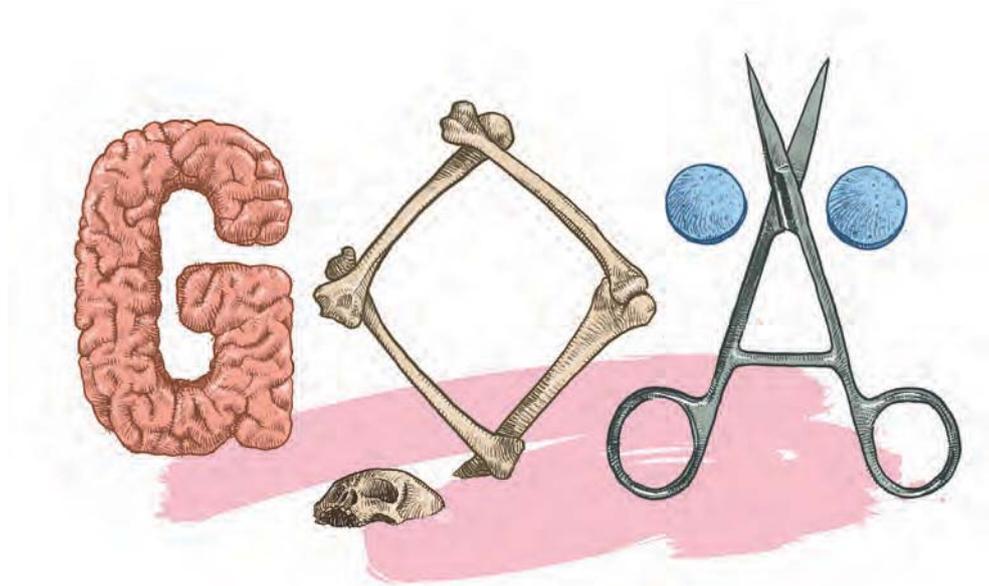


KVH *journal*



ENDE DER FREIBERUFLICHKEIT?

*Was die Reform der GOÄ für die
Vertragsärzte bedeutet*

ADHS

Neue Diskussion um Methylphenidat

WHO-WARNUNG

Ist Fleischverzehr krebserregend?

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

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 3/2016 (März 2016)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Bei der innerärztlichen Diskussion um die GOÄ-Novelle steht ausnahmsweise mal nicht das liebe Geld im Vordergrund, sondern Prinzipielles. Im Kern geht es um das Selbstverständnis gerade der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte als Angehörige eines freien Berufes – um die Dialektik zwischen der ärztlichen Profession mit ihrer Gemeinwohlverpflichtung einerseits und der unternehmerischen Verantwortung für den Eigenbetrieb andererseits.

In der KV Hamburg setzen wir uns seit mehreren Jahren mit diesem Thema auseinander, und das wollen wir fortsetzen. Dabei hilft uns Prof. Marcus Siebolds sehr. Er beschäftigt sich in dieser Ausgabe des KVH-Journals erneut mit der ärztlichen Freiberuflichkeit, dieses Mal unter dem Aspekt der GOÄ-Diskussion (siehe Seite 8).

Die Regulierungswut, die in den Gesundheitsgesetzgebungen der vergangenen Jahre zum Tragen kommt, schlägt sich nun auch in den geplanten Veränderungen im Paragraphenteil der GOÄ und in den Veränderungen im §11 der Bundesärzteordnung nieder. Dies betrifft uns niedergelassene Ärzte ganz direkt. Der Vergleich zwischen dem GKV- und dem PKV-System dient immer wieder dazu, Begründungen dafür zu erhalten, warum die Regulierungsschraube weiter anzuziehen sei – mal in der GKV und mal, wie jetzt, in der PKV. Sich damit auseinanderzusetzen ist für uns niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die in der Verantwortung für einen Eigenbetrieb stehen, eine Notwendigkeit.

Ihr Dr. Dirk Heinrich,

Vorsitzender der Vertreterversammlung 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 bedeutet die GOÄ-Reform für die Vertragsärzte?
- 08_ "Zwischen Skylla und Charybdis" – Essay von Prof. Dr. Marcus Siebolds
- 10_ "Bürgerversicherung ist immer ein Thema" – Interview mit Dr. Thomas Drabinski
- 14_ "Was kommt auf uns zu?" – Dr. Silke Lüder über den Ärztetag und die Diskussion um die GOÄ-Novelle

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_ Fragen und Antworten
- 20_ Arztsuche: Bitte Daten prüfen

QUALITÄT

- 21_ QM-Seminare in der KV Hamburg: "Einführungsseminar" und "QM aktuell"

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



ARZNEI- UND HEILMITTEL

22_ BTM-Rezepte: Bitte korrekt ausfüllen!

Schutzimpfungs-Richtlinie: Impfung gegen Meningokokken B ist in bestimmten Indikationen eine Kassenleistung

23_ Regress-Gefahr:

Kassen prüfen Verordnung von Dipyridamol-ASS-Kombinationen

Neue Medikamente: Beschlüsse zur Nutzenbewertung

24_ Was sind die wissenschaftlichen Grundlagen der neuen Debatte zu Methylphenidat? – Interview mit Dr. Martina Pitzer

FORUM

28_ Terminservicestelle: Mäßige Nachfrage in den ersten Wochen

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

20_ Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

26_ WHO-Warnung: Ist Fleisch tatsächlich krebserregend?

KOLUMNE

29_ Plassmanns Tagebuch

KV INTERN

30_ Steckbrief: Martina Vogler

31_ Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3,6: Michael Zapf; Seite 7: Lopata/axentis.de;
Seite 9: Lopata/NAV-Virchow-Bund;
Seite 12: bilwissedition Ltd. & CO KG;
Seite 15: D. Schmidt; Seite 16: Michael Zapf;
Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 24: AkdÄ;
Seite 29: Michael Zapf; Seite 32: Felix Faller/Alinea;
Icons: iStockfoto

Was bedeutet die GOÄ-Reform für die Vertragsärzte?



Dr. Dirk Heinrich,
 Bundesvorsitzender NAV-Virchowbund,
 1. Vorsitzender Spitzenverband Fachärzte Deutschlands,
 Präsident Deutscher Berufsverband HNO-Ärzte

Nicht in unserem Interesse

Die mittlerweile uralte GOÄ muss dringend angepasst werden. Fast 30 Jahre Stillstand sind ein unhaltbarer Zustand. Leistungslegenden und Bewertung neu zu gestalten, reicht völlig aus. Ich erwarte ein deutliches Plus bei der Bewertung. Alles andere wäre skandalös. **Der jetzt vorgelegte Paragraphenteil und die Änderung der Bundesärzteordnung gehen über eine Anpassung weit hinaus und erleichtern einer zukünftigen Regierung den Übergang zu einer Bürgerversicherung. Im Kern stellt dies wichtige Elemente der Freiberuflichkeit zur Disposition.** Das ist nicht in unserem Interesse. Unser Antrag, in dem die Bundesärztekammer zur Nachbesserung aufgefordert wurde, ist vom Sonderärztetag mit 109:98 Stimmen nur sehr knapp abgelehnt worden. Ich hoffe, dass die Bundesärztekammer das verstanden hat und sich danach richtet. Wir jedenfalls werden nicht locker lassen und weiter für eine echte neue GOÄ kämpfen. ■



Dr. Bernhard Rochell
GOÄ-Beauftragter der Bundesärztekammer,
Verwaltungsdirektor der KBV



Dr. Wolfgang Wesiack
Präsident Berufsverband deutscher Internisten (BDI)

Novellierung dringend erforderlich

Das eindeutige positive Votum des Sonderärztetags war wichtig. Die Novellierung der GOÄ ist dringend notwendig. Die Gebührenordnung ist seit dem Jahr 1982 nur in Teilbereichen aktualisiert worden. Sie bildet somit wichtige Bereiche der Medizin nur auf dem Stand der 1980er Jahre ab. ■

Berufspolitischer Sündenfall

Die Umsetzung der geplanten GOÄ-Novelle wäre ein berufspolitischer Sündenfall. Es soll eine „Gemeinsame Kommission“ (GeKo) gegründet werden, die aus Vertretern der Bundesärztekammer und der Kostenträger besteht. Diese GeKo könnte über die Aufnahme neuer Leistungen in die GOÄ entscheiden und die Honorierung festlegen – würde also agieren wie eine unheilvolle Verquickung von Bewertungsausschuss und Gemeinsamen Bundesausschuss im GKV-Bereich.

Damit bekäme die private Krankenversicherung direkten Zugriff auf das Leistungsgeschehen. Man stelle sich vor, die Juristen sollten dazu genötigt werden, sich über ihre neue Gebührenordnung im Vorwege mit den Rechtsschutzversicherern zu einigen. Die Juristen würden sich darauf niemals einlassen. Wir Ärzte aber sind widerstandslos dazu bereit, die Hoheit über unsere eigene Gebührenordnung aufzugeben. ■

VON MARCUS SIEBOLDS

Zwischen Skylla und Charybdis

Ist die Novellierung der GOÄ ein Anschlag auf die ärztliche Freiberuflichkeit?



Der Umstand, dass ein außerordentlicher Ärztetag in Deutschland einberufen wurde, zeigt, wie kontrovers und leidenschaftlich die Debatte um die Novellierung der GOÄ geführt wird. In dieser Auseinandersetzung wird oft mit der „Gefährdung der Freiberuflichkeit“ und der „Sicherstellung einer angemessenen Honorierung ärztlicher Leistungen“ argumentiert.

Die Nutzung der Begriffe ist dabei allerdings unscharf und von der inneren Logik her inkonsistent. Dies scheint symptomatisch für eine Diskussion zu sein, die sich um den Wesenskern des Arzthandelns in der niedergelassenen Praxis dreht. Es geht um nichts weniger als das Verhältnis von klinisch-ärztlicher Profession, dem Status des Arztes als Freiberufler in der niedergelassenen Praxis und der Vergütungslogik au-

ßerhalb der GKV erbrachter ärztlicher Leistungen.

Im folgenden Beitrag soll versucht werden, die inneren Widersprüche und Missverständnisse in dieser Diskussion kritisch zu reflektieren.

Der Arzt als Freiberufler im Honorierungsparadox: ein Leben zwischen Skylla und Charybdis bei der Honorierung ärztlicher Leistungen

Vergütungstechnisch bewegt sich der deutsche Arzt im Gesundheitssystem permanent zwischen den unentrinnbaren Vergütungsantipoden von DRG, EBM und GOÄ. Diese fast vollständige Regulierung ärztlicher Leistungen, ob nun stationär oder ambulant erbracht, bringt den Arzt

in eine paradoxe Situation zwischen der gesellschaftlichen Rollenerwartung an die Ärzteschaft und der politischen Gestaltung der Vergütungssysteme.

Die Chiffre von Skylla und Charybdis steht in der abendländischen Geistesgeschichte für eine Lebenssituation, in der sich Betroffene nur zwischen zwei Übeln entscheiden können und es eine definitive Problemlösung nicht gibt. Diese Chiffre ist im mythologischen Bild zusätzlich durch ein Nähe- und Distanzparadox gekennzeichnet, das ein Kernproblem der ärztlichen Freiberuflichkeit beschreibt.

