

KVH journal

+ PLUS +
BEILAGE
ZUM NEUEN
**ÄRZTE-
HAUS**

PSYCHOTHERAPEUTEN DÜRFEN VERORDNEN

Worum es geht. Was zu beachten ist.



RECHT

Umgang mit Behandlungsfehlern

CHOOSING WISELY

Viel Lärm um nichts?

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

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,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 12/2017 (Dezember 2017)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ihnen wird das Thema zum Hals heraushängen, aber es bleibt leider virulent: der sogenannte TI-Rollout, also die Ausstattung der Arzt- und Psychotherapeuten-Praxen mit „Konnektoren“ für die elektronische Kommunikation.

Unmittelbar vor Redaktionsschluss dieses KVH-Journals verkündete der Marktführer für Praxisverwaltungssysteme, er könne nun mit der Lieferung der Konnektoren beginnen. Aber es bleiben Fragen: Schaffen es die Koblenzer, ihre Kunden im nächsten Jahr komplett anzuschließen? Wie ist es mit der (in Hamburg Mehrheit) der Ärzte und Psychotherapeuten, die andere Systeme einsetzen?

Die Politik hat unrealistische Aufgaben mit festen, sanktionsbewehrten Terminen versehen. Sie prügelt die Selbstverwaltung, obwohl es die Industrie ist, die schon seit Jahren ihren Aufgaben nicht nachkommt. Und sie sieht hilflos zu, wie der Marktführer aus Koblenz dieses Tohuwabohu nutzt, um eine faktische Monopolstellung zu erhalten, damit die schon heute exorbitanten Gewinne noch weiter steigen.

Die KV Hamburg wird diesen Irrsinn nicht aufhalten können. Aber sie versucht, ihre Mitglieder möglichst günstig zu positionieren und sie vor Schaden zu bewahren. Hierzu gehört, dass alle Praxen in der Hansestadt mit KV-SafeNet ausgestattet sind. Denn damit befinden sie sich nicht nur in einer guten Position, falls der Rollout nicht wie vorgesehen funktionieren wird. Sie können vor allem die Dienste nutzen, die über SafeNet angeboten werden.

Zur Erinnerung: Der Konnektor wird dies erst einmal nicht können. Er wird also erst einmal nicht in der Lage sein, Arztbriefe via KV-Connect zu versenden und manches mehr. Und falls es stimmen sollte, dass der Marktführer ausgerechnet SafeNet zusätzlich zu seinem System installieren will, um die Performance zu erhöhen, dann beweist dies, dass das Gerede von der „überholten Technik“ ins Leere geht.

All diese Winkelzüge sind nur noch schwer nachzuvollziehen. Umso wichtiger ist es, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sich im eigenen System untereinander vernetzen. An einer solchen Position kommt niemand vorbei. In Hamburg haben wir die Weichen entsprechend gestellt.

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: Welchen Stellenwert haben die neuen Verordnungsbefugnisse für Psychotherapeuten?
- 08_ Welche Leistungen Psychotherapeuten jetzt verordnen dürfen – und was es zu beachten gibt
- 09_ Großes Interesse an Infoveranstaltungen im Ärztehaus

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_ Fragen und Antworten

ABRECHNUNG

- 16_ Abgabe der Abrechnung: Fristen werden vereinheitlicht
Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen bitte rechtzeitig stellen
- 17_ Zusätzliche Abrechnungsziffern für die Verordnung von Cannabis

QUALITÄT

- 19_ Notfallmanagement: Auffrischungssseminar für nichtärztliche Praxisassistentinnen
Qualitätsmanagement-Seminare: „Effiziente Praxisorganisation“ und „Patientenrechte im Alltag“

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

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



+ PLUS +
BEILAGE
ZUM NEUEN
**ÄRZTE-
HAUS**

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 20_** InfectoDiarrstop LGG ist keine Kassenleistung mehr
Generika für Nuvaring: Keine Kühlung notwendig
Cannabisblüten: Lieferverzögerung durch Import
Sprechstundenbedarf: Off-Label-Use ist nicht zulässig
- 21_** Achtung Regressgefahr! Zu welchen Arzneimitteln die Krankenkassen häufig Prüfanträge stellen

RECHT

- 22_** Richtiges Verhalten bei Behandlungsfehlern

SELBSTVERWALTUNG

- 27_** Für Sie in der Vertreterversammlung: Steckbrief Dr. Jana Husemann
- 28_** Versammlung des Kreises 16

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 18_** Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen in der fachärztlichen Versorgung
Änderung der Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung von Fachärzten

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 24_** Viel Lärm um nichts: Ist Choosing Wisely wirksam gegen Überversorgung?

KOLUMNE

- 26_** Hontschiks „Diagnose“

TERMINKALENER

- 30_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3 und 6: Michael Zapf; Seite 7 (li.): Felix Faller/Alinea; Seite 7 (re.) und 9: Michael Zapf; Seite 14: Suryafineart/Fotolia; Seite 15: Felix Faller/Alinea; Seite 16: Kartoxjm/Fotolia Seite 20: Infectopharm; Seite 22: Felix Faller/Alinea; Seite 25: Deutscher Ethikrat/Reiner Zensen; Seite 26: Barbara Klemm; Seite 27: Michael Zapf; Seite 28: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 30: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

Welchen Stellenwert haben die neuen Verordnungsbefugnisse für Psychotherapeuten?



Heike Peper

psychologische Psychotherapeutin in Altona, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg, Mitglied der Vertreterversammlung und des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg

Langjährige Forderung umgesetzt

Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) erhalten mit den erweiterten Befugnissen die Möglichkeit, die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten umfassender zu koordinieren. Diese langjährige Forderung unserer Berufsgruppe wurde durch das Versorgungsstärkungsgesetz endlich umgesetzt.

Durch die Befugnis zur Krankenhauseinweisung können für die Patientinnen und Patienten unnötige Wege vermieden werden, es kann eine direkte Kommunikation zwischen ambulanten und stationären BehandlerInnen stattfinden.

Durch die Befugnis zur Verordnung medizinischer Rehabilitation können Eltern-Kind-Kuren veranlasst werden, um eine notwendige Entlastung von familiären Belastungsfaktoren zu erreichen (siehe Seite 12).

Besonders für immobile Patientinnen und Patienten ist die Verordnung von Krankentransporten wichtig, damit diese zu regelmäßigen Terminen in die psychotherapeutische Praxis kommen können. Damit die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie für in ihrer Lebensgestaltung stark beeinträchtigte Patientinnen und Patienten greifen kann, braucht es allerdings zunächst mehr Anbieter dieser Leistungen in Hamburg. ■



Dieter Best

psychologischer Psychotherapeut und
ehemaliger Vorsitzender des Beratenden
Fachausschusses Psychotherapie der KBV

Sozialrechtliche Gleichstellung

Seit diesem Jahr können PP und KJP zusätzlich zu ihrer eigentlichen psychotherapeutischen Arbeit Leistungen verordnen. Das kann zum einen verstanden werden als Anerkennung des Beitrags, den die PP und KJP im deutschen Gesundheitswesen leisten, und zum anderen als Aufforderung, noch mehr Verantwortung zu übernehmen. Mit den neuen Befugnissen erweitert sich das Behandlungsspektrum der Praxen um Maßnahmen, die zur Ergänzung des Gesamtbehandlungsplans notwendig sind, vor allem dann, wenn die alleinige ambulante Psychotherapie nicht ausreicht und zum Beispiel eine stationäre Behandlung als Akutbehandlung, eine Reha-Behandlung oder eine Soziotherapie notwendig wird. Der Mithilfe eines verordnenden Arztes bedarf es nun also nicht mehr. Das hat fachliche Vorteile. Und es bedeutet bei diesen Verordnungen die sozialrechtliche Gleichstellung der PP und KJP mit den Ärzten. ■



Hanna Guskowski

psychologische Psychotherapeutin in Eimsbüttel,
Mitglied der Vertreterversammlung und
Sprecherin des Beratenden Fachausschusses
Psychotherapie der KV Hamburg

Behandlung bleibt in einer Hand

Für die neuen Verordnungsbefugnisse gilt: Ihr Geltungsbereich ist auf psychische Störungen beschränkt. Sie unterliegen der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Und: Kein PP oder KJP ist verpflichtet, diese Befugnisse auszuüben.

Die beiden in der Praxis wirklich wichtigen neuen Befugnisse werden wohl die Verordnung von Krankenhausbehandlungen und psychotherapeutischer/psychosomatischer Rehabilitation werden. Damit können Patienten zeitaufwendige und oft mit langen Wartezeiten verbundene Termine bei somatisch tätigen Ärzten erspart werden und die Behandlung bleibt in der Hand eines Behandlers, der die psychische Situation des jeweiligen Patienten sehr gut kennt und die notwendigen Maßnahmen daher gut einschätzen kann.

Die eigentlich sehr sinnvolle Soziotherapie, bei der psychisch schwer erkrankte Menschen Hilfen zur Bewältigung ihres Alltags bekommen, wird dagegen bedauerlicherweise wohl kaum eine praktische Rolle bei den neuen Verordnungsbefugnissen spielen. Soziotherapeuten werden demnach schlecht vergütet, dass es praktisch keine gibt. Es ist zu hoffen, dass möglichst viele PP und KJP diese neuen Befugnisse zum Wohl ihrer Patienten nutzen werden. ■

Mehr Autonomie für Psycho- therapeuten

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen erstmals Leistungen verordnen. In welchen Fällen kann man die neuen Befugnisse einsetzen? Hier ein Überblick.



Bislang war es Ärzten vorbehalten, Verordnungen auszustellen. Für einige Leistungsbereiche wurde diese Befugnis nun auf psychologische Psychotherapeuten (PP) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ausgedehnt. Damit erhalten diese Berufsgruppen mehr Entscheidungsspielraum bei der Versorgung ihrer Patienten.

Es geht um folgende Leistungen:

1. Krankenhausbehandlung
2. Rehabilitation
3. Soziotherapie
4. Krankenförderung

Die neuen Befugnisse wurden im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz festgeschrieben (§ 73 Abs. 2 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seine Richtlinien entsprechend geändert.

Ab wann sind die Regelungen gültig?

Krankenhausbehandlungen und Krankenförderungen dürfen PP und KJP bereits seit Juni 2017 verordnen. Die Verordnung von Rehabilitation und Soziotherapie ist erst möglich, wenn im Bewertungsausschuss eine Einigung über die Vergütung er-

zielt wurde. Wir werden Sie darüber informieren, sobald dies der Fall ist.

