

KVH journal

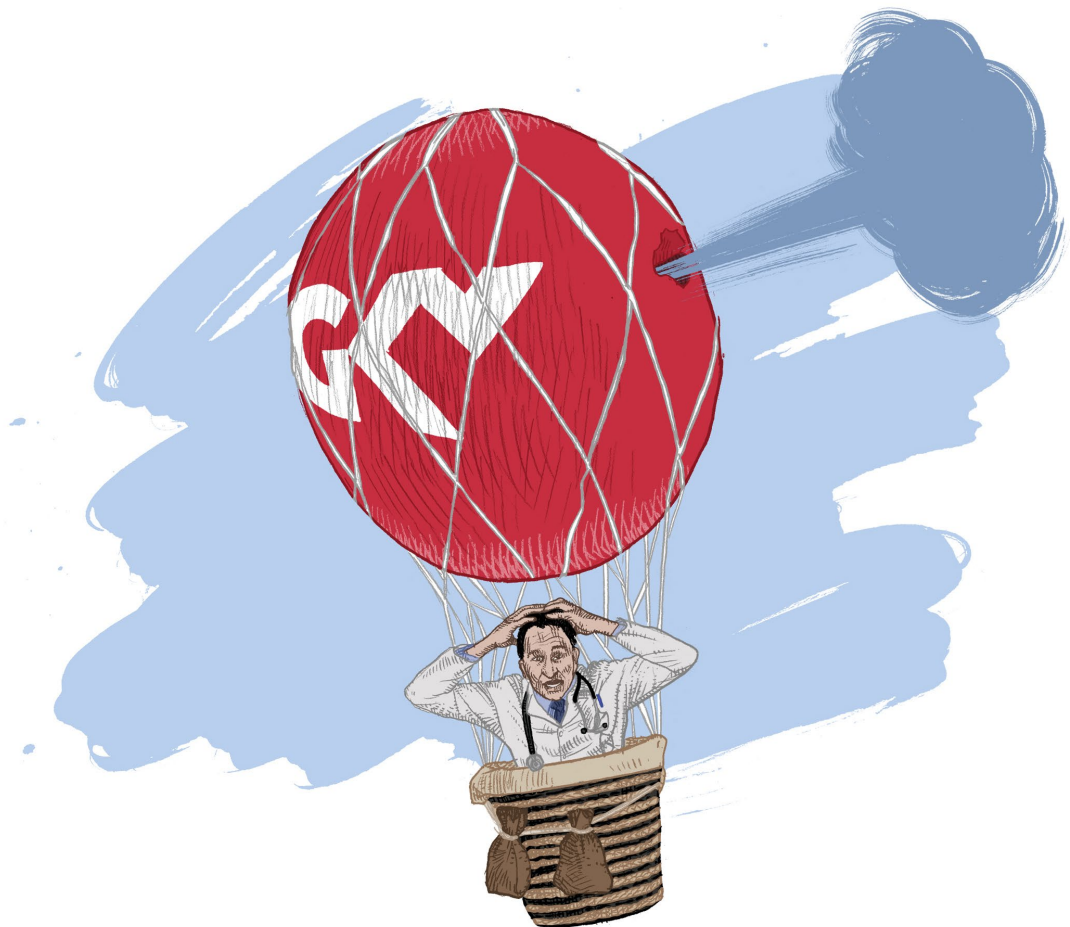


ePAPER
Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**

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

IN SCHIEFLAGE

*Warum die GKV eine
bessere Finanzierung braucht*



E-REZEPT

Testversion für Übungszwecke

KV HAMBURG

Caroline Roos wiedergewählt

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 12/2022 (Dezember 2022)



Carbon neutral

Print product
ClimatePartner.com/12682-2202-1013



Liebe Leserin, lieber Leser!

Der Kostendruck auf die Praxen nimmt zu. Die Vertreterversammlung der KV Hamburg forderte am 2. November 2022 in einer einstimmig angenommenen Resolution ein finanzielles Unterstützungspaket für die ambulante Versorgung. Bei den Mitgliedern der Vertreterversammlung stößt auf Unverständnis, dass Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach eine Acht-Milliarden-Euro-Unterstützung für die Krankenhäuser in Aussicht stellt, die Niedergelassenen aber vollständig ignoriert.

Auch die KBV hat sich deutlich positioniert. Es bestehe „dringlicher Bedarf, die Akteure des Gesundheitswesens einheitlich vor den drastischen Kostenanstiegen zu schützen“, heißt es in einem Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und Bundeswirtschaftsminister Robert Habeck. Deshalb sei es unabdingbar, dass auch die niedergelassenen Praxen in die geplanten Härtefallregelungen aufgenommen werden.

Den Praxen wäre allerdings schon geholfen, wenn sie bekämen, was ihnen eigentlich ohnehin zusteht: eine volle Auszahlung der Honorare und einen realistischen Inflationsausgleich. Doch auch die Krankenkassen verweigern sich. Sie fordern für die kommenden zwei Jahre jeweils Nullrunden beim vertragsärztlichen Honorar – obwohl gesetzlich vorgeschrieben ist, die Investitions- und Betriebskosten bei der Anpassung des Orientierungspunktwerts für das Honorar zu berücksichtigen.

Statt nach Kassenlage die ambulante Versorgung zu schwächen, sollte die GKV solide finanziert werden. Der Vorsitzende der KV-Vertreterversammlung, Dr. Dirk Heinrich, hat hierfür auf den nachfolgenden Seiten einige überzeugende Lösungsansätze zusammengetragen (Seite 8).

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06**_ Nachgefragt: Statements zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz
- 08**_ Praxen unter Druck: Die GKV-Finzen müssen auf eine solide Basis gestellt werden
- 12**_ Ende der Neupatientenregelung: Warum wir nun eine schnelle und vollständige "Rückbereinigung" brauchen
- 14**_ Höhere Zuschläge für schnelle Terminvermittlung

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.

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten
- 18_** Informationen für Praxis-Teams auf der KV-Hamburg-Webseite
- 19_** Muster-Vertrag für Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeheimen

TELEMATIK

- 20_** Probedurchlauf: Testen Sie das eRezept!

ARZNEIMITTEL

- 21_** Doc-Hopper-Verdachtsfälle

KV INTERN

- 28_** Caroline Roos als stellvertretende KV-Hamburg-Vorsitzende wiedergewählt

SELBSTVERWALTUNG

- 29_** Steckbrief: Dr. med. Jan Noack


**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 24_** Bewertung individueller Gesundheitsleistungen im IGeL-Monitor

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 26_** Zwischenruf von Dr. med. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

- 30_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Titelfoto: Asylab, Seite 3: Marco Grundt; Seite 9: Virchowbund/Lopata-axentis.de; Seite 13: Franziska Urban; Seite 15: Christoph Jöns, pixel-shot.com/7999796-0; Seite 19: Christoph Jöns; Seite 20: Gematik; Seite 28: Melanie Vollmert, Christoph Jöns; Seite 30: Michael Zapf, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vanessa Himmler; Icons: iStockfoto



Statements zum GKV-Finanz- stabilisierungsgesetz



Dr. Jana Husemann

Fachärztin für Allgemeinmedizin auf St. Pauli
und Vorsitzende des Hausärzterverbandes Hamburg

Wir brauchen die Entbudgetierung!

Derzeit sieht es für die hausärztlichen Praxen in Hamburg ziemlich düster aus: Die Budgetierung mit einer Auszahlungsquote von unter 80 Prozent und Inflationsraten von 10 Prozent bei angekündigten Nullrunden der Krankenkassen bereiten uns große Sorgen. Dazu kommen jetzt auch noch Honorareinbußen durch den Wegfall der Neupatientenregelung. Der Zuschlag für die Terminvermittlung an fachärztliche Praxen ist lächerlich gering.

Unsere Strategie konzentriert sich auf zwei Aspekte. Erstens: Wir werden mit allem Nachdruck die Entbudgetierung der Honorare im hausärztlichen Bereich einfordern. Sollte eine volle Honorierung auf Bundesebene nicht umsetzbar sein, müssen wir eine regionale Regelung für Hamburg finden.

Zweitens: Wir werden noch stärker den Ausbau der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) vorantreiben. Ohne die HZV als drittes Standbein werden die Hausarztpraxen bald nicht mehr wirtschaftlich zu führen sein.

Durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz soll der Zuschlag für die Terminvermittlung an fachärztliche Praxen auf 15 Euro angehoben werden. Für dieses Geld wird keine Hausärzt:in oder MFA zum Hörer greifen, um fachärztliche Praxen abzutelefonieren. Aussicht auf Erfolg hätte das Modell nur, wenn es schnelle und einfache Vermittlungswege gäbe. Die Radiologische Allianz hat eine Online-Plattform zur Terminbuchung entwickelt. Ansonsten sind mir bisher keine fachärztlichen Kolleg:innen bekannt, die ein solches Angebot umgesetzt hätten. ■



Dr. Michael Reusch

Dermatologe in Niendorf und
Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD)



Dr. Joachim Grefe

ärztlicher Psychotherapeut in Eppendorf
und Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Willkürlich und konzeptlos

Die Abschaffung der Neupatientenregelung sollte für uns ein Weckruf sein. Selten zuvor wurde so deutlich erkennbar, wie geringschätzend die Gesundheitspolitik mit den Niedergelassenen umgeht. Während andere Gesellschaftsbereiche Zusagen für finanzielle Unterstützung erhalten, wird den Praxen in dieser Krise Geld entzogen. Das lässt für die Zukunft nichts Gutes ahnen. Im Zuge des demographischen Wandels türmt sich vor uns eine immense Morbidität auf. Wie kann das Gesundheitssystem angesichts dieser Herausforderung seriös finanziert werden? **Dem Bundesgesundheitsminister fällt nichts Besseres ein, als jene zu belasten, die das Gesundheitssystem tragen und die Arbeit leisten.** Dieser konzeptlosen Politik müssen wir uns entschieden widersetzen. ■

Vertrauen in die Politik ist erschüttert

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wird sich nur geringfügig auf die Honorare der psychotherapeutisch tätigen Niedergelassenen auswirken. Wir haben aufgrund zeitgebundener und nicht delegierbarer Leistungen vergleichsweise niedrigere Fallzahlen und entsprechend weniger Neupatienten. **Aber auch wir sind von der Abschaffung der Neupatientenregelung betroffen: durch die offensichtlich gewordene Unzuverlässigkeit im Umgang mit den Niedergelassenen.** Die (auch von Karl Lauterbach selbst damals vorgetragene) Argumentation für die Einführung der Neupatientenregelung war ja angemessen und stichhaltig: Es ist mehr Aufwand, Neupatienten aufzunehmen, deshalb sollten diese Leistungen besser vergütet werden. Diese Regelung nun aufgrund kurzfristiger Sparbestrebungen wieder zu streichen, erschüttert das Vertrauen aller Niedergelassenen in die Gesundheitspolitik. ■

VON DR. MED. DIRK HEINRICH

Praxen unter Druck

Die GKV-Finzen müssen dringend auf eine solide Basis gestellt werden. Doch die Bundesregierung agiert kopflos und unzuverlässig.



Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach scheut offenbar davor zurück, die dringend notwendigen Reformen zur Finanzierung des Gesundheitswesens auf den Weg zu bringen.

Sein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz löst keine Probleme, im Gegenteil: Es schwächt die ambulante Versorgung. Die im Gesetz vorgesehene bessere Vergütung von TSS-Terminfällen und Hausarztvermittlungsfällen kann den Wegfall der Neupatientenregelung nicht kompensieren. Auf welche Ideen wird der Minister nächstes Mal kommen, wenn kurzfristig Finanzlöcher zu stopfen sind? Will er die HZV-Verträge streichen? Die 140er Verträge? Die DMP?

Die Bundesregierung weiß eigentlich sehr wohl, dass die GKV-Finzen auf eine solide Basis gestellt werden müssen. Im Koalitionsvertrag heißt es: „Wir bekennen uns zu einer stabilen und verlässlichen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Den Bundeszuschuss zur GKV dynamisieren wir regelhaft. Wir finanzieren höhere Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln.“

Dabei greifen selbst diese Maßnahmen noch zu kurz. Der medizinische Fortschritt und die demografische Entwicklung werden zwangsläufig zu höheren Kosten führen. Das ist zwar seit langem bekannt, doch muss Politik diese

Tatsachen zunächst einmal öffentlich anerkennen, zugeben und dann Lösungen entwickeln. Doch selbst die Umsetzung der angekündigten nur mittelfristig wirksamen Maßnahmen lässt auf sich warten.

Die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen in der GKV machen einer Schätzung des IGES-Instituts zufolge rund 16,4 Prozent der gesamten GKV-Leistungsausgaben aus. Zu den versicherungsfremden Leistungen gehören die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern, Erziehungs- und Mutterschaftsgeld, Krankengeld oder allgemeine Präventionsleistungen – und Leistungen für ALG II-Empfänger und Geflüchtete. Versicherungsfremde Leistungen zu



Dr. Dirk Heinrich:
"Schluss mit den Luftbuchungen!
Die versicherungsfremden
Leistungen müssen vollständig
durch Steuermittel gegen-
finanziert werden!"

finanzieren, darf nicht alleine den GKV-Beitragszahlern aufgebürdet werden. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Der Staat unterstützt die GKV durch Steuermittel (siehe Kasten). Dieser staatliche Zuschuss soll im kommenden Jahr um 2 Milliarden Euro erhöht werden. Um die gesamten Ausgaben der GKV für die versicherungsfremden Leistungen zu decken, müsste der Staatszuschuss den Berechnungen des IGES zufolge jedoch um knapp 27 Milliarden Euro erhöht werden (IGES-Analyse: „Abschätzung des Finanzbedarfs in der GKV bis 2025“, Juni 2021).

Zum Vergleich: Das Defizit im GKV-System, mit dem das Sparge-

	Steuer-Zuschuss an die GKV für „versicherungsfremde Leistungen“
2012	14,0 Mrd. €
2013	11,5 Mrd. €
2014	10,5 Mrd. €
2015	11,5 Mrd. €
2016	14,0 Mrd. €
2017	14,5 Mrd. €
2018	14,5 Mrd. €
2019	14,5 Mrd. €
2020	14,5 Mrd. €
2021	14,5 Mrd. €
2022	14,5 Mrd. €

Quelle:
 Bundesgesundheitsministerium
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html>

setz gerechtfertigt wurde, beträgt 17 Milliarden Euro.

Unsere Forderung ist klar: Die versicherungsfremden Leistungen müssen zu 100 Prozent durch Steuermittel gegenfinanziert werden. Schluss mit den Luftbuchungen! Wir brauchen eine vollständige Finanzierung und eine saubere Buchführung, um zu verhindern, dass das GKV-System noch stärker in Schieflage gerät.

Die Praxen müssen sich ohnehin auf schwierige Zeiten einstellen: Die Energiepreise steigen, die Inflation galoppiert. Gehaltsforderungen der MFA von 11 Prozent liegen auf dem Tisch – und sind gerechtfertigt. Auch die MFA müssen ihre Strom- und Gasrechnun-

gen bezahlen, auch sie spüren die Inflation. Dass der Einsatz der MFA gewürdigt wird, ist auch in unserem eigenen Interesse.

Im Jahr 2016 sagten 15 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, dass es „sehr schwer“ sei, offene Stellen in der Praxis mit qualifiziertem Personal zu besetzen. Im Jahr 2022 stieg dieser Anteil auf 48 Prozent an (MLP Gesundheitsreport 2022).

Etwa 22 Prozent der Arztpraxen sind, was qualifiziertes Praxispersonal betrifft, eigenen Angaben zufolge unterbesetzt.

Das ist eine beunruhigende Zahl. Wir müssen unseren Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern ein angemessenes Gehalt bieten – doch

rungspunktwerts ja eigentlich mit einbezogen. Doch das Verfahren bildet den Kostenanstieg ab, der vor zwei Jahren stattgefunden hat.

In normalen Zeiten, in denen die Kosten gleichmäßig steigen, mag die zeitversetzte Betrachtungsweise noch akzeptabel sein. Doch in der gegenwärtigen Situation ist das Verfahren viel zu langsam. Es ist für Krisenzeiten nicht mehr tauglich. Die Praxen sind heute mit der Kostenexplosion konfrontiert, nicht in zwei Jahren.

Deshalb brauchen wir dringend ein neues Verfahren: Der Punktwert muss prospektiv kalkuliert und halbjährlich an die tatsächlichen Verhältnisse angepasst werden. Wir müssen verhindern,

nisatorisch höchst aufwendige Ersatz für den Wegfall mit Hilfe der hausarztvermittelten Termine beweist wiederum die Praxisferne der Regierenden.

Der EBM ist eine Rabattgebührenordnung, die dem Umstand Rechnung trägt, dass wir als KV-Mitglieder im Rahmen eines Sozialsystems mit leichtem Zugang zu den Versicherten arbeiten. Durch die Budgetierung wird unser Honorar aber ein weiteres Mal reduziert.

Die Budgetierung ist ein Instrument aus Zeiten der Ärzteschwemme. Heute jedoch zeichnet sich ein Ärztemangel ab: Ärztinnen und Ärzte der geburtenstarken Jahrgänge gehen in den Ruhestand und versuchen, Nachfolger für ihre Praxen zu finden.

Das ist der Moment, in dem alles unternommen werden müsste, um die Niederlassung für junge Kolleginnen und Kollegen attraktiv zu machen. Dabei geht es nicht nur um wirtschaftliche Sicherheit, sondern auch um den Abbau von Bürokratie und den Schutz vor Regressen.

Bei der Übernahme von Praxissitzen muss verhindert werden, dass junge Kolleginnen und Kollegen in ein aussichtsloses Wettbieten mit profitorientierten Unternehmen geraten. Es gibt bereits einige Fachbereiche, in denen Ärztinnen und Ärzte keine Chance mehr haben, sich in eigener Praxis niederzulassen. Diese Entwicklung muss gestoppt werden. Weder Politiker noch Versicherte können ein Interesse daran haben, dass unser leistungsstarkes und beispiellos effizientes Netz selbstständiger

Auf welche Idee wird Karl Lauterbach nächstes Mal kommen, wenn kurzfristig Finanzlöcher zu stopfen sind?

die Refinanzierung über die Krankenkassen funktioniert nicht. Mit der nun festgesetzten Punktwerthöhung um 2 Prozent ist es bei weitem nicht getan. Eine 11-prozentige Erhöhung der MFA-Gehälter bedeutet für eine durchschnittliche Praxis eine Kostensteigerung von insgesamt etwa 6 Prozent. Wenn ich eine 2-prozentige Erhöhung des Orientierungspunktwerts bekomme (wie dies für 2023 vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt wurde), fehlen mir vier Prozent – die ich an anderer Stelle im Praxisbetrieb einsparen muss.

Nun werden die Personalkosten bei der Kalkulation des Orientie-

das die Praxen wegen der Trägheit des Systems in Schwierigkeiten kommen.

Derzeit müssen einige wichtige Weichen gestellt werden für die Zukunft der ambulanten Medizin. Doch die Politik agiert kopflos und unzuverlässig. Die Gesetzlichen Krankenkassen agieren verantwortungslos. Dass im Koalitionsvertrag die Rede von einer Aufhebung der Budgetierung im hausärztlichen Bereich die Rede ist, mit dem Wegfall der Neupatientenregelung aber einer der vielversprechendsten Ansätze der Entbudgetierung wieder zurückgenommen wird, ist kein gutes Zeichen. Der orga-

Praxen durch investorengetragene MVZ verdrängt werden. Was geschieht, wenn ein profitorientiertes Unternehmen in einem Stadtteil Hamburgs einen relevanten Anteil der Hausarztsitze innehat und an zwei Tagen die Woche ihre Einrich-

sorgt normalerweise für wirtschaftliche Sicherheit und Unabhängigkeit.

Ich würde tatsächlich sagen: Als Vertragsärztin oder Vertragsarzt in Selbstständigkeit niedergelassen zu sein, ist zurzeit die freieste Art,

Oberarzt im Krankenhaus. Auch wenn er keine IGEL-Leistungen anbietet und keine Privatpatienten hat, muss er nach Abzug aller Kosten einen seiner Leistung und seiner Verantwortung angemessenen Unternehmer-Lohn übrigbelassen und außerdem noch Geld zur Seite legen können, um neue Gerätschaften kaufen und Investitionen tätigen zu können.

Wenn er das nicht mehr kann, ist die ambulante vertragsärztliche Versorgung massiv gefährdet. Und an dieser Grenze bewegen wir uns derzeit wieder.

Eine vorwiegend ausgabenorientierte Gesundheitspolitik ist keine solide Grundlage für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und die Ampelkoalition sollten ihren Mut zusammennehmen und strukturelle Reformen angehen, um die Probleme und Missstände in der GKV nachhaltig aufzulösen.

