstruktives Miteinander der Arztgruppen, was sich der Hausärzterverband schon lange wünscht.** Einen Quartalsbericht zu veröffentlichen, der die Honorarverteilung bis auf Arztgruppenebene nachvollziehbar macht, ist ein guter Anfang. Dennoch braucht es zwingend weitere Differenzierungen, wie etwa einen quantitativen Vergleich der eigenen Abrechnungsziffern mit denen der Arztgruppe. Zudem sollen die Fallwerte für Kassenpatienten – ohne Notdienst und ohne HZV – ausgewiesen werden. Ferner kann die Verständlichkeit der Honorarbescheide durch eine ergänzende Legende der nicht im EBM stehenden Abrechnungsziffern (DMP, Sonderverträge und Pseudoziffern) sowie der Abrechnungskennziffern erhöht werden. Und schließlich ist es wünschenswert, wenn auch Praxen ohne KV-Safenet an der Transparenzinitiative vollständig teilhaben können. ■



Thomas Voeste
Geschäftsführer der
Praxisberatungsgesellschaft
Voeste & Kollegen



Dr. Thomas Begall
Augenarzt in Wandsbek und
stellvertretender Vorsitzender
des Berufsverbandes der
Augenärzte Hamburgs

KV Hamburg holt Rückstand auf

Ich freue mich, dass die KV Hamburg das Abrechnungsgeschehen transparenter macht. Der neue Honorarbericht ist ein gutes Fundament für jene geschätzt 20 Prozent der Ärzte, die den Ehrgeiz haben, die Systematik hinter ihrem Honorarbescheid zu verstehen. Allerdings muss man sagen: Die KV Hamburg holt lediglich einen Rückstand auf. Andere KVen haben eine längere Tradition darin, Informationen zum Abrechnungsgeschehen gut und verständlich aufbereitet zur Verfügung zu stellen. **Den Honorarbescheiden der KV Niedersachsen beispielsweise können alle Ärzte entnehmen, wie oft die Fachgruppe einzelne Leistungen je 100 Patienten abrechnet.** Damit existiert eine sehr gute Steuerungsgrundlage für die wirtschaftliche Praxisführung. ■

Es hilft nur eins: Transparenz

Wenn es die vereinbarte Vergütung gäbe, würde sich kaum jemand für die Details der Verteilung interessieren. Doch die KV muss den Mangel verteilen – und da kommt schon mal Unmut auf: Wo bleibt das Geld? Die Abrechnung ist kompliziert und wird von vielen als nebulös empfunden. Es hilft nur eines: Transparenz. Ich begrüße sehr, dass die Honorarströme nun zeitnah im Quartalsbericht dargestellt werden. Was beim Arztgruppenvergleich immer problematisch ist: OP-Sachkosten werden als Honorar ausgewiesen. Doch das sind durchlaufende Kosten. Nichts davon bleibt bei uns hängen. Hier wäre mehr Präzision angebracht. **Künftig sollte der Quartalsbericht nicht nur die Verteilung dokumentieren, sondern auch darstellen, welche Summen die Krankenkassen an die KV zahlen, welche Rückstellungen gebildet werden und was daraus entnommen wird.** Das würde Klarheit schaffen. ■

VON PETRA TEGELER UND CAROLINE ULBRICH

Mehr Transparenz bei der Geldverteilung

Die KV veröffentlicht von nun an Quartalsberichte. Damit kann die Honorarverteilung bis auf Arztgruppen-Ebene nachvollzogen und mit dem Vorjahreszeitraum verglichen werden.



Warum hat sich mein Honorar verändert? Wie unterscheidet sich mein Abrechnungsverhalten von dem der Fachkollegen? Bisher musste man einigen Rechercheaufwand betreiben, um Antworten auf solche (auch betriebswirtschaftlich relevante) Fragen zu bekommen. Ein Vergleich zwischen der Zusammensetzung des eigenen Honorars und dem der Arztgruppe

kann Aufschluss über ungenutzte Potenziale geben. Dass über die Honorarverteilung nun wieder in Hamburg entschieden wird und die Arztgruppen dazu eigene Lösungen entwickeln können, hat zusätzliches Interesse an der Entwicklung des Abrechnungsgeschehens geweckt.

Die KV Hamburg reagiert auf den gestiegenen Informationsbedarf, indem sie beginnend mit dem ers-

ten Quartal 2016 Quartalsberichte erstellt und im Abrechnungs-Portal veröffentlicht. Ein darauf aufbauender Jahresbericht wird nach derzeitiger Planung auf Wunsch auch als Broschüre vorgelegt. Mit diesen Daten kann die Honorarverteilung bis auf Arztgruppen-Ebene nachvollzogen und mit dem Vorjahreszeitraum verglichen werden. Man findet darin übersichtlich zusammengetragene

Informationen, die auch anderswo veröffentlicht werden, darüber hinaus aber auch Analysen, die bisher nur KV-intern und auf konkrete Nachfrage zugänglich waren, weil sie bislang mit einem großen Aufwand erhoben werden mußten. Nun sind die Prozesse in der Honorarabteilung weitgehend automatisiert worden. Die Veröffentlichung der Quartalsberichte ist Teil einer Informationsoffensive, mit der die KV umfassende Transparenz über ihre Verwaltungsarbeit herstellen will.

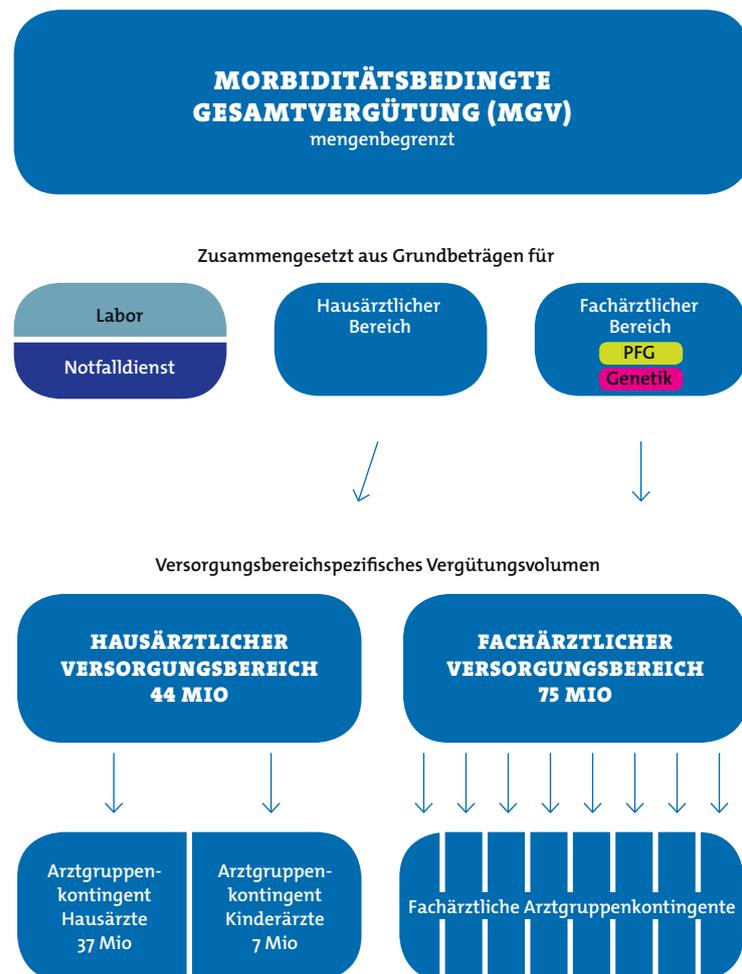
Die grobe Struktur dieser Veröffentlichungen soll hier am Beispiel des Berichts für das erste Quartal 2016 vorgestellt werden. Der erste große Teil der Publikation erläutert fachübergreifend die wichtigsten Veränderungen der Honorarsituation gegenüber dem Vorjahresquartal – beispielsweise die Auswirkungen der Honorarvereinbarung für das Jahr 2016, die unter anderem eine Förderung bestimmter Leistungsbereiche umfasst. Neu im Vergleich zum Vorjahresquartal sind auch die von der Vertreterversammlung beschlossenen Regelungen zur Honorierung der Versorgung von Flüchtlingen.

Im Weiteren dokumentiert der Bericht die Gesamt-Honorarauszahlung. Mit etwa 267 Millionen Euro hat die KV im ersten Quartal 2016 unterm Strich etwa 4,27 Prozent mehr Honorar an die Ärzte und Psychotherapeuten ausgezahlt als im Vorjahresquartal. Für den Bereich der individuellen Leistungsbudgets (ILB) standen etwa 119 Millionen Euro zur Verfügung, wovon etwa 75 Millionen auf den fachärztlichen und etwa 44 Millionen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfielen. Das zu verteilende Vergütungsvolumen wird

Von der MGV zum Arztgruppenkontingent

Im ersten Quartal 2016 hat die KV Hamburg insgesamt 267 Millionen Euro an die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ausgezahlt. Darin enthalten sind unter anderem die Zahlungen aus der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) und aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Gemäß den Vorgaben der KBV setzt sich die MGV aus sogenann-

ten "Grundbeträgen" zusammen. Das sind Pauschalen pro Versicherten, die zur Verfügung zu stellen sind für: Labor und Notdienst, hausärztlicher Versorgungsbereich sowie fachärztlicher Versorgungsbereich mit Budgets für PFG (Pauschale Fachärztliche Grundversorgung) und für Genetik. Die Grundbeträge werden unabhängig voneinander weiterentwickelt.

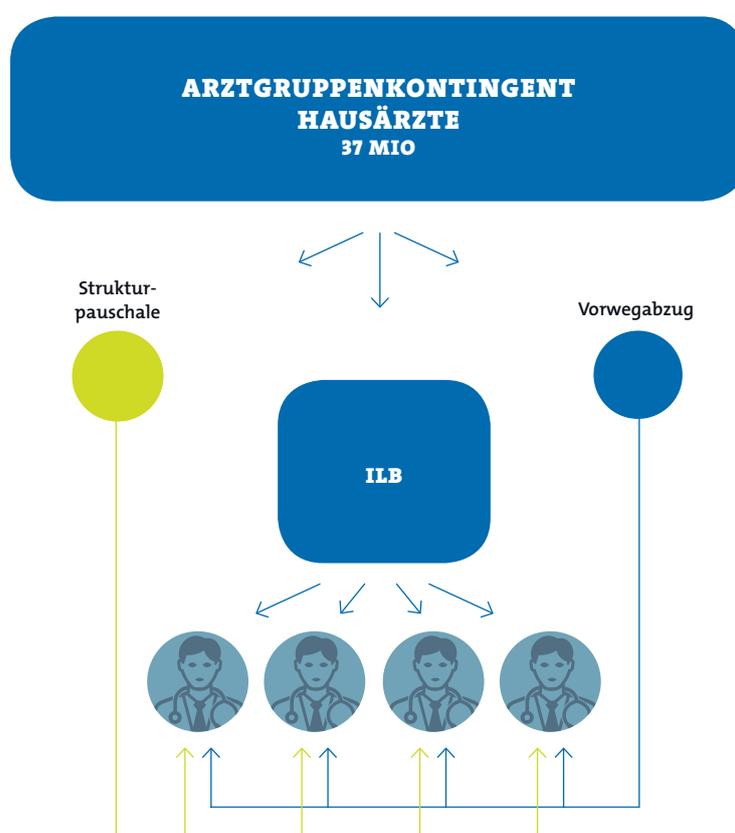


Fortsetzung nächste Seite →

Vom Arztgruppenkontingent zum ILB

Dem Arztgruppenkontingent der Hausärzte wird ein Volumen zur Vergütung der Strukturpauschale entnommen. Außerdem wird ein Vorwegabzug abgezweigt, aus dem jene Leistungen

quotiert vergütet werden, die über das den Ärzten zugeteilte Individuelle Leistungsbudget (ILB) hinausgehen. Das verbliebene Volumen wird dann in die ILB für die einzelnen Ärzte unterteilt.



weiter aufgeteilt in die ILB-Arztgruppenkontingente. Eine Übersicht im Quartalsbericht zeigt detailliert auf, welche davon im Vergleich zum Vorjahresquartal angewachsen und welche geschrumpft sind.