Der Arzt ist, solange er medizinisch indiziert und kompensatorisch behandelt, gesellschaftlich auf eine professionelle Arztrolle festgelegt (Siebolds 2014). Diese Rolle ist durch das gesellschaftliche Mandat

der Übernahme der persönlichen Verantwortung für eine im gesellschaftlichen Sinne verantwortliche Behandlung der Bürgerinnen und Bürger bestimmt. Dabei hat sich der Arzt in seinem Handeln an den Zentralwerten der Gesellschaft zu orientieren. Dafür erhält der Arzt ein hohes Maß an gesellschaftlicher Freiheit, die sich im Recht auf Selbstverwaltung in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt. Diese allgemeine gesellschaftliche Rollenzuschreibung wird nun für den niedergelassenen Arzt gesetzlich um die Rolle als freiberuflich tätiger Arzt gemäß Berufs- und Steuerrecht (sog. Katalogberufe) erweitert. Die Bundesärzterordnung ist hier erstaunlich eindeutig:

§ 1 Abs. 1: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“ Absatz 2 ergänzt: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“

Ein freier Beruf ist wie folgt definiert: „selbstständige Berufstätigkeit, die i.d.R. wissenschaftliche oder künstlerische Vorbildung voraussetzt.“ (§18 EKStG, §1 PartGG) Dieser besonderen Rollenfestlegung des Arztes, insbesondere des niedergelassenen Vertragsarztes, steht die Honorierungssystematik von EBM und GOÄ gegenüber. Die Erwirtschaftung von Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit ist für den niedergelassenen Arzt gesetzlich fast vollständig durchreguliert. Dieser eng gesteckte Regulationsumfang begründet sich in der gesellschaftlich zugeschriebenen Professionszugehörigkeit.

In § 87ff SGB V wird der Rechtsrahmen für den Leistungsumfang und die Honorierung im vertrags-



Prof. Dr. Marcus Siebolds: "Die Zeiten, in denen die PKV ein unerschöpfliches Reservoir an finanziellen Ressourcen darstellte, sind vorbei."

ärztlichen Bereich und im Krankenhausentgeltgesetz für das DRG-System festgelegt. Die GOÄ leitet sich aus dem Rechtsrahmen der ärztlichen Berufsordnung sowie einer gefestigten Rechtsprechung ab.

Dieser Rechtsrahmen weist als zentrales Konstruktionsmerkmal die ex- und implizite Orientierung an den gesellschaftlichen Zentralwerten der deutschen Gesellschaft auf. Das ärztliche Handeln ist immer gemeinwesenbezogen und damit Teil einer gesellschaftlichen Daseinsvorsorge. Dem Arzt ist es zwar erlaubt, in seiner Praxis als Freiberufler zu arbeiten. Ihm ist es jedoch durch die ärzt-

liche Berufsordnung untersagt, die Honorare für seine Leistungen selber auszuhandeln. Diesem Rechtsrahmen und dem daraus abgeleiteten Rollenanspruch gemäß ist die Aushandlung der Honorierung ärztlicher Leistungen immer Teil eines gesellschaftspolitischen Konsensprozesses. Das macht verständlich, warum sich der niedergelassene Arzt mit seiner Tätigkeit nicht in einem freien, unreguliert-gewerblichen Markt bewegt.

Diese durchgängig politisch regulierte Entgeltstruktur im deutschen Gesundheitswesen bringt den niedergelassenen Arzt in Deutsch-

„Bürgerversicherung ist immer ein Thema“

Gesundheitswissenschaftler Dr. Thomas Drabinski über die Rolle des Staates bei der GOÄ-Novelle



Welches politische Signal geht vom außerordentlichen Ärztetag aus?

Drabinski: Der Mehrheit der Delegierten war es wichtig, dass der Prozess der GOÄ-Novelle nicht ins Stocken gerät und noch in dieser Koalitionsperiode zum Abschluss gebracht wird. Das scheint mir das zentrale Ergebnis zu sein.

Einer der Hauptstreitpunkte war der zunehmende Einfluss der privaten Krankenversicherer auf die

GOÄ. Hätten die Ärzte innerhalb der gegebenen politischen Rahmenbedingungen die Möglichkeit gehabt, alleine über ihre Gebührenordnung zu entscheiden?

Drabinski: Nein, in den letzten Jahren nicht mehr. Die Bundesärztekammer hat ja vor einiger Zeit eine eigenständige Gebührenordnung vorgelegt. Die PKV erarbeitete einen konkurrierenden Entwurf auf Grundlage des EBM. Seither gab es einen politischen Konsens darüber, dass beide Seiten Verhandlungen

führen und sich auf eine Version einigen müssen. Das Bundesgesundheitsministerium hofft, dass dabei eine in seinem Sinne gute Lösung herauskommt. Ist das nicht der Fall, wird das Ministerium entweder keine oder eine eigenständige Novelle vorlegen. Es geht auch ohne abgestimmtes Konzept. Am Ende entscheidet der Staat.

Der Staat ist allerdings nicht nur Schiedsrichter, sondern hat auch eigene Interessen ...

land in eine in sich widersprüchliche Rolle als Mitglied der „Profession Arzt“ (Siebolds 2014) mit der festgeschriebenen Gemeinwesenbindung ärztlichen Handelns auf der einen Seite und der unternehmerischen Rolle als Freiberufler andererseits. Der Arzt in der niedergelassenen Praxis ist damit im Gegensatz zum Krankenhausarzt mit der ungeteilten ärztlichen und unternehmerischen Verantwortung in seinem Eigenbetrieb Praxis ausgestattet. Er bewegt sich zwischen Skylla und Charybdis! Orientiert er sich vollständig an der Rolle als professioneller Arzt, ist er zwar idealtypisch gemeinwesenbezogen im ärztlichen Handeln, kommt aber bei der Führung seines Betriebes unter unternehmerischen Aspekten in Konflikt mit seinem Interesse, einen ökonomisch florierenden Eigenbetrieb zu führen. Stellt er sich einseitig auf die Seite der unternehmerischen Führung seiner Praxis, so kommt er in Konflikt mit

seiner professionellen Berufsrolle, weil sein ärztliches Handeln in Gefahr gerät, die Gemeinwesenbindung seines Handelns dem Patienten gegenüber zugunsten wirtschaftlicher Interessen zu vernachlässigen. Der niedergelassene Arzt befindet sich somit auf einer andauernden Gratwanderung zwischen unbedingter ärztlicher Integrität dem Patienten gegenüber und dem notwendigen unternehmerischen Eigennutz als Freiberufler.

Diese Rollenfestlegung als „ärztlicher Freiberufler und Unternehmer in eigener Praxis“ erfährt eine klare gesellschaftliche Interpretation in der gesetzlichen Regulation der Leistungskataloge und Vergütungssysteme. Im GKV-Bereich sind die Leistungskataloge durch den Gesetzesrahmen des SGB V festgelegt. Im DRG- und EBM-System sind diese vollständig, bis hin zur sanktionsbewährten Prüflögl, durchreguliert. Die diesen Gesetzen folgende

Honorierungs- und Prüflögl ist die explizite Folge der geforderten Gemeinwesenbindung, der alles ärztliche Handeln unterliegt und die jeden Arzt auf die gesellschafts- und sozialpolitische Verantwortung für einen sozial gerechten Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitssystem verpflichtet.

Die GOÄ als Ausweg aus diesem Paradox?

Ein scheinbarer Ausweg aus dieser unentrinnbaren Vergütungslogik stellen nun die sogenannten „Privatpatienten“ dar. Die Chiffre „Privatpatient“ steht im Kontext ärztlicher Vergütung für einen scheinbaren Gegenentwurf zur GKV-Vergütungslogik, der in den Kontext der freiberuflichen Rolle des Arztes deutlich besser zu passen scheint. Dieser macht sich letztlich an der privaten Rechnungstellung fest. Hier verfährt der Arzt wie alle

Drabinski: Ja, natürlich. Knapp die Hälfte der Ausgaben, die über die GOÄ abgerechnet werden, laufen über die Beihilfestellen. Jede Veränderung der Gebührenordnung wirkt sich direkt auf die Haushalte in den Ländern und im Bund aus, weil dort die Beihilfeausgaben steigen.

Kritiker warnen vor einer "EBM-isierung" der GOÄ. Ist die GOÄ-Reform der erste Schritt in Richtung Bürgerversicherung?

Drabinski: Darüber kann man im Moment nur spekulieren. Wenn es eine „Gemeinsame Kommission“ gibt und diese ähnliche Regulierungs-Aufgaben übertragen bekommt wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im GKV-

Bereich, wird es zu weitreichenden Änderungen kommen. Das hätte auch Auswirkungen auf die GOZ für Zahnärzte, die kürzlich novelliert wurde, für die aber kein Äquivalent zur „Gemeinsamen Kommission“ eingeführt wurde. Was das Bundesgesundheitsministerium am Ende beschließt, ist allerdings nicht zwingend das, worauf sich Bundesärztekammer und Kostenträger im Vorfeld geeinigt haben.

Die SPD ist derzeit politisch geschwächt. Ist die Bürgerversicherung überhaupt noch ein Thema?

Drabinski: Die Bürgerversicherung ist immer ein Thema. Die Union hat keine eigenen Konzepte im

Gesundheitsbereich vorgelegt. Da passiert ordnungspolitisch sehr wenig. Und sie hat der von der SPD propagierten Vereinheitlichung der beiden Versicherungssysteme bislang keine klare Absage erteilt. Eine GOÄ-Novelle, die in den entsprechenden ordnungspolitischen Strukturen implementiert wird, kann also durchaus den vergütungsseitigen Rechtsrahmen für eine Bürgerversicherung legen.

DR. THOMAS DRABINSKI ist Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) und lehrt an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

anderen Freiberufler. Aber im Unterschied zu diesen ist es ihm untersagt, neben der Gebührenordnung ein freies Honorar mit dem Patienten auszuhandeln. Das unterscheidet ihn zentral von allen anderen Freiberuflern, die diese zwei Welten der Honorargestaltung nebeneinander nutzen können. Die GOÄ ist also keine wirkliche Alternative zu DRG und EBM, sondern eben auch nur eine gesetzlich regulierte ärztliche Honorarsystematik. In der politischen Diskussion wird mit dem beidseitigen Schutz der Interessen der Ärzte nach einem angemessenen Honorar und der Patienten nach akzeptablen Kosten argumentiert.

Im Zusammenhang mit der GOÄ-Reform geht es nur scheinbar um die Versorgung von „Privatpatienten“. Es gibt in Deutschland nur eine verschwindend kleine Zahl von Patienten, die ohne Inanspruchnahme einer Versicherung ärztliche, medizinisch indizierte Leistungen

aus ihrem privaten Vermögen bezahlen. Was im Alltag als „Privatpatienten“ bezeichnet wird, sind fast ausschließlich „Privatversicherte“, die sich ihre Ausgaben über eine Versicherung erstatten lassen. Wer sich privat versichert, nimmt nicht an der solidarischen Vorsorge im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Dafür ist eine besondere Rechtsstellung des Versicherten erforderlich, die den „Privatversicherten“ aus der Solidargemeinschaft der GKV in einen Zustand der vermeintlichen Selbstsorge entlässt.