Darüber hinaus sind alle gesellschaftlichen Kräfte, alle Parteien und auch wir aufgefordert, die absehbaren großen Herausforderungen durch den medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung jetzt zu thematisieren und jetzt zu beginnen Lösungen, die es ja durchaus gibt, zu implementieren. ■

DR. MED. DIRK HEINRICH

Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg (bis Anfang 2023), Bundesvorsitzender des Virchowbundes und Vorstandsvorsitzender des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFa)

Die Budgetierung stammt noch aus Zeiten der Ärzteschwemme. Heute jedoch zeichnet sich ein Ärztemangel ab.

tungen schließt, um bestimmte Forderungen durchzusetzen? Das Erpressungspotenzial wäre enorm.

Um zu verstehen, was auf dem Spiel steht, sollte man sich die Vorteile des KV-Systems vergegenwärtigen. In einer vertragsärztlichen Praxis niedergelassen zu sein, bringt vergleichsweise große Freiheiten mit sich. Natürlich bin ich als Vertragsarzt eingebunden in viele Regeln der Gesetzgebung und der KV. Doch ich kann selbstbestimmt arbeiten. Ich kann die Termintaktung selbst einteilen, mein Umfeld selbst gestalten, mein Personal selbst aussuchen. Ich kann meine ärztliche Professionalität selbst definieren, ohne auf kaufmännische Vorgesetzte oder Geschäftsführer Rücksicht nehmen zu müssen.

Auch die Rahmenbedingungen einer Privatpraxis setzen die Ärztinnen und Ärzte bisweilen unter stärkeren wirtschaftlichem Druck, als ihnen lieb ist. Dem ist man als Vertragsarzt nicht im selben Maß ausgeliefert. Der Zugang zu den Kassenpatienten und die Finanzierungsgarantie des GKV-Systems

ärztlich zu arbeiten. Sie trotz der um sich greifenden Deprofessionalisierung unseres freien Berufes.

Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung hängen eng zusammen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind Mitglieder der KV und können die Gremienarbeit zur Gestaltung der Versorgung und ihrer eigenen Arbeitsbedingungen nutzen. Sie können Einfluss nehmen auf die Definition von medizinischer Qualität und ärztlicher Professionalität.

Doch unsere Freiheit ist gefährdet und muss immer wieder verteidigt werden. Die ärztliche Selbstverwaltung wird seit Jahrzehnten immer weiter eingeschränkt und zum Verwaltungs- und Vollzugsorgan der Gesundheitspolitik degradiert. Und in der aktuellen Krise ist jene wirtschaftliche Sicherheit gefährdet, die uns den Spielraum gibt, patientenorientiert und professionell zu arbeiten.

Ein selbstständig niedergelassener Vertragsarzt, der zu 100 Prozent tätig ist, muss mehr verdienen als ein angestellter leitender

»Das wäre dramatisch«

Was bringt das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für die Hamburger Praxen? Der KV-Vorstandsvorsitzende **JOHN AFFUL** über die Tücken der schnellen Terminvermittlung, die Abschaffung der Neupatientenregelung und die unbedingte Notwendigkeit einer „Rückbereinigung“.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz werden die Zuschläge für eine schnelle Terminvermittlung erhöht. Kann das die durch den Wegfall der Neupatientenregelung entstehenden Honorarverluste ausgleichen?

AFFUL: Da bin ich nicht sicher. Die Neupatientenregelung hat gut funktioniert. Die schnelle Terminvermittlung hingegen weist Konstruk-

tionsfehler auf, die auch durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz nicht behoben wurden.

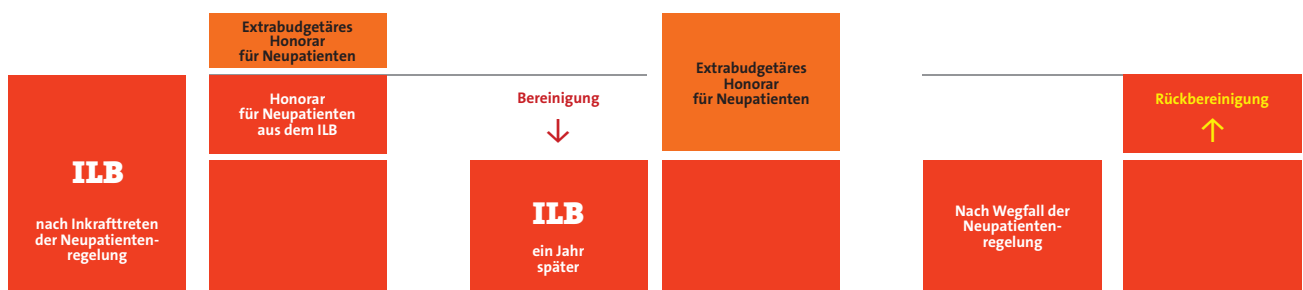
Was meinen Sie?

AFFUL: Der Zuschlag für die vermittelnde hausärztliche Praxis wurde auf 15 Euro angehoben. Das ist nicht geeignet, die Terminvermittlung in Schwung zu bringen. Die fachärzt-

liche Praxis, an die vermittelt wird, erhält bis zu 100 Prozent Zuschlag auf die Grundpauschale. Dahinter bleibt der Anreiz für die hausärztliche Praxis deutlich zurück. Um gut zu funktionieren, müsste das Modell aber für beide Versorgungsbereiche gleichermaßen attraktiv sein.

Sie haben in der Vertreterversammlung darauf hingewiesen,

WIE DIE BEREINIGUNG BEI DER NEUPATIENTENREGELUNG FUNKTIONIERTE - UND WARUM JETZT EINE RÜCKBEREINIGUNG NÖTIG IST



Erstes Jahr, in dem die Neupatientenregelung galt: Für die Behandlung von Neupatienten erhielt die Ärztin oder der Arzt budgetiertes Honorar aus dem ILB. Was zum vollen Preis fehlte, wurde durch extrabudgetäres Honorar ausgeglichen.

Darauffolgendes Jahr: Das ILB der Ärztin oder des Arztes wurde bereinigt. Das heißt: Die Berechnungsgrundlage des ILB wurde reduziert um die Summe, die im Vorjahresquartal für Neupatienten aus dem ILB bezahlt wurde. Die Leistungen für Neupatienten wurden nun vollständig extrabudgetär bezahlt.

Nach Wegfall der Neupatientenregelung: Es gibt kein extrabudgetäres Honorar mehr für Neupatienten. Doch die Patienten sind weiterhin im System und werden auch versorgt. Deshalb muss das Geld, das im Zuge der Bereinigung aus dem Budget genommen wurde, wieder eingezahlt werden (Rückbereinigung).

dass die Abschaffung der Neupatientenregelung zu einer „Rückbereinigung“ führen muss. Was bedeutet das?

AFFUL: Leistungen für Neupatienten wurden bislang zu 100 Prozent bezahlt. Die Umsetzung dieser Regelung erfolgte in zwei Schritten: Im ersten Jahr bekam die Ärztin oder der Arzt für diese Leistungen budgetiertes Honorar aus dem ILB – und zusätzlich außerbudgetär jene Differenz, die zu 100 Prozent fehlte (siehe Kasten). Nach dem ersten Jahr wurde das Honorar für diese Fälle ganz aus dem ILB herausgenommen. Das ILB wurde also „bereinigt“. Die Ärztin oder der Arzt hatte nun zwar ein niedrigeres ILB, bekam die Leistungen für die Neupatienten aber vollständig extrabudgetär bezahlt. Das Problem ist nun: Wenn die Neupatientenregelung ohne zusätzliche Korrekturen wegfällt, gibt es kein extrabudgetäres Geld mehr für Neupatienten – und das Gesamtbudget bleibt niedrig. Diese Patienten sind aber



John Afful, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

nicht verschwunden, sie sind weiterhin im System und werden auch versorgt. Deshalb muss eine „Rückbereinigung“ stattfinden. Was aus dem Budget herausgenommen wurde, muss nun wieder eingezahlt werden.

Dass die Budgets wieder entsprechend angehoben werden müssen, sollte eigentlich selbstverständlich sein. Ist das nicht gesetzlich geregelt?

AFFUL: Im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ist geregelt, dass eine Rückbereinigung erfolgt und dass der Bewertungsausschuss bis Ende November erklärt, wie das genau passieren soll. Mit der Konzeption der Rückbereinigung ist also dasselbe Gremium betraut, das den Orientierungspunktwert festgelegt hat, ohne die aktuelle Inflation und die

Energiekrise zu berücksichtigen. Das hat unser Vertrauen in den Bewertungsausschuss ziemlich erschüttert.

Was würde geschehen, wenn die KV das Geld nicht vollständig zurückbekommt?

AFFUL: Das wäre dramatisch. Wir reden hier über insgesamt etwa 100 Millionen Euro für Hamburg. Wenn die Budgets nicht wieder aufgestockt werden, wird es in Hamburg viele Praxispleiten geben. Das wäre ein Kahlschlag der ambulanten Versorgung, den niemand wollen kann: nicht die Patientinnen und Patienten, nicht die Politik. Und auch nicht die Kassen.

Was ist Ihre Forderung?

AFFUL: Wir müssen dieses Geld vollständig wiederbekommen, und wir müssen es schnell bekommen. Sonst wird die Abschaffung der Neupatientenregelung für die Hamburger Praxen zu einem Fiasko. Darüber hinaus sollten endlich die Voraussetzungen geschaffen werden, dass alle Leistungen auch zu 100 Prozent bezahlt werden. ■

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz: Höhere Zuschläge für schnelle Terminvermittlung

Die Neupatientenregelung wird abgeschafft. Das hat der Bundestag mit der Verabschiedung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes beschlossen. Im Gegenzug soll schnelle Terminvermittlung besser honoriert werden. Die neuen Regelungen gelten ab 1. Januar 2023. Über die Umsetzung wird noch zwischen KBV und GKV-Spitzenverband verhandelt.

ZUSCHLÄGE FÜR TERMINVERMITTLUNG

	Zuschlag bis 31.12.2022	Zuschlag ab 1.1.2023
Behandlung spätestens am 4. Tag / bisher 8. Tag	50%	100%
Behandlung spätestens am 14. Tag	30%	80%
Behandlung spätestens am 35. Tag	20%	40%

Kürzungen bei den offenen Sprechstunden

Auch die Finanzierung der offenen Sprechstunden wird geändert. Untersuchungen und Behandlungen, die dort durchgeführt werden, müssen künftig weitestgehend aus der gedeckelten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden.

TSS-Vermittlungsfall

Ärzte und Psychotherapeuten erhalten für Patienten, die über die Terminservicestellen (TSS) vermittelt werden, höhere Zuschläge auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale. Die Höhe des Zuschlags richtet sich nach dem Zeitraum zwischen Vermittlung und Termin (siehe Tabelle).

