

KVH *journal*

SAGEN SIE MAL, ...

*... arbeiten Sie eigentlich gerne
in der vertragsärztlichen Versorgung?*



SELBSTVERWALTUNG

Hofmeister zum KBV-Vize gewählt

ARZNEIMITTEL

FAQ zur Wirkstoffvereinbarung

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. Politik und 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 4/2017 (April 2017)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Kein Sprichwort war in den vergangenen Wochen in Hamburg so häufig zu hören wie das vom „lachenden und weinenden Auge“. Niemand, der nicht bedauerte, dass Dr. Stephan Hofmeister seinen Vize-Vorstands-Posten in Hamburg eintauschte gegen die gleiche Aufgabe bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (siehe Seite 30). Niemand aber auch, der nicht sofort nachschob, dass dies für das System insgesamt ein Gewinn sei.

In der Tat. Der gelernte Soldat und approbierte Allgemeinarzt kann nicht nur auf ein profundes medizinisches Wissen und einen reichen Erfahrungsschatz als niedergelassener Arzt aufbauen, er verfügt nicht nur über ein sicheres politisches Gespür und trifft kühl und klug strategische Entscheidungen. Er hatte vor allem auch Spaß am Führen einer KV mit immerhin rund 400 Mitarbeitern und der Verantwortung für einen Honorarumsatz von mehr als einer Milliarde Euro im Jahr.

Eine Addition dieser Qualifikationen ist sehr selten. Und genau deshalb ist es richtig, dass diese Kenntnisse und Fertigkeiten nun allen deutschen Ärzten und Psychotherapeuten zugute kommen. Nach den unerträglichen Jahren des Streits, der Küchenkabinetts-Intrigen und einer Politik aus dem Bauch heraus, bei der die wichtigen Themen liegen geblieben sind, ist es beruhigend zu wissen, dass mit Dr. Hofmeister nun jemand Teil des KBV-Vorstands geworden ist, der den Mut und die Fähigkeiten mitbringt, Vernunft und Struktur in der KBV zum Durchbruch zu verhelfen.

Zur weiteren Beruhigung trägt bei, dass Hofmeister ausdrücklich als Teil eines Teams angetreten ist, mit dem bereits KBV-erfahrenen Dr. Andreas Gassen als Vorstandsvorsitzendem und Dr. Thomas Kriedel, der die gesetzlich vorgeschriebene dritte Vorstandsposition des „Nicht-Arzt“ übernommen hat.

Unter dem Strich können also auch wir Hamburger eher auf das lachende Auge verweisen und uns darüber freuen, dass – wie schon in den Zeiten von Dr. Klaus Voelker und später Dr. Michael Späth – wieder ein respektabler Hamburger Arzt im KBV-Vorstand wirkt. Schlussendlich profitieren auch wir in Hamburg von einer vernünftigen KBV-Arbeit.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_** Nachgefragt: Wie die Niederlassung für junge Ärzte attraktiv bleibt
- 08_** Umfrage unter KV-Mitgliedern: Arbeitswelt in der vertragsärztlichen Versorgung
- 11_** Versorgungsforschungstag 2017 in Hamburg
- 13_** Lohnt sich die eigene Praxis? Interview mit Daniel Zehnich von der Apo-Bank

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten
- 18_** Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf
Appell: Bitte fachspezifische Verordnungen selbst ausstellen!
- 19_** KBV-Broschüre zur Soziotherapie
Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP rezertifizierte Praxen
- 20_** Behandlung von BVG-Patienten
- 21_** Neues Testverfahren zur Früherkennung von Darmkrebs
- 22_** Hygieneplan: Mustervorlage für Arztpraxen

ABRECHNUNG

- 21_** Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2017

ARZNEIMITTEL

- 24_** Fragen und Antworten zur Wirkstoffvereinbarung
- 27_** Informationsveranstaltungen zur Wirkstoffvereinbarung
- 27_** Klarstellung: Dokumentation von nicht verordnungsfähigen Arzneimitteln erfolgt in der Patientenakte



SELBSTVERWALTUNG

- 30_** Dr. Stephan Hofmeister: Wahl zum neuen stellvertretenden KBV-Vorsitzenden
- 31_** Dr. Björn Parey: Der stellvertretende Vorsitzende der KV-Hamburg-Vertreterversammlung stellt sich vor
- 33_** Steckbrief Dr. Heinz-Hubert Breuer: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung
- 34_** Aus den Kreisen: Versammlung des Kreises 22

VERANSTALTUNGEN

- 36_** Fortbildung über Patientenrechte: Haben Patienten uneingeschränkten Zugang zu ihrer Patientenakte?
- 37_** Info-Veranstaltung zur neuen Psychotherapierichtlinie: Welchen Ansprüchen müssen die Praxen gerecht werden?
KV-SafeNet-Anwenderworkshops

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 15_** Hontschiks „Diagnose“

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 23_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 28_** Therapieeffekte: Vergleich von Routinedatenanalysen mit den Ergebnissen von RTCs

TERMINKALENDER

- 38_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 7: Felix Faller/Alinea, KV Schleswig-Holstein; Seite 11: Alinea Design; Seite 13: Apo-Bank; Seite 15: Barbara Klemm; Seite 17: Felix Faller/Alinea; Seite 21: Nerthuz/Fotolia; Seite 22: Blattwerkstatt/Fotolia; Seite 27: Melanie Vollmert; Seite 30: Axentis de Lopata/KBV; Seite 31, 33: Michael Zapf; Seite 35: Grafik von Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 37; Michael Zapf (2); Vlad Kochelaevskiy/Fotolia; Seite 38: Grafik von Sandra Kaiser, Fotos von Michael Zapf, Grafik von Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

Wie bleibt die Niederlassung für junge Ärzte attraktiv?



Marco Meyer

Medizinstudierender im praktischen Jahr und Mitglied der Studierendenvertretung Medizin am UKE

Mehr Vorbereitung auf die Praxistätigkeit

Ich möchte mich später in eigener Praxis niederlassen. Hauptgrund dafür ist, dass ich dann die Arbeitsabläufe nach meinen eigenen Vorstellungen gestalten kann. Das betrifft meine Arbeitszeiten, den Umgang der Angestellten mit den Patienten und den gesamten Praxisbetrieb. Ein weiterer wichtiger Grund ist, dass ich meine Patienten gerne langfristig über Jahre hinweg betreuen würde. Das ist in der ambulanten Versorgung eher möglich als im Krankenhaus. **Als problematisch empfinde ich, dass wir im Studium nicht auf die Niederlassung vorbereitet werden. Man lernt nicht, wie eine Praxis funktioniert oder wie man Personal führt.** Und das, obwohl zumindest die Anfangszeit als Praxisgründer dem Vernehmen nach ziemlich überfordernd sein kann – beispielsweise was das Unternehmerische und die Abrechnung angeht. Die Vertragsärzteschaft ist gut darin, öffentlich ihre Vergütung zu bemängeln. Auch das trübt die Attraktivität einer Niederlassung für die nachrückende Ärztesgeneration und lässt Bedenken aufkommen. ■



Dr. Axel Jenisch
hausärztlicher Internist
in Langenhorn

Stabilere Honorarbedingungen

Nur selbständige und selbstverantwortliche Ärzte können persönlich und in ihren Gremien die berechtigten Interessen ihrer ihnen vertrauenden Patienten gegen vielfältige politisch-ideologische und wirtschaftliche Begehrlichkeiten multipler Institutionen erkämpfen und verteidigen. **Die das ambulante Gesundheitssystem tragenden Ärzte und insbesondere die Hausärzte müssen aber stabile und langfristige Honorarbedingungen erhalten, die ihren wirtschaftlichen Risiken und ihren Investitionserfordernissen gerecht werden und die dem Nachwuchs wieder Niederlassungsperspektiven eröffnen.** Übergriffe profitorientierter Krankenhauskonzerne in den ambulanten Versorgungsbereich müssen verhindert und Vergütungsstrukturen, die zu operativen und invasiven Überversorgungen führen, müssen korrigiert werden ■



Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende
der KV Schleswig-Holstein

Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Junge Ärzte bevorzugen kooperative Formen der ärztlichen Praxistätigkeit, um Beruf und Familie besser vereinbaren zu können. Auf diese Bedürfnisse gehen wir ein, indem wir den Weg für neue ambulante Versorgungsmodelle ebnen. Wichtig für den Fortbestand freiberuflicher Strukturen ist die Einbeziehung unternehmerisch denkender Ärzte. Wir fördern finanzielle Investitionen und unterstützen die Entstehung von Hausarztzentren oder MVZ in ärztlicher Trägerschaft. Durch den Betrieb von Zweigpraxen mit angestellten Ärzten können alte Standorte erhalten werden. Für junge Ärzte eröffnen sich Möglichkeiten, durch Anstellung oder Teilzeit einen „sanften Einstieg“ in die selbstständige Tätigkeit zu bekommen. Wenn keine freiberuflichen Lösungen möglich sind, unterstützen wir Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft wie das Gemeinde-MVZ auf Pellworm und das Ärztezentrum in Büsum. Auch auf diese Weise können Ärzte an die vertragsärztliche Tätigkeit herangeführt werden. **Wir müssen eine große Bandbreite von Modellen anbieten, damit die vertragsärztliche Versorgung für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv bleibt.** ■

VON THOMAS CZIHAL UND DR. DOMINIK VON STILLFRIED

Aus Sicht der Akteure

Eine Umfrage unter KV-Mitgliedern in Hamburg zeigt: Ärzte und Psychotherapeuten üben ihren Beruf trotz eines schwieriger werdenden Umfelds gern aus. Die Selbstverwaltung betrachten sie als unverzichtbar – wünschen sich aber mehr Transparenz nach innen und außen.



Der Beruf Arzt erlebt einen immensen Wandel. Von Digitalisierung und Datensicherheit bis zum Wettbewerb mit Dr. Google, Kostendruck und der Frage, wieviel Lebenszeit die Arbeit einnehmen darf – in kaum einer anderen Tätigkeit spiegeln sich gesellschaftliche, wirtschaftliche und technische Umwälzungen so direkt wider wie im medizinischen Bereich.

Während darüber landauf, landab viel diskutiert wird, auch in Gremien der Selbstverwaltung, bleibt doch eine Perspektive häufig außen vor: Die der eigentlich Betroffenen – der Ärzte und Psychotherapeuten selbst.

Die KV Hamburg hat dies geändert. Im Vorfeld des zweiten "Ham-

burger Versorgungsforschungstages" beauftragte sie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) mit einer so genannten Fokusgruppenbefragung. Fast 70 Ärzte und Psychotherapeuten saßen insgesamt mehr als 24 Stunden zusammen und diskutierten über unterschiedliche Facetten ihres Berufs, angeleitet durch einen Moderator des Zi. Die Teilnehmer repräsentierten verschiedene Fachdisziplinen und Altersgruppen, angefangen von Medizinstudierenden bis hin zu Ärzten, die den Ruhestand bereits konkret in den Blick gefasst haben.

Welche Rolle spielt die ambulante Medizin in der Ausbildung? Wie attraktiv ist die eigene Praxis? Wie sieht der Arbeitsalltag aus, und was bleibt

am Ende des Tages finanziell übrig? Welchen Stellenwert nimmt die ärztliche Selbstverwaltung ein? Auf solche und ähnliche Fragen gingen die Teilnehmer ein, teils einig, teils kontrovers, sachlich und emotional, kurz gefasst oder ausholend. Dabei kreisten sie fortlaufend um die Frage, auf deren Fundament letztlich alle Entscheidungen fußen: Was macht mich als Arzt eigentlich aus? Wer bin ich, und wie gehe ich mit der mir übertragenen Verantwortung um?

Identität und Verantwortung

„Ich habe mich immer als Arzt identifiziert und nicht als Krankenhaus oder Firma XY.“ Dieses Zitat eines Befragten sagt viel darüber aus, wem sich Ärzte verpflichtet fühlen: in erster Li-

nie den Patienten. Sie sind die Messlatte, wenn es um das Berufsethos geht – denn das Interesse an Menschen, der Wunsch, zu helfen, das war und ist es vor allem, was junge Menschen in diesen Beruf treibt. Arzt sein war und ist im Kern auch – Berufung. Demzufolge möchten die Mediziner Menschen, die sich vertrauensvoll an sie wenden, langfristig begleiten und unterstützen. Sie verstehen sich als „Fürsorger“ der Patienten.

Daneben reizen Aspiranten und bereits tätige Ärzte die komplexen Wirkungszusammenhänge von Diagnostik und Therapie sowie die Herausforderung, den Ursachen und Folgen einer Erkrankung jedes Mal aufs Neue detektivisch auf den Grund zu gehen. Ärzte sehen ihre Tätigkeit zudem als eine an, die Geschick und Handwerk in sehr verschiedenen, aufeinander abzustimmenden Fertigkeiten braucht – von der Kommunikation über Management und fachliches Wissen bis hin zur Zusammenarbeit mit Patienten, Praxisteam und Kollegen. Aus diesen Antworten spricht durchaus gesundes Selbstbewusstsein.

