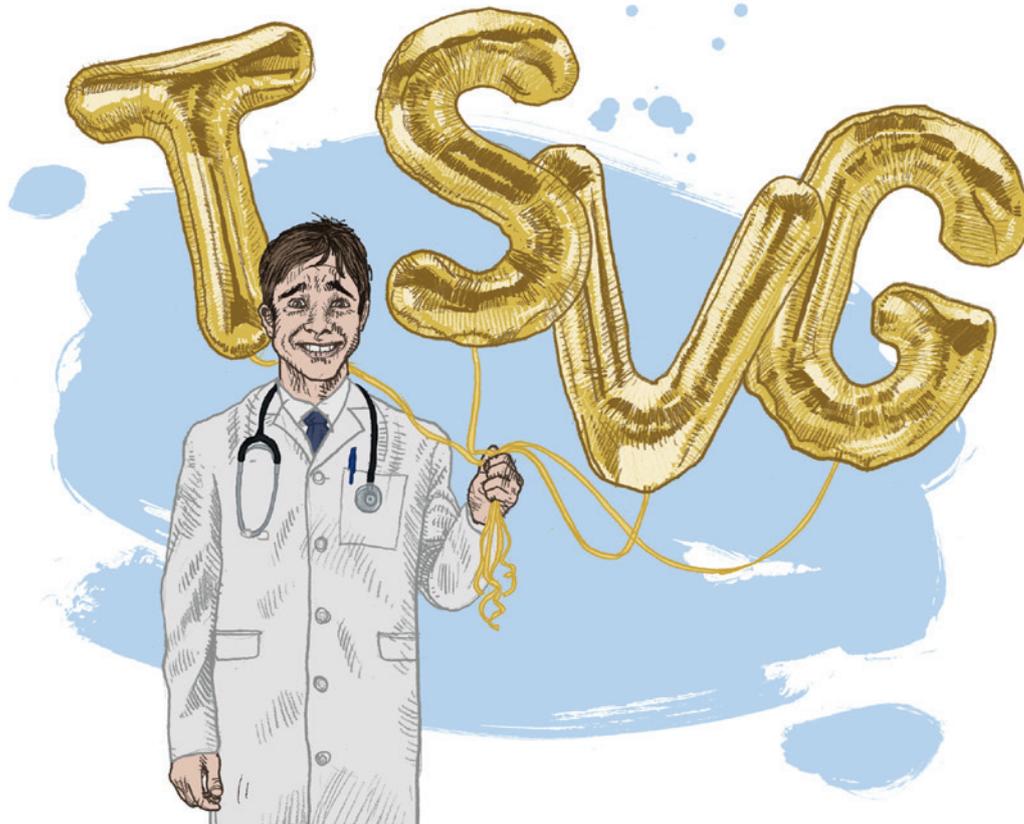


KVH journal

GRUND ZUR FREUDE?

*Das TSVG ist in Kraft. Was Ärzte und Psychotherapeuten
über die neuen Regelungen wissen müssen*



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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 10/2019 (Oktober 2019)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Wie viel Tempo verträgt unser Gesundheitssystem? Ist es wirklich nötig, der immer weniger staunenden Öffentlichkeit jeden Monat einen neuen Gesetzesentwurf zu präsentieren, wie es Bundesgesundheitsminister Jens Spahn tut? Ist nicht Stabilität eine der wichtigsten Säulen, auf der unsere so vorbildliche Gesundheitsversorgung ruht? Und kann eine Ministerialbürokratie bei all dem Dampf im Kessel noch den Überblick behalten?

Kann sie natürlich nicht: Im „Diskussionspapier“ zur Notfallreform sind etliche Punkte enthalten, mit denen Regelungen, die gerade eben mit dem TSVG erst in Kraft gesetzt wurden, wieder ausgehebelt würden. Das scheint das Ministerium mittlerweile eingesehen zu haben. Was dies für die Notfallreform bedeutet, ist allerdings noch völlig offen.

Hektik gibt es aber nicht nur in Berlin, sondern auch in Hamburg. „Nehmen Sie zur Kenntnis, dass der Behörde das Tempo der Selbstverwaltung nicht schnell genug ist.“ Diese schneidige Zurechtweisung der Behördenleitung galt Krankenkassen und KV Hamburg. Der Grund: Im TSVG ist den Länderministerien das Recht eingeräumt worden, für selbst definierte „Gebiete“ die Bedarfsplanung außer Kraft zu setzen. Die Rahmenbedingungen hierfür muss der Landesausschuss vorgeben.

Daran arbeiten Krankenkassen und KV Hamburg. Aber offenbar zu langsam. Wobei wir die Behörde schon gefragt haben, warum ausgerechnet das Bundesland mit der besten Versorgungssituation in ganz Deutschland den Ehrgeiz hat, als erstes dieses „Not-Instrument“ einsetzen zu wollen, das eigentlich für echte Problemlagen gedacht ist. Die Antwort: siehe oben.

Vielleicht gibt es noch eine andere Erklärung. Am 28. Februar 2020 sind Bürgerschaftswahlen in Hamburg. Im Vergleich zum „Spahnsinn“ ist dies schon ein eher rührend schlichter Beweggrund – was die Sache aber auch nicht besser macht.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Was bringt das TSVG für Ihren Versorgungsbereich?
- 08_ Die KV rät: Erstmal weiterarbeiten wie gewohnt
- 10_ Überblick: Was Ärzte und Psychotherapeuten über die TSVG-Regelungen wissen müssen

GESUNDHEITSPOLITIK

- 16_ Hundert Jahre KV Hamburg: Jubiläumsveranstaltung im Ärztehaus

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_ Fragen und Antworten
- 20_ BKK-Vertrag zu Hypertonie-Begleiterkrankungen
Vertrag zur Förderung von Vorsorgeleistungen
- 21_ Vertrag „Hallo Baby“: Auch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie können teilnehmen
- 22_ Versorgung von Patienten aus der Rückführungseinrichtung

QUALITÄT

- 23_ Vereinbarung zur HIV-Präexpositionsprophylaxe
Online-Tool für Patientenbefragung

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.



ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 25_** Leitfaden für Ärzte zum Melden von Nebenwirkungen
Patienteninformationen zu Biosimilars
- 26_** Neuerung bei der Cannabis-Verordnung
Verordnung von Macrogol-Produkten
- 28_** Ergebnisse und Lehren aus der Heilmittelprüfung

SELBSTVERWALTUNG

- 38_** Versammlung des Kreises 6
- 39_** Steckbrief: Dr. Klaus Becker

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 21_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 32_** Brustkrebs: Warum Risikofaktoren revidiert werden müssen

KOLUMNE

- 36_** Zwischenruf von Dr. Matthias Soyka

FORUM

- 40_** Reaktionen auf den Leserbrief des SpiFa zur Psychotherapie

TERMINKALENDER

- 42_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Seite 3, 9 und 42: Michael Zapf; Seite 7, 16, 17 und 19: Felix Faller/Alinea; Seite 26: Eskymaks/Fotolia; Icons: iStockfoto

Was bringt das TSVG für Ihren Versorgungsbereich?



Dr. Mike Müller-Glamann

Facharzt für Allgemeinmedizin in Bramfeld und Sprecher des Beratenden Fachausschusses Hausärzte der KV Hamburg

Geringe Gestaltungsspielräume

Seit 11. Mai 2019 bekommen Hausärzte den Fall extrabudgetär bezahlt, der über die TSS kommt. Bislang sind dies Einzelfälle, da nahezu alle Hausärzte offene Sprechstunden anbieten und bislang Patienten keinen Termin beim Wunscharzt buchen können. Seit 1. September 2019 werden zudem „Neupatienten“ extrabudgetär vergütet. Darüber hinaus gibt es 10,21 Euro, wenn der Hausarzt seinen Patienten innerhalb von vier Tagen einen Termin beim Facharzt vermittelt.

TSS und „Neupatienten“ können wir nicht steuern. Gestaltungsspielraum gäbe es bei der Facharztvermittlung: Die Obergrenze hierfür liegt bei 15 Prozent der Patienten (siehe Seite 13), erst darüber wird es zu einem Aufgreifkriterium für eine Prüfung. Bei einer 1.000-Scheine-Praxis ist also im Quartal theoretisch eine maximale Steigerung von 1500 Euro möglich. Dem gegenüber steht aber wahrscheinlich eine dramatische Fallzahlsteigerung, da (verständlicherweise) die Spezialisten nur über TSS oder auf Hausarztüberweisung arbeiten werden – und so werden diese aus meiner Sicht einen deutlich größeren Honorarzuwachs haben. **Wir können nur profitieren, wenn sich unsere Patienten über die TSS bei uns Termine holen könnten und die Akutpatienten genau wie die offenen Sprechstunden der Fachärzte bezahlt würden – das ist mein Wunsch an die KV und KBV. ■**



Dr. Michael Reusch

Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Niendorf und Sprecher des Beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV Hamburg

Verhalten positive Reaktionen

Die Hamburger Fachärzte reagieren auf das TSVG verhalten positiv. Zu begrüßen ist, dass die von uns erwartete Zusatz-Arbeit mit finanziellen Anreizen unterlegt ist – was ja in der Vergangenheit nicht immer der Fall war. Abzulehnen sind die staatlichen Eingriffe in unsere Praxisorganisation. Dass es in den Praxen massenhaft freie Kapazitäten gäbe, die durch größere Regelungsdichte nutzbar gemacht werden könnten, ist ein Irrtum. Alle Erhebungen zeigen, dass die Praxen ausgelastet sind. Bei der Aufnahme von Neupatienten und den Hausarzt-Überweisungsfällen regelt das TSVG, was in den Praxen ohnehin meist schon tägliche Routine ist. Problematischer ist in manchen Praxen die Einführung offener Sprechstunden: Damit wird ein nennenswerter Teil der Praxiszeiten unplanbar. Weil keine neuen Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden, könnte diese Regelung außerdem zu einer Verdrängung bestimmter Patientengruppen durch andere führen. Und was bedeutet das TSVG für das viel diskutierte Ende der Budgetierung? Skepsis ist angebracht. Das sind nicht berechenbare Projektionen in die Zukunft. ■



Kerstin Sude

psychologische Psychotherapeutin in Harvestehude und stv. Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV)

Keine Verbesserungen

Das TSVG bringt keine Verbesserungen für die psychotherapeutische Versorgung. Das anvisierte Ziel, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten schneller einen Termin bekommen, ist verfehlt, denn die dafür notwendige Reform der Bedarfsplanung im Mai 2019 blieb ein Tropfen auf dem heißen Stein für die Versorgung. So bleibt es dabei: Zu wenige PP/KJP haben zeitliche Kapazität, Richtlinien-therapie anzubieten. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte inklusive PP/KJP sind durch das TSVG zwar verpflichtet, freie Termine an die TSS zu melden, in der Regel haben Psychotherapeuten jedoch keine freien Therapieplätze, sie führen lange Wartelisten für Patienten. Da nützt auch die Anhebung der Mindestsprechzeiten von 20 auf 25 Wochenstunden nichts. Möglicherweise drohen mehr Bürokratie- und Verwaltungskosten, weil die KV die fehlende Meldung von freien Terminen als Aufgreifkriterium für Prüfungen verstehen könnte. Das TSVG bringt für die Psychotherapeuten-schaft auch keinerlei Honorarzuwächse, denn unsere Kernleistungen sind bereits jetzt alle extrabudgetär und weiterhin nicht ausreichend vergütet. Bei der vergleichsweise kleinen Anzahl von Patienten dürfte sich so auch kaum ein Zuschlag zur Vergütung für neue oder durch die TSS vermittelte Patienten im Honorar bemerkbar machen. Die Honorarschere zwischen Ärzten und Psychotherapeuten wird noch weiter auseinanderklaffen. ■

VON WALTER PLASSMANN

Machen wir das Beste draus!

Sollte man seine Praxisorganisation jetzt strikt auf die Vorgaben des TSVG ausrichten oder zunächst abwarten?
Der Rat der KV Hamburg ist: Erst mal weiterarbeiten wie gewohnt.



Bis auf den „TSS-Akutfall“ sind nun die Regelungen des „Terminservice- und Versorgungsgesetzes“ (TSVG) samt Ausführungsbestimmungen in Kraft. Die Regelungen bieten bei aller Kritik die Chance, zügig den Weg aus der Budgetierung zu beschreiten. Sie sollten mit kühlem Verstand genutzt werden.

Alle Detailregelungen zum TSVG haben an der Zwitterhaftigkeit des Gesetzes nichts ändern können. Dieses Sammelsurium von nicht immer konsistenten Maßnahmen greift auf der einen Seite in nie gekannter und empörender Weise in die Praxisorganisation eines jeden Arztes ein und verbessert die Versorgungssituation gerade chronisch Kranker nicht. Auf der

anderen Seite stellt es aber das KV-System auf die Pole-Position bei der Gestaltung der Digitalisierung und bietet die realistische Chance, in einem überschaubaren Zeitraum aus der Budgetierung zu kommen. Das TSVG löst also nach wie vor ein Wechselbad der Gefühle aus.

Das war schon so, als die Eckpunkte des Gesetzes im Herbst vergangenen Jahres bekannt wurden. Die Beurteilung hing davon ab, wie stark der Arzt im KV-System aktiv ist. Wer „nur“ seine Praxis führt und sich nicht weiter um die KV und die Rahmenbedingungen des Systems kümmert, sah vor allem die Eingriffe in seine Praxishoheit. Er war erbost über diesen „Spahnsinn“. Die Wut entlud sich in Leserbriefen und Protestaktionen.

Je mehr man jedoch im KV-System aktiv ist – gar an der Spitze einer KV –, umso mehr sah man auch die Chancen, die die Wundertüte aus dem Hause des nimmermüden Ministers enthielt. Da waren nicht nur die zusätzlichen Honorare, mit denen seit sehr langer Zeit endlich mal wieder dem Grundsatz Rechnung getragen wurde, dass es für Mehrarbeit auch mehr Geld geben muss. Da war auch die Zuweisung einer ganzen Reihe von Kompetenzen bei der Festlegung wichtiger Weichen in der digitalen Kommunikation. So etwas ist in der heutigen Zeit die zentrale Position, um die Bedingungen eines Systems zu kontrollieren.

Unklug wäre es aber, wenn man aus Wut über den „Eingriffsteil“ des

TSVG jetzt die Chancen gar nicht nutzen wollte. Denn diese Chancen bestehen. Da sind zum einen die finanziellen Regelungen. Nun gibt es extrabudgetäre Honorare für Patienten, die über die Terminservice-stelle (TSS) in die Praxis kommen, für neue Patienten, für Patienten, für die der Hausarzt einen kurzfristigen Termin beim Facharzt vereinbart sowie für Patienten in den „offenen Sprechstunden“. Aufschläge gibt es zudem bei kurzfristigen TSS-Terminen und der Vermittlung des Facharzttermines.

Jeweils ein Jahr greift eine Bereinigungsregel. Sie ist endlich fair gestaltet, das heißt, an die Kassen zurückgezahlt wird lediglich das Geld, das gezahlt worden wäre, hätte die Budgetierung gegriffen. Diese „Netto-Bereinigung“ ist eine alte Forderung des KV-Systems, konnte aber bisher nicht durchgesetzt werden, bereinigt wurde immer der volle Preis der Gebührenordnung, was die KVen benachteiligte.

Die Bereinigung wird nach den gesetzlichen Vorgaben auf den Arzt heruntergebrochen, der die TSVG-Leistung abgerechnet hat und den Fall extrabudgetär vergütet bekam. Das lässt sich mit der ILB-Regelung in Hamburg vergleichsweise einfach und transparent umsetzen. Ab dem 5. Quartal der Inkraftsetzung der jeweiligen Regelung fällt die Bereinigung weg.

Dann tritt ein merkwürdiger Effekt ein: Rechnet ein Arzt einen TSVG-Fall ab, erhält er diesen extrabudgetär bezahlt, und die

KV stellt dieses Geld der Kasse in Rechnung. Die Kopfpauschale, die die Kasse bereits für den Patienten bezahlt hatte, verbleibt aber bei der KV. Mit anderen Worten: Die KV hat mehr Geld zur Verfügung, als sie für die Honorierung der TSVG-Leistungen benötigt.

