

# KVH journal

DIE KV  
ZIEHT INS  
**NEUE  
ÄRZTEHAUS**

Ab 17. Juli finden  
Sie uns wieder in der  
Humboldtstraße 56

## WARTEN UNSERE PATIENTEN ZU LANGE?

*Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den  
schnellsten der Welt. Doch das könnte sich ändern.*



**PSYCHOTHERAPIE**

Vernetzung durch PsyConnect

**ARZNEIMITTEL**

Verständnishilfe für die Trendmeldung

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](mailto:redaktion@kvhh.de)

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 7-8/2017 (Juli/August 2017)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

In der innerärztlichen Öffentlichkeit ist viel von Stärkung der Selbstverwaltung die Rede. Gerade die KV Hamburg ist eine leidenschaftliche Verfechterin der (auch berufspolitischen) Selbständigkeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

Die Zahl der politischen Mitstreiter ist noch überschaubar. Nur im Wahlprogramm der FDP findet sich ein Bekenntnis zur Selbstverwaltung – allerdings lagen zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieses KVH-Journals die Programme der großen Parteien noch nicht vor.

Gleichwohl wird noch ein längerer Kampf nötig sein, bis die Selbstverwaltung wieder in ihre alten Rechte eingesetzt ist. Vor allem aber müssen die KV-Mitglieder ihren Anspruch auch ernst meinen. Eine erste Probe aufs Exempel wird in Hamburg die anstehende Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sein.

Die KV Hamburg hat in einem wissenschaftlichen Gutachten nachweisen lassen, was niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schon lange bemerkt haben: Ein echtes Problem mit dem Notfalldienst haben wir nicht. Viele der Patienten, die in den zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser sitzen, haben selbst eingeräumt, dass sie sich gar nicht als Notfall verstehen.

Wir kämpfen mit einem anderen Phänomen: einer veränderten Erwartungshaltung der Patienten. Menschen wollen heutzutage schnell und sofort eine Antwort auf ihr Problem bekommen. Das kann man gesellschaftspolitisch traurig finden, aber es ist eine harte Tatsache – nicht nur in der Gesundheitspolitik

Auf diese Herausforderung wollen wir in der KV Hamburg reagieren: mit einem Konzept, das eine schnelle und angemessene Erreichbarkeit ärztlicher Hilfe oder Beratung ermöglicht. Die KV-Gremien haben die Ideen abgesegnet, über den Sommer findet der Feinschliff statt, dann stellen wir unsere Pläne vor.

Es sind ehrgeizige Pläne. Aber sie haben das Zeug, zu beweisen, dass die Ärzte das Wort Selbstverwaltung nicht nur im Mund führen, sondern es mit Leben und Verantwortung füllen, die Aufgaben ernst nehmen und sich ihnen stellen.

In diesem Sinne darf ich Ihnen aber zunächst im Namen der Mitarbeiter der KV Hamburg einen erholsamen Sommer wünschen – damit wir im Herbst kraftvoll anpacken können.

**Ihr Walter Plassmann,**  
Vorsitzender der KV Hamburg

### KONTAKT

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

**TEL: 22802-655, FAX: 22802-420, E-MAIL: REDAKTION@KVHH.DE**



**SCHWERPUNKT**

- 06\_ Nachgefragt: Was sind die unnötigsten Zeitfresser im Praxisalltag?
- 08\_ „Gibt's ein Problem?“ Warum ein Hamburger Arzt ein Buch über Wartezeiten geschrieben hat

**VERSORGUNG**

- 14\_ Netzwerk: „PsyConnect“ will praxisübergreifende Psychotherapieversorgung etablieren

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 16\_ Fragen und Antworten
- 18\_ DMP: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen  
DMP-Dokumentation: Übermittlung per Datenträger nur noch bis 2018  
Aktualisierung des DMP-Vertrags Diabetes 2  
DAK kündigt Betreuungsstrukturvertrag
- 19\_ Psychotherapeuten dürfen Klinik-einweisungen und Krankenfahrten verordnen
- 20\_ Urlaub: Was bei der Praxisvertretung zu beachten ist

**QUALITÄT**

- 21\_ Vereinbarung zur ambulanten Palliativversorgung  
Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP rezertifizierte Praxen



## KV INTERN

**22\_** Das neue Ärztehaus: KV Hamburg zieht zurück in die Humboldtstraße

## ABRECHNUNG

**23\_** Wegen Umzug: Abrechnung 2/2017 bitte fristgerecht einreichen!

Neuer Honorar-Quartalsbericht bald im Online-Portal

Abrechnungs-Newsletter per E-Mail: Jetzt anmelden!

## ARZNEI- UND HEILMITTEL

**24\_** Wirkstoffvereinbarung: Wie lese ich meine Trendmeldung?

**28\_** Informationsoffensive: So unterstützen wir Sie

**30\_** Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie

## SELBSTVERWALTUNG

**35\_** Versammlung der Kreise 10 und 12

**36\_** Versammlung des Kreises 21

**37\_** Steckbrief: Dr. Torsten Hemker

## RUBRIKEN

**02\_** Impressum

**03\_** Editorial

## FORUM

**13\_** Leserbrief

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

**19\_** Bekanntmachungen im Internet

## NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

**32\_** Screening auf Bauch-aortenaneurysma: Verlängert der Schrecken das Leben?

## KOLUMNE

**34\_** Hontschiks „Diagnose“

## TERMINE

**38\_** Geplante Veranstaltungen und Termine

## BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3, 6 und 7: Michael Zapf; Seite 9 und 17: Felix Faller/Alinea; Seite 20: Cobaltstock/Fotolia; Seite 22: Obelicks/Fotolia, SAHB; Seite 26: Yuris Arcurs Photography/Fotolia; Seite 28: Mauricio Bustamante; Seite 31: Kaesler Media/Fotolia; Seite 34: Barbara Klemm; Seite 35 und 36: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 35, 36, 37 und 38: Michael Zapf; Seite 38: Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

## Was sind die unnötigsten Zeitfresser im Praxisalltag?



**Dr. Mike Müller-Glamann**  
ist Allgemeinmediziner  
in Bramfeld

### Ärgerliche Anfragen

Weit oben auf meiner Hitliste der unnötigsten Zeitfresser stehen die Kassen-Anfragen – vor allem, wenn sie redundant sind oder frei formuliert beantwortet werden sollen. Ärgerlich sind die Anfragen vom Sozialgericht: „Wann haben Sie den Patient behandelt?“ Als Hausarzt kann ich manchmal auf 20 Jahre regelmäßiger Kontakte zurückblicken. „Über welche Beschwerden hat er wann geklagt?“ Über ziemlich viele in den vergangenen 20 Jahren – da kommt was zusammen, wenn das Sozialgericht nicht mal den betreffenden Zeitraum oder die Erkrankung angibt. Mit den Kollegen in den Praxen und Kliniken läuft die Zusammenarbeit meist reibungslos. Schön wäre aber, wenn man verlässlich die Befunde der Vorbehandler bekäme und nicht hinterhertelefonieren müsste. **Der absolut unnötigste Zeitfresser aber sind Medikamentenpläne von Krankenhäusern, die nicht den Barcode des bundeseinheitlichen Medikamentenplanes tragen. Technisch ist alles umgesetzt, ich habe einen Scanner, ein funktionierendes Programm – dennoch habe ich noch nie einen Medikamentenplan mit Barcode erhalten. Den Plan mit Barcode zu aktualisieren, ist innerhalb einer Minute erledigt. Ohne Barcode muss man die Daten per Hand eingeben.** Das dauert manchmal zehn Minuten. Bei durchschnittlich fünf Entlassungen pro Tag mit mehr als fünf Medikamentenänderungen kommen auf diese Weise pro Woche fast vier Stunden zusätzliche Arbeitszeit zusammen. ■



**Dr. Cornelia Windscheid,**  
Teilhaberin der gynäkologischen  
Praxisklinik Harburg



**Dr. Hans-Jürgen Juhl**  
ist HNO-Arzt in Eidelstedt und  
Beiratsmitglied im ÄrzteNetz  
Hamburg

## Wachsender Zeitdruck      Auswege suchen

Ein zentrales Problem im Zusammenhang mit dem Stichwort „Zeitfresser“ ist natürlich die über die Jahre angewachsene Bürokratie. Beispielsweise können simple Heilmittelverordnungen uns minutenlang beschäftigen. Seit zwei Jahrzehnten ändern sich immer wieder die Abrechnungsmodalitäten, die dann jeweils neu gelernt und gelehrt werden müssen, um auch die MFA auf dem aktuellen Stand zu halten. Das alles kostet Zeit, die für die Patientenversorgung fehlt. Vor dem Hintergrund von WANZ (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig) einzelne „unnötige“ Zeitfresser zu identifizieren, fällt mir schwer. Die umfassenden Anforderungen an die Praxen und Ärzte steigen beständig an: **Patienten werden noch umfassender aufgeklärt, Dokumentationen noch lückenloser erstellt. Hinzu kommen Krebsregistermeldungen, Medikamentenpläne, Qualitätsmanagement, Hygiene ...** Das alles ist tatsächlich wichtig und sinnvoll. Leider wird dieser Zusatzaufwand nicht angemessen vergütet. Es ist dieses Konglomerat äußerer Anforderungen (auch das der Patientinnen selbst, die mit einer großen Erwartungshaltung auf uns zukommen), das den zeitlichen Druck auf die Praxen immer weiter erhöht. ■

Wenn man über „Zeitfresser“ im Praxisalltag nachdenkt, sollte man sich auf Aspekte konzentrieren, bei denen die Ärzte Gestaltungsspielraum haben. Welche Tätigkeiten lassen sich vereinfachen oder delegieren beziehungsweise outsourcen, indem Praxen kooperieren? **Ein Praxisnetz kann Verwaltungstätigkeiten übernehmen und Expertise vermitteln: Es spart Zeit, wenn sich eine Praxis an die Geschäftsstelle seines Ärztenetzes wenden kann, um eine Stellenausschreibung zu veranlassen. Es spart Zeit, wenn eine Praxis auf Juristen, Betriebsarzt, Sicherheitstechniker, QM- oder Hygiene-Sachverständige zurückgreifen kann, mit denen das Netz zusammenarbeitet.** In Notfällen muss der Arzt immer noch selbst zum Telefon greifen, um einen Termin bei einem Kollegen zu vereinbaren. Doch ein gemeinsamer Terminpool ist die effektivste Methode, unsere Patienten innerhalb eines kurzen Zeitfensters an andere Fachbereiche in der Umgebung weiterzuvermitteln. Unser Praxisnetz umfasst mittlerweile 300 Hamburger Ärzte. Die durch diese Kooperation freiwerdenden Kapazitäten können für die Patientenversorgung genutzt werden. ■

# »Seltsames Paradox«

Der Hamburger Arzt Dr. Matthias Soyka hat ein Buch über Wartezeiten geschrieben. Herausgekommen ist ein Rundumschlag gegen mächtige Mythen, falsche Prioritäten und schlechte Honorare.



## Wie kommt ein Arzt mit 50-Stunden-Arbeitswoche auf die Idee, nebenbei ein Buch zu schreiben?

**SOYKA:** Ich wollte ein Buch schreiben, das Ärzte ihren Patienten empfehlen können, um mit ihnen besser über die Probleme im Gesundheitswesen zu diskutieren. Wir Ärzte werden gesundheitspolitisch kaum gehört, die Krankenkassen und Gesundheitsbürokraten haben die Lufthoheit über die Öffentlichkeit. Ich würde es gut finden, wenn möglichst viele von uns Ärzten dagegen ihre persönliche Informationskampagne betreiben würden. Das Buch solle ein Instrument dafür sein.

## Warum haben Sie die „Wartezeit“ als thematischen Ausgangspunkt gewählt?

**SOYKA:** Das Thema „Wartezeit“ beschäftigt mich schon lange. Wir haben ein sehr gutes Verhältnis zu unseren Patienten – aber wenn es mal Ärger gibt, geht es um Wartezeiten. Die Patienten haben teilweise ziemlich absurde Vorstellungen davon, welche Wartezeiten zumutbar sind.

## Woran liegt das?

**SOYKA:** Es werden überzogene Ansprüche geweckt – durch die Medien, durch Krankenkassen und durch die Gesundheitsbürokratie. Wenn man „Wartezeiten beim Arzt“ googelt, kommt man gleich auf das Stichwort „Schadensersatz“. Ich wollte herausfinden: Sind die Wartezeiten in Deutschland tatsächlich ein Problem?

## Wie kann man das objektivieren?

**SOYKA:** Man kann objektive Maßstäbe anlegen, indem man Deutschland mit anderen Ländern vergleicht. Ich habe mir alle relevanten Studien zum Thema angesehen und festgestellt: Im internationalen Vergleich steht Deutschland sehr gut da. Von Wartezeiten, die hier als Problem empfunden werden, können Patienten in England oder Schweden nur träumen. Laut Commonwealth-Fund-Survey von 2010 haben 83 Prozent der Deutschen innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin bekommen – in Schweden nur 45 Prozent. In anderen Ländern muss ein relevanter Prozentsatz der Patienten länger als vier Monate auf eine Wahloperation warten. In Deutschland sind es null Prozent.



"Die heutigen Wartezeiten werden dramatisiert, doch die Probleme, die auf uns zukommen, werden heruntergespielt", sagt Dr. Matthias Soyka, Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin in Bergedorf.

### Wie wichtig sind Wartezeiten für die Qualität der medizinischen Versorgung?

**SOYKA:** In Notfällen und vor allem in lebensbedrohlichen Notfällen ist die Wartezeit ein wichtiger Aspekt der medizinischen Qualität: Da ist Schnelligkeit gefragt. Davon abgesehen mindert es die Qualität der medizinischen Versorgung normalerweise nicht, wenn ein Patient einige Wochen auf einen Facharzttermin wartet oder einige Stunden im Wartezimmer sitzt. Niemand wartet gerne, das kann ich nachvollziehen. Wartezeiten zu verringern, ist eines unserer erklärten Praxisziele. Aber es steht auf unserer Prioritätenliste etwa auf Platz neun – weit hinter Qualitätskriterien wie Diagnose, Therapie und Hygiene.