1. Einweisung ins Krankenhaus

PP und KJP dürfen einen Patienten ins Krankenhaus einweisen, wenn dieser aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen stationär behandelt werden muss. Generell gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär. Vor einer Einweisung sind alle ambulanten Behandlungsalternativen in Erwägung zu ziehen.

Die Einweisung ist zulässig bei Indikationen nach § 26 der

Großes Interesse an Infoveranstaltungen im Ärztehaus



Zum zweiten Mal in diesem Jahr hat die KV Hamburg große Informationsveranstaltungen zu psychotherapeutischen Themen organisiert – jeweils in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg. Anfang 2017 ging es um die Psychotherapie-Richtlinie, deren Reform ja einschneidende Veränderungen für die psychotherapeutischen Praxen mit sich brachte. Am 12. und 27. Oktober 2017 fanden Veranstaltungen zu den neuen Verordnungsbefugnissen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten statt.

Das Interesse war groß. Der Julius-Adam-Saal im Ärztehaus war zu beiden Terminen gut gefüllt. Jens Remmert, Bereichsleiter Recht der KV Hamburg, erläuterte die

Rechtsgrundlagen der neuen sozialrechtlichen Befugnisse. Diplompsychologe Dieter Best, ehemaliger Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV und an der Durchsetzung der Neuerungen selbst aktiv beteiligt, gab Hinweise zum qualifizierten Einsatz der Verordnungsmöglichkeiten.

Die Diskussion zeigte, dass die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre neuen Spielräume überwiegend begrüßen, mit den komplizierten Regularien aber oftmals noch Schwierigkeiten haben. Zunächst könne man die Verordnung weiterhin den Ärzten überlassen, so Dieter Best. Er ermutigte seine Kollegen aber, sich mit den neuen Befugnissen nun auseinanderzusetzen und sie zu nutzen.

Psychotherapie-Richtlinie (zum Beispiel depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen) und bei Indikationen der neuropsychologischen Therapie (zum Beispiel or-

ganisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile Störung). Bei diesen Indikationen ist für eine Einweisung keine gesonderte Abstimmung mit dem behandelnden Arzt notwendig.

Für die übrigen Indikationen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10 (zum Beispiel Demenz) muss sich der PP/KJP mit dem behandelnden Arzt abstimmen. →

Weitere Informationen zur Krankenhauseinweisung: www.kbv.de → Mediathek → Praxisinformationen → Praxisinfos Aktuell → „Praxisinfo: Psychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlung und Krankenförderung verordnen“

2. Verordnung von Rehabilitation

Ziel einer Rehabilitation ist es, die gesellschaftliche Teilhabe des Patienten wiederherzustellen. Die Verordnungsmöglichkeit von PP und KJP ist auf Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation beschränkt. Darunter sind Leistungen der psychosomatischen Reha als auch der psychiatrischen Reha (Rehabilitationsleistungen für psychisch Kranke/RPK) zu verstehen.

Die Indikationen, bei denen PP/KJP eine Rehabilitation verordnen dürfen, sind dieselben wie bei den Krankenhauseinweisungen (siehe Seite 9). Auch die Regelungen zur Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, die für einige Indikationsbereiche gelten, sind identisch.

Reha-Maßnahmen haben einen mehrdimensionalen Ansatz und umfassen immer auch medizinisch-ärztliche Interventionen. Deshalb müssen die PP/KJP bei der Verordnung auch ärztliche Informationen heranziehen. Sie müssen beispielsweise abklären, ob weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen vorliegen, ob es Risikofaktoren gibt und welche ärztlichen Maßnahmen bislang erfolgt sind. Weitere Informationen: www.kbv.de → Service für die Praxis → Verordnungen → Rehabilitation. Hier finden Sie auch die Broschüre „Praxiswissen: Medizinische Rehabilitation - Hinweise zur Verordnung“

3. Verordnung von Soziotherapie

Durch Soziotherapie sollen die Patienten in die Lage versetzt werden, ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen – so die gesetzliche Vorschrift in § 37a SGB V. Die Soziotherapie-Richtlinie nennt weitere Ziele: Krankenhausaufenthalte sollen vermieden werden und die Patienten sollen vom Soziotherapeuten über einen längeren Zeitraum begleitet werden, um ihnen zu helfen, ihren Alltag selbstständig zu meistern.

Die Regelversorgung mit Soziotherapie richtet sich an Patienten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und der Gruppe der affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen, die in ihren Fähigkeiten und Funktionen maßgeblich beeinträchtigt

Verordnung von Reha und Soziotherapie ist erst möglich, wenn es eine Vergütungsvereinbarung gibt.

sind. In begründeten Einzelfällen kann sie für alle Erkrankungen des ICD-10-Kapitels für „Psychische und Verhaltensstörungen“ verordnet werden, wenn die Funktionsstörung stark einschränkend ist und weitere Co-Morbiditäten vorliegen.

Weitere Informationen: www.kbv.de → Service für die Praxis → Verordnungen → Soziotherapie. Hier finden Sie auch die Broschüre „Praxiswissen: Soziotherapie-Hinweise zur Verordnung“

4. Verordnung von Krankenförderung

Eine Krankenförderung muss im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung zwingend notwendig sein, damit sie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden darf.

PP und KJP, die einem Patienten eine Krankenhausbehandlung verordnet haben, können diesem Patienten auch eine Fahrt zur stationären Behandlung dorthin verordnen, wenn er aus medizinischen Gründen nicht selbst fahren kann, zum Beispiel mit seinem Pkw oder einem öffentlichen Verkehrsmittel.

Fahrten zur ambulanten Behandlung können PP/KJP für Patienten verordnen, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „BI“ oder „H“ vorlegen oder einen Pflegebescheid mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 und dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können somatische, psychische oder kognitive Ursachen haben. Darüber

hinaus können Fahrten zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn Patienten von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Welches Beförderungsmittel verordnet wird, richtet sich unter anderem nach der medizinischen Notwendigkeit für den Patienten. Benötigt er unterwegs eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine besondere Fahrzeugausstat-

tung, kann ein Krankentransportfahrzeug erforderlich sein. Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung können zum Beispiel mit einem Taxi erfolgen.

Weitere Informationen zum Krankentransport: www.ptk-hamburg.de → Aktuelles → Nachrichten → 13.10.2017: Neue Praxis-Info „Krankentransport“

www.kbv.de → Mediathek → Praxisinformationen → „Praxisinfo: Psychotherapeuten dürfen Krankenhausbehandlung und Krankenförderung verordnen“

Psychotherapeuten dürfen verordnen: Wie funktioniert's?

Was psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten über die neuen Verordnungsbefugnisse wissen müssen – hier die wichtigsten Fragen und Antworten.

Allgemeine Fragen

FRAGE: Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Nutze ich für die Verordnungen dieselben Formulare wie die Ärzte?

ANTWORT: Ja. Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) nutzen dieselben Formulare wie die Vertragsärzte (Muster 2 für Krankenhausbehandlung, Muster 61 für Reha, Muster 26 bis 28 für Soziotherapie und Muster 4 für Krankenförderung).

Die Formulare erhält man über den Paul Albrechts Verlag. Siehe: www.kvvh.de → Formulare und Infomaterial → PAV-Formulare. Sollen die Formulare elektronisch am Praxisrechner ausgefüllt werden, müssen sie in der Software hinterlegt sein. Bei Fragen zur Software stehen die jeweiligen Software-Anbieter zur Verfügung.

FRAGE: Auf welchem Papier müssen die Formulare bedruckt werden, wenn sie über die Blankoformularbedruckung bedruckt werden?

ANTWORT: In diesem Fall sind die Formulare auf dem GKV-Sicherheitspapier zu bedrucken. Auch dieses erhalten Sie über den Paul Albrechts Verlag.

FRAGE: Müssen die verordneten Leistungen vorab von der Krankenkasse genehmigt werden?

ANTWORT: Ja. Krankenhausbehandlung, Soziotherapie und Krankenförderung zur ambulanten Behandlung müssen von der Krankenkasse vorab genehmigt werden. Auch die Reha muss vorab genehmigt werden, allerdings gibt es neben den Krankenkassen noch weitere Kostenträger, die zuständig sein können (siehe Seite 12).

FRAGE: Muss ich mich selbst um die Genehmigung kümmern?

ANTWORT: Das ist die Aufgabe des Versicherten. Wenn eine Verordnung von der Krankenkasse genehmigt werden muss, reicht der Versicherte das Verordnungsformular bei seiner Krankenkasse ein.

FRAGE: Besteht über die Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Regressgefahr?

ANTWORT: Generell ja. Verordnungen in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot: Sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen über das notwendige Maß nicht hinausgehen. Die Verordnungen, die PP/KJP vornehmen dürfen, müssen grundsätzlich von der Krankenkasse vorab genehmigt werden. Das minimiert die Regressgefahr, obwohl sie nicht entfällt. Bei einer Auffälligkeit wird eine ausführliche leistungserbringerbezogene Prüfung durchgeführt, die mit einem Bescheid endet. Hierbei können für alle erbrachten Leistungen Regresse festgesetzt werden. Dies kann zum Beispiel veranlasste und durch die Krankenkasse nicht übernommene Leistungen oder unwirtschaftliches Ordnungsverhalten betreffen.

FRAGE: Besteht eine Möglichkeit, ambulante psychotherapeutische Leistungen zu erbringen, während sich ein Patient in vollstationärer Behandlung befindet?

ANTWORT: Nein. Während eines vollstationären Aufenthaltes ist die Erbringung von ambulanten Leistungen nicht zulässig.

**Fragen zur
Krankenhauseinweisung**

FRAGE: Welche Kliniken stehen im Landeskrankenhausplan? Wo finde ich die Liste?

ANTWORT: Sie finden die Liste im Internet:

www.hamburg.de/krankenhausplanung Krankenhausplan Anhang 4-9 (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Anhang 4-14 (Psychiatrie und Psychotherapie) und Anhang 4-15 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

Siehe auch: www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de Auf dieser Seite ist eine Krankenhaus-Suche nach „Ort“ und „Krankheitsbild/Behandlung/Fachabteilung“ möglich.

FRAGE: Muss ich einen zweiten Einweisungsschein ausstellen, wenn ein Quartalswechsel stattfindet?

ANTWORT: Nein. Eine Einweisung ist so lange gültig, bis das Krankenhaus den Behandlungsfall abgeschlossen hat. Die Gültigkeit des Einweisungsscheins ist nicht auf ein Quartal begrenzt.