Dieses Geld fließt gemäß unseren Regelungen in die Honorarverteilung und dort in die Bezahlung der Leistungen, die oberhalb der ILB-Grenze abgerechnet werden. Damit erhöht sich diese Quote und

Bei aller Kritik: Die Regelungen bieten uns die Chance, den Weg aus der Budgetierung zu beschreiten.

nähert sich Stück für Stück der 100-Prozent-Grenze an. Mit diesem Mechanismus hat das TSVG das Ende des Budgets eingeläutet.

Angesichts dieser Bedingungen stellt sich die Frage nach der „richtigen“ Vorgehensweise. Soll man die Möglichkeiten des TSVG aggressiv nutzen oder erst einmal abwarten? Soll man die Praxisorganisation umbauen? Der Rat der KV Hamburg ist, erst einmal so weiterzuarbeiten, wie man es gewöhnt ist. Die Regelungen des TSVG müssen sich erst einmal „einschleifen“, auch hat die TSS noch nicht die Ausbaustufe erreicht, die wir anstreben, damit sie komfortabel genutzt werden kann – für Patient und Arzt. Wer erst einmal normal weiterarbeitet, wird bereits TSVG-Fälle haben,

kann aber organisatorische Maßnahmen in Ruhe vorbereiten und prüfen, ob es sich lohnt, die Praxisorganisation umzustellen.

Für das KV-System insgesamt ist die Übertragung von Aufgaben im Bereich der digitalen Kommunikation sogar noch wichtiger als das Todesglöcklein für das Budget. Denn die gesetzliche Erlaubnis, aus der TSS-Plattform eine allgemein nutzbare Plattform für Termine, Services und medizinische Informationen zu machen, ist in ihrer Tragweite gar nicht groß genug einzuschätzen. Wir leben in einer „Plattform-Ökonomie“. Wer die Schnittstellen definiert, über die Kommunikation stattfindet, wer für den Nutzer viele Informationen und

Hilfen bequem auf einer Seite anbieten kann, der hält die Fäden in der Hand. Das bedeutet in unserem Fall, dass wir erstmals eine realistische Möglichkeit erhalten, die Patienten auf die Versorgungsstufe zu lotsen, auf der sie am besten aufgehoben sind. Das System könnte dadurch spürbar effizienter, der Praxisablauf ruhiger werden.

Wie die Regelungen im Einzelnen aussehen, haben wir auf den folgenden Seiten dargestellt. Ein Heft zum Aufheben; denn diese Chancen sollten alle nutzen, klug und mit kühlem Herzen. ■



WALTER PLASSMANN

Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

Die TSVG-Regelungen im Überblick

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) betrifft fast alle Praxen. Wir fassen zusammen, welche Neuregelungen in Kraft getreten sind – und was es bei der Abrechnung zu beachten gibt.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) will die Bundesregierung dafür sorgen, dass Patienten einen schnelleren Zugang zur ambulanten Versorgung erhalten. Vertragsärzte und Psychotherapeuten müssen ihr Mindestsprechstundenangebot für GKV-Patienten auf 25 Stunden pro Woche anheben. Zu den Sprechstunden zählen auch die Haus- und Heimbvisuche (inklusive Wegezeiten) sowie die Zeiten, in denen der Arzt operiert.

Für den erhöhten Aufwand hat der Gesetzgeber zusätzliche Honorarbedingungen geschaffen. Die nachstehenden Regelungen können von allen Arztgruppen mit Patientenkontakt in Anspruch genommen werden. Vom TSVG nicht betroffen sind Laborärzte, Mikrobiologen, Infektionsepidemiologen, Transfusionsmediziner und Pathologen.



Die Behandlung von Patienten, die als dringliche Fälle über die Terminservicestelle (TSS) in die Praxis kommen, wird extrabudgetär bezahlt. Das gilt für alle Leistungen im Rahmen eines Arztgruppenfalls. (Der Arztgruppenfall ist anders definiert als der normale Behandlungsfall. Siehe Kasten Seite 14).

Zusätzlich gibt es einen extrabudgetären Zuschlag auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-

pauschale. Die Höhe des Zuschlags richtet sich nach der Wartezeit auf den Termin ab Kontaktaufnahme des Patienten mit der TSS:

- Termin innerhalb von **acht Wochentagen**: Zuschlag von 50 Prozent auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (Kennzeichnung „B“)
- Termin innerhalb von **neun bis 14 Wochentagen**: Zuschlag von 30 Prozent auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (Kennzeichnung „C“)
- Termin innerhalb von **15 bis 35 Wochentagen**: Zuschlag von 20 Prozent auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale (Kennzeichnung „D“)

Als erster Zähltag gilt hierbei der Tag, an dem der Patient mit der TSS Kontakt aufnimmt. (Beispiel: Der Patient ruft am Donnerstag bei der TSS an. Erster Zähltag ist derselbe Tag.

T.T.M.M.J.J.J.J

Wenn die TSS dem Patienten einen Termin am darauffolgenden Donnerstag vermittelt, wird die Acht-Tage-Frist noch eingehalten. Samstage, Sonntage und Feiertage zählen mit.)

SO WIRD ABGERECHNET

Damit alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet werden, kennzeichnen Ärzte und Psychotherapeuten den Überweisungs- oder Originalschein unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Terminfall“. Im Praxisverwaltungssystem (PVS) steht dazu eine entsprechende Funktion bereit. Für die Zuschläge gibt es pro Arztgruppe jeweils eine neue Gebührenordnungsposition (GOP).

Die Liste mit den arztgruppenspezifischen GOP für die Zuschläge finden Sie im Internet: www.kvhh.de → TSVG → Arztgruppenspezifische GOP für TSS-Terminfall

Je nach Wartezeit des Patienten auf den Termin muss der jeweiligen GOP noch eine Kennzeichnung („B“, „C“ oder „D“) für den Zuschlag hinzugesetzt werden. Der Arzt erkennt anhand der Patientendaten in der Terminatenbank und anhand der Buchungsbenachrichtigung, wann der Patient mit der TSS Kontakt aufgenommen hat.

Hier ein Abrechnungs-Beispiel: Ein Augenarzt behandelt einen 40-jährigen Patienten, der über die TSS vermittelt wurde. Zwischen der Kontaktaufnahme des

Patienten mit der TSS und dem Behandlungstermin lagen 12 Tage. Der Augenarzt kennzeichnet den Abrechnungsschein als „TSS-Terminfall“. Alle Leistungen im Arztgruppenfall werden nun extrabudgetär vergütet. Der Augenarzt rechnet die Grundpauschale 06211 sowie weitere gegebenenfalls erforderliche Leistungen ab. Er gibt zusätzlich die GOP 06228C für den Zuschlag an. Den Buchstaben C setzt er hinzu, weil der Termin innerhalb einer Vermittlungsfrist von neun bis 14 Tagen zustande kam. So erhält er einen Zuschlag von 30 Prozent auf die Grundpauschale.



Ein Haus- oder Kinderarzt, der für einen Patienten einen dringend erforderlichen Termin beim Facharzt vermittelt, erhält dafür einen Zuschlag von 93 Punkten (2019 sind das 10,21 Euro). Der weiterbehandelnde Facharzt bekommt die Untersuchung und Behandlung des Patienten im Rahmen des Arztgrup-

penfalls extrabudgetär und damit in voller Höhe bezahlt. Das gilt für fachärztliche Arztgruppen mit Patientenkontakt (also nicht für Laborärzte, Mikrobiologen, Infektionsepidemiologen, Transfusionsmediziner und Pathologen).

Voraussetzung ist, dass der Termin innerhalb von vier Wochentagen liegt, nachdem der Hausarzt eine Behandlungsnotwendigkeit festgestellt hat. Für diese Frist gilt der Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit als erster Zähltag. (Beispiel: Die Hausärztin stellt am Montag fest, dass ihr Patient dringend einem Kardiologen vorgestellt werden muss. Erster Zähltag ist der Dienstag. Der Termin bei Kardiologen muss also spätestens am Freitag stattfinden. Samstage, Sonntage und Feiertage zählen mit.)

Der Hausarzt stellt dem Patienten eine Überweisung für die Konsultation beim Facharzt aus. Der Hausarzt muss den Termin nicht selbst organisieren, er kann dies an sein Praxisteam delegieren. Der Vermittlungszuschlag von 10,21 Euro wird auch gezahlt, wenn der Patient den gebuchten Termin nicht wahrnimmt.

Benötigt ein Patient dringend Termine bei unterschiedlichen Facharztgruppen (beispiels- →



Bereinigung des Budgets

Bei Ärzten, die Leistungen nach dem TSVG extrabudgetär abrechnen, findet eine Bereinigung statt. Das heißt: Das Individuelle Leistungsbudget (ILB) des jeweiligen Arztes wird abgesenkt, denn die TSVG-Fälle können ja nicht sowohl „innerhalb des Budgets“ als auch nochmals vollständig „außerhalb des Budgets“ bezahlt werden.

Die Bereinigung läuft folgendermaßen ab: In den ersten vier Quartalen nach Inkrafttreten der jeweiligen Regelungen erhält der Arzt sein ILB wie gewohnt. Rechnet der Arzt in dieser Zeit TSVG-Fälle ab, bekommt er dafür Honorar aus seinem ILB. Das ist aber noch nicht der volle Preis. Deshalb bekommt er zusätzliches Honorar ausbezahlt, sodass die TSVG-Fälle unterm Strich zu 100 Prozent bezahlt werden.

Im darauffolgenden Jahr wird bei diesem Arzt die Berechnungsgrundlage des ILB um den Betrag reduziert, den

die in den jeweiligen Vorjahresquartalen abgerechneten, innerhalb des Budgets bezahlten TSVG-Fälle ausgelöst haben („Netto-Bereinigung“).

Danach wird nicht nochmals bereinigt. TSVG-Fälle, die der Arzt ab dem 5. Quartal seit Inkrafttreten der jeweiligen Regelung abrechnet, bekommt der Arzt zu 100 Prozent bezahlt – ohne dass sein ILB nochmals gekürzt wird. Wenn die Zahl seiner TSVG-Fälle steigt, müssen die Krankenkassen jeden zusätzlichen Fall auch komplett zusätzlich bezahlen.

Die Bereinigungszeiträume haben mit Inkrafttreten der jeweiligen Regelungen begonnen. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Die extrabudgetär gestellten Leistungen für Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) zugewiesen wurden oder für die der Hausarzt einen Termin beim Facharzt vereinbart hat, werden vom 11. Mai 2019 bis zum 10. Mai 2020

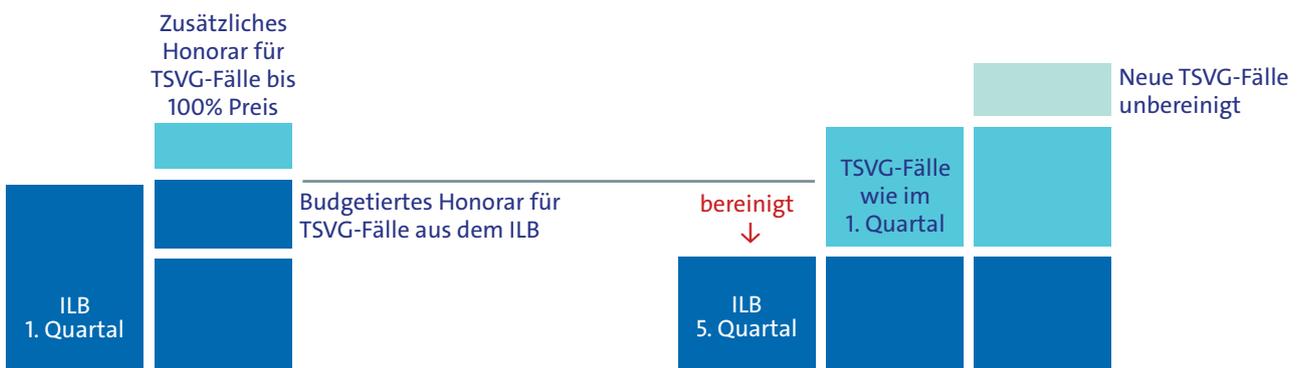
bereinigt. Das erste um diese Fälle bereinigte ILB werden die Ärzte also für das 3. Quartal 2020 bekommen.

- Für extrabudgetär gestellte Leistungen bei Patienten, die neu sind oder in die offene Sprechstunde kommen, hat der Bereinigungszeitraum am 1. September 2019 begonnen und dauert bis zum 31. August 2020. Das erste um diese Fälle bereinigte ILB werden die Ärzte zum 4. Quartal 2020 bekommen.

Keine Bereinigung der Zuschläge

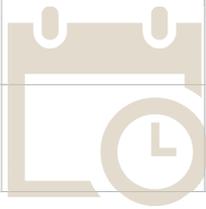
Die Zuschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale für die schnelle Übernahme eines TSS-Terminfalls und der an den Hausarzt gezahlte Zuschlag für die Vermittlung eines Facharzttermins werden nicht bereinigt. Für die Zuschläge müssen die Krankenkassen von Beginn an extra Geld bereitstellen.

BEREINIGUNGS-MECHANIK IM ÜBERBLICK



Erstes Quartal, in dem die neue Regelung greift: Behandelt der Arzt TSVG-Fälle, erhält er dafür budgetiertes Honorar aus seinem ILB. Was zum vollen Preis fehlt, wird durch zusätzlich gezahltes Honorar ausgeglichen.

Ein Jahr später: Im fünften Quartal ist das ILB des Arztes bereinigt. Das heißt: Die Berechnungsgrundlage des ILB wird reduziert um die Summe, die im Vorjahresquartal für TSVG-Fälle aus dem ILB bezahlt wurde. Versorgt der Arzt nun ebenso viele TSVG-Fälle wie im Vorjahr, kann er das gleiche Honorar bekommen. Versorgt er mehr TSVG-Fälle, werden diese zum vollen Preis zusätzlich bezahlt – ohne dass das ILB nochmals gekürzt wird. Denn die Bereinigung findet nur einmal statt.



→ weise beim Orthopäden und beim Neurologen), kann der Hausarzt den Zuschlag auch mehrfach im Quartal abrechnen. Nicht berechnungsfähig ist der Zuschlag, wenn der Hausarzt einen Termin bei einem Facharzt vermittelt, bei dem der Patient im laufenden Quartal bereits behandelt wurde. Dies ist vom Hausarzt beim Patienten zu erfragen.

Und es gibt eine Obergrenze: In die Richtlinie zur Abrechnungsprüfung wird die Anmerkung aufgenommen, dass eine Abrechnungsauffälligkeit zu vermuten ist, wenn die Haus- oder Kinderärzte einer Praxis mehr als 15 Prozent ihrer Fälle auf diese Weise an Fachärzte vermitteln.

HAUS- UND KINDERARZT: SO WIRD ABGERECHNET

Für den Zuschlag rechnet der Hausarzt die GOP 03008 ab, der Kinderarzt die GOP 04008. Zusätzlich gibt er bei der Abrechnung die Betriebsstättennummer (BSNR) der Praxis an, an die der Patient vermittelt wurde. Die BSNR der einzelnen Praxen findet man in der Kollegensuche im Sicheren Netz – auch erreichbar über die Telematikinfrastruktur. Hierbei kann es sich auch um die Nebenbetriebsstätte handeln, sofern diese als Haupttätigkeitsort des Arztes angegeben ist. Die Kollegensuche

ermittelt über die Namenssuche des Arztes automatisch die korrekte (N)BSNR.

FACHARZT: SO WIRD ABGERECHNET

Der Facharzt überträgt die Informationen auf der Überweisung wie gewohnt in sein Praxisverwaltungssystem und kennzeichnet den Abrechnungsschein zusätzlich als „HA-Vermittlungsfall“. Der Überweisungsschein muss nicht der Abrechnung beigelegt werden.