### Was kann passieren, wenn man die Schwerpunkte falsch setzt?

**SOYKA:** Nehmen wir ein Beispiel aus England, wo es große Probleme mit der Wartezeit gibt. Die Menschen mussten teilweise länger als einen Tag in den Ambulanzen warten. Deshalb wurde vor einigen Jahren eine strikte Vorgabe erlassen: Die Wartezeit darf nicht länger als vier Stunden dauern, sonst gibt es Sanktionen. Das war durchaus ein Problem: Die Sanktionsdrohung setzte die Ärzte im hektischen Alltagsbetrieb unter Druck, das Fehlerrisiko stieg. Die medizinische Qualität hat man durch diese falsche Schwerpunktsetzung nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Man hätte lieber das Gesundheitswesen finanziell besser ausstatten sollen.

### Welche Gründe gibt es denn für Wartezeiten?

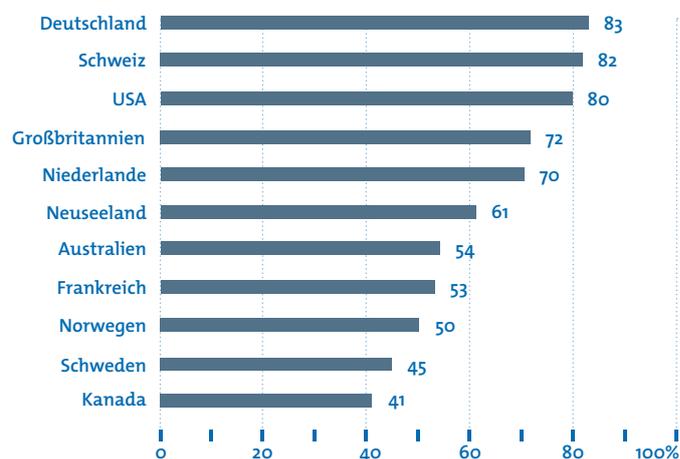
**SOYKA:** Die Frage ist immer: Welche Kapazitäten stehen für eine gegebene Nachfrage zur Verfügung? Und wie werden diese Kapazitäten genutzt? In den deutschen Praxen nimmt die Bürokratie immer mehr Arbeitszeit in Anspruch. Das verlängert natürlich auch die Wartezeiten. Ein gutes Beispiel sind die Heilmittelrezepte. Bei einem Privatpatienten brauche ich etwa zehn Sekunden, um zehn Mal Physiotherapie oder zehn Mal manuelle Therapie zu verordnen. Wenn ich ein Rezept für einen Kassenpatienten ausfülle, benötige ich mindestens eine halbe Minute, oft eine Minute. Geht es um eine Verordnung außerhalb des Regelfalls, muss ich

den richtigen ICD-Code herausfinden, um im Nachhinein keinen Ärger zu bekommen. Als Orthopäde oder Reha-Mediziner muss ich für die Verordnung von Heilmitteln insgesamt etwa eine Stunde am Tag aufwenden. Bei den Privatpatienten geht das quasi nebenher. Ein weiteres Problem ist: Wir bekommen Anfragen ohne jeden Sinn und Verstand von den Krankenkassen. Ich schreibe eine Person krank, und wer sich die Diagnose ansieht, sollte eigentlich verstehen: Das ist eine schwere Krankheit. Dennoch fragen die Krankenkassen nach – und zwar nicht einmal, sondern mehrmals. Der Medizinische Dienst hebt Krankschreibungen auf, ohne die Patienten jemals gesehen zu haben – und ich muss mich darum kümmern, die Patienten zu beruhigen und die Krankschreibung wieder in Kraft zu setzen. Das alles kostet Zeit, die für die Patientenversorgung fehlt.

### Sprechen wir über die Nachfrage: Gehen die Deutschen zu oft zum Arzt?

**SOYKA:** Wir sind inzwischen bei 17 Arztbesuchen pro Person und Jahr angelangt. Damit sind die Deutschen Weltmeister bei den Arztkonsultationen. Ich habe den Eindruck: Jüngere Patienten können schlecht einschätzen, wann sie einen Arzt aufsuchen müssen und wann nicht. Anzeichen für ernsthafte Erkrankungen werden übersehen; andererseits kommen die Leute mit Lappalien in die Praxis und sind unangemessen verängstigt – vielleicht, weil sie sich vorher durch eine Google-Suche verrückt gemacht haben. Und: Die Akzeptanz von Schmerzen wird geringer. Leichte Rückenbeschwerden verschwinden

### WARTEZEIT AUF FACHARZTTERMIN KÜRZER ALS EINEN MONAT



83 Prozent der Deutschen bekommen innerhalb eines Monats einen Facharzttermin. Das ist im internationalen Vergleich ungeschlagen.

Quelle: Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries

nach ein paar Tagen oftmals von selbst. Doch wenn man den Patienten sagt: „Warten Sie einfach mal ab, ob es besser wird“, scheint das unzumutbar zu sein. Es muss sofort etwas unternommen werden.

### Wie reagieren Sie darauf?

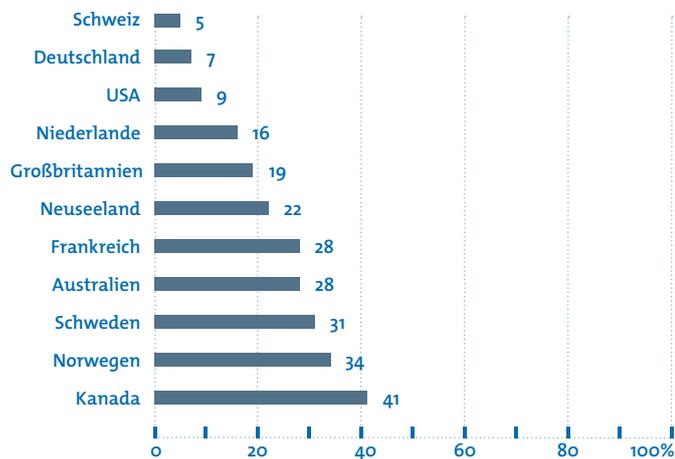
**SOYKA:** Man muss die Erwartung, immer sofort eine Therapie zu bekommen, nicht unbedingt bedienen. Wir schicken die Patienten wenn möglich mit Eigenübungen nach Hause. Das kostet uns mehr Zeit, als ein Rezept mit Diclofenac auszustellen, denn man muss Überzeugungsarbeit leisten und die Übungen erklären. Um den Patienten mehr Sicherheit zu geben, haben wir Broschüren erarbeitet, die zeigen, wie man mit einem Hexenschuss oder einer Blockierung umgehen sollte, wann man auf die Selbstheilungskräfte des Körpers vertrauen und

wann man den Arzt aufsuchen sollte. Wir hoffen, auf diese Weise auch zu einer rationaleren Inanspruchnahme der Versorgung beitragen zu können.

### Werden die Wartezeiten in den kommenden Jahrzehnten zunehmen?

**SOYKA:** Ja, ganz sicher. Wir haben es mit einem seltsamen Paradox zu tun: Die heutigen Wartezeiten werden dramatisiert, doch die Probleme, die auf uns zukommen, werden heruntergespielt. Die ambulante Medizin hat ein riesiges Nachwuchsproblem. Es gibt zu wenige junge Ärzte, die in Vollzeit und mit Vollgas in die Praxis möchten. Das liegt sicherlich auch daran, dass der Frauenanteil steigt. Doch auch die Männer gewichten Arbeit und Privatleben heute anders als die Generationen zuvor. Das bedeutet: Die Versorgungskapazität pro Kopf nimmt ab.

## WARTEZEIT AUF FACHARZTTERMIN LÄNGER ALS ZWEI MONATE



Nur 7 Prozent der deutschen Patienten warten länger als zwei Monate auf einen Facharzttermin. Das ist Platz zwei.

Quelle: Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries

Etwa 30 Prozent der Vertragsärzte sind über 50 Jahre alt und werden in den nächsten zehn bis 15 Jahren Nachfolger suchen. Dann muss man Klinikärzten schmackhaft machen, für dasselbe Geld das Risiko für eine selbstständige Praxis zu übernehmen. Das wird nicht funktionieren.

### Ist die Klage der Vertragsärzte über das magere Honorar nicht manchmal ein wenig übertrieben?

**SOYKA:** Was wir bekommen, ist kein Hungerlohn. Es ist bloß nichts, wofür jemand eine Praxis aufmacht und betreibt. Das Honorar hat sich immer weiter von dem entfernt, was man als „marktgerecht“ bezeichnen könnte. Ein Arzt macht heute deutlich weniger Umsatz pro Kassenpatient als im Jahr 1988. Zu dieser Zeit absolvierte ich meine ersten Praxisvertretungen in der Orthopädie. Der Fallwert lag damals

bei 100 bis 150 DM. Heute beträgt der Fallwert der Orthopäden 45 Euro. Berücksichtigt man die Inflation, ist der Fallwert um mehr als die Hälfte gesunken.

### Aber in den vergangenen Jahren hat das Gesamthonorar doch kontinuierlich zugenommen ...

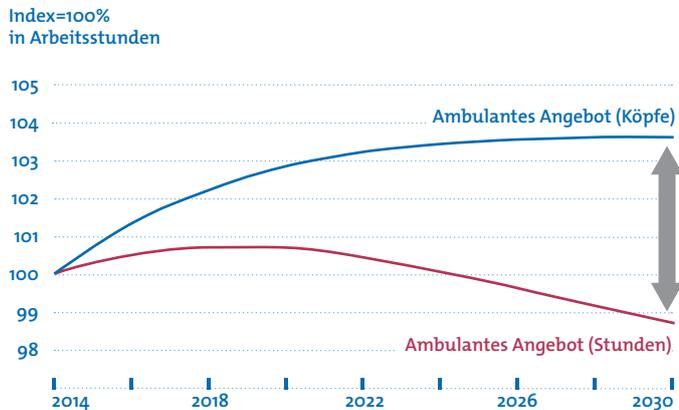
**SOYKA:** Ja, Medien und die Krankenkassen werden nicht müde, darauf hinzuweisen. Die Frage ist doch: Warum habe ich und haben alle mir bekannten Kollegen davon nichts gespürt? Dank der Transparenzdaten der KV Hamburg kann man die Honorarentwicklung seit dem Jahr 2000 ja ziemlich genau nachvollziehen. Die Gesamtsumme für die ambulante Medizin ist zwischen 2000 und 2015 tatsächlich gestiegen, in Hamburg von 640 Millionen auf eine Milliarde Euro. Die Umsätze der Praxen aus dem

hausärztlichen Bereich und aus der fachärztlichen Grundversorgung sind aber entweder leicht gefallen oder nahezu gleich geblieben. Allerdings haben sich die Ausgaben für Labormedizin, Humangenetik und Transfusionsmedizin mehr als verdreifacht. Gerade in der Labormedizin hat es viele Innovationen gegeben, ständig wurden neue genetische und laborchemische Untersuchungsmethoden entwickelt. Ich möchte mich nicht an der Diskussion beteiligen, ob diese Untersuchungen im Einzelnen sinnvoll sind oder ob Laborärzte zu viel vom vertragsärztlichen Kuchen abbekommen. Ein Teil des Geldes landet ohnehin nicht bei den Laborärzten, sondern bei internationalen Firmen, die Testsets herstellen und die Patente halten. Man muss auch den Patienten erklären: Die Mehrkosten sind in den medizinischen Fortschritt geflossen, nicht in eine Erhöhung der Arzteinkommen.

### Welche Konsequenzen hat das?

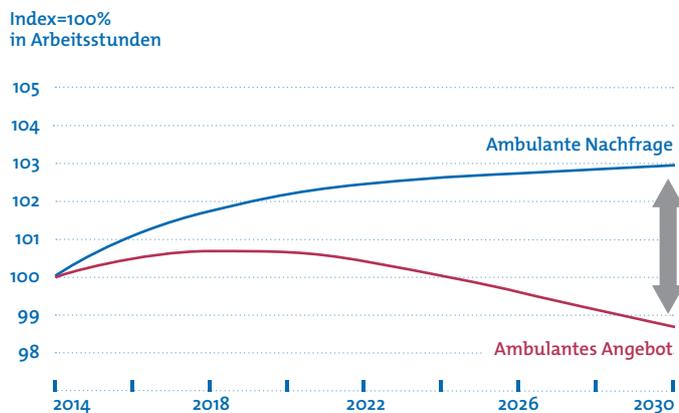
**SOYKA:** Ich kenne keinen Kollegen, den es unberührt lässt, dass er unter Marktwert bezahlt wird. Das empfindet man als mangelnde Wertschätzung. Und die Bezahlung unter Marktwert hat konkrete gesundheitspolitische Auswirkungen, die sich zuerst in den ökonomisch schwachen Wohngebieten bemerkbar machen. Dort gibt es keine Privatpatienten, es gibt keine Selbstzahler, und die Praxen haben wenige Möglichkeiten, die schlechten Kasseneinnahmen durch andere Einkünfte zu kompensieren. In diesen Gegenden beginnt die ambulante Versorgung auszutrocknen. Man findet fast keine Ärzte mehr, die sich dort niederlassen wollen.

## ARZTZAHLEN STEIGEN, ANGEBOT SINKT



Prognose der Entwicklung des ambulanten Angebots in Deutschland bis 2030: Trotz steigender Arztzahlen sinkt das Angebot an Arztstunden.

## ANGEBOT UND NACHFRAGE



Prognose der Entwicklung von Angebot und Nachfrage in der ambulanten Versorgung bis 2030: Die Schere öffnet sich.

Quelle: KBV - Deutschlandweite Projektion 2030 - Arztlentwicklung in Deutschland; Pressekonferenz vom 5. Oktober 2016

### Der soziale Impetus reicht nicht aus?

**SOYKA:** Entweder wird uns unterstellt, wir seien geldgierig. Oder man hält uns für heillose Idealisten. Das stimmt natürlich beides nicht. Viele

Kollegen engagieren sich nebenher in der Dritten Welt – über mangelnden sozialen Impetus kann man sich nicht beklagen. Doch die Arbeit in einem ökonomisch schwachen Stadtteil Hamburgs ist keine Kata-

strophenmedizin. Man hat es mit Zivilisationskrankheiten, Befindlichkeitsstörungen, Tennisarm oder Fibromyalgie zu tun. Das behandelt man auf Dauer nicht nur aus Mitleid. Deshalb ist es keine erfolgversprechende Strategie, sich bei der flächendeckenden Versorgung in Deutschland auf den sozialen Impetus der Ärzte zu verlassen. Entscheidend ist eine gute ökonomische Perspektive. Um eine nachhaltige Struktur zu sichern, braucht man Ärzte, die sich für ihre eigene Praxis ins Zeug legen und dabei vernünftiges Geld verdienen. Das ist die beste Motivation.