FRAGE: Kann ich auch eine Behandlung in einer Klinik außerhalb Hamburgs verordnen?

ANTWORT: Ja, das können Sie. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung müssen Sie die beiden nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser angeben (§ 73 Abs. 4 SGB V). Ob ein Krankenhaus außerhalb Hamburgs zu den nächstgelegenen geeigneten Krankenhäusern zählt, entscheiden Sie.

FRAGE: Können zur Behandlung in einer Hochschulambulanz oder psychiatrischen Institutsambulanz Einweisungen ausgestellt werden?

ANTWORT: Nein. Einweisungen werden ausschließlich für den stationären oder teilstationären Bereich ausgestellt.

Fragen zur Rehabilitation

FRAGE: Wie kann ich in Erfahrung bringen, ob die Krankenkasse der zuständige Leistungsträger für eine medizinische Rehabilitation ist?

ANTWORT: Wenn Sie sich nicht sicher sind, welcher Leistungsträger zuständig ist, füllen Sie zunächst nur den Teil A des Musters 61 aus und übermitteln diesen an die Krankenkasse des Patienten. Dort wird dann die Leistungspflicht festgestellt. Ist die Krankenkasse der zuständige Kostenträger, werden Sie aufgefordert, die Teile B-D des Musters 61 auszufüllen und einzureichen. Wenn Sie von Anfang an sicher sind, dass die Krankenkasse der zuständige Kostenträger ist, dann können Sie auf das Ausfüllen des Teils A verzichten und direkt die Teile B-D ausgefüllt an die Krankenkasse übermitteln.

FRAGE: Kann ich als PP/KJP auch Mutter-Kind-Kuren veranlassen?

ANTWORT: PP und KJP können Maßnahmen der Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V verordnen (umgangssprachlich „Mutter-Kind-Kur“ genannt). Im Muster 61 Teil D (VI. Zuweisungsempfehlungen) können Sie die empfohlene Rehabilitationsform ankreuzen: „Mütter-Leistung“, „Väter-Leistung“, „als Mutter-Kind-Leistung“ oder „als Vater-Kind-Leistung“.

FRAGE: Kann ich als Psychotherapeut die Reha-Einrichtung für meine Patienten aussuchen?

ANTWORT: Man kann auf Teil D der Verordnung angeben, welche Einrichtungen man für geeignet hält. Am Ende entscheidet aber der Kostenträger.

Eine Liste aller Reha-Einrichtungen findet man auf der Website der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: www.bar-frankfurt.de

FRAGE: Worauf muss ich achten, wenn ich die Reha-Ziele formuliere?

ANTWORT: Bitte beachten Sie beim Befüllen der Felder des Muster 61 die „Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die Vertragsärztliche Versorgung“ (ab Seite 99).

Die Erläuterungen finden Sie im Internet: www.kbv.de → Rechtsquellen → Verträge → Bundesmantelvertrag → „Erläuterungen zur Vordruck-Vereinbarung“

FRAGE: Können Psychotherapeuten auch eine Reha-Maßnahme verordnen, wenn die betreffenden Patienten in einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeschrieben sind, oder darf die Verordnung dann nur der Hausarzt vornehmen?

ANTWORT: Es spielt keine Rolle, ob der Patient in einem Hausarztvertrag eingeschrieben ist oder nicht. Wenn Sie eine Reha-Maßnahme für indiziert halten, können Sie auch eine Verordnung ausstellen.

FRAGE: Gibt es Fortbildungen der KV zu den ICF-Kriterien bei der Verordnung von Reha?

ANTWORT: Die KBV bietet auf ihrer Website eine Online-Fortbildung zu den Grundlagen und Besonderheiten der Verordnung von Reha an, die auch ausführlich auf die ICF eingeht. Um teilnehmen zu können, benötigt man einen Anschluss ans sichere Netz der KVen (SNK), zum Beispiel über einen KV-SafeNet-Router. Die Lerninhalte der Fortbildung kann man auch als PDF herunterladen. Hierfür ist kein SNK-Anschluss nötig.

Siehe: www.kbv.de/html/rehabilitation.php

Zum Hintergrund: Maßgeblich für die Frage, ob bei einem Menschen eine Rehabilitation indiziert ist, sind die individuellen Auswirkungen seiner Krankheit im Alltag und die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen. Für die Beschreibung dieses Bedingungsgefüges steht als Klassifikationssystem das ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zur Verfügung. Sie finden die ICF auf der Website des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): www.dimdi.de → Klassifikationen, Terminologien, Standards → ICF

Fragen zur Soziotherapie

FRAGE: Brauche ich eine Genehmigung der KV, um Soziotherapie verordnen zu können?

ANTWORT: Ja. Das ist die einzige der neuen Verordnungsmöglichkeiten, für die eine Genehmigung der KV nötig ist. PP und KJP brauchen keine spezifische Qualifikation. Bei der Antragstellung müssen sie lediglich angeben, mit welchem Soziotherapeuten oder welcher soziotherapeutischen Einrichtung sie kooperieren. Diese muss von den Kassen anerkannt sein. Derzeit können PP/KJP noch keine Genehmigung der KV erhalten, weil es noch keine Vergütungsvereinbarung gibt. Wir informieren Sie darüber, wenn die PP/

KJP Anträge auf Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie stellen können.

FRAGE: Welche Anbieter von Soziotherapie gibt es in Hamburg? Wo bekomme ich die Informationen dazu?

ANTWORT: Momentan gibt es nur wenige Soziotherapeuten, die von den Krankenkassen anerkannt sind. Welche das sind, können Sie in der Abteilung Qualitätssicherung oder bei der jeweiligen Krankenkasse erfragen.

Ansprechpartner zur Soziotherapie in der KV: Ursula Gonsch, Tel.: 22802-633, Manuela Gottschlich, Tel.: 22802-423

Fragen zur Krankenförderung

FRAGE: Muss die Krankenförderung von der Krankenkasse vorab genehmigt werden?

ANTWORT: Fahrten zu einer ambulanten Behandlung muss sich der Patient von seiner Krankenkasse genehmigen lassen. Fahrten zu einer stationären Behandlung dagegen nicht.

FRAGE: Stimmt es, dass man auch eine Serienverordnung für eine Krankenförderung ausstellen kann?

ANTWORT: Ja. Muss ein Patient aufgrund einer Grunderkrankung mit einem vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und beeinträchtigt diese Behandlung den

Patienten, sodass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist, kann eine Serienverordnung ausgestellt werden. Bitte beachten Sie, dass hierbei vorab immer eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen ist.

FRAGE: Muss eine Verordnung zur Krankenförderung im Nachhinein der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden, wenn im Notfall eine Rettungsfahrt stattgefunden hat?

ANTWORT: Nein. Rettungsfahrten (mit dem Rettungswagen, Notarztwagen oder Rettungshubschrauber) sind grundsätzlich nicht genehmigungspflichtig.

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802 - 900

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



HEILMITTEL

Kann ein langfristiger Heilmittelbedarf auch für Erkrankungen bestehen, die nicht in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie gelistet sind?

Ja, im Einzelfall kann ein Patient wie früher bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen.

Wird die Genehmigung erteilt, bitten Sie den Patienten um eine Kopie des Genehmigungsschreibens.

PATIENTENAKTE

Ein Patient möchte den Arzt wechseln. Wie können die Kopien der Patientenakte abgerechnet werden?

Fordert der neue Arzt die Patientenunterlagen an, können Sie die GOP 40144 EBM je Kopie in Ansatz bringen. Wenn der Patient direkt bei Ihnen Kopien seiner Patientenakte verlangt, müssen Sie ihm die Kosten privat in Rechnung stellen.

KRANKENBEFÖRDERUNG

Muss auf einer Verordnung zur Krankenförderung (Muster 4) zwingend eine Diagnose als ICD-Code angegeben werden?

Nein, die dauerhafte Mobilitätseinschränkung und die Wahl des Beförderungsmittels sind auf dem Muster 4 zwar zu begründen, die zusätzliche Angabe eines ICD-10-Codes ist hierbei jedoch nicht zwingend erforderlich.

Impfvereinbarung mit VDEK trotz Kündigung gültig

Die Impfvereinbarung mit dem VDEK ist zum 31. Dezember 2017 gekündigt worden. Die Vereinbarung gilt aber so lange weiter, bis eine neue Vereinbarung abgeschlossen wird. Sobald sich die KV mit dem VDEK einigen konnte, werden wir Sie informieren.



QUARTALSABRECHNUNG

Manchmal werden uns anstelle der gültigen eGK von den Versicherten Mitgliedsbescheinigungen vorgelegt. In diesem Fall legen wir die Daten über das Ersatzverfahren manuell an. Müssen wir die Mitgliedsbescheinigungen bei der Quartalsabrechnung mit einreichen?

Nein, die Mitgliedsbescheinigungen der Patienten müssen zur Quartalsabrechnung nicht mehr mitgeschickt werden. Es besteht jedoch eine Aufbewahrungsfrist von vier Quartalen. Eine Übersicht, welche Unterlagen und Nachweise der Quartalsabrechnung beizufügen sind, finden Sie auf unserer Website: www.kvhh.net
→ **Abrechnung** → **Abgabe Onlineabrechnung**

PSYCHOTHERAPEUTISCHES ERSTGESPRÄCH

Ich bin Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und möchte gerne mit einem 19-jährigen Patienten ein psychotherapeutisches Erstgespräch („Sprechstunde“) führen. Welches Kontingent steht mir bei diesem vermeintlich erwachsenen Patienten zu?

Im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie sind Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Ihnen steht somit das für Kinder und Jugendliche übliche Stundenkontingent von 10 x à 25 Min., bzw. 5 x à 50 Min. für die psychotherapeutische Sprechstunde zur Verfügung.

GRUPPENTHERAPIEN

Seit dem 1. Juli 2017 richten sich die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen bei den Gruppentherapien nach der Gruppengröße – also nach der Anzahl der tatsächlich anwesenden Teilnehmer. Werden Privatpatienten dabei mitgezählt?

Ja, nach Auskunft der KBV werden Privatpatienten mitgezählt, wenn es um die Bestimmung der Gruppengröße geht.

RICHTLINIENTHERAPIE

Gilt die Zweijahresfrist zur gutachterfreien Beantragung einer neuen Richtlinientherapie weiterhin?