Bestimmte Arztgruppen müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten (bei vollem Versorgungsauftrag, sonst anteilig). Folgende Gruppen sind von der Regelung betroffen: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologen / Psychiater / Ärzte für Nervenheilkunde, Neurochirurgen, Orthopäden, Urologen. Wie die offenen Sprechstunden auf die Arbeitswoche verteilt werden – jeden Tag eine Stunde, alle fünf Stun-

den an einem Tag –, ist den Praxen freigestellt.

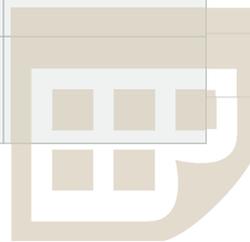
In einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft muss nicht jeder Arzt in der offenen Sprechstunde Patienten versorgen. Ein Arzt kann beispielsweise die gesamten offenen Sprechstunden aller BAG-Mitglieder übernehmen – bei drei Ärzten mit voller Zulassung wären das pro Woche 15 offene Sprechstunden.

Die Praxis muss die Zeiten ihrer offenen Sprechstunden veröffentlichen (z.B. Anrufbeantworter, Website) und der KV mitteilen. Die KV muss auf ihrer Internetseite ebenfalls über das Angebot an offenen Sprechstunden der betreffenden Praxen informieren.

In der offenen Sprechstunde werden alle Leistungen im Rahmen eines Arztgruppenfalls bis zur Erreichung eines Höchstwertes extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Der Höchstwert beträgt 17,5 Prozent aller Arztgruppenfälle der Praxis. Wird der Höchstwert überschritten, sucht ein Zufallsgenerator aus den entsprechend gekennzeichneten Fällen diejenigen aus, die dann als „Fälle der offenen Sprechstunde“ extrabudgetär honoriert werden.

SO WIRD ABGERECHNET

Damit die KV erkennt, dass der Patient in der offenen Sprechstunde behandelt wurde, kennzeichnen Praxen den Abrechnungsschein im PVS als "Offene Sprechstunde". →



NEUE PATIENTEN

Auch bei der Behandlung „neuer Patienten“ werden alle Leistungen im jeweiligen Arztgruppenfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet. Als „neu“ gilt ein Patient, wenn er weder im aktuellen noch in den acht vorangegangenen Quartalen in der jeweiligen Praxis war.

Innerhalb einer Praxis mit unterschiedlichen Arztgruppen gilt der Patient bei maximal zwei verschiedenen Arztgruppen als „neu“. Das heißt: Innerhalb der Praxis können zwei Arztgruppen, wenn der Patient von diesen nicht innerhalb der letzten zwei Jahre behandelt wurde, eine extrabudgetäre Vergütung im Arztgruppenfall ansetzen. Ab der dritten behandelnden Arztgruppe ist keine extrabudgetäre Vergütung mehr möglich.

Keine „neuen Patienten“ abrechnen können folgende Arztgruppen: Humangenetiker, Labormediziner, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen, Strahlentherapeuten

und Anästhesisten, wenn sie nicht schmerztherapeutisch tätig werden.

Bei neu eröffneten oder übernommenen Praxen gibt es eine Karenzzeit von zwei Jahren. Erst ab dem neunten Quartal können Patienten gegebenenfalls als „neu“ abgerechnet werden.

Patienten, die ihre Krankenkasse wechseln oder aus der Selektivversorgung zurück in die Regelversorgung kommen, gelten nicht per se als „neue Patienten“.

Was ist ein Arztgruppenfall?

Bei TSVG-Konstellationen (TSS-Termin, Hausarzt-Vermittlung, offene Sprechstunde und neue Patienten) werden alle Leistungen mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM im Rahmen des „Arztgruppenfalls“ extrabudgetär bezahlt. Dieser „Arztgruppenfall“ ist anders definiert als der normale „Behandlungsfall“.

Der „Behandlungsfall“ beschreibt die Behandlung

- desselben Patienten
- zu Lasten derselben Krankenkasse
- im selben Quartal
- in derselben Praxis.

Bei einem „Arztgruppenfall“ wird der Patient zudem von

- „derselben Arztgruppe“ behandelt.

Bei einer Einzelpraxis oder einer Berufsausübungsgemeinschaft, in der nur Ärzte derselben Fachrichtung tätig sind, ist dieser Unterschied unerheblich.

Für eine Praxis mit unterschiedlichen Arztgruppen bedeutet das: Extrabudgetär vergütet werden nur die Leistungen jener Arztgruppe, die den Patienten aufgrund einer TSVG-Konstellation behandelt hat. Wird der Patient danach in derselben Praxis von einem Arzt einer anderen Fachgruppe weiterbehandelt, können diese Leistungen nicht extrabudgetär vergütet werden.

Anders sieht es aus, wenn der Patient von einer weiteren Arztgruppe der Praxis ebenfalls aufgrund einer TSVG-Konstellation behandelt wird. In diesen Fällen ist ein weiterer Behandlungsschein anzulegen, welcher dann ebenfalls mit der entsprechenden Konstellation gekennzeichnet wird. Dadurch wird gewährleistet, dass eine weitere Arztgruppe die Leistungen ebenfalls extrabudgetär vergütet bekommt.

SO WIRD ABGERECHNET

Damit die Leistungen für „neue Patienten“ extrabudgetär vergütet werden, kennzeichnen Praxen den Abrechnungsschein im PVS als „Neupatient“. ■

Der Artikel wurde auf Grundlage von Texten der KBV erstellt (www.kbv.de/html/tsvg.php).

Bearbeitung: Jasmin Hartmann, Caroline Ulbrich

9. Tag der Allgemeinmedizin

Spezialisiert auf den ganzen Menschen

9.11.2019
UKE Hamburg

Anmeldung
bis zum 17.10.2019

→ www.uke.de/tda

tda@uke.de

unabhängige Fortbildungen für
das gesamte Praxisteam in über
50 Workshops

Plenums-Highlight

Prof. Dr. med. Burkhard Göke

*Die Bedeutung der Allgemein-
medizin im Kontext spezialisierter
(Supra) Maximalversorgung*

Wir laden Sie herzlich ein.

für das
gesamte
Praxisteam

UKE

Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

DEGAM
Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

VON SUSANNE LÖW

Hundert Jahre KV Hamburg

Gäste aus Ärzteschaft, Politik und Medien kamen zur Jubiläumsfeier ins Hamburger Ärztehaus

Die KV Hamburg feierte 100-jähriges Bestehen, und 250 Gäste machten am 17. August 2019 zum runden Geburtstag ihre Aufwartung – darunter Hamburgs Erster Bürgermeister Dr. Peter Tschentscher, Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks und die Vorstände von KBV und Hamburger Ärztekammer.

Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV, beschrieb in seinem Festvortrag „100 Jahre Kassenärztliche Vereinigung Hamburg“ die Gründung der KV, blickte kritisch auf die Rolle der Organisation zu Zeiten der NS-Diktatur zurück – und zeigte sich angesichts der aktuellen und künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen kämpferisch: „Niemand weiß so gut, wie die ambulante Versorgung zu organisieren ist wie die KV. Wenn es sie nicht gäbe, müsste man sie erfinden!“

Auf den hohen Stellenwert der Selbstverwaltung hatte bereits Bürgermeister Tschentscher in seinem Grußwort hingewiesen. Heinrich führte nun aus, welche Vorteile das System bietet: Die gemeinsame Selbstverwaltung entscheide im Großen über den Leistungskatalog der GKV, über die Planung des ärztlichen und psychotherapeutischen Bedarfs, über Leistungsbewertung und Qualitätsstandards. Im Kleinen, in der alltäglichen Praxis, trage der Arzt den Konflikt zwischen Behandlungsqualität und den wirtschaftlichen Ressourcen eines Solidarsystems bei



Zum Gründungsjubiläum versammelt: Dr. Björn Parey (stv. Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg), Cornelia Prüfer-Storcks (Hamburger Gesundheitssenatorin), Dr. Peter Tschentscher (Hamburgs Erster Bürgermeister), Dr. Dirk Heinrich (Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg), Caroline Roos (stv. Vorsitzende der KV Hamburg), Walter Plassmann (Vorsitzender der KV Hamburg)

jeder einzelnen Behandlung aus. Die Selbstverwaltung ermögliche es dem Arzt, im besten Sinne „freiberuflich“ und professionell zu agieren – unabhängig von wirtschaftlichen Interessen, Weisungen von Dienstherren oder Befugnissen Dritter.

Vor diesem Hintergrund warnte Heinrich vor einer Ökonomisierung des Systems, die das Geschaffene bedrohen könnte. „Der fortschreitende Ausverkauf der ambulanten Versorgung an versorgungsfremde Unternehmen, die nur ihre Rendite im Blick haben, ist eine mehr als kritisch zu hinterfragende Entwicklung.“ Auch die „massiver werdenden Eingriffe des Staates“ in die Selbstverwaltung sieht Heinrich als Gefahr, was er an Fragestellungen der Bedarfs-

planung, der Identifikation von Versorgungsbedarf, Detailregelungen des Praxisalltags und der zunehmenden Bürokratisierung festmachte.

Im Anschluss präsentierten die Historiker Prof. Dr. Hans-Walter Schmuhl und Dr. Anna von Villiez das Ergebnis ihrer dreijährigen Arbeit an einer wissenschaftlichen Publikation zur Geschichte der KV. Der erste Band ihres Buchs „Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Selbstverwaltung zwischen Markt und Staat/1919-1964“ (Dölling & Galitz Verlag) ist ab sofort erhältlich, der zweite Band erscheint Ende des Jahres.

Flankierend zum Buch wurde im Foyer des Hamburger Ärztehauses im Rahmen eines Sektempfangs und zu Lounge-Musik der Jazzband „Trio



Ausstellungseröffnung im Foyer des Ärztehauses



Festvortrag von Dr. Dirk Heinrich



Jazzband "Trio Mayence"



Podiumsdiskussion im großen Saal

Mayence“ die Ausstellung „100 Jahre Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Streiflichter auf die Geschichte der vertragsärztlichen Selbstverwaltung“ eröffnet, welche die Historie anhand von umfangreichem Archivmaterial, Fotos, Filmen und Exponaten anschaulich und lebendig macht. Dr. Tschentscher ließ sich ebenso interessiert auf diese Reise mitnehmen wie die übrigen Gäste, die entlang der Schaubilder und Leihgaben von der Ärztekammer Hamburg und dem Medizinhistorischen Museum Hamburg durch die multimediale Ausstellung flanierten, die noch bis 30. September zu sehen ist.

Mit seinem Impulsvortrag „Die Selbstverwaltung erfindet sich neu“ berichtete KV-Chef Walter Plassmann von künftigen KV-Aktivitäten wie dem Ausbau des "Arztrufs Hamburgs" und dem Aufbau einer umfassenden Termin- und Serviceplatt-

form für Patienten ab 2020 – und stimmte auf eine Podiumsdiskussion ein, die von Ärztenachrichtendienst-Chefredakteur Jan Scholz moderiert wurde. Wie stark darf, sollte oder muss die Politik sich in Fragen des Gesundheitswesens einmischen?

Die Runde mit Jennyfer Dutschke, Mitglied der Hamburger Bürgerschaft und gesundheitspolitische Sprecherin der FDP Hamburg, Dr. Dirk Heinrich und Walter Plassmann von der KV Hamburg, Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks sowie Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands DAK und ehemaliger Gesundheitsminister des Saarlands, diskutierte lebhaft über brisante Themen wie die Bedarfsplanungsrichtlinie oder die Reform der Notfallversorgung.

Ist der Sicherstellungsauftrag tatsächlich angesichts der aktuellen Politik gefährdet? Diesen Vorwurf wehrte Prüfer-Storcks ab: „Wir sehen

Veränderungsnotwendigkeiten, die man teils gemeinsam angehen muss – insbesondere, wenn wir die sektorenübergreifende Versorgung voranbringen wollen“, sagte Prüfer-Storcks.

Doch sie betonte auch: „Wir wollen den Sicherstellungsauftrag gar nicht. Und wir wollen auch nicht die Selbstverwaltung abschaffen. Der Sachverstand der KV ist uns wichtig.“

Plassmann wies darauf hin, dass die aktuellen politischen Tendenzen eine andere Sprache sprechen. Er forderte, dass die Politik auch den Mut haben müsse, den Patienten reinen Wein einzuschenken: „Wir wollen, dass das leicht in Anspruch zu nehmende Gesundheitssystem mit der umfassenden Versorgung bestehen bleibt, und helfen gern, dem Patienten Orientierung zu geben. Aber wenn er sich nicht daran hält, muss man ihm das auch sagen – und ihn sanktionieren – dürfen.“ ■

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

FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG

Wie alt muss der Patient sein, damit ich die GOP 01741 EBM (Totale Früherkennungskoloskopie gem. Teil II. § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme) abrechnen darf?

Seit dem 19. April 2019 haben Männer bereits ab dem 50. Lebensjahr Anspruch auf eine Koloskopie nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01741 EBM. Für Frauen wurde die Altersgrenze hingegen nicht abgesenkt, sodass der Leistungsanspruch weiterhin ab 55 Jahren besteht.

Auch die Altersgrenze für die ausführliche Beratung zur Früherkennung von Darmkrebs nach der GOP 01740 EBM wurde angepasst: Alle Versicherten können diese nun einmalig ab 50 Jahren in Anspruch nehmen.

ABRECHNUNG

In welchen zeitlichen Abständen ist die Abrechnung der GOP 01815 EBM (Untersuchung und Beratung der Wöchnerin) möglich? Was muss ich erbringen, um die Gebührenordnungsposition abrechnen zu können?

Nach der Mutterschafts-Richtlinie findet eine Untersuchung (inkl. Bestimmung des Hämoglobins) innerhalb einer Woche nach Entbindung statt. Eine weitere Untersuchung sollte etwa sechs Wochen (spätestens acht Wochen) nach der Entbindung durchgeführt werden.

Die Untersuchung umfasst: Allgemeinuntersuchung (falls erforderlich einschließlich Hb-Bestimmung), Feststellung des gynäkologischen Befundes, Blutdruckmessung, Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, ggf. bakteriologische Untersuchungen (z. B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund) sowie Beratung der Mutter.

DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

Ich bin in einer großen Gemeinschaftspraxis tätig und habe gelesen, dass der Bundestag eine Lockerung bei der Ernennung eines Datenschutzbeauftragten beschlossen hat. Können Sie mir hierzu Näheres sagen?

Der Bundestag hat am 26. Juni 2019 die EU-Vorgaben zum Datenschutz konkretisiert und in diesem Zusammenhang unter anderem den bisherigen Schwellenwert für die Ernennung eines betrieblichen Datenschutzbeauftragten verdoppelt. Statt bisher zehn müssen sich künftig „in der Regel mindestens zwanzig Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigen“, damit laut § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes ein Datenschutzbeauftragter ernannt werden muss. Die Zustimmung des Bundesrates steht jedoch noch aus, sodass diese Anpassung bisher noch nicht anwendbar ist.

Der Datenschutzbeauftragte der KV Hamburg empfiehlt, weiterhin einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen oder einen Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen



auszustatten, um die Einhaltung der Vorgaben mit Expertise zu unterstützen. Die geplante Anpassung verschafft in Bezug auf den Datenschutz nur eine scheinbare Lockerung – sämtliche anderen Pflichten aus DS-GVO, BDSG und SGB haben weiterhin Bestand. Die Aufsichtsbehörden gehen tendenziell dazu über, individuelle Beratungen abzulehnen und stattdessen Prüfungen durchzuführen. Dass der Schutz von personenbezogenen Daten und die IT-Sicherheit eine steigende Bedeutung haben, zeigen auch Fälle aus der jüngsten Vergangenheit, bei denen Arztpraxen von sogenannten „Kryptotrojanern“ befallen wurden und wochenlang den Betrieb größtenteils einstellen mussten.

ONLINE-TERMINSERVICE

Ich möchte einen Online-Terminservice einrichten und dabei den Anbieter Doctolib nutzen. Kann die KV diesen Anbieter empfehlen?