### Die Politik scheint allerdings eher auf Versorgungszentren und angestellte Ärzte zu setzen ...

**SOYKA:** Ja, scheint so. Ich habe mit dieser Betriebsform meine Erfahrungen gemacht, denn ich war einer der ersten, die in Hamburg ein MVZ gegründet haben. Mit der Medizin, die wir im „Aktivion MVZ Dr. Soyka und Partner“ gemacht haben, war ich sehr zufrieden. Doch ich habe festgestellt: Ein Betrieb mit angestellten Ärzten ist sehr viel ineffektiver als eine Praxis mit Selbstständigen. Heute arbeite ich wieder mit selbstständigen Partnern zusammen. Der Unterschied zu früher ist erheblich: Meine selbstständigen Kollegen schaffen ein erheblich höheres Arbeitspensum, sind erheblich motivierter und haben erheblich geringere Krankenstände.

### Wie erklären Sie sich das?

**SOYKA:** Ein niedergelassener Arzt, dem die Praxis selbst gehört, profitiert ganz unmittelbar davon, wenn es gut läuft – und wird direkt bestraft, wenn es schlecht läuft. Ein

angestellter Arzt kann durchaus motiviert und fleißig sein, doch wenn es wirklich darauf ankommt, fehlen ihm jene zehn Prozent Energie, die er investieren würde, wenn es seine eigene Praxis wäre.

### Welche Auswirkungen hätte ein MVZ-System auf die Wartezeiten?

**SOYKA:** Wir bekämen Zustände wie in England. Die Patienten müssten sich massiv umgewöhnen, denn das Ausmaß der Wartezeiten hätte mit dem, was wir heute gewohnt sind, nichts mehr zu tun. Ich hoffe, dass Patienten und Politiker darüber diskutieren und erkennen, wie gefährlich es ist, unser bewährtes System leichtfertig aufs Spiel zu setzen.

*Interview: Martin Niggeschmidt*



Matthias Soyka: „Wahnsinn Wartezeit – Hintergründe und Perspektiven von Wartezeiten im Gesundheitswesen“.  
ISBN: 9783744812771

Bezug über den lokalen Buchhandel oder unter: <https://www.bod.de/buchshop/wahnsinn-wartezeit-matthias-soyka-9783744812771>

Website zum Buch:  
[www.wahnsinn-wartezeit.de](http://www.wahnsinn-wartezeit.de)

## Leserbrief

KVH-Journal Nr. 5/2017, Seite 8:  
"Was auf dem Spiel steht"

### Überweisung auf Zuruf der Klinik?

Vielen Dank für die Veröffentlichung des Artikels von Dr. Erik Engel. Ich bin Allgemeinärztin und leide oft unter der Strategie der im nahegelegenen Klinikum tätigen Onkologen. Denn es werden immer wieder Patienten mit dem Auftrag zu uns geschickt, dass sie von ihrem Hausarzt Überweisungen für von uns nicht initiierte Untersuchungen holen sollen. So soll ich zu MRTs und zur Strahlentherapie des Klinikums überweisen. Meist werden diese Anfragen unter emotionalem und zeitlichem Druck gestellt. Und fast nie liegt uns ein Bericht der Kollegen vor. Wenn ich dem Patienten dann ausführlich und freundlich erkläre, dass das alles Aufgaben des behandlungsführenden Arztes sind, fühlt sich der Patient von mir abgelehnt. Und wenn er dann ohne Überweisung von mir zu den jeweiligen vom Klinikum vereinbarten Terminen geht, wird nicht selten empfohlen, dass er den Hausarzt wechseln solle. Andere Fachabteilungen in dem Klinikum arbeiten natürlich genauso, die Abgrenzung und Interaktion mit den Patienten ist jedoch naturgemäß deutlich leichter. Zusammenfassend schätze ich die fachliche Arbeit der Kollegen sehr, aber ich kann dem Klinikkonzern zumindest den Vorwurf machen, dass er seinen ärztlich und pflegerisch tätigen Mitarbeitern nicht vermittelt, dass wir Hausärzte nicht die Überweiser auf Zuruf sein können. Ganz im Gegenteil ruft der Konzern dazu auf, Ein- und Überweisungen über die schwerkranken Patienten von uns zu organisieren, damit die Wertschöpfung ausgebaut werden kann.

Dr. Angelika Giovanopoulos,  
Allgemeinmedizinerin in Eimsbüttel

# Bessere Nutzung der Kapazitäten

Das Hamburger Netzwerk „PsyConnect“ will eine praxisübergreifende Psychotherapieversorgung etablieren

**E**in großer Teil der Versorgungsdefizite in der ambulanten Psychotherapie könnte durch bessere Nutzung der vorhandenen Therapiekapazitäten (zum Beispiel operationale Indikationsstellung, Gruppentherapien, Stepped-care, Sofort- und Akuttherapie, Kurzzeitinterventionen) überwunden werden.

Neben der klassischen Einzeltherapie müsste dafür ein neuartiges Behandlungsspektrum angeboten werden. Eine vernetzte Kooperation von Psychotherapeuten mit spezifischer Aufgabenverteilung könnte dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

Leider verfolgt die lang erwartete Strukturreform einen gegenläufigen Ansatz. Die neuen Richtlinien zielen darauf ab, dass jeder alles macht. Das ist weder zeitgemäß, noch effizient. Zusätzliche Aufgaben wie Telefonsprechstunde, Erstsprechstunde und Akuttermine gehen nicht nur zu Lasten der Kapazität in der Psychotherapieversorgung. Es muss ein zusätzlicher organisatorischer Aufwand bewältigt werden.

Auch der angekündigte Impuls für mehr Gruppentherapien ist ausgeblieben. Es wurden keine Lehren aus den erfolglosen Förderkonzepten der Vergangenheit gezogen. Die Organisation von Gruppen erfordert einen funkti-

onierenden Verwaltungsapparat, den man sich in einer Einzelpraxis nicht leisten kann.

Die neuen Regeln in der Psychotherapie, nach denen jeder Psychotherapeut die ganze Bandbreite an Diagnostik und Therapie anbieten muss, zwingen die Psychotherapeuten jedoch genau in dieses Dilemma. Jede Praxis müsste danach teure Strukturen aufbauen. Die

## Die Psychotherapie-Reform eröffnet die Chance, neue Strukturen aufzubauen.

Versorgungslage wird sich so nicht verbessern lassen. Vielmehr ist das Gegenteil zu befürchten, da Therapiekapazitäten in Diagnostik und Indikationsstellung verlagert werden.

Dennoch eröffnet sich mit der Strukturreform in der Psychotherapie eine Chance. Es wurden nämlich die Voraussetzungen für eine praxisübergreifende Psychotherapieversorgung geschaffen. Kombinationsbehandlungen mit Beteiligung mehrerer Therapeuten scheiterten bisher an nahezu unüberwindbaren bürokratischen Hürden.

Dass eine gemeinsame Psychotherapie durch zwei oder mehrere Therapeuten nicht nur möglich ist, sondern auch viele Vorteile für

Patienten und die Versorgung haben kann, zeigen die erfolgreichen Behandlungskonzepte aus (teil-)stationären psychosomatischen Einrichtungen. Diese Errungenschaften können nun auch in der ambulanten Psychotherapie umgesetzt werden.

PsyConnect ist ein kürzlich gegründetes Netzwerk aus Verhaltenstherapeuten, das eine praxisübergreifende Psychotherapieversorgung aufbauen wird. Die gemeinsame Nutzung von Verwaltungsstruktur ist aus Kosten- und Effizienzgründen für alle Beteiligten eine große Entlastung. Der eigentliche Vorteil des Netzwerks liegt aber in den innovativen Behandlungsoptionen. Dies gilt für Patienten und Therapeuten gleichermaßen und zwar in der Diagnostik, Therapieplanung und Behandlungsdurchführung.

Die Vorteile für die Therapeuten sind evident. Es braucht nur eine einzige telefonische Sprechstunde; Erstsprechstunde oder Akuttherapie muss jeder anbieten, kann sie aber delegieren; und Gruppentherapien können von jedem Therapeuten durchgeführt werden. Besonders letzteres war für Verhaltenstherapeuten in eigener Praxis bisher kaum möglich. Dafür braucht es nämlich ein anspruchsvolles Case-Management und einen ausreichend großen Patientenstamm, da die Behandlung zumeist in stö-

zungsspezifischen Gruppen erfolgt. Der individuelle Therapieabschnitt in der Einzeltherapie kann vom selben, aber auch von anderen Therapeuten im Netzwerk übernommen werden.

Das Netzwerk wird ein spezialisiertes Diagnostikteam aufbauen und einheitliche Standards in der Therapieindikation und Behandlung festlegen. Die Einbindung ärztlich-psychiatrischer Kollegen und ein adaptives, IT-gestütztes Testverfahren werden feste Bestandteile der Erstdiagnostik sein und eine passgenaue Therapieplanung ermöglichen. Die Erstsprechstunde soll ohne Wartezeit (innerhalb von ein bis zwei Wochen) erfolgen.

Das Angebot wird sukzessive der Nachfrage angepasst. Kombinationsbehandlungen mit Einzel- und Gruppentherapien, gestufte Behandlungen und Kurzinterventionen werden indikationsbezogen und regelhaft zum Einsatz kommen. Eine eng aufeinander abgestimmte, fachübergreifende Behandlung durch Psychotherapeuten und Psychiater im Netzwerk wird vielfältige Vorteile in der Behandlung und im Krisenmanagement bringen.

Ein koordiniertes therapeutisches Vorgehen ist besonders für das Thema Arbeitsfähigkeit und Vermeidung von Krankenhausbehandlungen wünschenswert.

Letztlich ermöglicht die Behandlung in einer übergeordneten Netzwerkstruktur die Umsetzung von akuten Therapien; diese sollen, anders als die neuen Richtlinien es vorsehen, psychotherapeutisch im Gruppensetting stattfinden. Die Einzelgespräche (Dauer 30 Minuten) sollen bedarfsorientiert durch einen Psychiater mit psychotherapeutischem Schwerpunkt erfolgen, da akut erkrankte Patienten häufiger ei-

nen medikamentösen Behandlungsbedarf haben. Alle Behandlungseinheiten basieren auf langjährigen Erfahrungen und haben sich im klinischen Alltag bereits bewährt. Jede Behandlung wird im Verlauf hinsichtlich Therapieerfolg und Patientenzufriedenheit evaluiert. Eine wissenschaftliche Überprüfung des Konzeptes ist durch eine Kooperation mit dem Institut für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Eppendorf sichergestellt.

Die Versorgungsziele von PsyConnect sind klar gesteckt: Es geht um eine schnellere, wirksame Diagnostik und Behandlung für psychisch kranke Menschen in Hamburg bei besserer Nutzung der vorhandenen Versorgungskapazitäten.

In einem großen Therapiezentrum (VT Falkenried) werden diese Konzepte bereits seit über einem Jahrzehnt erfolgreich praktiziert. Es ist nur konsequent, den Schritt in eine praxisübergreifende Versorgung zu gehen und interessierte Psychotherapeuten an teamorientierten Behandlungsprogrammen zu beteiligen.

Bei einem Erfolg eröffnet sich eine Perspektive für die Weiterentwicklung eines alternativen Behandlungssegments in der Psychotherapie. Man sollte dann darüber nachdenken, auch Hausärzte in den vernetzten Behandlungsprozess mit einzubeziehen. Entsprechende Modelle (z. B. Psychenet) sind bereits erfolgreich beforscht worden. Eine Einbindung von PsyConnect in eine sektorenübergreifende Versorgung wäre ebenfalls denkbar und könnte zur Überwindung der bekannten Schnittstellenproblematik beitragen.

---

**PROF. DR. HELMUT PETER,**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und ärztlicher Direktor des VT Falkenried MVZ

**DR. CORNELIA FISSER,**

psychologische Psychotherapeutin und Inhaberin einer Einzelpraxis in Hamburg-Hoheluft

**DR. GRAZYNA KAISER,**

psychologische Psychotherapeutin und Inhaberin einer Einzelpraxis in Harvestehude

**BIRGIT KATENKAMP,**

psychologische Psychotherapeutin und Inhaberin einer Einzelpraxis in Winterhude

**DR. ULRIKE LUPKE,**

psychologische Psychotherapeutin und psychologische Direktorin des VT Falkenried MVZ

**DR. KRISTINE PFEIFFER,**

psychologische Psychotherapeutin und Teilhaberin einer Gemeinschaftspraxis in Fuhlsbüttel

**DR. BENJAMIN SIEMANN,**

Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztlicher Leiter im VT Falkenried MVZ

**SINA ZAWORKA,**

psychologische Psychotherapeutin und Inhaberin einer Einzelpraxis in St. Georg

**Kontakt: PsyConnect -  
Netzwerk Verhaltenstherapie  
Jarrestraße 2  
22303 Hamburg  
Tel.: 688 930 688  
[www.psyconnect.de](http://www.psyconnect.de)  
[netzwerk@psyconnect.de](mailto:netzwerk@psyconnect.de)**

# Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

**Infocenter Tel: 22802-900**

## GENEHMIGUNG KURZZEITTHERAPIE

### **Ab welchem Zeitpunkt kann ich als Psychotherapeut sicher sein, dass eine Kurzzeittherapie genehmigt ist?**

Die Krankenkasse muss spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang über den Antrag auf Kurzzeittherapie entscheiden (§33 Psychotherapie-Richtlinie). Wenn Sie sicher wissen wollen, wann der Antrag bei der Krankenkasse eingegangen ist, empfehlen wir, dies telefonisch zu erfragen. Alternativ wäre der Versand des Antrags per Einschreiben mit Rückschein möglich.

Nach Ablauf dieser Drei-Wochen-Frist gelten die Anträge auch ohne Bescheid als bewilligt. Grundsätzlich erhält nur noch der Patient eine formlose Bewilligung seiner Kasse. Wird eine Kurzzeittherapie nicht bewilligt, erhalten weiterhin sowohl Patient als auch Psychotherapeut eine Mitteilung.

## KRANKENGYMNASTIK AUSSERHALB DES REGELFALLS

### **Wie viele Einheiten Krankengymnastik können wir außerhalb des Regelfalls verordnen?**

Die Verordnungsmenge außerhalb des Regelfalls ist von der Behandlungsfrequenz abhängig (§ 8 Abs. 1 Heilmittel-Richtlinie). Die Behandlungsfrequenz ist so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von zwölf Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

## VERSICHERTENPAUSCHALE

### **Können wir bei einem Kassenwechsel die Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale erneut abrechnen?**

Ja, bei einem Kassenwechsel im laufenden Quartal darf die Versicherten- beziehungsweise die Grundpauschale erneut abgerechnet werden, da es sich um einen neuen Behandlungsfall handelt.

