

KVH *journal*

HOFFNUNGS- SCHIMMER

Öffnet sich die Tür zur Entbudgetierung?



TSVG

Übersicht zu den Neuregelungen

MEDIZINPRODUKTE

Wo bleibt der Patientenschutz?

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 5/2019 (Mai 2019)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Seit Anfang 2018 bauen wir sukzessive unseren neuen Bereitschaftsdienst „Arztruf Hamburg“ aus. Was die Mitglieder der KV Hamburg seither auf die Beine gestellt haben, hat bundesweit Beachtung gefunden: ärztliche Beratung am Telefon, durchgehend Hausbesuche durch den fahrenden Notdienst, zeitnahe Vermittlung eines Arzttermins und der Besuch einer der vier KV-Notfallpraxen. Mit dem „Arztruf“ haben wir einen komfortablen Zugang zur ärztlichen Notfallversorgung geschaffen. Das Ziel dieses Angebotes ist es, den Patienten im Bedarfsfall dort abzuholen, wo er ist, zu jeder Zeit und an jedem Ort.

Zu unseren in Altona und Farmsen alteingesessenen Notfallpraxen ist zwischenzeitlich eine Notfallpraxis am AK Harburg hinzugekommen. Jetzt im April konnten wir eine weitere Notfallpraxis am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift eröffnen (siehe Seite 14) und damit dem Großraum Reinbek/Bergedorf ein zusätzliches Versorgungsangebot unterbreiten. Wir freuen uns sehr über die gute Kooperation mit der Klinik und mit der KV Schleswig-Holstein, die am selben Ort zuvor eine Anlaufpraxis betrieben hatte.

Die neue Notfallpraxis hat längere Öffnungszeiten und übernimmt die Versorgung für einen Großteil der Zeit, in der die umliegenden Arztpraxen geschlossen sind. Der Standort ist zwar auf Schleswig-holsteinischem Gebiet, ist aber für alle Menschen im Osten Hamburgs gut zu erreichen. Deshalb lag es unserer Auffassung nach nahe, die bereits vorhandenen Strukturen zu nutzen. Das Projekt ist eine weitere Manifestation der guten Zusammenarbeit der beiden Nord-KVen. Seit 2007 betreibt die KV Schleswig-Holstein in der Asklepios Klinik Nord in Heidberg eine Bereitschaftsdienstpraxis auf Hamburgischem Gebiet. In Heidberg und Reinbek arbeiten Ärztinnen und Ärzte aus beiden KV-Regionen zusammen – und die Patienten profitieren von den Synergieeffekten.

Wir hoffen, mit der Einrichtung von Notfallpraxen an Krankenhäusern einen Teil der viel diskutierten Fehlallokation zu vermeiden: Fast die Hälfte der Menschen, die in die Notaufnahmen der Krankenhäuser kommen, sind keine echten Notfälle und wären besser und günstiger in den Arztpraxen zu versorgen – das sagt eine Studie des UKE. Mit dem Ausbau des „Arztrufs Hamburg“ bleibt die hausärztliche Bereitschaftsversorgung in den Händen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte – und die Krankenhaus-Notaufnahmen können ihre Kapazitäten auf die Behandlung echter Notfälle konzentrieren. Im Sommer wird eine weitere KV-Notfallpraxis am UKE ihre Pforten für ambulante Notfälle öffnen.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) schreibt darüber hinaus einen weiteren Ausbau der Serviceangebote des Notfalldienstes fest: Unter der bundesweiten Telefonnummer 116117 soll ab Anfang 2020 ein Versorgungsportal geschaffen werden, das die Terminservicestelle (TSS) mit dem Bereitschaftsdienst vereint – und das unter der Ägide des KV-Systems. Dies ist eine historische Chance für die Vertragsärzte. Dieser Verantwortung müssen wir gerecht werden, indem wir jetzt schon die Organisationsstrukturen für die Zukunft aufbauen.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende 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: Wird das TSVG die Versorgung verbessern?
- 08**_ Interview mit Dr. Dirk Heinrich: „Das ist ein Paradigmenwechsel“
- 12**_ Zeitplan: Wann treten die TSVG-Regelungen in Kraft?

VERSORGUNG

- 14**_ Reinbek: Neue KV-Notfallpraxis eröffnet

**WEITERLESEN IM NETZ:
 WWW.KVHH.DE**

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten
- 18_** Vertrag zu Hypertonie-Begleiterkrankungen mit der DAK
Vertrag „Hallo Baby“ mit dem BKK-System
- 19_** Änderungen des DMP-Vertrags
Asthma/COPD
- 20_** Reiseimpfungen für
BARMER-Versicherte auf
Chipkarte
- 21_** Keine Einschränkungen bei
"fachübergreifendem" Impfen
in Hamburg
Abrechnung postoperativer
Leistungen

SELBSTVERWALTUNG

- 27_** Steckbrief: Dr. Petra Kapaun
- 28_** Versammlung der Kreise 6 und 7

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 14_** Bekanntmachungen im
Internet

NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

- 22_** Sicherheit von Medizin-
produkten: Wo bleibt der
Patientenschutz?

KOLUMNE

- 26_** Zwischenruf von
Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENER

- 30_** Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3, 9 und 14: Ralf Niemzig; Seite 15: Yuris
Arcurs Photography/Fotolia; Seite 17: Felix Faller/
Alinea; Seite 20: Digitalpress/Fotolia; Seite 23:
bht2000/Fotolia; Seite 29: Melanie Vollmert
auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 30:
Michael Zapf; Icons: iStockfoto

Wird das TSVG die Versorgung verbessern?



Dr. Claudia Brase
Geschäftsführerin der Hamburgischen
Krankenhausgesellschaft e. V.

Irrweg einer staats- gesteuerten Medizin

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) kann aus der Sicht der Krankenhäuser den vom BMG formulierten Anspruch, die Versorgung spürbar zu verbessern, nicht einlösen. Von der Grundausrichtung her wird der Irrweg einer staatsgesteuerten Medizin – begleitet von Bürokratie und Überregulierung – fortgesetzt. **Wir bedauern, dass die Selbstverwaltung in ihrer Lösungskompetenz weiter eingeschränkt und zurückgedrängt wird.** In Anbetracht steigenden Fachkräftemangels kann die Lösung von Versorgungsengpässen nicht in kleinteiligen Vorschriften liegen, die die Arbeit im Gesundheitssystem unattraktiver machen und dadurch den Fachkräftemangel verstärken. Eine zukunftssichere Versorgung muss Anreize für schnelle und qualitativ gute Versorgung setzen und die Verantwortung bei den Akteuren in den Regionen oder den Ländern belassen. Konkrete Versorgungsprobleme, wie es durchaus fehlende Facharzttermine bestimmter Fachgruppen sein können, sollten zukünftig in sektorenübergreifenden Planungsstrukturen zwischen KV, Krankenhausgesellschaft und Land einer Lösung zugeführt werden. ■



Kathrin Herbst

Leiterin der vdek-Landesvertretungen
Hamburg und Bremen



Christoph Kranich

Abteilungsleiter Gesundheit und Patientenschutz der
Verbraucherzentrale Hamburg e. V.

Einige begrüßenswerte Neuerungen

Das TSVG enthält viele Neuerungen, von denen wir uns erhoffen, dass die Versorgung der gesetzlich Versicherten künftig besser wird. Wir begrüßen, dass die Terminservicestellen bald rund um die Uhr erreichbar sind und dass die Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöht werden. In vielen Fällen arbeiten Ärzte heute schon länger; insofern trifft die Regelung nur Vertragsärzte, die in ihrem Versorgungsangebot unter ihren Möglichkeiten bleiben. **Die beschlossene Ausweitung der extrabudgetären Vergütung beinhaltet jedoch die Gefahr von Fehlanreizen. Kritisch sehen wir auch, dass das Mitgestaltungsrecht der Länder in der Bedarfsplanung ausgebaut wird. Das Anliegen ist zwar nachvollziehbar, doch sollte die Umsetzung der Bedarfsplanung der gemeinsamen Selbstverwaltung überlassen bleiben.** Anträge außerhalb dieser Strukturen bergen das Risiko, dass Versorgungsentscheidungen nicht mehr aufgrund bestehender Bedarfe getroffen werden, sondern aus politischen Erwägungen heraus. ■

Insgesamt wieder nur Kosmetik

Wird das TSVG die Versorgung verbessern? Ja, aber nicht genug. Es korrigiert einige Fehlentwicklungen: etwa die nicht nur gefühlt viel zu langen Wartezeiten auf Facharzt- und Psychotherapeutentermine, den Ärztemangel auf dem Land, die Schnäppchenjägeri bei Hilfsmitteln, die Situation der Heilmittelerbringer und Hebammen sowie die zunehmende Zahnersatz-Lücke zwischen Festzuschuss und realen Kosten. Andere Neuerungen bergen Risiken, etwa die elektronische Patientenakte auf dem Smartphone.