Die KV gibt hierzu grundsätzlich keine Empfehlungen ab. Der Datenschutzbeauftragte der KV Hamburg hat uns zu Ihrer Frage folgende Stellungnahme geschickt: „Die Datenschutzzangaben auf der Homepage von Doctolib haben aus meiner Sicht nur geringe Aussagekraft. Dies gilt auch für die Umsetzung der Rechte der betroffenen Personen, für die der Arzt die volle Verantwortung trägt. Weiterhin ist die Haftung seitens Doctolib auf das gesetzliche Minimum reduziert. Doctolib verarbeitet nach eigener Aussage auch Daten, die zur Patientenakte gehören und durch den Arzt mit dem Patienten geteilt werden. Es ist dabei unklar, ob Doctolib „Gehilfe“ des Arztes (i. S. d. § 203 StGB) oder „Auftragsverarbeiter“ ist, da beide Begriffe genutzt werden; die Schweigepflichtentbindung des Arztes erfolgt dabei über die AGBs von Doctolib. Insgesamt sind die vorhandenen Informationen meiner Auffassung nach nicht ausreichend, um die Erfüllung der Anforderungen nach Art. 28 DS-GVO positiv

bewerten zu können. Hierzu gehören u. a. auch eine ausführliche Darstellung aller Sicherheitsmaßnahmen, eine Zusicherung der Unterstützung des Arztes bei der Meldung von Datenpannen oder aber auch die Darstellung von weiteren Unterauftragnehmern.“

IMPfung

Ein Patient wurde von einem vermeintlich tollwütigen Tier gebissen und erscheint nun zur Postexpositionsprophylaxe in meiner Praxis. Wie beziehe ich den Impfstoff für den Patienten? Wie kann ich die aktive Immunisierung mit dem Tollwutimpfstoff abrechnen?

Impfstoffe für postexpositionelle Impfungen werden auf den Namen des Patienten zu Lasten seiner eigenen Kasse verordnet. Hierbei kreuzen Sie bitte das Feld 8 (Impfstoff) an. Für die ärztliche Leistung gibt es in diesem Fall keine Abrechnungsnummer, die Leistung gilt mit dem Ansatz der Versichertenpauschale als abgegolten.

Detaillierte Informationen zum Thema Tollwut (z. B. Impfung/postexpositionelle Immunprophylaxe) finden Sie auf der Homepage des Robert-Koch-Instituts unter folgendem Link:

www.rki.de → Infektionsschutz → RKI → Ratgeber - Tollwut

Infocenter Tel: 22802-900



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

BKK-Vertrag zu Hypertonie-Begleiterkrankungen

Zum 1. Oktober 2019 haben die KV Hamburg und der BKK-Landesverband **NORDWEST** einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie geschlossen.

Bei BKK-Versicherten, die eine bekannte Hypertonie haben, kann ein Screening auf das Vorliegen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) und einer chronischen Nierenkrankheit durchgeführt werden. Das jeweilige Screening wird mit 20 Euro vergütet. Sollte im Rahmen des Screenings die jeweilige Erkrankung diagnostiziert werden, soll der Arzt im Rahmen eines krankheitsorientierten intensiven Gesprächs insbesondere den Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung mit dem Patienten ausführlich besprechen. Dieses Gespräch wird ebenfalls mit 20 Euro vergütet.

Teilnahmeberechtigt sind alle Hausärzte, die ihre Teilnahme gegenüber der KV Hamburg erklärt haben. Auch Versicherte müssen ihre Teilnahme am Vertrag erklären.

Vertragstext und Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte im Internet:

www.kvhh.de → Recht & Verträge → Verträge → H → Hypertonie ■

Vertrag zur Förderung von Vorsorgeleistungen

Zum 1. Oktober 2019 haben die KV Hamburg, die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) und die Hanseatische Ersatzkasse (HEK) einen Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen („Vorsorge Plus“) geschlossen.

Ziel des Vertrags ist es, bei Versicherten bei der Ersatzkassen mit einer bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankung, eines Diabetes mellitus, einer chronischen Lungenerkrankung oder einer psychischen Störung die Progression der Erkrankungen zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen, indem zum Beispiel Komorbiditäten schneller erkannt werden. Dies soll im jeweiligen Versorgungsfeld durch ein Screening auf das Vorliegen beispielsweise einer respiratorischen Insuffizienz bei COPD erfolgen. Das jeweilige Screening wird mit 20 Euro vergütet. Sollte im Rahmen des Screenings die jeweilige Erkrankung diagnostiziert werden, soll der Arzt im Rahmen eines krankheitsorientierten intensiven Gesprächs insbesondere den Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung mit dem Patienten ausführlich besprechen. Dieses Gespräch wird ebenfalls mit 20 Euro vergütet.

Teilnahmeberechtigt sind alle Hamburger Ärzte im Rahmen ihrer fachlichen Qualifikation, die ihre Teilnahme gegenüber der KV Hamburg erklärt haben. Auch Versicherte müssen ihre Teilnahme am Vertrag erklären.

Vertragstext und Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte im Internet:

www.kvhh.de → Recht & Verträge → Verträge → V → Vorsorge Plus ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900



Anpassung des Vertrages „Hallo Baby“

Auch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie können teilnehmen

Ab 1. Oktober 2019 können neben Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Fachärzten für Laboratoriumsmedizin auch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie am Vertrag „Hallo Baby“ teilnehmen. Voraussetzung ist die Abgabe einer Teilnahmeerklärung gegenüber

der KV Hamburg. Es handelt sich um einen Vertrag mit dem BKK-System.

Vertragstext und Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte sowie die Liste der teilnehmenden BKKen im Internet:

www.kvhh.de → **Recht & Verträge** → **Verträge** → **S** → **Schwangerschaft** ■

Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge

- Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V: Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (Vorsorge-Plus) mit der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH und der Hanseatischen Ersatzkasse - HEK (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- 2. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2019 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- 3. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2019 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- 1. Nachtrag zur Vereinbarung nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungsvereinbarung) mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic und der

KNAPPSCHAFT (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- 1. Nachtrag zum Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen der AG Vertragskoordination (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage von § 140a SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- 1. Nachtrag zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage von § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit (Hinweis:

Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

Hinweis: Austausch von Anlagen in Verträgen

- Anlage 3 zum Vertrag gemäß § 84 Absatz 1 Satz 5 SGB V zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation „Vitamin K-Antagonisten Therapie“ mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 2. September 2019

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 5/2019 wurde der Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen der AG Vertragskoordination unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Vertrag ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

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

Versorgung von Patienten aus der "Rückführungseinrichtung Hamburg"

Das Abrechnungsprozedere für die medizinische Versorgung von Patienten aus der „Rückführungseinrichtung Hamburg“ hat sich geändert. Die Patienten erhalten keine „24-Stundenzettel“ mehr. Stattdessen gibt es nun ein Infoblatt der Innenbehörde, das als Anspruchsnachweis gilt.

Bei der „Rückführungseinrichtung“ handelt es sich um eine Container-Haftanstalt am Hamburger Flughafen, in der ausreisepflichtige Personen im Schnitt etwa 14 Tage untergebracht werden, um sie zurückzuführen. Personen aus der „Rückführungseinrichtung“ werden auch von niedergelassenen Ärzten behandelt.

Die Patienten bzw. deren Begleitpersonen bringen das Infoblatt der Innenbehörde („Information zu Kostenträger für Arzt- und Apothekenrechnungen für Insassen der Rückführungseinrichtung Hamburg“) mit in die Praxis. Auf dem Infoblatt ist angekreuzt, wer die Behandlungskosten übernimmt.

Bei der Abrechnung von Leistungen gibt es folgende Konstellationen:

● **Person ist aus einem anderen Bundesland in der Hamburger Rückführungseinrichtung untergebracht und hat keine Krankenversicherung:**

Die ärztlichen Leistungen werden privat abgerechnet. Rechnung an: Einwohnerzentralamt E 334 – Leistungsrecht, Bargkoppelstieg 14, 22145 Hamburg. Es kann nur einfacher GOÄ-Satz abgerechnet werden. Das Infoblatt muss der Abrechnung beigelegt werden.

Privatrezept an den Patienten bzw. dessen Begleitperson aushändigen. Rechnung wird zur Weiterleitung eingereicht an das Einwohnerzentralamt E 334 – Leistungsrecht, Bargkoppelstieg 14, 22145 Hamburg. Das Infoblatt muss der Abrechnung beigelegt werden.

Die Sicherstellung der Versorgung obliegt in dieser Konstellation dem jeweils zuständigen

Bundesland. Das Einwohnerzentralamt übernimmt die Weiterleitung an die zuständige Dienststelle des Landes zur Begleichung.

● **Person mit Zuständigkeit Hamburg, aber ohne Krankenversicherung:**

Abrechnung zu Lasten der BASFI (IK 131580082) über die KV Hamburg. Das Infoblatt muss der Abrechnung beigelegt werden.

Rezept an BASFI ggfs. über genutzte Abrechnungssysteme wie „Norddeutsches Apotheken-Rechenzentrum e.V. / Apotheken-Verrechnungsstelle“ (NARZ/AVN).

● **Person hat eine Krankenversicherung, es liegt aber keine Karte vor:**

Abrechnung zu Lasten der Krankenversicherung über die KV Hamburg: Name der Krankenversicherung, Versichertennummer wird vermerkt. Das Infoblatt muss der Abrechnung beigelegt werden.

Rezept an die Krankenversicherung ggfs. über genutzte Abrechnungssysteme wie NARZ/AVN. Das Infoblatt muss der Abrechnung beigelegt werden.

Grundsätzlich darf bei dieser Patientengruppe nur eine Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erfolgen (§§ 4, 6 AsylbLG). ■

Ansprechpartner für die Leistungen:
Gesche Emme
 Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) Hamburg
 Tel. 428 63 - 3516
gesche.emme@basfi.hamburg.de

Diana Massih
 Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) Hamburg
 Tel.: 42863 - 4126
diana.massih@basfi.hamburg.de

Bei Rückfragen an das Einwohnerzentralamt:
zentraleerstaufnahmeleistungsrecht@eza.hamburg.de



Vereinbarung zur HIV-Präexpositionsprophylaxe

Zum 1. September 2019 ist eine Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention von HIV-Infektionen in Kraft getreten. Sie betrifft die in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Urologie sowie Frauenheilkunde- und Geburtshilfe oder Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ziel des Verfahrens ist die Vermeidung von HIV-Neu-Infektionen. Versicherte ab dem vollendeten 16. Lebensjahr mit einem substanziellen HIV-Risiko (gemäß Anlage 33 BMV-Ä) haben künftig Anspruch auf eine medikamentöse Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und die damit erforderlichen Untersuchungen vor und während der Anwendung. Dazu gehört ein ausführliches Beratungsgespräch und ein HIV-Test, um festzustellen, dass die Person noch nicht mit dem HI-Virus infiziert ist. Zum Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Krankheiten müssen zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden.

Ärzte, die das Verfahren anwenden, benötigen eine Genehmigung der KV zur Durchführung und Abrechnung der HIV-Präexpositionsprophylaxe. Die fachliche Qualifikation muss durch Hospitationen in Einrichtungen zur medizinischen Betreuung von HIV-/ Aids-Patienten und durch Fortbildungen nachgewiesen werden. Näheres hierzu finden Sie unter:

www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste) Genehmigungen → (im Glossar unter „H“) HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ■

Ansprechpartner:
Katharina Flindt,
 Tel: 22802-461, Fax: 22802-420
 E-Mail: katharina.flindt@kvhh.de

Lucas Rathke
 Tel: 22802-358, Fax: 22802-420
 E-Mail: lucas.rathke@kvhh.de

Online-Tool für Patientenbefragungen

Die KBV stellt auf ihrer Webseite ein Online-Tool zur Verfügung, mit dem Ärzte und Psychotherapeuten unbürokratisch ein Feedback ihrer Patienten einholen können.

Mit der Online-Anwendung des „Fragebogens zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ – kurz ZAP und elektronisch eZAP – können Praxen mit wenigen Klicks eine Patientenbefragung anlegen sowie den Fragebogen bei Bedarf auch ausdrucken.

Der Vorteil der Online-Befragung besteht darin, dass die Daten nicht manuell übertragen werden müssen. Am Ende der Befragung erhalten die Praxisinhaber automatisch einen Ergebnisbericht mit Grafiken, der auf die Website der Praxis gestellt werden kann.

Alternativ haben Patienten auch weiterhin die Möglichkeit, den Fragebogen in Papierform auszufüllen. In diesem Fall pflegt das Praxisteam die Daten in das Online-Befragungstool ein. Der Fragebogen wurde von der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt. ■

Weitere Infos zu Patientenbefragungen und zur Online-Befragung eZAP:

www.kbv.de → Service → Service für die Praxis → Qualität → Qualitätsmanagement → QM-Instrumente → Patientenbefragungen



wir
schärfen
ihren

[v i • s u s]

/pharmakotherapieberatung

die gesundheit des patienten voranzustellen und dabei die regularien der
wirkstoffvereinbarung und des wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten,
gestaltet sich im praxisalltag oftmals als herausforderung. erfahrene
ärzte beraten sie ganz individuell in der pharmakotherapieberatung der
kvh. fragen sie uns einfach!



Leitfaden für Ärzte zum Melden von Nebenwirkungen

Wenn Ärzte Nebenwirkungen melden, trägt das dazu bei, Arzneimittel sicherer zu machen. Ein von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erarbeiteter Leitfaden für Ärzte informiert darüber, welche Nebenwirkungen gemeldet werden sollten, welche Daten eine Meldung enthalten soll und was damit geschieht. Auch werden Empfehlungen zum Datenschutz und zur ärztlichen Schweigepflicht bei Nebenwirkungsmeldungen gegeben. ■

www.akdae.de → Arzneimitteltherapie → Leitfaden der AkdÄ → Leitfaden: Nebenwirkungen melden



Patienteninformationen zu Biosimilars

Kassenärztliche
Bundesvereinigung
KBV

PATIENTENINFORMATION

Juli 2019

► Biosimilars

WAS FÜR ARZNEIMITTEL SIND BIOSIMILARS?

Foto: © iStock / Fotolia

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

Sie möchten wissen, was man unter dem schwierigen, englischen Begriff Biosimilars versteht? In dieser Kurzinformation erfahren Sie, was Biosimilars sind, wann diese Nachfolgemittel zum Einsatz kommen und warum sie genauso wirksam und sicher sind wie die schon seit Jahren verfügbaren Arzneimittel.

Auf einen Blick: Biosimilars

- Biologische Arzneimittel entstehen in lebenden Zellen und haben einen komplizierten Aufbau. Sie kommen zum Beispiel bei Krebs oder Rheuma zum Einsatz.
- Biosimilars sind sogenannte Nachfolgemittel der ursprünglichen biologischen Arzneimittel – den Biologika. Die Hersteller der Biosimilars müssen in Studien nachweisen, dass diese gleichwertig sind.
- Sie können ein Biosimilar nur nach ärztlicher Beratung und Abprache erhalten. Ein automatischer Austausch in der Apotheke ist derzeit nicht zulässig.

► WAS SIND NACHFOLGEMITTEL?

Wird ein neues Arzneimittel eines Herstellers erstmals zugelassen, darf zunächst nur dieser Hersteller dieses Arzneimittel vertrieben – niemand sonst. Man spricht von Patentschutz. Gesetze regeln dieses Vorgehen. Nach einem festgelegten Zeitraum von mehreren Jahren dürfen dann auch andere Hersteller dieses Arzneimittel vertrieben. In der Regel sind diese Nachfolgemittel kostengünstiger.

Es gibt unterschiedliche Arten von Nachfolgemitteln:

- Generika. Das sind chemisch hergestellte Medikamente, die Sie üblicherweise kennen, wie etwa Kopfschmerztabletten. Diese lassen sich leicht nachbilden und sind mit ihrem Originalen identisch. So ist zum Beispiel ASS als Generikum für das bekannte Aspirin[®] vielfach in Apotheken erhältlich.

► WAS SIND BIOLOGISCHE ARZNEIMITTEL?

Biologische und Biosimilars sind Arzneimittel, die in lebenden Zellen erzeugt werden. Die Zellen bilden den Wirkstoff.