Ja. Wenn eine erneute Kurzzeittherapie innerhalb von zwei Jahren beantragt wird, muss der Gutachter eingebunden werden. Eventuelle Leistungen der Rezidivprophylaxe bleiben unberücksichtigt. Die Zweijahresfrist beginnt mit der letzten Therapieeinheit, die der Krankenkasse als Therapieende gemeldet wurde.

Infocenter Tel: 22802-900



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

Abgabe der Abrechnung

Fristen werden vereinheitlicht

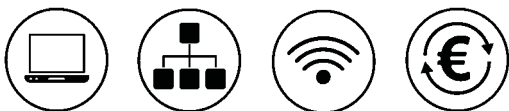
Beginnend mit der Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2018 wird die Abgabefrist für alle Quartale vereinheitlicht, sodass künftig keine spezifischen Termine mehr veröffentlicht werden. Ab dann gilt als Abgabefrist immer der 1. bis 15. Kalendertag eines neuen Quartals für das vorherige Quartal.

Diese und weitere Informationen zur Abgabe der Online-Abrechnung finden Sie ab sofort auf unserer Homepage:

www.kvhh.de → Abrechnung → Abgabe Online-Abrechnung

Unter anderem sind an dieser Stelle auch alle Unterlagen und Nachweise aufgeführt, die ebenfalls spätestens bis Fristende bei der KV eingegangen sein müssen.

Grundsätzlich ist die Abrechnung online zu übermitteln. Das Online-Portal für die Abgabe der Abrechnung wird bereits etwa eine Woche vor dem offiziellen Beginn der Abgabefrist geöffnet, sodass Sie die Abrechnung von diesem Zeitpunkt an bis zum Fristende zu jeder Tageszeit übermitteln können. Möchten Sie Ihre Abrechnung direkt in der KV auf einem bereitgestellten PC einlesen, so ist dieses innerhalb der offiziellen Abgabefrist montags bis freitags nach Termin-Vereinbarung mit Ihrem zuständigen Sachbearbeiter möglich.



Bitte beachten Sie, dass ab dem 3. Quartal 2018 eine Abgabe der Abrechnung nur noch via Safenet oder TI-Konnektor möglich ist. Die Bereitstellung eines PC in der KV endet ebenfalls mit der Abgabe der Abrechnung des 2. Quartals 2018.

Eine Fristverlängerung muss substantiell begründet werden und wird nur in Ausnahmefällen genehmigt. Ein Antrag hierauf muss vor Ablauf der Abgabefrist schriftlich bei der KV Hamburg gestellt werden. Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr in Höhe von 20 Euro berechnet.

Für die Abgabe der Abrechnung des 4. Quartals 2017 gilt der 16. Januar 2018 als Fristende. Ab den darauffolgenden Quartalen gilt dann die vereinheitlichte Frist (1. bis 15. Kalendertag).

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802 - 900

Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen rechtzeitig stellen

Genehmigungspflichtige Leistungen dürfen erst ausgeführt und abgerechnet werden, wenn die KV Hamburg entsprechende schriftliche Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen erteilt hat. Genehmigungspflichtige Leistungen, die vor dem Erhalt einer solchen Genehmigung erbracht werden, können nicht vergütet werden.

Genehmigungen können nicht für zurückliegende Zeiträume erteilt werden, maßgebend ist immer der Zeitpunkt der Zustellung der Genehmigung bzw. das im Bescheid genannte Datum.

Wir empfehlen daher, insbesondere mit Blick auf die Antragsbearbeitung oder die Teilnahme an einem Kolloquium, solche Anträge rechtzeitig zu stellen und darauf zu achten, dass die Antragsformulare vollständig ausgefüllt sind und die erforderlichen Informationen (z.B. Zeugnisse, Gerätenachweise) beiliegen. Insbesondere bei Leistungen, die an eine besondere apparative Ausstattung oder spezielle Räume gebunden sind, entstehen ein erhöhter Prüfaufwand und eine längere Bearbeitungszeit.

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung,
E-Mail: qualitaetssicherung@kvhh.de



Neue Abrechnungsziffern für die Verordnung von Cannabis

Rückwirkend zum 1. Oktober 2017 hat der Bewertungsausschuss drei neue Abrechnungsziffern in den EBM aufgenommen, mit denen der entstehende Aufwand bei der Verordnung von Cannabis abgebildet werden soll. Hintergrund ist das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, das zum 10. März 2017 in Kraft getreten ist.

Zwei der neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) betreffen die Begleiterhebung, die ein Arzt im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten mit Cannabis vornehmen muss:

GOP 01460 - AUFKLÄRUNG ÜBER DIE BEGLEITERHEBUNG

- Der Vertragsarzt ist verpflichtet, den Patienten vor der ersten Verordnung einer Leistung nach § 31 Abs. 6 SGB V einmalig über die verpflichtende Begleiterhebung zu informieren.
- Wert: ca. 3,01 € (28 Punkte)

GOP 01461 - DATENERFASSUNG UND DATENÜBERMITTLUNG IM RAHMEN DER BEGLEITERHEBUNG

- Die erforderlichen Daten sind vom Vertragsarzt, der die Leistung verordnet, in elektronischer Form an das BfArM zu übermitteln (§ 4 der

Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung / CanBV).

- Kann je genehmigter Leistung nach § 31 Abs. 6 Satz 2 SGB V einmal berechnet werden, entweder nach Ablauf eines Jahres oder bei Beendigung der Therapie vor Ablauf eines Jahres zum Zeitpunkt des Therapieendes.
- Bei Therapiewechsel innerhalb der unterschiedlichen Verabreichungsmöglichkeiten von Cannabis, wie in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten oder Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol oder Nabilon, ist die GOP 01461 erneut ansetzbar, jedoch höchstens viermal im Krankheitsfall.
- Wert: ca. 9,89 € (92 Punkte)

Bitte beachten Sie, dass die GOP 01460 und 01461 befristet bis zum 31. März 2022 in Ansatz gebracht werden können, weil dann die Begleiterhebung endet.

Eine weitere Leistung wurde zur Unterstützung bei der Antragsstellung in den EBM aufgenommen:

GOP 01626 - ÄRZTLICHE STELLUNGNAHME FÜR DIE KRANKENKASSE BEI BEANTRAGUNG EINER GENEHMIGUNG ZUR VERORDNUNG VON CANNABIS

- Unterstützung des Patienten bei der Antragsstellung auf Ver-

sorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten bzw. Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol oder Nabilon.

- Einmal je Erstverordnung berechnungsfähig. Da für jede Erstverordnung eine Genehmigung erforderlich ist (auch bei Wechsel von getrockneten Blüten zu Extrakten), kann die GOP 01626 bis zu viermal im Krankheitsfall in Ansatz gebracht werden.
- Wert: ca. 15,37 € (143 Punkte)

Alle drei GOP werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die GOP können bereits abgerechnet werden. Allerdings steht der Beschluss des Bewertungsausschusses noch unter dem Vorbehalt einer möglichen Beanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium. (Zur Verordnung von Cannabis siehe auch Seite 24.)

Abonnieren Sie den Abrechnungs-Newsletter!
Informationen zu weiteren EBM-Änderungen finden Sie im KVH-Abrechnungs-Newsletter: www.kvhh.de → Abrechnung → Abrechnungsnewsletter

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802 - 900

Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

Als Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfs der patientennahen ambulanten fachärztlichen Versorgung wird die fachärztliche Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und zugelassener MVZ unter definierten Voraussetzungen gefördert (vgl. § 75 a SGB V i.V.m. § 1 Abs. 2 „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ sowie „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung der Weiterbildung [ausgenommen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin]“).

Vor diesem Hintergrund fördert die KV Hamburg gemeinsam mit den Krankenkassen die Weiterbildung in den Facharztgruppen **Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe**. Die Anzahl der zu fördernden fachärztlichen Weiterbildungsstellen in Hamburg beträgt insgesamt 21,75 Stellen (verteilt auf 5,56 augenärztliche Weiterbildungsstellen, 5,23 pädiatrische Weiterbildungsstellen und 10,96 gynäkologische Weiterbildungsstellen); Stand 1.7.2016.

FREIE FÖRDERUNGSFÄHIGE WEITERBILDUNGSSTELLEN NACH AUSSCHREIBUNG UND TEILWEISER VERGABE DER O. G. STELLEN KÖNNEN NUNMEHR NOCH FOLGENDE FREIE WEITERBILDUNGSSTELLEN VERGEBEN WERDEN:

Augenärztliche Weiterbildungsstellen: 2,16

Pädiatrische Weiterbildungsstellen: 0,18

Gynäkologische Weiterbildungsstellen: 4,49

BEWERBUNGSFRIST

Ein Antrag auf Förderung kann bei der KV Hamburg im Zeitraum

4. BIS 29. DEZEMBER 2017

gestellt werden. Anträge, die außerhalb dieser Frist oder innerhalb der Frist, aber unvollständig, bei der KVH eingehen, werden abgelehnt.

Das zu verwendende Antragsformular finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg: **Antragsformular: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter „A“: Assistenten → „Förderung der Weiterbildung“**

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag vollständig vorliegen muss, um berücksichtigt werden zu können. Kann die sog. Formale Zeitenbestätigung der Ärztekammer nicht zeitgleich mit dem Antrag auf Förderung vorgelegt werden, kann der Antrag dennoch als vollständig gewertet werden, wobei die sog. Formale Zeitenbestätigung in diesem Falle nachzureichen wäre.

Zudem weisen wir darauf hin, dass aufgrund der Begrenztheit der förderungsfähigen Weiterbildungsstellen ggf. nicht alle eingehenden Anträge auf Förderung positiv beschieden werden können.

Weitere Informationen zum Vergabeverfahren finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg:

Richtlinie: www.kvhh.de → Recht & Verträge → Rechtsquellen → Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung Fachärzte
Weiterführende Hinweise: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter „A“: Assistenten → Förderung der Weiterbildung → „Hinweise zur Förderung der Weiterbildung für grundversorgende Fachärzte“

Änderung der Richtlinie der KV Hamburg zur Förderung der Weiterbildung von Fachärzten

An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass Änderungen der Richtlinie der KV Hamburg zur Förderung der Weiterbildung von Fachärzten beschlossen wurden.