Insgesamt ist das TSVG wieder nur Kosmetik, die Grundprobleme bleiben: die Ungerechtigkeit des in gesetzlich und privat geteilten Solidarsystems, die Orientierung der Leistungserbringer am Geld statt am medizinischen Bedarf und damit auch die Ungleichverteilung der Ärzte, die sich weiterhin lieber in reichen Gegenden mit vielen Privatpatienten niederlassen werden. Eine gründliche Reform des Systems ist von mutlosen Politikern und beharrlich an Eigeninteressen orientierten Selbstverwaltungspartnern nicht zu erwarten. ■

INTERVIEW

»Das ist ein Paradigmenwechsel«

Öffnet das TSVG die Tür zur Entbudgetierung?

DR. DIRK HEINRICH

über vollständig bezahlte Behandlungsfälle, überflüssige Zwangsmaßnahmen und die Auswirkung des Gesetzes auf die Versorgung.

Der Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) ist bei vielen Ärzten und Psychotherapeuten auf Ablehnung gestoßen. Sie haben von Anfang an auch Chancen gesehen. Was halten Sie vom fertigen Gesetz?

HEINRICH: Das TSVG bleibt eine zweischneidige Angelegenheit: Ich kritisiere weiterhin die Eingriffe in Selbstverwaltung und Praxisorganisation. Ich begrüße aber sehr, dass erstmals in einem Gesetzestext der

Begriff „Fachärzte der wohnortnahen Grundversorgung“ auftaucht, womit die Bedeutung dieser Gruppe gewürdigt und festgeschrieben wird. Am wichtigsten ist aber, dass die Tür zur Entbudgetierung aufgestoßen wird. Das ist ein Paradigmenwechsel für die gesamte vertragsärztliche Versorgung.

Wie groß sind denn die Honoraranteile, die aus dem Budget herausfallen? Was schätzen Sie?

HEINRICH: Die Entbudgetierung betrifft die Patienten in der offenen Sprechstunde, die „neuen Patienten“ und die vom Hausarzt oder über die Terminservicestelle (TSS) vermittelten Patienten. Beginnen wir mit der offenen Sprechstunde: Die Mindestsprechstundenzeit für GKV-Patienten beträgt künftig 25 Stunden. Fünf davon müssen grundversorgende Fachärzte – die genauen Fachgruppen müssen noch durch KBV/GKV-Selbstverwaltung definiert werden



"Bei grundversorgenden Fachärzten rechne ich mit einer Entbudgetierung von 30 bis 50 Prozent der Patienten."

– ab August als offene Sprechstunden anbieten. Alleine durch die Regelung zur offenen Sprechstunde fallen also etwa 20 Prozent der Behandlungsfälle aus dem Budget. Selbst wenn der Patient in der offenen Sprechstunde nur angesehen und erst drei Wochen später behandelt wird, werden alle Leistungen voll bezahlt. Egal, wie oft der Patient in diesem Quartal wiederkommt, der ganze Behandlungsfall ist raus aus dem Budget.

Wie ist das bei Patienten, die neu in die Praxis kommen?

HEINRICH: Diese Regelung ist weiter gefasst. Sie betrifft nicht nur die grundversorgenden Fachärzte, sondern alle Ärzte, die an der unmittelbaren Versorgung teilnehmen – auch hier steht noch die genaue Definition aus. Jedenfalls sind Haus- und Kinderärzte dabei und der überwiegende Teil der Fachärzte mit Patientenkontakt. Ich schätze, dass durch diese Regelung

Dr. Dirk Heinrich ist Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, Vorstandsvorsitzender des Spitzenverbandes Fachärzte (SPIFA), Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes und Präsident des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte.

Keine Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

Im TSVG ist nun doch keine Regelung zur befristeten Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Kinderärzte und Psychiater enthalten. Im Referentenentwurf des TSVG war eine solche Regelung noch vorgesehen, um die Versorgung in der Übergangszeit bis zum Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zu verbessern. Am Ende wurde darauf verzichtet, weil die Selbstverwaltung angekündigt hat, dass die neue Bedarfsplanungsrichtlinie fristgerecht zum Juli 2019 in Kraft treten könne.

etwa 10 bis 15 Prozent der Behandlungsfälle aus dem Budget fallen.

Dann gibt es noch die Terminvermittlung vom Hausarzt zum Facharzt oder über die TSS ...

HEINRICH: Wenn der Hausarzt einen Termin beim Facharzt vermittelt, bekommt der Hausarzt 10 Euro, und die Behandlungsfälle beim Facharzt sind entbudgetiert. Hier geht es um einige Prozent. Rechnen wir jetzt noch Behandlungsfälle dazu, die über die TSS kommen, ergibt das beim grundversorgenden Facharzt eine Entbudgetierung von 30 bis 50 Prozent der Patienten. Das heißt: Ein Drittel bis die Hälfte der Behandlungsfälle pro Quartal wird extrabudgetär vergütet.

Profitiert Hamburg besonders von den neuen Regelungen?

HEINRICH: Ja, denn wir haben eine sehr hohe Budgetierungsquote. Wenn für grundversorgende Fachärzte die Hälfte der Budgetierung wegfällt, ist das eine ordentliche Summe.

Wo soll das Geld herkommen? Werden die Versichertenbeiträge erhöht?

HEINRICH: Die Krankenkassen haben bundesweit 21 Milliarden Euro an Rücklagen. Das reicht für einige Jahre.

Die KV Hamburg steht mit ihrer optimistischen Interpretation des TSVG ziemlich alleine da. Warum ist ein Großteil der Ärzteschaft so skeptisch?

HEINRICH: Viele Ärzte sind über Jahre enttäuscht worden und ziemlich frustriert. Es besteht natürlich immer das Risiko, dass wir

Ausführungsbestimmungen oder Bewertungsausschuss-Beschlüsse bekommen, die Effekte des TSVG wieder zusammenschrumpfen lassen. Ich halte es aber für falsch, jetzt Risiken heraufzubeschwören. Meine Botschaft an die Ärzte lautet: Es läuft was. Es lohnt sich, die offene Sprechstunde einzuführen.

Für die Hausärzte ist die Bilanz nicht ganz so erfreulich, oder?

HEINRICH: Die Regelung zur offenen Sprechstunde sollte ursprünglich auch für Hausärzte gelten. Das wollte der Hausärzterverband nicht – und verzichtete damit auf den attraktivsten Anreiz des neuen Gesetzes im Kollektivvertrag. Die Hausärzte profitieren aber immerhin von der Entbudgetierung der neuen Patienten und der über die TSS vermittelten Patienten – und von der 10-Euro-Gebühr für die Vermittlung zum Facharzt. Außerdem wird die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gefördert – das war, so mein Eindruck, dem Hausärzterverband wichtiger als alles andere.

Der Entbudgetierungs-Anteil bei den Hausärzten ist geringer ...

HEINRICH: Ja. Da die Hausärzte nicht von allen Regelungen betroffen sind, ist die Entbudgetierung geringer. Es stimmt: Die Hausärzte profitieren von dem Gesetz deutlich weniger als die Fachärzte. Man darf aber nicht vergessen: Die Regelungen wurden auf den Weg gebracht, weil es Probleme mit den Facharztterminen gibt. Es ist nun mal ein Facharztgesetz.

Wie wird sich das TSVG auf die Versorgung auswirken? Geht der

schnellere Zugang zu Facharztterminen auf Kosten chronisch kranker Patienten?

HEINRICH: Nein. In die offene Sprechstunde werden auch Patienten kommen, die chronisch krank sind und eine Verschlechterung ihres Leidens erfahren haben – also entgleiste Diabetiker oder Rheumatiker mit einem akuten Schub. Das Gesetz sorgt für einen schnelleren Erstkontakt. Danach wird die Versorgung je nach Dringlichkeit gestaffelt. Wenn die Behandlung nicht dringend ist, kann es möglicherweise länger dauern, bis die Behandlung abgeschlossen ist – doch das ist aus medizinischer Sicht kein Problem.

Zwischen dem ersten Entwurf und dem verabschiedeten Gesetzestext gibt es einige Unterschiede. Wie kam es zu diesen Änderungen?

HEINRICH: Naja, das Gesetz wurde sehr ausführlich diskutiert. Und man kann sagen: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ist nicht beratungsresistent. Er hat mit vielen Betroffenen gesprochen, er hat uns als Verbände angehört, er hat mit allen auch offen diskutiert – wie beispielsweise auf der KBV-Veranstaltung im Januar 2019 – und sich in so manchem auch überzeugen lassen. Beispielsweise wurde die Entbudgetierung im Vergleich zum ersten Entwurf deutlich ausgeweitet. Die Eingriffsmöglichkeiten des Staates in die Bedarfsplanung oder in den Leistungskatalog wurden etwas zurückgenommen. Und die anfangs geplante Regelung für einen gestuften und gesteuerten Zugang zur Psychotherapie ist gestrichen.

Bei welchen Aspekten konnten sich die Ärztevertreter nicht durchsetzen?