Sie kommen bei verschiedenen Erkrankungen zum Einsatz, wie etwa Krebs und dauerhaft entzündlichen Krankheiten des Darms oder der Gelenke.

Fast gleich, aber nicht ganz

Die meisten biologischen Arzneimittel sind Eiweiße. Sie bestehen aus vielen kleinen Bausteinen, die unterschiedlich angeordnet sind. Durch ihren komplizierten Aufbau sind natürliche Schwankungen bei der Herstellung völlig normal.

Das heißt: Der Inhalt einer Packung eines biologischen Wirkstoffs unterscheidet sich minimal von dem gleichen Wirkstoff, der etwa ein Jahr zuvor hergestellt wurde. Der später hergestellte Wirkstoff ist dem vorherigen zwar sehr ähnlich, jedoch nicht hundertprozentig gleich. Dies gilt für alle biologischen Arzneimittel – für Originale und Biosimilars.

Wie verbreitet sind Biosimilars?

In Europa wurde das erste Biosimilar im Jahr 2006 zugelassen. Derzeit sind etwa 50 Biosimilars erhältlich. Es handelt sich dabei zum Beispiel um Hormone wie Insulin bei Diabetes mellitus oder monoklonale Antikörper, die bei Krebs und dauerhaft entzündlichen Krankheiten zum Einsatz kommen können. In der Regel werden sie als Spritze oder als Infusion über einen Tropf verabreicht. Sie müssen ärztlich verordnet werden.

Das Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat eine Patienteninformation zu Biosimilars veröffentlicht. Darin wird verständlich erklärt, worin sich biologische und chemische Arzneimittel unterscheiden und weshalb es Originale und Nachfolgemittel gibt. Zudem erhalten Menschen mit ärztlich verordneten biologischen Arzneimitteln praktische Tipps, die bei der Anwendung dieser Arzneimittel hilfreich sein können.

Die Grundlage der im Auftrag der KBV erarbeiteten Patienteninformationen des ÄZQ bilden Leitlinien, Patientenleitlinien sowie systematische Literaturrecherchen. Insgesamt hat das ÄZQ bereits über 80 Kurzinformationen verfasst. Einige Infoblätter gibt es in mehreren Sprachen. Die Kurzinformation stehen im Internet zum Ausdrucken bereit: www.patienten-information.de → Kurzinformationen → (linke Navigationsleiste) Arzneimittel, Hormone und Impfungen → Biosimilars ■



Neuerung bei der Cannabis-Verordnung

Seit März 2017 haben gesetzlich Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung Anspruch auf eine Versorgung mit Cannabis-haltigen Arzneimitteln. Vor der Erstverordnung bedarf es einer Genehmigung durch die Krankenkasse, die diesen Antrag nur in begründeten Ausnahmefällen ablehnen kann. Für die Genehmigung sind Bearbeitungszeiträume von drei Wochen vorgesehen – beziehungsweise fünf Wochen, falls ein MDK-Gutachten erforderlich sein sollte. Bei Palliativpatienten (SAPV) soll die Krankenkasse innerhalb von drei Tagen entscheiden.

Neu geregelt wurde nun im August 2019 durch das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung (GSAV),

1. dass bei einer Anpassung der Dosierung, einem Wechsel zu anderen getrockneten Blüten oder einem Wechsel zu anderen Extrakten keine erneute Genehmigung beantragt werden muss und
2. dass die Krankenkasse einen Genehmigungsantrag für die ambulante Fortführung einer stationär begonnenen Cannabistherapie innerhalb von drei Tagen bearbeiten muss.

Weiterführende Informationen:

www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste)

Verordnung → Cannabis ■

Ansprechpartner:

Praxisberatung, 22802-571/-572



Verordnung von Macrogol-Produkten

Macrogole werden unter anderem zur Behandlung einer Verstopfung, für die Darmentleerung und zur Aufweichung des Stuhls eingesetzt.

Für Erwachsene sowie Jugendliche ab 12 Jahren ist Macrogol nur verordnungsfähig zur Behandlung von Erkrankungen in Zusammenhang mit:

- Tumorleiden
- Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons)
- Divertikulose
- Divertikulitis
- Mukoviszidose
- neurogene Darmlähmung
- phosphat-bindende Medikation
- chronische Niereninsuffizienz
- Opiat- sowie Opioidtherapie
- in der Terminalphase
- vor diagnostischen Eingriffen

(Produkte für diese Anwendung: Endofalk®, Moviprep®, Plenvu®, Vistaprep®)

Produkte mit dem Wirkstoff Macrogol dürfen in der Apotheke nur eingeschränkt ausgetauscht werden. Macrogole können als Arzneimittel oder Medizinprodukte im Handel sein, der Austausch zwischen diesen Gruppen ist nicht zulässig. Deshalb ist eine eindeutige Verordnung mit Produktnamen zwingend notwendig.

Die folgende Preisübersicht dient dazu, Ihnen die Auswahl eines wirtschaftlichen Produktes zu erleichtern.

VERORDNUNGSFÄHIGE PRODUKTE FÜR ERWACHSENE SOWIE JUGENDLICHE AB 12 JAHREN

	Ø Preis pro 50 Beutel
Macrogol TAD®	29,29€
Macrogol AL® 13,7g	29,85€
Macrogol 1A Pharma®	30,57€
Macrogol Stada®	30,60€
Macrogol AbZ®	36,57€
Macrogol Hexal® plus	37,83€
Macrogol Ratiopharm® Balance	38,37€
Movicol® V	42,13€
Movicol® Beutel	44,73€
Movicol® Aromafrei	46,97€
Movicol® Schoko	46,97€

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Stand der Lauer Taxe: 01. Juli 2019

Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (=11 Jahre) sowie für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (=17 Jahre) ist Macrogol im Rahmen der Zulassung gemäß Fachinformation uneingeschränkt verordnungsfähig.

Hier die Preisübersichten zu den Produkten für diese beiden Patientengruppen:

VERORDNUNGSFÄHIGE PRODUKTE FÜR KINDER BIS ZUM VOLLENDETEN 12. LEBENSJAHR

	Altersbeschränkung	Ø Preis pro 50 Beutel
Kinderlax® elektrolytfrei	6 Monate bis 11 Jahre	30,74€
Kinderlax® mit Zitrusgeschmack	2 bis 11 Jahre	33,68€
Laxbene® Junior 4g	6 Monate bis 8 Jahre	36,42€
Macrogol AL® 6,9g	2 bis 11 Jahre	37,17€
Movicol® Junior Aromafrei 6,9g	2 bis 11 Jahre	40,28€
Movicol® Junior Schoko	2 bis 11 Jahre	40,28€

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Stand der Lauer Taxe: 01. Juli 2019

VERORDNUNGSFÄHIGE PRODUKTE FÜR JUGENDLICHE MIT ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN BIS ZUM VOLLENDETEN 18. LEBENSJAHR

	Altersbeschränkung	Ø Preis pro 50 Beutel
Macrogol TAD®	Ab 12 Jahren	29,29€
Macrogol AL® 13,7g	Ab 12 Jahren	29,85€
Macrogol 1A Pharma®	Ab 12 Jahren	30,57€
Macrogol Stada®	Ab 12 Jahren	30,60€
Macrogol AbZ®	Ab 12 Jahren	36,57€
Movicol® V	Ab 12 Jahren	42,13€
Movicol® Beutel	Ab 12 Jahren	44,73€
Movicol® Aromafrei	Ab 12 Jahren	46,97€
Movicol® Schoko	Ab 12 Jahren	46,97€

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Stand der Lauer Taxe: 01. Juli 2019

Zu Gunsten der Übersichtlichkeit wurde der Zulassungsstatus (Arzneimittel, Medizinprodukt) in den Preisübersichten nicht dargestellt. Alle Angaben sind ohne Gewähr

Quellen: Anlage V zur Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Verordnungsfähige Medizinprodukte (Stand 09.07.2019)
Anlage I zur AM-RL: Verordnungsfähige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Erwachsene (Stand: 09.11.2018)

**Ansprechpartner:
Praxisberatung, 22802-571/-572**



VON DR. RAINER ULLMANN UND
DR. KLAUS-JÜRGEN WINKELMANN

Lehren aus der Heilmittelprüfung

Im vergangenen Jahr gab es ungewöhnlich viele Prüfungen im Heilmittelbereich. Aus den hierbei durchgeführten Beratungen lassen sich zwei Ratschläge ableiten: Alle Heilmittelverordnungen – besonders Verordnungen außerhalb des Regelfalls – müssen gut begründet und dokumentiert werden. Und: Wer in die Prüfung gerät, sollte sich von den Ärzten der KV-Praxisberatung beraten lassen.

Die Heilmittelverordnungen eines Arztes können inhaltlich durch die Gemeinsame Prüfungsstelle (GPS) geprüft werden, wenn die von ihm ausgelösten Heilmittel-Kosten den Durchschnitt seiner Fachgruppe um mehr als 40 Prozent überschreiten. Durch die Prüfung soll unterschieden werden, ob es sich um Verordnungen für Patienten mit besonderem Bedarf (zum Beispiel Schwerkranken) handelt oder um unwirtschaftliche Verordnungen, weil die Überschreitung nicht begründet werden kann.

Als Beratende Ärzte der KV-Praxisberatung haben wir einen Großteil der von der letzten Heilmittelprüfung betroffenen Ärzte unterstützt. Ziel dieses Artikels ist es, die Regelungen bei der Verordnung von Heilmitteln in Erinnerung zu rufen und die Möglichkeiten einer ausreichenden und wirtschaftlichen Verordnung zu beschreiben. Außerdem wollen wir darlegen, welche Lehren unseres Erachtens aus der letzten Heilmittelprüfung zu ziehen sind.

Grundlage sind die Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) und der Heilmittelkatalog. Auch bei der Verordnung von Heilmitteln gilt das Wirtschaftlichkeitsprinzip: Heilmittel sollen eingesetzt werden, wenn sie zweckmäßig sind und der erwünschte Erfolg nicht anders preiswerter (z.B. durch eigenverantwortliches Handeln

wie Sport, Änderung der Lebensführung o.ä., Hilfsmittel oder Arzneimitteln) erreicht werden kann. Bei Kindern dürfen Heilmittel nicht als Ersatz für heilpädagogische Maßnahmen verordnet werden, bei Heimbewohnern nicht als Ersatz für aktivierende Pflege zur allgemeinen Mobilisierung. Hausbesuche zur Heilmittelerbringung dürfen dann verordnet werden, wenn die Patienten aus medizinischen Gründen die Physiotherapiepraxis nicht aufsuchen können. Eine Tageseinrichtung gilt nicht als Wohnsitz; die Behandlung dort gilt als ausgelagerte Praxistätigkeit.

Im Heilmittelkatalog werden die Voraussetzungen für die Verordnung genannt (Indikation, Auswahl der Heilmittel und Anzahl der Verordnungen). Vor jeder Verordnung müssen der Befund überprüft und das nächste Behandlungsziel beschrieben werden. Denken Sie daran, dass die Patienten bei vielen Heilmitteln angeleitet werden sollen, selbständig zu üben; entsprechend müssen nicht alle Heilmittel ununterbrochen verordnet werden.

Wenn der Regelfall ausgeschöpft, das Behandlungsziel aber noch nicht erreicht ist, darf "außerhalb des Regelfalls" der Bedarf für maximal jeweils 12 Wochen verordnet werden. Spätestens jeweils nach 12 Wochen soll ärztlich

untersucht werden. Die Verordnung muss in der Patientendokumentation und auch auf den Vordrucken begründet und im entsprechenden Feld gekennzeichnet werden. Es ist in der HMR-RL vorgesehen, dass diese Verordnungen den Kassen zur Genehmigung vorgelegt werden müssen. Allerdings haben fast alle Kassen auf das Genehmigungsverfahren verzichtet. Die Liste dieser Kassen finden Sie auf der Homepage der KV (www.kvhh.de → **Verordnung → Heilmittel**).

Der Genehmigungsverzicht vermindert allerdings lediglich bürokratischen Aufwand. Er bedeutet nicht, dass die Verordnung automatisch als wirtschaftlich angesehen wird, sondern nur, dass der Patient sofort – ohne Umweg über die Krankenkasse – entsprechende Heilmittel erhalten kann. Die Wirtschaftlichkeit wird gegebenenfalls erst in der Prüfung durch die GPS festgestellt. Wenn das Genehmigungsverfahren durchgeführt werden muss, muss die Kasse innerhalb von vier Wochen entscheiden, sonst gilt die Verordnung als genehmigt.

Um die Behandlung chronisch- und schwerkranker Patienten zu erleichtern, sind in den Diagnoselisten für den „langfristigen Heilmittelbedarf“ und den „besonderen Verordnungsbedarf“ die Krankheiten mit ICD-Codierungen aufgeführt, für deren Behandlung besonders viele Heilmittel nötig sind.

Gegebenenfalls werden Angaben zur Art der Heilmittel, der Dauer der Ausnahmeregelung oder zur genaueren Beschreibung der Störung gemacht (siehe Kasten). Bei ähnlich schweren dauerhaften Schädigungen, die nicht in den Diagnoselisten aufgeführt sind, kann der Patient einen Antrag an die Kasse stellen, dass seine Erkrankung mit den Krankheiten auf den Listen vergleichbar ist. Dazu ist eine Kopie der aktuellen Heilmittel-Verordnung zusammen mit dem Antrag des Patienten nötig. Wenn der Antrag befürwortet wird, genehmigt die Kasse für mindestens ein Jahr. Sie muss auch hier innerhalb von vier Wochen nach Einreichen der notwendigen Informationen entscheiden, sonst gilt der Antrag als genehmigt. →

„Langfristiger Heilmittelbedarf“ und „Besonderer Verordnungsbedarf“: Dokumentation und Kodierung wichtig!

In den Diagnoselisten „Langfristiger Heilmittelbedarf“ und „Besonderer Verordnungsbedarf“ sind schwerwiegende Krankheiten aufgeführt, für die Heilmittelverordnungen weder genehmigt werden müssen noch bei Prüfungen in das Verordnungsvolumen eingerechnet werden. Die Listen sind seit 2017 unter anderem um Diagnosen aus den Bereichen Entwicklungsstörungen, Störungen der Atmung, radikuläre Syndrome und Geriatrie erweitert worden. Die Ausnahmeregelungen gelten nur bei den in den Listen aufgeführten Diagnosen. Es ist daher notwendig, sorgfältig zu codieren. Zum Beispiel:

- G20.1/.2: Primäres Parkinson-Syndrom ab Stadium 3. Bitte nicht G20.9 kodieren – das erkennt das Programm nicht.

- I63: Hirninfarkt und I64: Schlaganfall gehören im 1. Jahr nach dem Ereignis dazu; unter dieser Diagnose werden auch die begleitende A-/Dysphasie und die Schluckstörung logopädisch (SP5 und SC1) behandelt. Die Hemiparese G81.0/.1 gehört unbefristet dazu, nicht dagegen G81.9. Bei Entwicklungsstörungen der Sprache (F80.1/.2) darf bis zum 12. Lebensjahr Sprech- und Sprachtherapie verordnet werden, wobei spätestens nach 3 Monaten eine weiterführende Diagnostik zur Begründung der Beendigung oder Fortführung der Verordnung erforderlich ist. Mit sonstigen Entwicklungsstörungen des Sprechens (F80.8/.9) ist die Ausnahmeregelung nicht begründet.

- Indikation für die MLD ist die Lymphabflussstörung, auch das postthrom-

botische Syndrom und die CVI; das primäre oder sekundäre Lymphödem Stadium II und III (I89.01 ff) gehört zur Diagnosegruppe LY2 und fällt unter die Regelung zum „langfristigen Heilmittelbedarf“; dasselbe gilt für chronische Lymphödeme bei bösartigen Erkrankungen (Diagnosegruppe LY3). Die MLD ist beim Lymphödem nicht durch andere Behandlungen ersetzbar und daher wirtschaftlich. I89 ist eine nicht ausreichend genaue, I89.8 eine falsche Codierung für ein Lymphödem. Bei CVI ist die MLD nicht die Behandlungsmethode 1. Wahl. Verordnet werden darf sie als LY 1 bei voraussichtlich kurzzeitigem und als LY2 bei länger andauerndem Behandlungsbedarf; die Verordnung bei dieser Indikation fällt nicht unter die Ausnahmeregelungen.