1. Förderstellen, die innerhalb einer Facharztgruppe nach Ablauf des Bewerbungsverfahrens nicht vergeben wurden, werden nunmehr für die anderen förderungsfähigen Facharztgruppen ausgeschrieben und die Vergabe der Förderstellen erfolgt nach der Reihenfolge der Antragseingänge.
2. Die Förderungsvoraussetzungen entfallen nunmehr auch dann, wenn nachgeforderte Unterlagen ergeben, dass notwendige Förderungsvoraussetzungen nicht erfüllt sind. In diesen Fällen sind bereits erhaltene Förderungen in voller Höhe an die KV Hamburg zu erstatten.

Ansprechpartner:
Abteilung Arztregister
Katrin Benedickt, Tel.: 22802-661
Mira Papke, Tel.: 22802-841



Notfallmanagement: Auffrischungsseminar für nichtärztliche Praxis- assistentinnen

Zum Erhalt der Abrechnungsgenehmigung muss eine nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) alle drei Jahre an einer Weiterbildung zum Notfallmanagement teilnehmen.

Um die Weiterbildung auch in Hamburg möglich zu machen, wurde hierfür das Curriculum des IHF (Hausärztliches Institut für Fortbildung) zugelassen. Das angebotene Notfallmanagement-Seminar deckt die Anforderungen für den Erhalt der Abrechnungsgenehmigung ab und vertieft die Notfallkompetenz der Teilnehmerinnen.

Das Modul besteht aus drei Teilen: Der erste Teil baut auf der eigenen Tätigkeit auf. Der Arbeitgeber bescheinigt die praktische Erfahrung der Teilnehmerin, dafür werden zehn Stunden angerechnet. Im zweiten Teil werden die grundlegenden Inhalte zu Hause oder in der Praxis anhand eines zweistündigen E-Learning-Blocks erlernt. Zentraler und dritter Teil ist der Besuch eines achtstündigen Tagesseminars. Dort trainieren die Teilnehmerinnen mit spezialisierten Referenten an Trainingspuppen und werden zu verschiedenen Notfallsituationen geschult. So kommen die Teilnehmerinnen auf die laut Delegationsvereinbarung Anlage 8 BMV-Ä vorgeschriebenen 20 Weiterbildungsstunden.

Die nächsten Seminare in Hamburg finden am 26. Januar und am 13. April 2018 statt.

Termine und Anmeldung: www.verah.de →

Termine → VERAH/NäPa Notfallmanagement-
Refresher

Die Bescheinigung für eine Teilnahme am Notfallmanagement-Refresher ist der KV alle drei Jahre vorzulegen, um die Abrechnungsgenehmigung zu erhalten.

**Ansprechpartner in der
KV Hamburg:
Abteilung Qualitätssicherung
Inga Beitz, Tel.: 22802 - 451**

QM-Seminar: Effiziente Praxisorganisation

Ziel des Seminars ist eine realistische Einschätzung der Organisation und Kommunikation in der Praxis. Das Gesamterscheinungsbild sowie einzelne Bereiche wie Anmeldung, Wartezimmer, Sprechzimmer und Labor werden betrachtet, indem der Durchlauf eines Patienten nachgestellt wird. Das Seminar richtet sich an alle Praxisinhaber und Mitarbeiter in der Praxis, die die eigenen Arbeitsabläufe analysieren und verbessern möchten. ■

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 13.12.2017 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

QM-Seminar: Patienten- rechte im Alltag

Die Rechte und Pflichten der Patienten wurden 2013 in einem Gesetz zusammengefasst. Das Patientenrechtegesetz bildet die rechtliche Grundlage für die Arzt-Patienten-Beziehung.

In diesem Seminar zeigen wir Ihnen, welche Anforderungen sich aus den Gesetzesregelungen ergeben und wie Sie diese in Ihre Praxisabläufe und in Ihr Qualitätsmanagement integrieren können. Das Seminar richtet sich an Ärzte und Psychotherapeuten sowie an alle Mitarbeiter mit Führungsverantwortung in der Praxis. ■

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 17.1.2018 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität →

Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft

und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer Tel: 22802-858



InfectoDiarrstop LGG ist keine Kas-senleistung mehr

Das Durchfallmittel InfectoDiarr-stop LGG® kann nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 17. August 2017 entschieden.

Mittel gegen Durchfall können grundsätzlich nicht zu Lasten der Kranken-

kassen verordnet werden. Allerdings gibt es einige Ausnahmen, die in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie gelistet sind. Aus dieser Liste wurde nun folgender Absatz gestrichen: „ausgenommen Lactobacillus rhamnosus GG (mind. 5 x 10⁹ koloniebildenden Einheiten/ Dosisseinheit) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydrationsmaßnahmen“. Betroffen sind alle Varianten: InfectoDiarrstop LGG® geschmacksneutral, Kirsch und Banane jeweils mit Elektrolyten sowie die Variante InfectoDiarrstop LGG® Mono ohne Elektrolyte. ■



Die „Tragenden Gründe zum Beschluss“ finden Sie auf der Seite des G-BA: www.g-ba.de → [Informationsarchiv](#) → [Beschlüsse](#)

Generika für Nuvaring: Keine Kühlung notwendig

Seit August 2017 sind Generika zu Nuvaring® im Handel. Die generischen Verhütungsringe (Cyclelle® von Hexal, Ginoring® von Exeltis und Veri® Aristo) haben einen Vorteil: Sie müssen nicht bei 2 bis 8°C gelagert werden, sondern sind über die gesamte Laufzeit bei Raumtemperatur haltbar. Das Generikum wird zudem als Sechsmonatpackung angeboten. ■

Import von Cannabisblüten

Bei unvermeidbarer Lieferverzögerung gilt die Sieben-Tage-Regel nicht

Cannabisblüten werden zurzeit noch aus dem Ausland importiert. Das führt häufig zu einer längeren Lieferzeit. Laut Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung soll der Patient das BtM-Rezept innerhalb von sieben Tagen in der Apotheke vorlegen (§12 Abs. 1 BtMVV). Werden die Cannabisblüten erst nach dieser Sieben-Tage-Frist geliefert, fürchten manche Apotheker, das Rezept nicht mehr abrechnen zu können – und fordern den Patienten auf, ein weiteres Rezept vorzulegen. Das ist nicht nötig. Wenn es zu einer unvermeidbaren Lieferverzögerung kommt, weil das Arzneimittel importiert werden muss, gilt die Sieben-Tage-Regel nicht. Die Apotheke kann das Rezept abrechnen, sobald das Arzneimittel eingetroffen ist. ■

(Zur Verordnung von Cannabis siehe auch Seite 17.)

Sprechstundenbedarf: Off-Label-Use ist nicht zulässig

Auch im Sprechstundenbedarf sind die Arzneimittel nur entsprechend ihrer zugelassenen Indikation einzusetzen. Off-Label-Use ist nicht zulässig.

Beispiel: Albothyl Konzentrat. Laut Fachinformation ist das Mittel nur zur lokalen Behandlung bakterieller Vaginosen zugelassen. Ein Einsatz in anderen Bereichen ist nicht zulässig. ■

Die Fachinformation finden Sie unter: www.fachinfo.de
Dort können Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort einloggen.

ACHTUNG REGRESSGEFAHR!

Die Krankenkassen beanstanden die Verordnung von Arzneimitteln, die nicht zu Lasten der GKV verordnet werden können. Besonders häufig werden derzeit Einzelprüfanträge zu folgenden Arzneimitteln gestellt:

AGGRENOX UND ASASANTIN

Laut Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 53 sind die Mittel Aggrenox® und Asasantin® nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Aggrenox® und Asasantin® sind Wirkstoffkombinationen aus Dipyridamol und Acetylsalicylsäure.

VOLTAREN EMULGEL

Für Rheumamittel (Analgetika/ Antiphlogistika/ Antirheumatika) zur externen Anwendung – dazu gehört auch Voltaren Emulgel® – besteht ein Verordnungsaußchluss gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 40.

MIGRÄNERTON

Für Analgetika in fixer Kombination mit nicht-analgetischen Wirkstoffen besteht ein Verordnungsaußchluss gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 6. Migränerton® ist ein fixe Kombination aus Paracetamol und Metoclopramid.

JELLIPROCT

Jelliproct® ist eine Kombination aus Fluocinonid und Lidocain. Da für Hämorrhoidenmittel in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen zur lokalen Anwendung ein Verordnungsaußschluss nach Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 30 besteht, ist keine Verordnung zu Lasten der GKV möglich.

GUTRON

Für Gutron® (orales Antihypotonikum) existiert ein Verordnungsaußschluss nach Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 16.

HUSTENMITTEL

Gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 31 besteht für verschreibungspflichtige Hustenmittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten in fixer Kombination von Antitussiva und Expektorantien oder Mukolytika untereinander oder mit anderen Wirkstoffen grundsätzlich ein Verordnungsaußschluss. Dies betrifft z.B. Doxy comp®, Ambroxol comp® und Spasmo Mucosolvan®.

Arzneimittel, die laut Arzneimittel-Richtlinie von der Verordnung ausgeschlossen sind, dürfen nur ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnet werden (§16 (5) AM-RL). Falls Sie solche Arzneimittel dennoch verordnen, sollten Sie die medizinischen Gründe in der Patientenakte gut dokumentieren. Ihre zertifizierte Praxissoftware zeigt an, wenn ein Arzneimittel von der Verordnung ausgeschlossen ist. ■

**Ansprechpartner für Fragen
zu Arznei- und Heilmitteln:
Abteilung Praxisberatung,
Tel. 22802-571 / -572**



VON JENS REMMERT

Richtiges Verhalten bei Behandlungsfehlern

Wie sollte ein Arzt reagieren, wenn er einen Fehler begangen hat? Der Leiter des Bereichs Recht der KV Hamburg fasst die wichtigsten Aspekte aus juristischer Sicht zusammen.

Patienten müssen über Behandlungsrisiken vorher aufgeklärt werden – das steht außer Frage. Aber muss man den Patienten auch über eigene Fehler informieren? Erhöht ein solches Bekenntnis die Gefahr, strafrechtlich verfolgt zu werden? Gefährdet es die eigene Versicherung?

Ein Eingriff in die körperlichen und gesundheitlichen Befindlichkeiten des Patienten ohne dessen Einwilligung stellt eine rechtswidrige Körperverletzung dar – auch wenn ausschließlich die gewünschten Folgen eintreten. Ohne rechtswirksame Einwilligung ist der Arzt also einer grundsätzlichen Haftungsgefahr ausgesetzt.