HEINRICH: Die Anhebung der Mindestsprechzeiten für GKV-Patienten auf 25 Stunden ist im Gesetz geblieben. Das ist ärgerlich. Die Mindestsprechstundenzeit wird verhandelt zwischen Ärzten und Krankenkassen – da hat sich der Gesetzgeber nicht einzumischen. Die Regelung unterstellt außerdem, dass

"Das Gesetz sorgt für einen schnellen Erstkontakt. Danach wird die Versorgung gestaffelt – je nach Dringlichkeit."

wir nicht genügend arbeiten. Das ist für jeden Arzt ein Schlag ins Gesicht. Die Anhebung der Mindestsprechzeiten stand aber leider im Koalitionsvertrag. Die Koalitionäre hatten sich darauf geeinigt – es war der einzige Punkt, der von der Diskussion um die Bürgerversicherung übrig geblieben ist. Deshalb war dieser Punkt nicht verhandelbar. Auch mit der Forderung, die offenen Sprechstunden freiwillig zu gestalten, konnten wir uns nicht durchsetzen. Die Anreize hätten völlig ausgereicht, um den gewünschten Effekt zu erzielen: Ich möchte den Arzt sehen, der auf die Einrichtung offener Sprechstunden verzichtet, wenn er damit etwa 20 Prozent seiner Fälle entbudgetieren kann. Hätte man die Mindestsprechzeiten-Regelung und die Verpflichtung zur offenen Sprechstunde weggelassen, wäre das Gesetz genauso effektiv geworden – doch man hätte sich viel Ärger mit der Ärzteschaft erspart ■ →

Eine Übersicht zu den wichtigsten Neuerungen des TSVG finden Sie auf der nächsten Seite.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Wesentliche Neuerungen in zeitlicher Abfolge



MINDESTSPRECHSTUNDEN

Vertragsärzte müssen ihr **Mindestsprechstundenangebot für GKV-Patienten auf 25 Wochenstunden anheben**. Bei den Mindestsprechstunden wird die Zeit für Hausbesuche angerechnet.

AUSBAU DER TSS

Auch **Haus- und Kinderärzte müssen nun Termine für die Terminservicestelle (TSS) bereitstellen**. Termine zur **psychotherapeutischen Akutbehandlung werden innerhalb von zwei Wochen** vermittelt (statt wie bisher innerhalb von vier Wochen).

Die KV Hamburg hat den Haus- und Kinderärzten sowie den Psychotherapeuten hierzu direkt Informationen zugeschickt.

TSS-VERMITTLUNGSFÄLLE:

EXTRA-BUDGETÄRE VERGÜTUNG

Leistungen für Patienten, die **auf Vermittlung der Terminservicestelle (TSS) in die Praxis kommen, werden extrabudgetär vergütet**. Das gilt für alle Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Terminvermittlung erforderlich sind. (Ab August bekommen die Ärzte und Psychotherapeuten zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung noch Zuschläge auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale – siehe rechte Seite.)

TERMINVERMITTLUNG DURCH HAUSARZT

EXTRA-BUDGETÄRE VERGÜTUNG

Vermittelt der Hausarzt im dringenden Fall einen Termin beim Facharzt, wird dies finanziell gefördert. **Der weiterbehandelnde Facharzt erhält alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet**. (Ab August erhält der Hausarzt für die erfolgreiche Vermittlung eines Facharzttermins zehn Euro extrabudgetär – siehe rechte Seite.)

OFFENE SPRECHSTUNDEN

EXTRA-BUDGETÄRE VERGÜTUNG

Fachärzte der Grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung müssen **pro Woche mindestens fünf offene Sprechstunden** anbieten. Die Leistungen im Behandlungsfall werden extrabudgetär vergütet. Eine Überweisung ist nicht nötig. Welche Arztgruppen offene Sprechstunden anbieten müssen, legen KBV und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag fest.

AB SOFORT

AB SOFORT

AB SOFORT

AB SOFORT

AUGUST



NEUE PATIENTEN (ERSTKONTAKT)

EXTRA-BUDGETÄRE VERGÜTUNG

TSS-VERMITTLUNGSFÄLLE

ZUSCHLÄGE ZUR VERSICHERTEN-BZW. GRUND-PAUSCHALE

TERMINVERMITTLUNG DURCH HAUSARZT

10 EURO FÜR DIE VERMITTLUNG

START DER NEUEN 116117

AUGUST

AUGUST

AUGUST

JAHRESANFANG

Sucht ein Patient **erstmalig oder erstmals nach zwei Jahren eine Praxis auf, werden alle Leistungen in dem jeweiligen Behandlungsfall extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet.** Der Bewertungsausschuss legt fest, für welche Arztgruppen die Regelung gilt.

Für TSS-Vermittlungsfälle erhalten die Ärzte und Psychotherapeuten zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung (siehe vorhergehende Seite) noch **Zuschläge auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale.** Die Höhe der Zuschläge richtet sich nach der Wartezeit auf einen Termin.

- **50 Prozent:** Termin innerhalb von 8 Tagen sowie in Akutfällen innerhalb von 24 Stunden nach medizinischem Ersteinschätzungsverfahren
- **30 Prozent:** Termin innerhalb von 9 bis 14 Tagen
- **20 Prozent:** Termin innerhalb von 15 Tagen bis 35 Tagen

Der **Hausarzt erhält für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins zehn Euro extrabudgetär.** (Der weiterbehandelnde Facharzt bekommt alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet – siehe vorhergehende Seite.)

Unter der **bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117** wird nicht nur der vertragsärztliche Notfalldienst, sondern auch die Terminservicestelle (TSS) erreichbar sein. Dieser Service wird rund um die Uhr angeboten.

Neueröffnung einer KV-Notfallpraxis in Reinbek



Eine neue Notfallpraxis der KV Hamburg ist Anfang April am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift eröffnet worden. (Im Bild von links nach rechts: KV-Hamburg Vizechefin Caroline Roos, Krankenhaus-Geschäftsführer Björn Pestinger und KV-Schleswig-Holstein-Chefin Dr. Monika Schliiffke.)

Die Notfallpraxis ist Bestandteil des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes "Arztruf Hamburg" (siehe Editorial) und soll die ambulante Versorgung außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten im Osten Hamburgs übernehmen. ■

Adresse: Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
Hamburger Straße 41
21465 Reinbek
Öffnungszeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 19 - 24 Uhr
Mi: 13 - 24 Uhr
Sa, So, Feiertage: 10 - 24 Uhr

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme Asthma bronchiale sowie COPD
- 12. Nachtrag zum Datenstellenvertrag
- Nachträge zu den DMP Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ II sowie Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen der AG Vertragskoordinierung (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage von § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- Impfvereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V in Verbindung mit § 20i Absatz 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen

tungen im Rahmen von Auslandsreisen als Satzungsleistung mit der BARMER (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 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 Umsetzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 48. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit dem BKK-Landesverband NORDWEST vom 18. April 1996: Sachkosten auf dem Behandlungsschein (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung.

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Unser Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Sozialversicherungsfachangestellten und einer Psychologin. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit:

Sie wollen Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an uns verweisen?

Sie haben grundsätzliche Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen gesetzlicher Krankenkassen?

Sie wollen an einen Kollegen oder eine Einrichtung mit einer besonderen Spezialisierung überweisen, wissen aber nicht, wohin?

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

montags u. dienstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
mittwochs	9 – 12	Uhr
	14 – 18	Uhr
donnerstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
freitags	9 – 12	Uhr

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit. Bitte informieren Sie uns darüber!

Fax 040 / 20 22 99 490

Bitte geben Sie die Telefonnummer der Beratung auch an Ihre Patienten weiter.

patientenberatung@aekhh.de

www.patientenberatung-hamburg.de

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

ABRECHNUNG

Ich bin Hausärztin und betreue eine 68-jährige Patientin, bei der ich das hausärztlich-geriatrische Basisassessment durchführen möchte. Unter welcher Voraussetzung ist dies möglich, wenn die Patientin das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat?

Voraussetzung für die Erbringung des hausärztlich-geriatrischen Basisassessments (GOP 03360 EBM) bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist das Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen:

- **F00-F02** – Dementielle Erkrankungen
- **G30** – Alzheimer-Erkrankungen
- **G20.1** – Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
- **G20.2** – Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

PSYCHOTHERAPIE

Was ist bei der Beantragung einer Kombinationsbehandlung (Einzel- und Gruppentherapie) zu beachten?

Aufbauend auf der Diagnostik ist bei Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie vor Beginn der Behandlung ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Bei gleichzeitiger Behandlung durch verschiedene Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten ist der jeweilige Gesamtbehandlungsplan in Abstimmung zu erstellen und eine gegenseitige Information über den Verlauf der Behandlung sicherzustellen, sofern die Patientin oder der Patient einwilligt.

Eine Kombinationsbehandlung wird wie eine reine Einzel- oder Gruppenbehandlung mit dem PTV 1 beantragt. Der Patient kreuzt das Feld „Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie“ an. Sie geben dazu auf dem PTV 2 an, ob im Rahmen der Kombinationsbehandlung überwiegend Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt wird.