Im zweiten großen Teil des Quartalsberichts werden die Umsätze nach einzelnen Arztgruppen getrennt dargestellt – beginnend mit dem hausärztlichen Versorgungsbe-

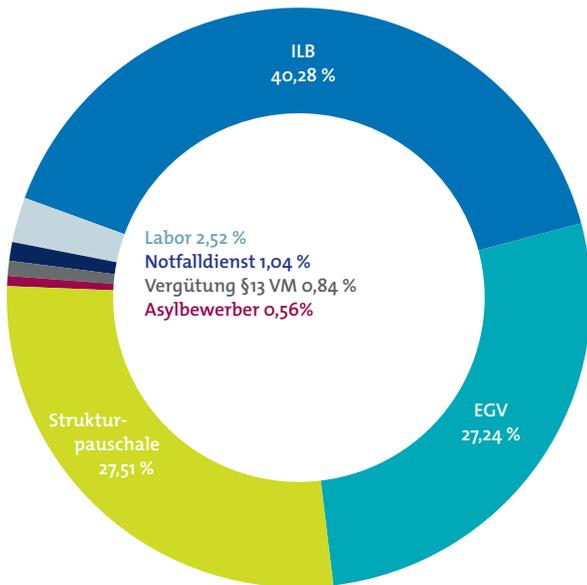
reich (Hausärzte und Kinderärzte) und fortfahrend mit dem fachärztlichen Versorgungsbereich in alphabetischer Reihenfolge (von Anästhesisten über Nervenärzte bis hin zu den Urologen).

Die Kapitel für jede Arztgruppe beginnen mit einem „Steckbrief“, in dem die prägnanten Kennzahlen präsentiert werden. Zunächst werden einige strukturelle Daten zusam-

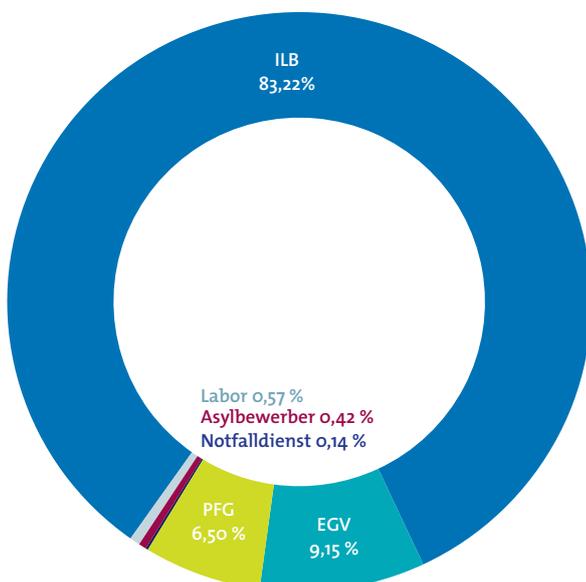
mengefasst: Wie viele Ärzte (Köpfe) arbeiten in diesem Bereich? Wie viele Tätigkeitsumfänge gibt es? In welchen Praxisstrukturen findet die Versorgung statt? Organisieren sich die Ärzte in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ?

Teil des arztgruppenspezifischen Steckbriefs sind auch die jeweiligen „Kennzahlen im Bereich ILB“. Diese Übersicht zeigt, wie hoch das

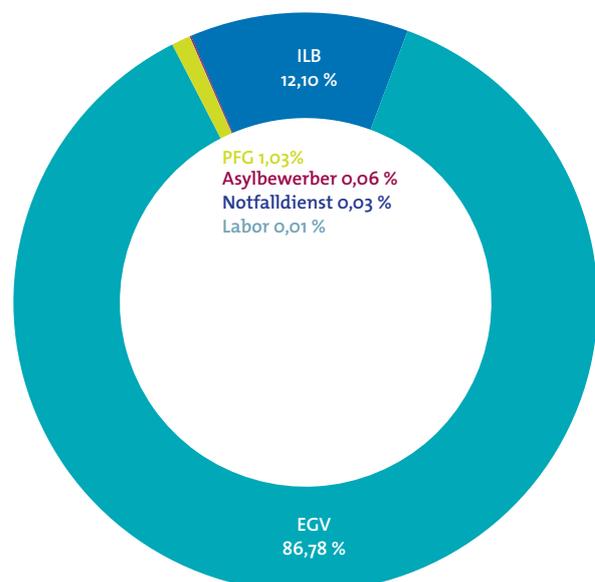
Honoraranteile Hausärzte 1/2016



Honoraranteile HNO-Ärzte 1/2016



Honoraranteile Psychotherapeuten 1/2016



Fortsetzung nächste Seite →

ILB-Arztgruppenkontingent des jeweiligen Fachbereichs ausfiel, welches ILB den einzelnen Ärzten im Durchschnitt zugewiesen wurde, wie hoch die durchschnittliche Auszahlungsquote und die Überschreitungsquote war. All dies immer im Vergleich zum Vorjahresquartal. Der Leser kann anhand seines Honorarbescheides ausrechnen, welchen Prozentsatz des angeforderten Honorars seine Praxis ausbezahlt bekommen hat – und die eigenen Werte mit der Auszahlungsquote der Arztgruppe vergleichen.

Ein ebenfalls zum Steckbrief gehöriges Kreisdiagramm zeigt, wie sich die Honorarauszahlung der jeweiligen Arztgruppe zusammensetzt. Den größten Anteil am GKV-Umsatz der Hausärzte beispielsweise haben die ILB-Leistungen, gefolgt von der hausärztlichen Strukturpauschale. Den drittgrößten Anteil stellen Honorare aus der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV), die sich vornehmlich aus Honorar für Prävention und Haus- und Heimbesuche zusammensetzt (siehe Grafik Seite 11).

Auch die Anteilswerte kann der Arzt mit der Honorarzusammensetzung der eigenen Praxis vergleichen: Wie groß ist der EGV-Anteil der Gruppe? Und wie hoch ist er in meiner Praxis?

An die Überblicksdarstellung im Steckbrief schließt sich eine Schilderung neuer Regelungen an, die auf die Honorarentwicklung der jeweiligen Arztgruppe Einfluss haben. Bei den Hausärzten spielte beispielsweise eine Rolle, dass für die Honorierung der Behandlung chronisch kranker Patienten nach

den GOP 03220 und 04220 EBM im hausärztlichen Versorgungsbereich für das Jahr 2016 zusätzliche 3 Millionen Euro ausgehandelt wurden.

Zum Abschluss jedes arztgruppenspezifischen Kapitels wird die Entwicklung der gesamten Honorarauszahlung für die jeweilige Arztgruppe erläutert. Dabei werden alle Honorarbestandteile berücksichtigt: das ILB und andere Zahlungen aus dem budgetierten Vergütungsbereich ebenso wie die extrabudgete-

Woran liegt es, dass die eigene Praxis höhere oder geringere Umsätze hatte als der Durchschnitt?

äre Vergütung. Stellt ein Arzt bei der Lektüre seines Honorarbescheides fest, dass eine bestimmte GOP, die zuvor Bestandteil des ILB war, nun anders gekennzeichnet ist und extrabudgetär vergütet wird, findet er die Erklärung für die Änderung in diesem Text.

Die dazugehörige Tabelle ist ähnlich aufgebaut wie der Honorarbescheid, in dem die abgerechneten Leistungen zusammengefasst in Gruppen nach Kennzeichen dargestellt werden. Jeder Arzt kann also die beiden Tabellen nebeneinanderlegen, um seine eigenen Daten mit den Veränderungen der Arztgruppe zu vergleichen.

Der Arzt kann nun beispielsweise prüfen: Wie hoch ist der Honoraranteil für Impfungen in meiner Praxis im Vergleich zu meiner Gruppe? Oder er betrachtet die Veränderung des Gesamthonorars. Das Gesamthonorar der Haus-

ärzte ist beispielsweise gegenüber dem Vorjahresquartal im Schnitt um vier Prozent gestiegen. Woran liegt es, dass die eigene Praxis höhere oder auch geringere Umsätze machte? Anhand der Kennzahlen und der Arztgruppenwerte für die Honorarbestandteile kann man sein eigenes Abrechnungsverhalten prüfen und über Struktur und Entwicklungspotenziale seiner Praxis nachdenken.

Der Honorarbericht gibt einen schnellen Überblick darüber, wie unterschiedlich sich das Honorar der Arztgruppen zusammensetzt. Die durchschnittliche Spanne des ILB-Anteils am Gesamthonorar reicht von 1,03 Prozent bei den Strahlentherapeuten bis zu 94,20 Prozent bei den Physikalischen und Rehabilitationsmedizinerinnen.

Das Honorarsystem der vertragsärztlichen Versorgung ist berüchtigt dafür, kompliziert und schwer nachvollziehbar zu sein. Der Honorarbericht soll zu einem besseren Verständnis dieser Systematik in der Ärzteschaft beitragen. Das ist umso wichtiger, als die Ärzte und ihre Berufsverbände nun wieder die Möglichkeit haben, die Honorarverteilung mitzugestalten und dafür Verantwortung zu übernehmen.

Der Quartalsbericht wird jeweils etwa sechs Wochen nach Zustellung des Honorarbescheides im Portal der KV Hamburg veröffentlicht. Ein KV-SafeNet-Zugang ist nicht erforderlich. ■

PETRA TEGELER und **CAROLINE ULBRICH** sind Mitarbeiterinnen der Honorarabteilung der KV Hamburg

Die häufigsten Fragen und Antworten zum Honorarbescheid

Warum ist der als "extrabudgetäre Vergütung" gekennzeichnete Leistungsbereich im Quartal 1/2016 deutlich geringer gegenüber dem Vorjahresquartal?

Die Menge der extrabudgetären Leistungen ist nicht geringer geworden. Lediglich die Darstellung hat sich geändert. Aus dem Bereich der „extrabudgetären Vergütung“ (Kennzeichen 3201) wurde eine Reihe von Leistungsbereichen herausgenommen, die eigene Kennzeichen erhalten haben:

Besuche im Notfalldienst (Kennzeichen 3221), Haus- und Heimbesuche (Kennzeichen 3222), Grundpauschalen der internistischen Rheumatologen (Kennzeichen 3223), Prävention (Kennzeichen 3225), DMP (Kennzeichen 3229), Leistungen des Abschnitts 34.7 EBM und GOP 40584 EBM (Kennzeichen 3234), Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM (Kennzeichen 3268), Kostenpauschalen gem. Onkologie-Vereinbarung und Zuschläge (Kennzeichen 3286), Impfungen (Kennzeichen 3289) und Kontrastmittelpauschalen (Kennzeichen 3291).

Die Herausnahme dieser Leistungsbereiche hatte zur Folge, dass die verbliebene „extrabudgetäre Vergütung“ (Kennzeichen 3201) entsprechend geringer erscheint.

Unsere Praxis besteht aus mehreren Vertragsärzten beziehungsweise Vertragspsychotherapeuten. Wie können wir erkennen, wie sich das Honorar der einzelnen Kollegen zusammensetzt?

Der Honorarbescheid, den Sie zugeschickt bekommen, bezieht sich auf die Gesamtpraxis. Über KV-SafeNet kann man darüber hinaus den Honorarbescheid nach Leistungserbringer (LE) kostenlos einsehen. Für Mitglieder, die über keinen KV-SafeNet-Account verfügen, ist die Aufschlüsselung des Honorarbescheids nach LE kostenpflichtig (160 Euro je Bescheid).

Woran kann ich erkennen, welche Leistungen in das ILB fließen und welche Leistungen extrabudgetär vergütet werden?

Ob eine Leistung im ILB vergütet wird, lässt sich anhand des Kennzeichens feststellen. In Anlage 1 zum Honorarbericht ist aufgelistet, wie die ILB-Leistungen in der jeweiligen Arztgruppe gekennzeichnet sind. Bei Hausärzten beispielsweise ist den ILB-Leistungen das Kennzeichen 1180 zugeordnet. Alle Leistungen, die in Anlage 6 (Nachweis über die abgerechneten Leistungen) auf der rechten Seite mit diesem Kennzeichen versehen sind, fallen in das ILB. Für alle Arztgruppen gilt: Leistungen mit einer Kennzeichnung über 3200 werden extrabudgetär (EGV) vergütet.