Dass die Außenwirkung eine Rolle spielt, räumen viele Teilnehmer auf Nachfrage ein: Auch die herausgehobene gesellschaftliche Stellung eines Arztes sei ein positiver Bestandteil des Berufs, erklären sie direkt auf den Aspekt angesprochen.

"Es gibt wenig Berufe, in denen man mehr Kontakt mit Menschen hat."

Verantwortung bedeutet auch Pflicht und Bürde. Ist der Beruf auch Berufung, fällt die Abgrenzung zum Privatleben oft schwer – man kann nicht einfach abschalten, wenn sich der Schlüssel in der Praxistür gedreht hat. Viele Teilnehmer betonen denn auch die Notwendigkeit, geeignete Strategien zum Bewältigen der Alltagseindrücke und zum Abschalten zu finden beziehungsweise es ein Stück weit zuzulassen, dass Beruf und Familienleben ineinander greifen: Einige Befragte berichten etwa, dass ihnen beim Spielen mit den Kindern Therapieformen für Patienten eingefallen sind.

"Und zur Verantwortung gehört eben nicht nur, dass man alles Erdenkliche tut, was dem Patienten nutzt, sondern auch, dass man definitiv Sachen ausbremst, die ihm nicht nutzen oder vielleicht sogar schaden würden."

Die Verantwortung gegenüber dem Patienten wird nicht Routine. Sie bleibt individuell, immer wieder neu und anders gelagert. Diese Verantwortung wiegt umso schwerer, als Ärzte in das komplexe Gesundheitssystem eingebunden sind und

Entscheidungen mittragen müssen, die über das einzelne, konkrete Arzt-Patienten-Verhältnis hinausgehen. Das Abwägen erstreckt sich nach Sicht der Teilnehmer auf den gesellschaftlichen Bereich: Welche Kosten bei welchem Nutzen mütet sich dem Einzelnen, aber auch der Allgemeinheit zu?

Die Befragten schildern ein Spannungsfeld zwischen medizinisch sinnvollen, notwendigen Leistungen und Komfortmaßnahmen – ein Austarieren, das belasten kann. Prof. Dr. Marcus Siebolds von der Katholischen Hochschule NRW beschreibt dieses Abwägen zwischen minimaler und maximaler Leistung als „grenzrisikennahe Versorgung“. Vor solchen Entscheidungen stehen Ärzte immer wieder, und sie erachten eine größtmögliche Freiheit dabei als ein hohes, absolut zu schützendes Gut.

Krankenkassen, Verbraucher-schutzorganisationen und staatliche Stellen sollten Patienten allerdings eindringlicher darauf hinweisen, dass ihr Leistungsanspruch Grenzen hat. Ärzte würden sich dadurch teilweise entlastet fühlen, so die einhellige Ansicht – und das Verhältnis zum Patienten könne gestärkt werden.

Arbeitsalltag

Die Ärzte und Psychotherapeuten haben einen spannenden, abwechslungsreichen Arbeitsalltag und bekommen überwiegend positives Feedback von ihren Patienten. Als größtes Manko wird der Zeitmangel beschrieben: Zeit fehlt im Gespräch mit Patienten, im Austausch mit Kollegen, im Praxisteam. Dabei finden Ärzte und Psychotherapeuten →

→ ihre Arbeit genau dann besonders erfüllend, wenn sie die Versorgung ihrer Patienten in den Mittelpunkt stellen können. Politische Vorgaben, damit häufig verbundener bürokratischer Aufwand sowie technologischer und medizinischer Fortschritt verschieben nach Ansicht der Befragten deutlich Schwerpunkte und engen die beruflichen Möglichkeiten ein. Wobei letzterer Aspekt durchaus zweischneidig bewertet wird: Moderne Geräte und Informationstechnologien können nach einer Umstellungsphase den Arbeitsalltag erleichtern – entscheidend ist, dass der Fokus weiterhin auf dem Patienten als Mensch liegt.

„Hausarztpraxis ist immer spannend, weil wir an vorderster Front stehen – wir kriegen alles an Patienten und sind entsprechend gefordert.“

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehen junge und etablierte Niedergelassene mehrheitlich als großes Plus ihrer Tätigkeit an, und zwar unabhängig davon, ob sie angestellt sind oder selbstständig. Angestellte verweisen auf verbindliche, regelmäßige Arbeitszeiten, Selbstständige auf die Möglichkeit der freien Zeiteinteilung. Die Möglichkeit, zwischen beiden Formen wählen zu können, lässt eine ambu-

lante Tätigkeit zusätzlich attraktiv erscheinen.

Auf der einen Seite gibt es die Ärzte, die großen Wert auf individuelle Freiheit und Gestaltungsmöglichkeiten legen. Das umfasst neben unternehmerischen Spielräumen wie etwa die Personal- oder Raumauswahl auch die Möglichkeit, über Material, Geräte, Außendarstellung und Arbeitszeit selbst entscheiden zu können. Diese Chancen sehen die Teilnehmer auch als einen der Vorteile gegenüber einer Tätigkeit im Krankenhaus: Autonomie ist ein wesentlicher Grund für die Niederlassung.

Auf der anderen Seite stehen die Ärzte und Psychotherapeuten, die lieber abgesichert leben und sich auf medizinische Inhalte ihres Berufs konzentrieren möchten. Organisation und Bürokratie sollen möglichst wenig Zeit in Anspruch nehmen; die Ärzte möchten Beruf und Freizeit klarer trennen und den Feierabend planen können, sorgenfrei krank werden dürfen. Sie scheuen das unternehmerische Risiko einer eigenen Praxis. Zugleich erwarten angestellte Ärzte von ihrem Chef oder ihrer Chefin größtmögliche Freiheit bei medizinischen und therapeutischen Entscheidungen.

„Wir wollen eben nicht mehr bis 20 Uhr arbeiten oder noch Bürokratie nach der Praxis bewältigen müssen.“

Beide Gruppen – die Anhänger der Selbstständigkeit und der Anstellung – finden sich in allen Alters- und Geschlechtergruppen. Entsprechend erwarten die Befragten von ihren Standesvertretern, im Hinblick auf die Organisationsformen nicht Position zu beziehen. Es gibt ein klares Votum für strukturelle Vielfalt – doch die Versorgungseinheiten sollten unter ärztlicher Führung stehen.

Wirtschaftliche Situation

Spannungen empfinden die Befragten zwischen den einzelnen Fachgruppen und zwischen Leistungsbereichen – nämlich wenn es um die wirtschaftliche Situation von Arztpraxen geht.

Die als ungleich empfundene Vergütung von sprechenden und technikbasierten Leistungen sowie von konservativer und operativer Tätigkeit empfinden viele als ungerecht. Insbesondere Psychotherapeuten und vornehmlich konservativ tätige Ärzte gaben an, dass aus ihrer Sicht ihr zeitlicher Aufwand nicht ausreichend vergütet wird – auch wenn sie die wegen gesetzlicher Vorgaben beschränkten Möglichkeiten der KV dabei anerkennen.

Außerdem bemängelt die Mehrheit der Interviewpartner die unzureichende Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Honorarverteilung. Viele kannten indes den Honorarbericht noch nicht, den die KV Hamburg seit verganginem Jahr regelmäßig veröffentlicht.

Insgesamt betrachtet die Mehrheit ihre wirtschaftliche Situation als befriedigend (Note 3) und in etwa gleichwertig mit der eines Krankenhausarztes, solange die Behandlung von Privatpatienten einbezogen ist. Einige berichten von finanziellen →

Hamburger Versorgungsforschungstag



Welche Perspektiven hat die vertragsärztliche Versorgung? Dr. Dominik Graf von Stillfried erläutert den etwa 140 Tagungsteilnehmern die Ergebnisse einer in Hamburg durchgeführten Fokusgruppenstudie.

Wenn es um die Vereinbarkeit von ambulanter Sicherstellung und den Erwartungen der nachrückenden Ärztegeneration geht, sind vor allem Flexibilität und Gestaltungsspielraum gefragt. Das ist die Quintessenz des 2. Hamburger Versorgungsforschungstages, der am 8. Februar 2017 in Kooperation von den KVen Hamburg und Schleswig-Holstein in Hamburg durchgeführt wurde.

Die Veranstaltung näherte sich ihrem Gegenstand sowohl von wissenschaftlicher als auch von praktischer Seite und brachte die beteiligten Interessengruppen – Studenten, (junge) Vertragsärzte, Krankenhausärzte und Vertreter der Selbstverwaltung und der Politik – an einen Tisch.

Stellvertretend für die vielen Vorträge und Diskussionsbeiträge präsentieren wir in diesem Heft einige ausgewählte Texte. Ab

Seite 6 finden Sie Statements von Teilnehmern zur Frage, wie die Attraktivität der Niederlassung für die nachrückende Generation erhalten werden kann.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat in einer von der Apo-Bank unterstützten Fokusgruppenstudie ermittelt, wie Ärzte und Psychotherapeuten derzeit ihren Beruf wahrnehmen und welche Anforderungen sie an das System stellen. Die Ergebnisse fasst der nebenstehende Artikel zusammen. (Die vollständige Studie wird in Kürze im Internet veröffentlicht: www.versorgungsforschungstag-hamburg.de)

Daniel Zehnich, Direktor Gesundheitsmärkte & Gesundheitspolitik der Apo-Bank, gibt Auskunft darüber, inwieweit die Niederlassung aus wirtschaftlicher Sicht für junge Ärzte ein Modell der Zukunft sein kann (Seite 13). Dabei zeigt sich, dass Kreditgeber die selbständigen Ärzte noch immer für attraktive Kunden mit einem

geringen Ausfallrisiko halten.

In seinem Schlusswort stellte Dr. Dirk Heinrich, der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg, klar, dass niemand die medizinische Versorgung besser sicherstellen könne als die verfasste Ärzte- und Psychotherapeutenchaft. Voraussetzung sei eine adäquate Vergütung und die Erkenntnis der Politik, dass dirigistische Eingriffe kontraproduktiv seien. Aufgabe der Selbstverwaltung sei es hingegen, künftig noch stärker eigene Lösungen für die versorgungstechnischen Herausforderungen der Zukunft zu erarbeiten.

Weitere Informationen zum Versorgungsforschungstag sowie die Präsentationen der Referenten finden Sie unter: www.versorgungsforschungstag-hamburg.de

→ Vorteilen, andere Teilnehmer von einer Schlechterstellung, da sie mehr arbeiteten und ein hohes unternehmerisches Risiko trügen.

Angehende Ärzte antworten häufig, dass sie die Situation kaum einschätzen könnten und zu wenig auch über Vergleiche zu Kollegengehältern wüssten – hier zeichnen sich Informationsdefizite ab.

Selbstverwaltung

Insgesamt zeigen sich Ärzte und Psychotherapeuten mit ihrer Selbstverwaltung zufrieden: Sie wird als unverzichtbar, aber weiterentwicklungsbedürftig eingeschätzt. Viele Befragte werten die Vorkommnisse der vergangenen Jahre bei der KBV als erheblichen Schaden für den Berufsstand und das öffentliche Bild des Arztes.

Kernaufgabe der Selbstverwaltung sei es, die freie Ausübung des Arztberufs zu ermöglichen. Nach außen hin sollte das KV-System ein Schutzschild sein. Die Ärzte und Psychotherapeuten wünschen sich eine starke Haltung vor allem gegenüber Krankenhaus-Konzernen, die sich zunehmend in der ambulanten Versorgung engagierten und dabei Druck auf individuelle Abwägungsprozesse ausübten.

Auch einer Einflussnahme von Krankenkassen und Politik sollte die KV Grenzen setzen, so der Wunsch der Befragten. Diese Rolle könnten die KVen nach mehrheitlicher Einschätzung durchaus sichtbarer und bisweilen etwas offensiver ausfüllen.

Auch sollte sich die KV stärker dafür einsetzen, dass ambulante Belange in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten stärker berücksichtigt würden, entsprechende Informati-

Aus- und Weiterbildung

Auch der Themenkomplex Aus- und Weiterbildung spielte bei der Befragung eine große Rolle. Insgesamt waren sich die Befragten quer durch die Generationen einig: In diese Richtung müsse mehr passieren. Auf Wunsch der KV Hamburg erstellt das Zi dazu einen gesonderten ausführlichen Bericht. Er könnte im Mai 2017 beim Ärztetag in Freiburg als Grundlage für eine entsprechende Diskussion dienen.

onen für Aspiranten gebündelt und vermittelt würden.