Das zur Verfügung stehende Therapiekontingent richtet sich nach dem überwiegend durchgeführten Setting. Wird beispielsweise ein Erstantrag auf eine analytische Langzeittherapie für Erwachsene gestellt, stehen in einer Kombinationsbehandlung mit überwiegend Einzeltherapie 160 Therapieeinheiten oder in einer Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie 80 Therapieeinheiten zur Verfügung.



TELEMATIK-INFRASTRUKTUR

Muss ich die erhaltenen Pauschalen für die TI-Einrichtung zurückzahlen, wenn ich meine vertragsärztliche Tätigkeit beende?

Nein, grundsätzlich müssen keine Pauschalen zurückgezahlt werden. Da Ihnen bei der Anbindung an die Telematik-Infrastruktur und für den laufenden Betrieb Kosten entstanden sind, hatten Sie Anspruch auf die Pauschalen für die Erstausrüstung sowie die Pauschalen für den laufenden Betrieb. Die Zahlung der Betriebskostenpauschalen endet in dem Quartal der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Betriebsstätte.

HILFSMITTELVERORDNUNG

Die Mitarbeiter des Pflegeheims verlangen von mir eine Verordnung für meinen Patienten für bereits verbrauchte Hilfsmittel. Darf ich hierfür nachträglich eine Verordnung ausstellen?

Nein, das ist nicht zulässig. Auf die Verordnung muss das tatsächliche Ausstellungsdatum aufgedruckt werden.

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ich möchte einer Patientin die Arbeitsunfähigkeit aufgrund mehrerer Diagnosen attestieren. Muss ich alle Diagnosen auf dem Muster 1 angeben oder reicht eine Diagnose aus?

Im Feld „AU-begründende Diagnose(n)“ sind alle Diagnosen anzugeben, welche die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründen. Die Diagnosen sind gemäß ICD-10 anzugeben.

ABRECHNUNG

Ich bin Hausarzt und habe im Rahmen einer Praxisvertretung einen chronisch kranken Patienten behandelt. Ist die Abrechnung der Chronikerpauschale in diesem Fall zulässig?

Nein, die Abrechnung der Chronikerpauschale ist nur bei Patienten möglich, bei denen neben dem Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung auch die Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung gegeben ist. Dies ist im Vertretungsfall nicht gegeben und somit ist die Abrechnung der Chronikerpauschale im Vertretungsfall ausgeschlossen.

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

Vertrag zu Hypertonie-Begleiterkrankungen mit der DAK

Zum 1. April 2019 haben die KV Hamburg und die DAK einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie geschlossen.

Bei DAK-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

Die Teilnahmeformulare für Versicherte können auf schriftliche Anforderung auch direkt von der DAK bezogen werden:

E-Mail: service423200@dak.de

Postadresse: DAK-Gesundheit,
Landesvertretung Hamburg, Gotenstraße 12,
20097 Hamburg

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900

Vertrag „Hallo Baby“ mit dem BKK-System

Die AG Vertragskoordinierung der KVen und eine Kooperationsgemeinschaft von sechs BKK-Landesverbänden haben zusammen mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) und dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL) einen Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen geschlossen.

Zu den vereinbarten Leistungen gehören ein Toxoplasmosesuchtest, ein Infektionsscreening in der 13. bis zur 20. Schwangerschaftswoche und ein Streptokokken-B-Test in der 35. bis 37. Schwangerschaftswoche. Bisher haben 60 Betriebskrankenkassen ihre Teilnahme am Vertrag erklärt.

Teilnahmebereite Ärzte können ab dem 1. Mai 2019 ihre Teilnahme zum Vertrag erklären. Ab dem 1. Juli 2019 können Versicherte in den Vertrag eingeschrieben und Vertragsleistungen erbracht werden. ■

Vertragstext und Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte sowie die Liste der teilnehmenden BKKen im Internet: www.kvhh.de → Recht & Verträge → Verträge → S → Schwangerschaft

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



Änderungen des DMP-Vertrags Asthma/COPD

ALT DMP-Vertrag gültig bis zum 31.3.2019		NEU DMP-Vertrag gültig ab dem 1.4.2019	
GOP	Leistung	GOP	Leistung
99430 A	Abklärung der Einschreibevoraussetzungen bei unklarem Befund über das Vorliegen von Asthma bronchiale und/oder Mitbehandlung auf Grund eines gezielten Überweisungsauftrags des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Anlage 5a 1.6.2.) 25 EUR max. 2 x pro Kalenderjahr	99430 A	Nur für ins DMP Asthma eingeschriebene Versicherte Mitbehandlung aufgrund eines gezielten Überweisungsauftrags des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Ziffer 1.6.2 Anlage 5b sowie Maßnahmen zur Diagnosebestätigung [z.B. Provokationstests]) 35 EUR max. 2 x pro Kalenderjahr
99430 C	DMP COPD : Leistungsinhalt vgl. Darstellung zu GOP 99430 A (alt) 25 EUR max. 2 x pro Kalenderjahr	99430 C	Nur für ins DMP COPD eingeschriebene Versicherte Leistungsinhalt vgl. Darstellung zu GOP 99430 A (neu) 35 EUR max. 2 x pro Kalenderjahr
		99438 A	Neue Leistung Gespräch zur Tabakentwöhnung für rauchende Patienten mit Asthma (Anwendung „Motivational-Interviewing-Technik“ unter Nutzung des Fagerström-Tests; Empfehlung von durch die Krankenkassen anerkannten Präventionsprogrammen zur Tabakentwöhnung unter Nutzung von Muster 36) Nachweis über die Teilnahme am Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer oder am Curriculum „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“ gegenüber der KVH erforderlich 8 EUR einmalig je rauchendem DMP-Patient
		99438 C	Neue Leistung Gespräch zur Tabakentwöhnung für rauchende Patienten mit COPD (Leistungsinhalt vgl. Darstellung zu GOP 99438 A) 8 EUR einmalig je rauchendem DMP-Patient
		99439	Neue Leistung Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung (ASEV) 13 Unterrichtseinheiten je 20 EUR
		99440	Neue Leistung Zuschlag für die vollständige Erbringung der ASEV-Schulung 20 EUR
		99441	Neue Leistung Nachschulung ASEV 1 Unterrichtseinheit á 20 EUR

Die Hamburger Krankenkassen/-verbände und die KV Hamburg haben den DMP-Vertrag Asthma/COPD mit Wirkung ab 1. April 2019 überarbeitet. Notwendig wurde diese Vertragsanpassung aufgrund umfassend geänderter Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des G-BA.

Zu den wesentlichen Richtlinien-Änderungen zählt, dass **zukünftig bereits Kinder ab dem 2. Lebensjahr im DMP behandelt werden können**. Die Anforderungen an die Diagnostik, die differenzierte Therapieplanung und die medikamentöse Dauertherapie wurden um altersgruppenspezifische Regelungen ergänzt.

Analog der Regelungen im DMP COPD wurden Regelungen für eine **engmaschige Betreuung und Aufklärung über die negativen Folgen des Tabakkonsums** auf Symptomatik und Verlauf des Asthmas bronchiale aufgenommen. Insbesondere sollen die Patienten Zugang zu strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogrammen erhalten.

Die Vergütungsanpassungen und neu aufgenommenen Leistungen haben wir für Sie zusammengefasst (siehe Tabelle). ■

Die detaillierten Beschreibungen der DMP-Vergütungspositionen finden Sie im DMP-Vertrag Asthma/COPD. Vertragstext und Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte im Internet: www.kvhh.de → Recht & Verträge → Verträge → D → DMP

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900

Reisesimpfungen für BARMER-Versicherte auf Chipkarte



Reisesimpfungen für BARMER-Versicherte werden seit 1. April 2019 als Sachleistung auf Chipkarte vergütet. Ein Jahr später wird die Vergütungsregelung angepasst.

Die Abrechnung erfolgt mit folgenden Symbolnummern (SNR):

Impfung	SNR	Honorar 1.4.2019 bis 31.3.2020	Honorar ab 1.4.2020
Cholera	89800/W	12,00 €	15,00 €
FSME	89801/W	12,00 €	15,00 €
Gelbfieber	89802/W	12,00 €	15,00 €
Hepatitis A	89803/W	12,00 €	15,00 €
Hepatitis B	89804/W	12,00 €	15,00 €
Japanische Enzephalitis	89805/W	12,00 €	15,00 €
Hepatitis A und B (Kombi-Impfstoff)	89806/W	21,00 €	21,00 €
Typhus und Hepatitis A (Kombi-Impfstoff)	89807/W	21,00 €	21,00 €
Meningokokken B	89808/W	12,00 €	15,00 €
Meningokokken C	89809/W	12,00 €	15,00 €
Meningokokken ACWY	89810/W	12,00 €	15,00 €
Tollwut	89811/W	12,00 €	15,00 €
Typhus	89812/W	12,00 €	15,00 €
Beratung zur Malaria-Prophylaxe	89813/W	10,00 €	10,00 €

Bei jeder weiteren Impfung im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontaktes ist die entsprechende SNR mit dem Buchstaben "/W" zu versehen. Diese SNR werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50 Prozent der ungekennzeichneten SNR nach Absatz 1 vergütet.