Hausarztvermittlungsfall

Die in der Tabelle aufgeführten Zuschläge können Fachärzte künftig auch abrechnen, wenn sie Patienten auf Vermittlung eines Hausarztes

behandeln. Die Behandlung wird weiterhin extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Hausärzte erhalten für die Terminvermittlung statt zehn künftig 15 Euro.

TSS-Akutfall

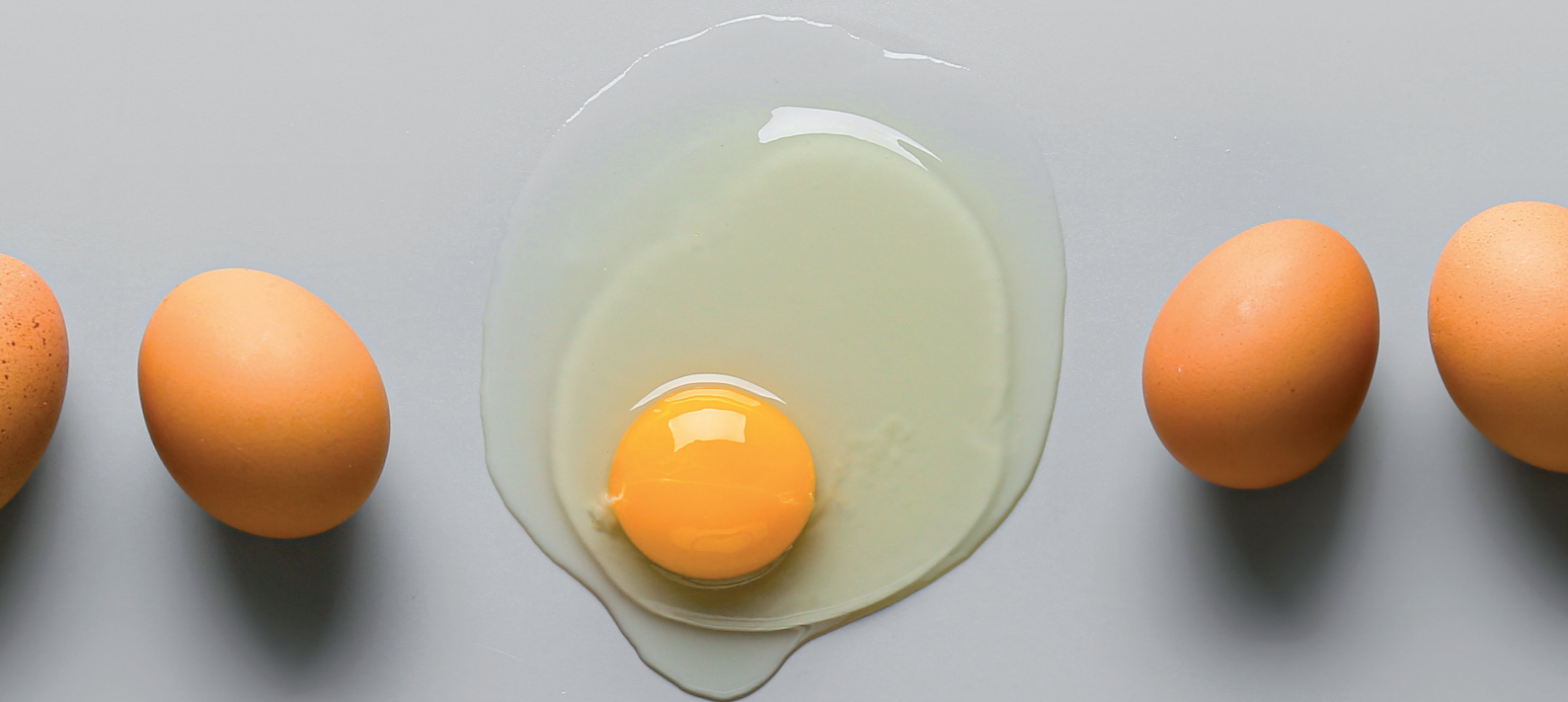
Der Zuschlag für die Vermittlung eines TSS-Akutfalls wurde von 50% auf 200% erhöht. Die Voraussetzung für den 200%-Zuschlag ist, dass ein strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren (SmED) durchgeführt wird. Nur wenn hierbei eine akute ärztliche Behandlungsnotwendigkeit innerhalb der nächsten 24 Stunden festgestellt wird, kann ein Termin als ein TSS-Akutfall vermittelt werden.

Wir informieren Sie, sobald weitere Einzelheiten bekannt gegeben werden. ■

(Stand: 15. November 2022)

Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22802 - 802

Neuer Name
gleicher Inhalt



„Praxisberatung“ heißt jetzt
„Verordnung und Beratung“



Fragen und Antworten

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

VERTRETUNG

Muss ich einen Vertreter benennen, wenn ich meine Praxis weniger als eine Woche schließen möchte?

Ja. Auch bei einer Praxisschließung von weniger als einer Woche muss ein Vertreter benannt werden. Die Vertretung ist jeweils mit der vertretenden Ärztin oder dem vertretenden Arzt abzusprechen und muss in geeigneter Weise bekannt gegeben werden – zum Beispiel durch einen Praxisaushang oder per Anrufbeantworter. Bei einer Schließung, die über eine Woche hinausgeht, muss zusätzlich das Formular „Mel- dung einer Vertretung“ ausgefüllt und an das Arztregister geschickt werden. **Sie finden dieses Formular auf unserer Website unter folgendem Pfad: www.kvhh.net → Formulare für die Praxis → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → V → Vertretung**

Für Psychotherapeutinnen und Psycho- therapeuten gilt diese Regelung jedoch nicht. Grund hierfür ist die besonders enge Patienten- Therapeuten-Beziehung. Eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeuti- schen Leistungen ist einschließlich der proba- torischen Sitzungen unzulässig. Von diesem Grundsatz kann in Härtefällen abgewichen werden.

PSYCHOTHERAPIE

Welche Altersgrenzen gibt die Psy- chotherapie-Richtlinie bei Kindern und Jugendlichen vor?

Gemäß der Psychotherapie-Richtlinie werden Altersgruppen wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind.
- Jugendliche sind Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich ha- ben Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene.

TERMINSERVICESTELLE

Werden die von unserer Praxis ge- meldeten Termine für die Termin- servicestelle (TSS) automatisch ins nächste Jahr 2023 übertragen?

Nein, es gibt keine automatischen Fortschrei- bungen. Sie müssen die Termine, die Sie für die TSS zur Verfügung stellen wollen, explizit ein- tragen oder melden. **Eine Anleitung zum Eintra- gen von Terminen in den digitalen Kalender der TSS finden Sie auf unserer Website: www.kvhh.net → Menü → Praxis → Terminservicestelle → Psychotherapeuten / Hausärzte / Fachärzte / Kinder- und Jugendärzte**

Alternativ können Sie einen Terminmeldebogen nutzen, der auf derselben Seite zur Verfügung steht. Bitte schicken Sie diesen an die E-Mail-Adresse: tss@kvhh.de. Ebenso ist die Terminmeldung auch über eine formlose E-Mail möglich.

ABRECHNUNG

Ich habe gehört, dass die Zeit für die elektronische Datenübermittlung in den organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen Darm- und Zervix-Karzinom verlängert wurde. Ist dies so korrekt?

Ja. Der Bewertungsausschuss hat die Frist auf sechs Wochen nach Quartalsende verlängert, da eine fristgerechte Datenübermittlung häufig nicht möglich ist, weil Befunde, die für eine vollständige Dokumentation benötigt werden, teilweise erst später zur Verfügung stehen. Die Vergütung der Gebührenordnungspositionen (GOP) im Zusammenhang mit der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oFKE-RL) für das Darm- und Zervix-Karzinom sind somit auch gegeben, wenn die Daten erst bis zum 15. Kalendertag des zweiten Monats des jeweiligen Folgequartals vollständig übermittelt werden. Für das erste Quartal 2023 gilt dann eine Abgabefrist bis zum 15. Mai 2023.

Die neue Regelung gilt seit Oktober dieses Jahres.

GRIPPEIMPFUNG I

Dürfen wir Patienten unter 60 Jahren zulasten der Kasse gegen Grippe impfen?

Es kommt darauf an. Anspruch auf eine Influenzaimpfung zulasten der gesetzlichen Kassen haben Personen ab 60 Jahren (Standardimpfung). Für folgende Personengruppen ist nach Schutzimpfungs-Richtlinie unabhängig vom Alter eine Indikationsimpfung vorgesehen:

- alle Schwangeren ab 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab 1. Trimenon
- Personen ab dem Alter von 6 Monaten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens
- Bewohner in Alters- oder Pflegeheimen
- Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen gefährden können.

Darüber hinaus besteht für Personen mit erhöhter beruflicher Gefährdung eine berufliche Indikation. Dazu gehören z. B. medizinisches Personal, Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können.

GRIPPEIMPFUNG II

Ist der hochdosierte Grippeimpfstoff auch für Personen unter 60 zu verabreichen?

Nein, die STIKO empfiehlt für Personen ab 60 Jahren den Hochdosis-Impfstoff Efluelda®. Allerdings können auch diese Personen gemäß Sonderregelung mit einem der inaktivierten quadrivalenten Influenzaimpfstoffe geimpft werden.

Der empfohlene Impfzeitraum ist Oktober bis Mitte Dezember, Impfungen können aber noch bis Ende Februar sinnvoll sein.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Florian Doß, Damla Eymur, Natalie Wawrzeniez



Informationen für Praxis-Teams auf der KV-Hamburg-Website

Die KV Hamburg hat auf ihrer Website ein Informationsangebot speziell für MFA eingerichtet.

Viele Neuregelungen werden im Praxisalltag vor allem von den MFA umgesetzt. Um deren Arbeit zu unterstützen, stellen wir gebündelte Informationen zu aktuellen Themen zur Verfügung: beispielsweise zur eAU, zur Anpassung der Portopauschale oder zur Abrechnung des Hygienezuschlags.