Bei der wahrgenommenen Auseinandersetzung offenbart sich ein Generationenkonflikt: Die Jüngeren sind eher der Meinung, die Situation von Niedergelassenen werde schlechter dargestellt, als sie ist, und dies schade letztlich dem Ansehen von Selbstverwaltung und Ärzten selbst. Ältere Befragte wünschen sich genau das Gegenteil, nämlich empfundene Defizite wie etwa die Quotierung von Vergütungen offensiver und medienwirksamer zu thematisieren.

„Was man an der KV wirklich hat, weiß man wahrscheinlich erst, wenn es sie nicht mehr geben würde.“

Nach innen wünschen sich viele Befragte mehr Engagement, mehr Transparenz und mehr Information – zumindest diejenigen, die nicht selbst in den Selbstverwaltungsgremien sitzen. Denn deutlich geworden ist im Lauf der Interviews, dass Viele

von den zahlreichen Informationen, Plattformen und Vorstößen der KVen zu wenig wissen. Konkret wünschen sich die Teilnehmer fach- und sektorübergreifende Austauschformen zum Beispiel zu Serviceangeboten für Vertretungsregelungen sowie neutrale Informationen und Netzwerkmöglichkeiten zum Thema Angestellten-dasein und Selbstständigkeit.

Für die KV Hamburg allerdings gelten diese Wünsche nur eingeschränkt: Besonders den älteren Ärzten und Psychotherapeuten ist nämlich aufgefallen, wie umfassend sich die Verwaltung in den vergangenen Jahren zum Dienstleister gewandelt habe, bei dem sich die meisten Anliegen mit einem Telefonanruf erledigen ließen. Nur kommunizieren könnte die KV ihr Serviceangebot eben noch besser – und mittelfristig damit nicht nur den Arbeitsalltag für Ärzte erleichtern, sondern Mitglieder auch dafür begeistern, in einem Gremium aktiv zu werden und so die Zukunft der Selbstverwaltung mit zu sichern. ■

THOMAS CZIHAL,

Gesundheitsökonom am Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

DR. DOMINIK VON STILLFRIED,

Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

»Wer sich niederlässt, bereut das nur selten«

Lohnt sich die eigene Praxis? **DANIEL ZEHNICH** von der Apo-Bank über Insolvenzrisiken, Vorzüge der Niederlassung und veraltete Vorstellungen vom Berufsbild des Praxisarztes.

Hält das finanzielle Risiko junge Ärzte davon ab, sich selbständig zu machen?

ZEHNICH: Ja, das scheint so zu sein. Wir haben eine Umfrage unter Ärzten, Apothekern und Zahnärzten durchgeführt, die sich gegen eine Selbstständigkeit entschieden haben. Das finanzielle Risiko wurde dabei als wichtigster Hinderungsgrund genannt.

Wie realistisch ist denn die Angst vor einer Insolvenz?

ZEHNICH: Dass Praxisinhaber Pleite gehen, kommt selten vor. Laut statistischem Bundesamt sind nur 0,05 Prozent der Vertragsärzte von einer Insolvenz betroffen. Wir begleiten sehr viele Existenzgründungen und können bestätigen, dass diese Zahl sehr gering ist. Und bei den betroffenen Ärzten liegen die Gründe für die Insolvenz meist nicht in mangelnden Einkünften, sondern im privaten Bereich.

Was verdienen selbstständige Vertragsärzte im Vergleich zu den Krankenhausärzten?

ZEHNICH: Einer Auswertung des Zi zufolge kommt ein Hamburger Vertragsarzt im Schnitt auf einen Praxisüberschuss von etwa 135.000 Euro. Das Gehalt eines Oberarztes liegt – inklusive Zuschläge für Dienste – etwa auf demselben Niveau.

Sind die Arbeitszeiten vergleichbar?



Daniel Zehnich ist Direktor im Bereich Gesundheitsmärkte und Gesundheitspolitik der Deutschen Apotheker- und Ärztebank

ZEHNICH: Laut Ärztemonitor beträgt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei Haus- und Fachärzten zwischen 51 und 53 Stunden – Tendenz fallend. Die Statistiken des Marburger Bundes zeigen, dass die Krankenhausärzte mit allen Diensten auf durchschnittlich 49 bis 59 Wochenstunden kommen. Das liegt also gar nicht so weit auseinander.

Was schätzen Niedergelassene an ihrer Selbstständigkeit?

ZEHNICH: In der eingangs erwähnten Studie haben wir auch Ärzte, Apotheker und Zahnärzte befragt, die sich innerhalb der vorausgegangenen fünf Jahre selbstständig gemacht hatten. Ausschlaggebend für diese Entscheidung waren vor allem die Gestaltungsmöglichkeiten und die Selbstverwirklichung. Dass die Niederlassung eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung eröffnet, ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt.

Werden diese Vorteile von der nachrückenden Ärztegeneration gesehen?

ZEHNICH: Medizinstudierende und junge Krankenhausärzte haben unserem Eindruck nach oftmals ein veraltetes Bild vom selbstständigen Praxisarzt: Sie glauben, er trage eine Riesenschuldenlast, arbeite 60 bis 70 Wochenstunden, wohne über der Praxis und sei für seine Patienten immer erreichbar.

Wie kommt dieses Bild zustande?

ZEHNICH: Die Verbände haben in der Vergangenheit möglicherweise zu stark die negativen Aspekte der Niederlassung betont. Dieses Bild sollten wir wieder gerade rücken. Die Zahlen sprechen ja eine andere Sprache. Und Fakt ist, dass heute viele Formen der Berufsausübung zur Verfügung stehen, die beispielsweise sogar Chef-Sein in Teilzeit ermöglichen.

Wie denken Selbstständige im Rückblick über ihre Niederlassungsentscheidung?

ZEHNICH: Wer sich niedergelassen hat, bereut das nur selten. Auch das ist ein Ergebnis aus unserer Studie: Auf die Frage, ob sie sich wieder für die Selbstständigkeit entscheiden würden, antworteten 96 Prozent der niedergelassenen Ärzte mit Ja. ■



wir
regulieren
ihren

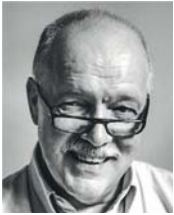
[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

so vielfältig ihr praxisalltag, so vielschichtig die vorgaben, die es dabei zu beachten gilt. wie also patientenorientiert praktizieren, ohne dabei dinge wie das wirtschaftlichkeitsgebot aus dem blick zu verlieren? in der praxisberatung der kvh finden sie gemeinsam mit erfahrenen ärzten und apothekern lösungen. fragen sie uns einfach!

Lieferengpass

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



Die älteste Meldung über Lieferengpässe, die sich im Online-Archiv des Deutschen Ärzteblattes finden lässt, datiert vom 18. September 1985. Darin wird berichtet, dass eine Augensalbe namens Leukomylin wegen produktionstechnischer Schwierigkeiten nicht den hohen Anforderungen genügt habe und deshalb nicht in den Handel gebracht werden konnte. Der kleine 20-Zeiler hat damals kaum Aufmerksamkeit erregt. Eine Lappalie eben.

Dreißig Jahre später ist aus der Lappalie eine Lawine geworden. Im August 2016 musste das Bundesgesundheitsministerium auf Grund einer Kleinen Anfrage der Fraktion Die Linke dreizehn Impfstoffe und sechsundzwanzig Medikamente auflisten, bei denen im laufenden Jahr sogenannte Lieferengpässe aufgetreten waren. Die Aufregung war entsprechend groß. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, der Bundesverband deutscher Krankenhausapotheker und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft schlugen gemeinsam Alarm.

Heute ist es nämlich nicht mehr nur ein leicht ersetzba-

res kleines Augensälbchen, sondern es handelt sich um lebenswichtige und kaum zu ersetzende Medikamente. Betroffen sind beispielsweise die Antibiotika Ampicillin, Piperacillin und Metronidazol, betroffen ist der Blockbuster unter den Blutdrucksenkern, das Metoprolol, außerdem auch das Krebsmedikament Melphalan und das Anti-Parkinson-Mittel Levodopa.

Regelmäßig fehlten auch immer wieder Impfstoffe gegen Kinderlähmung, Tetanus, Diphtherie oder Keuchhusten. Die Grundimmunisierung von Säuglingen wird immer schwieriger. Die Ständige Impfkommission empfiehlt Kinderärzten inzwischen schon, in Apotheken Restbestände abzufragen oder gar, Impfungen zu verschieben.

Der Fachmann staunt, der Laie wundert sich. Was ist geschehen? Es gibt viele Ursachen, aber es geht dabei immer nur um das Eine: Geld. Mit dem Ablauf von Patentschutzzeiten wird die Arzneimittelproduktion durch globale Billigkonkurrenz immer häufiger unrentabel, ganze Produktionslinien werden dadurch stillgelegt. Das erwähnte Piperacillin wird nur noch in zwei

Fabriken auf der ganzen Welt hergestellt, und eine davon, die in China, ist gerade explodiert. Außerdem werden auch immer öfter komplette Chargen von Arzneimitteln durch international agierende Großhändler ins Ausland verschoben, wo höhere Gewinne locken als hierzulande. Lagerkapazitäten werden als unrentable Kosten so gering wie möglich gehalten oder ganz beseitigt, sowohl in den Fabriken als auch bei den Zwischenhändlern, und

Es gibt viele Ursachen, aber es geht dabei immer nur um das Eine: Geld.

im Falle eines plötzlich höheren Bedarfs gibt es keine Reserven. Rabattverträge einzelner Krankenkassen mit Medikamentenherstellern kicken die anderen Produzenten und damit auch deren Produktionskapazitäten vom Markt.

So ist das eben, wenn die Daseinsvorsorge in privater Hand liegt. Das funktioniert perfekt, so lange der Gewinn stimmt. Länger aber nicht.

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

IMPFBERATUNG

Ein Patient wünscht eine Impfberatung. Gibt es eine Gebührenordnungsposition, mit der man dieses Gespräch abrechnen kann?

Nein. Es gibt keine Gebührenordnungsposition, die hier abgerechnet werden kann. Die Impfberatung ist Teil der Impfleistung. Eine Impfleistung kann abgerechnet werden, wenn der Leistungsinhalt vollständig erfüllt wurde. Hierzu zählen:

- Information und Aufklärung der Impfung durch den Arzt
- Dokumentation der Impfung im Impfausweis oder die Ausstellung einer Impfbescheinigung
- Durchführung einer Schutzimpfung.

Die alleinige Beratung ist somit nicht gesondert abrechnungsfähig.

VERTRAG ZU DIABETES-SPÄTFOLGEN

Die KV Hamburg hat mit der DAK Gesundheit den Teilnehmerkreis des bestehenden Vertrages über die Diagnostik und Behandlung von Spätfolgen und Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus zum 1. April 2017 auf fachärztlich tätige Internisten erweitert. Was sind die Voraussetzungen und wo kann der Vertrag eingesehen werden?

Die Voraussetzung ist neben einer Teilnahme am DMP Diabetes mellitus die Betreuung von durchschnittlich 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal. Eine Teilnahmeerklärung für den Arzt liegt dem Vertrag bei. Zu finden ist der Vertrag auf der Homepage der KV Hamburg unter: www.kvhh.de → **Recht & Verträge** → **Verträge** → **D** → **Diabetes mellitus**

Die Teilnahmeerklärungen sind auch gesondert auf der Homepage der KV Hamburg zu finden: www.kvhh.de → **Formulare & Infomaterial** → **KVH Formulare** → **D** → **Diabetes mellitus (Vertrag mit der DAK-Gesundheit über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus)**

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

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



BESCHÄFTIGUNGSVERBOT IN DER SCHWANGERSCHAFT

Ist die Ausstellung einer Bescheinigung über ein Beschäftigungsverbot in der Schwangerschaft bestimmten Fachgruppen vorbehalten? Gibt es für die Bescheinigung ein vereinbartes Formular?

Die Ausstellung der Bescheinigung ist an keine Fachgruppe gebunden. Da es einem Vertragsarzt oftmals nicht möglich ist, eine Analyse des Arbeitsplatzes der Schwangeren vorzunehmen, kann ein Beschäftigungsverbot auch durch einen Arzt vom Amt für Arbeitsschutz ausgesprochen werden. Ein vereinbartes Formular gibt es nicht. Das Beschäftigungsverbot wird durch ein ärztliches Zeugnis (Attest) bescheinigt.

BLUTZUCKERTESTSTREIFEN

Müssen Blutzuckerteststreifen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege vom Pflegedienst vorgehalten werden?