## QUALIFIKATION VON PRAXISVERTRETEREN

### **Dürfen Leistungen, für die eine besondere Qualifikation erforderlich ist, auch von Praxisvertretern erbracht werden?**

Ja, vorausgesetzt der zu vertretene Arzt hat sich vergewissert, dass sein Vertreter die dafür notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt (§ 14 Abs. 1 des BMV-Ä). Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, darf der Vertreter diese Leistungen nicht erbringen. (Weitere Informationen zur Praxisvertretung bei Urlaub: siehe Seite 22. Ein Merkblatt zu den Vertreterregelungen finden Sie unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Zulassung → Anstellung/Vertretung



DESINFEKTION

**Dürfen wir Handdesinfektionsmittel in unserer Praxis umfüllen?**

Handdesinfektionsmittel, welches am menschlichen Körper angewendet werden kann, fällt unter die rechtliche Kategorie der „Arzneimittel“. Nach der RKI-Empfehlung „Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ dürfen entleerte Flaschen von Handdesinfektionsmitteln nur unter aseptischen Bedingungen in einer Apotheke oder Krankenhausapotheke nachgefüllt werden.

Ausgenommen hiervon sind Praxen mit einer Herstellungserlaubnis. Hintergrund: Im Arzneimittelgesetz § 4 Abs. 14 ist das Umfüllen von Arzneimitteln aus größeren Gebinden in kleinere Behältnisse als Herstellen definiert. Aus haftungsrechtlichen und hygienischen Gründen sowie aus Gründen der Arzneimittelsicherheit empfehlen wir daher die Verwendung von Einmalgebinden als Spenderflaschen.

KOMPRESSIONSSTRÜMPFE

**Wie werden Kompressionsstrümpfe in der Schwangerschaft verordnet?**

Die Verordnung von Kompressionsstrümpfen „nach Maß“ ist nicht zulässig, wenn die Versorgung mit Fertigartikeln denselben Zweck erfüllt (§ 6 Abs. 9 Hilfsmittel-Richtlinie). Da eine Maßanfertigung in diesen Fällen oftmals nicht zwingend notwendig ist, empfiehlt sich die Verordnung von „Konfektionsgrößen nach Maß“. Die Verordnung erfolgt auf Muster 16 – Feld 7 (Hilfsmittel) unter Angabe einer Diagnose (z. B. Varizen in der Schwangerschaft), Anzahl, Positionsnummer und der Art der Herstellung (z. B. 2 Paar Kompressionsstrümpfe, Konfektionsgröße nach Maß).

EINLESEN DER PATIENTENKARTE

**Es kommt vor, dass wir den iFoBT-Test am Ende eines alten Quartals ausgeben und erst am Anfang eines neuen Quartals wieder bekommen. Manchmal wird uns der Test per Post zurückgeschickt und wir sehen den Patienten dann gar nicht mehr. Müssen wir dann für beide Quartale die Karte einlesen?**

Sie dürfen Leistungen immer nur dann abrechnen, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde. Da die Rücknahme und die Veranlassung der Laboruntersuchung zum Leistungsinhalt gehören und in ihrem Beispiel erst im neuen Quartal stattfinden, muss die Versichertenkarte im neuen Quartal erneut eingelesen werden.

Infocenter Tel: 22802-900



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

## DMP: Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

Ab 1. Juli 2017 gibt es neue DMP-Teilnahme- und Einwilligungserklärungen. Das betrifft die Formulare für Diabetes mellitus (neuer Formularschlüssel: 010E) und COPD (060C) sowie das indikationsübergreifende Formular (070B).

Wenn Sie nach dem 1. Juli 2017 die alten Formulare verwenden, werden Sie von der Datenstelle im Rahmen des Korrekturverfahrens gebeten, die gültigen Formulare zu nutzen. Achten Sie also bitte darauf, ab Juli nur noch die neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen zu verwenden. Die Formulare erhalten Sie wie bisher über den Paul-Albrechts-Verlag. ■

## DMP-Dokumentation: Übermittlung per Datenträger nur noch bis Ende 2018

DMP-Dokumentationen per Datenträger (CD-ROM, Diskette, DVD) an die Datenstelle Davaso GmbH (bisher: Inter-Forum) zu senden, ist nur noch bis zum 31. Dezember 2018 möglich. Bitte stellen Sie Ihre DMP-Datenübertragung sukzessive auf die inzwischen gut etablierten elektronischen Übertragungswege um: KV-Portal, DMP-online, KV Connect. ■

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

## Aktualisierung des DMP-Vertrags Diabetes mellitus Typ 2

Der DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 ist zum 1. Juli 2017 an die aktualisierten Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) angepasst worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Vorgaben für das DMP aktualisiert, so dass die Behandlung der eingeschriebenen Versicherten weiterhin dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entspricht. Sämtliche diagnostischen, therapeutischen und qualitätssichernden Maßnahmen wurden anhand aktueller Leitlinien überprüft und bei Bedarf angepasst oder ergänzt. Unter anderem wird in den neuen DMP-Anforderungen nunmehr stärker betont, dass für den Blutzucker Zielwerte festzulegen sind, die das Alter, die Begleiterkrankungen oder auch eine Symptomfreiheit des Patienten berücksichtigen. Die richtige Einstellung des HbA1c innerhalb eines empfohlenen

Zielkorridors spielt eine große Rolle bei der Vermeidung von Langzeitkomplikationen und akuten Unterzuckerungen. Die Therapieempfehlungen zu blutzuckersenkenden Arzneimitteln hat der G-BA an die aktuelle nationale Versorgungsleitlinie angepasst. Grundsätzlich überarbeitet wurden auch die Vorgaben hinsichtlich des diabetischen Fußsyndroms. Hierbei haben präventive Maßnahmen einen höheren Stellenwert als bisher.

### NEUE ABRECHNUNGSZIFFER FÜR LINDA-SCHULUNG

Die LINDA-Schulung für Typ 2-Diabetiker mit Hypertonie hat aus verwaltungsinternen Gründen zum 1. Juli 2017 die GOP 99219A erhalten. Sie kann unverändert im Umfang von vier Unterrichtseinheiten zu je 20 Euro pro Patient abgerechnet werden. ■

## DAK kündigt Betreuungsstrukturvertrag

Die DAK hat den Vertrag „Multimorbidität / chronische Erkrankungen“ zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte mit besonderem Versorgungsbedarf (sog. Betreuungsstrukturvertrag) zum 30. Juni 2017 gekündigt. ■



## Amtliche Veröffentlichung

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

### Verträge

- Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2017
- 6. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss in der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Fassung
- 3. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2017

### Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 6/2017 wurde der 3. Nachtrag zum DMP Brustkrebs unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zum 3. Nachtrag zum DMP Brustkrebs ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

### Hinweis: Kündigung von Verträgen

- Vertrag - Multimorbidität / chronische Erkrankungen - zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte mit besonderem Versorgungsbedarf mit der DAK-Gesundheit: Die DAK-Gesundheit hat den o. g. Vertrag zum 30. Juni 2017 gekündigt.

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

# Psychotherapeuten dürfen verordnen

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen seit Juni 2017 Krankenhausbehandlungen und Krankentransporten verordnen. Die Verordnung erfolgt auf denselben Formularen, die auch Vertragsärzte verwenden (Muster 2 bei Krankenhausbehandlung und Muster 4 bei Krankentransport). Formulare erhalten Psychotherapeuten über den üblichen Bestellweg beim Paul Albrechts Verlag ([www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Formulare & Infomaterial** → **PAV-Formulare**).

## KLINIKWEISUNG BEI BESTIMMTEN INDIKATIONEN

Psychotherapeuten dürfen Patienten in ein Krankenhaus einweisen, wenn diese aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen stationär behandelt werden müssen. Die Verordnung ist zulässig für Diagnosen, bei denen entweder nach der Psychotherapie-Richtlinie eine Psychotherapie durchgeführt werden kann oder eine neuropsychologische Therapie nach der Richtlinie für Methoden für vertragsärztliche Versorgung möglich ist. Für die übrigen Indikationen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10-GM muss eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Bitte beachten Sie: Bei der Verordnung von Krankenhausbehandlungen gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Patienten sollen sich die Kostenübernahme der stationären Behand-

lung von ihrer Krankenkassen vorab genehmigen lassen.

## FAHRTEN ZUR STATIONÄREN UND AMBULANTEN BEHANDLUNG

Für die Verordnung von Krankentransporten, Krankentransporten und Rettungsfahrten gelten die gleichen Vorgaben wie für die Vertragsärzte. Die verordneten Fahrten müssen im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig sein. Dies gilt auch für Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung, soweit der Vertragspsychotherapeut nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie berechtigt ist, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen.

## REHA UND SOZIOThERAPIE ERST SPÄTER

Künftig sollen Psychotherapeuten auch Leistungen der Rehabilitation und Soziotherapie verordnen dürfen. Über die Umsetzung und die Honorierung wird zwischen KBV und GKV-Spitzenverband derzeit noch verhandelt. Wir werden darüber informieren, sobald die Verhandlungen abgeschlossen sind.

Die KBV hat angekündigt, nach Abschluss der Verhandlungen eine kompakte Broschüre zu den vier Verordnungen durch Psychotherapeuten herauszubringen. ■

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



## Ab in den Urlaub

Vertragsärzte können sich gegenseitig vertreten. Doch es gibt Regeln, die beachtet werden müssen.



**E**in Vertragsarzt ist grundsätzlich dazu verpflichtet, seine vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Wenn er Urlaub macht, muss er vom ersten Tag an für eine Vertretung sorgen, damit eine lückenlose Behandlung seiner Patienten gewährleistet ist.

Findet die Vertretung in einer anderen Praxis statt, muss er dies in geeigneter Weise bekannt geben (zum Beispiel durch Anschlag an seiner Praxistür, Ansage auf dem Anrufbeantworter und Hinweis auf seiner Website). Die Vertretung muss jeweils mit dem vertretenden Arzt abgesprochen werden.

Den ärztlichen Notfalldienst als Vertretung anzugeben, ist nicht zulässig. Aufgabe des Notfalldienstes ist es, die Versorgung außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten und am Wochenende sicherzustellen. Während der normalen Praxisöffnungszeiten ist der Notfalldienst nicht im Einsatz.

Dauert die Vertretung länger als eine Woche, ist der KV unter Benennung des Vertreters eine Mitteilung zu machen.

Innerhalb von zwölf Monaten kann sich der Arzt unterm Strich maximal drei Monate lang genehmigungsfrei vertreten lassen. Für eine über diesen Zeitraum hinausgehende Vertretung ist eine vorherige Genehmigung durch die KV erforderlich.

Die Vertretung hat in der Regel durch einen anderen (Vertrags-)Arzt zu erfolgen, der über eine identische oder zumindest fachverwandte Zulassung verfügt. Der Vertretene ist für die Auswahl seines Vertreters verantwortlich.

Ein angestellter Arzt kann grundsätzlich unter denselben Voraussetzungen wie ein Vertragsarzt vertreten werden.

Eine Besonderheit gilt für Psychotherapeuten: Wegen der besonders engen Patienten-Therapeuten-Beziehung ist eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen unzulässig, wobei von diesem Grundsatz in Härtefällen abgewichen werden kann. ■

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



## Vereinbarung zur ambulanten Palliativversorgung

**MIT EINER NEUEN VEREINBARUNG** wollen KBV und GKV-Spitzenverband den Ausbau der ambulanten Palliativversorgung vorantreiben. Ziel der Vereinbarung ist es, die Übergänge zwischen kurativer Behandlung und palliativmedizinischer Versorgung sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) fließend zu gestalten.

Mit der Vereinbarung werden die Versorgungsziele, der Versorgungsauftrag für die teilnehmenden Vertragsärzte sowie Voraussetzungen für die Teilnahme festgelegt.

### ZENTRALE PUNKTE DER VEREINBARUNG SIND

- die Koordination der Versorgung mit dem Ziel, die bestmögliche individuelle Versorgungs- und Lebensqualität in der letzten Lebensphase für den Patienten zu erreichen und sicherzustellen;
- die Vernetzung mit Pflegediensten und Hospizen;
- eine umfassende Information und Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen

zu Hilfs- und Entlastungsangeboten durch die Vertragsärzte;

- die Abgrenzung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung;
- die Kombination aus praktischen und theoretischen Fach-Qualifikationen der Vertragsärzte zur Teilnahme an der Vereinbarung.

Die Vereinbarung umfasst dabei die Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in allen Altersgruppen. Sie schließt somit auch Kinder und Jugendliche ein, für die gesonderte Bedingungen gelten. Bestehende Regelungen zur Palliativversorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie regionale Vereinbarungen bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.