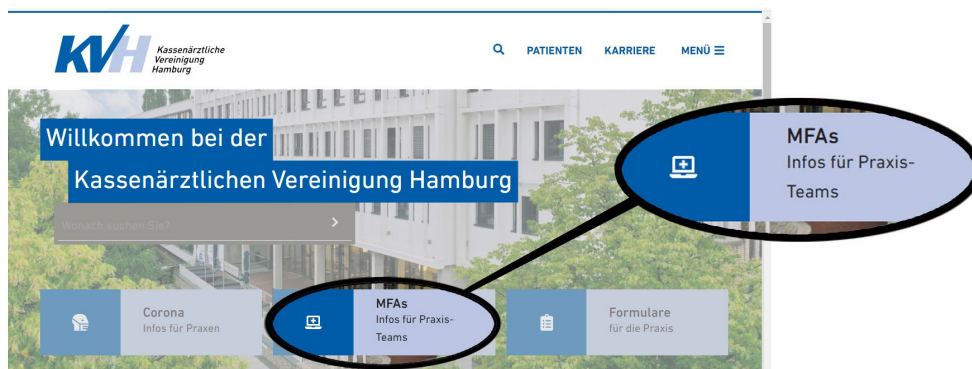
Ziel dieses Angebots ist es, dass MFA auch dann Antworten auf ihre Fragen erhalten, wenn die Abteilung Mitgliederservice telefonisch nicht erreichbar ist (Erreichbarkeitszeiten Mitgliederservice: Mo, Di, Do 8 – 17 Uhr / Mi 8 – 12.30 Uhr / Fr 8 – 15 Uhr).

Der MFA-Bereich auf der KV-Website gibt einen Überblick zu den jeweiligen Themen und erweitert ihn durch Verlinkungen zu anderen Informationsquellen.

NEWSLETTER FÜR PRAXIS-TEAMS: JETZT ANMELDEN UND AUF DEM LAUFENDEN BLEIBEN!

Die KV Hamburg bietet einen Newsletter für Praxis-Teams an. Per E-Mail verschicken wir anlassbezogen Informationen zu aktuellen Themen. Melden Sie sich gerne an:

<https://www.kvhh.net/de/praxis/Praxis-Teams.html>
(ganz unten auf der Seite)



Sie können das neue Informationsangebot direkt über die Startseite der KV-Website erreichen: www.kvhh.de

Die Abteilung Mitgliederservice und Beratung ist in einem ständigen Lern- und Entwicklungsprozess, um das Angebot weiter zu verbessern und den Bedürfnissen der Praxen anzupassen. Ihre Anregungen, Ideen oder weiteres Feedback sind für uns sehr wichtig. E-Mail: feedback-mfa@kvhh.de

Muster-Vertrag für Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeheimen

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können an der Pflegeheimversorgung teilnehmen, wenn sie Kooperationsverträge nach § 119b SGB V mit Pflegeheimen schließen. Für dieses Versorgungsmodell gibt es nun einen Muster-Kooperationsvertrag der KV Hamburg. Dieser muss individuell angepasst werden und ersetzt keine rechtliche Beratung. Die KV übernimmt durch die Bereitstellung keine Haftung.

Wir bitten Sie, dieses Muster für künftige Vertragsabschlüsse zu nutzen.

Der Kooperationsvertrag mit dem Pflegeheim muss bei der KV eingereicht werden, er dient einer besseren Vernetzung und Kommu-

nikation aller Beteiligten und somit der Verbesserung der Pflegeheimversorgung insgesamt. Die damit verbundenen ärztlichen Leistungen werden zusätzlich honoriert (EBM-Kapitel 37). Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Weitere Informationen: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Genehmigung → Antragsformulare, Voraussetzungen, Infos und Ansprechpartner → im Glossar unter „P“ → Pflegeheimversorgung (Kooperations- und Koordinationsleistungen)

Den Muster-Vertrag finden Sie im Reiter „Teilnahmevoraussetzungen“

Ansprechpartner:
Inga Beitz, Tel: 040 / 22802 – 663
E-Mail: inga.beitz@kvhh.de
Tina Stasch, Tel: 040 / 22802 – 451
E-Mail: tina.stasch@kvhh.de
Sebastian von Borstel, Tel: 040 / 22802 – 573
E-Mail: sebastian.vonborstel@kvhh.de



Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf
Überweisung
Arzneimittelvereinbarung
Hilfsmittel
Arbeitsunfähigkeit
Rezepte
Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel
Krebsvorsorge
Entlassmanagement
Einweisung
Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel
Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung
Wirtschaftlichkeitsgebot
Digitale Gesundheitsanwendungen
Krankenpflege
Prüfungsvereinbarung
Heilmittelvereinbarung
Wiedereingliederung
DMP
Substitution
Wirkstoffvereinbarung
Nutzenbewertung
Krankengeld
Antibiotika-Therapie
Arzneimittelmissbrauch

Sie verordnen – wir beraten!

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

Fragen Sie uns einfach!

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



Probedurchlauf: Testen Sie das eRezept!

Sie können die Abläufe in Ihrer Praxis durchspielen und üben, ohne echte Patientendaten zu verwenden

Praxen können das eRezept ausprobieren, bevor sie es erstmals für echte Patientinnen und Patienten anwenden.

Die für den Testdurchlauf notwendigen fiktiven Patientendaten hat die Techniker Krankenkasse (TK) zur Verfügung gestellt: Für „Max TK-Mustermann“ können Praxen ein eRezept anlegen und Signaturen erstellen, ohne einen sozialversicherungsrechtlich relevanten Fall anzulegen.

Es wird eine sogenannte Freitextverordnung ausgestellt, im Freitext der Verordnung trägt die ausstellende Ärzt:in das Wort „Test“ ein. Die Verordnung wird mit dem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) und zugehöriger PIN autorisiert. Anschließend kann das Test-eRezept ausgedruckt werden.

Sofern der Test gemeinsam mit einer Apotheke durchgeführt wird, kann das Rezept nun zur Apotheke gebracht werden. Dort kann das eRezept ins Warenwirtschaftssystem eingelesen werden.

Das Test-eRezept darf allerdings nicht durch die Apotheke beliefert oder abgerechnet werden.

Stattdessen gibt die Apotheke das Rezept wieder frei oder löscht es. Mit dem Test-eRezept ist es also möglich, die Abläufe im Praxisalltag auch ohne echte Patientendaten durchzuspielen und zu üben.

Praxen sollten zusätzlich auch die Schulungsunterlagen der Software-Hersteller nutzen und anschauen. ■



Ausdruck eines Test-eRezepts mit fiktiven Patientendaten

Weitere Erläuterungen zum Testlauf eines eRezepts in Ihrer Praxis: www.kvhh.net → Praxis → Praxis-IT- und Telematik → (ganz unten) aktuelle Meldungen → So einfach geht das eRezept zum Testen

**Ansprechpartner:
Online-Services
Tel: 040 / 22802 -862, -588, -554**

Doc Hopper Verdachtsfälle

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

54-jähriger Patient, AOK Rh HH, PLZ 21029

Der Patient hat 2021 von 37 Praxen 9114 Tbl. Pregabalin 300 und von 33 Praxen 5872 Tbl Rivotril 2mg bekommen.

44-jähriger Patient, DAK, PLZ 22453

Der Patient hat 2021 von 9 Praxen 3072 Tbl. Pregabalin 300 und von 18 Praxen 1913 Tbl. Rivotril zu 2mg bekommen.

52-jähriger Patient, AOK Niedersachsen, PLZ 20539

Der Patient hat 2021 von 4 Praxen 2992 Tbl. Pregabalin 300 und von 5 Praxen 4052 Tbl. Rivotril 2mg bekommen.

36-jährige Patientin, AOK Nordost, PLZ 22043

Die Patientin hat 2021 von 10 Praxen 2551 Pregabalin 300 bekommen.

34-jähriger Patient, AOK Bayern, PLZ 83024

Der Patient hat in einem Quartal (2. Quartal 2021) 1756 Tabletten Pregabalin 300 und 1252 Tbl. Rivotril 2mg bekommen.

23-jähriger Patient, AOK Rh HH, PLZ 21107

Der Patient hat 2021 von 5 Praxen 1526 Tbl. Pregabalin 300 bekommen.

40-jährige Patientin, AOK Rh HH, PLZ 22417

Die Patientin hat 2021 von 5 Praxen 1212 Tbl. Pregabalin 300 und von 3 Praxen 1240 Tbl. Flunitrazepam bekommen.

37-jähriger Patient, DAK, PLZ 21031

Der Patient hat 2021 von 4 Praxen insgesamt 3460 Tbl. Flunitrazepam bekommen.

52-jähriger Patient, AOK Rh HH, PLZ 22115

Der Patient klagt über chronische Rückenschmerzen und eine chronische Schlafstörung und zeigt einen Krankenhausbericht und Atteste der vorbehandelnden Ärzte, dass regelmäßige Flunitrazepam verordnet wurde. Er hat 2021 im Wesentlichen im 1. Quartal von 15 Praxen 4052 Tbl. Pregabalin 300 und von 7 Praxen 460 Tbl. Flunitrazepam bekommen. Im 4. Quartal 2020 hatte er von 19 Praxen 1400 Tbl. Flunitrazepam bekommen.

50-jährige Patientin, AOK Rh HH, PLZ 22763

Die Patientin hat 2021 von 37 Praxen insgesamt 307.500 mg und 2020 von 32 Praxen 101.850mg Oxycodon bekommen.

Im Jahr 2021 haben etwa **15 Patienten** aus mindestens 4 Praxen Oxycodon bekommen. Nach der Fachinformation sind 40mg täglich beim Nicht-Tumorschmerz im Allgemeinen ausreichend. Beim Tumorschmerz werden meist bis 120mg benötigt, in Einzelfällen bis 400mg.

Wenn Sie bei einer Person einen Verdacht auf Arzneimittelmisbrauch haben, können Sie dies melden, um Kolleginnen und Kollegen zu warnen.

Zum Meldebogen: www.kvhh.de → (oben rechts)

Menü → Praxis → Verordnung → Arzneimittel → Verdachtsfälle Arzneimittelmisbrauch → (unten rechts) Meldebogen

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

**Ansprechpartner für Fragen zu
Arznei- und Heilmitteln:**

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Bewertung individueller Gesundheitsleistungen im IGeL-Monitor

VON DR. MED. MICHAELA EIKERMANN IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören und die daher von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen, falls diese die Leistung wünschen.

Es handelt sich um Leistungen, die entsprechend der sozialrechtlichen Regelungen grundsätzlich nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören oder die in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) keinen ausreichend belegten Nutzen zeigen konnten. Die dritte und größte Gruppe umfasst Leistungen, die bisher nicht im G-BA beraten wurden bzw. für die bisher kein positiver Beschluss gefasst wurde.

Das Konzept der individuellen Gesundheitsleistungen wurde 1998 in die Versorgung eingeführt und wird als Folge der Regelungen durch das 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) gesehen, insbesondere der Budgetierung der Ausgaben für ärztliche Behandlung.