Der jeweilige Impfstoff ist mit Muster 16 auf den Namen des Patienten/der Patientin zu Lasten der BARMER zu beziehen. Das Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Muster 16 ist anzu-kreuzen. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt ist ausschließlich der jeweilige Impfstoff für die in diesem Vertrag vereinbarten Impfungen zu verordnen.

Der Gelbfieberimpfstoff kann alternativ auch direkt durch die Gelbfieberimpfstelle bezogen werden. In diesen Fällen erfolgt eine Abrechnung der Impfstoffkosten unter Vorlage geeigneter Nachweise auf dem Behandlungsschein des Patienten.

Die Tabletten zur Malaria-Prophylaxe sind mit Muster 16 auf den Namen des Patienten/der Patientin zu Lasten der BARMER zu beziehen. ■

**Die Vereinbarung im Internet: www.kvhh.de
→ Recht und Verträge → Amtliche Bekanntmachungen → Impfvereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V in Verbindung mit § 20i Absatz 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen als Satzungsleistung mit der BARMER**

**Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900**



Keine Einschränkungen bei "fachübergreifendem" Impfen in Hamburg

Seit Kurzem ist auch die Impfung gegen HPV für Jungen eine Pflichtleistung aller gesetzlichen Krankenkassen. Bei der Kommunikation dieser Regelung wurde deutlich, dass unter Ärztinnen und Ärzten darüber Unsicherheit besteht, ob es für bestimmte Fachgruppen in Hamburg Beschränkungen bei der Abrechnung von Impfleistungen gibt. Deshalb möchten wir klarstellen: In Hamburg gelten keine einschränkenden Regularien hinsichtlich eines fachübergreifenden Impfens. Auch Gynäkologen oder Kinderärzte können zum Beispiel Familienangehörige oder Partner ihrer Patienten zulasten der gesetzlichen Krankenkassen und gemäß

Schutzimpfungsrichtlinie impfen. Außerdem werden keine zusätzlichen Qualifikationen hierfür verlangt.

Hintergrund dieser Entscheidung war unter anderem, dass nach Auskunft der Hamburger Ärztekammer – gemäß Weiterbildungsordnung – Ärzten aller Fachrichtungen das notwendige Grundwissen zur Durchführung von Impfungen vermittelt wird. Aus diesem Grund können Impfleistungen ohne Einschränkungen von allen Fachrichtungen bei uns abgerechnet werden. ■

Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572

Postoperative Behandlungen

Pro Eingriff kann eine postoperative Leistung abgerechnet werden

Im Mai 2018 hat das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz über die Abrechenbarkeit von postoperativen Behandlungen nach Abschnitt 31.4 EBM entschieden (Urteil vom 24.5.2018; Aktenzeichen L 5 KA 36).

Demnach ist eine postoperative Leistung nach Kapitel 31.4 EBM innerhalb von 21 Tagen nach dem Eingriff nicht nur einmal, sondern mehrmals zulässig – nämlich immer dann, wenn dem Behandlungskomplex jeweils eine eigene operative Leistung des Abschnitts 31.2 EBM „Ambulante Operationen“ zugrunde liegt.

In seiner Urteilsbegründung stellte das Gericht dar, dass sich die Regelungen im Abschnitt „postoperative Behandlungskomplexe“ des EBM auf die Durchführung „eines“ Eingriffes beziehen. Demnach solle pro Eingriff auch jeweils eine postoperative Leistung abrechenbar sein.

Bisher galt die Regelung, dass pro Behandlungsfall nur eine postoperative Leistung innerhalb von 21 Tagen nach der Operation abgerechnet werden konnte. Erhielt zum Beispiel ein Patient an beiden Augen eine intravitreale operative Medikamenteneingabe (IVOM), so durfte die postoperative Behandlung innerhalb von 21 Tagen nur an einem Auge abgerechnet werden.

Aufgrund der Entscheidung des Gerichts wurden auch in der KV Hamburg die Abrechnungsmodalitäten zum Quartal 1/2019 dahingehend umgestellt, dass zukünftig eine postoperative Behandlung je Eingriff abrechenbar ist. Simultaneingriffe bleiben von dieser Neuregelung ausgenommen. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Abrechnungsorganisation
Jasmin Hartmann
Tel: 22802-381



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Sicherheit von Medizinprodukten

Wo bleibt der Patientenschutz?

**VON OLAF WEINGART UND DAGMAR LÜHMANN IM AUFTRAG DES
NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



Vor dem Hintergrund teilweise lebensbedrohlicher Zwischenfälle mit Medizinprodukten flammte zum Jahreswechsel die Diskussion um Zuverlässigkeit und Sicherheit von Medizinprodukten unter dem Stichwort "Implant Files" sowohl in der Laien- als auch in der Fachpresse erneut auf (1). Über 22.000 auf Medizinprodukte zurückzuführende gesundheitliche Komplikationen, darunter über 8.000 schwerwiegende Verletzungen oder Beeinträchtigungen, werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) für den Zeitraum von 2005 bis 2016 berichtet (2).

Wie allgegenwärtig Medizinprodukte im klinischen Alltag sind, zeigt schon ein Blick ins Behandlungszimmer: da liegen Blutdruckmessgerät, Infusionspumpe, Spritze oder Tupfer bereit. Nicht auf den ersten Blick zu sehen sind Medizinprodukte, die Schmerzen lindern, Funktion ermöglichen oder das Überleben sichern sollen, wie Gelenkendoprothesen, Herzschrittmacher

oder implantierbare Defibrillatoren. Nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) sind alle Produkte, die der Diagnostik oder Therapie dienen und die ihre Hauptwirkung nicht primär pharmakologisch oder immunologisch entfalten, Medizinprodukte. So ist es nicht verwunderlich, dass der Erfolg vieler, auch komplexer Therapien durch Medizinprodukte oft entscheidend beeinflusst wird.

Damit Medizinprodukte auf dem europäischen Markt in den Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen werden können, müssen sie mit einer nach europäischem Recht geregelten CE-Kennzeichnung versehen werden. Voraussetzung hierfür ist die Überprüfung von Sicherheit und Zweckmäßigkeit des Produktes und die Dokumentation eines Risikomanagements (die sogenannte Konformitätsprüfung), aber kein evidenzbasierter Nutznachweis (3). Selbst "Hochrisikoprodukte" können trotz unzureichender klinischer Daten am Patienten angewendet werden. Die Risikoklassifikation basiert auf Einschätzung des Herstellers (I-III, je nach Invasivität, Funktion und Bezug zu Organsystemen) und führt zu unterschiedlichen Verfahren der Konformitätsprüfung sowie Melde- und Überwachungspflichten.

In den Implant-Files wurde auch kritisiert, dass im Gegensatz zur Zulassung von Arzneimitteln und im Gegensatz zu nicht-europäischen Ländern – beispielsweise den USA mit dem Zulassungsverfahren der FDA – in Europa die Zugangskontrolle für Medizinprodukte zum Markt und damit auch zur Anwendung in Klinik und Praxis nicht über staatliche Stellen erfolgt (1). Die Bewertungen werden durch zwar akkreditierte, aber pri-



vatwirtschaftlich arbeitende Prüf- und Zertifizierungsstellen (so genannte "Benannte Stellen") vorgenommen. Weiterhin fehlt es an einer (zentralen) Datenbank, in der sich Arzt und Patient über die Entscheidungsgrundlagen und Ergebnisse der Konformitätsprüfungen informieren können.

DERZEITIGE REGELN ZUM MARKTZUGANG FÜHREN ZU UNZUREICHENDER EVIDENZ

Der oben skizzierte unkomplizierte Marktzugang von Medizinprodukten führt dazu, dass insbesondere bei Neuentwicklungen zum Zeitpunkt des klinischen Routineinsatzes in Deutschland nachprüfbar zuverlässige Studien, die einen Therapieerfolg in einer ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen belegen, zumeist fehlen (4). Nutzenbelege aus randomisierten kontrollierten Studien liegen oft nur für international vermarktete Produkte vor, da außereuropäische Zulassungsregelungen eine umfangreichere klinische Prüfung erfordern. Diese Daten werden allerdings oft erst Jahre nach Markteinführung in Europa bekannt.

Besserung soll die nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Skandals um die Brustimplantate von der EU-Kommission erlassene Medizinprodukte-Verordnung (MDR) – EU 2017/745 vom 5. April 2017 zur Neuregulierung des Marktzugangs bringen. Sie fordert u.a. für alle ab 2020 in Verkehr gebrachten Produkte eine klinische Bewertung im Vorfeld der Markteinführung. Ob, in welchen Fällen und wie der Hersteller alle Phasen der klinischen Prüfungen (von ersten Erprobungen über Pilotstudien bis zu Bestätigungsstudien und einer klinischen Über-

wachung nach dem Inverkehrbringen) umzusetzen hat, wird derzeit noch kontrovers diskutiert.