Rechtswirksam ist eine Einwilligung, wenn eine ausreichende Aufklärung vor der beabsichtigten Behandlung durchgeführt wurde. Hierbei ist es notwendig, dass dem Patienten ein zutreffendes allgemeines Bild von dem Schweregrad und von der Tragweite der Behandlung sowie der damit verbundenen Risiken vermittelt wird. Erst dadurch kann der

Patient sein Selbstbestimmungsrecht verantwortlich ausüben und abschließend rechtswirksam einwilligen. Natürlich ist der Arzt nicht verpflichtet, über Risiken aufzuklären, die nur durch eine fehlerhafte Behandlung entstehen können, da er ja ohnehin zur fehlerfreien Behandlung verpflichtet ist.

Nach überwiegender Ansicht in der Rechtsprechung und Literatur hat der Arzt keine rechtliche Verpflichtung, ungefragt über unterlaufene Fehler bei der durchgeführten Behandlung zu unterrichten, da er sich durch eine derartige Offenbarung in die Gefahr einer Strafverfolgung wegen fahrlässiger Körperverletzung (§ 229 StGB) bringen kann. Eine Forderung nach rechtlich verpflichtender Offenbarung würde dem „Nemo-Tenetur-Prinzip“ widersprechen, nach welchem niemand verpflichtet ist, sich durch Selbstanzeige einer Strafverfolgung auszusetzen.

Hiervon zu unterscheiden ist jedoch die bestehende Hinweispflicht des Arztes für den Fall, dass der Behandlungsfehler noch Folgen



für den Patienten haben kann – beispielsweise, wenn weitere medizinische Maßnahmen ergriffen werden müssen. In diesen Fall erfordert das gesundheitliche Wohl des Patienten eine sachliche Mitteilung. Dies gilt sowohl für eigene Fehler als auch für die eines ärztlichen Kollegen, nicht zuletzt aus Schutzgründen und aufgrund des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Geschuldet ist jedoch lediglich die wahrheitsgemäße Tatsacheninformation während der therapeutischen Aufklärung über den Zustand des Patienten und die Erläuterung der notwendigen Folgebehandlungen – nicht aber unaufgefordert die Information, dass der Zustand auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist oder sein könnte.

Auf die konkrete Nachfrage eines Patienten nach einem Behandlungsfehler hat der Arzt kein „Recht zur Lüge“. Er muss wahrheitsgemäß über die Ursache des iatrogenen Schadens informieren. Eine selbstbeachtigende Wertung („Mir ist da ein Behandlungsfehler

unterlaufen“) ist jedoch keinesfalls gefordert. Der Arzt muss lediglich über den Behandlungsablauf und die tatsächlichen Begebenheiten informieren. Die juristische Beurteilung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, ist in keiner Weise Aufgabe des Arztes.

Wichtig zu wissen ist, dass die wahrheitsgemäße Information über die Tatsachen, die einen Behandlungsfehler begründen könnten, nicht den Versicherungsschutz gefährden. Keinesfalls darf der Arzt jedoch – dies verdeutlicht auch § 5 Abs. 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Haftpflichtversicherungen (AHB) – ohne vorherige Zustimmung seines Versicherers einen Haftungsanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anerkennen oder befriedigen. Die wahrheitsgemäße Sachinformation über Tatsachen stellt kein Anerkenntnis dar. Der Arzt muss aber darauf achten, dass er keine Kausalität zwischen einem mutmaßlichen Fehler und dem geltend gemachten Schaden bestätigt und keine grundsätzliche Ersatzpflicht anerkennt. ■

JENS REMMERT ist Leiter des Bereichs Recht der KV Hamburg



 AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Viel Lärm um nichts

Ist Choosing Wisely wirksam gegen Überversorgung?

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



Überversorgung in der Gesundheitsversorgung entsteht, wenn Diagnostik und Therapie durchgeführt werden, die aus medizinischen Gründen nicht notwendig sind, keinen Nutzen versprechen und unwirtschaftlich sind, vielleicht sogar schaden. Überversorgung hat viele Ursachen: Fehlendes wissenschaftliches Denken, Rituale, Überaktionismus, Hilflosigkeit, Vorenthalten von entscheidungsrelevanten Informationen, vermeintliche juristische Absicherung, Erlösrelevanz usw.

Als eine Lösung zur Beseitigung der Überversorgung wird die Choosing-Wisely-Initiative propagiert. Diese Kampagne hat in Nordamerika ihren Ursprung. Medizinische Fachgesellschaften generieren Themen der Überversorgung und fertigen TOP-5-Listen mit

Empfehlungen zur Vermeidung von Überversorgung mit Diagnostik und Therapie an (1). Auch die größte amerikanische Verbraucherorganisation Consumer Reports beteiligt sich und verteilt Choosing-Wisely-Kärtchen mit den fünf wichtigsten Fragen, die Patienten ihrem Arzt stellen sollten: Do I really need this test or procedure? What are the risks and side effects? Are there simpler, safer options? What happens if I don't do anything? How much does it cost, and will my insurance pay for it? (2).

In Deutschland hat Choosing Wisely ebenfalls Fuß gefasst und wird mit etlichen Artikeln und Mitteilungen im Deutschen Ärzteblatt und anderswo medial begleitet. Viele medizinische Fachgesellschaften wie die DGIM, DGGG, DGHO, DEGAM haben Projekte gestartet. Die AWMF hat sich unter dem Motto „Gemeinsam klug entscheiden“ der Kampagne verschrieben, ein Manual zum methodischen Vorgehen verfasst (3) und das Einzugsgebiet der Empfehlungen erweitert um Unter- oder Fehlversorgung.

„Viel Lärm“ ist zweifelsohne gegeben, aber steht diesem auch ein Nutzen der Kampagne gegenüber? Gemäß ersten Analysen ist eben dieser fraglich. Ein wissenschaftliches Team aus Österreich hat sich kürzlich die TOP-5-Listen aus den USA angeschaut und kommt zu der zentralen Schlussfolgerung, dass deren wissenschaftliche Vertrauenswürdigkeit bei einer bedeutenden Anzahl unklar ist. Die methodischen Grundlagen zur Entwicklung von TOP-5-Listen blieben zu entwickeln, so die Empfehlung (4). Im Choosing Wisely werden offensichtlich nicht die etablierten

Methoden der Evidenz-basierten Medizin zur Entwicklung von Empfehlungen für die Versorgung umgesetzt. Eine kanadische Arbeitsgruppe analysierte anhand der so genannten IPDAS-Kriterien (International Patient Decision Aid Standards) die Materialien, die Patienten im Rahmen von Choosing Wisely Kanada zur Verfügung gestellt werden. Nur zwei von insgesamt 24 Informationsressourcen erfüllen vollumfänglich diese Minimalkriterien für Entscheidungshilfen (5). Die Autoren schlussfolgern, dass die vorliegenden Choosing Wisely Materialien zur Kommunikation mit Patienten zum Zwecke der Reduktion von Überversorgung sich keinesfalls als angemessene Entscheidungshilfen qualifizieren. Eine erste Trendanalyse der Choosing Wisely Kampagne in sieben Bereichen kommt zu enttäuschenden Ergebnissen mit bestenfalls marginalen Effekten auf die Reduktion von Überversorgung (6).

Warum sollte auch ausgerechnet eine solche Kampagne wirken? Vermutlich dient Choosing Wisely am ehesten der Imagepflege der Fachgesellschaften und bindet deren Ressourcen. Choosing Wisely scheint

eine Nebelkerze zu sein, die von der Weiterentwicklung der echten Implementierung der Evidenz-basierten Medizin abhält.

Kampagnen wie Choosing Wisely sind komplexe Interventionen und sollten nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelt, evaluiert und implementiert werden. Die Wirkungen und unerwünschten Wirkungen sind sorgsam zu evaluieren. Es reicht nicht, im Vorher-Nachher-Vergleich zu schauen, ob beispielsweise weniger Röntgenbilder gemacht wurden gemäß Choosing-Wisely-Empfehlung. Selbst wenn dies der Fall wäre, hat möglicherweise zeitgleich die Häufigkeit von CT zugenommen.



Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
E-Mail: Gabriele.Meyer@medizin.
uni-halle.de

1) Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the Choosing Wisely campaign. *Acad Med* 2014;89:990-5

2) <http://consumerhealthchoices.org/wp-content/uploads/2013/06/CWPosterGeneralSmall.pdf> (Zugriff am 02.10.2017)

3) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ad hoc Kommission „Gemeinsam Klug Entscheiden“. Manual Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden. Version 1.1, 2016. Verfügbar: <http://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html> (Zugriff am 02.10.2017)

4) Horvath K, Semlitsch T, Jeitler K, Abuzahra ME, Posch N, Domke A, Siebenhofer A. Choosing Wisely: assessment of current US top five list recommendations' trustworthiness using a pragmatic approach. *BMJ Open* 2016; 6: e012366

5) Légaré F, Hébert J, Goh L, Lewis KB, Leiva Portocarrero ME, Robitaille H, Stacey D. Do choosing wisely tools meet criteria for patient decision aids? A descriptive analysis of patient materials. *BMJ Open* 2016; 6: e011918

6) Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barron J, Brady P, Liu Y, Li C, DeVries A. Early trends among seven recommendations from the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1913-1920



Operativer Furor

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

Deutschland ist das Land der Herzkrankheiten, in Großbritannien erkrankt man eher am Gedärm und in Frankreich an der Leber. Was in einem Land als Krankheit gilt, wird woanders gar nicht zur Kenntnis genommen: So wird der niedrige Blutdruck, die Hypotonie, in internationalen Veröffentlichungen immer wieder als „german disease“ belächelt.

Vielleicht spielen medizinische Traditionen eine Rolle, vielleicht auch die unterschiedlichen Vergütungssysteme, aber eine wirklich schlüssige Erklärung für diese nationalen Unterschiede gibt es nicht.

Auch innerhalb einer Nation kann es sehr unterschiedlich zugehen. Künstliche Kniegelenke werden nirgends so häufig implantiert wie in Bayern. In Ravensburg wird doppelt so oft an der Prostata operiert wie im Allgäu. Leistenbruchoperationen sind an der Mosel viel häufiger als in Regensburg. Sogar innerhalb der gleichen Region gibt es große Ausschläge: In Aurich wird die Gebärmutter nur halb so oft entfernt wie im benachbarten Emsland. Hier kann man wohl kaum unterschiedliche medizinische Traditionen annehmen, auch das Vergütungssystem ist überall gleich.

Auch hier gilt also wieder: Eine wirklich schlüssige Erklärung für diese regionalen Unterschiede gibt es nicht.