ÜBERBLICK ÜBER DEN IGeL-MARKT

Der IGeL-Markt ist veränderlich. Es kommen immer wieder neue IGeL hinzu, wie z. B. aktuell spezifische Angebote im Zusammenhang mit der COVID 19-Pandemie. Andere Leistungen spielen irgendwann eine untergeordnete Rolle oder finden – auch wenn das bisher selten ist – Eingang in die Regelversorgung. Insgesamt werden eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Leistungen als IGeL angeboten. Hierunter sind zum einen Atteste, Sportmedizinische Untersuchungen und Reiseimpfungen oder auch medizinisch-kosmetische Leistungen oder besondere psychotherapeutische Leistungen umfasst. Den größeren Anteil am IGeL-Markt haben aber Maßnahmen zur Früherkennung, Diagnose und Therapie von Erkrankungen [1, 2], darunter auch das breite und heterogene Feld der alternativmedizinischen Verfahren. Die einzelnen Leistungen umfassen ein breites Spektrum unterschiedlicher Maßnahmen von einzelnen Laborwerten bis hin zu aufwändigen apparativen Verfahren oder Paketangeboten.

Die meisten IGeL sind dem Bereich der Früherkennung und Prävention zuzuordnen. Im IGeL-Report 2020, einer vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS, seit 2022: Medizinischer Dienst Bund) beauftragten, repräsentativ quotierten Befragung, machten diese Leistungen 71 % des Angebotes aus [2]. Dabei liegen die Glaukom-Früherkennung, Ultraschalluntersuchungen von Ovarien und Uterus sowie der Brust zur Krebsfrüherkennung sowie der PSA-Test seit Jahren an der Spitze der am häufigsten angebotenen oder nachgefragten IGeL.

Genauere Zahlen zum IGeL-Markt sind sowohl bezüglich der absoluten Anzahl der IGeL als auch des wirtschaftlichen Volumens unbekannt, da angebotene bzw. in Anspruch genommene IGeL nicht systematisch erfasst werden. Die Anzahl der angebotenen IGeL wird mittlerweile auf mehrere Hundert geschätzt. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) schätzt auf Basis seiner Versichertenbefragung 2019 das grobe Umsatzvolumen des IGeL-Marktes auf rund eine Milliarde Euro pro Jahr [1].

Den meisten GKV-Versicherten sind IGeL bekannt, und die Bekanntheit steigt mit zunehmendem Alter. Im IGeL-Report 2020 kannten 83 % der 60 bis 69 Jährigen IGeL, in der jüngsten Altersgruppe (20 - 29 Jahre) waren es immerhin noch 63 % [2].

Die Hälfte aller Befragten gab an, in den vergangenen drei Jahren in einer ärztlichen Praxis mindestens eine IGeL angeboten bekommen oder selbst nachgefragt zu haben [2]. Laut dieser Befragung wurden 80 % der IGeL von Ärzt:innen angeboten und nur ca. 19 % wurden von Versicherten selbst nachgefragt, etwa jede zweite der angebotenen IGeL hatten die Befragten auch in Anspruch genommen [2].

NUTZEN INDIVIDUELLER GESUNDHEITSL EISTUNGEN

Während sich die Nutzenfrage bei Serviceleistungen wie Attesten naturgemäß nicht stellt und bei Leistungen wie einer reisemedizinischen Beratung unstrittig ist, wird der angenommene Nutzen vieler anderer IGeL, mit dem das Angebot häufig begründet wird, kontrovers diskutiert. Grundsätzlich gilt für IGeL, dass diese ärztlich empfehlenswert oder zumindest ärztlich vertretbar sein sollen, was implizit eine Auseinandersetzung mit der vorhandenen Evidenz und eine Nutzen-Schaden-Abwägung voraussetzt.

Das Internetangebot IGeL-Monitor (<http://www.igel-monitor.de>) des Medizinischen Dienstes Bund wurde entwickelt, um Versicherte durch evidenzbasierte Informationen bei der Entscheidung für oder gegen eine IGeL zu unterstützen. Dazu werden die IGeL in Bezug auf den möglichen Nutzen und potentiellen Schaden bewertet. Bisher wurden 56 solcher Bewertungen durchgeführt, teilweise wurden diese bereits einmal oder mehrfach

aktualisiert. Darüber hinaus werden allgemeine Informationen zu IGeL, dem IGeL-Markt sowie Informationen über die entsprechenden Leistungen der GKV gegeben.

Die Bewertungen stellen das Herzstück des Angebotes des IGeL-Monitors dar. Nachfolgend sollen Auswahl der Themen und Durchführung der Bewertungen daher erläutert werden.

METHODISCHES VORGEHEN DES IGeL-MONITORS

Für die Bewertung von Nutzen und Schaden jeder medizinischen Leistung bedarf es der wissenschaftlichen Untersuchung in klinischen Studien. Daher stellt die Evidenz aus diesen Studien den Ausgangspunkt der IGeL-Bewertungen dar. Ein solcher Evidenzbericht stellt immer die Basis für die deutlich kürzeren Info-Texte dar und ist für jede Bewertung auf der Homepage abrufbar.

WIE WERDEN DIE IGeL AUSGESUCHT, DIE BEWERTET WERDEN?

Die Idee des IGeL-Monitors ist es, möglichst vielen Menschen ein für sie relevantes Informationsangebot zu machen und sie bei der Entscheidung für oder gegen eine IGeL zu unterstützen. Daher sind die Relevanz der IGeL auf dem IGeL-Markt sowie die Häufigkeit der Nachfragen zu einem Thema die wichtigsten Kriterien zur Themenfindung. Hierzu werden zum einen die Ergebnisse von Versichertenbefragungen wie dem IGeL-Report [2] oder dem WidO-Monitor [1] genutzt, aber auch Nutzeranfragen ausgewertet. Neben besonders häufig nachgefragten Themen erfolgt auch ein Monitoring in Bezug auf neu aufkommende Themen. Darüber hinaus sollen möglichst verschiedene medizinische Bereiche und Fachrichtungen abgedeckt werden.

WIE ERFOLGT EINE BEWERTUNG IM IGeL-MONITOR?

Die Bewertung jedes Themas erfolgt in fachlicher Unabhängigkeit nach einem festgelegten Prozess, der der üblichen methodischen Vorgehensweise von Evidenzsynthesen (z. B. systematische Übersichtsarbeiten oder Evidenzberichte für Leitlinien) entspricht. Bei der Erstellung der Bewertungen arbeitet der IGeL-Monitor bei vielen Themen mit externen Sachverständigen zusammen. Dies sind Methodiker, die in der Nutzenbewertung medizi- →



→ nischer Verfahren erfahren sind und/oder Ärzt:innen, die in dem jeweiligen Fachgebiet Expertise aufweisen.

Zunächst wird eine Fragestellung formuliert, in der präzisiert wird, welche Population betrachtet wird, was genau die Intervention ist, die bewertet werden soll und was ein sinnvoller Vergleich ist.

Im IGeL-Kontext kann es sein, dass der Vergleich eine bestehende Kassenleistung ist oder aber auch eine Placebo- oder Scheinintervention oder auch in manchen Fällen gar keine Intervention. Weiterhin wird in diesem Arbeitsschritt festgelegt, welche Endpunkte betrachtet werden. Hierbei ist es wichtig, dass es sich um sogenannte patientenrelevante Endpunkte handelt, also um Endpunkte, die abbilden, wie Betroffene sich fühlen, ihre Funktionen und Aktivitäten wahrnehmen können oder wie lange sie leben. Dies sind Auswirkungen auf die Mortalität, die Morbidität (Beschwerden und Komplikationen), die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität sowie unerwünschte Wirkungen.

Veränderungen von Laborwerten werden dagegen in der Regel nicht als patientenrelevant angesehen. Ebenso reicht es bei den Früherkennungsfragestellungen in der Regel nicht, nur zu schauen, ob eine diagnostische Maßnahme eine Erkrankung findet, es muss vielmehr geprüft werden, ob dies in der Folge beispielsweise zu einer Verlängerung des Überlebens oder einer Verbesserung der Lebensqualität führt.

Ist die Fragestellung klar festgelegt, erfolgt eine umfassende Recherche in mehreren Datenbanken. Als Quelle für die Bewertungen der IGeL werden, wenn möglich, methodisch hochwertige systematische Übersichtsarbeiten genutzt und ggf. durch weitere Studien ergänzt, die zum Beispiel aufgrund der Aktualität noch nicht in den Übersichtsarbeiten umfasst sind.

Die für das Thema relevanten systematischen Übersichtsarbeiten und Studien werden in Bezug auf ihre methodische Qualität mittels etablierter Instrumente bewertet, um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse einzuschätzen. Es erfolgt eine Bewertung des Studiendesigns und dessen Umsetzung sowie der durchgeführten statistischen Analysen und der Ergebnisinterpretationen.

Die Ergebnisse der Publikationen werden analysiert und zusammengefasst. Es erfolgt jeweils eine Darstel-

lung der Ergebnisse zu den Endpunkten, die den Nutzen der jeweiligen IGeL abwägen und derjenigen, die den Schaden abbilden. In einer abschließenden Bewertung werden diese beiden Größen nach einem festgelegten Schema gegeneinander abgewogen und zu einem Gesamtfazit zusammengeführt. Dies erfolgt in fünf Abstufungen:

- Positiv: Belege für Nutzen und keine Hinweise auf Schaden
- Tendenziell positiv: Hinweise auf Nutzen und keine Hinweise auf Schaden oder Belege für Nutzen und Hinweise auf Schaden
- Unklar: keine Hinweise auf Nutzen und Schaden oder Hinweise auf Nutzen und Schaden oder Belege für Nutzen und Schaden
- Tendenziell negativ: Hinweise auf Schaden und keine Hinweise auf Nutzen oder Belege für Schaden und Hinweise auf Nutzen
- Negativ: Belege für Schaden und keine Hinweise auf Nutzen.

Um eine eigene Abwägung zu ermöglichen, erfolgt eine detaillierte und transparente Darstellung der Hauptargumente, die jeweils auf der Nutzen- und der Schadenseite zum Gesamtfazit geführt haben.

Zu jeder IGeL-Bewertung erfolgt eine Einordnung in den Kontext aktueller nationaler und internationaler Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien. Somit wird zum einen deutlich, wie die IGeL von den jeweiligen Fachgesellschaften eingeschätzt wird und wie diese in anderen Gesundheitssystemen bewertet wird.

WIE FALLEN DIE BEWERTUNGEN AUS?