Der Privatversicherte schließt einen Vertrag mit einem gewinnorientierten Privatunternehmen ab. Er kauft ein versicherungsmathematisch kalkuliertes Produkt – seine Krankenversicherung. Diese ist, dank besonderer Rahmenbedingungen im Sinne günstiger Risiken (junge Patienten, guter Sozialstatus, Mitversicherung durch staatli-

che Beihilfe etc.) vom Versicherer relativ günstig anzubieten. Da bei dieser Patientengruppe aber eine andere, weniger rigide regulierte und mit höheren Honoraren hinterlegte Vergütungssystematik zum Zuge kommt, ist die private Krankenversicherung für den Patienten und der privat Versicherte für den Arzt gleichermaßen attraktiv, was dann natürlich den privatärztlich behandelnden Arzt für den Patienten attraktiv macht. Diese Unterschiedswahrnehmung auf Seiten von Arzt und Patient ist der eigentliche Dreh- und Angelpunkt der gegenwärtigen Diskussion der GOÄ. Bei der Versorgung von Privatversicherten gibt es keine aus den Eigenarten einer Solidargemeinschaft entstehende Verteilungsproblematik. Der Arzt kann sich als „echter Freiberufler“ fühlen, denn der Staat scheint mit der Versorgung von Privatversicherten nichts zu tun zu haben. Es gibt keine überbor-



Der niedergelassene Arzt bewegt sich zwischen Skylla und Charybdis: im Spannungsfeld von unbedingter ärztlicher Integrität einerseits und dem notwendigen unternehmerischen Eigennutz andererseits. (Abbildung: "Die Skylla", Holzstich von 1885)

dende Abrechnungs-Administration. Der Arzt schreibt eine Rechnung, die direkt der Patient erhält. Alles scheint ganz einfach zu sein. Die Versorgung von „Privatpatienten“ liegt in der Wahrnehmung viel näher an der eigenen Vorstellung der Ärzte von Freiberuflichkeit als die Versorgung von GKV-Patienten. Diese Wahrnehmung verstärkt das oben vorgestellte Paradox von gemeinwesengebundener, professioneller Freiberuflichkeit, welche die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte eindeutig der sozialen Bindung ärztlichen Handelns unterordnet. Der gesellschaftliche Diskurs bestimmt unentrinnbar das ärztliche Honorar.

Die GOÄ-Novelle als Symptom der weiteren Regulierung der Vergütungssysteme

Alle freien Berufe haben staatlich genehmigte Gebührenordnungen. Weshalb sollen also die Ärzte ihre Privat-Gebührenordnung mit der PKV und der Beihilfe verhandeln, während andere freie Berufe (wie Architekten, Steuerberater, Ingenieure) ihre Gebührensätze selbst festlegen und nur von den Aufsichtsbehörden genehmigen lassen müssen?

Die über Jahrzehnte gewachsene Versorgungslogik von PKV und GOÄ kommt an ihre Grenzen. Die Zeiten, in denen die PKV ein unerschöpfliches Reservoir an finanziel-

len Ressourcen darstellte, sind vorbei, und die Kostenträger müssen das Kosten-Leistungs-Verhältnis den veränderten Gegebenheiten anpassen – ein völlig normaler versicherungswirtschaftlicher Vorgang. Dass dabei die für privatärztliche Leistungen gültige Leistungsbeschreibung und deren Honorarausgestaltung in den Mittelpunkt des Interesses rücken, verwundert nicht.

Die Verortung der GOÄ-Novellierung bei der Bundesärztekammer ist bei deren Bindung an die Bundesärzteordnung und angesichts des Verbotes der freien Preisbildung privatärztlicher Leistungen rechtlich angemessen und notwendig. Dass dadurch die Bundesärztekammer

WEITERFÜHRENDE
LITERATUR

Siebolds, Marcus (2014): KV denken – Thesen zur Vigilanz ärztlicher Selbstverwaltung. Hamburg: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

für den privatärztlichen Bereich in eine ähnliche Rolle kommt wie die KBV bei ihren Verhandlungen mit den gesetzlichen Kassen, erstaunt vor dem Hintergrund der oben geführten Diskussion nicht. Die gestärkte Position der Bundesärztekammer und die von der Politik vorgegebenen Rahmenbedingungen der Novellierung der GOÄ unterstreichen das nachdrückliche Interesse der Politik, dass die Reform im gesellschaftlichen Konsens von ärztlicher Selbstverwaltung und PKV abläuft. Dabei sind die Rollenverteilungen eindeutig. Die Bundesärztekammer ist durch die Berufsordnung an eine professionensorientierte Verhandlungsposition gebunden und muss in ihrer Rolle als ärztliche Selbstverwaltung einen, in welcher Weise auch immer, tragfähigen Kompromiss der beteiligten Interessengruppen herbeiführen. In diesem Novellierungsprozess wird politisch deutlich, dass die PKV sich auf ein Geschäftsmodell in einem immer stärker regulierten Segment des Gesundheitssystems einstellen muss. Dabei wird sich zeigen, wie die PKV dem Spagat zwischen einem wirtschaftlich seriösen Versicherungsprodukt und dem zunehmenden Anspruch der Politik auf eine für alle Beteiligten im PKV-System sozial tragfähige Prämien- und Honorargestaltung gerecht wird.

In Deutschland erstreckt sich die Gemeinwesenbindung ärztlicher Tätigkeit und ihrer Honorierung in immer stärker werdendem Maße auf den Bereich der privaten Krankenversicherung und der in diesem Bereich gültigen Vergütungssystematik. Man könnte hier, vorsichtig gesprochen, von einer gewissen Annäherung der politischen Steuerung der medizini-

schen Versorgung im PKV-Bereich an die Vorgehensweisen im GKV-Bereich sprechen. Dies scheint der eigentliche Konflikt zu sein, der hinter der GOÄ-Novelle steht. Dieser Zusammenhang erklärt, warum die GOÄ-Novelle darauf hindeutet, dass das oben beschriebene Paradox von professioneller Arztrolle und Freiberuflichkeit zunehmend in den Bereich des PKV-Systems getragen wird.

Gefährdet die GOÄ-Novelle das duale System der Krankenversicherung in Deutschland?

Betrachtet man die oben reflektierte Annäherung der gesundheitspolitischen Steuerungssystematiken in GKV und PKV, so könnte man auf die Idee kommen, die Entwicklung deute in Richtung einer gesetzlichen Einheitsversicherung in Form der von der SPD geforderten Bürgerversicherung.

Doch die wirtschafts- und sozialpolitischen Machtverhältnisse sind mittelfristig so robust, dass ein Systemwechsel in absehbarer Zeit nicht wahrscheinlich ist. Wendet man das theoretische Konzept der Professions- theorie (Siebolds 2014), das bereits grob dargestellt wurde, auf diesen Bereich an, so könnte man zu einer anderen Deutung kommen. Dass der Druck versicherungswirtschaftlicher Interessen auf der einen Seite und die Verfügbarkeit bezahlbarer primärer Krankenversicherungen für etwa zehn Prozent der Bundesbürger auf der anderen Seite die handlungslei-

tenden Interessen der Gesundheitspolitik darstellen, ist offensichtlich. Die Interessen der leistungserbringenden Ärzte sind dabei politisch eher von nachrangiger Bedeutung.

Ein auf zwei Versicherungsformen beruhendes System, in dem jeder Bürger einen garantierten Anspruch auf eine Krankenversicherung hat, weist eine sehr interessante immanente Logik auf. Die Systeme stehen in keiner realen Konkurrenz zueinander, doch sie können gegeneinander in Stellung gebracht werden: Veränderungsbedarf in den beiden Versicherungssystemen braucht Referenzgrößen, an denen man ihn erkennen kann. Durch den Vergleich der Leistungsfähigkeit und Eigenarten der Systeme hat die Politik eine Möglichkeit, die Entwicklung der Krankenversicherungssysteme in die eine oder andere Richtung zu beeinflussen. Dass sich die Politik diese Option durch eine Einheitsversicherung nehmen lassen würde, ist unwahrscheinlich.

Bei einer im GKV-Bereich staatsfernen Organisation der Gesundheitsversorgung, die auf Körperschaften des öffentlichen Rechts als Träger gesetzlicher Krankenversicherung und der ambulanten Flächenversorgung setzt, braucht die Politik einen Hebel, um auf diese selbstverwalteten Strukturen Einfluss nehmen zu können.

PROF. DR. MARCUS SIEBOLDS

ist Internist und ärztlicher Psychotherapeut. Er vertritt den Lehrbereich Medizinmanagement und ist Prodekan am Fachbereich Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln.

VON SILKE LÜDER

Was kommt auf uns zu?

Nach den kritischen Auseinandersetzungen um die GOÄ-Novelle beim außerordentlichen Ärztetag in Berlin sollte man die weiteren Verhandlungen genau beobachten.

WIR PRAXISÄRZTE haben in den vergangenen Jahren ein wahres Feuerwerk an Gesetzesänderungen im GKV-Bereich erlebt. Nun kommt es auf einem ganz anderen Spielfeld zu durchgreifenden Systemänderungen. Die Vorarbeiten zur Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) blieben den meisten Ärztinnen und Ärzten in den vergangenen Jahren vollkommen verborgen und sind auch nach dem außerordentlichen Ärztetag am 23. Januar 2016 in ihrer Bedeutung und Komplexität nur schwer durchschaubar.

WORUM GEHT ES?

Die GOÄ ist – wie die Gebührenordnungen von Rechtsanwälten, Architekten, Steuerberatern oder anderen freien Berufen – eine Rechtsverordnung oder ein Gesetz des staatlichen Verordnungsgebers. Die Gebührenordnung der Rechtsanwälte wurde regelmäßig angepasst, zuletzt 2013 mit einer Gebührenerhöhung um 19 Prozent. Nicht so die ärztliche Gebührenordnung. Die heutige GOÄ stammt aus dem Jahre 1982. Der Punktwert wurde 1988 um 10 Prozent erhöht; er betrug damals 10,4 Pfennig, heute sind es 5,7 Cent. Ein Inflationsausgleich hat nie stattgefunden. Die GOÄ besteht aus zwei wichtigen Teilen: Der sogenannte Paragrafenteil enthält die Durchführungsbestimmungen zu den Steigerungsmöglichkeiten

und die individuellen Begründungen dafür; im Ziffernteil sind die einzelnen Leistungen mit einer Punktzahl, künftig mit einem Eurowert, hinterlegt. Die Spannweite der Steigerungsmöglichkeiten geht vom 1-fachen bis zum 3,5-fachen Satz. In besonderen Fällen kann auch mit höheren Sätzen abgerechnet werden.

Der Rechtsrahmen wird gesetzt durch die Bundesärzteordnung (BÄO). Dieses Gesetz regelt in § 11 mit drei Sätzen den groben Rahmen für die freiberuflichen Ärzte:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

Das ist bislang alles. Nun ist geplant, hier eine ausführliche Änderung auf mehreren DIN-A4-Seiten vorzunehmen. Einen Vorschlag für einen Referentenentwurf haben der Bundesärztekammer-Vorstand und der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) schon längst an das Bundesgesundheitsministerium übergeben – die Ärzteschaft hat davon nichts mitbekommen.