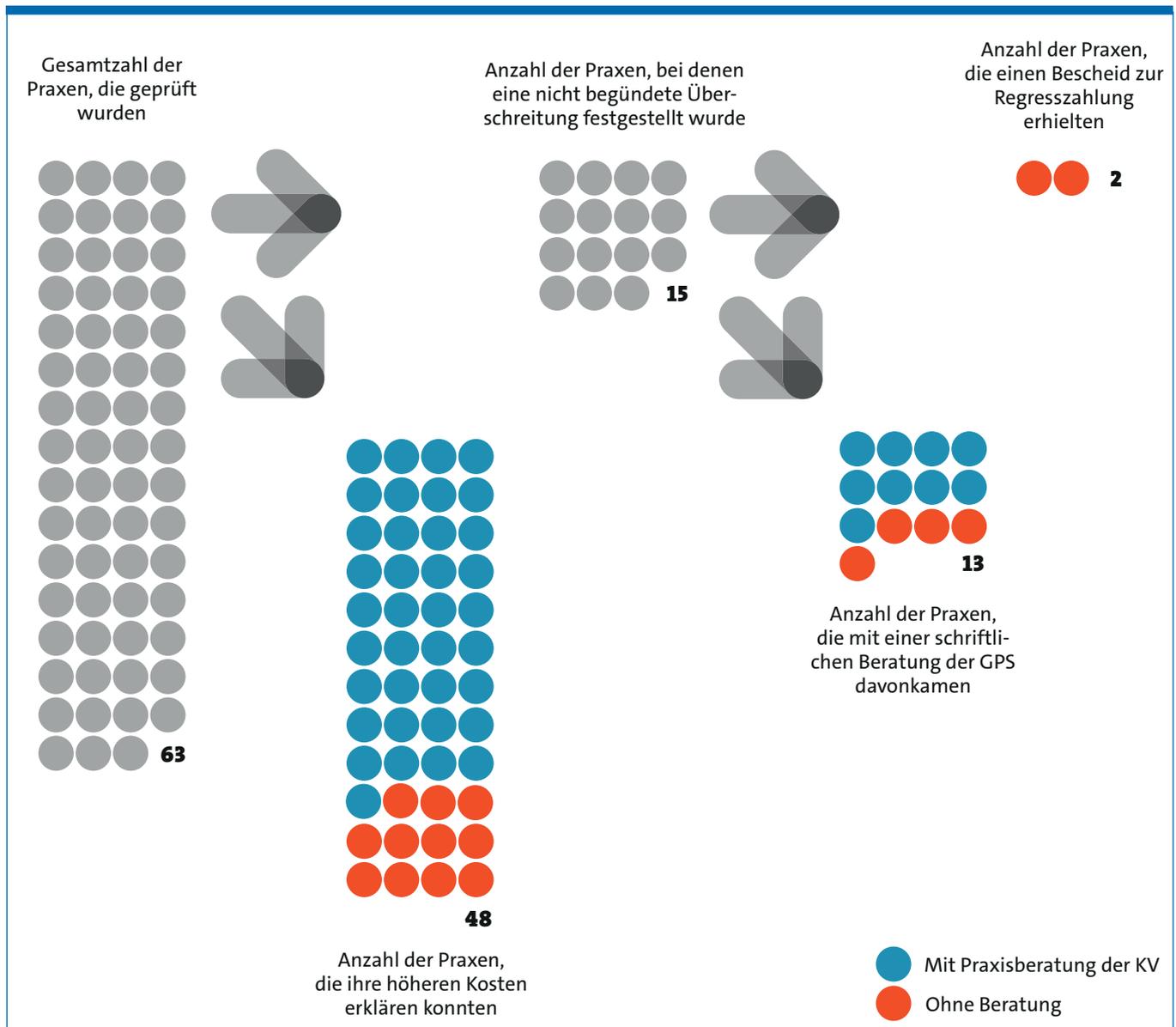
→ **Zum Prüfungsverfahren**

Für die Prüfung werden zunächst die durchschnittlichen Kosten der verordneten Heilmittel errechnet. Wenn Sie 140 Prozent der Kosten Ihrer zugehörigen Fachgruppe überschreiten, können Sie aufgefordert werden zu erklären, warum diese Verordnungen für Ihre Patien-

ten notwendig waren. Sie bekommen von der Gemeinsamen Prüfungsstelle (GPS) Informationen über alle Heilmittel, die Sie Ihren Patienten verordnet haben, und über die begründenden Diagnosen. In der Übersicht werden die Gesamtkosten der Verordnungen angegeben; davon werden die Kosten für langfristigen

Wie sind die Heilmittel-Prüfverfahren 2018 ausgegangen?

Von 63 Praxen, deren Verordnungen des Jahres 2016 geprüft wurden, erhielten zwei den Bescheid zur Zahlung eines Regresses



Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf und von den Kassen genehmigter Verordnungen abgezogen. Der 140 Prozent überschreitende Betrag wird um die Zuzahlungen der Patienten gemindert. Der Restbetrag kann von Ihnen gefordert werden.

Meist führen Behandlungsschwerpunkte dazu, dass eine Praxis auffällig wird. Sie müssen also erklären, durch welche Behandlungsschwerpunkte oder -besonderheiten sich Ihre Praxis von einer durchschnittlichen Praxis ihrer Fachgruppe unterscheidet oder ob sie mit einer anderen Fachgruppe verglichen werden müsste. Daneben ist es sinnvoll, die Kodierungen besonders bei schwerkranken Patienten zu kontrollieren (siehe Kasten Seite 29).

Einige Patienten benötigen sehr viele Heilmittel-Verordnungen, ohne dass die Krankheiten auf den Listen „Langfristiger Heilmittelbedarf und „Besonderer Verordnungsbedarf“ aufgeführt sind oder eine Genehmigung der Kasse vorliegt. Dann müssen die Verordnungen im Rahmen der Prüfung individuell begründet werden. Sie sollten die Heilmittel-Verordnungen bei so vielen Patienten begründen, dass damit die Überschreitung erklärt werden kann. Die Abteilung Praxisberatung berät Sie dabei gern.

2018 wurden die Verordnungen des Jahres 2016 bei 63 Praxen geprüft. Bei 48 Praxen konnten Behandlungsschwerpunkte die höheren Kosten erklären.

Bei 15 Praxen wurde eine nicht begründete Überschreitung des Durchschnittsvolumens festgestellt. Bei 13 dieser Praxen kam dies zum ersten Mal vor, deshalb blieben sie von einem Regress verschont. Stattdessen wurden sie von der GPS schriftlich über die Wirtschaftlichkeit beraten. Die nächste Prüfung wird in diesen Fällen erst durchgeführt, wenn der Bescheid rechtskräftig ist und die Praxen Gelegenheit hatten, ihr Ordnungsverhalten aufgrund der Beratung durch die GPS anzupassen.

Zwei Praxen bekamen am Ende den Bescheid, dass sie tatsächlich einen Regress zahlen müssen, weil es bei ihnen schon in der

Vergangenheit Überschreitungen gab, die nicht begründet werden konnten. Gegen einen solchen Bescheid kann Widerspruch mit aufschiebender Wirkung eingelegt werden.

Wer in die Prüfung gerät, sollte sich helfen lassen. Keine der Praxen, die eine Praxisberatung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in Anspruch genommen hat, bekam eine Aufforderung, Regresse zu zahlen.

Übrigens: Es ist nicht gerechtfertigt und verstößt gegen vertragsärztliche Pflichten (Behandlung der Patienten nach dem Stand der Wissenschaft nach §12 SGB V), Patienten die Verordnung von Heilmitteln wegen eines möglichen Regresses zu verweigern. Der bessere Weg ist, nach medizinischen Kriterien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu entscheiden und dies entsprechend nachvollziehbar zu dokumentieren. ■

Weitere Informationen im Internet:

www.kvhh.de → Verordnung → Heilmittel

Auf dieser Seite finden Sie auch die Heilmittel-Richtlinie, Diagnoseliste Langfristiger Heilmittelbedarf und Besonderer Verordnungsbedarf der KBV sowie einen Fragen-/Antworten-Katalog der Kassen und der KBV.

Der Heilmittelkatalog im Internet:

www.g-ba.de → ins Suchfeld den Begriff „Heilmittelkatalog“ eingeben

DR. RAINER ULLMANN, **DR. KLAUS-JÜRGEN WINKELMANN**

Beratende Ärzte der Abteilung
Praxisberatung

Wenn Sie
Fragen zu Ihren
Heilmittelverordnungen
haben, melden Sie
sich bitte bei Ihrer
Praxisberatung der
KV Hamburg.
Abteilung Praxisberatung,
Tel. 22802-571 / -572



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Warum Risikofaktoren für Brustkrebs revidiert werden müssen

Beispiele für Survivor Bias und andere systematische Fehler in Beobachtungsstudien

VON INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)

S

Selbst in offiziellen Patienteninformationen finden sich moralisch anmutende Botschaften zu den Risikofaktoren für Brustkrebs. Fast immer heißt es hier, dass Übergewicht, Alkohol und Rauchen das Risiko erhöhen, hingegen Geburten und Stillen das Risiko reduzieren. Selten wird zwischen prä- und postmenopausalem Brustkrebs differenziert. Tatsächlich gibt es schon seit Jahren Hinweise, dass bei jüngeren Frauen Übergewicht nicht mit einem erhöhten, sondern geringeren Brustkrebsrisiko assoziiert ist (1,2). Werden hingegen postmenopausale Frauen analysiert, findet sich Brustkrebs häufiger bei übergewichtigen Frauen. Könnte es sein, dass Übergewicht in jungen Jahren vor Brustkrebs schützt, sodass dieser erst im postmenopausalen Alter manifestiert?

Ähnliche Beobachtungen wurden kürzlich auch zur Assoziation zwischen Anzahl Geburten (Parität) und

Brustkrebsrisiko veröffentlicht (3). Geburten scheinen keineswegs vor Brustkrebs zu schützen. Die neuen Daten einer zusammenfassenden Analyse von 15 großen Kohortenstudien bestätigen, was bereits vereinzelt in früheren Publikationen berichtet wurde. Nach einer Geburt ist das Risiko für Brustkrebs erhöht, nach 5 Jahren ist es am höchsten, und je mehr Geburten, umso ausgeprägter die Risikoerhöhung. Zudem bleibt die Risikozunahme für mehr als 20 Jahre bestehen. Für den prämenopausal vergleichsweise bedeutsameren und prognostisch ungünstigeren Östrogenrezeptor-negativen Brustkrebs ist das erhöhte Risiko sogar anhaltend bis in die Postmenopause. Lediglich für den Östrogenrezeptor-positiven Brustkrebs nimmt das Risiko nach 20 bis 30 Jahren wieder ab. Nur wenn ältere Frauen untersucht werden, zeigt sich ein niedrigeres Brustkrebsrisiko für die Gruppe, die Kinder geboren hat. Stillen hatte in dieser aktuellen Studie keinen Einfluss auf das Assoziationsmuster (3). Könnte auch für den Risikofaktor Parität gelten, dass Geburten das Brustkrebsrisiko nicht reduzieren, sondern die Manifestation in ein jüngeres Alter vorverlegen?

Warum wurden diese Zusammenhänge nicht schon früher bestätigt? Die Antwort ist, die meisten Studien waren schlicht nicht darauf ausgerichtet, systematisch und kontinuierlich über die gesamte Lebensspanne einer Frau mögliche Einflussfaktoren zu dokumentieren. Dadurch konnten relevante zeitliche Zusammenhänge übersehen werden. Auch neue Studien zur Assoziation

von Übergewicht und Brustkrebsrisiko unterstützen diese Annahme (2). So zeigt eine aktuelle Analyse der zwei großen Krankenschwesternstudien aus den USA eindrücklich, dass Frauen, die von Kindheit an bis ins Erwachsenenalter deutlich übergewichtig sind, ein erheblich reduziertes Brustkrebsrisiko haben (2).

Studien zu Risikofaktoren von Krebserkrankungen basieren auf Beobachtungsstudien. Im besten Fall sind es prospektiv geplante Kohortenstudien. Tatsächlich werden jedoch oft Fall-Kontroll- und andere retrospektive Analysen vorgenommen, die für systematische Verzerrungen (Bias) besonders anfällig sind. So werden beispielsweise Frauen im Alter ab 50 Jahre über ihr Reproduktionsverhalten und den Gewichtsverlauf in jüngeren Jahren befragt. Frauen, die vor dem 50. Lebensjahr an Brustkrebs erkrankt und möglicherweise sogar verstorben sind, werden in solchen Auswertungen nicht mehr berücksichtigt. Man spricht von einem survivor bias. Überwiegend gesunde Personen stehen für die Studie zur Verfügung, kranke oder bereits verstorbene werden ausgeschlossen. Der survivor bias ist eine Form des selection bias – Selektionsbias. Es können erhebliche Verzerrungen durch Ausschluss bestimmter Bevölkerungsgruppen entstehen.

Auch randomisiert-kontrollierte Studien können durch survivor bias gefährdet sein, wenn der zeitliche Verlauf relevanter Ergebnisparameter lückenhaft dokumentiert wird oder die statistische Analyse auf bestimmte Zeitfenster eingegrenzt wird. Ein Beispiel ist die bereits 1998 publizierte HERS Studie (4). In dieser Studie wurde untersucht, ob eine Behandlung mit Östrogen und Gestagen bei (post-)menopausalen Frauen mit koronarer Herzkrankheit vor (weiteren) kardiovaskulären Komplikationen schützen kann. Die Studie wurde gemäß Protokoll nach vier Jahren abgeschlossen.

Zu diesem Zeitpunkt gab es keine Unterschiede zwischen der Hormongruppe und der Placebogruppe. Der zeitliche Verlauf des primären Endpunkts zeigte jedoch eine statistisch signifikante Zunahme kardiovaskulärer Endpunkte im ersten Jahr der Hormonbehandlung mit einem Trend zur Abnahme im weiteren Verlauf. Die schwerwiegenden Ereignisse waren somit zeitlich vorverlegt worden. Hätte man die kardiovaskulären Ereignisse aus den ersten beiden Jahren in der statistischen Analyse weggelassen (oder gar nicht erst erfasst), hätte sich durch survivor bias fälschlicherweise eine Überlegenheit der Hormonbehandlung gezeigt. Es ist also wichtig, dass in randomisierten Studien wichtige Endpunkte ab Interventionsbeginn erfasst und analysiert werden.

Die Bedeutung von survivor und selection bias darf nicht unterschätzt werden, gerade heute, wo wir eine fast unkritische Renaissance von Beobachtungsstudien, Registerdatenanalysen und anderen retrospektiv durchgeführten Erhebungen sehen. Risikofaktoren für Krebserkrankungen lassen sich oft nur mit Beobachtungsstudien erforschen. Zudem werden die Daten auch zur Klärung ätiologischer Fragestellungen genutzt. Es ist daher entscheidend, dass solche Studien qualitativ hochwertig sind. Zur Analyse von Risikofaktoren für Brustkrebs in den verschiedenen Lebensphasen der Frauen müssten die Studien große Kohorten von Frauen einschließen und Zeiträume von Geburt der Frau bis ins höhere Alter umfassen. Die hier erwähnte aktuelle Studie (Zusammenfassung in der BOX) erfüllt wesentliche Kriterien für eine aussagekräftige Analyse, auch wenn einzelne Parameter retrospektiv erhoben wurden und nicht für alle relevanten Risikofaktoren verlässliche Angaben zur Verfügung standen, wie für Gewicht und Mammographie-Screening (3). →



→ Mindestens ebenso relevant wie der survivor bias in wissenschaftlichen Studien ist der reporting bias von Studienergebnissen. Krebsinformationsdienst, Krebsgesellschaft, Fachgesellschaften, Behörden sowie Medien haben die Pflicht, wissenschaftsbasiert zu informieren. Das ist aktuell nicht ausreichend der Fall. Allzu oft sind es moralische Färbungen, die zu irreführenden Informationen führen. Frauen, die eine Brustkrebsdiagnose erhalten, werden damit zusätzlich belastet. Es muss möglich sein, wertfrei zu kommunizieren, dass Übergewicht im Kindes-, Jugend-, Adoleszenten- und Erwachsenenalter mit einem reduzierten Risiko für Brustkrebs vor und möglicherweise sogar nach der Menopause assoziiert ist, dass Geburten das Risiko für Brustkrebs über viele Jahre anhaltend erhöhen und dass Stillen vermutlich keinen Einfluss auf diese Risikokonstellation hat.