Die bisher betrachteten 56 Leistungen wurden wie folgt bewertet:

- positiv: 0
- tendenziell positiv: 2
- unklar: 22
- tendenziell negativ: 25
- negativ: 4
- Bewertungen ohne Gesamtfazit 3

Dies ist kein gutes Bild für den IGeL-Markt, insbesondere wenn man bedenkt, dass 14 dieser Themen zu den TOP 20 der letzten Befragung des IGeL-Reports gehören.

Viele dieser am häufigsten in der Praxis angebotenen oder nachgefragten IGeL konnten einer wissenschaftlichen Überprüfung des Nutzens nicht standhalten, oft weil es keine aussagekräftigen Studien gibt oder in Studien ein Nutzen nicht gezeigt werden konnte. Dies bildet sich in vielen Fällen auch in Leitlinienempfehlungen zu den entsprechenden IGeL-Fragestellungen ab.

Neben der häufig fehlenden oder unzureichenden Evidenz gibt es weitere Kritikpunkte am IGeL-Markt, die insbesondere den Umgang mit IGeL in der Praxis betreffen. Das soll an dieser Stelle bewusst nicht tiefergehend diskutiert werden, da der Fokus des Beitrages die Evidenzbewertung Individueller Gesundheitsleistungen, speziell die Arbeitsweise des IGeL-Monitors, ist.

Trotzdem spielen diese Dinge eine wesentliche Rolle in den Diskussionen und sind insofern nicht komplett von der Evidenzeinschätzung zu trennen, als dass evidenzbasierte Informationen eine zentrale Forderung sind. Geht man davon aus, dass das Angebot an IGeL nicht ausschließlich wirtschaftlich begründet ist, so scheint doch in vielen Fällen eine falsche Vorstellung von der Evidenz vorzuliegen oder Überzeugungen sind so stark, dass die Evidenz aus klinischen Studien nicht dagegen ankommt.

Insbesondere in Bezug auf Früherkennungsuntersuchungen scheint oftmals eine Überschätzung des Nutzens und Unterschätzung des Schadens dazu zu führen, dass Leistungen in großem Umfang angeboten werden, obwohl die Evidenz dagegenspricht [4].

Sich mit Unsicherheiten auseinanderzusetzen und diese zu kommunizieren, ist der Grundgedanke einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung und unverzichtbar für eine moderne, qualitativ hochwertige,

patient:innenorientierte Medizin. Diese lebt nicht von Überzeugungen, sondern muss immer wissenschaftlich begründet sein. Zentral ist eine ehrliche und umfassende Information der Versicherten über das, was wir aus aussagekräftigen klinischen Studien zum möglichen Nutzen und potentiellen Schaden einer IGeL ableiten können. Insbesondere ist es wichtig, auch transparent über ggf. fehlende Evidenz zu informieren.

Nicht immer ist es möglich, eigene umfassende Recherchen und eigene Bewertungen zu allen für den Praxisalltag relevanten IGeL durchzuführen. Hier sind Angebote hilfreich, die eine fachlich unabhängige Bewertung durchgeführt haben und diese transparent und nachvollziehbar darstellen.

Auch wenn das Projekt IGeL-Monitor ursprünglich als Informationsportal für Patient:innen geschaffen wurde, kann es aber natürlich auch von anderen Gruppen, wie beispielsweise Ärzt:innen genutzt werden, um sich einen Eindruck von der aktuellen Evidenz sowie aktuellen Leitlinienempfehlungen zu einem IGeL-Thema zu verschaffen. Auch andere Anbieter evidenzbasierter Gesundheitsinformationen haben Bewertungen zu einzelnen IGeL in ihrem Angebot und können in gleicher Weise genutzt werden. Darüber hinaus lohnt vielfach der Blick in die aktuellen evidenzbasierten Leitlinien. ■

DR. MED. MICHAELA EIKERMANN
Bereichsleiterin Evidenzbasierte Medizin,
Medizinischer Dienst Bund, Essen

Darlegung möglicher Interessenkonflikte: Die Autorin ist Mitarbeiterin des Medizinischen Dienstes Bund. Der IGeL-Monitor wird vom Medizinischen Dienst Bund betrieben.

Quellen:

- 1) Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). WIdO-monitor 2019: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis; 16(1):1–12
- 2) Drews M, Schultheiß M. IGeL-Report 2020. Ergebnisse der Versichertenbefragung. Hrsg.: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Essen 2020.
- 3) Medizinischer Dienst Bund. IGeL-Monitor. Nachzulesen unter: <https://www.igel-monitor.de/> Letzter Zugriff am 03.11.2022.
- 4) Wegwarth O, Pashayan N. When evidence says no: gynaecologists' reasons for (not) recommending ineffective ovarian cancer screening. *BMJ Qual Saf.* 2020 Jun;29(6):521-524.





Vae victis

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

Im Juli 2022 wurden in dem russischen Kriegsgefangenenlager Lager Oleniwka 52 ukrainische Soldaten durch eine Bombe ermordet. Sie waren nur wenige Tage zuvor in den Lagerkomplex verlegt worden, den kurz darauf die Explosion erschütterte.

Als der ukrainische Präsident Selenski dem Roten Kreuz vorwarf, die Lager nicht ausreichend zu visitieren, teilte das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) mit, dass elf seiner Mitarbeiter, darunter ein Arzt, in der von Russland besetzten Region Donezk für solche Besuche bereitstünden. Aber man hätte ihnen bislang die Erlaubnis verweigert, die Lager zu betreten. Das IKRK verlange seit fast acht Monaten vergeblich, sämtliche Orte, an denen Kriegsgefangene interniert seien – darunter das Gefangenenlager Oleniwka – ungehindert und regelmäßig besuchen zu können.

Die Verweigerung der Besuche ist ein Verstoß gegen die Genfer Konvention, die vorsieht, dass Kriegsgefangene einmal im Monat ärztlich untersucht werden.

Sie dürfen auch nicht in der Kampfzone, also im Zielbereich der eigenen Streitkräfte, interniert und nicht von den Einheiten bewacht werden, gegen die sie vorher kämpften. Genau das geschieht aber gerade in den russisch besetzten Gebieten der Ostukraine.

Bei der Bombenexplosion in Oleniwka gab es neben den Toten viele Brandverletzte, die in Krankenhäuser gebracht worden sein sollen.

Über das Schicksal von vielen gibt es keine Informationen, eine postalische Erreichbarkeit für die Angehörigen, die ebenfalls von der Genfer Konvention vorgesehen ist, ist in den meisten Fällen nicht existent.

Erstaunlicherweise finden diese Verstöße in der Öffentlichkeit nur wenig Beachtung, was auch daran liegen könnte, dass viele die Genfer Konvention nie gelesen haben. Es lohnt sich, den Text (z.B. als PDF auf der Seite des juristischen Fachbereichs der LMU München) anzusehen.

Die dritte Genfer Konvention

Die erste Genfer Konvention kam 1864 auf Initiative des Schweizer Bürgers Henry Dunant zustande, dem Gründer des Roten Kreuzes.

Nach den Schrecken des Ersten Weltkriegs, in einer kurzen Besinnungspause vor dem Zweiten Weltkrieg, wurde die Konvention erweitert und geschärft, um nach den Erfahrungen des Zweiten Weltkriegs noch einmal revidiert zu werden. Es gibt jetzt zwei Genfer Konventionen, die sich mit Land- und Seestreitkräften beschäftigen.

Eine dritte Konvention beschäftigt sich mit der Behandlung von Kriegsgefangenen. Das Ziel dieser Konvention ist es, die schlimmsten Auswüchse des Leids von Kriegsgefangenen zu begrenzen, sie gilt explizit auch für Bürgerkriegsparteien und nicht-reguläre Streitkräfte.

„Die Kriegsgefangenen sind jederzeit mit Menschlichkeit zu behandeln. Jede unerlaubte Hand-

lung oder Unterlassung seitens des Gewahrsamsstaates, die den Tod oder eine schwere Gefährdung der Gesundheit eines in ihrem Gewahrsam befindlichen Kriegsgefangenen zur Folge hat, ist verboten und als schwere Verletzung des vorliegenden Abkommens zu betrachten. (...)

Die Kriegsgefangenen müssen ferner jederzeit geschützt werden, namentlich auch vor Gewalttätigkeit oder Einschüchterung, Beleidigungen und der öffentlichen Neugier. Vergeltungsmassnahmen gegen Kriegsgefangene sind verboten.“ (Art.13)

Ganz offensichtlich scheint das von der russischen Armee systematisch missachtet zu werden. Folter gehört nach Aussagen von Überlebenden in den Lagern zum Alltag.

Die Genfer Konvention gilt für alle!

Besonders kritisch ist der Umgang mit dem ASOW-Regiment. Dieses galt lange Zeit als rechtsradikal bis faschistisch orientiert. In der Zwischenzeit gibt es allerdings Zweifel an dieser Darstellung. Möglicherweise handelt es sich dabei auch um eine der vielen russischen Desinformationen. In jedem Fall dürfte das Ausmaß von Menschenverachtung und Gewaltverherrlichung in diesem Regiment nicht höher sein als in den Verbänden der russischen Seite – z.B. der Gruppe Wagner oder tschetschenischen Einheiten. Unabhängig zu überprüfen, sind diese Vorwürfe gegen das ASOW-Regiment unter den jetzigen Umständen jedenfalls nicht.

Genau für so eine Unsicherheit

ist in der Genfer Konvention allerdings Vorsorge getroffen. Denn sie gilt für alle Kombattanten gleichermaßen, auch für „Angehörige regulärer bewaffneter Kräfte, die sich zu einer von der Gewahrsamsmacht nicht anerkannten Regierung oder Behörde bekennen“. Explizit genannt werden auch „Angehörige von Milizen und Freiwilligenkorps, die zu diesen bewaffneten Kräften

Doch es bleibt bemerkenswert still.

Es gibt zwar einige ehrenvolle Ausnahmen. So hat der „Weltärztebund“ im April eine Resolution verabschiedet, in der er auf die Einhaltung der Standards der Genfer Konvention dringt (und auch den völkerrechtswidrigen Einmarsch verurteilt).

Aber sonst ist von den üblichen ärztlichen Vertretern wenig zu vernehmen. Auf der Website der

Denn im Krieg kann jeder zum Opfer werden. Die Verpflichtung auf gegenseitige minimale Standards kommt daher den Angehörigen aller Beteiligten Kriegsparteien „zugute“.