DAS SCHWEIGEGELÜBDE

Alle geplanten Änderungen der GOÄ im Paragrafen- und Ziffernteil sowie der Bundesärzteordnung unterliegen seit Jahren einem den Verhandlungsteilnehmern vom Ministerium auferlegten Schweigegelübde. Alle Verhandlungen fanden und finden also hinter verschlossenen Türen statt. Die geplanten Änderungen des GOÄ-Paragrafenteils und der Bundesärzteordnung § 11 wurden den Teilnehmern des von drei Ärztekammern gegen den Willen der Bundesärztekammer durchgesetzten außerordentlichen Ärztetages in Berlin nicht einmal eine Woche vor der Sitzung erstmalig mitgeteilt – und das auch nur als Ergebnis der massiven Kritik der Ärzteverbände, Kammern und Tausender betroffener Kolleginnen und Kollegen. In zahlreichen Vorträgen mit eher allgemein gehaltenen Power-Point-Folien und einigen Artikeln im Deutschen Ärzteblatt war bis dato ausschließlich die Sicht des Bundesärztekammer-Vorstandes kommuniziert worden.

Als pointierter Kritiker dieser Pläne hat der Vizepräsident der Berliner Ärztekammer, Dr. Elmar Wille, auf dem außerordentlichen Ärztetag in einem ausführlichen Vortrag den geplanten Paradigmenwechsel vorgestellt. Über Geld hat Wille dabei nicht gesprochen. Denn wie alle anderen Ärzte weiß auch er bis heute nicht,

wie die neuen 4.300 Ziffern in Euro bewertet werden. Wegen des politisch verordneten Schweigegelübdes kann die Bundesärztekammer diese Informationen nicht veröffentlichen.

KOSTENDÄMPFUNGSINTERESSE VON PKV UND BEIHILFE

Willes Kritik konzentriert sich auf den neuen § 11 der Bundesärzteordnung. Dort wird eine umstrittene „Gemeinsame Kommission“ (GeKo) eingeführt. Diese unterscheidet sich wesentlich vom bisherigen Regelungsgremium „Zentraler Konsultationsausschuss“ (ZKA). Der ZKA hat als Beratungsgremium der Bundesärztekammer gearbeitet, den Vorsitz hatte immer ein Arzt, außerdem gehörten zum ZKA weitere vier Ärzte, je ein Vertreter des PKV-Verbandes, des Bundesgesundheitsministeriums und des Justizministeriums. Die neue GeKo hingegen ist ein direkt unterhalb des Bundesgesundheits-

ministeriums angesiedeltes gesetzliches Gremium mit paritätischer Besetzung von vier Vertretern der Bundesärztekammer und vier Vertretern der Kostenträger PKV und Beihilfe. Die beiden letzteren vertreten das Kostendämpfungsinteresse von Arbeitgebern, Aktionären der Versicherungskonzerne und den Ländern beziehungsweise deren Finanzministern. Bei den zu erwartenden Pattsituationen entscheidet der Bundesminister für Gesundheit.

Nicht nur der Berliner Vizekammerchef Wille verglich das neue Gremium in seiner Funktion mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) oder dem Bewertungsausschuss (BA) – Institutionen also, die niedergelassene Ärzte aus dem KV-System kennen. Wille kritisierte entschieden, dass die GeKo über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entscheiden wird und sich damit als „Gemeinsamer Bundesaus-

schuss für den privatärztlichen Bereich“ etablieren würde.

Die bisherige individuelle Steigerungsmöglichkeit anhand individueller Behandlungsnotwendigkeiten bei individuellen Patienten durch individuelle Ärzte wird künftig entfallen. Denn: Es gibt nur noch den „robusten Einfachsatz“, der etwa dem bisherigen 2,3-fachen Standardsatz entsprechen soll – und in seltenen Ausnahme-Fällen, von der GeKo definiert, den zweifachen Gebührensatz. Genauer über die Bewertungen der Ziffern ist bislang nicht bekannt.

POSITIV- UND NEGATIVLISTE UND EIN „VERGÜTUNGSKORRIDOR“

Die GeKo legt eine bisher unbekannte Positiv- und Negativliste mit Begründungen für die wenigen Steigerungsmöglichkeiten auf den 2-fachen Satz fest. Wie man hört, wird die



Außerordentlicher Ärztetag in Berlin: Verpasste Gelegenheit für eine breite, ergebnisoffene Debatte

Positivliste kurz und die Negativliste lang sein. Der Arzt / die Ärztin kann nicht mehr individuell entscheiden. Das hatte der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf 2014 anders entschieden, so Kritiker Wille beim jetzigen außerordentlichen Ärztetag. In Düsseldorf war ganz klar eine Beibehaltung der Steigerungsmöglichkeit im Individualfall beschlossen worden.

In der neuen Bundesärzteordnung erscheint noch ein weiteres Novum: Für die ersten drei Jahre nach Einführung wird festgelegt, um welchen Faktor die Ausgaben der privaten Kasse für einen Versicherten pro Jahr im Vergleich zum Einführungszeitpunkt der „GOÄ neu“ durchschnittlich steigen dürfen. Wird der Faktor X überschritten, plant die GeKo einzugreifen. Das ist im PKV-Bereich neu. Wir kennen es aus dem GKV-Bereich, und wir betrachten das als Budget – auch wenn die Bundesärztekammer das vehement bestreitet.

Kritisiert wurde in Berlin von der Spitze der Berliner Ärztekammer, dass sich PKV und Bundesgesundheitsministerium massiv in ärztliche Belange einmischen und Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung übernehmen würden. Schließlich sei es Aufgabe der regionalen Ärztekammern, bei Gerichten Gutachten über die Angemessenheit einer Gebührenforderung abzugeben. Künftig solle aber die GeKo bundesweit einheitlich über die Höhe des Steigerungsfaktors im Einzelfall entscheiden. Damit erhielten die Kostenträger ein Vetorecht in eigener Sache, und das schränke die Kompetenzen der Ärztekammern nicht hinnehmbar ein. PKV und Beihilfe könnten durch ihre in der neuen Bundesärzteordnung geplanten Rechte bewirken, dass die Ärzte künftig auch im PKV-Bereich

für Morbiditätsentwicklung und steigende Lebenserwartung selbst bezahlen. Die Kosten der künftigen GeKo mit ihrer neuen Datenstelle würden zu einer erheblichen Steigerung der Ärztekammerbeiträge aller Kammermitglieder bundesweit führen. Die zu erwartenden hohen Kosten der Datenstelle werden hälftig von Bundesärztekammer und PKV-Verband zu tragen sein.

„LASST UNS NUR MACHEN“

Der Anspruch des Bundesärztekammer-Vorstandes an den außerordentlichen Ärztetag war klar: Sprecht uns mit großer Mehrheit ein absolutes Vertrauen aus, damit wir (hinter verschlossenen Türen) weiter verhandeln können! Es wird schon alles gut, lasst uns nur machen! Erste fundierte Informationen zum Verhandlungsstand (BÄO und Paragraphenteil) hatten die Delegierten erst wenige Tage vor dem Ärztetag bekommen.

Damit war die Dramaturgie für diesen außerordentlichen Ärztetag in Berlin schon im Vorhinein klar. Und natürlich spielte es eine große Rolle, dass im Vorstand der Bundesärztekammer die niedergelassenen Ärzte, deren Praxen in ihrer wirtschaftlichen Existenz auch von angemessenen Honoraren im Privatbereich abhängig sind, nur eine Minderheit stellen.

Ogleich in Berlin die erstmalige Gelegenheit zur ausführlichen Diskussion über die neue Bundesärzteordnung und den neuen Paragraphenteil bestand, wurde für die nach den Referaten stattfindende Debatte die Zeit pro Beitrag auf zwei Minuten beschränkt. Selbst die beiden Gastredner, Dr. Wolfgang Wesiack als Vertreter der Allianz Deutscher Ärzteverbände und der Vorsitzende

des Deutschen Hausärzteverbandes, Ulrich Weigeldt, wurden mit ihren kritischen Beiträgen zu den bisherigen Verhandlungsergebnissen in dieses Zwei-Minuten-Korsett gezwängt. Unter solchen Umständen war eine breite, ernsthaft geführte Debatte über die Konsequenzen so einer GOÄ-Novelle nicht wirklich möglich. Und am Ende konnte die Bundesärztekammer mit dem Ergebnis „große Zustimmung für unsere Politik“ an die Öffentlichkeit treten, obwohl bei der ersten Abstimmung über einen kritischen Hauptantrag fast noch eine Pattsituation herrschte.

LETZTE HOFFNUNG

Uns bleibt nur eine Hoffnung: Dass die gesamte öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema „GOÄ neu“ und die geplante Gesetzesänderung der Bundesärzteordnung 2016 dem Verhandlungskomitee im BÄK-Vorstand den nötigen Rückenwind geben wird, doch noch Verbesserungen für die Ärzteschaft zu erwirken. Schließlich hängt das hohe Niveau der Medizin in Deutschland vor allem im ambulanten Bereich für alle Mitbürger – egal, wie sie versichert sind – davon ab, ob wir verhindern können, dass auch der „freie Medizinbereich“ nur noch von Sparinteressen der Kostenträger wie der klammen Beihilfe oder von den Renditeinteressen der Versicherungskonzerne diktiert wird.

In diesem Sinne: Hoffen wir auf bessere Verhandlungen. Wir werden diese mit einem sehr kritischen Auge weiter begleiten!



DR. SILKE LÜDER

ist Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bergedorf und Vorsitzende der Freien Ärzteschaft Hamburg

Bitte,

helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.

Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe

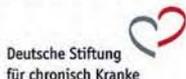
Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.

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



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

SCHWANGERE ASYLBEWERBERINNEN

Wir betreuen in unserer gynäkologischen Praxis viele schwangere Asylbewerberinnen mit einer "24-Stunden-Bescheinigung" von der Zentralen Erstaufnahmestelle (ZEA). Darf ich bei diesen Patientinnen die in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten Vorsorgeuntersuchungen abrechnen?

Ja. Sie können alle in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft anhand der "24-Stunden-Bescheinigung" abrechnen. Es empfiehlt sich jedoch, Kontakt mit der ZEA aufzunehmen, damit die Patientin zügig einen Versichertennachweis der AOK Bremen/Bremerhaven erhält. Schwangere werden in der Regel bei der Bearbeitung vorgezogen.

AUSSTELLEN EINER AU-BESCHEINIGUNG

Kann für das Ausstellen der neuen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) die GOP 01620 EBM abgerechnet werden?

Dies ist nicht der Fall. Die GOP 01620 EBM kann abgerechnet werden, wenn eine kurze Bescheinigung auf besonderes Verlangen der Kranken-

kasse ausgestellt wird. Für das Ausstellen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gibt es keine gesonderte Abrechnungsleistung. Sie ist mit der Grund- beziehungsweise der Versichertenpauschale abgegolten.

BEANTWORTUNG VON KASSENANFRAGEN

Welche Portoziffer aus dem EBM kann abgerechnet werden, wenn die Krankenkasse das Muster 52 (Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) anfordert und keinen Freiumschlag beifügt?

Sie können die Portoziffer GOP 40120 aus dem EBM abrechnen. Allerdings ist in den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung geregelt, dass für die Beantwortung von Kassenanfragen grundsätzlich von der Krankenkasse ein Freiumschlag beizufügen ist. Wenn dies nicht der Fall ist, muss die Anfrage nicht beantwortet werden.

FRÜHERKENNUNG AUF DARMKREBS

Ab welchem Alter besteht für Versicherte der Anspruch auf eine Koloskopie zur Früherkennung auf Darmkrebs?