Die Vereinbarung tritt zum 1. Juli 2017 in Kraft. Der Bewertungsausschuss legt innerhalb der nächsten sechs Monate die Vergütung fest. ■

**Weitere Informationen:** [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) →  
**Genehmigung** → Palliativmedizin

**Ansprechpartnerinnen:**  
**Inga Beitz, Tel: 22 802 - 451**  
[inga.beitz@kvhh.de](mailto:inga.beitz@kvhh.de)  
**Janine Ohse, Tel: 22 802 - 573**  
[janine.ohse@kvhh.de](mailto:janine.ohse@kvhh.de)

### QUALITÄTSMANAGEMENT

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Praxis	Fachrichtung	Adresse	
Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. Sigrun Müller-Hagen Dr. med. Mathias Bertram	Hämatologisch- Onkologische Schwerpunktpraxis	Süntelstraße 11 a 22457 Hamburg	2. QEP- Rezertifizierung 26.3.2017
Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. Michael Grande Dr. med. Sebastian Ropohl	Orthopädie	Reinbeker Weg 35 21029 Hamburg	2. QEP- Rezertifizierung 24.4.2017

Stand Mai 2017

**Ansprechpartnerinnen**  
**für Fragen zu Qualitätsmanagement:**  
**Ursula Gonsch, Tel. 22802-633,**  
[ursula.gonsch@kvhh.de](mailto:ursula.gonsch@kvhh.de)  
**Birgit Gaumnitz, Tel. 22802-889,**  
[birgit.gaumnitz@kvhh.de](mailto:birgit.gaumnitz@kvhh.de)

# Das neue Ärztehaus

KV Hamburg zieht zurück in die Humboldtstraße

Ab 17. Juli 2017 finden Sie die KV Hamburg wieder an ihrem angestammten Platz in der Humboldtstraße. Nach knapp dreijähriger Bauzeit haben die Ärzte und Psychotherapeuten der Hansestadt wieder einen angemessenen Ort für ihre Selbstverwaltungsarbeit. Das neue Ärztehaus bietet Versammlungsräume für die Gremien und die Berufs-

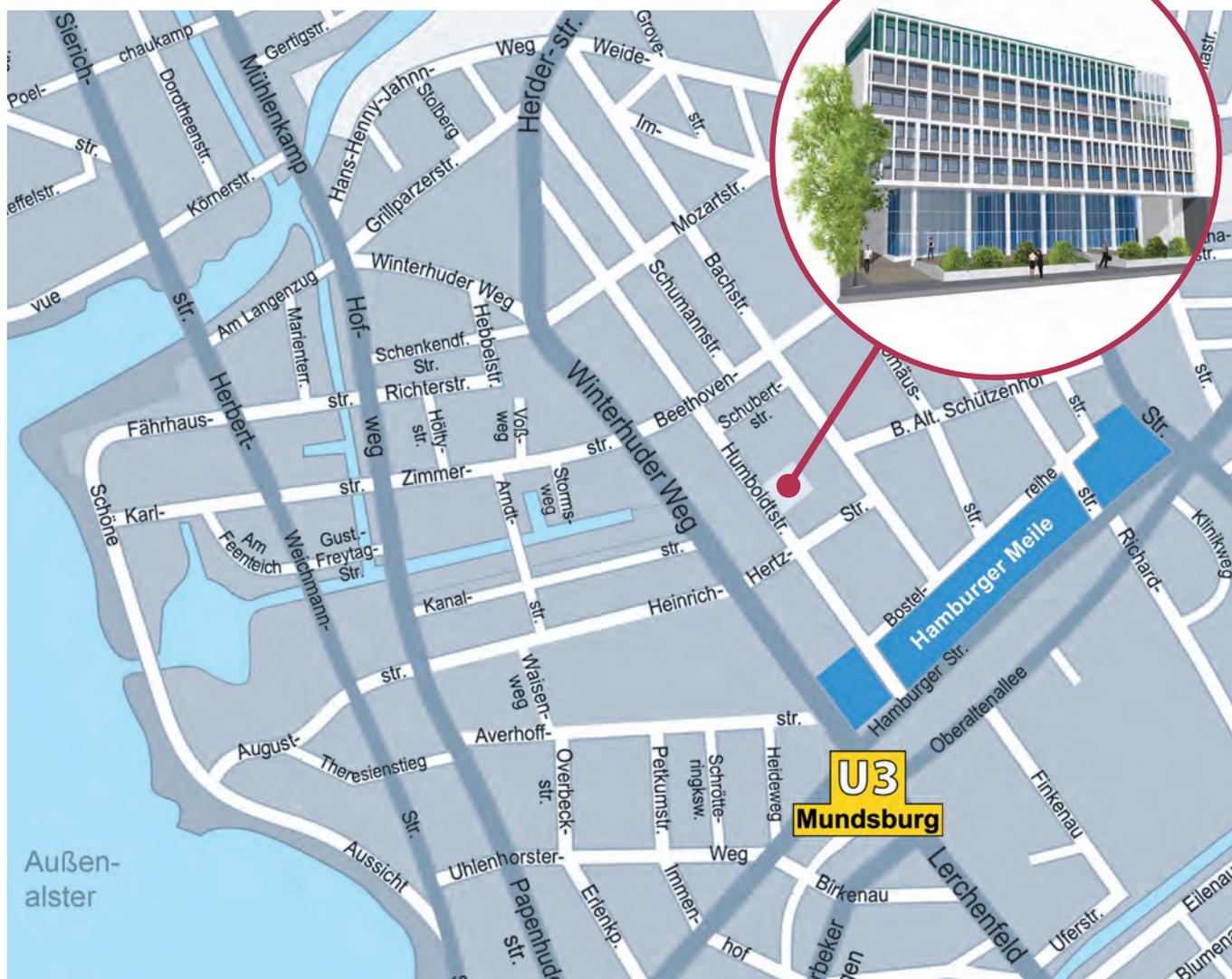
verbände. Den KV-Mitarbeitern stehen moderne Büros zur Verfügung.

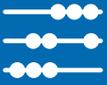
Während der Umzugsphase vom 13. bis 16. Juli 2017 sind die KV-Mitarbeiter nur eingeschränkt erreichbar. **Alle Telefonnummern und E-Mail-Adressen bleiben nach dem Umzug weiterhin gültig.**

**Tel: 22802-0**

**E-Mail: [kontakt@kvhh.de](mailto:kontakt@kvhh.de)**

**Ab 17. Juli:  
KV Hamburg  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**





## Wegen Umzugs: Abrechnung 2/2017 bitte fristgerecht einreichen!

**Abgabefrist: 3. bis 12. Juli 2017**

**W**egen des Umzugs verkürzt sich die Bearbeitungszeit, die den KV-Mitarbeitern für die Bearbeitung der Abrechnung des Quartals 2/2017 zur Verfügung steht. Deshalb bitten wir die Praxen, die Abrechnung innerhalb der offiziellen Abgabefrist vom 3. bis 12. Juli 2017 einzureichen.

Eine Fristverlängerung kann nur in Ausnahmefällen genehmigt werden und muss substantiell begründet sein. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss vor Ablauf der Abgabefrist schriftlich gestellt werden.

Die Abrechnung ist grundsätzlich online zu übermitteln. Die KV bietet Ihnen jedoch die Möglichkeit, Ihre Abrechnung wie bisher auf einem Datenträger in die KV zu bringen und dort in einem bereitgestellten Computer einzulesen. Aufgrund des bevorstehenden Umzugs ist das diesmal nur in der Zeit vom 3. bis 12. Juli 2017 möglich. Wir bitten um Ihr Verständnis. ■

## Neuer Honorar- Quartalsbericht bald im Online-Portal

**In der ersten Juli-Woche** veröffentlicht die KV Hamburg den Honorarbericht für das 4. Quartal 2016. In diesem Bericht sind sowohl die Rahmenbedingungen aufgeführt, die für alle Mitglieder der KV gelten, als auch die spezifischen Bedingungen für einen Versorgungsbereich oder eine Arztgruppe. Ergänzend werden arztgruppenspezifische Leistungsstatistiken veröffentlicht, denen Sie neben der Anzahl der abgerechneten Leistungen auch die Anzahl der abrechnenden Ärzte einer GOP entnehmen können. Den Bericht sowie die Leistungsstatistiken finden Sie im Online-Portal der KV Hamburg. (Anmeldung notwendig; Navigationspunkte "Honorarberichte" und "Leistungsstatistiken") ■

## Abrechnungs-Newsletter per E-Mail: jetzt anmelden!

Der Abrechnungsnewsletter der KV Hamburg ist auch per E-Mail erhältlich. In diesem Newsletter stellt die KV jeweils vor Quartalsbeginn eine Übersicht zu den Neuerungen der Leistungsabrechnung zusammen, die den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und die Sonderabrechnungsnummern betreffen. Der

aktuelle Newsletter steht auf der Website der KV zur Verfügung. Dort findet man auch ein Archiv der vorherigen Ausgaben. Wer sich jetzt auf der Website anmeldet, bekommt die Informationen bequem per E-Mail. ■

**Anmeldemöglichkeit: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Abrechnung → Newsletter**



# Wie lese ich meine Trendmeldung?

Die Wirkstoffvereinbarung definiert Zielquoten für die Verordnung von Generika und Leitsubstanzen. Für jedes Quartal bekommt der Arzt eine Trendmeldung zugeschickt. So kann er sofort prüfen, ob er auf einem guten Weg ist, seine Quoten zu erreichen. Wir erklären hier nochmals, wie die Trendmeldung zu verstehen ist – und wie man sie zur Verordnungssteuerung nutzen kann.

## TRENDMELDUNG 3/2016

Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hamburg

<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="background-color: #0070C0; color: white; border-radius: 50%; padding: 2px 6px; margin-right: 5px;">1</span> <div> <p style="margin: 0;"><b>Honorareinheit</b></p> <p style="margin: 0;"><b>Vergleichsgruppe (VG)</b></p> </div> </div> </div>	<p style="margin: 0;">022200222</p> <p style="margin: 0; font-size: 8px;">FÄ, für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten (3)</p>	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="background-color: #0070C0; color: white; border-radius: 50%; padding: 2px 6px; margin-right: 5px;">2</span> <div> <p style="margin: 0;"><b>Betriebsstätten:</b> 022222222, 033333333</p> </div> </div> </div>
		<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="background-color: #0070C0; color: white; border-radius: 50%; padding: 2px 6px; margin-right: 5px;">3</span> <div> <p style="margin: 0;"><b>der VG zugehörige LANR:</b> 030333333, 040444444, 050555555</p> </div> </div> </div>

Praxis Musterstraße

## WER BEKOMMT EINE TRENDMELDUNG?

Grundsätzlich gilt: Jeder Arzt, der in den von der Wirkstoffvereinbarung umfassten Bereichen verordnet, wird einer Vergleichsgruppe zugeordnet und bekommt eine Trendmeldung zugeschickt. Allerdings gibt es zwei Sonderkonstellationen:

### **GEMEINSCHAFTSPRAXIS:**

Wenn in einer Honorareinheit mehrere Ärzte arbeiten, die der gleichen Vergleichsgruppe zugeordnet sind, werden diese Ärzte gemeinsam betrachtet. Arbeiten also beispielsweise in der „Praxis Musterstraße“ drei Hausärzte und zwei Gynäkologen, werden die drei Hausärzte wie ein

einzigiger Hausarzt betrachtet: Die drei Hausärzte müssen die Zielquote gemeinsam erreichen – ihre Verordnungen gleichen sich gegebenenfalls untereinander aus. Dasselbe gilt für die beiden Gynäkologen.

Unsere fiktive Trendmeldung (siehe Abbildung) ist an die Hausärzte der Honorareinheit 022200222 adressiert (Feld 1). Die Honorareinheit umfasst zwei Betriebsstätten (022222222 und 033333333, siehe Feld 2). Der Hausarzt Dr. Michael Mustermann mit der Arztnummer LANR 030333333 sollte sich bemühen, zusammen mit seinen beiden

hausärztlichen Kollegen (LANR 040444444 und 050555555, siehe Feld 3) die vorgegebenen Zielquoten zu erreichen.

### **TÄTIGKEIT FÜR UNTERSCHIEDLICHE PRAXEN:**

Wenn ein Arzt in mehreren Honorareinheiten parallel arbeitet, bekommt er mehrere Trendmeldungen. Sein Verordnungsverhalten wird für jede der Honorareinheiten, in der er arbeitet, gesondert betrachtet. Der Arzt sollte also darauf achten, die vorgegebenen Zielquoten in jeder dieser Honorareinheiten für sich genommen einzuhalten.

1	2	3	4	5	6
Wirkstoffgruppe	ATC-Code	Zielwert %	verordnete DDD	Ihr Wert %	Ergebnis
Analgetika (außer BTM-Rezept-pflichtige Opiode)	N02 außer N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AA55, N02AB02, N02AB03, N02AB07, N02AC06, N02AE01, N02AX06	97,26	3.090	91,81	
<b>7</b>	<b>Von Ihnen verordnete (TOP-) Arzneimittel, die Sie überprüfen sollten*</b>		<b>verordnete DDD</b>		
	Ascotop		112		
	Katadolon		84		
	Maxalt		24		
	Tramal		17		
	Novalgin/ -akut		8		

## HABE ICH MEIN WIRKSTOFFGRUPPEN-ZIEL ERREICHT?

In der Trendmeldung sind nur jene Wirkstoffgruppen aufgelistet, in denen der Arzt eine bestimmte Verordnungsmenge überschritten hat. Dabei kann der Arzt sofort sehen: Habe ich den vorgegebenen Mindestanteil empfohlener Wirkstoffe in der jeweiligen Wirkstoffgruppe erreicht?

**1 WIRKSTOFFGRUPPE:** In unserem fiktiven Beispiel geht es um die Zielwerte für Analgetika.

**2 ATC-CODE** (anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem für Wirkstoffe): Hier sind alle Wirkstoffe aufgelistet, die von der Wirkstoffgruppe umfasst sind.

**3 ZIELWERT:** Die Zielwerte wurden auf Basis der tatsächlichen Verordnungen der jeweiligen Vergleichsgruppe ermittelt. Hier liegt der Zielwert bei 97,26 Prozent, das heißt: Der Arzt soll in der Gruppe

der Analgetika mindestens 97,26 Prozent Generika (und Rabattarzneimittel) verordnen.

**4 VERORDNETE DDD:** Der Wert zeigt an, wie viele Tagesdosen (auf Basis von DDD) der Arzt im betref-

fenden Quartal insgesamt in dieser Wirkstoffgruppe verordnet hat. Auf diese Gesamtverordnungsmenge bezieht sich der prozentuale Zielwert. Im *KVH-Journal* 6/2017 (Seite 20) haben wir die Struktur der ATC-

## PRAXISBESONDERHEITEN SIND OBSOLET

Arzneimittelpraxisbesonderheiten, wie man sie aus der Zeit der Richtgrößen kennt, sind mit der Wirkstoffvereinbarung obsolet geworden. Daher gelten auch die Listen der Arzneimittelpraxisbesonderheiten und die entsprechenden Symbolziffern („91er-Nummern“) nicht mehr.

Wirkstoffe, für die Vereinbarungen im Nachgang zur frühen Nutzenbewertung (§ 130b Abs. 2 Satz 1 SGB V) als Praxisbesonderheit bestehen, bleiben von der Wirkstoffvereinbarung unberücksichtigt. Sie werden also nicht von jenen Wirkstoffgruppen umfasst, für die es Zielquoten gibt. Beispiele: Ticagrelor gomg, Abirateron, Enzalu-

tamid, Pirfenidon, Propranolol zur Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, Empagliflozin (ab 1. Januar 2017), Sacubitril/Valsartan (ab 2. Quartal 2017). Ebenso bleiben die Arzneimittel Macugen®, Lucentis®, Eylea®, Illuvien®, Ozurdex®, Jentrex® von der Wirkstoffvereinbarung unberücksichtigt.

Achtung: Grundsätzlich ist auch bei der Verordnung dieser Arzneimittel das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nur für die explizit genannten Indikationsbereiche dieser Wirkstoffe. Einzelfallprüfungen sind möglich.



# Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit

040 / 20 22 99 222

[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)

Ärzte und Sozialversicherungsfachangestellte beantworten Ihre Fragen rund um das Hamburger Gesundheitssystem – kompetent und unabhängig. Wir helfen Ihnen bei der Arztsuche, nennen Spezialisten, erklären Krankheitsbilder oder Krankenkassenrecht.