Fortsetzung nächste Seite →

In welchen Fällen werden zu den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (Abschnitt 35.2 EBM) Strukturzuschläge zugesetzt? Wie wird die Höhe der Auszahlung für die Strukturzuschläge errechnet?

Überschreitet ein Arzt oder Psychotherapeut bei der Abrechnung der GOP 35200 bis 35225 eine Mindestgrenze von aktuell 162.734 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang pro Quartal, werden automatisch Strukturzuschläge zugesetzt. Die Auszahlung berechnet sich nach folgender Formel: Die Bewertung der Strukturzuschläge (GOP 35251, 35252 und 35253) wird mit einer Quote multipliziert, die sich aus der Differenz der Gesamtpunktzahl für Leistungen aus dem Abschnitt 35.2 EBM und der vorgeschriebenen Mindestgrenze im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl für Leistungen aus dem Abschnitt 35.2 EBM ergibt. Ab dem Quartal 2/2016 gilt ergänzend: Überschreitet die Gesamtpunktzahl für die GOP 35200 bis 35225 das Doppelte der Mindestgrenze (aber nicht eine Obergrenze von 379.712 Punkten), wird die Bewertung der Strukturzuschläge mit dem Faktor 0,5 multipliziert. Wird die Obergrenze von 379.712 Punkten überschritten, werden darüber hinaus keine Strukturzuschläge zugesetzt. Liegt kein voller Tätigkeitsumfang vor, so werden die genannten Punktwerte entsprechend des Tätigkeitsumfangs reduziert.

Die hausärztlichen Leistungen der geriatrischen Versorgung und die Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung (Vergütung § 13 Abs. 1 VM) fließen nicht in mein ILB. Werden diese folglich extrabudgetär vergütet?

Nein, diese Leistungen werden im Rahmen der MGV vergütet. Das Geld für die Honorierung dieser Leistungen wird vom hausärztlichen Vergütungsvolumen abgezogen, bevor dieses in die Arztgruppenkontingente aufgeteilt wird. Reicht die abgezogene Geldmenge nicht aus, werden die Leistungen nach den verfügbaren Mitteln quotiert vergütet.

Werden die Leistungen im Rahmen des Notfalldienstes zu 100 Prozent vergütet?

Wie errechnen sich das Laborbudget und der Wirtschaftlichkeitsbonus meiner Praxis?

Das Laborbudget errechnet sich folgendermaßen: Für jede Praxis wird pro Quartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl jeweils für das Allgemeinlabor und das Speziallabor gebildet. Die Höhe dieser begrenzten Gesamtpunktzahl ergibt sich aus dem Produkt aus der nach Versicherungengruppe differenzierten arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl (nach Abschnitt 32.2 Nr. 7 EBM bzw. nach Abschnitt 32.3. Nr. 8 EBM) und der jeweiligen Zahl kurativ-ambulanter Behandlungsfälle der Arztpraxis. Diese Gesamtpunktzahl wird mit dem Orientierungspunktwert inkl. des Hamburger Aufschlags multipliziert, um den Euro-Wert zu erhalten. Der Wirtschaftlichkeitsbonus (Wi-Bo) einer Praxis errechnet sich

Wie hoch ist die Vergütung im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes meiner Praxis?

Wie errechnet sich die Vergütung der Gesprächsleistungen gem. Präambel 3.1.9 / 4.1.11 EBM?

Ja, seit dem Quartal 1/2016 (gem. Krankenhausstrukturgesetz).

Zunächst wird ein Punktzahlvolumen für die erbrachten und berechneten GOP 03230 EBM für die Hausärzte bzw. für die GOP 04230 EBM für die Kinderärzte gebildet, welches sich aus der Anzahl der Behandlungsfälle gem. der Präambel 3.1.10 bzw. 4.1.12 EBM multipliziert mit 45 Punkten ergibt. Multipliziert man dieses Punktzahlvolumen mit dem Orientierungspunktwert inkl. des Hamburger Aufschlags, so erhält man das Volumen für die Gesprächsleistungen in Euro. Wird dieses Volumen unterschritten, so wird die komplette Anforderung der GOP 03230 bzw. 04230 EBM zur Feststellung des Honoraranspruchs im Bereich des ILB herangezogen. Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche werden nicht berücksichtigt. Das Volumen kann im Honorarbescheid der Anlage 1 (ab 1/2016) bzw. der Anlage 3 (vor 1/2016) entnommen werden. Vergütet werden die Gesprächsleistungen im ILB.

folgendermaßen: Die arztgruppenspezifische Fallpunktzahl (nach Abschnitt 32.1 EBM) wird multipliziert mit der Anzahl der kurativ-ambulant behandelten Fälle (mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen). Das Produkt wird multipliziert mit dem Orientierungspunktwert inkl. des Hamburger Aufschlags. Überschreitet die Praxis das errechnete Laborbudget nicht, wird der Wirtschaftlichkeitsbonus voll ausgezahlt. Überschreitet die Praxis das errechnete Laborbudget, wird die Überschreitung vom Wirtschaftlichkeitsbonus abgezogen. Die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus und dessen Auszahlung kann den Anlagen des Honorarbescheides entnommen werden.

Seit dem Quartal 3/2015 wird die Vergütung für Patienten der AOK Bremen/Bremerhaven, die die Statusergänzung „Besondere Personengruppe“ (BPG) 4 tragen und somit im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes versorgt werden, in den Anlagen des Honorarbescheides dargestellt. Dort sind Anforderung und Vergütung der Leistungen analog MGV und EGV ausgewiesen. Die Vergütung für die Versorgung derjenigen Patienten, welche im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes über andere Kassen versichert sind und/oder mit der Statusergänzung (BPG) 9 versehen sind, finden Sie in der Honorarübersicht unter dem Abrechnungsgebiet (AG) 6.

Warum wurde die Chronikerpauschale aus dem ILB herausgenommen und wie wird sie nun vergütet?

Die Chronikerpauschale ist nach wie vor Bestandteil des ILB. In der Honorarvereinbarung 2016 wurde vereinbart, die GOP 03220 und 04220 EBM für das Jahr 2016 mit einer nicht basiswirksamen Summe in Höhe von 3 Mio. Euro zu fördern. In den Quartalen 1/2016 und 2/2016 werden (gem. § 26 Abs. 3 VM, Stand: 3/2016) die quartalsanteiligen Förderbeträge nach Ermittlung der praxisdurchschnittlichen Auszahlungsquoten im ILB maximal bis zum Erreichen des Preises des EBM auf die abgerechneten GOP 03220 bzw. 04220 EBM verteilt. Ab dem Quartal 3/2016 wird (gem. § 8a Abs. 1a und 1b VM) ein Volumen auf Basis der Anforderung des Vorjahresquartals bereitgestellt, dem die Förderungssumme quartalsanteilig hinzugefügt wird. Reichen die Mittel in dem gebildeten Volumen nicht aus, so werden die Leistungen nach den verfügbaren Mitteln quotiert vergütet.

**Ansprechpartner bei Fragen zu Ihrer Abrechnung oder Ihrem Honorar: Den zuständigen Mitarbeiter vermittelt Ihnen gern das Infocenter.
Tel: 22802-900**

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

HAUS- UND HEIMBESUCH

Stimmt es, dass man die Gebührenordnungspositionen (GOP) 40240 und 40260 („Helferinnenbesuch“) seit dem 1. Juli 2016 nicht mehr abrechnen kann?

Ja. Die GOP 40240 und 40260 werden durch die neuen GOP 38100 und 38105 ersetzt. Die GOP 38100 ist für das Aufsuchen eines Patienten in der Häuslichkeit oder im Heim durch nichtärztliche Praxismitarbeiter berechnungsfähig. Die GOP 38105 kann für das Aufsuchen eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (Häuslichkeit oder Heim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang berechnet werden. Die GOP 38100 und 38105 enthalten die Wegekosten und können nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG

Wer ist für die Vorbereitung einer teilstationären Behandlung zuständig? Das Krankenhaus oder der niedergelassene Arzt?

Für die Vorbereitung einer teilstationären Behandlung (zum Beispiel Voruntersuchungen) ist der niedergelassene Vertragsarzt und nicht das Krankenhaus zuständig. Die

Leistungen können nicht als sogenannte vorstationäre/prästationäre Leistungen im Sinne des §115a SGB V erbracht werden, da sich dieser Paragraph ausschließlich auf vollstationäre Krankenhausbehandlung bezieht.

GRIPPEIMPFSTOFF

Welcher Grippeimpfstoff hat den Zuschlag für die Saison 2016/2017 bekommen?

Bei der Ausschreibung für die Grippesaison 2016/2017 haben die Krankenkassen zwei Grippeimpfstoffen den Zuschlag erteilt. Es handelt sich um Influvac® Fertigspritzen mit feststehender Kanüle (10er Packung) von Mylan Healthcare und um Vaxigrip® ohne Kanüle (10er Packung) von Sanofi Pasteur MSD.

LABORAUSNAHMENUMMER

Müssen wir die Laborausnahmenummer auch in unserer Abrechnung in Ansatz bringen, oder reicht es aus, den Laborschein zu kennzeichnen?

Sie müssen die Laborausnahmenummer sowohl auf dem Laborschein als auch in Ihrer Abrechnung angeben. Nur so ist gewährleistet, dass die Laborleistungen bei der Berechnung Ihres Laborbudgets berücksichtigt werden.

Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.

www.kvhh.de →
Beratung und
Information → Fragen
und Antworten



DMP ASTHMA/COPD

Gibt es ein Mindestalter für die Teilnahme eines Patienten am DMP-Vertrag für Asthma/COPD?

Ja. Nach den Versorgungsinhalten, die in dem Vertrag festgelegt sind, kann eine Einschreibung in das DMP Asthma ab einem Alter von 5 Jahren und in das DMP COPD ab einem Alter von 18 Jahren erfolgen.

CHRONIKERPAUSCHALE

In welchen Fällen werden die Chronikerpauschalen nach den GOP 03220 bzw. 03221 mit einem „H“ gekennzeichnet?

Die Chronikerpauschalen dürfen nur abgerechnet werden, wenn der Patient in mindestens drei von vier aufeinanderfolgenden Quartalen wegen derselben chronischen Erkrankung seinen Hausarzt aufgesucht hat. Wenn dies der Fall war und der Patient wechselt seinen Hausarzt, kann der neue Hausarzt die jeweilige Chronikerpauschale von Anfang an abrechnen. Er muss sie aber mit einem „H“ kennzeichnen.

FAHRERLAUBNIS-UNTERSUCHUNG

Ein Patient benötigt eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass er ein Fahrzeug führen darf. Welche Ärzte können eine Fahrerlaubnis-Prüfung durchführen?

Eine verkehrsmedizinische Begutachtung dürfen folgende Ärzte durchführen:

- Ärzte mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder „Rechtsmedizin“
- Ärzte mit der Bereichsbezeichnung „Betriebsmedizin“
- Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen und
- Fachärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation

Bei der Patientenberatung (Tel.: 202299-222) ist eine Liste mit denjenigen Ärzten erhältlich, die einen Befähigungsnachweis zur verkehrsmedizinischen Begutachtung haben und Fahrerlaubnis-Untersuchungen durchführen dürfen.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Anna Yankyera, Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Stefanie Schmidt



Kurz vor dem Ruhestand ins MVZ?

Neue Rechtsprechung des BSG: Ärzte, die zugunsten einer Anstellung auf ihre Zulassung verzichten, müssen drei Jahre lang angestellt arbeiten, bevor das MVZ ihre Stelle frei nachbesetzen kann.

Ärzte, die zugunsten einer Anstellung auf ihre Zulassung verzichten, müssen drei Jahre lang angestellt arbeiten, bevor das MVZ ihre Stelle frei nachbesetzen kann.