Versicherte ab dem Alter von 50 Jahren haben Anspruch auf eine Darmkrebsfrüherkennung. Es sollte eine Beratung und Information über das Gesamtprogramm der Früherkennung auf ein kolorektales Karzinom erfolgen.



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

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

Außerdem haben Versicherte ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl. Ab dem 55. Lebensjahr erfolgt die Hauptberatung. Diese wird mit der GOP 01740 EBM abgerechnet. Versicherte haben dann einen Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien. Die zweite Koloskopie erfolgt frühestens zehn Jahre nach der ersten. Jede Koloskopie, die ab dem Alter von 65 Jahren durchgeführt wird, zählt als zweite Koloskopie. Bei Nicht-Inanspruchnahme der Koloskopien besteht Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf okkultes Blut im Stuhl.

AKUPUNKTUR BEI CHRONISCHEN SCHMERZEN

Bei einem Patienten wurde aufgrund der Indikation „chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule“ Ende letzten Jahres eine Akupunkturbehandlung durchgeführt. Jetzt hat der Patient die Krankenkasse gewechselt und möchte erneut eine Akupunkturbehandlung wegen derselben Indikation. Ist dies innerhalb eines Jahres möglich?

Ja, denn die GOP 30791 EBM (Durchführung einer Körperakupunktur) kann bei dokumentierter Indikation bis zu zehnmal und mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall abgerechnet werden. Ein Krankheitsfall umfasst die Behandlung eines Patienten zu Lasten einer Krankenkasse für das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Quartale (Krankheitsfall = 1 Honorareinheit / 1 Patient / 1 Krankenkasse / 4 Quartale).

ABSCHLAGSZAHLUNG BEI PSYCHOTHERAPEUTEN

Stimmt es, dass die Abschlagszahlung bei den Psychotherapeuten künftig ohne Fall-Meldung verläuft?

Ja, die Abschlagszahlung wird ab dem 2. Quartal 2016 umgestellt. Es werden dann keine Fallzahlen des aktuellen Quartals mehr gemeldet. Der Abschlag wird aus den historischen Honorarzahlungen ermittelt, wie dies bei den Ärzten bereits üblich ist. Die Umstellung, die mit dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie abgestimmt ist, wird von Amts wegen durchgeführt. Ein Antrag ist nicht erforderlich. Bei Psychotherapeuten, die in den ersten vier Quartalen der Neuniederlassung sind, ist die Fallzahl-Meldung weiterhin erforderlich.

Infocenter Tel: 22802-900



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



Arztsuche: Bitte gelegentlich die Daten überprüfen!

Bitte überprüfen Sie bei Gelegenheit, ob die in der Arztsuche unter Ihrem Namen eingestellten Daten noch aktuell sind. Veraltet können in der Arztsuche vor allem jene Daten sein, die dem Arztregister oder der Qualitätssicherung nicht zwangsläufig vorliegen:

- Sprechzeiten
- Homepageadresse
- E-Mail-Adresse
- Angaben zur Barrierefreiheit der Praxis

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Daten dieser Art geändert haben.

Formlose Meldungen bitte per E-Mail an: arztregister@kvhh.de.

Zu beachten ist, dass in der Arztsuche bei Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ nur die Kontaktdaten der Zentrale angezeigt werden – nicht die personenbezogenen Kontaktdaten (z. B. Telefon-Durchwahl, E-Mail-Adresse) der einzelnen Ärzte und Psychotherapeuten.

Die Daten zu genehmigungspflichtigen Leistungen werden von der Abteilung Qualitätssicherung bearbeitet und gepflegt. Bei Änderungen wenden Sie sich bitte an:

qualitaetssicherung@kvhh.de ■
Die Arztsuche der KV-Hamburg: www.kvhh.de
 → **Startseite (rechte Navigationsleiste)**

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:

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2016 mit der AOK Rheinland/Hamburg (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2016 mit der IKK classic (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten:

- zum 5. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaft-

lichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss:

Der 5. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss wurde im Telegramm Nr. 34 vom 18. Dezember 2015 der KV Hamburg unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu der o.g. Vereinbarung ist abgeschlossen und damit der Vorbehalt gegenstandslos.

- zur Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2016:

Im Telegramm Nr. 34 vom 18. Dezember 2015 der KV Hamburg wurde die Arzneimittelvereinbarung 2016 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu der o.g. Vereinbarung ist abgeschlossen und damit der Vorbehalt gegenstandslos.

Hinweis: aktualisierte Liste teilnehmende Betriebskrankenkassen (Übersicht zum Strukturvertrag mit dem Alster-Pflegenetz) - Stand 18.01.2016:

Die Liste wurde wie folgt aktualisiert:

Umbenennung zum 01.10.2015

1. VIACTIV Krankenkasse (ehemals „BKK vor Ort“)

Ende zum 31.12.2015

2. BKK family (Fusion mit BKK ProVita)

Fusion zum 01.01.2016

3. BKK Basell Rechtsnachfolger BKK VBU

4. BKK Demag-Krauss-Maffei (BKK DKM) Rechtsnachfolger BKK VBU

5. BKK Schleswig-Holstein (BKK SH) Rechtsnachfolger BKK VBU

Übersicht zum Strukturvertrag nach §73a SGB V vom 1. Oktober 2013 mit der BARMER GEK, dem BKK-Landesverband NORD-WEST, der Knappschaft und der Techniker Krankenkasse

Satzung der KV Hamburg:

3. Nachtrag vom 10.12.2015 zur Satzung vom 01.07.2009
 Die Satzungsänderungen wurden gemäß § 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V von der Aufsichtsbehörde genehmigt.

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

Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 – 900

QEP-Einführungsseminar

Im April 2016 findet in der KV Hamburg wieder das bewährte QEP-Einführungsseminar statt. Sowohl Praxisinhaber als auch deren Mitarbeiter können daran teilnehmen.

„QEP-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist ein speziell auf Arztpraxen zugeschnittenes Qualitätsmanagementsystem, welches für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen des niedergelassenen Versorgungsbereiches geeignet ist. Es wurde von der KBV in Zusammenarbeit mit den KVen sowie mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten entwickelt und evaluiert.

Was Bekanntheitsgrad und Anwendungshäufigkeit angeht, liegt QEP gleichauf mit der ISO-Norm. In den vergangenen zehn Jahren haben über 2.200 Teilnehmer die QEP-Einführungsseminare der KV Hamburg besucht. ■

16 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Fr. 8.4.2016 (15 - 21 Uhr) und**

Sa. 9.4.2016 (8:30 - 16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer der Praxis € 220

Jeder weitere Teilnehmer der Praxis € 160

(inkl. aller Unterlagen, Imbiss und Getränke)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Seminar „QM aktuell“

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

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

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

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Mi., 27.4.2016 (9:30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Imbiss und Getränke)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858



Ausfüllen von BTM-Rezepten

Auch geringfügige Formfehler können dazu führen, dass Krankenkassen die Kostenübernahme verweigern. Hilfe bietet unser Ausfüllanleitung im Internet.

Bei der Versorgung von Patienten mit Arzneimitteln, die der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung unterliegen (z.B. fentanylhaltigen Pflastern), kommt es immer wieder zu Problemen, weil BTM-Rezepte nicht korrekt ausgefüllt wurden.

Wichtig ist: Das Rezept muss eine Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesangabe für das verordnete Arzneimittel enthalten. (Wird dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung auf einem gesonderten Dokument übergeben, muss dies auf dem Rezept vermerkt sein.) Der Hinweis „Pflaster alle 3 Tage wechseln“ beispielsweise ist als Gebrauchsanweisung nicht ausreichend. Es muss zusätzlich die Menge der anzuwendenden Pflaster (z.B. „1 Pflaster“) angegeben werden.

Stellt die Apotheke fest, dass das BTM-Rezept unvollständig ausgefüllt ist, schickt sie es zurück

in die Praxis. Dort muss das Rezept geändert und vom Arzt noch einmal neu unterschrieben werden. Die Änderungen (mitsamt der Unterschrift) müssen auch auf den entsprechenden Durchschlägen vorgenommen werden.

BTM-Rezepte sind (sowohl für Kassen- als auch für Privatpatienten) gemäß den Vorgaben der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BTMVV) auszufüllen. Kassen sind berechtigt, auch geringfügige Formfehler zum Anlass zu nehmen, die Kostenübernahme zu verweigern.

Durch eine korrekte Ausstellung der BTM-Rezepte kann man unnötige Mehrarbeit und Probleme bei der Versorgung der Patienten mit Betäubungsmitteln vermeiden. ■

Eine detaillierte Ausfüllanleitung für BTM-Rezepte finden Sie auf unserer Homepage: kvhh.de → Verordnung → Arzneimittel

Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Impfung gegen Meningokokken B ist in bestimmten Indikationen eine Kassenleistung

Der G-BA hat entschieden, dass die Impfung gegen Meningokokken B (Bexsero®) für Personen mit spezifischen Grunderkrankungen von den Krankenkassen bezahlt wird. Die entsprechende Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie ist am 6. Februar 2016 in Kraft getreten.

Neuer Stand zur Meningokokkenimpfung zu Lasten der GKV (Neuerungen in blau)

Eine Impfung gegen Meningokokken (gegen Serogruppen A, C, W, Y und/oder B) ist Kassenleistung für

gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz bzw. -suppression mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion.

Insbesondere folgende Indikationen werden genannt:

- Komplement-/Properdindefekte,
- Eculizumab-Therapie (monoklonaler Antikörper gegen die terminale Komplementkomponente C5)
- Hypogammaglobulinämie,
- funktioneller oder anatomischer Asplenie.

Die Entscheidung beruht auf einer Empfehlung der STIKO. Die STIKO empfiehlt für Personen mit den genannten Grundkrankheiten zusätzlich zu einer Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W und Y auch eine Impfung gegen Meningokokken B. Sie weist allerdings darauf hin, dass die Entscheidung für eine Meningokokken-B-Impfung in diesen Fällen nach individueller Risikoeinschätzung getroffen werden sollte (siehe hierzu **Epid. Bull. 34/2015; Seite 339** und **Epid. Bull. 37/2015 – www.rki.de**).

Achtung Regressgefahr!

Kassen prüfen die Verordnung von Dipyridamol-ASS-Kombinationen

Die DAK Gesundheit und andere Kassen stellen derzeit verstärkt Einzelprüfanträge zur Verordnung von Arzneimitteln, die Dipyridamol und ASS enthalten (Aggrenox u.a.). Hintergrund der Prüffaktion ist der Verordnungs Ausschluss dieser Präparate nach den Bestimmungen der Arzneimittelrichtlinie (Anlage III; Nr. 53). Der entsprechende Beschluss des Bundesausschusses wurde am 1. April 2014 rechtskräftig (siehe *KVH-Journal* 4/2014, S. 22).

Die Entscheidung des Bundesausschusses beruhte damals maßgeblich auf einer Bewertung des IQWiG. In den tragenden Gründen zum Beschluss wurde ausgeführt, dass es keinen Beleg für einen Mehrnutzen der Dipyridamol/ASS-Kombination gegenüber der alleinigen Therapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (ASS oder Clopidogrel) gibt. Allerdings gibt es einen Beleg für einen größeren Schaden (häufigere schwerwiegende Blutungen). **Deshalb wurde diese Wirkstoffkombination als therapierelevant unterlegen beziehungsweise als unzweckmäßig eingestuft. Einzige Ausnahme wäre eine Verordnung in einem besonderen medizinisch begründbaren Einzelfall.**

Falls Sie solche Präparate noch verordnen: Bitte überlegen Sie, ob dies im Einzelfall tatsächlich medizinisch begründbar ist.