Klassifikation und der Defined Daily Dose (DDD) erläutert, um größtmögliche Transparenz zu schaffen. Die DDD ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen. Mithilfe der entsprechenden DDD bestimmen wir die Verordnungsmengen und die Verordnungsanteile an Generika, Leitsubstanzen und Rabattarzneimitteln innerhalb der jeweiligen Wirkstoffgruppe. Die DDD werden in der Praxissoftware nicht angezeigt. Um die Trendmeldung zu verstehen oder seine Zielquote zu erreichen, muss man die DDD der Wirkstoffe nicht kennen. Die Angabe der verordneten DDD hilft allerdings dabei, die Anzahl der betreffenden Patienten und Packungen einzuschätzen. Im fiktiven Beispiel hat der Arzt 3.090 Tagesdosen an Schmerzmitteln verordnet. In einem Quartal mit 90 Tagen entspricht das der Versorgung von rund 33 Patienten (vorausgesetzt es handelt sich um eine Dauermedikation).

**5 IHR WERT:** In dieser Spalte wird der vom Arzt erreichte Anteil an Generika / Leitsubstanzen inklusive Rabattarzneimittel angegeben. Im fiktiven Beispiel liegt der Verordnungsanteil an Generika und Rabattarzneimittel bei 91,81 Prozent (bezogen auf die Gesamtverordnungsmenge von 3090 DDD, die als 100 Prozent gesetzt werden).

**6 ERGEBNIS:** Der farbige Punkt verdeutlicht den Grad der Zielerreichung: Im fiktiven Beispiel zeigt der gelbe Punkt an, dass das Wirtschaftlichkeitsziel knapp verfehlt wurde. Der Arzt soll nun das eigene Verordnungsverhalten kritisch überprüfen. Ganz wichtig: Auch bei einem

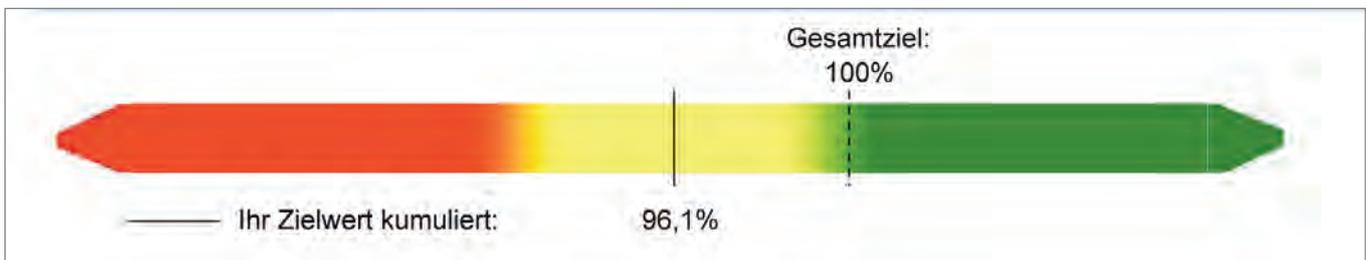


grünen Punkt sollte er prüfen, ob er seine Quote noch weiter erhöhen kann, da eine Übererfüllung von Zielen ein eventuelles Nichterreichen von Zielen („rote Punkte“) in anderen Bereichen ausgleichen kann. Einzelne verfehlte Ziele mit roten Punkten führen nicht automatisch zur Prüfung. Positiv ist ein "grünes" Gesamtergebnis (Zielerreichung 100 Prozent und höher) am Ende der Trendmeldung,

### 7 VON IHNEN VERORDNETE (TOP)-ARZNEIMITTEL, DIE SIE ÜBERPRÜFEN SOLLTEN:

In dieser Spalte sind jene Präparate aufgelistet, die der Zielerreichung entgegenstehen können. Im fiktiven Beispiel sind alle aufgelisteten Arzneimittel auch generisch verfügbar. Insgesamt hat der Arzt im betreffenden Quartal 112 Tagesdosen Ascotop (Zolmitriptan) verordnet. Es gibt zahlreiche Zolmitriptan-Generika, lediglich nasales Zolmitriptan (Ascotop Nasal) kann nicht generisch substituiert werden. Konkret wäre

also zu prüfen, ob im jeweiligen Einzelfall die Verordnung eines Zolmitriptan-Generikums möglich ist. Sollte das aus medizinischen Gründen (zum Beispiel wegen der benötigten Darreichungsform) nicht möglich sein, ist das zu akzeptieren. Dann muss geprüft werden, ob die Quote durch generische Substitution anderer in der Tabelle aufgelisteter Arzneimittel verbessert werden kann.



### HABE ICH MEIN QUARTALS-ZIEL ERREICHT?

Am Ende der Trendmeldung findet man das Gesamtergebnis des Quartals. Ein Arzt, der seinen Zielwert in einigen Wirkstoffgruppen verfehlt hat, kann dieses Defizit ganz oder teilweise durch die Ergebnisse in anderen Bereichen ausgleichen.

In unserem Beispiel hat der Arzt das Gesamtziel (100 Prozent) knapp verfehlt: Er hat nur einen Anteil von 96,1 Prozent erreicht.

Am Ende des Jahres werden die Ergebnisse der vier Quartale untereinander verrechnet. Ergibt die Saldierung dann ein „grünes“

Gesamtergebnis, kann der Arzt sicher sein, nicht in die Prüfung zu kommen. ■

**Gerne unterstützen wir Sie bei der Analyse Ihrer Trendmeldung. Nutzen Sie hierzu auch unser Informationsangebot im Internet. Detaillierte Informationen zu den Zielen und weitere Verordnungsempfehlungen finden Sie unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Verordnung → Wirkstoffvereinbarung**

**Wünschen Sie persönliche Beratung, rufen Sie uns gerne an: Praxisberatung, Tel. 22 802 - 571 / -572**

### UNSERE EMPFEHLUNG

1. Stellen Sie bei patentfreien Arzneimitteln eine Wirkstoffverordnung aus oder verordnen Sie „ersatzweise“ namentlich ein Generikum ohne Aut-Idem-Kreuz.
2. Verordnen Sie wenn möglich Leit-substanzen!



## Neue Wirkstoffvereinbarung: So unterstützen wir Sie

Die Wirkstoffvereinbarung bringt viele Änderungen, mit denen sich die Vertragsärzte erst einmal vertraut machen müssen. Neben umfangreichem Informationsmaterial auf der KV-Homepage und begleitenden Artikeln im KVH-Journal waren im Rahmen einer Veranstaltungsserie alle Ärzte eingeladen, sich über die Wirkstoffvereinbarung zu informieren.



Informieren über das Wirkstoffmodell in Veranstaltungen und Kreisversammlungen: KV-Apothekerinnen Regina Lilje und Barbara Spies

**D**ie neue Wirkstoffvereinbarung gibt den Ärzten die Möglichkeit, ihre Verordnungen nach transparenten Vorgaben selbst zu steuern. Das ist fairer und sinnvoller als ein System, das erst im Nachhinein auswertet – und bestraft, wenn nichts mehr geändert werden kann. Um die neue Systematik und die damit verbundenen Möglichkeiten der Steuerung transparent und für den Arzt umsetzbar zu machen, hat die KV Hamburg von Februar bis Mai 2017 neun arztgruppenspezifische Informationsveranstaltungen mit insgesamt 360 Teilnehmern durchgeführt.

Moderiert vom Abteilungsleiter Praxisberatung, Dr. Andreas Walter, stellten die beiden Beratungsapothekerinnen Regina Lilje und Barbara Spies das Prinzip der Wirkstoffvereinbarung und die wesentlichen Inhalte arztgruppenspezifisch vor. „Begonnen haben wir mit den Hausärzten“, berichtet Regina Lilje. „In diesen Veranstaltungen gab es lebhaftes Diskussions, denn die Hausärzte sind von den neuen Anforderungen stark betroffen.“ Die Vertreter des Hausärzterverbandes hatten die Einführung der Wirkstoffvereinbarung unterstützt und bekräftigten diese Haltung in den Veranstaltungen.

Insgesamt war die Resonanz positiv, denn Hausärzte und andere Ärzte der Basisversorgung sind Viel-Verordner. Für sie ist das neue Modell eine Erleichterung. Arztgruppen, die wenig Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnen oder ein eingeschränktes Verordnungsspektrum haben, zeigten sich in den Veranstaltungen vergleichsweise skeptisch.

Ende Februar wurden Probe-Trendmeldungen aus dem 3. Quartal 2016 verschickt. „Das führte bei vielen Ärzten erstmals zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Wirkstoffvereinbarung“, so Barbara Spies.

„Wer bei bestimmten Zielen einen roten Punkt bekommen hatte, wollte wissen, was er nun verändern muss.“ Entsprechend kam in den Veranstaltungen auch immer wieder die Frage nach einer möglichen Prüfung auf. Ärzte mit ungewöhnlichem Patientenkontext haben es unter Umständen schwerer, die vorgegebenen Ziele zu erreichen. Ihre Kollegen sind aufgerufen, die eigenen Ziele zu übertreffen, um einen Ausgleich zu schaffen. Entscheidend ist am Ende, ob das Kollektiv erfolgreich ist.

Derzeit befindet sich die Hamburger Ärzteschaft auf einem guten Weg. Klar ist aber, dass die neuen Ziele nicht automatisch erreicht werden. Zum Erfolg kann die Wirkstoffvereinbarung nur werden, wenn alle mitmachen und das eigene Ordnungsverhalten selbstkritisch prüfen. Die Informationsveranstaltungen legten den Grundstein für die Bekanntmachung und Vermittlung der wesentlichen Inhalte der Wirkstoffvereinbarung. Auf dieser Basis steht die KV Hamburg weiterhin kontinuierlich für Diskussionen und Fragen zur Verfügung.

Gerne stellen Ihnen unsere Apothekerinnen das Konzept bei Ihren Kreisversammlungen vor – soweit die personellen Kapazitäten ausreichen. Nutzen Sie darüber hinaus unser Beratungsangebot: Neben den Apothekerinnen stehen auch einige KV-Ärzte bereit, um ihre Kollegen zu unterstützen. KV-Mitglieder können in der Abteilung Praxisberatung der KV telefonisch einzelne Fragen stellen – oder einen Termin vereinbaren, um sich umfassender beraten zu lassen. ■

**Einen Überblick über das Konzept der Wirkstoffvereinbarung finden Sie im KVH-Journal 2/2016. Auf der Internetseite der KV sind alle wichtigen Informationen zusammengefasst: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Verordnungen → Wirkstoffvereinbarung**

**Für 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](mailto:praxisberatung@kvhh.de)**

wir  
regulieren  
ihren

[puls • schlag]

/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!



# Anpassung der Schutzimpfungs-Richtlinie

Die Schutzimpfungs-Richtlinie ist an die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) angepasst worden. Die Neuerungen sind am 19. Mai 2017 in Kraft getreten. Folgendes hat sich leistungsrechtlich geändert:

## REISESCHUTZIMPFUNGEN

Versicherte haben Anspruch auf die Reiseschutzimpfungen der Schutzimpfungs-Richtlinie, wenn der Auslandsaufenthalt

- beruflich bedingt ist
- oder im Rahmen der Ausbildung durch Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist (Nachweis!).

Die Impfung gegen Poliomyelitis vor einer Reise in ein entsprechendes Risikogebiet ist generell Pflichtleistung aller Kassen („Reiseschutzimpfung zur Vorbeugung der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland“).

Alle anderen Reiseschutzimpfungen sind weiterhin keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Bei Bedarf sollten die Versicherten mit ihrer Kasse über eine mögliche (freiwillige) Kostenübernahmen sprechen.

## PNEUMOKOKKENIMPFUNG

**Die Standardimpfung** gegen Pneumokokken bei über 60-Jährigen soll mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23) durchgeführt werden. Diese Standardimpfung sollte im Abstand von mindestens sechs Jahren nach individueller Indikationsstellung wiederholt werden – ebenfalls mit dem Polysaccharid-Impfstoff.

**Für die Indikationsimpfung** gelten folgende Regelungen:

Personen ab 16 Jahren, die eine Indikationsimpfung gegen Pneumokokken aufgrund chronischer Erkrankungen erhalten (wie beispielsweise medikamentös behandelte Diabetes, COPD, Asthma oder neurologische Erkrankungen), sollen mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23 – Pneumovax 23) geimpft werden. Wiederholungsimpfungen mit PPSV23 sollten im Abstand von mindestens sechs Jahren – nach individueller Indikationsstellung – erfolgen.

Nur bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 2 bis 15 Jahren, die eine Indikationsimpfung aufgrund der genannten chronischen Erkrankungen erhalten, wird eine sequenzielle Impfung empfohlen.

Eine sequenzielle Impfung wird ebenfalls empfohlen (und ist Pflicht-

## SEQUENZIELLE IMPFUNG

Bei einer sequenziellen Impfung gegen Pneumokokken erfolgt eine Impfung mit dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff (PCV13 – Prevenar 13) gefolgt von einer Impfung mit dem PPSV23 (Pneumovax 23) nach 6 bis 12 Monaten. (Abrechnung: Bei jeder Impfung die 89120 angeben.)

Weil die Dauer des Impfschutzes beim Polysaccharid Impfstoff begrenzt ist, soll die Impfung mit PPSV23 in allen Risikogruppen mit einem Mindestabstand von 6 Jahren wiederholt werden (Abrechnung mit 89120R).

leistung aller Kassen) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit

- angeborenen oder erworbenen Immundefekten beziehungsweise Immunsuppression (wie zum Beispiel bei Splenektomie oder anatomischer Asplenie, bei neoplastischen Krankheiten, bei HIV-Infektion, nach Knochenmarktransplantation, bei immunsuppressiver Therapie etwa wegen Organtransplantation oder Autoimmunerkrankung, bei Immundefizienz wegen chronischem Nierenversagen, bei nephrotischem Syndrom oder chronischer Leberinsuffizienz)
- anatomischen und Fremdkörper-assoziierte Risiken für Pneu-



mokokkenmeningitis (wie zum Beispiel Liquorfistel oder Cochlea-Implantat).