Das Bundessozialgericht hat sich mit der Frage beschäftigt, wie ein Vertragsarzt seinen Sitz in ein MVZ einbringen kann, wenn er zugunsten einer Anstellung auf seine Zulassung verzichtet. Die schriftliche Begründung des entsprechenden Urteils vom 4. Mai 2016 liegt nun vor. Demnach muss der Arzt die Absicht haben, mindestens drei Jahre lang als Angestellter tätig zu sein, damit das MVZ die Stelle frei nachbesetzen kann. Durch die Vorgabe dieses Zeitraums soll verhindert werden, dass die normalen Zulassungsregeln umgangen und Arztsitze an Meistbietende „verkauft“ werden.

Die Drei-Jahres-Frist kann verkürzt werden, wenn der angestellte Arzt aus unvorhergesehenen Gründen seine Angestelltentätigkeit vorzeitig beendet. Das kann etwa der Fall sein, wenn er erkrankt oder aus zwingenden Gründen seine Berufs- oder Lebensplanung ändert.

Am Anfang muss aber zumindest die „Absicht“ einer dreijährigen Anstellung im MVZ gestanden haben. Gegen das Vorhandensein dieser Absicht spricht beispielsweise, wenn der Arzt schon konkrete Pläne für die alsbaldige Be-

digung seiner Angestelltentätigkeit entwickelt, oder wenn das MVZ Verhandlungen über eine baldige Nachbesetzung der betreffenden Arztstelle aufnimmt. Je kürzer die Angestelltentätigkeit des Arztes war, desto höhere Anforderungen werden an den Nachweis gestellt, dass der Arzt ursprünglich die Absicht hatte, sich mindestens drei Jahre lang anstellen zu lassen.

Ein Arzt, der zugunsten einer Anstellung im MVZ auf seine Zulassung verzichtet, muss seine Angestelltentätigkeit in Vollzeit beginnen, wenn die Stelle in vollem Umfang nachbesetzt werden soll. Wird er in Teilzeit tätig, ist eine Nachbesetzung in vollem Umfang nicht möglich, sondern nur in dem Umfang, in dem der Arzt tätig war. Erst nach einem Jahr kann der Arzt seine Arbeitszeit um ein Viertel und nach einem weiteren Jahr nochmals um ein Viertel reduzieren, ohne dass eine Vollzeit-Nachbesetzung in Frage steht.

Bereits bestandskräftige Anstellungsgenehmigungen bleiben von der neuen Rechtsprechung unberührt. Das Urteil bezieht sich auf einen Fall im MVZ, doch die vom Gericht aufgestellten Regeln sind auch für die Übernahme von Arztsitzen durch Praxen gültig. ■

Ansprechpartner: Den zuständigen Mitarbeiter vermittelt gern das Infocenter. Tel: 22802-900

Praxisformulare: Bestellschein wurde überarbeitet

Der Paul Albrechts Verlag hat den Hamburger Bestellschein für Praxisformulare erweitert. Neu aufgenommen wurden das Muster 55 (Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V) und die Einlegblätter für die U-Hefte.

Bei jeder Lieferung erhält die Praxis zusammen mit den bestellten Formularen ein neues Exemplar des Bestellscheins. Alternativ findet man den Bestellschein auch auf der Homepage der KV Hamburg:

www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → PAV-Formulare

**Ansprechpartner bei Fragen zu Bestellung und Versand:
Paul Albrechts Verlag,
Tel: 04154 / 799-123**

Fehlerhafte Anforderungen von Krankenhäusern

Formblatt der KV bietet den Ärzten Argumentationshilfe und stellt Rechtslage klar

Immer wieder werden Vertragsärzte von Krankenhäusern aufgefordert, unzulässige Einweisungen oder Überweisungen auszustellen. Der Patient soll diese Formulare ins Krankenhaus mitbringen. Der Arzt hat dann die unangenehme Aufgabe, dem Patienten die Unzulässigkeit dieses Ansinnens zu erklären.

Deshalb hat die KV das Formblatt „Einweisung/Überweisung“ entwickelt, auf dem die Rechtslage klagelöst wird – und auf dem der Arzt ankreuzen kann, um welche Variante unzulässiger Anforderungen es sich handelt. Das Formblatt kann der Arzt dem Patienten mitgeben oder es direkt ans Krankenhaus faxen. Für den Erfolg der Aktion ist allerdings wichtig, dass die Ärzte den jeweiligen Fall sorgfältig abwägen und nur Anforderungen reklamieren, die tatsächlich unzulässig sind.

Das Formblatt existiert seit einigen Jahren, ist nun aber überarbeitet worden. Folgende Varianten unzulässiger Anforderungen sind dort aufgeführt:

EINWEISUNG PLUS ÜBERWEISUNG: Für einen Patienten, der ins Krankenhaus eingewiesen wird, zusätzlich eine Überweisung anzufordern, ist unzulässig. Sobald der Vertragsarzt entscheidet, dass der Patient stationär behandelt werden muss, hat das Krankenhaus anhand der Einweisung den Fall mitsamt aller prä- und poststationärer Leistungen zu übernehmen. Das Krankenhaus darf also weder die Kosten für das Aufnahmegespräch noch für andere prästationäre Leistungen mit Hilfe einer zusätzlichen Überweisung in den vertragsärztlichen Bereich abschieben.

DOPPELTE EINWEISUNG: Immer wieder werden Vertragsärzte unter Druck gesetzt, eine zweite Einweisung für einen Patienten auszustellen, der im Krankenhaus bereits vorstationär behandelt wurde, nun aber stationär aufgenommen werden soll. Zwischen der Erstvorstellung im Krankenhaus und der stationären Behandlung sollen nicht mehr als 14 Tage liegen. Wird diese Frist nicht eingehalten, ist das ein Organisationsproblem des Krankenhauses. Eine weitere Einweisung ist nicht möglich – auch

nicht, wenn mittlerweile ein neues Quartal angebrochen ist. Eine Einweisung ist gültig, bis der auf ihr angegebene Behandlungsfall vom Krankenhaus abgeschlossen wird.

EINWEISUNG ZUR AMBULANTEN NACHSORGE: Eine Einweisung zur ambulanten Nachsorge („Kontrolluntersuchung“, „Wiedervorstellungstermin“) auszustellen, ist unzulässig. Solche Termine gehören klar erkennbar zur ambulanten Versorgung. Und die ambulante Versorgung obliegt den Vertragsärzten.

EINWEISUNG ZUR "SPEZIALSPRECHSTUNDE": Die Einweisung ist Fällen vorbehalten, in denen eine stationäre Behandlung nach Auffassung des Vertragsarztes zwingend notwendig ist. Fordert das Krankenhaus eine Einweisung für ambulante Sprechstunden, läuft etwas schief. Das bedeutet nämlich: Das Krankenhaus hat keine Zulassung, ambulant zu behandeln, bietet aber dennoch ambulante Leistungen an.

Das Formblatt „Einweisung/Überweisung“ finden Sie in der aktuellen Fassung auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter „E“: Einweisung/Überweisung

Einen Patienten-Flyer zum Thema „Einweisen → Überweisen“ können Sie bei uns anfordern unter: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Infomaterial: Bestellformular Infomaterial.

Bundesweite Umfrage zu Klinik-Fehlverhalten

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) ist von den KVen beauftragt worden, eine bundesweite Erhebung durchzuführen, um das Ausmaß des Fehlverhaltens der Kliniken zu ermitteln. Auf dieser Basis sollen gesetzgeberische Aktivitäten eingefordert werden. Alle Vertragsärzte sind gebeten, sich daran zu beteiligen.

Weitere Infos und Rückmeldebogen: www.kvhh.de → Beratung und Information → Meldung vom 05.10.2016: „Umfrage in Vertragsarztpraxen zu ungerechtfertigten Anforderungen der Krankenhäuser“



Qualitätssicherung Schmerztherapie

Die Partner des Bundesmantelvertrags haben die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie überarbeitet. Die neue Fassung ist zum 1. Oktober 2016 in Kraft getreten. Wir haben die wichtigsten Änderungen für Sie zusammengefasst.

FACHLICHE BEFÄHIGUNG

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung wurden an die aktuellen Vorgaben der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ angepasst. Dies bedeutet für den antragstellenden Arzt im Wesentlichen eine Absenkung der vorab nachzuweisenden Patienten- beziehungsweise Untersuchungszahlen. Weiterhin entfällt das bisher obligatorische Eingangskolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission, wenn die (mündliche) Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ nicht länger als 48 Monate zurückliegt.

In diesem Zusammenhang wurde die Möglichkeit geschaffen, die geforderte 12-monatige Tätigkeit in einer qualifizierten „schmerztherapeutischen Ausbildungseinrichtung“ auch halbtags durchzuführen. So kann künftig diese Tätigkeit auch in der Niederlassung eher berufsbegeleitend durchgeführt werden.

SCHMERZTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG

Bei den Anforderungen an die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten wurde ein

Hinweis aufgenommen, dass der Arzt einen multimodalen Therapieansatz unter Einbeziehung physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Kompetenz frühzeitig prüfen soll.

Die Vorgabe, dass an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorgehalten werden müssen, bleibt bestehen. Diese Vorgabe bezieht sich künftig aber nicht mehr auf den Arzt, sondern auf die Einrichtung, was sämtliche Praxisstandorte einschließt. So können Schmerztherapeuten künftig an einem Tag beispielsweise zwei spezielle Sprechstunden in ihrer Hauptbetriebsstätte und die anderen zwei in einer Zweigpraxis anbieten.

Bislang sollte der Arzt der KV diejenigen Patienten nennen, die sich mehr als zwei Jahre in seiner schmerztherapeutischen Behandlung befinden. Die weitere Behandlung dieser Patienten wurde dann gegebenenfalls von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission abhängig gemacht. Diese Vorgabe wurde dahingehend abgewandelt, dass es der KV künftig freigestellt ist, vom Arzt solche Angaben anzufordern und gegebenenfalls ein Kolloquium durchzuführen.

EINFÜHRUNG EINER DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG NACH GENEHMIGUNGSERTEILUNG

Neu in der Schmerztherapie-Vereinbarung ist die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei Ärzten, denen erstmals eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von schmerztherapeutischen Leistungen erteilt wurde (12 Fälle aus den ersten 4 Abrechnungsquartalen). Danach findet wie bisher eine regelmäßige Dokumentationsprüfung statt.

TEILNAHME AN SCHMERZ-KONFERENZEN

Schließlich wurden die Anforderungen an eine schmerztherapeutische Ausbildungseinrichtung geändert. Einzelpraxen, die nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie anerkannt sind, müssen 10 interdisziplinäre Schmerzkonferenzen pro Jahr durchführen. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Kay Siebolds,
Tel: 22802-478
E-Mail:
kay.siebolds@kvhh.de
Svenja Mindermann,
Tel: 22802-684
E-Mail:
svenja.mindermann@kvhh.de

Qualitätssicherung Ultraschall

Am 1. Oktober 2016 sind Änderungen der Ultraschall-Vereinbarung in Kraft getreten. Hier das Wichtigste im Überblick.

ABNAHME- UND KONSTANZPRÜFUNGEN VON ULTRASCHALLGERÄTEN: ERLEICHTERUNGEN BEI TECHNISCHEN PRÜFUNGEN

Bei neu zugelassenen Ultraschallgeräten muss für die Abnahmeprüfung kein Bilddokument mehr vorgelegt werden. Es ist künftig ausreichend, wenn eine Hersteller- / Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers vorgelegt wird.

Bei der Prüfung von gebrauchten Ultraschallgeräten ist nunmehr die Vorlage eines aktuellen Wartungsprotokolls ausreichend, sofern daraus hervorgeht, dass die Leistungsfähigkeit des Systems hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht. Ersatzweise kann jedoch weiterhin ein Ultraschallbild vorgelegt werden, welches dann durch die beratende Ultraschallkommission der KV Hamburg begutachtet wird. Die Konstanzprüfung der Ultraschallgeräte erfolgt statt alle 4 Jahre nun regelmäßig alle 6 Jahre.

SICHERSTELLUNG DER HYGIENE BEI ENDOSONOGRAFIESONDEN

Bei neuen Endosonografiesonden oder Sonden, die vor dem 1. Oktober 2016 erworben wurden, aber erst nach diesem Datum der KV Hamburg angezeigt werden, ist es erforderlich, dass der Hersteller oder Vertreiber der Sonden bestätigt, dass die bestehenden Anforderungen an die Hygiene und die Aufbereitung von Endosonografiesonden erfüllt sind. Die Bestätigung erfolgt durch die Hersteller- / Gewährleistungserklärung. Die Hygieneanforderungen ergeben sich aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und den Anforderungen an Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Hygieneprodukte und der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionshygiene beim Robert-Koch-Institut.