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

Die Nutzenbewertung ist die Entscheidungsgrundlage dafür, wie viel die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff zahlt, und ist als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage XII) für alle Vertragsärzte zu berücksichtigen.

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

Aktuell hat der G-BA zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst: Nintedanib (Ovif[®], idiopathische pulmonale Fibrose), Aflibercept (Eylea[®], Visusbeeinträchtigung aufgrund eines Makulaödems infolge eines retinalen Venenastverschlusses), Eliglustat (Cerdelga[®]), Fingolimod (Gilenya[®], Neubewertung nach Fristablauf), Ruxolitinib (Jakavi[®], Polycythaemia vera[®]), Vortioxetin (Brintellix[®]), Insulin degludec/Liraglutid (Xultophy[®]), Safinamid (Xadago[®]), Afatinib (Giotif[®], Neubewertung nach Fristablauf), Secukinumab (Cosentyx[®]), Olaparib (Lynparza[™]), Ivermectin (Soolantra[®]), Lomitapid (Lojuxta[®], Neubewertung nach Fristablauf), Lenvatinib (Lenvima[®]), Ceritinib (Zkadia[®]), Nivolumab (Opdivo[®]), Belatacept (Nulojix[®], Neubewertung nach Fristablauf), Edoxaban (Lixiana[®])

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

www.kbv.de → Service → Verordnungen → Arzneimittel → Frühe Nutzenbewertung

Ansprechpartner für Fragen zu Arzneimitteln:
Abteilung Praxisberatung, Tel. 22802-571 / -572

INTERVIEW

„Strenge Maßstäbe“

Profitieren Kinder mit ADHS von einer Behandlung mit Methylphenidat? **Dr. Martina Pitzer** erklärt, was Niedergelassene über die wissenschaftlichen Grundlagen der neuen Debatte wissen müssen.

Eine aktuelle Cochrane-Meta-analyse kommt zu dem Ergebnis, man könne nicht sicher sagen, ob Methylphenidat das Leben von Kindern und Jugendlichen mit ADHS tatsächlich verbessert. Müssen niedergelassene Ärzte ihr Verschreibungsverhalten überdenken?

Pitzer: Nein. Die wesentlichen Ergebnisse der Cochrane-Metaanalyse im Hinblick auf die Wirksamkeit und typische Nebenwirkungen sind nicht neu.

Weshalb hat die Studie so viel Aufmerksamkeit erregt?

Pitzer: Die Cochrane-Wissenschaftler haben insgesamt 185 Studien ausgewertet, an denen insgesamt über 12.000 Patienten beteiligt waren. Es handelt sich also um eine Metaanalyse, die eine ziemlich große Stichprobe umfasst. Neu ist, dass die Cochrane-Wissenschaftler im Gegensatz zu Autoren früherer Übersichtsarbeiten die Qualität der Evidenz sowohl für die Wirksamkeit als auch für die Nebenwirkungen als sehr gering bewerten.

Zu welchen Ergebnissen kam die Cochrane-Metaanalyse im Einzelnen?

Pitzer: Ein wesentliches Ergebnis ist: Die Hauptsymptome von ADHS (Impulsivität, Konzentrationsstörung und motorische Unruhe) gehen zurück, wenn die Kinder und Jugendlichen mit Methylphenidat behandelt werden. Als mittlere Ef-

fektstärke geben die Wissenschaftler einen Wert von 0,79 an – das entspricht in etwa den Werten, die man bereits aus der Fachliteratur kennt. Die Autoren beurteilen das als mäßigen Effekt. Üblicherweise werden Effektstärken in der Wissenschaft ab 0,5 als "mittel" und ab 0,8 als „stark“ bezeichnet. Diese Zahlen kann man also unterschiedlich interpretieren.

Und welche Nebenwirkungen wurden beobachtet?

Pitzer: Es besteht ein erhöhtes Risiko, dass nicht-schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten – insbesondere Schlafstörungen und Appetitstörungen. Die Wissenschaftler konnten kein erhöhtes Risiko feststellen, dass es bei einer Behandlung mit Methylphenidat zu schwerwiegenden Nebenwirkungen kommt. Das ist bei einer Metaanalyse mit 12.000 Patienten durchaus ein interessantes Ergebnis. Seltene schwerwiegende Nebenwirkungen kann man mit dieser Stichprobe allerdings nicht erfassen. Und die Studienergebnisse sagen nichts über die Effekte einer Langzeitbehandlung aus.

Weshalb nicht?

Pitzer: Bei der überwiegenden Anzahl der Studien war die Behandlungsdauer nicht länger als zwei Monate, bei wenigen Studien



PD Dr. Martina Pitzer ist Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Städtischen Klinikums Karlsruhe und Vorstandsmitglied der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.

bis zu sechs Monate. Länger kann man eine kontrollierte Studie nicht durchführen, bei denen eine Patientengruppe, die mit einem echten Medikament behandelt wird, mit einer Kontrollgruppe verglichen wird, die ein Placebo bekommt.

Über die möglichen Nebenwirkungen einer längeren Behandlung kann man also nichts sagen?

Pitzer: Doch, es gibt einige offene (das heißt: nicht kontrollierte) Langzeit-Beobachtungsstudien, die allerdings

von den Cochrane-Wissenschaftlern in dieser Meta-Analyse nicht berücksichtigt wurden, weil nur kontrollierte Studien eingeschlossen wurden. Die Cochrane-Wissenschaftler haben aber die Veröffentlichung einer Übersichtsarbeit zu solchen Langzeit-Beobachtungsstudien angekündigt. Ich bin vor einigen Jahren der Frage nachgegangen, ob die Einnahme von Methylphenidat zu Wachstumsstörungen führen kann. Die vorliegenden Beobachtungsstudien stützen den Verdacht, dass das Wachstum im Mittel um einen Zentimeter geringer ausfällt. Ein durchschnittlicher Unterschied zwischen einer Größe von 1,70 Meter und einer Größe von 1,71 Meter ist klinisch nicht relevant. Doch im Einzelfall kann der Effekt stärker sein. Es ist unklar, wodurch die Wachstumsstörungen verursacht werden. Was man weiß, ist, dass aufgrund der biochemischen Wirkungsweise von Stimulanzien der Puls und der Blutdruck ansteigen können. Und es gibt Fallberichte über einzelne schwerwiegende Nebenwirkungen. Deshalb kann man nicht sagen: "Wir haben Kurzzeitstudien, in denen keine schweren Nebenwirkungen festgestellt wurden – jetzt kann ich Methylphenidat sorglos über Jahre hinweg verordnen." Man muss mögliche Nebenwirkungen sorgfältig kontrollieren und immer abwägen, ob die Medikation noch notwendig ist. Über den Effekt von Langzeitverordnungen haben wir nur wenige Informationen.

Die Autoren der Cochrane-Metaanalyse zweifeln allerdings sogar an der Aussagekraft der Kurzzeitstudien ...

Pitzer: Ja, das ist bemerkenswert. Für Cochrane-Metaanalysen gibt es genaue Vorgaben. Es werden nur Studien einer gewissen Mindestqualität einbezogen, in denen das betreffende Verfahren mit einer Scheinbehandlung verglichen wird.

Es wird geprüft: Gibt es eine Randomisierung, werden die Patienten den beiden Gruppen also per Zufall zugeteilt? Findet eine Verblindung statt? Weiß also der Patient, ob er eine Behandlung oder eine Scheinbehandlung bekommt? Weiß der Wissenschaftler, der die Symptome, und jener, der die Nebenwirkung erhebt, zu welcher Gruppe der Patient gehört? Wurde die Studie von der Pharmaindustrie gesponsert? Diesmal scheinen die Cochrane-Wissenschaftler besonders streng gewesen zu sein. Von den 185 ausgewerteten Studien wurden nur sechs als „qualitativ gut“ befunden. Es gab nur „gut“ oder „schlecht“, keine Abstufungen dazwischen. Unter anderem bemängeln die Cochrane-Wissenschaftler bei einigen Studien mögliche Interessenskonflikte, teilweise unvollständig berichtete Daten sowie Heterogenität der Studien. Und es kommt ein weiteres Problem hinzu: Die Nebenwirkungen von Methylphenidat sind bekannt. Forscher und Patienten können deshalb ziemlich leicht herausfinden, wer das Medikament erhält und wer zur Kontrollgruppe gehört – was eine echte Verblindung unmöglich macht.

Wie kann man dieses Problem umgehen?

Pitzer: Die Cochrane-Wissenschaftler schlagen vor, nicht Placebo-, sondern Nocebo-Tabletten zu verabreichen, die dieselben Nebenwirkungen (Schlafstörungen, Appetitstörungen) auslösen, aber sonst keinen aktiven Wirkstoff haben. Solche Studien durchzuführen, wäre aus ethischen Gründen allerdings nur bei Erwachsenen möglich.

Ist das nicht ein ziemlich absurder Vorschlag?

Pitzer: Nein, theoretisch und methodisch ist der Vorschlag durchaus

plausibel. Aber Studien dieser Art sind schwer zu realisieren. Bei anderen Medikamenten werden solche anspruchsvollen Kriterien auch nicht angelegt – und bei nicht-medikamentösen Therapien schon gar nicht. Untersucht man die Wirksamkeit von Verhaltenstherapien, weiß jeder, zu welcher Gruppe der jeweilige Patient gehört. Von Verblindung kann beim Vergleich von Verhaltenstherapie versus Warteliste keine Rede sein.

Sind andere Cochrane-Wissenschaftler auch so streng?

Pitzer: Es gab bereits im Jahr 2014 eine Cochrane-Metaanalyse zur Wirksamkeit von Methylphenidat, allerdings zur Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten. Die Autoren waren mit der Qualität der von ihnen eingeschlossenen Studien damals ganz zufrieden. Die Autoren der aktuellen Cochrane-Metaanalyse allerdings zweifeln in ihrem Diskussionskapitel auch an der Qualität dieser Studien. Man sieht also: Auch bei Cochrane-Wissenschaftlern gibt es gewisse Spielräume, was die Bewertung von Studien anbelangt.

Deshalb würde ich sagen: Die aktuelle Cochrane-Studie lenkt die Aufmerksamkeit auf die Begrenztheit unseres Wissens. Bisher unbekannte Ergebnisse, die eine völlige Neuorientierung der Versorgung in den Praxen erforderlich machen würde, hat sie nicht gebracht. ■

Interview: Martin Niggeschmidt

Literatur:

Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 25;11:CD009885. doi: 10.1002/14651858.CD009885.pub2. Review
Epstein T, Patsopoulos NA, Weiser M Immediate-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults, Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 18;9:CD005041. doi: 10.1002/14651858.CD005041.pub2. Review
Pitzer M. Wachstumsstörungen durch Methylphenidat? Arzneiverordnung in der Praxis ~ Band 39 · Ausgabe 6 · November 2012



 AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

WHO-Warnung: „Verarbeitetes Fleisch ist krebserregend“

Müssen wir jetzt alle Vegetarier werden?