Diese Entwicklung wird nicht von allen Seiten begrüßt. Vor allem Hersteller und Krankenhäuser befürchten, dass die Anforderung, vor Marktzulassung Daten zum patientenrelevanten Nutzen von Medizinprodukten beizubringen, die Versorgung von Patienten mit innovativer Medizintechnologie – ausgerechnet am Innovationsstandort Deutschland – unverhältnismäßig stark verzögert (5). Es wird sogar argumentiert, dass aufgrund der besonderen Eigenschaften von Medizinprodukten (z. B. kurze Entwicklungszyklen, Lernkurven in der Anwendung) klassische klinische Studien unmöglich seien (6). Viele dieser Argumente konnten widerlegt werden. So zeigte eine Analyse einer internationalen Arbeitsgruppe, dass viele der oft als Barrieren und Hemmnisse angeführten Argumente grundsätzlich überwindbar sind. Die Arbeitsgruppe empfiehlt auch für den Nutzen-/Schadensnachweis bei Medizinprodukten im Grundsatz das Design der randomisierten kontrollierten Studie (7).

AUCH REGELUNGEN DER KOSTENERSTATTUNG BIETEN NUR EINGESCHRÄNKTEN SCHUTZ VOR UNZUREICHEND GEPRÜFTEN MEDIZINPRODUKTEN

In Deutschland sind etwa 85 Prozent der Bevölkerung in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Erst mit Aufnahme eines Medizinprodukts beziehungsweise einer mit einem Medizinprodukt durchgeführte Behandlungs- oder Diagnosemethode in den Leistungskatalog der gesetzli-



chen Krankenversicherung (GKV) kann demnach auch von einem faktisch uneingeschränkten Marktzugang ausgegangen werden. Damit hat die GKV den Auftrag, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Hierzu müssen vertragliche Regelungen unter Berücksichtigung der sozialrechtlichen Vorgaben getroffen werden. Vor diesem Hintergrund erfolgen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auch Beschlussfassungen, die den Einsatz von Medizinprodukten umfassen.

Im vertragsärztlichen Bereich werden neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten nach Standards der evidenzbasierten Medizin bewertet, bevor sie in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden. Im stationären Sektor werden dagegen nur wenige neue Medizinprodukte, die besonders invasiv und hochpreisig sind, im Vorfeld von Erstattungsregelungen geprüft (3). Seit Anfang 2018 werden auch Hilfsmittel, die im Rahmen einer neuen Methode eingesetzt werden und bei denen ein Antrag zur Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes vorliegt, dem G-BA zur weiteren Prüfung vorgelegt. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben ist es dem Hersteller jedoch erlaubt, durch Rücknahme des "Aufnahmeantrags" eine weitergehende Methodenprüfung durch den G-BA zu umgehen. Dies wird allerdings weder transparent kommuniziert noch resultieren hieraus weitere Einschränkungen zu Vertrieb und Vermarktung außerhalb des GKV Systems.

Darüber hinaus bestehen selbst im GKV-System zahlreiche weitere Umgehungsmechanismen, die zu einem unzureichend geprüften Einsatz von Medizinprodukten in der Patientenversorgung führen können. So wird beispielsweise für den unkomplizierten Innovations-

transfer von Digital-Health-Anwendungen – vor dem Hintergrund des "Risikos eines möglichen Ausschlusses" vom Kollektivvertrag der GKV – empfohlen, im Vorfeld bereits Selektivvereinbarungen zu treffen (8).

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Obwohl die Möglichkeiten einer systematischen Evidenzbewertung prinzipiell gegeben sind, bergen Medizinprodukte, mangels regulatorischer Vorgaben, in vielen Bereichen weiterhin ein unkalkulierbares, da weitgehend unbekanntes "Risikopotenzial" für den Patienten.

Die durch Angebots- und durch Marktmechanismen getriggerten Vorgehensweisen beim Innovationstransfer in die Patientenversorgung führen dazu, dass meist keine Ergebnisse aus verlässlichen Studien vorliegen und weitere für die klinische Entscheidung relevante Daten nicht verfügbar sind.

Auch wenn Beschlüsse des G-BA im Wesentlichen auf den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin beruhen, führen die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen dazu, dass eine breite Anwendung von Medizinprodukten mit unzureichendem Nutzen, unkalkulierbarem Schaden und gegebenenfalls hohen Zusatzkosten kaum zu verhindern ist. Die derzeitigen Regelungen der Kostenerstattung sind kein Garant für Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen eines Medizinproduktes, insbesondere nicht, wenn es im stationären Sektor zum Einsatz kommt.

Für einen nutzbringenden Einsatz von Medizinprodukten ist es hingegen erforderlich, dass dem Arzt wie auch dem Patienten die für eine informierte Entscheidung erforderlichen Erkenntnisse im Sinne der "best-verfügbaren Evidenz" vorliegen.

Daher ist im Sinne des Patientenschutzes zu fordern, dass – unabhängig von den im Zuge der Änderung der EU-Medizinprodukte-Verordnung (MDR) zu erwartenden Verbesserungen der Evidenzlage – schon jetzt jegliche bereits grundsätzlich verfügbare Daten und Erkenntnisse aus Entwicklung, Markteinführung, Begleitforschung zum Beispiel über die europäische Datenbank für Medizinprodukte (EUDAMED) zugänglich gemacht werden. ■

Dr. med. Olaf Weingart
 Leiter des medizinischen Fachbereichs
 Methodenbewertung des MDK Nordrhein
Dr. med. Dagmar Lühmann
 Institut für Allgemeinmedizin,
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Kontakt: EBM-Netzwerk
 E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de
 Tel: 030 / 308 336 60

Literatur (Zitate)

1. Bowers S, Cohen D. How lobbying blocked European safety checks for dangerous medical implants. *BMJ*. 2018;363:k4999.
 Verfügbar: <https://www.bmj.com/content/bmj/363/bmj.k4999.full.pdf>.
2. BfArM. Statistische Auswertung der im Zeitraum 01.01.2005 bis 31.12.2016 abschließend bewerteten Risikomeldungen Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); 2018 [updated 04.08.2017].
 Verfügbar: https://www.bfarm.de/DE/Service/Statistiken/MP_statistik/Problemanalyse/eingetr-Auswirk/_node.html.
3. Sauerland S. Medizinprodukte zwischen schneller Innovation und fraglichem Nutzen. *G+G Wissenschaft (GGW)* 2017;17(4):25-30.
 Verfügbar: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/ggw/archiv/ausgabe-4-2017/>.
4. Herrmann-Frank A, Lelgemann M. Neue Medizinprodukte: Unzureichende Datenlage. *Dtsch Arztebl International*. 2013;110(10):432-4.
 Verfügbar: <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=135238>.
5. BVMed. Branchenbericht Medizintechnologie. Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) 2019 [39 Seiten].
 Verfügbar: <https://www.bvmed.de/download/bvmed-branchenbericht-medtech.pdf>.
6. Soskuty G. Datentransparenz bei Medizinprodukten – Ideen der Medizinprodukteindustrie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2011;105(3):189-93.
 Verfügbar: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.03.002>.
7. Neugebauer EAM, Rath A, Antoine S-L, Eikermann M, Seidel D, Koenen C, et al. Specific barriers to the conduct of randomised clinical trials on medical devices. *Trials*. 2017;18(1):427.
 Verfügbar: <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2168-0>.
8. Knöppler K, Ex P. Transfer von Digital Health Anwendungen in den Versorgungsalltag. 2017. Bielefeld: Bertelsmann Stiftung. Teil 5. Vertrags und Vergütungsformen in der GKV - Gegenstand, Verfahren und Implikation [40 Seiten].
 Verfügbar: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/transfer-von-digital-health-anwendungen-in-den-versorgungsalltag/>





Arbeiten Ärzte zu viel oder zu wenig?

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

Wer seinen sechzigsten Geburtstag stilvoll feiern will, kann mit dem Restaurant eine Getränkepauschale vereinbaren. Davon haben beide Seiten etwas. Der Gastgeber ist davor geschützt, dass die Kosten aus dem Ruder laufen. Der Gastronom muss sich nicht um den Umsatz sorgen.

Viele glauben, so funktioniere auch das Budget der Kassenärzte. Aber leider stimmt das nicht. Denn „unser“ Budget ist keine Pauschale, sondern eine Leistungsobergrenze.

Den Unterschied merkt jeder Arzt spätestens dann, wenn er aus irgendeinem Grund weniger

zu viele und überflüssige Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen. Doch es ist auch nicht erwünscht, dass wir die Aufforderung zur Leistungsbegrenzung ernst nehmen und weniger arbeiten. Denn jetzt entzündet sich die Kritik an den Ärzten daran, dass diese angeblich zu wenig Leistungen erbringen. Als ob wir nach Zeit und nicht nach Einzelleistungen und „Komplexen“ bezahlt würden, wird gefordert, wir sollten länger arbeiten. Mit dem Terminservice und Versorgungsgesetz (TSVG) werden die Ärzte verpflichtet, mehr Sprechstundenzeiten anzubieten.