Außerdem gibt es noch lokale Unterschiede. Man könnte mei-

nen, zwischen 2007 und 2015 sei in Deutschland eine Rückenschmerz-Epidemie ausgebrochen. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte wegen Rückenschmerzen stieg um mehr als 70 Prozent, und die Zahl der Rückenoperationen stieg von 452.000 auf 772.000, auch um mehr als 70 Prozent.

Das ist natürlich nicht die Folge einer Epidemie, sondern die Folge einer Veränderung des Vergütungssystems. 2004 wurde die Krankenhausfinanzierung von einem zeitbezogenen System („Tagessatz“) auf ein diagnosebezogenes System („Fallpauschale“) umgestellt. Rückenoperationen werden in diesem Fallpauschalen-System sehr gut bezahlt.

Wenn man die „Epidemie“ verstehen will, muss man der Spur des Geldes folgen. Für diese lokalen Unterschiede finden sich also schlüssige Erklärungen. Es sind Hochburgen für Rückenoperationen entstanden, sozusagen Leuchttürme des operativen Furors. Mit unglaublichen Operationszahlen ragt besonders das Gebiet rund um Fulda in Nord- und Osthessen und dem benachbarten Westthüringen aus dem bundesdeutschen Durchschnitt hervor.

In der ARD-Sendung „Operieren und kassieren“, die noch bis Juni 2018 in der ARD-Mediathek abrufbar ist, wurde jüngst für die Operation der Wirbelsäulenversteifung festgestellt, dass in Fulda dreizehn Mal so viele Eingriffe vorgenom-

men werden wie in Frankfurt an der Oder. Im bundesdeutschen Durchschnitt werden im Jahr 199 Bandscheibenoperationen bei 100.000 Einwohnern durchgeführt. In Dresden sind es nur 99, in Fulda 514 und in Hersfeld-Rothenburg 567. Es entscheidet der Wohnort darüber, ob operiert wird oder nicht. Das gilt natürlich für alle Operationen, nicht nur am Rücken.

An solchen Wohnorten brauchen Patientinnen und Patienten besondere Unterstützung. Am wichtigsten ist die Transparenz. Ob es am eigenen Wohnort mit rechten Dingen zugeht, kann man im Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung nachlesen – oder man kann seinen Hausarzt darum bitten. In und um Fulda beispielsweise bräuchte es außerdem Hausärzte, die über Alternativen zu Rückenoperationen informieren können.

Es bräuchte Krankenkassen, die ihren Medizinischen Dienst mit qualifizierten Sprechstunden für Beratungen öffnen. Und es bräuchte Chirurgen, Orthopäden und Neurochirurgen, die für eine zweite Meinung ohne eigenes monetäres Interesse, die für eine Überprüfung von Operationsindikationen zur Verfügung stehen.

Unter solchen Voraussetzungen könnte Fulda hoffentlich rasch und unauffällig wieder im bundesrepublikanischen Durchschnitt verschwinden. ■

chirurg@hontschik.de, www.medicinHuman.de

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Jana Husemann**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Jana Husemann**

Geburtsdatum: **12.3.1982**

Familienstand: **glückliche Partnerschaft, bald eine Tochter**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin, Notfallmedizin**

Weitere Ämter: **Mitglied im Vorstand des HÄV HH, Mitglied im Forum Hausärztinnen des HÄV, Mitglied BFA Hausärzte, Mitglied der JADE**

Hobbys: **Gitarre, Yoga, Fussball, Fotografieren, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, seitdem ich in meiner eigenen Gemeinschaftspraxis die Medizin betreiben kann, die ich für sinnvoll erachte und kein kleines Rädchen in der Maschinerie Krankenhaus mehr bin, bin ich sehr zufrieden!

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Für mich ist wichtig, dass die Selbstverwaltung einen Querschnitt der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte abbildet, sprich: dass sich auch junge Ärztinnen einbringen und nicht nur ältere Herren die Entscheidungen treffen. Dafür müssen die allerdings auch bereit sein, mal ihren Platz zu räumen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Da gibt es viele! Einige Punkte sind:

- eine ausreichende Wertschätzung derprechenden Medizin
- quartalsunabhängige Pauschalen. Deutschland ist Spitzenreiter bei den Arztbesuchen, dies ist auch ein hausgemachtes Problem durch monetär motiviertes, quartalsweises Einbestellen der Patienten.
- der Ausbau des Primärarzt-systems. Davon profitieren übrigens auch die Spezialisten, weil dann dort in den Praxen für die Patienten mehr Zeit ist, die wirklich spezialärztliche Expertise benötigen.
- mehr junge Ärztinnen und Ärzte, die sich für die Niederlassung entscheiden. Deswegen bin ich Mitbegründerin des Werkzeugkasten Niederlassung, einer bundesweiten Fortbildungsreihe mit 13 Modulen rund um die Niederlassung.
- eine einheitliche Gebührenordnung für alle
- weniger Kommerzialisierung und Ökonomisierung der Medizin

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? An erster Stelle steht der Zeitdruck. Abhilfe schaffen würde z.B. eine Verminderung der Bürokratie, die Abschaffung von Präventionsmaßnahmen unklaren Nutzens sowie eine AU-Regelung, die eine ärztliche Bescheinigung erst ab einer Woche notwendig macht.

Außerdem nimmt es zunehmend mehr Zeit in Anspruch, Patienten zu beraten, die mit Gesundheitsinformationen aus unseriösen Quellen in die Sprechstunde kommen.

Zu guter Letzt muss man lernen damit umzugehen, dass zumindest auf St. Pauli oft die Lebensumstände die Leute krank machen.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mit der Transsibirischen Eisenbahn von Moskau nach Wladiwostok zu fahren ■

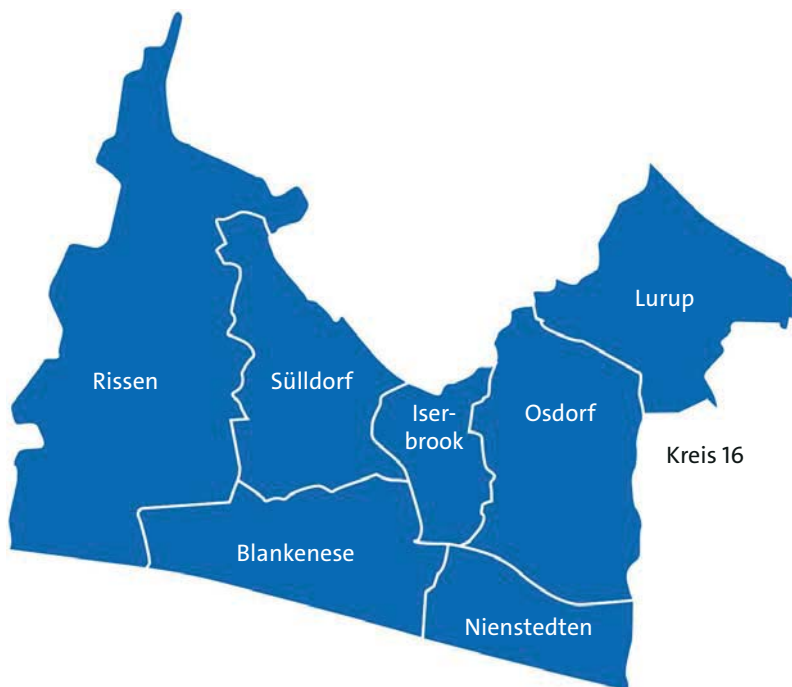
VON DR. THORSTEN BRUNS

Versammlung des Kreises 16

Anonymität beenden und Kollegen kennen lernen, die man nur vom Telefon kennt

Es ist noch nicht lange her, dass unser Kreis 16, der die Stadtteile Lurup, Osdorf, Nienstedten, Blankenese, Iserbrook, Sülldorf und Rissen umfasst, wieder zum Leben erweckt worden ist. Mindestens zwei Wahlperioden lang war das Amt des Kreisobmanns nicht besetzt gewesen, als ich als neuer Kreisobmann im März 2017 zu unserer ersten neuen Kreisversammlung einlud. Die Resonanz war mit 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr gut und machte Hoffnung, dass die Ärztinnen und Ärzte unseres Kreises Lust auf persönlichen Kontakt und Austausch haben.

Genau zu diesem Zweck hatte ich das Amt des Kreisobmanns letztlich angenommen: Ich finde es wichtig, dass wir Ärztinnen und Ärzte uns beim Klönschnack einmal persönlich begegnen und uns in die Augen schauen können – schließlich kennen wir einander häufig nur vom Telefon oder sogar nur vom Namen her. Deshalb war es mein Wunsch, dass bei unserer zweiten Sitzung am 11. Oktober 2017 die Beteiligung noch einmal größer wird als beim ersten Treffen. Doch leider war das Interesse deutlich geringer als im März; es kamen nur zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu unserer zweiten Kreisversammlung. Dabei lag der Termin an einem Mittwochabend außerhalb der Hamburger Schulferien, und ein leckeres kleines Buffet stand ebenfalls bereit. Ich hoffe sehr, dass die Resonanz beim nächsten Mal wie-



der größer sein wird – ich jedenfalls bin neugierig auf die Kolleginnen und Kollegen in meinem Kreisgebiet und würde gern möglichst viele von ihnen persönlich kennenlernen und regelmäßig treffen.

Auch wenn die Teilnehmerzahl hätte größer sein können, gab es bei unserer Kreisversammlung im Oktober eine erfreulich lebendige und intensive Diskussion über den Vortrag der KV-Apothekerin Regina Lilje zur neuen Wirkstoffvereinbarung. Nicht wenige der Kolleginnen und Kollegen sehen das Konstrukt grundsätzlich kritisch: Das System unterstellt von vornherein eine unwirtschaftliche Verordnung. Ein solcher Generalverdacht ist ungerecht und einseitig. Hinzu kommt das

Schnittstellenproblem zwischen Krankenhaus und Praxis. Beispiel: Wir erleben häufig, dass Patientinnen und Patienten von Fachärzten im Krankenhaus auf teure Originalpräparate eingestellt worden sind, die wir nicht ungeprüft weiterverordnen können. Sind die Präparate unwirtschaftlich, müssen wir den Ärger der Patientinnen und Patienten ausbaden, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht auf andere Medikamente umgestellt werden wollen. Ist die Weiterverordnung notwendig, müssen wir dies möglicherweise aufwändig rechtfertigen. Beides ist wenig erfreulich. Die Diskussion mit Frau Lilje zeigte außerdem, dass bei den Kolleginnen und Kollegen noch immer große Unsicherheit bezüglich der Wirkstoffampel herrscht – hier

konnte der Austausch im Rahmen der Kreisversammlung immerhin einige Unklarheiten beseitigen.