Bei fast allen Krankenkassen sind die Blutzuckerteststreifen Bestandteil der Vergütungssätze und somit vom Pflegedienst vorzuhalten. Eine Ausnahme bildet lediglich der BKK Landesverband Nordwest. Bei Patienten, die bei einer BKK versichert sind, stellt der Vertragsarzt eine Verordnung über die Blutzuckerteststreifen aus. Diese Regelungen gelten nur bei Verordnungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Wenn ein Patient im Pflegeheim Blutzuckerteststreifen benötigt, ist eine Verordnung auf Namen des Patienten auszustellen. Hier spielt es keine Rolle, bei welcher Kasse der Patient versichert ist.

PATIENT MIT FALSCHER EGK

Ein Patient legt eine Gesundheitskarte (eGK) mit Lichtbild vor, die ihm erkennbar nicht zuzuordnen ist. Wie kann die Praxis sich verhalten?

Lässt sich die Gesundheitskarte dem Patienten offensichtlich nicht zuordnen, darf die Karte nicht eingelesen werden. Die Praxis kann die Behandlung ablehnen, da kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt. Der Arzt ist verpflichtet, im Falle eines Verdachts auf Missbrauch die zuständige Krankenkasse zu informieren, und ist berechtigt, die eGK einzuziehen.

Im Fall einer Behandlung darf frühestens nach 10 Tagen eine Privatvergütung verlangt werden. Reicht der Patient bis zum Ende des Quartals einen gültigen Anspruchsnachweis (eGK oder Ersatzbescheinigung) nach, muss die Praxis den Betrag zurückerstatten.

Infocenter Tel: 22802-900



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

Langfristiger Heilmittelbedarf und besonderer Verordnungsbedarf

Zum 1. Januar 2017 hat es bei der Heilmittelverordnung einige Neuerungen gegeben. Weil es dazu einige Nachfragen gab, fassen wir die wichtigsten Aspekte hier nochmals zusammen.

Genehmigung bei gelisteten Diagnosen fällt weg

Bei Erkrankungen, die in der Diagnoseliste "Langfristiger Heilmittelbedarf" aufgeführt sind, entfällt das Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles. Die Diagnoseliste wurde als Anlage 2 in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA verankert.

Besonderer Versorgungsbedarf

Bei Erkrankungen, die auf der Diagnoseliste „Besonderer Versorgungsbedarf (ehemals Praxisbesonderheiten)" zu finden sind, muss die Verordnung außerhalb des Regelfalles der AOK und einigen BKKen zur Genehmigung vorgelegt werden. Diese Diagnoseliste ist als Anhang der neuen bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Kraft getreten.

Die kombinierte Diagnoseliste "Langfristiger Heilmittelbedarf / Besonderer Versorgungsbedarf (ehemals Praxisbesonderheiten)" im Internet:

www.kvhh.de → Verordnung → Heilmittel

Welche Krankenkassen verzichten bei besonderem Versorgungsbedarf auf Genehmigung? Die Übersicht "Genehmigungsverzicht bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles / Langfristverordnungen" im Internet:

www.kvhh.de → Verordnung → Heilmittel

Nicht gelistete Diagnosen

Bei Erkrankungen, die nicht gelistet, aber vergleichbar gravierend sind, kann der Patient bei seiner Kasse einen individuellen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen.

Selbstverständlich können bei Erkrankungen, die auf keiner der beiden Diagnoselisten stehen, auch Verordnungen außerhalb des Regelfalles ausgestellt werden, wenn sie medizinisch notwendig sind. Nur würden hier im Gegensatz zu den zuvor genannten Konstellationen im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die Kosten für diese Verordnungen nicht aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes herausgerechnet werden.

Probleme mit dem PV-System

Bei Problemen mit den Praxisverwaltungssystemen müssen die Softwareanbieter kontaktiert werden.

APPELL: BITTE FACHSPEZIFISCHE VERORDNUNGEN SELBST AUSSTELLEN

Fachärzte müssen ihre fachspezifischen Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel selbst verordnen und auch beispielsweise Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen selbst ausstellen. Es gibt zunehmend Beschwerden, dass diese Tätigkeiten in den hausärztlichen Bereich abgeschoben werden. Das ist nicht zulässig.

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



KBV-Broschüre zur Soziotherapie

Die KBV hat eine neue Broschüre zur Soziotherapie herausgebracht. Die Veröffentlichung aus der Reihe „PraxisWissen“ stellt das Betreuungsangebot vor und zeigt, wie die Zusammenarbeit zwischen Facharzt, Soziotherapeut und Patient funktioniert.

Die Anwendung der Soziotherapie soll Krankenhausaufenthalte vermeiden. Die Patienten werden in die Lage versetzt, ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Niedergelassene Ärzte bestimmter Fachgruppen dürfen das Therapieangebot verordnen. Im Laufe des Jahres 2017 wird es eine weitere Öffnung geben. Dann sollen auch psychologische Psychotherapeuten Soziotherapie verordnen dürfen.



Die KBV-Broschüre ist nur digital erhältlich:
www.kbv.de → Mediathek → PraxisWissen → Soziotherapie

Informationen zur Genehmigung für die Verordnung der Soziotherapie:
www.kvhh.de → Qualität → Qualitätssicherung → Genehmigung → im Glossar unter „S“ → Soziotherapie

Ansprechpartnerinnen:
 Abteilung Qualitätssicherung,
 Ursula Gonsch,
 Tel: 22802-633
 Manuela Gottschlich,
 Tel: 22802-423

QUALITÄTSMANAGEMENT

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte und rezertifizierte Praxen

| Praxis | Fachrichtung | Adresse | |
|---------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Dr. med. Norbert Breuer, Bettina Breuer-Katschinski | Innere Medizin | Waitzstraße 9 22607 Hamburg | 2. Rezertifizierung 20.7.2016 |
| Internistenpraxis Alstertal Kurt Wolff et al. | Innere Medizin | Harksheider Straße 3 22399 Hamburg | Rezertifizierung 6.11.2016 |
| Dr. med. Konstantinos Akrivakis Dr. med. Thomas Sorgenfrei | Innere Medizin | Max-Brauer-Allee 52 22765 Hamburg | 2. Rezertifizierung 2.12.2016 |
| Proktologie Niendorf Dr. med. Marcus Plonsker | Chirurgie | Tibarg 21 22459 Hamburg | Zertifizierung 20.12.2016 |
| Dr. med. Maren Oberländer | Allgemeinmedizin | Lohbrügger Landstr. 4 21031 Hamburg | Rezertifizierung 28.12.2016 |



Behandlung von BVG-Patienten

Formulare müssen entsprechend gekennzeichnet werden

Patienten, die unter das „Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG)“ fallen, können spezielle Ansprüche geltend machen. Sie müssen keine Zuzahlungen und kein Krankenhaustagegeld zahlen. Das ist in den Praxen oftmals nicht bekannt, weil diese Fälle selten sind.

Es gibt zwei nach dem BVG anspruchsberechtigte Patientengruppen:

GKV-MITGLIEDER: Diese Patienten haben eine Versichertenkarte der Krankenkasse, bei der sie Mitglied sind. Der Anspruch nach dem BVG bezieht sich nicht auf die gesamte GKV-Versorgung, sondern nur auf die Behandlung einer anerkannten Gesundheitsstörung (beispielsweise die Folgen einer Amputation).

GKV-BETREUTE: Diese Patienten werden im Auftrag der Versorgungsämter von einer Krankenkasse „betreut“. Das ist auf der Versichertenkarte / dem Behandlungsausweis am Status 6 zu erkennen. Der Anspruch bezieht sich auf die gesamte Versorgung entsprechend des GKV-Leistungskatalogs - also auch auf Krankheiten, die mit der ursprünglichen Schädigung nichts zu tun haben.

Die Anspruchsberechtigung nach dem BVG weisen die Patienten in der Praxis nach, indem sie einen entsprechenden Bescheid des Versorgungsamtes Hamburg vorlegen (in Schleswig-Holstein: Landesamt für Soziale Dienste; in Niedersachsen: Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie). Bei der Versorgung der BVG-Patienten (beziehungsweise bei der Behandlung der anerkannten Gesundheitsstörung im Falle anspruchsberechtigter GKV-Mitglieder) muss auf folgenden Formularen das Feld „Versorgungsleiden (BVG)“ oder „BVG“ gekennzeichnet werden:

- Krankenhausverordnung (Muster 2)
- Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4)
- Heilmittelverordnung (Muster 13)
- Arzneimittelverordnung (Muster 16)

Anspruchsberechtigt sind nicht nur Weltkriegsopfer, sondern beispielsweise auch Personen, die als Bundeswehrosoldaten oder als Zivildienstleistende Gesundheitsschäden erlitten haben oder die Opfer einer Gewalttat geworden sind. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



Neues Testverfahren zur Früherkennung von Darmkrebs

Ab dem 1. April 2017 ist das neue Testverfahren iFOBT zur Früherkennung von Darmkrebs Kassenleistung. Es wird mit der Ziffer 01737 EBM abgerechnet.

Die Leistung umfasst Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems sowie die Beratung des Patienten bei einer präventiven Untersuchung. Bei einer kurativen Untersuchungsindikation sind wie bisher Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung in das Labor mit der Versicherten- oder Grundpauschale abgegolten.

Entsprechend der Richtlinie erfolgt die Auswertung des Tests ausschließlich über ein Speziallabor, das hierfür eine Genehmigung der KV benötigt. Das Labor rechnet mit den Ziffern 01738 EBM (präventive Untersuchung) und 32457 EBM (kurative Untersuchungsindikation) ab.

Der alte Guajak-basierte Test ist präventiv keine Kassenleistung mehr, im kurativen Bereich gilt eine Übergangsfrist bis zum 1. Oktober 2017. Die Richtlinie lässt keine Anwendung qualitativer immunologischer Streifenteste zu, zum Beispiel als patientennahe Sofortdiagnostik. ■



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

Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2017

Abgabefrist:
3. April bis 18. April 2017

Die Abrechnung muss grundsätzlich online übermittelt werden. Die Abrechnungsdatei kann innerhalb der Abgabefrist zu jeder Tageszeit an die KV geschickt werden.

Abgabezeiten in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einem Datenträger in die KV bringen und dort in einem bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

**Ort: Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg**

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo.- Fr. nur nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22 802 - 900

Hygieneplan: Mustervorlage für Arztpraxen

Abgleich mit dem eigenen Plan hilft bei der Verbesserung und Aktualisierung

Das „Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen“ (CoC) hat einen Hygieneplan für Arztpraxen herausgegeben. Das CoC will damit die Verantwortlichen in den Praxen bei der Erstellung des praxisinternen Hygieneplans unterstützen.

In der Mustervorlage werden fachübergreifend hygienerelevante Abläufe einer Praxis detailliert dargestellt. Die Regelungen beschreiben allgemeine aber auch spezielle Hygienemaßnahmen. Sie berücksichtigen die normativen Vorgaben sowohl zum Patienten- als auch zum Mitarbeiterschutz und erstrecken sich über:

- Maßnahmen der Basishygiene
- Baulich-funktionelle Gestaltung
- Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten
- Aufbereitung von semikritischen und kritischen Medizinprodukten.

Viele Praxen verfügen bereits über einen eigenen Hygieneplan. Für diese empfiehlt sich ein

Vergleich des vorhandenen Plans mit der jetzt erschienenen Mustervorlage. Der Abgleich der Inhalte zeigt, welche Verbesserungs- und Aktualisierungsmöglichkeiten es gibt.

Die Mustervorlage des Hygieneplans steht auf der Website der KVH zur Verfügung: www.kvhh.de → **Beratung & Information** → **Hygiene & Medizinprodukte** → **Hygieneplan für Arztpraxis - Mustervorlage**

Eine Word-Version der Mustervorlage für die individuelle Anpassung auf die eigene Praxis kann bei der Hygieneberatung der KV angefordert werden. ■

Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis“

Vertiefende Hintergrundinformationen zu einzelnen Hygienemaßnahmen finden Sie in der Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis - ein Leitfaden“: www.kvhh.de → **Beratung & Information** → **Hygiene & Medizinprodukte** → **Leitfaden "Hygiene in der Praxis"**

Ansprechpartnerin:

Sabine Daub, Tel: 22 802 - 659

E-Mail: Sabine.Daub@kvhh.de





Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge:

- 2. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2016 (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 2017 (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 i. V. m. §§ 87a Abs. 3 S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2017 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)).