Die besondere Gemeinheit des Budgets besteht darin, dass es zwar die bezahlten Leistungen der Ärzte begrenzt, diese Begrenzung aber kombiniert mit dem Anspruch auf umfassende, quasi unendliche Leistungserbringung. Das TSVG treibt diese Perfidie auf die Spitze. Es ist so, als würde man mit dem Restaurant vereinbaren, dass man mit seinen 100 besten Freunden die teuersten Speisen und Weine nach Herzenslust und unbegrenzt konsumieren kann, die Rechnung aber auf keinen Fall höher als 1000 Euro sein darf – und sich dann beschwert, dass der Wirt beim Mouton Rothschild spart.

Politik und Öffentlichkeit haben vermutlich noch nicht verstanden, dass das Budget für uns Ärzte nicht nur eine ökonomische Bedeutung hat, sondern dass es auch eine Frage der Selbstachtung ist, die Radikalisierung des Budgets durch das TSVG nicht ertragen zu wollen.

Viele Ärzte haben in den letzten Jahren ihren sechzigsten Geburtstag gefeiert oder haben ihn schon im Kalender vorgemerkt. Die meisten von uns sind fit und lieben ihren Beruf. Sie könnten noch lange ihre Praxis führen. Aber viele haben einfach die Nase voll und zwar vor allem aus zwei Gründen: Budget und Bürokratie. Oder wie Andreas Gassen sagte: „Die werden nicht streiken – die werden auch nicht demonstrieren. Die hören einfach früher auf.“ ■

www.dr-soyka.de

Die Begrenzung bezahlter Leistungen wird kombiniert mit dem Anspruch auf quasi unendliche Leistungserbringung.

Patienten behandelt. Dann nämlich reduziert sich sein Salär. Der Gastronom hingegen bekommt seine Pauschale auch dann, wenn die Gäste wenig trinken.

Das Budget wird nicht wie eine Pauschale ausgezahlt, wenn man weniger Leistungen erbringt. Es muss durch einzelne Leistungen „gefüllt“ werden. Es ist somit auch kein Zeitlohn für in der Praxis abgessene Zeit. Wer langsamer arbeitet, verdient auch weniger.

Die Leistungsobergrenze wurde uns Ärzten verordnet, weil man uns unterstellt, ohne Begrenzung

Was denn nun? Sollen wir jetzt mehr oder weniger arbeiten? Wenn das Ministerium und die Gesellschaft möchten, dass Ärzte mehr arbeiten, während überall sonst, vor allem im öffentlichen Dienst, die Arbeitszeiten verkürzt werden, wäre es doch nur logisch, dass die Budgets sofort und komplett gestrichen werden. Die Leistungsobergrenze soll aber nicht abgeschafft werden. Allenfalls soll ein Teil der Mehrarbeit ein klein bisschen aus dem Budget herausgenommen werden und zu schlechten Preisen bezahlt werden.

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Petra Kapaun**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Petra Kapaun**

Geburtsdatum: **20.2.1961**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie**

Weitere Ämter: **Stellvertretende Landesverbandsvorsitzende BVKJ Landesverband Hamburg, Beauftragte für Frühe Hilfen, Beratender Fachausschuss der Hausärzte**

Hobbys: **Segeln, Jazz**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Meine Erwartungen haben sich mehr als erfüllt. Mit Kindern von 0 bis 18 Jahren und ihren Familien zu arbeiten, ist jeden Tag eine Bereicherung.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Nicht nur meckern, sondern Mitmachen und aktiv an Veränderungen mitarbeiten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Mir ist wichtig dazu beizutragen, dass alle Kinder eine Chance bekommen, gesund aufzuwachsen und an unserer Gesellschaft teilhaben zu können. Dazu müssen wir Hilfebedarfe von jungen Familien frühzeitig erkennen und passgenaue Hilfen anbieten können und zwar in der Regelversorgung. Mehr Prävention statt Krisenmanagement – dafür möchte ich alle Hebel in Bewegung setzen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Die größte Herausforderung ist für mich, trotz zunehmendem Zeitdruck immer noch genug Zeit für die Patienten zu haben.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ich würde gern von Gesundheitskassen für die Erhaltung der Gesundheit bezahlt werden – für frühe Hilfen, die früh wirken, bevor etwas schief läuft. Und das in einem gut funktionierenden interprofessionellen Netzwerk – das wäre wirklich ein Traum! ■

VON DR. FRITZ A. PIEPER

Versammlung der Kreise 6 und 7

TSVG: Ein in weiten Teilen nicht umsetzbares Omnibusgesetz

Das war ein gelungener Einstieg in den Dialog mit der Politik – darin waren sich alle anwesenden Kolleginnen und Kollegen bei unserer gemeinsamen Versammlung der Kreise 6 und 7 einig, die am 3. April 2019 im Ärztehaus der KV Hamburg stattgefunden hat.

Wir hatten die CDU-Politikerin Birgit Stöver zu Gast, die in der Bürgerschaftsfraktion ihrer Partei als Fachsprecherin für Gesundheit fungiert und sich bereiterklärt hatte, mit uns über das Termin-Service-Versorgungsgesetz (TSVG) zu diskutieren. Es war uns wichtig gewesen, eine Vertreterin aus genau der Partei dabeizuhaben, der auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn angehört und die damit Verantwortung für das TSVG übernehmen muss.

Die Liste der Kritikpunkte war lang. Sie ergab sich im Wesentlichen aus einem Vortrag von Dr. Jochen Kriens, Pressesprecher der KV Hamburg, der sehr umfassend und fundiert verschiedene Szenarien aus den bislang bekannten Bestandteilen des Gesetzes entwickelte. So sollen Ärztinnen und Ärzte ebenso wie ihre Patientinnen und Patienten „mit Zuckerbrötchen und Peitsche“ dazu getrieben werden, die unbeliebten Terminservicestellen (TSS) endlich intensiver zu nutzen. Denn bislang

sind die wenigsten Patientinnen und Patienten damit einverstanden, einen Termin in einer x-beliebigen Arztpraxis wahrzunehmen, nur weil dort früher ein Termin zu haben ist als in ihrer Wunschpraxis.

Cave! Extrabudgetäre Vergütung beeinflusst das ILB

Wir alle wissen, dass die TSS an unserer Lebenswirklichkeit und der unserer Patientinnen und Patienten vorbeigeht. Jens Spahn will dies nun mit einer extrabudgetären Sondervergütung ändern, die er uns für diejenigen Patientinnen und Patienten verspricht, die uns über die TSS oder eine hausärztliche Überweisung vermittelt werden. Extra-

lässt sich aber vermutlich in Zukunft halten, wenn mindestens dieselbe Zahl extrabudgetärer Fälle pro Praxis versorgt wird. "Auf diese Weise kann es bei richtiger Nutzung der neuen Instrumente auch zu einer dauerhaften signifikanten Erhöhung des Honorars je Praxis kommen", so Kriens.

Jens Spahn will mehr staatliche Kontrolle im Gesundheitswesen

Die Anwesenden waren sich einig, dass Jens Spahn offensichtlich den Einflussbereich der ärztlichen Selbstverwaltung einschränken und die staatliche Kontrolle im Gesundheitswesen erweitern möchte. So drängt er auf mehr Einfluss im

Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), wo er sich gegebenenfalls sogar über das Votum ausgewiesener Experten hinwegsetzen und Leistungen in den GKV-Leistungskatalog aufnehmen will, deren

Nutzen nicht nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin nachgewiesen wurde. Daneben fordert Spahns Ministerium die Mehrheit in der Gematik, um mehr Kontrolle über die bislang schleppende Digitalisierung des Gesundheitswesens zu erlangen. Und das TSVG soll der Landespolitik die Möglichkeit eröffnen, in den Zulassungsausschüssen Einfluss auf die Schaffung weiterer Arztsitze zu nehmen – was eine

Wir alle wissen, dass die TSS an unserer Lebenswirklichkeit und der unserer Patienten vorbeigeht.

budgetär sollen auch jene Patienten bezahlt werden, die in der offenen Sprechstunde oder als „neue Patienten“ zu uns kommen.

Nach derzeitigem Stand würde die Regelung für uns bedeuten, dass unser Individuelles Leistungsbudget (ILB) im Folgejahr um die Zahl der extrabudgetär abgerechneten Patienten gekürzt wird. Der Honorarzuwachs, der aus der Extrabudgetärstellung dieser Fälle resultiert,

Bedarfsplanung aus politischem Kalkül anstelle von echten Versorgungsaspekten begünstigen würde.