VON GABRIEL TORBAHN, HARRIET SOMMER, JOERG J. MEERPOHL IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Ende Oktober 2015 sorgte eine Pressemitteilung der Internationalen Agentur für Krebsforschung (IARC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Aufsehen: Nach Analyse von über 800 Studien kam ein Gremium von 22 Experten zu dem Schluss, dass der Verzehr von verarbeitetem Fleisch für den Menschen als krebserregend und der Verzehr von sogenanntem rotem Fleisch als wahrscheinlich krebserregend einzustufen ist. Die Einschätzung für verarbeitetes Fleisch basiere auf „suffizienter Evidenz“, die Einschätzung für rotes Fleisch auf „limitierter Evidenz“ (1, 2). Somit wird verarbeitetes Fleisch wie Tabak oder Asbest eingeordnet. Die Aussagen der Pressemitteilung erfordern jedoch eine detailliertere Betrachtung.

Zunächst fällt auf, dass der eigentliche wissenschaftliche Bericht, auf dem diese Warnung basiert, bisher nicht veröffentlicht ist. Es bleibt also unklar, wie nach Studien gesucht wurde, welche Einschlusskriterien zur Anwendung kamen, wie die Qualität der einzelnen Studien (d. h. das Risiko für Bias oder systematische

Fehler) bewertet wurde, wie vertrauenswürdig die Studien somit sind und wie die Studien zusammengefasst wurden. Mit anderen Worten: Um diese Warnung besser nachvollziehen zu können, braucht es einen öffentlich zugänglichen, detaillierten Bericht, der auch von unabhängigen Experten bewertet werden kann. Nehmen wir für den Moment aber einmal an, dass es aus wissenschaftlicher Sicht keinerlei Einwände gegen das Vorgehen und die Analyse der Daten gibt, dass also die kommunizierten Zahlen der Wahrheit entsprechen.

Maßgeblich verantwortlich für die Aufmerksamkeit, die diese Pressemitteilung erfahren hat, ist vermutlich die Tatsache, dass im Wesentlichen relative Risiken kommuniziert werden. So wird erwähnt, dass das Risiko für ein kolorektales Karzinom je täglicher Portion verarbeiteten Fleisches à 50 g um 18 Prozent ansteigt. Das klingt dramatisch. Dies ist jedoch die relative Risikosteigerung; viel relevanter ist die absolute Risikosteigerung. Gehen wir davon aus, dass Männer im Alter von 45 Jahren ein durchschnittliches Risiko von 0,4 Prozent haben, innerhalb der nächsten 10 Jahre an Darmkrebs zu erkranken und dass dieses Risiko bei 75-Jährigen bei 3,4 Prozent liegt (5). (Frauen haben ein geringeres Risiko.) Eine dem Konsum von verarbeitetem Fleisch geschuldete Erhöhung um 18 Prozent würde ungefähr folgende Risiken ergeben: 0,5 Prozent bei 45-jährigen und 4 Prozent bei 75-jährigen Männern, entsprechend einer absoluten Risikoerhöhung von 0,1 Prozent für 45-Jährige beziehungsweise 0,6 Prozent für 75-Jährige. Diese Zahlen klingen bei weitem nicht mehr so dramatisch. Auch suggeriert die Aussage der Pressemitteilung, dass eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung vorliegt (je

50 g um 18 Prozent); allerdings scheint es ab 140 g täglich keine weitere Risikoerhöhung zu geben.

Und selbst wenn diese Assoziation zwischen „Fleischkonsum“ und kolorektalem Karzinom besteht, sind Aussagen zur Kausalität problematisch. Daten zum Verzehr bestimmter Nahrungsmittel(-gruppen) basieren meist auf Beobachtungsstudien wie Querschnitts-, Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studien. Ergebnisse aus solchen Studien lassen jedoch – wenn überhaupt – nur stark eingeschränkt Rückschlüsse auf Kausalzusammenhänge zu. Es ist rein hypothetisch vorstellbar, dass Menschen, die viel Fleisch essen, aufgrund ihrer Ernährungsgewohnheiten weniger von einem protektiven Nahrungsmittel (z. B. Gemüse) zu sich nehmen; oder aber gerne zusätzlich zu ihrem Fleisch Saucen lieben, die „krebserzeugend“ sind. Ein klassisches Beispiel für dieses sogenannte „Confounding“ ist der Kaffee-Lungenkrebs-Zusammenhang. So zeigen Daten, dass Menschen, die viel Kaffee trinken, häufiger an Lungenkrebs erkranken. Wie man heute weiß, verursacht aber nicht der Kaffee Lungenkrebs. Sondern es ist so: Menschen, die viel Kaffee trinken, rauchen häufiger als Menschen, die wenig oder keinen Kaffee trinken (6). Im Moment kann man also nur von einer Assoziation zwischen Fleisch und Darmkrebs sprechen. Ob Fleisch tatsächlich Darmkrebs verursacht, ist mit diesen Daten allerdings noch nicht belegt.

Zusammenfassend kann man an dieser Stelle festhalten, dass 1) eine unabhängige Bewertung des vollständigen Berichtes wünschenswert ist; 2) dass bei jeglichen diätetischen Empfehlungen maßgeblich die absoluten Effekte berücksichtigt werden sollten; und 3) die be-

schriebene Assoziation nicht ignoriert werden sollte, aber eine eindeutige Kausalität hierdurch noch nicht belegt ist. Insofern gilt, wie oft im Leben: Maßvoller Genuss – auch von Fleisch – ist durchaus zu vertreten.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt nicht mehr als 300 bis 600 g Fleisch pro Woche (7). Diese Empfehlung besteht jedoch schon seit längerer Zeit und es bleibt abzuwarten, ob die DGE sie an die WHO-Erkenntnisse anpasst. In Deutschland liegt der Verzehr von Fleisch, Wurstwaren, Fleischerzeugnissen und Gerichten auf Fleischbasis bei Männern mit 160 g pro Tag weit über den Empfehlungen, bei Frauen mit 84 g pro Tag im oberen Bereich (8). Daher sollten Ärzten gegenüber die WHO-Warnung relativieren, jedoch gegebenenfalls auf einen reduzierten Fleischkonsum (im eher unteren bis mittleren Bereich) im Sinne der DGE verweisen.

Die Warnung vor dem Verzehr von verarbeitetem oder rotem Fleisch durch die WHO ist ein anschauliches Beispiel für eine nicht optimal geglückte Risikokommunikation, wie es auch auf dem Cochrane-Blog <http://www.wissenwaswirkt.org>, der zu aktuellen Themen und neuen Cochrane Reviews Stellung nimmt, beschrieben wird (9).

Korrespondenz:

PD Dr. med. Jörg Meerpohl

Cochrane Deutschland, Universitätsklinikum Freiburg

Berliner Allee 29, 79110 Freiburg

E-Mail: meerpohl@cochrane.de

Tel.: 0761 / 203-6691

Fax: 0761 / 203-6712

(1) WHO IARC Working Group. IARC Monographs evaluate consumption of red meat and processed meat. Press release No 240. Verfügbar: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2015/pdfs/pr240_E.pdf [09.12.2015, 09:50am].

(2) Bouvard, V., Loomis, D., Guyton, K. Z., Grosse, Y., Ghissassi, F. E., Benbrahim-Tallaa, L., ... & Monograph Working Group. (2015). Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *The Lancet. Oncology*, Vol 16 No 16. 1599-1600.

(3) WHO IARC Working Group. IARC Monographs Questions and Answers. Verfügbar: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/Monographs-Q&A.pdf> [09.12.2015, 10:00am].

(4) Preamble – General principles and procedures. In: Some drugs and herbal products. IARC Monographs Vol 108. 7-30. Verfügbar: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol108/mono108.pdf> [09.12.2015, 10:30am].

(5) Krebs in Deutschland 2009/2010. 9. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2013. 36-39.

(6) Guertin, K. A., Freedman, N. D., Loftfield, E., Graubard, B. I., Caporaso, N. E., & Sinha, R. (2015).

Coffee consumption and incidence of lung cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study. *International journal of epidemiology*, dyv104.

(7) Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE.

Verfügbar: <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/> [09.12.2015, 11:15am].

(8) Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht, Teil 2. Herausgeber: Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel 2008. 44-45. Verfügbar: http://www.was-esse-ich.de/uploads/media/NVSII_Abschlussbericht_Teil_2.pdf [09.12.2015, 11:30am].

(9) Cochrane Blog Wissen was wirkt. Noch ein Scheibchen Wurst. Verfügbar: <http://www.wissenwaswirkt.org/noch-ein-scheibchen-wurst> [09.12.2015, 11:35am].





Mäßige Nachfrage

In den ersten beiden Wochen musste die Terminservicestelle nur 62 Termine vermitteln

Die Hamburger Terminservicestelle hat genauso wenig zu tun, wie es die KV Hamburg erwartet hatte. In den ersten beiden Wochen gab es 167 Anrufe. Der Großteil der Anrufer wollte sich lediglich über die neue Terminservicestelle informieren oder erfüllte nicht die Voraussetzungen für eine Vermittlung. Für lediglich 62 Anrufer wurde ein Termin vermittelt.

Die Einrichtung von Terminservicestellen ist gesetzlich vorgeschrieben. Laut GKV-Versorgungsstärkungsgesetz müssen die KVen dafür sorgen, dass Patienten mit Überweisungsschein einen Facharzttermin innerhalb eines Zeitraums von maximal vier Wochen erhalten. Für die Vermittlung haben die Terminservicestellen eine Woche Zeit.

„Natürlich kommen wir dem gesetzlichen Auftrag zur Einrichtung einer Terminservicestelle nach und setzen sie so effizient wie möglich um“,

sagt Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg. „Doch sind wir davon überzeugt, dass dieses Angebot in Hamburg keine Vorteile für die Patienten bringt. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass wir mit dieser Einschätzung richtig liegen.“

Wenn es dringend ist, greifen Hausärzte oder die Praxismitarbeiter üblicherweise selbst zum Telefon, um für ihre Patienten einen Facharzt-Termin zu vereinbaren. Dabei ist die Wartezeit in der Regel kürzer als jene vier Wochen, die für die Vermittlung per Terminservicestelle vorgeschrieben sind. Die KV Hamburg empfiehlt, die bestehende Überweisungspraxis beizubehalten. So kann gewährleistet werden, dass die Terminservicestelle weiterhin nur in Ausnahmefällen genutzt wird – als „ultima ratio“.

Die KV Hamburg hat den Hausärzten Etiketten mit besonderen Code-Nummern zur Verfügung gestellt, die auf die Überweisungen geklebt werden können, um diese als dringlich zu kennzeichnen. Der Patient meldet sich dann telefonisch bei der Terminservicestelle und legitimiert sich für eine Vermittlung, indem er die Code-Nummer nennt.

Alle Fachärzte mit persönlichem Patientenkontakt (außer fachärztlich tätige Kinderärzte und nicht schmerztherapeutisch tätige Anästhesisten) sind verpflichtet, Termine zur Verfügung zu stellen. Augenärzte, Psychiater und Neurologen müssen der Terminservicestelle zwei Termine pro Monat melden, die übrigen Fachärzte

einen Termin pro Monat. Die Meldepflicht wurde von der Vertreterversammlung am 5. November 2015 beschlossen, um die Belastung gerecht auf alle betroffenen KV-Mitglieder zu verteilen.