Da Brustkrebs bei jungen Frauen eine seltene Erkrankung ist, sollten solche Erkenntnisse wenig Einfluss auf deren Entscheidungen haben. Faktenbasierte Informationen können hingegen auch entlastend wirken. Etwa 3 von 100 Frauen werden prämenopausal eine Brustkrebsdiagnose erhalten. Bei Verdoppelung des Risikos durch mehrfache Geburten (3) wären es etwa 6 von 100, bei Reduzierung um 50% bis 70% bei Übergewicht (2) geschätzte 1 bis 2 von 100 Frauen.

Keinesfalls können aus den beobachteten Assoziationen Empfehlungen für Lebensstiländerungen oder andere medizinische Interventionen abgeleitet werden. Dazu bräuchte es gut durchgeführte randomisiert-kontrollierte Studien, die jedoch für Risikofaktoren wie ‚Geburten‘ nicht möglich sind.

An die Wissenschaft wären ebenfalls Forderungen zu formulieren. So sollten auch andere Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol und Sport auf den Prüfstand. Zudem ist zu vermuten, dass gleichermaßen für weitere Krebs-

ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIE

NICHOLS HB ET AL.: BREAST CANCER RISK AFTER RECENT CHILDBIRTH. A POOLED ANALYSIS OF 15 PROSPECTIVE STUDIES (ANN INTERN MED 2019; 170: 22-30)

Die Autoren der Studie sind ein internationales Konsortium von Wissenschaftlerinnen (The International Premenopausal Breast Cancer Collaborative Group). Ausgangspunkt der Studie waren Hinweise auf unterschiedliche zeitliche Zusammenhänge zwischen Geburten und Brustkrebsrisiko. Einerseits wird Parität als protektiv gegen Brustkrebs angesehen, andererseits gibt es Hinweise, dass das Brustkrebsrisiko nach einer Geburt erhöht ist. Das Ziel der Studie war die Charakterisierung des Zusammenhangs zwischen kürzlich erfolgter Geburt und Brustkrebsrisiko. Das methodische Vorgehen bestand in einer gemeinsamen Auswertung von individualisierten Personendaten aus 15 prospektiven Kohortenstudien. Analysiert wurden fast 900.000 Frauen jünger als 55 Jahre mit etwa 9,6 Millionen Personenjahren (Mittel 10,8 Jahre). Bei insgesamt 18.826 Frauen wurde erstmals Brustkrebs diagnostiziert. Im Vergleich zu Nullipara hatten Frauen mit Geburten ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs. Der höchste Wert wurde etwa 5 Jahre nach der Geburt gemessen mit einer hazard ratio von 1,80 (95% Konfidenzintervall 1,63 bis 1,99), danach nahm das Risiko kontinuierlich ab und erreichte nach 34 Jahren eine hazard ratio von 0,77 (Konfidenzintervall 0,67 bis 0,88). Der Übergang von erhöhtem zu erniedrigtem Risiko erfolgte nach etwa 24 Jahren. Diese Beobachtungen beschränken sich im Wesentlichen auf Frauen mit Östrogenrezeptor-positivem Brustkrebs. Für den Östrogenrezeptor-negativen Brustkrebs blieb das Risiko über die gesamte Beobachtungszeit erhöht. Besonders ausgeprägt waren die Risikoerhöhungen bei familiärer Belastung oder Mehrfachgeburten. Stillen hatte keinen Einfluss auf das Risikomuster.

erkrankungen eine kritische wissenschaftliche Revision verschiedener Lebensstil-assoziierter Risikofaktoren angebracht wäre. Kaum zu glauben, dass die so häufig kolportierte Vermeidung von 40% bis 60% aller vorzeitigen Todesfälle durch individuelle Verhaltensänderungen einer wissenschaftlichen Prüfung standhält.

Fazit für die Praxis: Die Aussagen in offiziellen (Patienten-)Informationen zu Risikofaktoren für Brustkrebs erfordern eine Revision. Übergewicht in jungen Lebensjahren ist kein Risikofaktor, Geburten schützen nicht vor Brustkrebs bei jüngeren Frauen, und die Rolle von Stillen auf das Brustkrebsrisiko bleibt unsicher. Das

IQWiG stellt auf seiner Website www.gesundheitsinformation.de eine wissenschaftsbasierte, verständliche und ausgewogene Information zur Bedeutung der Risikofaktoren für Brustkrebs zur Verfügung:

www.gesundheitsinformation.de →

Themen von A bis Z → B → Brustkrebs



**Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mühlhauser**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 42838 3988

Literatur

- 1) Lenz M, Richter T, Mühlhauser I. The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood: a systematic review. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 641-648.
- 2) Xue F, Rosner B, Eliassen H, Michels KB. Body fatness throughout the life course and the incidence of premenopausal breast cancer. *Int J Epidemiol* 2016; 45: 1103–1112.
- 3) Nichols HB et al. Breast cancer risk after recent childbirth. A pooled analysis of 15 prospective studies. *Ann Intern Med* 2019; 170: 22-30.
- 4) Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 1998; 280: 605-613.



No Risk, no Fun?

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

Der Mann war ein Lebenskünstler - im Winter Snowboard-, im Sommer Surflehrer. Dazwischen etwas Arbeit als Handwerker. Ein Gutteil des Jahreseinkommens spendierte das Arbeitsamt – jedes Jahr!

Jetzt saß ich in einer schummrigen Skihütte und musste mir sein Lamento über die schlechte Behandlung durch die Ärzte seines örtlichen Krankenhauses anhören. Er fuhr auch Skateboard – natürlich ohne Protektoren – und hatte sich dabei im letzten Jahr zum dritten Mal eine schwerwiegende Verletzung zugezogen. Die sei von den lokalen Ärzten völlig falsch behandelt worden, was der größte lebende

ten das volle therapeutische Programm, wenn ihre Unachtsamkeit Folgen hat. Auch das treibt die Kosten im Gesundheitswesen. Deshalb geht es uns Ärzte sehr wohl etwas an.

Viele wissen Risiken nicht richtig einzuschätzen. Bekanntlich werden die Folgen des Rauchens meist unter-, die von Röntgenstrahlen überschätzt. Das was einem gefällt, hält man für ungefährlicher.

Eltern lassen ihre Kinder nur mit Helm Fahrrad fahren, beim Skateboardfahren fehlt dafür dann jeder Schutz. Nahrungsmittel, die gerade eine schlechte Presse haben, werden zeitweise fast paranoid gemieden, aber auf Fastfood oder Smoothies

te Zeit lohnt sich, denn die ärztliche Behandlung ist dann nicht gleich für die Katz. Patientenaufklärung hilft somit auch gegen das eigene, ärztliche Vergeblichkeitsgefühl.

Aber sie hat auch Grenzen. Denn Ignoranz gegen Risiken ist nicht nur eine Folge mangelnden Wissens, sondern auch eine Frage der Grundeinstellung.

Die Erfolge der Medizin scheinen dabei ein wichtiger Verstärkungsfaktor zu sein. Da man davon ausgehen kann, dass viele Krankheiten vom Schlaganfall über die Schwerhörigkeit bis zum Kreuzbandriss inzwischen medizinisch effizient behandelt oder wenigstens kompensiert werden können, kümmern sich zu viele Menschen zu wenig um die Folgen ihres riskanten Verhaltens.

Die Sache wird nicht dadurch besser, dass es auch die gegenläufige Tendenz gibt – oft sogar in ein und demselben Menschen. Nämlich die übertriebene Besorgnis und Ängstlichkeit - bis hin zur Hypochondrie. Auch dies ist mittelbar den Erfolgen der Medizin zuzuschreiben. Weil man selbstverständlich davon ausgeht, dass Medizin immer hilft, ist die Enttäuschung groß, wenn doch einmal Beschwerden bleiben.

Die entfesselte Sorglosigkeit ebenso wie die übertriebene Besorgnis führen zu einer Überforderung des Gesundheitssystems und der Behandler. Es ist daher dringend nötig, wieder ein vernünftiges Maß für die Sorge um die Gesundheit zu finden. ■

Woher kommt die weitverbreitete Ignoranz gegen Risiken?

Spezialist in Deutschland, den er im Internet fand, ihm persönlich am Telefon bestätigt habe.

Vor allem begingen die Ärzte jedoch einen schrecklichen Faux-pas: Sie fragten ihn, ob es wirklich so klug sei, als Enddreißiger mit dem Skateboard ohne Schutz durch Protektoren so waghalsige Manöver zu fahren. „Das geht die doch überhaupt nichts an“, beschwerte er sich.

Dieser Mann war zugegeben ein Extrembeispiel. Aber nicht nur Abenteuerer, auch ganz normale und tüchtige Bürger, die selbst für ihre Krankenkassenbeiträge aufkommen, sind in zunehmendem Maße „unachtsam“ mit sich selbst und erwar-

will die Mehrheit dauerhaft auf keinen Fall verzichten. Jahrelang wird kein Sport getrieben, dann muss es gleich ein Marathonlauf, wenn nicht die Besteigung eines prestigeträchtigen Berges sein. Das Mittelmaß fehlt oft. Hier kann man als Arzt durch Informationen viel erreichen. Ärzte sollten die Risiken von sitzender Lebensweise ebenso wie von gefährlichen Sportarten kennen und mit ihren Patienten darüber reden. Soll man mit einem gerissenen Kreuzband noch Fußballspielen? Kann ein 80-Jähriger noch bergsteigen? Es ist gut, wenn der Arzt darauf fundiert antworten kann. Die für Aufklärung verbrauch-

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

Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.*

initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de

www.bitte-substituieren-sie.de



Mit Unterstützung von: Bundesärztekammer, Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Gesundheitspolitikern der Fraktionen von CDU/CSU, SPD, FDP, B'90/Grüne, LINKE



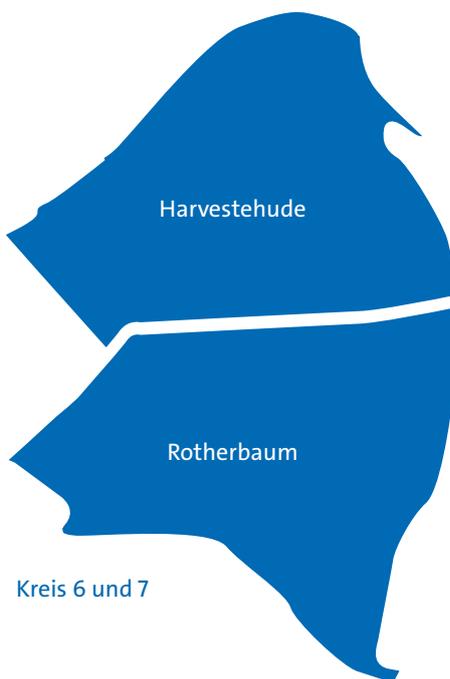
VON DR. FRITZ A. PIEPER

Versammlung der Kreise 6 und 7

KV-Chef Walter Plassmann informierte über die Einzelheiten des TSVG

Bei den Versammlungen der Hamburger Vertragsärztinnen und -ärzte auf Kreisebene bewegt derzeit vor allem ein Thema die Gemüter: Wie wird sich das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auf die Praxis auswirken? Und wie sollte man sich im eigenen Praxisbetrieb darauf einstellen? Glücklicherweise erfahren wir auch bei diesem Gesetz, das Bundesgesundheitsminister Jens Spahn so eilig durchgesetzt hat, große Unterstützung und gute Begleitung durch unsere Selbstverwaltung.

Für unsere Kreisversammlung hatten wir den KV-Vorstandsvorsitzenden Walter Plassmann gewinnen können, der uns im Detail über die Einzelheiten des TSVG informierte. Die Quintessenz seines Vortrags ähnelte der ausführlichen Schilderung von Dr. Rita R. Trettin, Obfrau im Kreis 2, die in Heft 9/2019 des KV Journals bereits die wichtigsten inhaltlichen Facetten beschrieben hat.



Kreis 6 und 7

Der wohl wichtigste Rat, den die Kolleginnen und Kollegen unserer beiden Kreise von Herrn Plassmann mitnehmen konnten, war der: Reagieren Sie nicht emotional und verärgert auf das TSVG, auch wenn das Gesetz mit heißer Nadel gestrickt wurde und unangemessen in Ihre ärztliche Autonomie eingreift. Plassmann legte uns nahe, uns nicht an dieser Übergriffigkeit abzuarbeiten, sondern nüchtern zu eruieren, welche konkreten Auswirkungen das TSVG haben wird.

Ein besonders wichtiger Punkt dabei ist seiner Einschätzung nach die Bereinigungsphase, in der die Individuellen Leistungsbudgets (ILB) nachträglich um die TSVG-Fälle gekürzt werden. Solange noch nicht klar ist, welche Honorarverschiebungen sich hierdurch ergeben und welche Risiken sich durch die Feinjustierung noch ergeben, seien die Praxen gut beraten, eher vorsichtig an diese neue Option heranzugehen. Also nicht überhastet die Praxisstruktur und -organisation gänzlich auf offene Sprechstunden einstellen, sondern lieber unter Berücksichtigung des Unvermeidlichen weitermachen wie bisher.

Die rege Diskussion unter den Beteiligten zeigte, wie dringend notwendig genau diese Informationen und Ratschläge aus erster Hand sind – daher sind wir Herrn Plassmann ausgesprochen dankbar für seinen Vortrag und seine Antworten auf unzählige Fragen. ■

Dr. Fritz A. Pieper



Facharzt für Viszeral- (gastroenterologische) Chirurgie in Harvestehude und Obmann des Kreises 6



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Klaus Becker**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Klaus Becker**
Geburtsdatum: **15.1.1955**
Familienstand: **getrennt lebend**
Fachrichtung: **Hämatologie und Onkologie**
Weiter Ämter: **Beratender Fachausschuss Fachärzte; Erweiterter Landesaus-
schuss Ärzte und Krankenkassen / Erledigungsausschuss; Beirat Hamburgi-
sches Krebsregister**
Hobbys: **Kunst, gelegentlich Konzerte (Pop und Klassik), NUR DER HSV!**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Jein: Einerseits ja – da es in der Onkologie einen sehr engen Kontakt zum Patienten gibt, in deren Lebensläufe wir existentiell eingreifen, zum Teil über sehr viele Jahre, selbst in der metastasierten Situation. Andererseits nein – da der Aufwand für Administration und Bürokratie durch die zahllosen gesetzlichen Vorgaben und die Flut von Formularen erheblich viel Zeit kostet.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Der Wunsch, Dinge verändern zu können, zum Beispiel Überwindung der Sektorengrenzen, gleiches Honorar für gleiche Leistungen in Krankenhaus und Praxis

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? S.o., aber das werde ich nicht mehr erleben!

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? S.o; ohne eine Praxis-Managerin geht es nicht mehr

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? ... mit der Queen Mary 2 über den Atlantik fahren und im Morgengrauen in New York einlaufen. ■

Reaktionen auf den Leserbrief des SpiFa

Im KVH-Journal 9/1919 (S. 37) haben wir einen Leserbrief von Vertretern des Spitzenverbandes Fachärzte (SpiFa) zur vorausgegangenen Ausgabe mit dem Schwerpunktthema "Psychotherapie" abgedruckt. Der Leserbrief hatte den Titel "Eine geschickte Mixtur von semantischem Bedeutungsgleiten, Manipulation und bewusster Irrführung" und war verfasst von Dr. Christian Abring (Vorstandsmitglied des SpiFa) und von Dr. Christian Messer (Vorsitzender des Ausschusses für Psychotherapie in den Fachgebieten, Strukturfragen in der Versorgung psychischer und psychosomatischer Patienten und fachgebietsspezifischer kommunikativer und psychosozialer ärztlicher Behandlungsverantwortung des SpiFa).