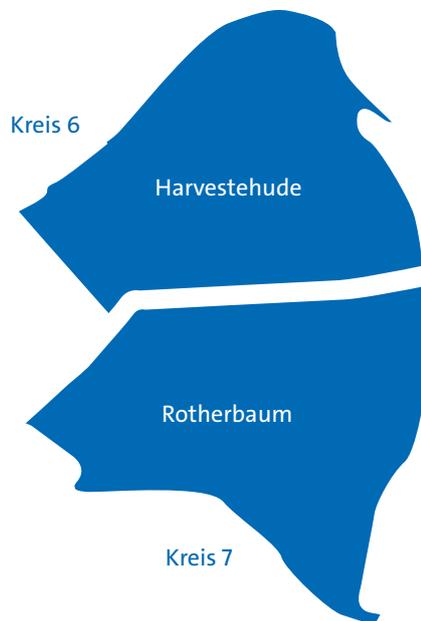
Welcher Big Brother soll Mindestsprechzeiten kontrollieren?

Auch die geplante Ausweitung der Mindestsprechzeiten von 20 auf 25 Stunden empfinden die Kolleginnen und Kollegen aus unseren Kreisen als Zumutung. Wie will man letztlich kontrollieren, wer wie lange Sprechstunde abhält? Eine solche Kontrolle würde doch sehr an den Big Brother aus Orwells „1984“ erinnern, zudem müsste die KV Hamburg mindestens 30 neue Angestellte dafür einsetzen – bezahlt aus unserem gemeinsamen Beitragstopf. Auch in diesem Punkt zeugt das TSVG von großem Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft sowie ihrer Selbstverwaltung und erweist sich zudem als praxisfern sowie in weiten Teilen sogar schlicht nicht umsetzbar.

Zum Glück teilte Birgit Stöver unseren Eindruck, dass das TSVG ganz offensichtlich nicht von Menschen erarbeitet wurde, die mit der Praxis der Betroffenen wirklich vertraut sind – und dass es als Omnibus-Gesetz mit viel zu vielen Detailregelungen überfrachtet wurde. Nicht nur das Akronym des neuen Gesetzes erinnere an einen Sportverein. Auch das eilige Bemühen, möglichst viele Details darin zu regeln, sei „sehr sportlich“. Ihr wäre es lieber gewesen, wenn man manchen im TSVG beschlossenen Aspekten mehr Zeit gegeben hätte.

TSVG ist der Preis für den Verzicht auf die Bürgerversicherung

Tatsächlich gibt es in Deutschland einen Sportverein mit dem Namen



TSVG, und zwar den Turn- und Sportverein Germania in Helmstedt, einer an der früheren innerdeutschen Grenze gelegenen Kleinstadt. Sollte das TSVG etwa dazu führen, dass auch unser Gesundheitssystem wieder in Richtung einer Staatsmedizin à la DDR rückt? Ganz abwegig ist dieser Gedanke wohl nicht, wenn man an den SPD-Gesundheitspolitiker Prof. Karl Lauterbach denkt, der verbissen in jeder neuen Legislatur um die Einführung einer Bürgerversicherung kämpft. Birgit Stöver gab zu bedenken, dass viele Bestandteile des TSVG ihren Ursprung im Koalitionsvertrag zwischen CDU und SPD haben, die bekanntlich eigentlich gar nicht mehr gemeinsame Sache machen wollten.

Im Zuge der Koalitionsverhandlungen habe die CDU die Einführung einer Bürgerversicherung zwar abwenden können – doch nur um den Preis, dass nun trotzdem an immer mehr Stellschrauben gedreht wird, die Ärztinnen und Ärzten die

Lust am Arbeiten in der freiberuflichen Niederlassung verderben, damit sie sich frustriert lieber als Angestellte staatlich kontrollierten Einrichtungen zuwenden.

Offenes Ohr für Unmut und kritische Anmerkungen

Angesichts dieser vielen berechtigten Kritikpunkte der Ärzteschaft am TSVG wäre es nicht verwunderlich gewesen, wenn eine CDU-Vertreterin ein paar Schimpftiraden über sich hätte ergehen lassen müssen. Dass ein pauschales Politiker-Bashing bei unserer Kreisversammlung ausblieb und die Gesprächsatmosphäre angenehm konstruktiv war, lag auch daran, dass Birgit Stöver anzumerken war, dass ihr als Lebensmittelchemikerin die Gesundheitsbranche nicht ganz fremd ist. Sie hatte ein sehr offenes Ohr für unseren Unmut und nahm die Kritik der Ärztinnen und Ärzte an dem neuen Gesetz mit großem Verständnis auf. Obgleich sie als Landespolitikerin natürlich keinen unmittelbaren Einfluss auf ihren Parteikollegen und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ausüben kann, versprach sie, die Kritik der Anwesenden an ihre Parteikolleginnen und -kollegen auf Bundesebene weiterzugeben. Wir freuen uns über ihr Angebot, auch in Zukunft mit unseren Anmerkungen und Kritikpunkten auf sie zuzugehen und in konstruktivem Dialog zu bleiben. ■

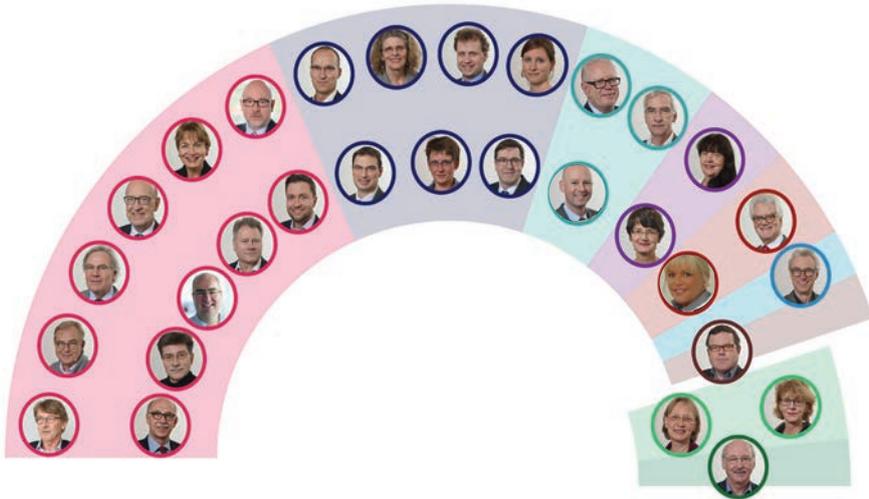
Dr. Fritz A. Pieper



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

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 23.5.2019 (ab 19.30 Uhr)
 Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2019!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da. Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Januar und Juni 2019 stattfinden und gibt eine Vorschau auf das zweite Halbjahr 2019. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg: www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP Datenschutz

Im Seminar werden Sie mit allen relevanten organisatorischen und technischen Aspekten vertraut gemacht. Schwerpunkte sind die gesetzlichen Grundlagen, der Umgang mit Patientendaten sowie Diskretion in der Praxis. Außerdem werden Erfordernis und Aufgaben eines Datenschutzbeauftragten besprochen.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 8.5.2019 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

Tatort Praxis

Mit aggressiven Patienten sind Ärzte und Praxismitarbeiter immer wieder konfrontiert. Das Seminar bietet Grundlagenwissen zum Thema, Tipps zur Gewaltvermeidung und ein Konzept zum richtigen Umgang mit schwierigen Patienten. Für Ärzte und Praxismitarbeiter aller Fachrichtungen.

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 22.5.2019 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 85 inkl. Imbiss + Getränke

Refresher: Qualitäts- und Praxismanager/-in

Aufbauseminar zur Vertiefung der Kenntnisse aus dem "Intensivkurs Qualitäts- und Praxismanager/in"

Mi. 19.6. bis Fr. 21.6.2019

Gebühr: € 395 inkl. Seminarunterlagen und Verpflegung

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

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

Ansprechpartnerinnen:

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

E-Mail: qualitaetsmanagement@kvh.de

**ARBEITS- UND
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE
Fr. 10.5.2019 (15 - 20 Uhr)
Fr. 21.6.2019 (15 - 20 Uhr)
Fr. 16.8.2019 (15 - 20 Uhr)
Fr. 20.9.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

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

Mi. 19.6.2019 (15 - 20 Uhr)
Mi. 18.9.2019 (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

**DMP PATIENTEN-
SCHULUNGEN**

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

**Zi-DMP Diabetesschulung für
insulinpflichtige Patienten
(Kursnr. 19Ao338)**

5 FORTBILDUNGSPUNKTE
Sa. 22.6.2019
9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)
12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Mi. 26.6.2019
9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Gebühr: € 215

**Zi-DMP Diabetesschulung für
nicht-insulinpflichtige Patienten
(Kursnr. 19Ao339)**

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

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

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

Gern senden wir Ihnen auch ein Anmeldeformular per Fax, E-Mail oder Post zu (bsp. bei Übernahme der Kursgebühr durch die Praxis).

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

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Angst- und Zwangsstörungen
Ursachen - Differentialdiagnosen - Therapieoptionen

Referentin: Dr. Rita Trettin
6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 19.6.2019 (18 Uhr)

**"Den Boden unter
den Füßen verlieren"**
Peripher vestibulärer Schwindel - zentraler Schwindel - psychogener Schwindel

Referentin: Dr. Rita Trettin
6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 28.8.2019 (18 Uhr)

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

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

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!