Auch die Soldaten und Zivilisten der siegreichen Partei können in Kriegsgefangenschaft geraten. Auch sie können das Rote Kreuz benötigen, dass sowohl als unabhängige Aufsichtsinanz – zum Beispiel bei der Registrierung und Identifizierung von Kriegsgefangenen – fungiert, aber vor allem natürlich bei der Organisation von medizinischer Hilfe.

Der inhumane Umgang mit Kriegsgefangenen muss stärker in den Fokus der Öffentlichkeit geraten. Das Rote Kreuz muss endlich Zugang zu allen russischen Lagern (natürlich auch zu denen der Ukraine) haben. Es braucht zudem mehr Ressourcen. Ein 11köpfiges Team mit nur einem Arzt für alle Lager einer Region ist viel zu wenig.

Die Einhaltung der Genfer Konvention ist nicht nur eine Frage der elementarsten Humanität.

Je mehr die Genfer Konvention missachtet wird, um so schlechter sind die Aussichten auf einen Frieden oder Waffenstillstand. Denn jedes zusätzliche Kriegsverbrechen erschwert Verhandlungen und versperrt den Weg zurück. ■

Die Behandlung ukrainischer Kriegsgefangener ist eine humanitäre Katastrophe.

gehören“. Selbst die größten Halunken hätten einen Schutzanspruch.

Die Bedrohung durch Folter und Einschüchterung ist für die Kriegsgefangenen des ASOW-Regiments real. Denn zur Rechtfertigungs-ideologie des völkerrechtswidrigen Überfalls gehört die Geschichte von angeblichen Nazis in der Ukraine. Amnesty International fürchtet daher, dass Schauprozesse vorbereitet werden, in denen auf diese Art die Invasion nachträglich „legitimiert“ wird. „Geständnisse“ könnten durch Folter erpresst werden. („Russische Schauprozesse gegen Kriegsgefangene in Mariupol wären illegal und inakzeptabel“, Pressemitteilung vom 26. August 2022)

Wo bleibt der ärztliche Aufschrei?

Angesichts dieser Missstände müsste ein lauter Aufschrei der internationalen Ärzteschaft zu hören sein.

Internationalen Ärzt:innen zur Verhütung eines Atomkriegs (IPPNW) findet sich jedenfalls kein Wort zu dieser humanitären Katastrophe. Die von dem Kardiologen Bernard Lown und dem Arzt (und sowjetischen Gesundheitsminister) Jewgenii Tschasow gegründete Organisation erhielt 1985 den Friedensnobelpreis. Warum vermeidet sie es, sich mit einem deutlichen Wort für die Einhaltung der Genfer Konvention auszusprechen?

Die Genfer Konvention ist kein Luxus

Die Genfer Konvention ist kein moralischer Luxus-Artikel. Es ist eine Rechtsvorschrift für die Kriegsführung, dass die allerschlimmsten Auswüchse im Umgang mit den Unterlegenen – das „vae victis“ - mildern soll. Das Motiv für diese Konvention hat eine – zugegebenermaßen brutale – Rationalität.

DR. MATTHIAS SOYKA ist Orthopäde und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Dein Rückenretter bist du selbst“, Ellert & Richter, Hamburg. www.dr-soyka.de ; Youtube Kanal „Hilfe zur Selbsthilfe“



Caroline Roos als stellvertretende KV-Hamburg-Vorsitzende wiedergewählt



Caroline Roos ist seit 2017 stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg.

Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Caroline Roos, ist für weitere sechs Jahre in ihrem Amt bestätigt worden. Das Votum der Vertreterversammlung fiel mit großer Mehrheit aus.

Roos dankte der Vertreterversammlung für die Bestätigung und das Vertrauen. „Ich freue mich sehr darüber, dass ich mich weiterhin mit John Afful zusammen als Vorstandsteam für die ambulante Versorgung und eine starke vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Selbstverwaltung einsetzen darf.“ ■

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

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

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

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

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Jan Noack**
Mitglied der QS-Kommission Rhythmusimplantat-Kontrolle

Name: **Dr. med. Jan Noack**

Geburtsdatum: **22.09.1963**

Familienstand: **verheiratet, 2 Söhne**

Fachrichtung: **Kardiologie**

Weitere Ämter: **Mitglied Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) e.V., Mitglied Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)**

Hobbys: **Unseren Garten gestalten und genießen, handwerklich tätig sein, Motorradfahren, Wandern, Lesen, Musik hören**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ich arbeite gern als Kardiologe. Insbesondere die Tatsache, dass ich sowohl konservativ, als auch interventionell tätig sein kann, ermöglicht es mir, viele Therapien «aus einer Hand» anzubieten. Das stärkt meine Arbeitszufriedenheit, aber auch die Bindung meiner Patient:innen.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission? Unser aller Anliegen sollte es sein, eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau anzubieten. Dies sind wir unseren Patient:innen schuldig. Eine regelmäßige Qualitätssicherung ist ein Baustein, um die ärztliche Versorgungsqualität hoch zu halten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Der Stellenwert der ambulanten Medizin sollte von der Politik stärker gewürdigt werden. Dazu gehört auch die Entbudgetierung der Vergütung. Insbesondere die aktuellen Kostensteigerungen im Energie-, Versorgungs- und Personalbereich werden nicht adäquat berücksichtigt. Die Abschaffung der Neupatientenregelung ist ein krasses negatives Beispiel für kontraproduktive politische Entscheidungen. Darüber hinaus ist es mir ein Anliegen, dass die Kooperation mit den hausärztlichen Kolleg:innen und die Vernetzung von ambulanter und stationärer Medizin gestärkt wird.

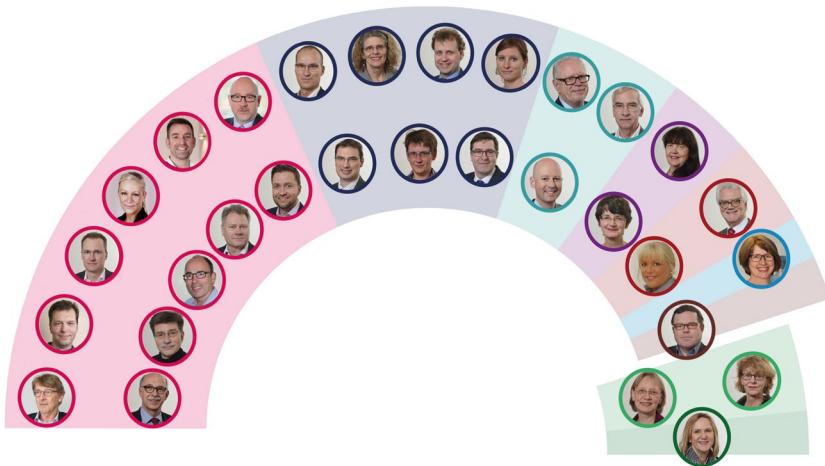
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Sinnvolle Integration der digitalen Medizin in den Praxisalltag. Die Einführung der Telemedizin im Rahmen der Herzinsuffizienzbehandlung bzw. der Devicetherapie zeigt, dass dies einen Mehrwert für unsere Patient:innen darstellt, z.B. durch Reduktion von Krankenhausaufnahmen. Um innovative Behandlungsformen besser in die Behandlung integrieren zu können, insbesondere bei steigender Morbidität und zunehmendem Alter der Bevölkerung, benötigen wir dringend eine Entbudgetierung aller Leistungen. Nur wenn wir es schaffen, die ambulante Tätigkeit fachlich interessant und innovativ zu gestalten und den ökonomischen Druck abzumildern, wird es uns auch in Zukunft gelingen, Nachwuchs für den ambulanten Bereich zu gewinnen.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Auf einer Harley Davidson den Highway No. 1 zu befahren. Außerdem möchte ich interessiert, wach und gesund bleiben.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 14. Dezember 2022 (18 Uhr)

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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Arbeitsrecht (Online)

Mi. 7.12.2022 (9 - 14 Uhr)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858
Michael Bauer, Tel: 22802-388
Laura Goldmann, Tel: 22802-574
qualitaetsmanagement@kvhh.de

ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

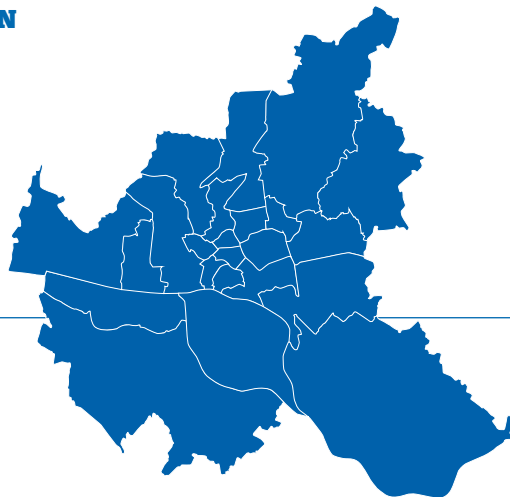
KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 28.6.2023 (18 Uhr)

**Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**



FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Fortbildungen für MFA

Aktuelle Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

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

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

Demenz! Was nun?

Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen kognitiver Störungen

Mi. 8.2.2023 (18 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Cerebrale Anfälle

Differentialdiagnostische und pharmakotherapeutische Aspekte – Sinn und Unsinn von Medikamentenumstellung

Mi. 21.6.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Peripher vestibulärer Schwindel vs. zentraler Schwindel

Symptomatik – Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 30.8.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 15.11.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

DATENSCHUTZ- JAHRESSCHULUNG

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 17.2.2023 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 9.6.2023 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 10.11.2023 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Teilnahmegebühr:

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

**Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können (E-Mail-Adresse siehe oben).

ULTRASCHALL-KURSE HELIOS-KLINIK UND AK WANDSBEK

Teil 1

Grundlagen

**Fr. 12.5.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 13.5.2023 (8 - 13.30 Uhr)**

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 2

Leber, Gallenblase, Gallengang

**Fr. 23.6.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 24.6.2023 (8 - 13.30 Uhr)**

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teil 3

Nieren, Harnwege, Darm

**Fr. 15.9.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 16.9.2023 (8 - 13.30 Uhr)**

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 4

Milz, Pankreas, Schilddrüse

**Fr. 17.11.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 18.11.2023 (8 - 13.30 Uhr)**

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teilnahmegebühr: pro Kurs € 178
bei Buchung aller vier Kurse € 592

**Weitere Informationen und
Anmeldung:** <https://sonoboomer.com/>

Ansprechpartner:

Dr. med. Thomas Leineweber
Helios Mariahilf Klinik Hamburg
Chefarzt Gastroenterologie/
Innere Medizin
Tel: 040 / 79006-426
thomas.leineweber@sonoboomer.com



Kurze Info gefällig?

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

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

 **040 22 802 802**

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