- 43. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996: Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme mit Gültigkeit für das Jahr 2017 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 über die gesonderte Vergütung der unparteiischen Vorsitzenden für die Vertretung des Beschwerdeausschusses vor Gericht gem. § 2 Abs. 4 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) - für die Amtsperiode vom 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Telegramm Nr. 41 vom 12. Januar 2017 wurde die Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Vereinbarung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu dieser Vereinbarung ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Telegramm Nr. 41 vom 12. Januar 2017 wurde die Wirkstoffvereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Vereinbarung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu dieser Vereinbarung ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Telegramm Nr. 41 vom 12. Januar 2017 wurde die Vereinbarung über die Pharmakotherapieberatung zur Arzneimittelverordnung durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Hamburg unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Vereinbarung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu dieser Vereinbarung ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Telegramm Nr. 42 vom 14. Februar 2017 wurde der 1. Nachtrag zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Vereinbarung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes gem. §§ 63, 73a, 140a SGB V im Falle KV-übergreifender Bereinigung mit dem vdek

Die Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes gem. §§ 63, 73a, 140a SGB V im Falle KV-übergreifender Bereinigung mit dem vdek wurde im KVH-Journal 12/2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V i. V. m. §§ 87 Abs. 3 S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V für das Jahr 2017 mit dem vdek

Die Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V i. V. m. §§ 87 Abs. 3 S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V für das Jahr 2017 mit dem

vdek wurde im KVH-Journal 12/2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2015:

Der 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2015 wurde im KVH-Journal 1/2017 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2016:

Der 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2016 wurde im KVH-Journal 1/2017 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

Hinweis: aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

- Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL), dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI), der GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse mit der AG Vertragskoordination: Die folgenden Krankenkassen treten der Vereinbarung zum 1. April 2017 bei

- VIACTIV Krankenkasse
- Südzucker BKK und
- Bahn BKK

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**



Was tun, wenn meine Ampel gelb ist?

Mit Einführung des Wirkstoffmodells können die Ärzte ihre Verordnungsanteile selbst steuern. Die häufigsten Fragen dazu haben wir hier zusammengefasst.

Ich habe in meiner Trendmeldung bei einem der Ziele einen roten Punkt. Bekomme ich jetzt einen Regress?

Nein. Letztendlich entscheidend ist das Gesamtergebnis für alle vier Quartale. Sie können also noch gegensteuern. Außerdem gilt: Wenn Sie Ihre Zielwerte in einem (oder mehreren) Zielen verfehlen, können Sie dies durch (über-)erfüllte Ziele in anderen Bereichen ausgleichen. Die für Sie relevanten Ziele werden saldiert und ergeben dann Ihr Gesamtergebnis.

Was kann ich tun, wenn mein Gesamtergebnis gelb ist?

In diesem Fall sollten Sie insbesondere die Wirkstoffziele beachten, die Sie noch nicht erreicht haben. Bitte prüfen Sie, ob es in diesen Bereichen möglich und medizinisch vertretbar ist, Ihre Verordnungsweise anzupassen. Wenn Sie Ihre Generika- beziehungsweise Leitsubstanzquoten in diesen Bereichen erhöhen, trägt das zu einem besseren Gesamtergebnis bei.

Die Antibiotika, die ich meiner Trendmeldung zufolge überprüfen soll, sind unverzichtbar für die Patienten. Die Verordnungen führen aber dazu, dass der Zielwert nicht erreicht werden kann (gelber/roter Punkt). Was ist zu tun?

Sind die Arzneimittel, die in den Wirkstoffgruppen die Zielerreichung verhindern, im medizinischen Einzelfall indiziert und nicht durch beispielsweise generisch verfügbare und vergleichbar wirkende Arzneimittel ersetzbar, so muss die Zielverfehlung hier akzeptiert werden. Es sollte dann geprüft werden, ob dies durch Übererfüllung der Ziele in anderen Wirkstoffgruppen ausgeglichen werden kann. Wichtig ist das Gesamtergebnis.

Ich bin psychotherapeutisch tätiger Arzt, wurde einer entsprechenden Vergleichsgruppe zugeordnet und habe die Probe-Trendmeldung erhalten. Darin habe ich bei den Psychoanaleptika einen gelben Punkt. Heißt das, dass ich keine Arzneimittel (mehr) verschreiben darf?

Es gibt immer wieder Lieferschwierigkeiten bei Arzneimitteln, so dass das verordnete Arzneimittel gegen ein verfügbares anderes ausgetauscht werden muss. Was kann ich tun, damit mir dies nicht angelastet wird?

Von Lieferschwierigkeiten betroffen sind in der Regel generische Arzneimittel. Der Austausch eines Generikums gegen ein anderes wirkt sich für Sie nicht negativ aus, da im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung grundsätzlich jedes Generikum der Zielerreichung dient.

Kann ich ein Aut-Idem-Kreuz setzen, wenn ich dies aus medizinischen Gründen für sinnvoll erachte?

Ich verordne immer das Original-Präparat und mache kein Aut-Idem-Kreuz. Dann ist es doch Sache des Apothekers, ein günstiges Generikum/Rabattarzneimittel abzugeben?

Eine solche Vorgehensweise kann zu Problemen führen: Falls es für ein bestimmtes (Original)-Arzneimittel keine rabattbegünstigten Generika gibt, die der Apotheker vorrangig abgeben muss, kann er auch das namentlich verordnete (Original-)Arzneimittel abgeben. Dieses Präparat stünde einer Zielerreichung entgegen. Wir empfehlen eine Wirkstoffverordnung (soweit möglich) – oder die namentliche Verordnung eines Generikums ohne Aut-Idem-Kreuz.

Grundsätzlich sollen Sie Aut-Idem zulassen, um die Abgabe von rabattierten Präparaten zu ermöglichen. Wir empfehlen Aut-Idem nur in medizinisch begründeten Einzelfällen auszuschließen.

Im Rahmen Ihrer Tätigkeit dürfen selbstverständlich auch Ärzte, die psychotherapeutisch tätig sind, Arzneimittel verordnen. Fallen diese Arzneimittel in einen von der Wirkstoffvereinbarung erfassten Bereich, erhalten Sie einmal pro Quartal eine Trendmeldung, die Sie über den Zwischenstand informiert.

In der Trendmeldung aufgelistet sind nur jene Wirkstoffgruppen, die für den Arzt relevant sind. Der Arzt kann sofort sehen: Habe ich den vorgegebenen Mindestanteil empfohlener Wirkstoffe in der jeweiligen Wirkstoffgruppe erreicht? Der Zielwert und der tatsächlich erreichte Wert werden in Prozentzahlen angegeben, außerdem wird das Ergebnis durch einen farbigen Punkt nach dem Ampel-Prinzip visualisiert. Grün bedeutet: Ziel erreicht. Gelb bedeutet: Ziel knapp verfehlt. Und rot bedeutet: Ziel deutlich verfehlt. Bei einem gelben Punkt können Sie nun prüfen, ob Sie bestimmte Mittel gegen ein Generikum austauschen können, ohne die Versorgung des Patienten zu verschlechtern.

Spielt die verordnete Packungsgröße eine wichtige Rolle bei der Zielerreichung?

Nein. Für die Zielerreichung ist wichtig, ob es sich bei den gewählten Arzneimitteln um Generika oder Leitsubstanzen beziehungsweise um rabattierte Arzneimittel handelt. Grundsätzlich sollen bei Neueinstellungen kleinere Packungen und bei Dauerverordnungen große Packungen verordnet werden. Auch am Ende der Quartale können und sollen die Packungsgrößen nach diesen Kriterien gewählt werden.



→ Ich bin Gynäkologe und habe nur einer Patientin einen Nuva-Ring® verordnet. Nun ist in der Liste der Arzneimittel, die ich überprüfen sollte, der Nuva-Ring mit 84 DDD aufgeführt. Ich habe aber keine 84 Packungen Nuva-Ring verordnet.

Die Verordnungsanteile der Arzneimittel in den jeweiligen Zielen werden in DDD (Daily Defined Dose) gemessen. Die DDD ist Bestandteil der amtlichen Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe des DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) und stellt die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen dar. Die DDD eines Nuva-Ringes beträgt 28 (entsprechend der Anwendungsdauer von 21 Tagen und anschließender Tragepause von 7 Tagen). Bei einer Drei-Monatspackung (3 Nuva-Ringe) schlagen somit 84 DDD zu Buche.

Im an die Ärzte verschickten Anschreiben zur Wirkstoffvereinbarung wurde darauf hingewiesen, dass Ärzte, die am Notdienst teilnehmen und noch keine separate Betriebsstätten- (BSNR) und Honorareinheitsnummer (HNR) für diese Notdienstleistungen besitzen, die Möglichkeit haben, eine solche bei der KV zu beantragen. Bin ich verpflichtet, das zu tun?

Woher weiß ich, für welches Arzneimittel die Krankenkassen einen Rabattvertrag abgeschlossen haben?

Rabattvertragsarzneimittel können Sie sich über Ihre Verordnungssoftware anzeigen lassen - nutzen Sie diese Unterstützung für die Wirkstoffvereinbarung! Bei Fragen zur Verwendung dieser Funktion hilft Ihnen Ihr Softwareanbieter weiter. Diese Funktion muss Ihr PV-System seit 2009 verbindlich aufweisen.

Nein, es besteht keine Verpflichtung eine separate Betriebsstätten- (BSNR) und Honorareinheitsnummer (HNR) zu beantragen. Es handelt sich vielmehr um ein Angebot, falls Sie nicht wollen, dass die im Notdienst getätigten Arzneimittelverordnungen im Rahmen der neuen Arzneimittelsystematik berücksichtigt werden.

Gibt es weiterhin „Einzelfallprüfungen“?

Ja, Einzelfallprüfungen, die in der Regel durch Anträge der Krankenkassen ausgelöst werden, sind weiterhin möglich.

**Für fachliche Fragen und zur Vereinbarung von Beratungsterminen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Abteilung Praxisberatung:
Tel: 22802-571/572
E-Mail: praxisberatung@kvhh.de**

Informationsveranstaltungen zur Wirkstoffvereinbarung

Um den Ärzten die Systematik der neuen Wirkstoffvereinbarung näherzubringen und über die Auswirkung auf die tägliche Arbeit zu informieren, bietet die KV Hamburg arztgruppenspezifische Veranstaltungen an. Die Termine für Hausärzte haben bereits stattgefunden (siehe Foto). Die Veranstaltungen für die anderen Fachgruppen sind im April und Mai 2017 geplant.



Anmeldung im Internet:
www.kvhh.de → Startseite:
 „Termine der Infoveranstaltungen zur Wirkstoffvereinbarung 2017“

Ansprechpartnerin:
Sabine Daub, Tel: 22 802-659,
E-Mail: sabine.daub@kvhh.de

G-BA stellt klar: Dokumentation von nicht verordnungsfähigen Arzneimitteln erfolgt in der Patientenakte

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann ein Arzt auch Arzneimittel verordnen, die durch die Arzneimittel-Richtlinie in ihrer Verordnung eingeschränkt oder die von der Verordnung ausgeschlossen sind (AM-RL §16 Abs.5). Diese Therapieentscheidung muss dokumentiert werden (AM-RL §10 Abs. 1).

Mit einer Änderung der Arzneimittel-Richtlinie ist nun klargestellt worden, dass diese Dokumentation in der Patientenakte erfolgen muss. Im Regelfall genügt die Angabe der Indikation und gegebenenfalls die Benennung der Ausschlusskriterien für die Anwendung wirtschaftlicher Therapiealternativen, soweit sich aus den Bestimmungen der Richtlinien nichts anderes ergibt (AM-RL §10 Abs.2).

In der Vergangenheit gab es unterschiedliche Rechtsauffassungen darüber, wie die Dokumentation von nicht verordnungsfähigen Arzneimitteln auszusehen hat. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg ging 2012 in einem Urteil davon aus, dass die Dokumentation auf dem Rezept oder als Information an die Krankenkasse zu erfolgen hat. Aus Sicht der KBV ist dieses Vorgehen aus datenschutzrechtlichen Gründen problematisch. Das Bundessozialgericht folgte 2014 der Auffassung des Sozialgerichts Dresden, wonach es auf die Dokumentation in den Patientenunterlagen ankommt.

Da die Unklarheiten zu Problemen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen führten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Arzneimittel-Richtlinie entsprechend geändert. Der Beschluss ist am 28. Januar 2017 in Kraft getreten. ■

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



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Messung von Therapieeffekten

Ein Vergleich von Routinedatenanalysen mit den Ergebnissen
randomisierter kontrollierter Studien

VON DAGMAR LÜHMANN IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
(DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Die Aussagekraft von Routinedatenanalysen (Registerdaten, Krankenhausstatistiken, administrative Datensammlungen) zur Bewertung des Nutzens von medizinischen Behandlungen wird immer wieder kontrovers diskutiert - besonders wenn es um klinische Fragestellungen geht, für die randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) nur schwierig umzusetzen sind. Manchmal wird behauptet, dass Routinedaten sogar aussagekräftiger seien als RCTs, weil sie sich ohne spezifische Selektion auf oft Tausende von Patienten beziehen und daher besonders genaue und realitätsnahe Analysen erlauben sollen („real-world data“). Vor diesem Hintergrund führte eine Arbeitsgruppe an der Stanford University unter der Federführung von Lars Hemkens eine meta-epidemiologische Studie durch, in welcher die Übereinstimmung der Ergebnisse von Routinedatenanalysen mit denen aus RCTs zur gleichen Fragestellung überprüft

wurde; genau genommen wurde überprüft, ob aus den Ergebnissen von Routinedatenanalysen die Ergebnisse von RCT vorhersagbar sind (1).