Für Endosonografiesonden, die bis zum 31. März 2017 neu angeschafft werden, kann der Hygienenachweis (Hersteller- / Gewährleistungserklärung) nachgereicht werden.

QUALITÄTSPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN IM EINZELFALL

Die zufallsgesteuerte Stichprobenprüfung, in deren Rahmen die KV Hamburg Ultraschallbefunde, rechtfertigende Indikation und Bilddokumente anfordert und anhand einer einheitlichen Prüfungsmatrix durch die beratende Ultraschallkommission begutachten lässt, wird fortgeführt. Ab dem 1. Januar 2017 werden statt 3 Prozent nunmehr 6 Prozent der Hamburger Ärzte, die eine Ultraschallgenehmigung erhalten haben, zur Stichprobenprüfung herangezogen. Die Erhöhung bezieht sich auf Ärzte, die erstmalig eine Ultraschallgenehmigung erhalten haben.

FACHLICHE BEFÄHIGUNG

Was die nachzuweisenden Untersuchungszahlen betrifft, wurden die Divergenzen zwischen den Regelungen des Vertragsarztrechts und denen des Weiterbildungsrechts (Muster-WBO der Ärztekammer) weiter abgebaut.

Beantragt der Arzt eine Genehmigung für weitere Anwendungsbereiche derselben Ultraschallmethode, werden bei bereits nachgewiesener Fachkompetenz die Nachweiszahlen reduziert.

FLEXIBILISIERUNG BEI ULTRASCHALLKURSEN

Bisher konnten nur mehrtägige, zusammenhängende Ultraschallkurse (Kursblöcke: Grund-, Aufbau- und Abschlusskurse) berücksichtigt werden. Künftig können auch Kurse in einzelnen (Tages-)Modulen akzeptiert werden. So lassen sich die Kurse besser in den Praxisalltag integrieren. Die bestehenden Kursangebote sind weiter anerkennungsfähig. ■

Ansprechpartner:
Maïke Exner,
Tel: 22802-406
Kay Siebolds,
Tel: 22802-478
Saskia Willms,
Tel: 22802-631



Datenschutz-Seminar für Fortgeschrittene

Aufbauend auf unser Seminar „Datenschutz in der Arztpraxis“ bietet dieses Seminar die Gelegenheit, sich über Neuerungen und aktuelle Entwicklungen zu informieren. Zielgruppe sind Praxisinhaber, Datenschutzbeauftragte der Praxis und Praxispersonal.

Die Teilnehmer erfahren, wie man einen Datenschutz-Check in der eigenen Praxis durchführt, in welchem Rahmen Patientendaten weitergegeben werden dürfen und wie man Datensicherheit bei Nutzung moderner Hard- und Software gewährleistet. Außerdem werden Fallbeispiele aus der Praxis diskutiert. ■

Termin: **Mi. 30.11.2016 (9.30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr: **€ 149 inkl. Getränke und Imbiss**

Ort: **KV Hamburg, Heidenkampsweg 99**

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Seminar zum Konfliktmanagement: Tatort Praxis

Von verbalen Attacken über Aggressionen bis zur Gewalt – Ärzte und Praxismitarbeiter gehören zu den gefährdeten Berufsgruppen. Psychische Belastungen werden nur selten aufgearbeitet, prophylaktische Maßnahmen zur Konfliktprävention bisher zu wenig ergriffen. Das Seminar vermittelt Grundlagenwissen: Was könnte passieren? Welche vorbeugenden Maßnahmen sollte man in der Praxis ergreifen? Wie sollte man im Aggressionsmoment reagieren, um zu deeskalieren? ■

Termin: **Mi. 30.11.2016 (14 - 18 Uhr)**

Teilnahmegebühr: **€98 inkl. Getränke und Imbiss**

Ort: **Satellite-Office im Gutruf-Haus, Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg)**

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Seminar QM aktuell

Dieses Seminar erklärt, was eine Praxis beachten muss, um die Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA zu erfüllen. Die Richtlinie betrifft alle Praxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Ziel des Seminars ist es, das Qualitätsmanagementsystem weiterzuentwickeln und es aktuell zu halten. Außerdem soll der praktische Nutzen von Qualitätsmanagement für die Praxis klar herausgearbeitet werden.

Zielgruppe sind Praxisinhaber und Praxismitarbeiter. Die Teilnehmer erhalten Arbeitsmaterial, damit eine Umsetzung in der eigenen Praxis nachhaltig erfolgen kann. ■

Termin: **Mi. 16.11.2016 (9.30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 inkl. Getränke und Imbiss

Ort: **KV Hamburg, Heidenkampsweg 99**

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Infos zur Anmeldung:
www.kvhh.de → **Qualität → Qualitätsmanagement**

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Meine **Praxis** im **Netz!**

Sichere Wege der Kommunikation

Wir zeigen Ihnen wie!



Hamburger
Forum für sichere
Kommunikation im
Gesundheitswesen

23.11.2016

Hotel Atlantic Kempinski Hamburg

www.hamburger-forum.net



Umgang mit Sprechstundenbedarf

Was Sie beachten müssen, um unnötige Mehrarbeit und Regresse zu vermeiden

Aus den bisherigen Erfahrungen mit den Sprechstundenbedarfs-Prüfungen und dem Austausch mit den Krankenkassen lässt sich ableiten, worauf Ärzte besonders achten sollten, um unnötige Mehrarbeit und Regresse zu vermeiden. Wir haben einige wichtige Punkte für Sie zusammengefasst. Ergänzend finden Sie auf unserer Homepage die aktualisierte Liste der regressgefährdeten Mittel im Sprechstundenbedarf. (www.kvhh.de → **Verordnungen** → **Sprechstundenbedarf**)

AUGENSALBEN/-TROPFEN (OPHTHALMIKA)

Cortisonhaltige Augensalben/-tropfen können als Arzneimittel für Notfälle bei Verätzungen und Verbrennungen im Sprechstundenbedarf angefordert werden. Bitte achten Sie bei der Wahl der Präparate unbedingt auf das zugelassene Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Präparate, die nicht explizit bei Verbrennungen/Verätzungen zugelassen sind, werden von der Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) beanstandet.

Neben cortisonhaltigen Augensalben/-tropfen als Notfallarzneimittel können folgende Ophthalmika als diagnostische und therapeutische Mittel zur Anwendung in der Praxis angefordert werden:

- acetylcholinhaltige Augentropfen zur Herstellung einer schnellen, kompletten Miosis im Rahmen eines operativen Eingriffs
- nur antibiotikahaltige Augensalben/Augentropfen zur Infektionsprophylaxe am Auge
- Mydriatika (keine Inserte)
- pilocarpinhaltige Augentropfen zur Pupillenverengung

Es können nur Monopräparate der genannten Wirkstoffe als Sprechstundenbedarf angefordert werden. Augensalben/-tropfen, die Wirkstoffkombinationen enthalten (z.B. Antibiotikum und Cortison) werden regressiert.

REZEPTUREN

Die Anforderung von Rezepturen im Sprechstundenbedarf ist kritisch zu prüfen. Grundsätzlich können Rezepturen nur dann angefordert werden, wenn sie in Anlage 2 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung gelistet und günstiger als verfügbare Fertigarzneimittel sind. Darüber hinaus sind auch bei Rezepturen zwingend die in Anlage 2 ggfs. genannten zusätzlichen Voraussetzungen zu beachten.

Beispiel: Wie oben beschrieben, sind Ophthalmika nur unter bestimmten Voraussetzungen anforderbar. Diese Grundsätze gelten auch für Rezepturen. Nicht als Sprechstundenbedarf können also angefordert werden:

- Rezepturen von Augensalben/-tropfen mit mehreren Wirkstoffen (Kombinationen aus Cortison und Antibiotikum)
- der „Nachbau“ nicht mehr verfügbarer Augensalben, die Wirkstoffe enthalten, welche nicht in Anlage 2 genannt sind (z.B. Glycortison-Augensalbe)

EINMAL-INFUSIONSNADELN

Laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung sind Einmal-Infusionsnadeln (auch Butterflykanülen) als Sprechstundenbedarf zulässig – allerdings nur für die Anwendung zur Infusion. Einmalkanülen für die Blutentnahme (auch Butterflykanülen, wie z.B. Safety Multifly®-Kanüle, BD VACUTAINER® Blutentnahme Set) sind nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Kapitel 7.1. EBM) bereits in den Gebührenordnungspositionen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig. ■

Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmitteln:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

Die Nutzenbewertung ist die Entscheidungsgrundlage dafür, wie viel die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff zahlt, und muss als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage XII) von allen Vertragsärzten berücksichtigt werden.

Wirkstoffe und/oder Indikationen, die gegenüber der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie keinen Zusatznutzen aufweisen und für die noch kein Erstattungsbetrag vereinbart wurde, könnten gegebenenfalls als unwirtschaftlich gelten. Verordnungen unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall sind möglich, müssen jedoch gegebenenfalls auch in einem Prüfverfahren plausibel begründet werden können. Diese Präparate sollten daher (zumindest) bis zum Abschluss des Verfahrens zurückhaltend eingesetzt werden.

Aktuell hat der G-BA zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst: Isavuconazol (Cresemba®), Alirocumab (Praluent®), Fingolimod (Gilenya®, neues Anwendungsgebiet), Aflibercept (Eylea®, Visusbeeinträchtigung aufgrund einer myopen choroidalen Neovaskularisation), Secokinumab (Cosentyx®, neues Anwendungsgebiet), Lumacaftor/Ivacaftor (Orkambi®), Ivacaftor (Kalydeco®, neues Anwendungsgebiet), Cobimetinib (Cotellic®), Carfilzomib (Kyprolis®), Blinatumomab (Blincyto®), Sacubitril/

Valsartan (Entresto®), Rilpivirin (Edurant®, neues Anwendungsgebiet), Elvitegravir/Cobicistat/Emtricitabin/Tenofoviralafenamid (Genvoya®), Efmoroctocog alfa (Elocta®), Crizotinib (Xalkori®, neues Anwendungsgebiet), Mepolizumab (Nucala®), Ibrutinib (IMBRUVICA®, erneute Nutzenbewertung - chronische lymphatische Leukämie, Mantelzell-Lymphom, Morbus Waldenström, Überschreitung der 50 Mio. €), Umeclidinium (Incruse®), Vismodegib (Erivedge®, Neubewertung nach Fristablauf), Brivaracetam (Briviact®).

Eine aktuelle Übersicht über alle Wirkstoffe, für die das Verfahren der frühen Nutzenbewertung abgeschlossen ist oder derzeit durchgeführt wird, finden Sie auf den Internet-Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dort ist auf einen Blick zu erkennen, ob die bewerteten Wirkstoffe gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen aufweisen. Ärzte erhalten Hinweise zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung, sowie zur Wirtschaftlichkeit und erfahren außerdem, ob die Wirkstoffe bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheiten anerkannt sind. ■

Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Frühen Nutzenbewertung: www.kbv.de → Service → Verordnungen → Arzneimittel → Frühe Nutzenbewertung

Infos zum Medikationsplan für Praxen und Patienten

Seit 1. Oktober 2016 haben Patienten Anspruch auf einen Medikationsplan, wenn sie mindestens drei verordnete, systemisch wirkende Medikamente gleichzeitig einnehmen.

Was Ärzte darüber wissen sollten, hat die KBV in einer Praxisinformation zusammenge-

fasst. Darüber hinaus stellt die KBV eine Patienteninformation zur Verfügung, die Praxen ausdrucken und bei Bedarf an ihre Patienten weitergeben können. ■

Info-Materialien im Internet: www.kbv.de/html/medikationsplan.php

»Wir gehen behutsam vor«

Der Leiter des Hamburgischen Krebsregisters, Dr. Stefan Hentschel, über die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, die Besteuerung der Meldevergütungen und mögliche Strafen für Meldeverweigerer

Welchen Nutzen bringt das klinische Krebsregister für die medizinische Versorgung?