Einen Anspruch auf einen Termin bei einem Wunscharzt, zu einer Wunschzeit oder in einem Wunsch-Stadtteil haben die Patienten nicht. Das Gesetz sieht vor, dass die zu vermittelnde Praxis in zumutbarer Entfernung zu liegen hat. In Hamburg gilt: An der allgemeinen fachärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte können bis zu 12 Kilometer (Luftlinie) entfernt sein, alle anderen Facharztgruppen müssen sich innerhalb des Stadtgebiets befinden.

Gelingt es der Terminservicestelle nicht, einen passenden Termin bei einem niedergelassenen Facharzt zu vermitteln, muss sie dem Patienten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anbieten. Die Kosten für die Behandlung gehen zu Lasten der Honorare der betreffenden Facharztgruppe.

Genauere Informationen für Ärzte:
www.kvhh.de → Terminservicestelle der KV Hamburg → Alle wichtigen Informationen für Ärzte

Ansprechpartner für Ärzte:
 Infocenter, Tel: 22802-900

Erreichbarkeit der Terminservicestelle für Patienten: Mo. - Fr. (8 - 17 Uhr)
 Tel: 040 / 555 538 30

Wie kann eine Praxis sehen, ob der von ihr gemeldete Termin vergeben wurde? Und wenn ja: an welchen Patienten?

Die Praxen haben die Möglichkeit, sich mit ihren Zugangsdaten am Online-Portal www.ekvhh.de einzuloggen und von dort aus auf den Terminkalender zuzugreifen:

www.ekvhh.de → „Anwendungen“ → „Terminservicestelle“

Gebuchte Termine sind blau hinterlegt. Klickt man auf die Uhrzeit, kann man die Patientendaten einsehen.



Ein Hoch auf den Wettbewerb!

Tagebuch von **Walter Plassmann**, Vorsitzender der KV Hamburg

MI. 20. JANUAR 2016

Vom Ferienflieger praktisch direkt in den Zug nach Berlin zur Klausursitzung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die Sitzung hat ein schwieriges Thema: Die KVen müssen nun jährlich einen Bericht über die Versorgungssituation in ihrem Zuständigkeitsbereich abgeben. Was „Versorgungssituation“ ist, muss aber erst noch definiert werden. Da geht es nicht nur um Praxisöffnungszeiten, sondern auch um qualitative Fragen wie die, ob jeder Arzt Leistungen aus dem Kerngebiet seines Fachgebietes anbieten muss. Die Diskussion war sachlich und ruhig. Doch wieder ruhiges Fahrwasser bei der KBV?

DO. 28. JANUAR 2016

Wieder Sitzung in Berlin, dieses Mal die KV-Vorstände in einer Routine-Sitzung. Es lässt sich auch alles sehr routiniert an, die Hoffnung, über Sachdiskussionen die aufgerissenen Gräben überbrücken zu können, wächst.

DIE KASSEN HABEN ANGEBOTE GEMACHT. DIE WAREN ANFÄNGLICH NICHT UND SPÄTER NOCH ETWAS WENIGER ANNEHMBAR.

Aber die Brücken sind brüchig. Nach sechs Stunden wird das Thema „Labor“ aufgerufen – und schon sitzen die Protagonisten wieder in ihren Schützengräben, wackelt die Diskussion gefährlich um persönliche Anfeindungen herum. Wir haben doch noch einen längeren Weg vor uns.

DO. 4. FEBRUAR 2016

Plötzlich entsteht ein Loch im Terminkalender. Angesetzt war die Fortsetzung der Verhandlungen mit den Krankenkassen zur

Weiterführung der Elemente, die sich im „psychenet“-Projekt als erfolgreich erwiesen hatten. Doch wenige Tage vor dem lange anberaumten Termin tröpfelten die Absagen der Krankenkassen ein – alle mit demselben Tenor: Wir haben schon Sonderverträge, wir brauchen „psychenet“ nicht. Das ist von der Form her inakzeptabel, denn in der vorherigen Sitzung waren die „psychenet“-Vertreter noch mit der Bitte nach Hause geschickt worden, weitere Zahlen zu erarbeiten. Das war nun für die Katz'. Auch inhaltlich sind die Absagen bezeichnend: Die meisten Sonderverträge der Kassen sind schlichte Vermittlungsverträge: Es wird zusätzliches Geld bezahlt, wenn der Versicherte der Kasse einen schnellen Termin erhält. Die Versorgung wird so nicht verbessert, einige der „psychenet“-Elemente würden dies aber sehr wohl tun. Ein Hoch auf den Wettbewerb im Gesundheitswesen!

DI. 9. FEBRUAR 2016

Die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen laufen nun schon über fünf Monate. Die Kassen hatten die Gespräche zunächst dilatiert, weil sie das Gerichtsurteil zum „Hamburger Punktwertaufschlag“ abwarten wollten. Nachdem ihre Klage komplett zurückgewiesen worden war, mussten sie sich erst sammeln. Nun soll ein Spitzengespräch den Durchbruch bringen. Immerhin – die Kassen haben Angebote gemacht. Die waren anfänglich nicht und später noch etwas weniger annehmbar, aber solche echten Verhandlungen waren viele Jahre gar nicht möglich gewesen. Ob wir die letzten, kleinen Schritte noch gehen können, stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Aber die Verhandlungskultur war spürbar besser. Immerhin.



STECKBRIEF

Martina Vogler, Moderatorin eines hausärztlichen Qualitätszirkels in Bergedorf

Name: **Martina Vogler**
 Geburtsdatum: **4.6.1964**
 Familienstand: **verheiratet**
 Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**
 Hobbys: **Reisen, Paddeln, Lesen, Austausch und Gespräche mit Freunden**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ich wählte den ärztlichen Beruf, um als Frau in einem afrikanischen Land leben und arbeiten zu können. Nun bin ich Hausärztin in Vierlanden und sehr zufrieden damit. Als Allgemeinärztin bin ich für die Akut- und Notfallversorgung sowie die Langzeitbehandlung und medizinische Begleitung meiner Patienten zuständig. Oftmals kenne ich mehrere Generationen und die Familienverhältnisse der Patienten. Ich erlebe die Arbeit inhaltlich als sehr vielfältig, bunt und spannend. Ein weiterer Aspekt ist die Freiberuflichkeit. Ich kann meine Arbeit als Praxisinhaberin selbst gestalten, auch wenn die überbordende Bürokratie mir Geduld abverlangt und Zeit und Ressourcen bindet.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Vor zehn Jahren hab ich zusammen mit Kollegen einen Qualitätszirkel gegründet, um nach außen zu dokumentieren, dass wir Hausärzte uns regelmäßig fortbilden und uns über allgemeinmedizinische Themen austauschen. Dieser Zirkel besteht seitdem in wechselnder Besetzung. So konnten wir die politischen Vorgaben für hausärztliches Arbeiten aufgreifen und umsetzen. Als Moderatorin habe ich einen direkten Einfluss auf die Art und die Inhalte, mit denen wir uns beschäftigen, so dass wir praxis- und alltagsrelevant arbeiten und davon profitieren können.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen? Ein wichtiger Aspekt des Zirkels ist, evidenzbasierte und leitliniengerechte Medizin in unseren Arbeitsalltag zu integrieren. Wir wollen damit eine qualitativ hochwertige Betreuung unserer Patienten erreichen. Des Weiteren ist immer der kollegiale Austausch wichtig. Sich mit Kollegen der Umgebung zu vernetzen, erleichtert die unbürokratische Patientenversorgung. Und natürlich diskutieren wir in diesem Forum auch hausarztrelevante Berufspolitik.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Das Gesundheitssystem in Deutschland kann im ambulanten Bereich von einem Primärärztsystem profitieren, wie es in anderen europäischen Ländern der Fall ist. Trotz der Möglichkeit der hausarztzentrierten Versorgung sehe ich hier weiteren berufspolitischen Bedarf. Als Mitglied des Hausärzterverbandes fühle ich mich diesbezüglich gut vertreten.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Zeit für ein verstärktes berufliches Engagement in Afrika zu haben. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 16.6.2016 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP-Einführungsseminar Ärzte und Praxispersonal werden befähigt, das von KBV und KVen entwickelte Qualitätsmanagement-System QEP ohne externe Hilfe einzuführen. 16 FORTBILDUNGSPUNKTE	QM aktuell Dieses Seminar richtet sich an alle Praxen, die wissen möchten, ob sie mit ihrem QM gut aufgestellt sind und ob sie die QM-Richtlinie erfüllen. 10 FORTBILDUNGSPUNKTE	Risikomanagement in der Arztpraxis Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermanagementsystemen den seit 2014 geltenden Mindeststandards 6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Fr. 8.4.2016 (15 – 21 Uhr) / Sa. 9.4.2016 (8.30 – 16.30 Uhr) € 220 (inkl. Unterlagen, Imbiss, Getränke)	Mi. 27.4.2016 (9.30 – 17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)	Mi. 25.5.2016 (14 - 18 Uhr) € 98 (inkl. Getränke)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal – Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen Mi. 20.4.2016 (15-17 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 25.5.2016 (15-17 Uhr) € 25	DMP Patientenschulungen Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen Termine und weitere Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „Zi-DMP“ eingeben
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b; Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300 E-Mail: akademie@aekhh.de ; Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html	

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen; BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE	Fortbildung für Mitarbeiterinnen: „Gefährdungsbeurteilung I“ Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
Mi. 25.5.2016 (15-20 Uhr) Weitere Termine: Fr. 27.5.2016 (15-20 Uhr) Mi. 21.9.2016 (15-20 Uhr) € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Mi. 9.3.2016 (15-18 Uhr) Weitere Termine: Mi. 15.6.2016 (15-18 Uhr) Mi. 12.10.2016 (15-18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Tel: 278063-47, FAX: 2780 63-48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de	

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 1. QUARTAL 2016 VOM 1. BIS 15. APRIL 2016

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

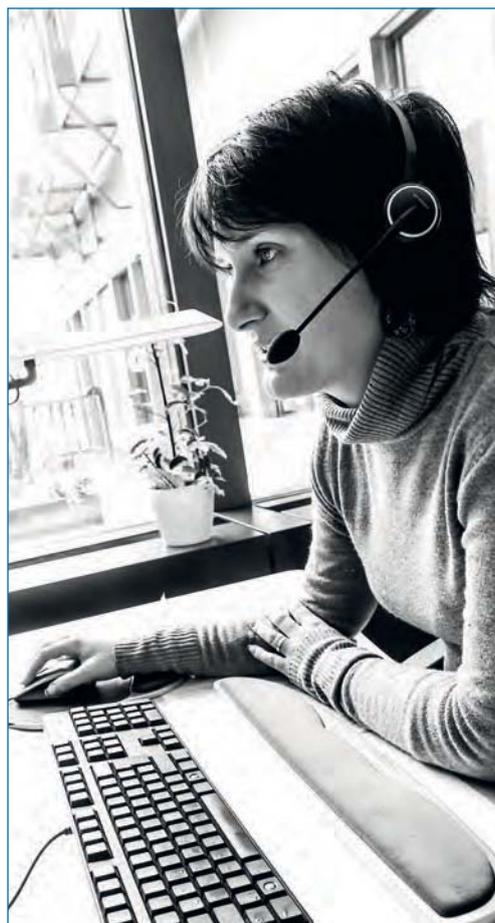
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg
Telefon: 22 802 - 900
Telefax: 22 802 - 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr



KVH

Infocenter der KVH
Telefon 040/22 802 900
infocenter@kvhh.de