Auch berufsbedingte Risiken können eine Indikationsimpfung rechtfertigen: Personen mit einer beruflichen Tätigkeit, die zu einer Exposition gegenüber Metallrauchen einschließlich metalloxidischem Schweißrauchen führt, werden zulasten der Kassen mit dem PPSV 23 (Pneumovax 23) geimpft. Aufgrund der begrenzten Dauer des Impfschutzes soll auch in diesen Fällen die Impfung mit PPSV23 mit einem Mindestabstand von sechs Jahren wiederholt werden. (CAVE: In besonderen Fällen ist hier der Arbeitgeber leistungspflichtig – siehe Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ArbMedVV.)

### INFLUENZAIMPFUNG

Für Kinder und Jugendliche mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ist die jährliche Grippeimpfung weiterhin Pflichtleistung aller Kassen. Allerdings hat die STIKO die präferentielle Empfehlung für die Verwendung von LAIV (Fluenz®) in der Altersgruppe 2 bis 6 Jahre zunächst für die Saison 2016/2017 ausgesetzt (siehe auch Epidemiologisches Bulletin Nr. 39 vom 22.09.2016, S. 442).

Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahren sollten bei gegebener Indikation mit inaktiviertem Grippeimpfstoff geimpft werden.

**Weitere Informationen zur Grippeimpfung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Verordnung → Schutzimpfung → „Wichtige Information zum Bezug von Grippeimpfstoffen für die nächste Saison 2017/2018“**

Neu ist auch, dass Personen, die Risikopersonen betreuen oder mit diesen im selben Haushalt leben, zulasten der Kassen jährlich gegen Influenza geimpft werden können. Als Risikopersonen gelten Personengruppen mit Grundkrankheiten, bei denen es Hinweise auf eine deutlich reduzierte Wirksamkeit der Influenza-Impfung gibt, wie zum Beispiel Personen mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz oder Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz bzw. -suppression.

Die Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie sind am 19. Mai 2017 in Kraft getreten.

**Bitte nutzen Sie als Unterstützung für eine Überprüfung des Impfstatus und zur Information über Impfeempfehlungen, Impfstoffe, Abrechnungsnummern u.v.m. unsere aktuellen Übersichten im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Verordnung → Schutzimpfung → Basisinformation**

- Übersicht Standard- und Indikationsimpfungen für Erwachsene
- Übersicht Standardimpfungen für Kinder und Jugendliche



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

# Screening auf Bauchaortenaneurysma

Verlängert der Schrecken das Leben?

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



Gesetzlich krankenversicherte Männer ab 65 Jahre haben nun Anspruch auf ein einmal durchgeführtes Ultraschall-screening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen (BAA). Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Ärzte, die eine Genehmigung zur Ultraschalluntersuchung des Abdomens haben, dürfen die Leistung durchführen.\* Zudem haben die Männer Anspruch auf eine Beratung. Ziel ist die informierte Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Screeninguntersuchung.

Das IQWiG hat für den G-BA die wissenschaftlichen Daten zum Nutzen und Schaden des Screenings aufbereitet (1) und dazu die Informationsmaterialien für die Beratung erstellt (2). Es wurden vier randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) aus Großbritannien, Australien und Dänemark identifiziert. Insgesamt hatten an die 150.000 Personen an den Studien teilgenommen. Die Beobachtungszeit betrug bis zu 15 Jahre.

Unter Berücksichtigung geschätzter Krankheitsprävalenzen für Deutschland geht das IQWiG von folgenden

Ergebnissen des Screenings auf BAA aus: Etwa 20 von 1.000 Männern, die am Screening teilnehmen, erhalten die Diagnose Aneurysma der Bauchaorta. Bei 18 von diesen 20 Betroffenen hat das Aneurysma einen Durchmesser von mehr als 3 cm aber weniger als 5,5 cm. Eine Operation ist hier nicht indiziert. Die Befunde sollen jedoch regelmäßig kontrolliert werden.

Lediglich bei 2 von 1.000 Männern hat das Aneurysma einen Durchmesser von mindestens 5,5 cm. Bei diesen Patienten wäre eine Operation in Erwägung zu ziehen.

Bei etwa 3 bis 6 von 100 Männern mit einem Aneurysma dieser Größe ist innerhalb eines Jahres mit einer Ruptur zu rechnen.

Andererseits würde etwa die Hälfte der beim Screening diagnostizierten Aneurysmen den Männern zeitlebens keine Probleme bereiten. Es sind sogenannte Überdiagnosen.

Nach den Auswertungen der RCTs geht das IQWiG davon aus, dass das Screening von 1.000 Männern über einen Zeitraum von 13 bis 15 Jahren bei 3 Männern einen vorzeitigen Tod durch ein BAA verhindern kann. Ohne eine Teilnahme an der Früherkennung rupturiert ein BAA bei etwa 7 von 1.000 Männern, mit Teilnahme bei etwa 4 von 1.000 Männern.

Bei Frauen tritt ein Aneurysma sehr viel seltener auf als bei Männern. Ein Nutzen des Screenings konnte für Frauen nicht nachgewiesen werden. Ein Screening wird daher für Frauen nicht empfohlen.

Erstaunlich ist, dass in den RCTs auch die Gesamtsterblichkeit der Männer verringert wurde. Die Screening-Gruppe hatte einen Überlebensvorteil im Vergleich zur Gruppe der Männer, die nicht zum Screening eingeladen waren. Der Nutzen zeigte sich bei einer Beobachtungszeit, die länger war als 5 Jahre. Das ist unerwartet, da lebensbedrohliche Aneurysmen selbst bei rauchenden

\* Anm. d. Red.: Noch hat der Bewertungsausschuss nicht über die Vergütung entschieden. Die Leistungspflicht tritt ein, sobald der EBM entsprechend angepasst ist. Wir werden darüber informieren.

Männern eine vergleichsweise seltene Todesursache sind. Auch wenn mit dem Screening und der nachfolgenden Operation alle Todesfälle durch Aneurysmen der Bauchaorta verhindert werden könnten, würde sich das nicht erkennbar auf die Gesamtüberlebenszeit auswirken. Ist der Befund aus den RCTs ein Zufallsergebnis oder sind noch andere Effekte des Screenings von Bedeutung?

Begleiteffekte der medizinischen Maßnahme sind wahrscheinlich. Der Schrecken der Diagnose oder schon der Verdacht oder nur die Bedrohung eines Aneurysmas dürfte die Männer alarmieren. Das könnte viele Studienteilnehmer dazu bewegen haben, das Rauchen einzustellen und den Blutdruck besser zu behandeln. Angaben zu diesen wichtigen Kollateraleffekten finden sich jedoch nicht in den ausgewerteten Studien. Das ist bemerkenswert. Die RCTs waren nicht verblindet. Begleiteffekte treten häufig auf in solchen Studien, vor allem wenn sie komplexe Interventionen überprüfen, wie es Screeningprogramme sind. Es müsste eine gewissenhafte Dokumentation der Begleittherapien und der medizinischen Versorgung in den Interventions- und Kontrollgruppen geben. Nur auf diese Weise ließen sich sogenannte Mediatoren der Effekte identifizieren.

Die Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren dürfte sich nicht nur günstig auf die große Bauchschlagader auswirken, sondern auch auf das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfall, sowie das Funktionieren von Nieren und Lungen. Auf diese Weise könnte das Screening relevante positive Folgen auf die allgemeine Gesundheit von älteren Männern haben. Der Schrecken eines BAA hätte nützliche Nebeneffekte – zumindest was die Lebenserwartung dieser Personengruppe angeht.

In der Informationsbroschüre des IQWiG für die Männer, denen nun in Deutschland eine einmalige Untersuchung der Bauchaorta mit dem Ultraschall angeboten wird, fehlt ein ausdrücklicher Hinweis auf die Lebensverlängerung durch die Teilnahme am Screening. Offenbar ist auch das IQWiG davon überzeugt, dass der Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit nicht durch das Screening und die Operationen der Aneurysmen zustande kommt, sondern eher durch nicht näher identifizierte Begleitphänomene.

Was ist das Fazit dieser erstaunlichen Daten zum Screening der Bauchaorta mit dem Ultraschall? Ist das Screeningverfahren mit den eingreifenden Operationen, die daraus folgen, lediglich ein drastisches Ritual, um Männern so große Angst vor dem vorzeitigen Tod einzujagen, dass sie endlich mit dem Rauchen aufhören und sich gehorsam den Anweisungen ihrer Ärzte fügen? Könnte eine bessere Lebenserwartung bei diesen Männern nicht auch mit weniger Aufwand erreicht werden? Würden vielleicht nicht doch viele Männer bei guter Beratung und Aufklärung das Rauchen einstellen und die Blutdruckmedikamente gewissenhaft einnehmen – ohne das Ritual der operativen Manipulation an der Lebensschlagader?

In jedem Fall muss den Männern eine sogenannte informierte Entscheidung ermöglicht werden. Das hat der G-BA in den Richtlinien festgeschrieben. Das IQWiG hat dazu entsprechendes Informationsmaterial entwickelt. Das Operationsrisiko soll gegen das Risiko einer Ruptur abgewogen werden. Auch die unerwünschten psychischen Belastungen eines Befunds müssen Berücksichtigung finden. Manche Männer haben das Gefühl „eine tickende Zeitbombe“ in sich zu tragen, sobald sie die Diagnose eines Aneurysmas erhalten haben. Eine gute Aufklärung der Männer und eine informierte Entscheidungsfindung vor Zustimmung zur Untersuchung sind hier deshalb besonders wichtig.

Es wäre zu hoffen, dass die geplante Begleitevaluation gerade zu diesem Aspekt der informierten Entscheidung valide Daten liefern wird. ■



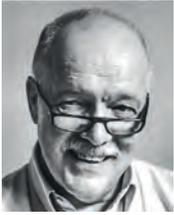
**Univ.-Prof. Dr. med.  
Ingrid Mühlhauser**  
Universität Hamburg  
MIN Fakultät  
Gesundheitswissenschaften  
E-Mail: Ingrid\_Muehlhauser@  
uni-hamburg.de  
Tel: 040 42838 3988

<http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/gesundheit.htm>

<http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/>

1) IQWiG-Berichte – Nr. 294 Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen. Abschlussbericht Auftrag: Version: S13-041.1 Stand: 02.04.2015

2) IQWiG-Broschüren „Warum wird Männern eine Untersuchung der Bauchschlagader angeboten?“ und „Wann ist eine vorbeugende Operation eines Bauchaortenaneurysmas sinnvoll?“ [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de)



# Apokalyptisch

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

**I**mmmer wieder wird von Lieferengpässen bei Arzneimitteln berichtet. Kinderärzte, die nicht mehr impfen können, Internisten, die gängige Hochdruckmedikamente nicht mehr verschreiben können, Onkologen, deren Krebsmedikamente plötzlich nicht mehr zu erhalten sind, Neurologen, denen ein wichtiges Parkinson-Medikament nicht mehr zur Verfügung steht: Der Notstand besteht weiterhin, nicht irgendwo in weiter Ferne, sondern hier, in Deutschland.

Bei meinen Recherchen bin ich im Zusammenhang mit Piperacillin, einem vorübergehend vom Markt

Sie war nicht mehr konkurrenzfähig auf dem globalen Markt. Neunzig Prozent aller Antibiotika, die in der Welt hergestellt werden, kommen aus China und Indien. Das ist weitgehend unbekannt, denn in der Packungsbeilage muss nur die Firma genannt werden, die den letzten Produktionsschritt vollzogen hat, im Fall von Arzneimitteln also die „Kontrolle“. Die findet tatsächlich in Deutschland statt. Aber die Grundsubstanzen werden in China produziert, in Indien werden sie weiterverarbeitet und überallhin exportiert, auch nach Deutschland. „Made in Germany“ ist also nur eine Irreführung.

in denen sich braune, grünliche und tiefschwarze Flüssigkeiten angesammelt hatten. Mit „minimaler Kontrolle und maximaler Förderung“ wirbt Hyderabad für weitere Industriean-siedlungen.

Im Zuge der ARD-Recherche wurden Wasserproben rund um diese Arzneimittelfabriken entnommen. Sie mussten zunächst stark verdünnt werden, um die Messinstrumente nicht zu zerstören. Es fanden sich bis zu tausendfach höhere Antibiotikakonzentrationen als in der freien Natur jemals zuvor gemessen worden waren. Das gleiche Ergebnis fand sich auch für Antimykotika, also Medikamente gegen Pilzkrankungen. In den ungereinigten Abwässern rund um diese Fabriken in Indien wachsen also ungestört multiresistente Keime und Pilze heran, die über die Nahrungskette zum Menschen gelangen, von Reisenden mitgebracht werden und mit keinem Antibiotikum oder Antimykotikum der Welt mehr behandelbar sind. Wer sich das eingehandelt hat, für den gibt es keine Rettung mehr.

Laut WHO gehören die multiresistenten Keime zu den größten gesundheitlichen Bedrohungen der Menschheit. Aber diese Bedrohung ist selbst gemacht. In einer globalisierten Wirtschaftswelt sind niedrige Lohnkosten, minimale Sozialstandards, keinerlei Umweltvorschriften und fehlende Transparenz wichtiger als alles andere. ■

## Eine ARD-Dokumentation zeigt: In den Abwässern rund um die Fabriken wachsen die multiresistenten Keime heran.

verschwundenen Antibiotikum, auf die verblüffende Tatsache gestoßen, dass dieser Engpass durch die Explosion einer Arzneimittelfabrik in China entstanden war.

Werden unsere Arzneimittel denn nicht in Deutschland produziert? Weder auf den Beipackzetteln noch auf den Internetseiten der Pharmafirmen findet sich ein Hinweis auf den Produktionsort. Das ist doch seltsam. Es wird aber noch viel seltsamer. 2015 stellte die letzte Antibiotikafabrik in Deutschland, die Firma Sandoz in Frankfurt-Höchst, ihre Produktion ein.

Das ist aber immer noch nicht das Schlimmste. Hyderabad ist die Welt-Arzneimittel-Hauptstadt, eine Sieben-Millionen-Metropole im Zentrum Indiens. Hunderte von Arzneimittel-firmen haben sich in diesem Moloch aus Schwefelgestank und fauligen Abwasserkanälen angesiedelt, wo das Wasser in rostigen Tanklastern transportiert wird. In einer ARD-Dokumentation konnte man sehen, wie dazwischen Schafe und Rinder über die staubigen, holprigen Pisten der Stadt getrieben wurden. Kanäle, Gräben und Becken wurden gezeigt,

**chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de**

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

VON DR. HANS RAMM

# Versammlung der Kreise 10 und 12

Tolle Gelegenheit, um einander kennen zu lernen und miteinander zu sprechen

In der Vergangenheit haben wir unsere Kreisversammlungen meist dafür genutzt, um über KV-Angelegenheiten und deren Auswirkungen auf unsere Praxen zu sprechen. Doch da es zu den jüngsten Neuerungen seitens der KV viele eigene Informationsveranstaltungen gibt, standen auf der Agenda unserer Kreisversammlung vom 8. Mai 2017 zwei fachliche Themen. Etwa 30 Ärztinnen und Ärzte aus den Kreisen 10 und 12 folgten der Einladung ins Restaurant Jaipur im Lerchenfeld. Es ist für mich immer wieder eindrucksvoll zu sehen, wie die Kolleginnen und Kollegen sich kennen lernen, im Laufe des Abends immer wieder die Plätze tauschen um sich mit noch ein paar mehr Menschen unterhalten und Visitenkarten austauschen zu können.