HENTSCHEL: Die deutsche Onkologie leidet unter einem Mangel an Daten aus der Versorgungspraxis. Durch die flächendeckende klinische Krebsregistrierung werden relativ schnell aussagekräftige Daten zur Verfügung stehen. Das ist der große Vorteil dieser Einrichtung: Wir bekommen einen Überblick über das reale Versorgungsgeschehen ohne Verzerrung durch bestimmte Studienkollektive.

Kann ein Arzt auf Daten zur Vorgeschichte seines Patienten zugreifen?

HENTSCHEL: Ja. Die medizinische Vorgeschichte eines onkologischen



Dr. Stefan Hentschel
Leiter des Hamburgischen Krebsregisters

Patienten zu recherchieren, kann für einen Arzt ziemlich mühselig sein. Im Krebsregister sind die gemeldeten Informationen zur Patientenhistorie bereits zusammengeführt und können dem Arzt oder der Ärztin zur Verfügung gestellt werden. Diese Informationen müssen allerdings, wie andere anamnestische Angaben, durch den Arzt oder die Ärztin verifiziert werden. Wir werden die Daten orientierend bereitstellen können.

Ist der Zugriff auf diese Daten bereits möglich?

HENTSCHEL: Nein. Hierzu benötigen wir ja erst einmal plausible Diagnose- und Behandlungsinformationen. Das wird voraussichtlich im Jahr 2017 oder 2018 möglich sein.

Wann wird das Melderportal fertig sein, mit dem die Praxen ihre Daten elektronisch übertragen können?

HENTSCHEL: Das Melderportal ist fertig entwickelt und wird derzeit eingerichtet. Ich gehe davon aus, dass es nach einer Anlaufphase im Oktober nachfolgend ab Ende November für die Kolleginnen und Kollegen nutzbar sein wird. Mit einer entsprechenden Praxissoftware können Praxen ihre Diagnose- und Behandlungsdatensätze dann ohne Doppelarbeit an das Krebsregister übertragen. Die Daten per Hand einzugeben, ist deutlich weniger effizient, aber natürlich auch möglich. Das kann für Ärztinnen und Ärzte sinnvoll sein, die nur wenige Fälle zu melden haben.

Wie verbreitet sind denn Praxissoftware-Produkte, die eine direkte Datenübertragung ermöglichen?

HENTSCHEL: Das Krebsregister hat bisher von elf verschiedenen Praxissoftware-Produkten direkte Meldungen entgegengenommen.

Funktioniert die Vergütung der Meldungen?

HENTSCHEL: Wir sind eines der ersten Bundesländer, die das automatische Abrechnungsverfahren auf alle Krankenkassen ausweiteten. Die Meldungen aus den Jahren 2014 und 2015 sind derzeit fast komplett mit den großen Hamburger Krankenkassen abgerechnet. Mit den kleineren Krankenkassen arbeiten wir die Meldevergütungen für diesen Zeitraum ebenfalls sukzessive ab. Parallel dazu haben wir jetzt mit der Abrechnung des ersten Halbjahres 2016 begonnen.

Werden die Meldungen an das Krebsregister der Umsatzsteuerpflicht unterliegen?

HENTSCHEL: Die Auffassung der Hamburger Gesundheitsbehörde ist ganz klar: Die Meldung ist Teil der onkologischen Heilbehandlung, weil dadurch die ärztliche Therapieentscheidungen verbessert werden sollen. Deshalb darf es unserer Ansicht nach keine Umsatzsteuerpflicht geben. Diesen Standpunkt teilen die Gesundheitsministerien der anderen Bundesländer und auch das Bundesgesundheitsministerium. Wir haben diesen Standpunkt gegenüber den Steuerbehörden mehrfach deutlich gemacht, aber es ist noch keine abschließende bundesweite Entscheidung gefallen.

Was geschieht, wenn sich eine Praxis der Meldepflicht verweigert?

HENTSCHEL: Eine Nichtbeachtung der Meldepflicht ist eine Ordnungswidrigkeit. Wir können das nicht dauerhaft tolerieren. Allerdings muss niemand befürchten, unangekündigt ein Ordnungswidrigkeitsverfahren auf den Tisch zu bekommen. Wenn wir wissen oder begründet annehmen, dass eine Praxis melden muss, es aber nicht tut, werden wir ihr die Gelegenheit geben, sich zu äußern. Sollte es zu einem Ordnungswidrigkeitsverfahren kommen, werden wir die Höhe des Bußgeldes danach bemessen, wie groß die Menge der versäumten Meldungen ist. Wir werden sicher nicht mit der Maximalsumme beginnen, aber es wird teurer werden, wenn das erste Ordnungswidrigkeitsverfahren wirkungslos bleibt und wir ein weiteres Verfahren anstrengen müssen. Wir gehen behutsam vor.

Können sich die Ärzte an das Krebsregister wenden, um sich beraten zu lassen?

HENTSCHEL: Wir stehen für Auskünfte zur Verfügung. Es gibt Melderbetreuer für die verschiedenen Fachdisziplinen. Ich selbst bin für die Kolleginnen und Kollegen natürlich auch ansprechbar. Wir bieten außerdem schriftliches Informationsmaterial sowie Fortbildungen an, haben eine übersichtliche Internetseite und versenden regelmäßig per E-Mail einen Newsletter. Unsere Fortbildungsveranstaltungen zur Tumordokumentation finden einmal pro Monat statt.

Arbeiten Sie bei der Interpretation der Daten mit den Niedergelassenen zusammen?

HENTSCHEL: Aber sicher. Das Krebsregister ist kein Datenfriedhof. Unser Ziel ist es, die Daten für die onkologische Heilbehandlung nutzbar zu machen. Das wird nur zusammen mit interessierten Ärztinnen und Ärzten gehen. Wir sehen uns in großen Bereichen als Servicestelle. In diesem Jahr hat auch die erste regionale Qualitätskonferenz stattgefunden. Bei diesen Konferenzen geht es darum, die Auswertung der Daten vorzustellen und zu diskutieren – und herauszufinden, welche Schwerpunkte für die Hamburger Ärztinnen und Ärzte von besonderem Interesse sind. ■

Ansprechpartner:
Hamburgisches Krebsregister (HKR)
 Billstraße 80
 20539 Hamburg
 Telefon: (040) 42837 – 2211
 Fax: (040) 42731 – 0094
 E-Mail: hamburgischeskrebregister@bgv.hamburg.de
www.hamburg.de/krebsregister/



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Was heißt hier »positiv«?

Sensitivität, Spezifität und Vorhersagewerte: Was diese Parameter über die Verlässlichkeit eines positiven Diagnose-Testergebnisses aussagen

VON HARRIET SOMMER, VALÉRIE LABONTÉ UND GABRIEL TORBAHN IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Diagnostische Tests liefern Hinweise darauf, ob eine Krankheit beziehungsweise eine Infektion vorliegt oder nicht. Doch mit den Ergebnissen sollte man vorsichtig umgehen. Wie wahrscheinlich ist es, dass ein Patient mit einem positiven Testergebnis tatsächlich krank/infiziert ist?

Um das Testergebnis in der klinischen Anwendung interpretieren zu können, bedient man sich der Wahrscheinlichkeitsrechnung. Der positive Vorhersagewert (positive predictive value/PPV) ist die Wahrscheinlichkeit, bei positivem Testergebnis tatsächlich krank/infiziert zu sein. Will man den PPV berechnen, braucht man folgende Parameter:

- **Sensitivität:** die Wahrscheinlichkeit, ein positives Testergebnis zu erhalten, wenn die Krankheit/Infektion tatsächlich vorliegt
- **Spezifität:** die Wahrscheinlichkeit, ein negatives Testergebnis zu erhalten, wenn die Krankheit/Infektion nicht vorliegt

- **Prävalenz:** die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient krank/infiziert ist (abhängig von der Risikogruppe, der dieser Patient zugehört)

Nehmen wir an, ein HIV-Test hat eine Sensitivität von 99,9 Prozent. Das bedeutet, dass bei 99,9 Prozent der Infizierten das Ergebnis eines Bluttests positiv ausfällt (richtig positiv). Nehmen wir weiter an, dieser Test hat eine Spezifität von 99 Prozent, was bedeutet, dass 99 Prozent der Nicht-Infizierten ein negatives Testergebnis erhalten (richtig negativ).

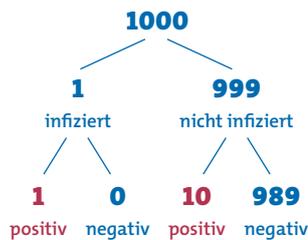
Das sind hohe Prozentzahlen. Man könnte annehmen, damit sei die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit einem positiven Testergebnis tatsächlich krank/infiziert ist, ebenfalls sehr hoch. Doch das ist ein Fehlschluss. Bei der Interpretation der Testergebnisse wird häufig die Krankheitsprävalenz nicht genügend beachtet. Sie spielt aber eine wichtige Rolle. Trotz einer hohen Sensitivität und Spezifität gibt es Konstellationen, in denen die Mehrheit der Screening-Positiven in Wahrheit gesund ist.

Zur Veranschaulichung dieses Zusammenhangs soll im Folgenden der positive Vorhersagewert des oben beschriebenen HIV-Tests in Abhängigkeit der Krankheitsprävalenz errechnet werden. Ein Wert für die Prävalenz der Risikogruppe, der ein Patient zugehört, kann aus Erfahrungswerten oder aus einer vorliegenden Querschnittsstudie stammen.

GERINGES RISIKO

Angenommen, wir haben in einer Screening-Situation 1000 Personen mit einer HIV-Prävalenz von 0,1 Prozent – was der Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung ent-

spricht (Marcus 2015). Das heißt: In dieser Risikogruppe ist statistisch eine von 1000 Personen infiziert und wird wegen der hohen Sensitivität von 99,9 Prozent auch

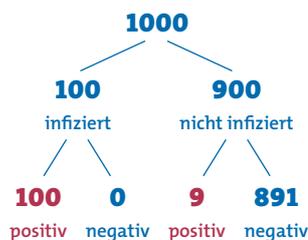


sehr wahrscheinlich positiv getestet. Von den 999 Nicht-Infizierten werden bei einer Spezifität von 99 Prozent etwa 10 Personen (1 Prozent) ein falsch positives Ergebnis erhalten.

Damit haben wir insgesamt 11 Personen mit einem positiven Testergebnis, von denen aber nur eine infiziert ist. Wird ein Patient positiv getestet, besteht also eine statistische Wahrscheinlichkeit von lediglich 1/11, dass er wirklich infiziert ist. Der positive Vorhersagewert (PPV) in dieser Risikogruppe beträgt also 9 Prozent.

HOHES RISIKO

Nun angenommen, wir sprechen von einer Hochrisikogruppe mit einer HIV-Prävalenz von 10 Prozent. Dann sind unter 1000 Personen 100 HIV-Infizierte, die wahrscheinlich alle (nämlich zu 99,9 Prozent) richtig positiv getestet werden.



Von den 900 Gesunden werden etwa 9 (1 Prozent) falsch positiv getestet.

Nun haben wir insgesamt 109 positiv Getestete, von denen immerhin 100 tatsächlich HIV-infiziert sind. In diesem Fall hat der positiv getestete Patient die hohe Wahrscheinlichkeit von 100/109, dass er tatsächlich infiziert ist. Der positive Vorhersagewert (PPV) liegt in dieser Risikogruppe bei 92 Prozent.

ÄNDERUNG DES POSITIVEN VORHERSAGEWERTS

Die Wahrscheinlichkeit, bei einem positiven Ergebnis auch tatsächlich krank/infiziert zu sein, unterscheidet sich also je nach Risikogruppe erheblich.

In der folgenden Tabelle wird die Änderung des positiven Vorhersagewerts (PPV) bei einer Sensitivität von 99,9 Prozent und einer Spezifität von 99 Prozent in Abhängigkeit der Prävalenz angegeben.

Risiko	Prävalenz	Positiver Vorhersagewert (PPV)
gering	0,1 % (1 von 1000)	9 % (1 von 11)
mittel	1 % (10 von 1000)	50 % (10 von 20)
hoch	10 % (100 von 1000)	92 % (100 von 109)

Als Merkregel lässt sich festhalten: Je höher die Prävalenz (bei gleichbleibenden Werten für Sensitivität und Spezifität), desto verlässlicher ist ein positives Testergebnis.