Um hierfür faire Bedingungen zu schaffen, wurden nur Therapievergleiche aus Routinedaten herangezogen, die vor dem Erscheinen der randomisierten kontrollierten Studien veröffentlicht wurden. Hierdurch sollte vermieden werden, dass bekannte RCT-Ergebnisse die Interpretation der Routinedatenauswertungen in Richtung erwarteter Werte verzerren.

Das Hauptproblem für Therapievergleiche mithilfe von Routinedatenauswertungen ist, dass die Patienten den Vergleichsgruppen nicht per Zufall zugeteilt werden, sondern dass die Indikation die Zuordnung bestimmt. Hierdurch kommen heterogene Vergleichsgruppen zustande, die sich in vielen Charakteristika, wie zum Beispiel Alter, Geschlecht oder Krankheitschwere unterscheiden. Qualitativ hochwertige Routinedatenauswertungen bedienen sich daher statistischer Methoden (zurzeit am gebräuchlichsten: „propensity scores“), um die Einflüsse solcher Störgrößen auf die Ergebnisse zu kontrollieren. Nur solche Auswertungen wurden in die Arbeit von Hemkens et al., eingeschlossen.

Außerdem wurden ausschließlich Auswertungen zum Endpunkt Mortalität berücksichtigt, da die Erhebung dieses Endpunktes am wenigsten anfällig für Messfehler ist.

Für die Vergleiche wurden die Richtung der berichteten Therapieeffekte, die berichteten Effektstärken (Odds

Ratios) und die korrespondierenden Konfidenzintervalle herangezogen. Weiterhin wurde ein zusammenfassendes relatives Odds Ratio berechnet, welches ausdrückt, ob die Routinedatenauswertungen die RCT-Ergebnisse eher über- oder unterschätzen.

Insgesamt konnten die Autoren 16 publizierte Routinedatenauswertungen zu umschriebenen Therapieergänzungen und 36 später publizierte RCTs mit korrespondierenden Fragestellungen in ihre Analysen einbeziehen.

Die Ergebnisse sind ernüchternd: In fünf der 16 betrachteten Vergleiche (31%) berichten Routinedatenanalysen und randomisierte kontrollierte Studien gegenläufige Behandlungsergebnisse. In neun von 16 Vergleichen (56%) schließen die 95% Konfidenzintervalle um die Routinedatenergebnisse den in den RCT ermittelten Effektschätzer nicht ein. Das zusammenfassende relative Odds Ratio schließlich zeigt, dass die Routinedatenanalysen die Therapieeffekte auf die Mortalität im Durchschnitt um 31% überschätzen (OR 1,31 95% Konfidenzintervall 1,03 – 1,65).

Aufgrund der strengen Einschlusskriterien konnten die Autoren nur eine relativ kleine Anzahl von Routinedatenauswertungen und RCT analysieren. Insbesondere Differenzierungen zwischen unterschiedlichen Typen von Routinedaten oder unterschiedlichen Therapiemo-

dalitäten waren in dem verfügbaren Datenpool nicht möglich. Dennoch zeichnet sich in den Ergebnissen ein Muster ab, welches die Schlussfolgerungen der Autoren gut nachvollziehbar macht.

Im Vergleich zu randomisierten kontrollierten Studien scheinen Routinedatenauswertungen Behandlungseffekte systematisch und substanziell zu überschätzen. Sie sind daher als Grundlage für klinische und systemrelevante Entscheidungen nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Wo immer möglich, sollten zur Beantwortung von Fragen nach dem Nutzen einer medizinischen Behandlung randomisierte kontrollierte Studien umgesetzt werden. Register und Routinedaten sind jedoch für andere Zwecke, insbesondere in der Qualitätssicherung und Epidemiologie, eine wichtige Erkenntnisquelle.

Für die hier vorgestellte Arbeit wurde der Erstautor, Lars Hemkens, mit dem David-Sackett-Preis 2017 des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin ausgezeichnet (<http://www.ebm-netzwerk.de/david-sackett-preis/preistraeger-david-sackett-preis>).

Dr. med. Dagmar Lühmann
 Institut für Allgemeinmedizin,
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 E-Mail: d.luehmann@uke.de
 Tel: 040 7410 56782

Literatur

1. Hemkens LG, Contopoulos-Ioannidis DG, Ioannidis JPA. Agreement of treatment effects for mortality from routinely collected data and subsequent randomized trials: meta-epidemiological survey. *BMJ*. 8. Februar 2016;352:i493.



Neuanfang in der KBV

Dr. Stephan Hofmeister mit großer Mehrheit zum KBV-Vize-Chef gewählt



Begreifen sich als Team: Die drei KBV-Vorstandsmitglieder Dr. Thomas Kriedel, Dr. Andreas Gassen und Dr. Stephan Hofmeister (v. l. n. r.)

Mit überwältigendem Ergebnis ist Dr. Stephan Hofmeister am 3. März 2017 zum für den hausärztlichen Bereich zuständigen KBV-Vorstand gewählt worden. Er erhielt 51,83 Stimmen – bei 4,15 Gegenstimmen und 4,02 Enthaltungen. Die Dezimalbrüche kommen zustande, weil die haus- und fachärztlichen Stimmen der KBV-Vertreterversammlung unterschiedlich gewichtet werden, um die beiden Versorgungsbereiche gleichermaßen zu berücksichtigen.

Hofmeister betonte, der Vorstand der KBV müsse sich künftig wieder als Team begreifen. „Die KBV hat die

Verantwortung, auf der Bundesebene die Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den KVen ermöglichen, ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen. Gemeinsam werden wir im Vorstand als gut abgestimmtes Kollegialorgan arbeiten und gemeinsam nach außen wirken“, erklärte Hofmeister, der bisher das Amt des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KV Hamburg bekleidete.

Als Vorstandsvorsitzender wurde Dr. Andreas Gassen bestätigt (46,34 Ja-Stimmen, 8,44 Nein-Stimmen, 2,14 Enthaltungen). Er ist für den fachärztlichen Versorgungsbereich zuständig. Volkswirt Dr. Tho-

mas Kriedel, der zuletzt als Vorstand in der KV Westfalen-Lippe tätig war, bekleidet den per Gesetz eingeführten dritten KBV-Vorstandsposten (49,15 Ja-Stimmen, 6,7 Nein-Stimmen, 3,08 Enthaltungen). Kriedel ist keinem der beiden Versorgungsbereiche zugeordnet.

Laut KBV-Satzung tritt ein neu gewähltes Vorstandsmitglied sein Amt unmittelbar nach der Wahl an, so dass nun ein Nachfolger für Hofmeister in Hamburg gefunden werden muss. Bis zur Nachbesetzung des Stellvertreter-Postens führt der Vorsitzende Walter Plassmann die KV Hamburg allein. ■

VON DR. BJÖRN PAREY

Berufspolitik mehr mit Zahlen statt Worten

Für viele Ärzte und Psychotherapeuten ist der neue stellvertretende Vorsitzende der KV-Vertreterversammlung noch ein unbeschriebenes Blatt: Wofür steht er? Wo liegen seine Interessenschwerpunkte? Hier stellt er sich vor.

Da bin ich nun seit einigen Wochen stellvertretender Sprecher in der KV-Vertreterversammlung, doch für die meisten Kollegen, die mich noch nicht von meiner jahrelangen Arbeit im Hausarztverband kennen, noch ein relativ unbeschriebenes Blatt. So zumindest mein Eindruck, dem ich gerne ein wenig abhelfen möchte.

Meinen Weg in die Berufspolitik fand ich 2013, als nach jahrelangem Streit und Misstrauen des Hausärzterverbandes gegenüber der Honorarverteilung der KV riesige Mengen an Zahlen zur Transparenz der Honorare publik gemacht wurden. Das hatte mich brennend interessiert, denn ich wollte wissen, warum die Situation so ist, wie sie ist! Wurde zum Nachteil der Hausärzte getrickst? Hatte die facharzt dominierte Vertreterversammlung Honorarverteilungsmaßstäbe zum Nachteil der Hausärzte durchgewunken?

Meine Affinität zu Zahlen und finanziellen Zusammenhängen ist älter als mein Wunsch, Arzt zu werden: Bei einem Jugendverband →



Seit 2. Februar 2017 stellvertretender Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung: Dr. Björn Parey

→ war ich Kassenwart, hinter mir liegen zudem vier Semester an der Finanzhochschule der öffentlichen Verwaltung, bevor ich letztendlich 1991 mit meinem Medizinstudium in Hamburg begann.

Der mir leicht von Hand gehende Umgang mit großen Datenmengen half bei der monatelangen Recherche und Analyse der mittlerweile transparenten Hamburger Honorare der vergangenen zehn bis 15 Jahre: Exceltabellen rauf und runter.

Diese Erhebung lag federführend bei mir, die Folgen sind bekannt: Frank Stüven entschuldigte sich als 1. Vorsitzender im Namen des Hausärzteverbandes öffentlich für das Misstrauen. Die Honorarverteilung ist nicht gerecht (und das kann sie in der Unterfinanzierung auch nie sein!), aber Ursache der aktuellen Situation ist eine Aneinanderreihung von Pleiten, Pech und Pannen – die aber nicht von der KV Hamburg zu verantworten war.

Mein nächstes Großprojekt waren die großen Unterschiede der Honorarverteilung innerhalb der hausärztlichen Gruppe. Ausgehend von Auszahlungsquoten zwischen 50 und 100 Prozent habe ich in enger, offener und konstruktiver Zusammenarbeit mit John Afful (Bereichsleiter Honorarabrechnung der KV Hamburg) den Weg zu mehr Verteilungsgerechtigkeit für die

größte Gruppe der Ärzte als Vorreiter für die anderen Facharztgruppen geebnet. Parallel kandidierte ich für den Vorstand des Hamburger Hausärzteverbandes – und bin seither als 3. Vorsitzender auch gleichzeitig der Schatzmeister. Da sind sie wieder, die Zahlen! Gilt es doch, die Mitgliedsbeiträge als einzige Einnahme des Landesverbandes sorgsam und verantwortungsvoll einzusetzen.

Lorbeeren lassen sich durch Umverteilung zu knapper Ressourcen leider nicht ernten. Ziel muss eine gerechtere und damit höhere Vergütung der wertvollen

Exceltabellen rauf und runter: Die Analyse hausärztlicher Honorare der vergangenen Jahre lag federführend bei mir.

Arbeit aller Psychotherapeuten und Ärzte bleiben. Hier haben wir Hamburger einen besonderen Nachholbedarf. Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) kann auf diesem Weg hin zu mehr Honorargerechtigkeit nicht nur mit der hundertprozentigen Auszahlungsquote positive Akzente setzen. Ich sehe in unserer Gemeinschaftspraxis – ich praktiziere in Volksdorf mit zwei Kolleginnen und zwei angestellten Ärzten – die HZV neben den GKV- und PKV-Patienten als drittes Standbein.

Meine nunmehr elfjährige Tätigkeit als Niedergelassener zeigt mir, wie wichtig die Vertretung hausärztlicher Belange auf Augenhöhe mit der größten Vertretung der Fachärzte ist. Das konnte nur durch die Vermittlung und Zusammenführung der beiden größten hausärztlichen Interessensgruppen in der Vertreterversammlung gelingen. Eine Entwicklung von der kraftvollen und wortreichen Oppositionsarbeit hin zur aktiven Mitgestaltung der anstehenden großen Probleme wie den Portalpraxen, der Laborreform oder der Reform der Psychotherapie.