In dieser Ausgabe drucken wir eine Replik der Autorin des Artikels, den der Leserbrief hauptsächlich kritisierte – und einen Leserbrief zum Leserbrief.



KVH-Journal-Ausgabe mit Schwerpunktthema "Psychotherapie" (7-9/2019)

WOLLEN PSYCHOTHERAPEUTEN DIE MACHT IN DER KV ÜBERNEHMEN?

„Was Politik, Öffentlichkeit und Selbstverwaltung brauchen, ist eine ehrliche und aufrichtige Debatte!“ schreiben die beiden Verfasser des Leserbriefes zu meinem Artikel „Unvollendete Reform“ (KV-Journal 7-8/2019). Dazu möchte ich mit meiner Antwort beitragen.

Zunächst einmal möchte ich allerdings klar aussprechen, dass ich den Ton des SpiFa-Leserbriefes zur Beförderung einer ehrlichen und sachlichen

Auseinandersetzung nicht für besonders geeignet halte - arbeiten die Autoren des Textes doch mit genau dem, was sie „den Psychotherapeuten“ vorwerfen: nämlich mit Verdrehungen, Manipulationen und Unterstellungen.

Aber nun zu den Inhalten des Briefes:

Schaffung eines neuen Berufes?

Beim Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThAusbRefG) handelt es sich, wie der Name schon sagt, um ein Gesetz, das die jetzige Psychotherapeutenausbildung reformiert. Insofern geht es keinesfalls um die Schaffung eines neuen Heilberufs. Vielmehr werden durch das Gesetz seit langem bestehen-

de Mängel behoben und der Qualifikationsweg denen der anderen akademischen Heilberufe angeglichen. Das heißt: Es ist ein Psychotherapiestudium zu absolvieren, in dem praktische Einsätze in erheblichem Umfang vorgesehen sind und das mit einer zur Approbation führenden Staatsprüfung abschließt. Danach schließt sich eine ambulante und stationäre psychotherapeutische Weiterbildung an. In dieser wird die Fachkunde erworben, die zur Behandlung im GKV-System berechtigt.

Berufsbezeichnung „Psychotherapeuten“

In meinem Artikel verwende ich den Begriff „Psychologen“ für die Zeit vor der Verabschiedung des „Psychotherapeutengesetzes“ – denn vor der Verabschiedung dieses Gesetzes gab es den Beruf des Psychotherapeuten als einen gesetzlich definierten Heilberuf noch nicht. Ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes spreche ich von „Psychotherapeuten“ beziehungsweise „Psychologischen Psychotherapeuten“, weil dies ab diesem Zeitpunkt die im § 1 des Psychotherapeutengesetzes vorgesehene Berufsbezeichnung ist. Es handelt sich dabei also keinesfalls um eine sich unmerklich einschleichende Synonymsetzung dieser Begriffe, wie vom SpiFa behauptet wird, sondern um die bewusste Benutzung der jeweils korrekten Begriffe.

Hegemonie-Bestrebungen der Psychotherapeuten in der KV?

Die Autoren des Briefes unterstellen der Psychotherapeuten-schaft zudem die verschwöleri-

sche Absicht, in der KV die Macht übernehmen und die Ärzte entmachten zu wollen. Als Beleg zitieren sie unter anderem die Äußerung des Kollegen Claus Giesecke, der in der Rubrik „Nachgefragt“ beklagt, dass wir nur 10 Prozent der Sitze in der Vertreterversammlung besetzen dürfen (dies ist im Psychotherapeutengesetz so verankert), obwohl wir in Hamburg etwa 20 Prozent der KV-Mitglieder stellen. Es ist schon beachtlich, dass die Autoren von der Meinung eines einzelnen Funktionsträgers wie des Kollegen Giesecke (der übrigens gerade aus Altersgründen aus allen KV-Gremien ausgeschieden ist) darauf schließen, welche Pläne eine gesamte Profession verfolgt.

Die Zahl der psychotherapeutischen KV-Mitglieder ist begrenzt durch die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie. In fast allen KV-Bezirken liegt ein Überversorgungsgrad vor, sodass eher ein Abbau von psychotherapeutischen Praxissitzen droht. Die soeben vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedete Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie zeigt, dass höchstens in ländlichen Regionen ein paar mehr psychotherapeutische Kollegen ins KV-System kommen werden. Für Hamburg wird durch die aktuelle Reform kein zusätzlicher psychotherapeutischer Praxissitz geschaffen.

Und die 10-Prozent-Grenze für die Psychotherapeuten in den Vertreterversammlungen (VV) will kein Berufsverband abschaffen – haben wir doch im Gegenzug durch unseren daran gekoppelten eigenen Wahlkörper die Garantie, in allen VV und vor allem in der VV der KBV vertreten zu sein.

Der Vorstand der KV Hamburg, Herr Plassmann, hat im Zuge der gerade zurückliegenden 100-Jahresfeier zum Bestehen der KV Hamburg Ärzte und Psychotherapeuten dazu aufgerufen, sich nicht auseinanderdividieren zu lassen, sondern sich gemeinsam stark zu machen gegen die aktuellen Bestrebungen der Politik, die Selbstverwaltung Stück für Stück zu entmachten. Diesen Aufruf des Vorstandes kann ich nur un-

terstützen – nicht zuletzt im Interesse einer guten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Hamburg arbeiten Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten übrigens bereits seit langem sehr gut zusammen – ohne dass kritische Diskussionen ausgespart bleiben.

Hanna Guskowski,
Sprecherin des Beratenden Fachausschusses
Psychotherapeuten der KV Hamburg

ERSTAUNLICH AGGRESSIVER TON

Der in der Überschrift und auch im Text mehrfach zu findende aggressiv-polemische Sprachstil des Leserbriefes löste in mir Erstaunen und Irritation aus. Einen solchen Ton habe ich bislang innerhalb der KV Hamburg in politischen Auseinandersetzungen selten vernommen.

Als ich im Internet nach den beiden Autoren forschte, wurde mein Erstaunen noch größer, denn beide sind keine Mitglieder der KV Hamburg. Dr. Messer ist Mitglied der KV Berlin, Dr. Albring ist Mitglied der KV Niedersachsen. Deshalb meine Frage: Mit welcher Begründung werden drei (!) Seiten für einen Leserbrief zur Verfügung gestellt, dessen Autoren keine Mitglieder der KV Hamburg sind und dessen Stil aus meiner Sicht mehr zur „Vergiftung“ der Debatte beiträgt als zu einer konstruktiven Diskussion? Ich war jedenfalls davon ausgegangen, dass das *KVH-Journal* eine Publikation des KV-Vorstandes ist, die der Information und einem fairen Meinungsaustausch der Mitglieder der KV Hamburg dienen soll.

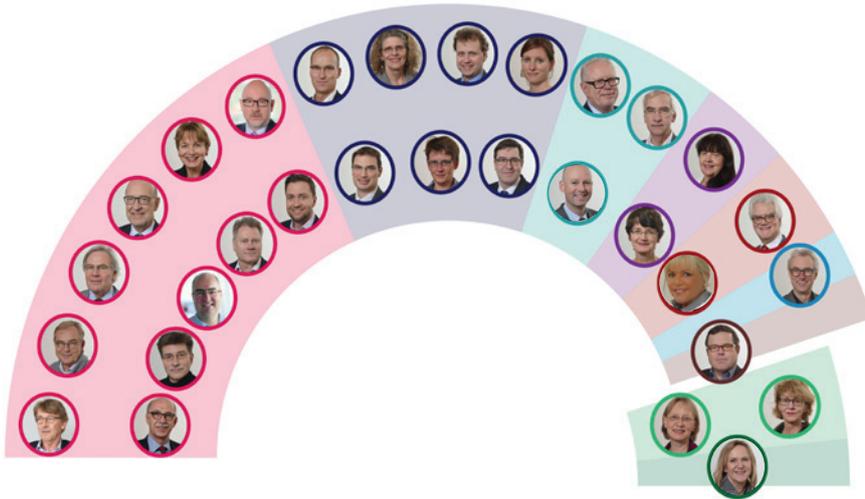
Maïke Struve,
Psychologische Psychotherapeutin
in Bahrenfeld

Anmerkung der Redaktion: Wir haben den Leserbrief des SpiFa abgedruckt, weil er sich auf das *KVH-Journal* bezog und weil die politischen Positionen des SpiFa auch für Hamburg relevant sind. Wir freuen uns über jeden Leserbrief.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 23.10.2019 (ab 19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 29.11.2019 (15 - 20 Uhr)

Fr. 13.12.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Datenschutz für Fortgeschrittene

Für alle, die bereits ein Datenschutzseminar besucht haben und sich über Änderungen und neue Urteile informieren wollen. Auch zum Auffrischen für Praxisinhaber und Datenschutzbeauftragte der Praxis gedacht.

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 23.10.2019 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 119 inkl. Imbiss + Getränke

QM leicht gemacht

Qualitätsmanagement ist erstaunlich einfach! Bereits durch den Aufbau eines schlanken QM-Systems können Sie die Anforderungen der QM-Richtlinie erfüllen. In diesem sehr praxisbezogenen Seminar wird u.a. aufgezeigt, wie Sie Ihr Team dazu motivieren, Ideen und Initiativen zu entwickeln.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 13.11.2019 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

QM-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Das eineinhalb-tägige Seminar richtet sich speziell an psychotherapeutische Praxen, die ihr QM-System unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und ihrer Praxisbesonderheiten aufbauen möchten. Im Seminar wird Ihnen gezeigt, wie der QEP-Qualitätszielkatalog aufgebaut ist und wie Sie QM in Ihrem Praxisalltag anwenden können.

FORTBILDUNGSPUNKTE

BEANTRAGT

Fr. 15.11.9.2019 (15 - 21 Uhr) und Sa.

16.11.2019 (8.30 - 16.30 Uhr)

Gebühr: € 200 inkl. Imbiss + Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Fortbildung → Termine

Ansprechpartnerinnen:

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

E-Mail: qualitaetsmanagement@kvhh.de

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Zi-DMP Diabetesschulung für nicht-insulinpflichtige Patienten

Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Sa. 26.10.2019

9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)

12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Mi. 30.10.2019

9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Gebühr: € 215

Anmeldung:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte die Kursnr. 19A0339 eingeben

Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen

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

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 20.11.2019 (14 - 19 Uhr)

Gebühr: € 110

Anmeldung:

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

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

Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald

Fortbildungsakademie

Tel: 202299-306

E-Mail: akademie@aekhh.de

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Pillen, Packungen, Paragraphen

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik Bilanz 2019 und Ausblick 2020

Referentin: Dr. Rita Trettin

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 6.11.2019 (18 Uhr)

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

www.neurologiewinterhude.de

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNG

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Ein Jahr Datenschutzgrundverordnung (DSGVO): Alle Dokumente erstellt? Auf eine Datenschutzprüfung gut vorbereitet?

Sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen mit neuen Arbeits- und Praxishilfen zur Umsetzung der DSGVO und des neuen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 18.10.2019 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 49 pro Teilnehmer / € 129 pro Praxis (bis zu drei Teilnehmern)

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

www.neurologiewinterhude.de oder:

www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie die Anmeldeformulare,

die Sie auf diesen Webseiten finden.

BERGEDORFER SPORTMEDIZIN-SYMPOSIUM 2019

Nutzen und Gefahren von Ausdauersport – innere und äußere Risikofaktoren

Sa. 16.11.2019 (9 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 35 für Ärzte, € 25 für Physios

Ort: Schloss Reinbek Schloßstraße 5, 21465 Reinbek

Mitveranstalter: Dr. Matthias Soyka

Anmeldung: Kai-Philipp Kretschmann

E-Mail:

Beratung.Kretschmann@icloud.com

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2019!

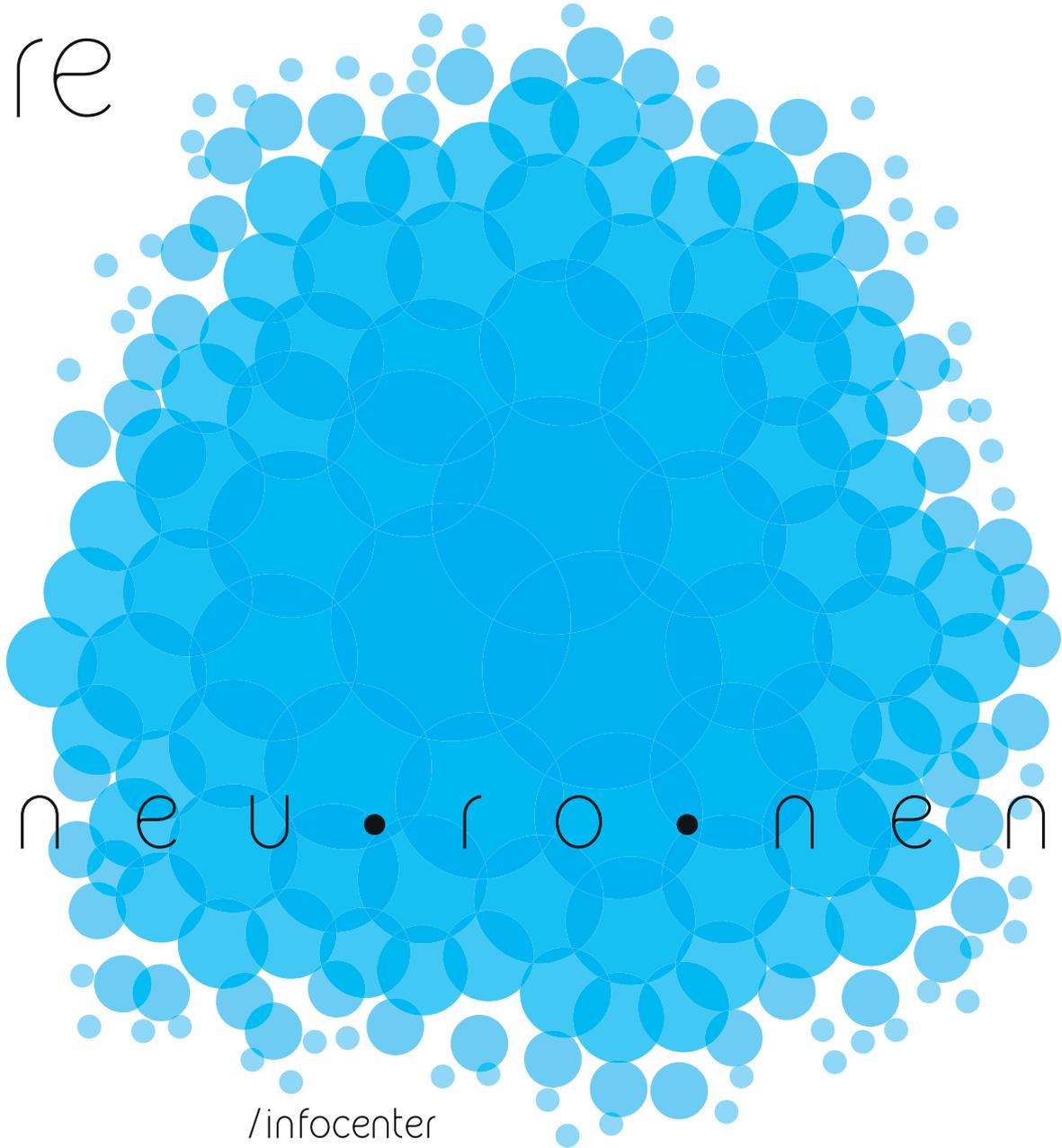


Das Fortbildungsprogrammheft beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Juli und Dezember 2019 stattfinden, und gibt eine Vorschau auf das erste Halbjahr 2020.

Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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