Formel für positiven Vorhersagewert

Die mathematische Formel für die Berechnung des positiven Vorhersagewerts (PPV) nach Bayes lautet:

$$PPV = \frac{\text{Sensitivität} \times \text{Prävalenz}}{\text{Sensitivität} \times \text{Prävalenz} + (100\% - \text{Spezifität}) \times (100\% - \text{Prävalenz})}$$

Setzt man die Maßzahlen aus unserem Beispiel für „hohes Risiko“ ein, erhält man folgende Rechnung:

$$PPV = \frac{99,9\% \times 10\%}{99,9\% \times 10\% + (100\% - 99\%) \times (100\% - 10\%)} = 92\%$$

Harriet Sommer, Dipl.-Math.

Valérie Labonté, Dipl.-Biol., MPH

Gabriel Torbahn, B.Sc.E&V, MPH

Cochrane Deutschland – Universitätsklinikum Freiburg

E-Mail: sommer@cochrane.de;

labonte@cochrane.de;

torbahn@cochrane.de

Altman DG, Bland JM. Diagnostic tests 2: predictive values. British Medical Journal; 309:102 (1994)

Bayes T. An essay toward solving a problem in the doctrin of chance; MD Comput; 8:157-71 (1991) ; 96:116–21 (2001)

Marcus, U, an der Heiden, M. Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland. RKI Epidemiol Bull, 45, 475-48 (2015)

Schneider A, Dinant GJ, Szecsenyi J. Zur Notwendigkeit einer abgestuften Diagnostik in der Allgemeinmedizin als Konsequenz des Bayes'schen Theorems; Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes.; 100 (2006)

Wegwarth O, Gigerenzer G. Risiken und Unsicherheiten richtig verstehen lernen, Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (2011)





Leserbrief

KVH-Journal Nr.10/2016:
"Dicke leben länger", S. 28

**Richtiger wäre:
"Manche Dicke leben
länger"**



Der Beitrag von Frau Prof. Mühlhauser geht von einem alten Stand der Ernährungsmedizin aus. "Diäten", was darunter auch immer zu verstehen ist, besonders wenn sie restriktiv und radikal sind, wurden von Ernährungsmedizinern noch nie empfohlen. Stattdessen steht die individualisierte Ernährungsmodulation mit Coaching im Fokus der Behandlungsmaßnahmen. "Diäten" werden von der Yellow Press propagiert und führen zu einer erschreckenden Consumer Confusion, so dass die Übergewichtigen nicht wissen, wie sie sich ernähren sollen.

Die LookAHEAD Studie als Beweis für die Nutzlosigkeit der Gewichtsreduktion anzuführen, geht von der überkommenen Fokussierung auf die Gewichtsreduktion aus. Gewichtskontrolle sollte nicht unbedingt die Senkung zum Ziel haben, sondern die Optimierung der Lebensqua-

lität und die Optimierung der Risikofaktoren. Und dies ist in der LookAHEAD-Studie auch gelungen – neben einer Senkung der Prävalenz von Microalbuminurie, Schlafapnoe, Hypertonie, Hyperlipidämie, Depression und einer Absenkung des Medikamentenbedarfs. Insbesondere wurden weniger Statine nötig. Dies mag die kardiovaskuläre Mortalität auch beeinflusst haben. 11,5 Prozent der Patienten erreichten sogar eine langanhaltende Remission gegenüber 2 Prozent in der Kontrollgruppe! Das bedeutet Jahre ohne Insulin! Die Da-Qing-Studie aus China – mit ähnlichem Aufbau – zeigt übrigens nach 15 bis 20 Jahren eine Verbesserung der kardiovaskulären Sterblichkeit. Anders ausgedrückt: Die LookAHEAD-Studie wurde zu früh abgebrochen, und die Erwartungen an Lebensstilmodifikation waren überzogen.

Insgesamt ist das Resümee "Dicke leben länger" falsch. Es sollte besser heißen "manche Dicke leben länger", aber nur so lange, wie sie nicht so dick sind, dass sie sich nicht mehr fortbewegen können. Und genau das ist das Problem, besonders in Deutschland. Whitlock hatte in Lancet 2009 nachgewiesen, dass die Krebshäufigkeit durch Übergewicht um 10 Prozent, die Diabetessterblichkeit um 120 Prozent,

die Infarkte um 40 Prozent und die Gesamtsterblichkeit um 30 Prozent steigen.

Arnold Schwarzenegger hatte einen BMI von 33. Es ist der Bauchumfang, der zählt. Dies schränkt die Aussagekraft aller Studien ein, die ein Obesity Paradox proklamieren.

Der lapidare Hinweis, man möge lieber die Lebensbedingungen der Menschen in Deutschland verbessern, wirkt vor diesem Hintergrund wie Hohn angesichts des Leidens vieler Millionen Übergewichtiger Menschen, die auf Hilfe vom Gesundheitssystem hoffen und sie nicht ausreichend bekommen. Übergewicht ist ab einer gewissen Grenze Behinderung, Leiden, Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit und Isolation.

Dr. Matthias Riedl

Diabetologe, Ernährungsmediziner, Internist

Geschäftsführer und Ärztlicher Leiter des Medicum Hamburg MVZ

Entgegnung der Autorin

Herr Riedl weist darauf hin, dass Interventionen nur erfolgreich sein können, wenn "es individualisierte Ernährungsmodulation mit Coaching" gibt. Gerade das ist aber in der LookAHEAD-Studie geschehen.

Die Interventionen waren so intensiv, dass sie selbst im Deutschen Gesundheitssystem nicht breitenwirksam implementierbar wären.

Aber das Studienziel der LookAHEAD-Studie war gerade nicht, wie von Herrn Riedl angeführt, die Surrogatparameter zu modulieren, sondern primär die für Patienten relevanten Endpunkte der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität positiv zu beeinflussen. Dass Gewichtsabnahme metabolische Messwerte beeinflusst, wird nicht in Frage gestellt. Da die LookAHEAD-Studie eine offene Studie war, sind Effekte auf Lebensqualität und Verordnung von Medikamenten (bei fehlender Information über eventuelle Einflüsse auf die Adhärenz zu den verordneten Medikamenten) jedoch nur bedingt aussagekräftig. In jedem Fall kann der Nutzen von statistisch signifikanten, jedoch oftmals wenig relevanten Unterschieden in Risikomarkern eben letztlich nur an den für die Patienten relevanten Endpunkten gemessen werden, und diese ließen sich nicht beeinflussen in der LookAHEAD-Studie.

Statt die Ergebnisse der qualitativ hochwertigen randomisiert-kontrollierten Studien wie der LookAHEAD-Studie zu akzeptieren, verweist Herr Riedl auf eine Meta-

Analyse von Kohortenstudien aus dem Jahr 2009. In meinem Beitrag habe ich jedoch sogar die aktualisierte Meta-Analyse der Kohortenstudien aus dem Lancet im Jahr 2016 diskutiert.

Dass der BMI ein nicht brauchbares Maß für die Lebensprognose von Menschen ist, sollte aus meinem Beitrag deutlich geworden sein. Das bedeutet jedoch nicht, dass andere Maße zur Abbildung der Gestalt eines Menschen vernünftiger wären, zumal die Statur eines Menschen – und die damit assoziierten Risiken – wesentlich durch seine Gene geprägt ist, wie schon Johann Wolfgang von Goethe wusste: "Vom Vater hab ich die Statur, ... vom Mütterchen die Frohnatur."

Die Beweislast für Ernährungsinterventionen liegt bei jenen Ärzten, die solche Maßnahmen propagieren. Kohortenstudien eignen sich nicht für diese Beweisführung.

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser

Universität Hamburg /
MIN Fakultät, Gesundheitswissenschaften

Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge

- 7. Nachtrag zum Datenstellenvertrag

Hinweis: Kündigung von Verträgen

- (Pflegeheim) Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen der KV Hamburg und der BARMER GEK und dem BKK-Landesverband NORTHWEST und der Knappschaft

Der o. g. Vertrag wurde von der Knappschaft zum 31. März 2017 gekündigt.

Hinweis: Neue Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

In allen DMP-Verträgen wurden neue Listen zu den teilnehmenden Betriebskrankenkassen angefügt. Grund hierfür ist die Fusion der BKK Beiersdorf mit der DAK-Gesundheit zum 1. Juli 2016.

Erratum:

- 41. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit dem BKK-Landesverband NORTHWEST: Vertrag zur Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg:

Das Deckblatt zur Anlage 2c wird ausgetauscht; dies enthielt einen falschen Bezug.

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

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802 – 900

6. Tag der Allgemeinmedizin

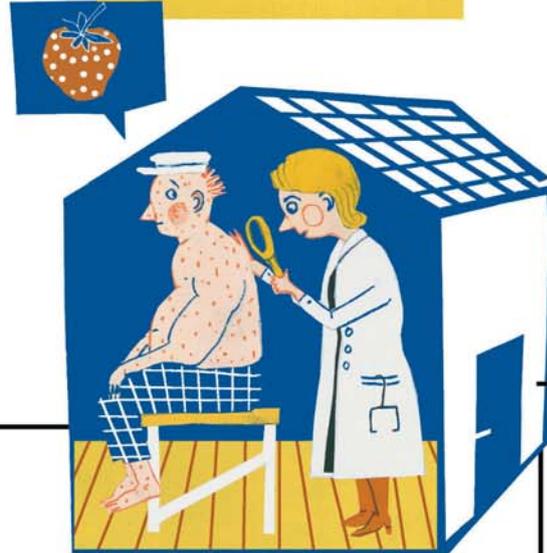
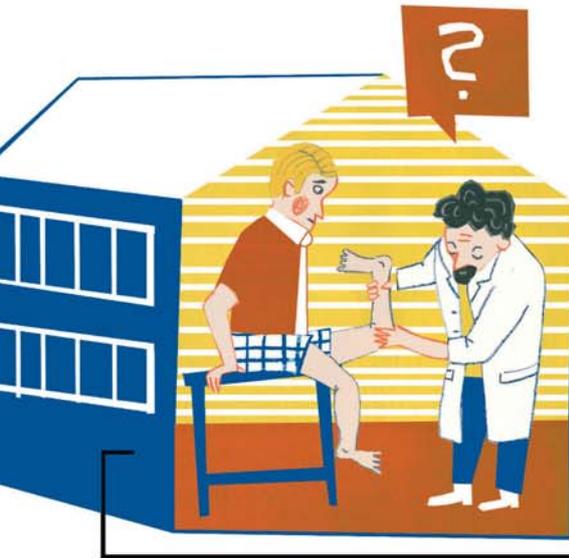
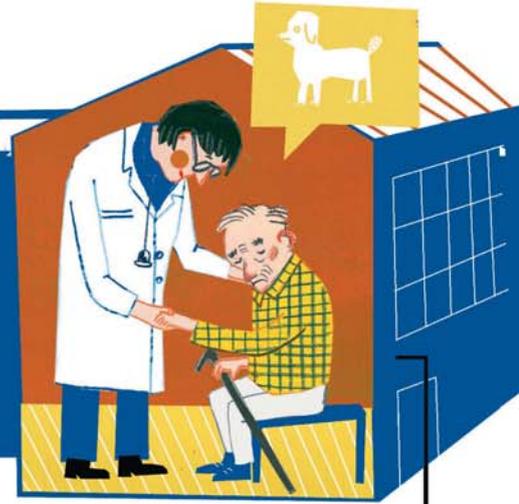
Spezialisiert auf den ganzen Menschen

5.11.2016
UKE Hamburg

9:00 - 16:30 Uhr
Campus Lehre, N55

Karten und
Workshopplätze
vor Ort erhältlich

www.uke.de/tda
Kontakt: Thomas Kloppe
Tel: 040 7410 56479
Institut für Allgemeinmedizin, UKE



für das
gesamte
Praxisteam

unabhängige Fortbildungen für
das gesamte Praxisteam in über
45 Workshops

Plenums-Highlight

Dr. med. Matthias Janneck

Ärztliches Denken

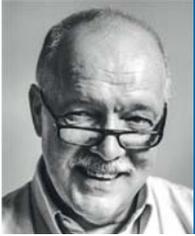
→ ärztliche Denkfehler

Wir laden Sie herzlich ein.