Naturgemäß werde ich hierbei aus reinem Instinkt die Auswirkungen auf die hausärztlichen Belange immer mit einem Auge im Blick behalten. Nur durch konstruktive, gerne auch kontroverse, immer aber offene und faire Zusammenarbeit kann sich die

Selbstverwaltung ihre Funktionsfähigkeit und ihren Stellenwert erhalten. Hierfür möchte ich mich in allen Gremien der KV aktiv einsetzen. Meine persönliche Stärke sehe ich in der vermittelnden Sacharbeit der Gremien und nicht in großen Reden. Zahlen statt Worte. Gemeinsam statt gegeneinander. Aktiv statt provokativ. ■

DR. BJÖRN PAREY ist Allgemeinmediziner und stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Heinz-Hubert Breuer**
Mitglied der neuen Vertreterversammlung

Name: **Dr. med. Heinz-Hubert Breuer**

Geburtsdatum: **6.8.1951**

Familienstand: **verheiratet, 2 erwachsene Töchter**

Fachrichtung: **Innere Medizin, Teilgebiete Kardiologie und Angiologie**

Weitere Ämter: **Mitglied Beratender Fachausschuss Fachärzte, Mitglied Finanzausschuss, Delegierter Ärztekammer Hamburg, Fachprüfer Angiologie**

Hobbys: **Schwimmen, Wandern, Lesen, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Im Hinblick auf meine medizinisch-ärztliche Tätigkeit kann ich dazu voll und ganz ja sagen. Mein Berufsweg von einer allgemeininternistischen und chirurgischen Grundausbildung in einem kleinen Krankenhaus bis zur hochspezialisierten, universitären Medizin und die Fortführung in der niedergelassenen Praxis hat mich immer erfüllt und begeistert. Dies ist heute noch genauso wie zu Beginn meiner Ausbildung. Ich würde immer wieder Arzt sein wollen in einem ständigen, lebenslangen Lernprozess. Als freiberuflich niedergelassener Arzt in einer selbstständigen, eigenen Praxis faszinieren mich trotz aller äußeren Widrigkeiten und Herausforderungen die vielen neuen Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Tätigkeit.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ich bin seit meiner Schulzeit in allen Phasen meines Lebens immer ein politischer Mensch gewesen und habe mich da engagiert, wo mich meine Erfahrungen hingetrieben haben. Mein Einsatz für die Selbstverwaltung ist getragen von dem Streben, den Risiken der Fremdbestimmung und Bevormundung durch inkompetente politische Strukturen etwas entgegenzusetzen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Daran arbeiten, dass die Meinung und Position von uns Ärzten wieder von der Politik gehört und ernst genommen wird, dass wir wieder den Respekt erfahren, den wir durch unsere Arbeit und Leistung für die Gesellschaft verdienen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? In der Schwierigkeit, mit den begrenzten Möglichkeiten der Budgetierung allen Patienten gerecht zu werden.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Auf einem Pferd eine Safari in Afrika machen. ■

VON DR. ROLF EICHENAUER

Versammlung des Kreises 22

Warum die Kreisversammlungen als Organisation der Basis wieder mehr Gewicht bekommen sollten

Unablässig werden wir mit Neuregelungen konfrontiert, die unsere tägliche Arbeit betreffen. Auf der Versammlung des Kreises 22 am 7. März 2017 bekamen wir hierzu Informationen aus erster Hand: Walter Plassmann, der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, hatte sich dazu bereit erklärt, uns zu besuchen und unsere Fragen zu beantworten.

Zuvor allerdings ging es um ein Problem, das die Kreisarbeit betrifft. Ich eröffnete die Versammlung, zu der etwa 30 Kollegen in den Saal der DRK-Kate nach Poppenbüttel gekommen waren, mit einem Appell: „Liebe Kolleginnen und Kollegen, engagiert Euch! Wenn Ihr etwas verändern wollt, müsst Ihr Euch artikulieren und mitdiskutieren!“ Ich bin seit über einem Jahrzehnt Obmann des Kreises 22. Im vergangenen Jahr wurde ich wiedergewählt. Ich habe keinen Stellvertreter, muss also alles selbst organisieren. Das tue ich gerne, doch ich würde mich über Unterstützung freuen.

Die Selbstverwaltung lebt von der engen Rückkopplung der Verwaltung an die Ärzte und Psychotherapeuten. Wenn es beispielsweise

neue gesetzliche Regelungen gibt, wird in den KV-Gremien darüber beraten, wie eine sinnvolle Umsetzung in Hamburg aussehen könnte. Als stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses Fachärzte erlebe ich diese Meinungsbildungsprozesse bisweilen mit. Unsere Vorschläge werden diskutiert und berücksichtigt.

Doch während die Fachgremien überwiegend auf die spezifischen Probleme der von ihnen vertretenen Gruppen fokussiert sind, kommen in der Kreisversammlung alle Disziplinen zusammen. Das Interesse der Kreisversammlung läuft also in gewisser Weise quer zum In-

Die Fachgremien der KV sind auf Probleme der Fächer fokussiert. Im Kreis diskutiert die Basis über die Fachgrenzen hinweg.

teresse der Fachgremien: Im Kreis diskutiert die Basis über die Fachgrenzen hinweg. Man lernt die Probleme der Kollegen anderer Fachrichtungen kennen und verstehen, wenn diese von ihrem Praxisalltag berichten.

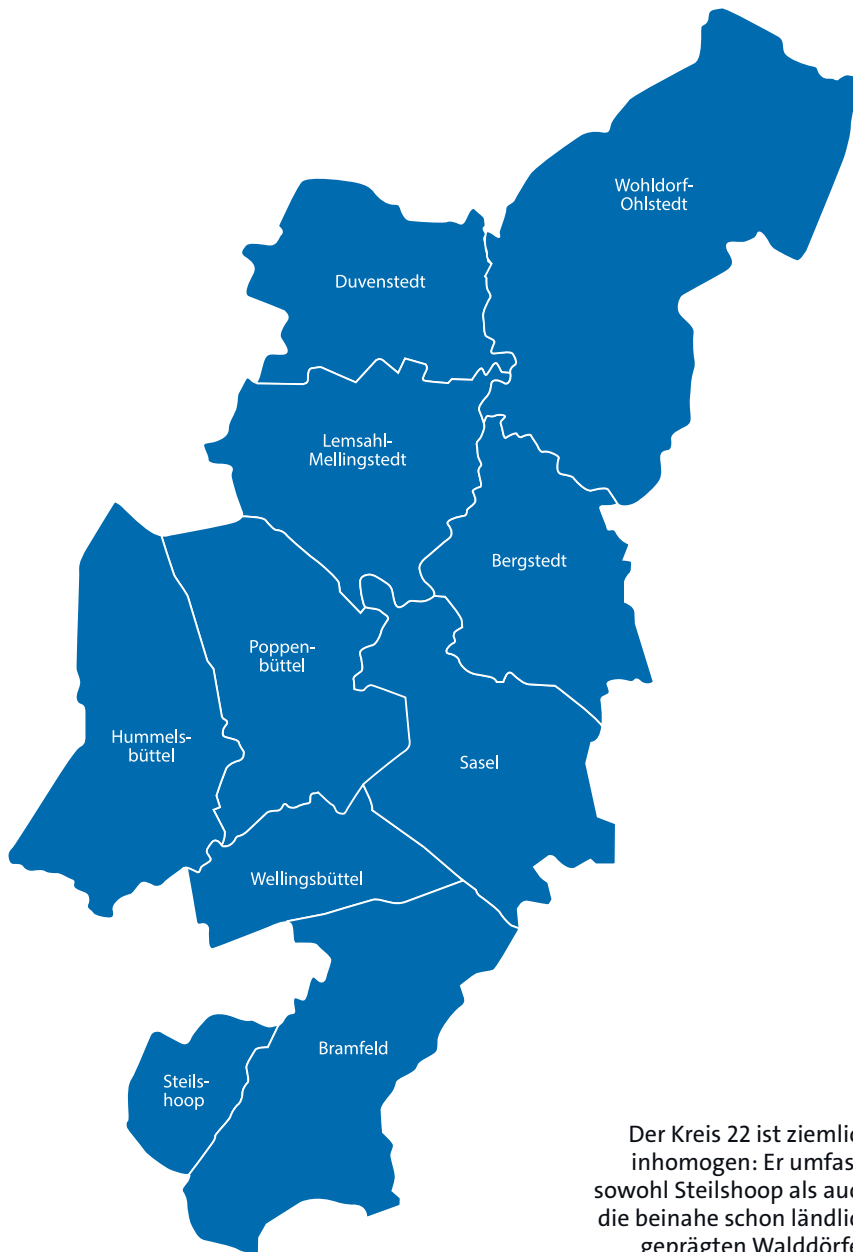
Der direkte Umgang fördert auch das Entstehen informeller Netze. Man trifft Kollegen aus der Nachbarschaft, mit denen man sonst nur per

Telefon im hektischen Praxisalltag zu tun hätte. Diese Kontakte kann man im Praxisalltag nutzen, wenn beispielsweise ein Patient schnell und auf kurzem Wege an einen Kollegen überwiesen werden muss.

Deshalb lege ich großen Wert darauf, dass bei jeder Kreisversammlung eine Vorstellung zumindest der im Kreis neu niedergelassenen Kollegen/innen erfolgt. In dieser Kreisversammlung hatte jeder Teilnehmer die Möglichkeit, seine Praxis und seine Schwerpunkte vorzustellen.

Wir sind die Interessensvertretung für eine gute Versorgung in unserem Kreis. Nun ist der Kreis 22 ziemlich inhomogen. Er umfasst sowohl Steilshoop als auch die beinahe schon ländlich geprägten Walddörfer. Die Praxen haben ein ganz unterschiedliches Klientel: In Steilshoop werden viele Migranten versorgt. Dort treten ganz andere Probleme

auf als beispielsweise in unserer Praxis, wo es viele über 90-Jährige gibt, die mindestens fünf Minuten brauchen, bis sie im Behandlungszimmer angekommen sind. Wir haben viele onkologische Patienten. In



Der Kreis 22 ist ziemlich inhomogen: Er umfasst sowohl Steilshoop als auch die beinahe schon ländlich geprägten Walddörfer.

anderen Gegenden des Kreises sind die Praxen voller lärmender Kinder. Über diese bunte Vielfalt der Klientele wird in der Kreisversammlung auch gesprochen.

Ein Großteil der Themen, die den Kollegen auf den Nägeln brennen, betrifft aber alle gleichermaßen. Deshalb haben wir uns gefreut, Walter Plassmann bei uns begrüßen zu können, der in seinem Vortrag auf verschiedene Neuregelungen ein-

ging. Unter anderem auf die Wirkstoffvereinbarung: Die meisten Ärzte hatten ihre Probe-Trendmeldung bereits durchgelesen und damit offenbar nicht allzu viele Probleme. Das muss man einfach lobend erwähnen: Wenn der Vorsitzende der Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten ein so zugewandtes Auftreten hat, ist das ein großer Vorteil. Walter Plassmann erklärte sehr gut und verständlich und ging auch auf unsere Hinweise ein. Beispielsweise sagte er zu, dass die Einordnung einer bestimmten Substanzgruppe von der KV überprüft wird.

Danach diskutierten wir über Safe-Net, die Aufkaufregelung - und über den Notdienst. Die Krankenhäuser klagen ja, dass ihre Notfallambulanzen viele Patienten versorgen müssen, die eigentlich keine stationär zu behandelnden Notfälle sind. Herr Plassmann berichtete über eine von der KV in Auftrag gegebene Studie, die darauf hindeutet, dass Patienten die Medizin heutzutage in Anspruch nehmen wollen, wie Dienstleistungen im Internet angeboten werden: rund um die Uhr und sofort. Der Notdienst wird eines der großen Themen dieses Jahres werden. Auch hierbei ist die KV natürlich auf die Lösungsvorschläge der Ärzte angewiesen.

Es gibt ein spürbares Interesse der KV, den Kreisversammlungen als Organisation der Basis wieder mehr Gewicht zu geben. Früher waren die Kreisobleute automatisch Mitglieder der Vertreterversammlung, was den Basisärzten einen ganz anderen Einfluss gab. Das ist aber per Dekret verändert worden. Vielleicht sollten die Kreisobleute wieder Stimm- oder Rederecht in der Vertreterversammlung erhalten. Jedenfalls wäre es nicht falsch, die Kreise wieder stärker in die Entscheidungsstrukturen der KV einzubinden.



DR. ROLF EICHENAUER,
Urologe in Poppenbüttel
und Obmann des
Kreises 22

Die Termine
weiterer Kreisversammlungen
finden Sie im Kalender
auf Seite 38.



VON BARBARA HEIDENREICH

Einsicht in die Patientenakte

Fortbildung über Patientenrechte: Haben Patienten uneingeschränkt Zugang zu ihren Behandlungsdaten?

Seit 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft. Zur Frage, welche Anforderungen sich aus diesen Regelungen für die Ärzte ergeben, fand am 22. Februar 2017 eine Fortbildung in der KV Hamburg statt. Ein inhaltlicher Schwerpunkt der Veranstaltung war der Zugang von Patienten zu ihren Behandlungsdaten.

Laut Gesetz haben Patienten das Recht, „unverzüglich“ ihre vollständige Patientenakte einzusehen. Der Patient muss seinen Wunsch nicht begründen oder erläutern, das Einsichtsrecht ergibt sich aus dem Vorliegen des Behandlungsverhältnisses. Zur Patientenakte gehören alle im Zusammenhang mit der Behandlung gemachten Aufzeichnungen - auch subjektive Notizen oder persönliche Bemerkungen des Arztes oder Psychotherapeuten.