Es folgte der TOP „Kreisangelegenheiten“, bei dem ich unter anderem die personellen Veränderungen des Kreises vortrage und neuen Kolleginnen/Kollegen gern die Gelegenheit gebe, sich vorzustellen.

Im Anschluss berichtete ich den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von einer Klausurtagung der KV zur neuen Notfallversorgung, die im April 2017 stattgefunden hatte und zu der ich zusammen mit den anderen Kreisobleuten eingeladen worden war, um die

Dr. Thorsten Bruns



Dr. Thorsten Bruns ist Urologe in Hamburg-Blankenese und Obmann des Kreises 16.

Informationen rund um das neue Konzept für die Notfallversorgung in die Kreise zu tragen.

Für die kommenden Kreisversammlungen wollen wir neben aktuellen Referaten zur Berufspolitik und Abrechnung auch Fachvorträge zu einzelnen medizinischen Themen

anbieten. Ziel ist es, den Ärztinnen und Ärzten im Kreis noch deutlicher vor Augen zu führen, welches Leistungsspektrum die Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Fachrichtungen in unserem Kreis anbieten und über welche Expertise sie verfügen. Die Krankenhäuser wenden sich mit derartigen Fachvorträgen ja sehr intensiv an Patientinnen und Patienten, aber auch an einweisende Ärztinnen und Ärzte. Wir sollten deshalb dem Eindruck entgegenwirken, dass derartige Expertise nur im Krankenhausesektor vorgehalten wird. ■

Die Termine weiterer Kreisversammlungen finden Sie im Kalender auf Seite 30

wir
regulieren
ihren

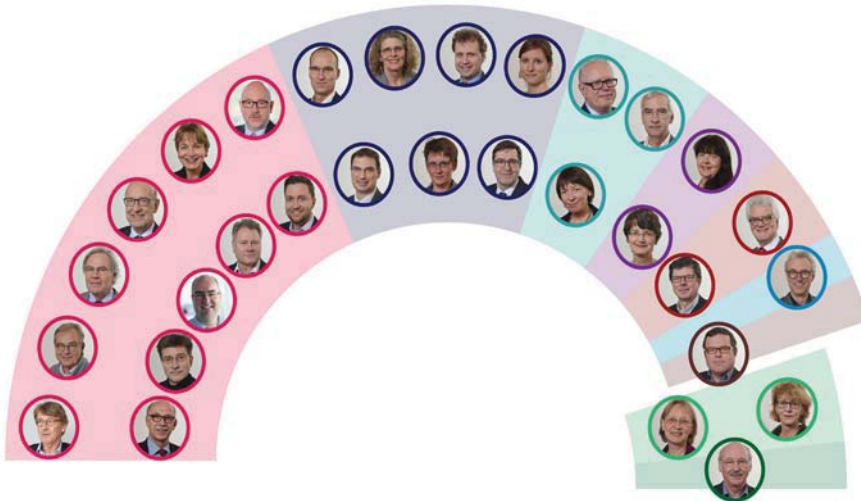
[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

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

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 5.4.2018 (ab 19.30 Uhr) – Ärztehaus (Julius-Adam-Saal),
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



**ARBEITS- UND
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 24.1.2018 (15 - 20 Uhr)
Fr. 26.1.2018 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

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

KREISVERSAMMLUNGEN

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

Di. 19.12.2017 (ab 19.15 Uhr)

Programm: Vortrag von Dr. Ulrich Kemloh, Leiter der Abteilung IT-D der KV Hamburg, zur Telematik

Vortrag von Dr. Joachim Kulemann über Pflichten und Chancen im Arbeitsschutz für die Praxisinhaber

Ort: Bethesda Krankenhaus Bergedorf (Haus B, Ebene O, Konferenzraum 1) Glindersweg 80, 21029 Hamburg

KREIS 7 (Rotherbaum)
Kreisobfrau: Dr. Yvonne Gagu-Koll
Stellvertreterin: Dr. Friederike Windler

Do. 11.1.2018 (ab 19.30 Uhr)

Programm: Vortrag von Dr. Ulrich Kemloh, Leiter der Abteilung IT-D der KV Hamburg, zur Telematik

Ort: Praxis Dr. Windler, Hallerstraße 6, 20146 Hamburg

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

Mi. 17.1.2018 (ab 19.30 Uhr)

Programm: Telematik (Referenten angefragt)

Ort: Die Boutique, Poelchaukamp 22 22301 Hamburg

ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Effizientes Praxismanagement

Eine angenehme Praxisatmosphäre trägt zu Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenbindung bei. Dieses Seminar beleuchtet die Organisation und Kommunikation Ihrer Praxis, indem der Durchlauf eines Beispiel-Patienten nachgestellt wird. Dabei wird deutlich, was bisher in der Praxis schon gut läuft, wo es noch Potential gibt und wie Verbesserungen nachhaltig umgesetzt werden können.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 13.12.2017 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Patientenrechte im Alltag

Welche Anforderungen ergeben sich aus dem Patientenrechtegesetz und wie lassen sie sich in die Praxisabläufe und ins QM integrieren? Im Seminar erfahren Sie, was zu tun ist. Ebenfalls werden Aspekte des Risikomanagements und der Umgang mit den neuen Einsichtsrechten der Patienten verdeutlicht. Sie lernen, worauf bei der Dokumentation in der Patientenakte geachtet werden sollte und wie mit Einwilligungen und Einverständniserklärungen umzugehen ist. Außerdem erhalten Sie Tipps zur Gestaltung geeigneter Arbeitsanweisungen.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 17.01.2018 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

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. 7.2.2018 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke



Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633, Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889, Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Einführung in die Hypnose

Die Teilnahme an diesen Einführungskurs und am Aufbaukurs ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung mit der KV.

19 FORTBILDUNGSPUNKTE

Zweitägig:

Fr. 19.1.2018 (16 - 21.15 Uhr) und

Sa. 20.1.2018 (9 - 18.45 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 240 (inkl. Verpflegung)

Aufbaukurs Hypnose

Die Teilnahme am Einführungskurs und an diesem Aufbaukurs ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung mit der KV.

19 FORTBILDUNGSPUNKTE

Zweitägig:

Fr. 14.9.2018 (16 - 21.15 Uhr) und

Sa. 15.9.2018 (9 - 18.45 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 240 (inkl. Verpflegung)

DMP Patientenschulungen

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

Termine und weitere Infos:

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

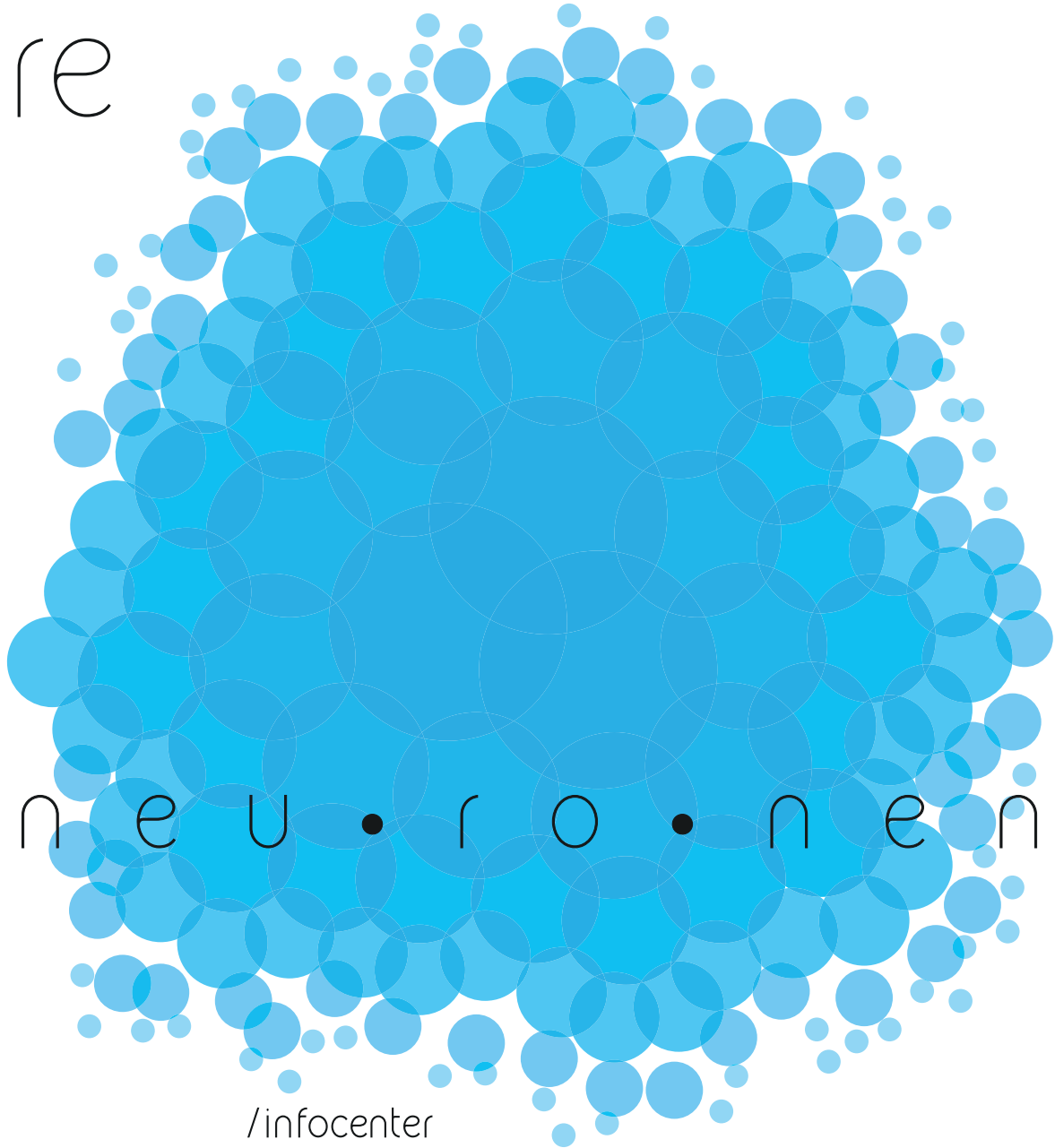
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300

E-Mail: akademie@aekhh.de

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

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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