UKE

Institut für
Allgemeinmedizin

DEGAM
Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Todesursache

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

Im Mai 2016, also schon vor sechs Monaten, wurde im angesehenen *British Medical Journal* über eine US-amerikanische Untersuchung berichtet, die mich sofort elektrisierte. Ich war mir sicher, dass diese Untersuchungsergebnisse gewaltige Reaktionen hervorrufen würden, in medizinischen Fachblättern, aber auch in der breiten Öffentlichkeit. Schon der Titel der Veröffentlichung verschlug mir die Sprache: „Fehler in der Medizin – die dritthäufigste Todesursache in den USA“. Ich wartete ab. Aber nichts folgte, gar nichts geschah, keine aufgeregten Sondersendungen, keine einzige Talkshow.

Was ist eigentlich eine Todesursache? Die Todesursachenstatistik entsteht durch die Auswertung der ärztlichen Eintragungen auf den Totenscheinen. Damit ist das erste Problem verbunden: Wenn man etwa durch eine Krebserkrankung so stark geschwächt ist, dass man stürzt, sich die Knochen bricht und operiert werden muss, kann man in Folge der Bettlägerigkeit an einer Lungenentzündung erkranken und sterben. Was ist in diesem Fall die Todesursache?

Das zweite Problem entsteht dadurch, dass die Definition von Todesursachen vom eigenen Standpunkt abhängt, also in keiner Weise objektiv ist. Wenn man Statistik aus der Sicht der Ernährungswissenschaft betreibt, dann ist es die Fettsucht, die auf Platz eins der Todesursachen stehen müsste. Die Folgeerkrankungen der extremen Übergewichtigkeit sind Herz-Kreislauf-Schäden, Stoffwechselstörungen oder sogar auch Krebs, heißt es. Wenn man streng katholisch ausgerichtete Veröffentlichungen zur Hand nimmt, dann wird als häufigste Todesursache und mit großem Abstand die Abtreibung an erster Stelle genannt. Wenn man die Kriminalstatistik und die Todesursachenstatistik zusammenführt, dann gehört – zumindest in den USA – der Mord zu den zehn häufigsten Todesursachen. Verkehrsunfälle sind die Ursache für Tausende von Toten jedes Jahr. Bei den Anschlägen auf die Twin Towers in New York vor 15 Jahren kamen etwa 3000 Menschen ums Leben. Danach mieden viele Menschen für eine gewisse Zeit

das Flugzeug und reisten vermehrt mit dem Auto. Dadurch stieg in den USA die Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle um etwa 1600. Todesursache Autounfall oder Todesursache Terrorangst?

Es ist mit den Statistiken über Todesursachen also viel komplizierter, als es auf den ersten Blick erscheint. Wenn man die wirklichen Ursachen beiseitelässt, so sind es Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Leber- und Lungenerkrankungen, Infektionen und Unfälle, die in unserem Land für etwa 80 Prozent aller Todesfälle verantwortlich gemacht werden können. Wenn man sich damit aber nicht zufriedengeben will und weiter forscht, dann tauchen plötzlich die medizinischen Fehler als Todesursachen an dritter Stelle auf, obwohl sie kein einziges Mal auf den ärztlichen Eintragungen der Totenscheine vermerkt worden sind.

Und da dieses erschütternde Ergebnis wissenschaftlich erwiesen ist, kann es niemand ernsthaft von der Hand weisen, dass sich in der Medizin dringend etwas ändern muss.

chirurg@hontschik.de, www.medicinHuman.de

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



STECKBRIEF

Prof. Dr. Hartwig Mensing

Leiter/Moderator Qualitätszirkel Dermatologie (seit 1996)

Name: **Prof. Dr. Hartwig Mensing**

Geburtsdatum: **24.08.1951**

Familienstand: **verheiratet, 2 Söhne (beide Dermatologen), 5 Enkelkinder**

Fachrichtung: **Dermatologie**

Weitere Ämter: **Vorsitzender Facharztausschuss Dermatologie und Prüfer, Mitglied Kommission Qualitätsprüfung Dermatohistopathologie**

Hobbys: **Sport, Musik**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Dermatologie unterliegt ebenso wie alle anderen Fachdisziplinen einem steten Wandel, hervorgerufen durch einen geradezu galoppierenden Wissenszuwachs. Den universellen Hautarzt gibt es eigentlich nicht mehr, da niemand die Entwicklung in der Grundlagenforschung und der daraus resultierenden Erkenntnis für Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie alleine mehr bewältigen kann. Die Einladung von Spezialisten für Allergologie, Phlebologie, Onkologie, Dermatochirurgie etc. und die offene Diskussion über deren Kenntnisse und Erfahrungen in einem relativ kleinen Kreis von Kollegen, die sich meist langjährig kennen und an einem Erfahrungsaustausch aktiv teilnehmen, gibt die meines Erachtens beste Mischung aus Auffrischung und Neuerwerbung von Kenntnissen und ungezwungener, effizienter Fortbildung. Darüber hinaus kommt es durch solche Interaktionen zwischen klinisch und in der Praxis tätigen Ärzten zu einer Verminderung der wachsenden Kluft zwischen Klinik und Praxis.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen? Schwerpunkte im engeren Sinne gibt es nicht, sondern den Versuch, über zwei bis drei Jahre die wichtigsten o.g. Spezialfächer der Dermatologie abzuhandeln, angereichert alternierend mit Diskussion aktueller Fälle, deren Diagnostik und Therapie, um nicht nur theoretisches Wissen, sondern auch ganz praktische Ideen für die tägliche Praxis mitnehmen zu können.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Abbau und nicht ständig zunehmende Reglementierung und damit Behinderung der Ausübung einer vernunftorientierten Praxisführung. Speziell im Bereich Fortbildung erscheinen mir die neuerdings geforderten, persönlichen Informationen eingeladener Referenten als weit überzogen und hinderlich (wiederholte Absagen).

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Umfassendes Wissen und Zeit, jede Erkrankung eines mich aufsuchenden Patienten richtig zu diagnostizieren und zu behandeln und ihn in einer fachlichen, aber darüber hinaus auch allgemeinen Fragestellung zu seiner Lebenssituation richtig zu beraten und zu betreuen. Unabhängig von seinem Versicherungsstatus, seiner Herkunft oder seinem sozialen Stand. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 1.12.2016 (ab 19 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QM aktuell	Datenschutz für Fortgeschrittene	Tatort Praxis
Das Seminar richtet sich an alle Praxen, die wissen wollen, ob sie mit ihrem QM gut aufgestellt sind und ob sie die QM-Richtlinie erfüllen.	Für alle, die bereits ein Datenschutzseminar besucht haben und sich über Änderungen und neue Urteile informieren wollen. Auch zum Auffrischen gedacht.	Das Seminar vermittelt Strategien zum Konfliktmanagement in der Praxis: Vorbeugende Maßnahmen, Deeskalation im Aggressionsmoment.
10 FORTBILDUNGSPUNKTE	10 FORTBILDUNGSPUNKTE	4 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 16.11.2016 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Mi. 30.11.2016 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Mi. 30.11.2016 (14-18 Uhr) € 98 inkl. Getränke und Imbiss
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg	Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg	Ort: Satellite-Office im Gutruf-Haus, Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg)
Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

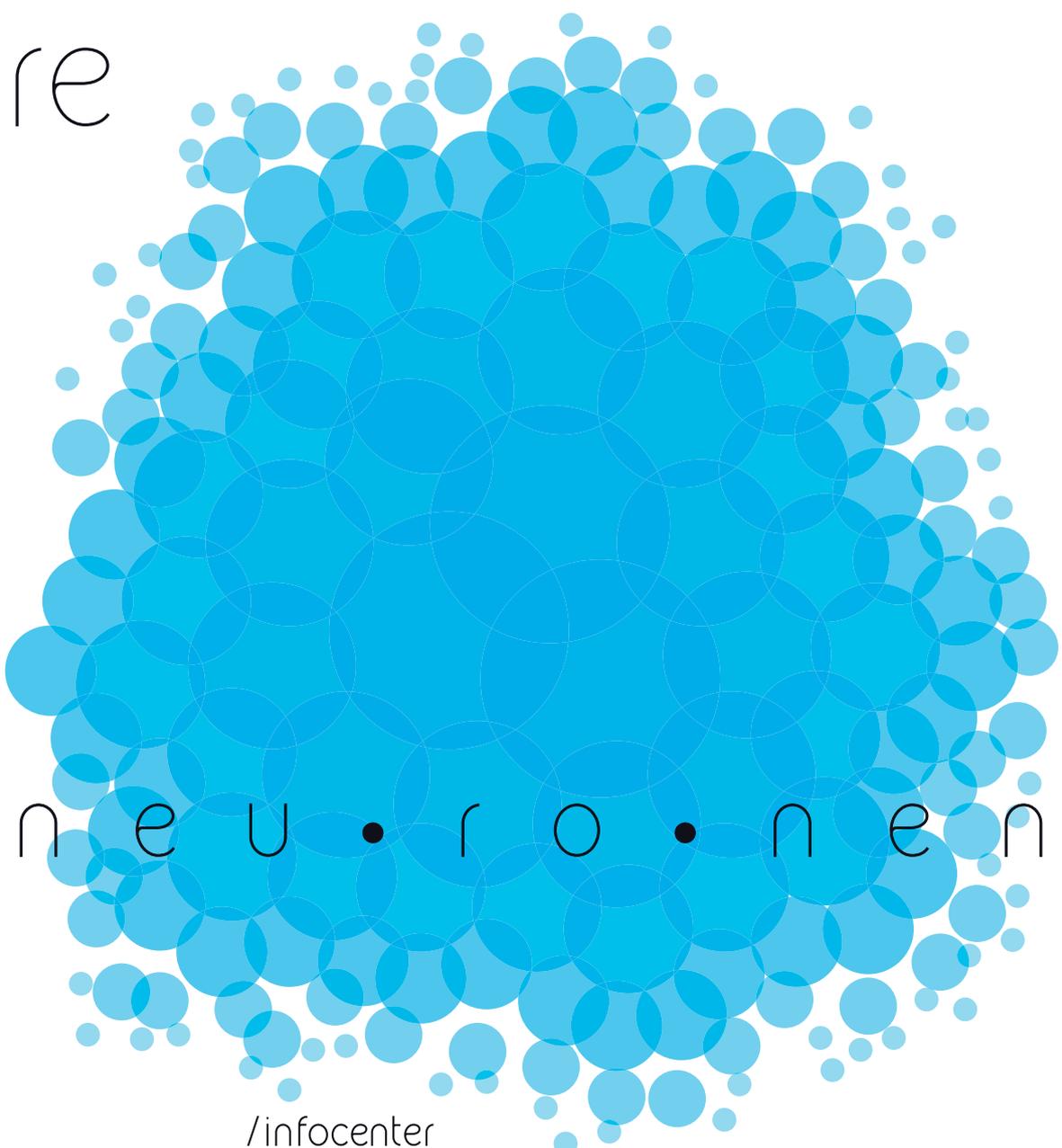
Grundschulung für Unternehmer	Fortbildung für Mitarbeiterinnen: „Gefährdungsbeurteilung I“
Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen. BGW-zertifiziertes Seminar	Zur Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
8 FORTBILDUNGSPUNKTE	
Mi. 30.11.2016 (15-20 Uhr), weiterer Termin: Fr. 2.12.2016 € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Mi. 14.12.2016 (15-18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Tel: 278063-47, Fax: 278063-48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de	

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen	Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen	Sprechstundenbedarf
Für Ärzte und Praxispersonal: Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen	Für Ärzte: Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen	Für Praxispersonal: Vertiefung der Kenntnisse zum Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen
Termine und weitere Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld Stichwort „Zi-DMP“ eingeben	Mi. 30.11.2016 (14-19 Uhr) € 90	Mi. 14.12.2016 (15-17 Uhr) € 25
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b; Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de ; Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html		

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 4. QUARTAL 2016 VOM 2. BIS 13. JANUAR 2017

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!