Der Patient kann Kopien der Patientenakte zum Mitnehmen verlangen. Die Arztpraxis muss die Unterlagen dann ausdrucken, fotoko-

pieren oder auf einem Datenträger zur Verfügung stellen. Die dafür anfallenden Kosten (Kopierkosten, Kosten für CDs) muss der Patient der Praxis erstatten.

Die Originalakte sollte immer in der Praxis bleiben.

Der Arzt oder Psychotherapeut kann den Zugang zur Patientendokumentation einschränken oder verweigern, wenn andernfalls eine erhebliche gesundheitliche (Selbst-) Schädigung des Patienten zu befürchten wäre. Auch zum Schutz Dritter kann es sinnvoll sein, die Einsichtnahme nicht zu gewähren. Erfolgt beispielsweise die Behandlung minderjähriger Patienten unter Einbeziehung ihrer Eltern, so müssen deren Persönlichkeitsrechte geschützt werden. Grundsätzlich muss eine Verweigerung der Einsichtnahme begründet werden.

Verstirbt der Patient, steht auch seinen Erben das Recht auf Einsicht in die Akten zu, wenn dies zur Wahrnehmung vermögensrechtlicher Interessen nötig ist. Außerdem können die nächsten Angehörigen des Patienten eine Einsichtnahme verlangen, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Akteneinsicht darf Hinterbliebenen nicht gewährt werden, wenn der Verstorbene dies ausdrücklich oder mutmaßlich nicht gewollt hätte. ■

*Barbara Heidenreich,
Patientenbeauftragte der KV Hamburg*

Abfrage von Behandlungsdaten bei der KV Hamburg

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 2. November 2010 haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Auskunft über ihre bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gespeicherten Sozialdaten gemäß § 83 SGB X.

Die KV stellt den Patienten auf Antrag entsprechende Daten zur Verfügung. Dabei handelt es sich um die von Ärzten und Psychotherapeuten mit der Abrechnung eingereichten Informationen zu Diagnosen und Behandlungen. Die Auskunft umfasst den Zeitraum der zurückliegenden fünf Jahre.

In diesem Zusammenhang kommt es immer wieder vor, dass Patienten in diesen Unterlagen Informationen finden, die aus ihrer Sicht nicht korrekt sind. In diesen Fällen suchen die Patienten das Gespräch mit dem Arzt oder Psychotherapeuten mit der Bitte um Klärung. Sollte sich herausstellen, dass die hinterfragte Diagnose falsch ist, muss der Arzt oder Psychotherapeut in der Patientendokumentation eine Korrektur vornehmen. Solche Vorgänge sind beispielsweise von Bedeutung, wenn der Patient eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen will oder wenn abgeklärt werden soll, ob ein Leistungsfall vorliegt und die Versicherung zahlen muss.

Weiterführende Informationen: www.kvhh.de
→ Bürger → Patientenbeauftragte →
Patientenrechte

KBV-Praxisinfo zu Patientenrechten (Mai 2013):
www.kbv.de → Mediathek → Publikationen
→ Praxisinformationen → Praxisinfos 2013 →
„Praxisinfos Hinweise und Empfehlungen zum
Patientenrechtegesetz“



Großes Informationsbedürfnis: Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte im Audimax

Info-Veranstaltungen zur neuen Psychotherapie-Richtlinie

Was bedeuten die Anforderungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie für den Praxisalltag? Dieser Frage widmeten sich zwei von der KV und der Psychotherapeutenkammer angebotene Informations-Veranstaltungen. Als Hauptreferent trat der Vorsitzende des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Dieter Best, auf. Er hatte die Reform von Anfang an begleitet und konnte im Vortrag und in der Diskussion mit großer Detailkenntnis aufwarten.

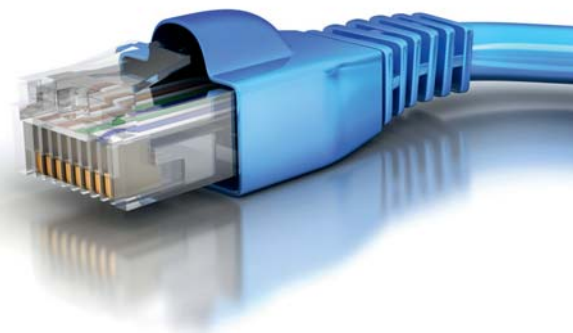
Bereits zur ersten Veranstaltung in den Mozartsälen am 25. Januar 2017 waren 400 Zuhörer gekommen. Einige mussten wegen feuerpolizeilicher Auflagen abgewiesen werden. Aufgrund des großen Interesses wurde ein Folgetermin für den 14. Februar 2017 anberaumt. Die Veranstaltung im Audimax der Universität Hamburg zog weitere 600 Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte an.

Einen Überblicksartikel zur neuen Psychotherapie-Richtlinie und ein Interview mit Dieter Best finden Sie im KVH-Journal 12/2016. Das Heft im Internet: www.kvhh.de → Medien und Publikationen → KVH-Journale → 2016



Dieter Best

KV-Safenet Anwenderworkshops

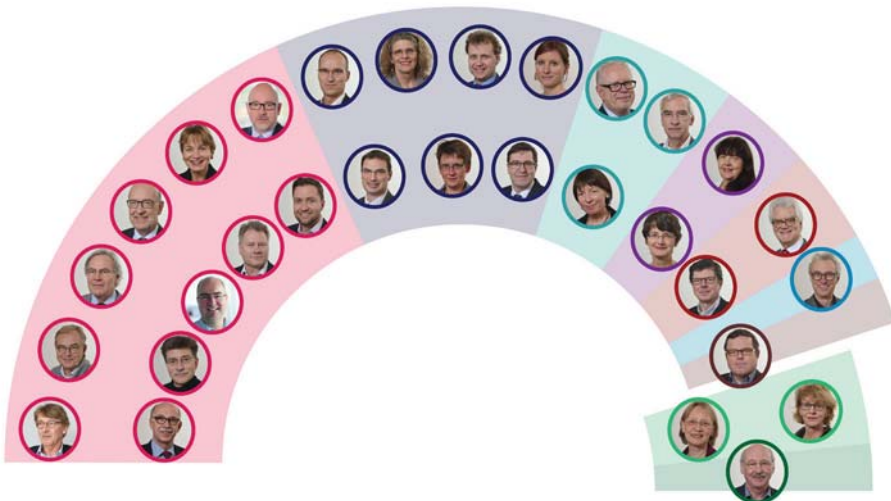


Viele Ärzte und Praxismitarbeiter sind mit dem Wunsch auf die KV zugekommen, detailliertere Informationen zum Thema Sicheres Netz der KVen, KV-SafeNet und KV-Connect zu erhalten. Deshalb führt die KV derzeit eine Reihe von Workshops durch, in denen über den Stand der digitalen Vernetzung des Gesundheitswesens und die politischen Hintergründe und Entwicklungen informiert wird. Außerdem bekommen die Teilnehmer die Möglichkeit, die Technik selbst auszuprobieren. KV-Mitarbeiter und Software-Anbieter führen vor, welchen Mehrwert digitale Anwendungen bieten. Die ersten beiden Veranstaltungen haben im Februar und März stattgefunden. Ein weiterer Workshop ist für den 10. Mai 2017 (15 bis 19 Uhr) in den Räumen der KV geplant.

Anmeldung im Internet:
www.kvhh.de → **Startseite:**
„Termine der KV-SafeNet-Anwenderworkshops“

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi, 6.4.2017 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock)
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

1. QUARTAL 2017
VOM 3.4. BIS 18.4.2017

2. QUARTAL 2017
VOM 3.7. BIS 17.7.2017

3. QUARTAL 2017
VOM 2.10. BIS 16.10.2017

4. QUARTAL 2017
VOM 2.1. BIS 16.1.2018

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 19 (Lohbrügge, Bergedorf, Curslack, Altengamme, Neuengamme, Kirchwerder, Ochsenwerder, Reitbrook, Allermöhe, Billwerder, Moorfleth, Tatenberg, Spadenland)
Kreisobmann: Dr. Sven-Holger Kühn

Di, 18.4.2017 (ab 19.15 Uhr)

Programm: Vortrag von KV-Pressesprecher Dr. Jochen Kriens zur Versorgungssituation in Bergedorf
Wahl eines Stellvertreters für den Kreisobmann
Vortrag von Dr. Silke Lüder über den Morbi-RSA
Ort: Bethesda Krankenhaus Bergedorf (Haus B, Ebene 0, Konferenzraum 1)
Glindersweg 80
21029 Hamburg

KREIS 20 (Wandsbek, Marienthal, Jenfeld, Tonndorf)
Kreisobmann: Prof. Dr. Peter Behrens

Do, 27.4.2017 (ab 19 Uhr)

Programm: Vortrag von KV-Apothekerin Regina Lilje zur Wirkstoffvereinbarung
Ort: Cuno Tonndorf, Tonndorfer Hauptstraße 71, 22045 Hamburg



KREIS 10 (Hafencity, St. Georg, Hammerbrook, Borgfelde, Hamm, Rothenburgsort)
Kreisobmann: Dr. Hans Ramm
Stellvertreter: Dr. Wolfgang Herzog

zusammen mit

KREIS 12 (Uhlenhorst, Hohenfelde, Barmbek-Süd, Eilbek)
Kreisobfrau: Angela Deventer
Stellvertreter: Dr. Boris Brand

Mo, 8.5.2017 (ab 19.30 Uhr)

Programm: u.a. Vortrag von Dr. Martin Eichenlaub
Ort: Restaurant Jaipur Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg

KREIS 6 (Harvestehude)
Kreisobmann: Dr. Fritz Pieper
Stellvertreterin: Dr. Grazyna Kaiser

Mi, 21.6.2017 (ab 19.30 Uhr)

Programm: Vortrag von KV-Apothekerin Regina Lilje zur Wirkstoffvereinbarung
Ort: Die Boutique, Poelchaukamp 22
22301 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Effizientes Praxismanagement

Dieses Seminar beleuchtet die Organisation und Kommunikation Ihrer Praxis. Das Gesamterscheinungsbild sowie einzelne Bereiche wie Anmeldung, Wartezimmer, Sprechzimmer und Labor werden betrachtet, indem der Durchlauf eines Patienten nachgestellt wird. Dabei wird deutlich, was die eigene Praxis gut macht und was verbessert werden kann. Das Seminar richtet sich an alle Praxisinhaber und Mitarbeiter in der Praxis, die die eigenen Arbeitsabläufe analysieren und verbessern möchten.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 26.4.2017 (9:30 - 17 Uhr)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Getränke und Imbiss

Informationen zur neuen QM-Richtlinie

Für Praxen ergeben sich aus der 2015 erfolgten Neufassung der QM-Richtlinie einige Anforderungen, die in der Veranstaltung erläutert werden. Schwerpunkte sind unter anderem die einfache Umsetzung von Mitarbeiterbefragungen für jede Praxisgröße, die Einführung von Checklisten und der Aufbau eines Risikomanagements.

Arbeitsmaterialien und schriftliche Informationen zur Umsetzung der QM-Richtlinie werden gestellt.

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 17.5.2017 (14.30 – 17.30 Uhr)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Teilnahmegebühr: € 65 inkl. Getränke und Imbiss

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de
→ Qualität → Qualitätsmanagement
Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

Für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen.

BGW-zertifiziertes Seminar.

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 5.4.2017 (15 - 20 Uhr); weitere Termine: Mi. 10.5.2017 (15 - 20 Uhr), Fr. 12.5.2017 (15 - 20 Uhr)

Ort: KV Hamburg
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung Arbeits- und Gesundheitsschutz

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildung erforderlich.

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 7.4.2017 (15 - 20 Uhr), weiterer Termin: 17.5.2017 (15 – 20 Uhr)

Ort: KV Hamburg
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Gefährdungsbeurteilung

Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften

Mi. 26.4.2017 (15 - 18 Uhr)

Ort: KV Hamburg
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Teilnahmegebühr: € 60 (inkl. Imbiss, und Schulungsmaterial)

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

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Seminar: Verordnung von Sprechstundenbedarf

Für Praxismitarbeiter: Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenvereinbarung, Vermeidung von Regressen.

Mi. 26.4.2017 (15 - 17 Uhr), weiterer Termin: 5.7.2017 (15 - 17 Uhr)

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b

Teilnahmegebühr: € 25

DMP-Diabetesschulung für nicht-insulinpflichtige Patienten

Für Ärzte und Praxispersonal – Kurs- teilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

Sa. 25.4.2015 (9 - 12:45 Uhr) für Ärzte und medizinisches Assistenzpersonal

(12:45 - 17 Uhr) für medizinisches Assistenzpersonal

Mi. 29.4.2015 (9 -17 Uhr) für medizinisches Assistenzpersonal

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b

Teilnahmegebühr: € 215

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300
E-Mail: akademie@aekhh.de

Online-Anmeldung:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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