Mein Praxispartner, der Neurologe und Psychiater Dr. Martin Eichenlaub, hielt einen Vortrag über Resilienz und darauf aufbauend auch zu den Verschreibungsmöglichkeiten für Antidepressiva in der hausärztlichen Praxis, der von den Anwesenden rege diskutiert wurde. Die Kreisobfrau des Kreises 12, die Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin Angela Deventer, präsentierte Fälle von Depressionen gekoppelt mit Schmerzen am ganzen Körper, Schlafstörungen und Erschöpfungssyndrom. Auch diese als Fibromyalgie bezeichnete Erkrankung kann heute leitliniengerecht mit bestimmten

(alten) trizyklischen Antidepressiva wie Amitriptylin oder Trimipramin in Niedrigstdosis gebessert werden. Zusätzlich zu Entspannungstraining, leichtem Bewegungssport, selbstständigem Fascienrollen und Wärme kann auch Akupunktur zur lokalen Schmerzlinderung beitragen und auf psychovegetativem Wege zur Stimmungsverbesserung beitragen.

Für die Zukunft planen wir jährlich maximal drei Kreisversammlungen, zu denen wir bei aktuellen KV-Themen sicherlich auch wieder Mitarbeiter der KV als Referenten einladen werden – die Information über neue Themen aus unserer Selbstverwaltung ist schließlich die originäre Aufgabe als Kreisversammlung. Doch wenn

gerade keine wichtigen KV-Themen anstehen, werden wir die Kreisversammlung gern wieder für die fachliche Fortbildung nutzen. Leider gab es für unsere Versammlung am 8. Mai nur einen CME-Punkt von der Ärztekammer, für die Zukunft können wir hoffentlich eine bessere Bewertung der Fortbildung erzielen.

Besonders stolz sind wir auf unseren Entschluss von vor fünf Jahren, die Kreisversammlungen der beiden benachbarten Kreise 10 und 12 zusammenzulegen. Auf diese Weise hat man die Chance, auch diejenigen Kolleginnen und Kollegen kennen zu lernen, mit denen man nicht tagtäglich zu tun hat. Dieses Vorgehen können wir allen anderen Kreisen empfehlen, deren Versammlungen bislang vielleicht nicht ganz so gut besucht sind – mit 30 Teilnehmern macht auch das Organisieren einer solchen Veranstaltung viel mehr Spaß. Zu unserer Versammlung am 8. Mai hatten wir erstmals auch die Ärztinnen und Ärzte aus dem Kreis 13 (Dulsberg, Barmbek-Nord) eingeladen, der zurzeit keinen Kreisobmann hat. Aus diesem Kreis kam zwar leider niemand zu unserer Versammlung, doch wir werden die Kolleginnen und Kollegen aus diesem Kreis auch in Zukunft einladen, damit auch sie eine Chance haben, sich in netter Atmosphäre persönlich auszutauschen. ■

Dr. Hans Ramm



Dr. Hans Ramm, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin in St. Georg, Obmann des Kreises 10, Mitglied der Vertreterversammlung

Die Termine weiterer Kreisversammlungen finden Sie auf Seite 38.

VON DR. THOMAS GENT

# Versammlung des Kreises 21

Wichtiges Bindeglied zwischen den Ärzten und ihrer KV

**M**eine Amtszeit als Kreisobmann für Farmsen-Berne, Volksdorf und Rahlstedt hat gerade erst begonnen, insofern war ich gespannt, wie viele Kolleginnen und Kollegen überhaupt zu unserer ersten Versammlung in diesem Jahr kommen würden. So eine Kreisversammlung ist ja immer ein bisschen wie eine Wundertüte – man weiß nie, was darin steckt... Letztlich kamen zu unserem Treffen am 7. Juni 2017, das im Amalie-Forum am Amalie-Sieveking-Krankenhaus stattfand, aber 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer statt nur der üblichen drei Verdächtigen.

**D**iese Resonanz hat mich außerordentlich gefreut, denn die Kreisversammlung ist in meinen Augen ein wichtiges Organ. Ich verstehe meine Rolle als Kreisobmann als Bindeglied zwischen den Ärztinnen und Ärzten vor Ort und der KV. Man kann über die Kreisversammlung Informationen der KV noch besser an die Basis zu den einzelnen Mitgliedern tragen. Aus diesem Grund hatte ich mich – nachdem ich mich in der Vergangenheit bereits in der KV-Vertreterversammlung engagiert hatte – auch für den Posten des Kreisobmanns zur Verfügung gestellt, der zuvor vakant gewesen war.

**B**ei unserer Kreisversammlung hörten wir zunächst einen Vortrag der KV-Apothekerin Barbara



Spies zur neuen Wirkstoffvereinbarung. Es gab hierzu zwar schon große Informationsveranstaltungen der KV, doch im kleineren Kreis kann man noch besser auf

die individuellen Fragen Einzelner eingehen. Etliche Kolleginnen und Kollegen waren noch in Sorge wegen möglicher Regresse, doch Frau Spies konnte die „veränderte Welt der Wirkstoffgruppen“ gut darstellen. Es wurde – wie zu erwarten war – lebhaft diskutiert, und am Ende waren alle ein bisschen schlauer und auch ein wenig beruhigter, weil erstens nichts so heiß gegessen wie es gekocht wird und zweitens man/frau verstanden hatte, wie es auf dem Parkett der Wirkstoffvereinbarung zugeht.

**D**arüber hinaus nutzten wir die Zeit, um einander besser kennen zu lernen und uns auszutauschen. Es ist immer schön, wenn man mit einem Namen, den man Tag für Tag in irgendwelchen Unterlagen sieht, auch ein Gesicht und eine Stimme verbinden kann. Aus diesem Grund beschlossen wir nach knapp zwei Stunden gegen Ende der Kreisversammlung zum einen, unsere Versammlungen künftig zwei- bis dreimal pro Jahr abzuhalten. Zum anderen waren wir uns einig, dass es bei unseren Versammlungen nicht immer zwingend einen fachlichen Rahmen geben muss. Warum nicht auch mal eine privatere Atmosphäre, etwa bei einem gemeinsamen Dombummel als Event? ■

## Dr. Thomas Gent



Dr. Thomas Gent, Gynäkologe in Rahlstedt und Obmann des Kreises 21

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Torsten Hemker**  
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Torsten Hemker**

Geburtsdatum: **19. 11. 1954**

Familienstand: **32 Jahre glücklich verheiratet, drei Kinder (25, 24 und 21 Jahre)**

Fachrichtung: **Orthopädie (Chirotherapie, physikalische Therapie, spezielle orthopädische Chirurgie)**

Weitere Ämter: **ärztlicher Geschäftsführer der Facharztklinik Hamburg, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg, stellvertretender Landesvorsitzender des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie, Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg, Mitglied des Beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV, Mitglied des Aufsichtsrates der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Deputierter der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz**

Hobbys: **Walking, Schifahren, Politik, Reisen**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Ja, denn ich kann spannende ärztliche Aufgaben (konservativ und operativ, vom Säugling bis zum Greis) in einem selbstbestimmten Arbeitsumfeld in Praxis und Klinik bearbeiten.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Besser wir gestalten unsere Arbeitsbedingungen, als dass es andere tun! Ärztlicher Sachverstand ist zur Organisation des Gesundheitswesens unverzichtbar und kommt unseren Patienten zugute.

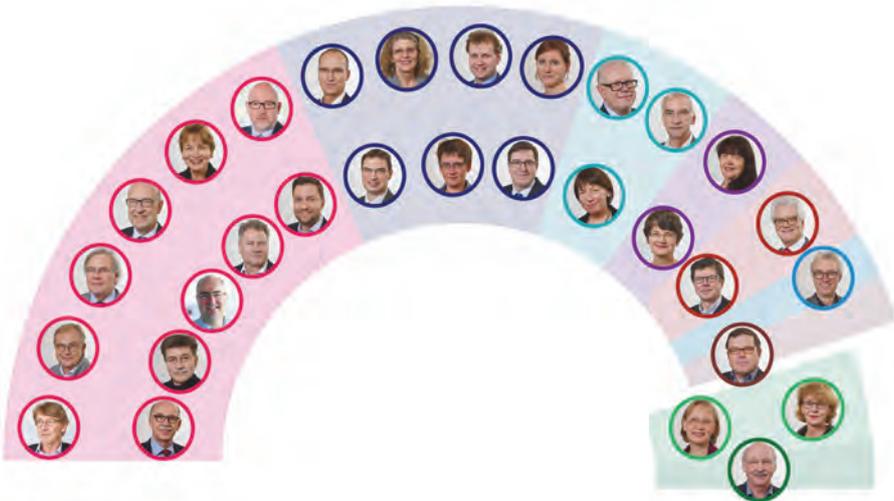
**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** 1.) weniger Bürokratie 2.) Stärkung der inhabergeführten Praxen und Einrichtungen 3.) Vernetzung der Ärzteschaft, denn gemeinsam sind wir stärker 4.) erbrachte Leistungen müssen bezahlt werden: Abschaffung der Budgets!

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Bürokratische Hürden durch Politiker und "Gesundheitsökonom", die viel Arbeit verursachen, ohne dass es den Patienten besser geht.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Ich möchte junge Kolleginnen und Kollegen (einschließlich der eigenen Tochter) fördern, so dass sie Begeisterung für die Berufspolitik und die Selbstverwaltung entwickeln. Unser Nachwuchs sollte seine eigene, sich stark verändernde berufliche Zukunft gestalten! ■

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

Do. 28.9.2017 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Julius-Adam-Saal)  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

2. QUARTAL 2017  
VOM 3. BIS 12.7.2017

3. QUARTAL 2017  
VOM 2. BIS 16.10.2017

4. QUARTAL 2017  
VOM 2. BIS 16.1.2018

**KREISVERSAMMLUNGEN**

**KREIS 18** (Veddel, Wilhelmsburg, Kleiner Grasbrook, Steinwerder)

**Kreisobmann: Dr. Peter Witzel**

**Stellvertreter: Klaus Harloff**

**Mo. 3.7.2017 (ab 19 Uhr)**

Programm: u.a. Vortrag von KV-Apothekerin Barbara Spies zur Wirkstoffvereinbarung, Vortrag von Silke Denner-Strachanowski (Leiterin KV-Honorarabteilung) und Jan Torliene (Mitarbeiter KV-Honorarabteilung) zum ILB Hausärzte

Ort: Praxis Lueb / Witzel, Krieterstr. 30, 21109 Hamburg

**KREIS 2** (Winterhude)

**Kreisobfrau: Dr. Rita Trettin**

**Mi. 5.7.2017 (ab 18 Uhr)**

Programm: Vortrag von KV-Vorstand Walter Plassmann

Ort: Neurologie Winterhude, Hudtwalckerstr. 2-8, 22299 Hamburg

**KREIS 14** (Altona, Altona-Nord, Ottensen, Bahrenfeld, Eidelstedt, Stellingen)

**Kreisobmann: Frank Bethge**

**Stellvertreter: Dr. Holger Butting**

**Mi. 5.7.2017 (ab 16 Uhr)**

Programm: Vortrag von KV-Apothekerin Barbara Spies zur Wirkstoffvereinbarung,

Ort: Aesculabor Hamburg, Haferweg 36, 22769 Hamburg



**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**
**QEP-Datenschutz**

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

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**
**Mi. 5.7.2017 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss/Getränke

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99

**Datenschutz für Fortgeschrittene**

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

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**
**Mi. 6.9.2017 (9:30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss/Getränke

Ort: KV Hamburg, Humboldtstraße 56

**QEP-Hygiene**

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren unter anderem, wie Sie sich auf eine Praxisbegehung durch Behörden vorbereiten können und wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden.

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**
**Mi. 11.10.2017 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss/Getränke

Ort: KV Hamburg, Humboldtstraße 56,

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)  
 → Qualität → Qualitätsmanagement  
 Telefonische Auskunft und Anmeldung:  
 Ursula Gonsch, Tel: 22802-633  
 Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889  
 Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

**ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ**
**Grundschulung für Unternehmer**

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

BGW-zertifiziertes Seminar

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**
**Mi. 11.10.2017 (15 - 20 Uhr), Mi. 8.11.2017 (15-20 Uhr), Mi. 29.11.2017 (15-20 Uhr); Fr. 1.12.2017 (15-20 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Ort: KV Hamburg, Humboldtstraße 56

**Fortbildung Arbeits- und Gesundheitsschutz**

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

BGW-zertifiziertes Seminar

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**
**Fr. 13.10.2017 (15 – 20 Uhr), Fr. 10.11.2017 (15 – 20 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Ort: KV Hamburg, Humboldtstraße 56

**Gefährdungsbeurteilung**

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

**Mi. 15.11.2017 (15 - 18 Uhr)**

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

Ort: KV Hamburg, Humboldtstraße 56

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis  
 Dr. Gerd Bandomer,  
 Tel: 278063-47, Fax: 278063-48  
 E-Mail: [betriebsarzt@dr-bandomer.de](mailto: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. 5.7.2017, Mi. 18.10.2017, Mi. 6.12.2017 (jeweils 15 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 25

**Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen**

Im Kurs werden theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgeräte-technik in Bezug auf die audiologischen Befunde vermittelt. Besuch des Kurses dient zur Abrechnung mit der KV.

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**
**Mi. 13.9.2017 (14-19 Uhr), Mi. 29.11.2017 (14-19 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 110

**Konflikt-Lösungs-Kompetenz**

Für Führungskräfte in Klinik und Praxis: Im Seminar werden bewährte Methoden zur Konfliktregulierung vorgestellt und in Übungen angewendet.

**9 FORTBILDUNGSPUNKTE**
**Sa. 30.9.2017 (9 - 16 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 175

**Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b**

 Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300  
 E-Mail: [akademie@aekhh.de](mailto:akademie@aekhh.de)

 Online-Anmeldung:  
[www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html](http://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!