

KVH journal

ZUM HEULEN

*In Hamburg gibt es zu viele Kinderärzte?
Mit der Realität hat das nichts zu tun.*



LABORREFORM

Neuregelung des Wirtschaftlichkeitsbonus

SICHERES NETZ DER KVen

Anbindungs-Pflicht wird verschoben

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 3/2018 (März 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Der Spielraum der Selbstverwaltung wird kleiner, das Korsett der staatlichen Regulierung wird enger. Und es gibt wenig Grund zur Hoffnung, dass diese Fehlentwicklung bald korrigiert wird.

Laut Koalitionsvertrag soll das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für GKV-Patienten auf 25 Stunden pro Woche erhöht werden. Derzeit müssen die Vertragsärzte 20 Sprechstunden anbieten – so hat es die gemeinsame Selbstverwaltung beschlossen. Faktisch leisten die Vertragsärzte aber viel mehr. Einer Erhebung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung zufolge sind im Schnitt sogar 36 Stunden pro Woche für die GKV-Patienten reserviert.

Was also soll das? Der erhobene Zeigefinger verärgert die Ärzte. Das Problem, das gelöst werden soll, existiert gar nicht. Stattdessen werden neue Probleme geschaffen – denn im Einzelfall können Ärzte, die viele Haus- und Heimbefuche machen oder ambulant operieren, die erhöhte Mindestsprechstundenzahl gar nicht anbieten. Statt Spiegelfechtereien aufzuführen, sollte die künftige Regierung lieber dafür sorgen, dass die erbrachten Leistungen voll bezahlt und nicht wie bisher durch Honorarbudgets gedeckelt werden.

Auch die geplante Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe sowie das künftige Mitberatungs- und Antragsrecht der Länder in den Zulassungsausschüssen zeugen von der Entschlossenheit, den staatlichen Einfluss auszuweiten. In keinem Land der Welt sind die Wartezeiten auf Arzttermine so kurz wie in Deutschland. Dennoch hat die Regierung darauf bestanden, zentrale Terminservicestellen einzurichten. Sie werden kaum genutzt. Dennoch soll die Vermittlung laut Koalitionsvertrag künftig auch auf hausärztliche und kinderärztliche Termine ausgeweitet werden. Glaubt wirklich jemand, dass die Terminvergabe durch einen Zuwachs an Bürokratie beschleunigt wird?

Das Gesundheitssystem funktioniert am besten, wenn jeder seine Aufgaben erfüllt. Der Staat definiert die Rahmenbedingungen – und die Ärzte und Psychotherapeuten mit ihrer Selbstverwaltung sowie die Krankenkassen organisieren die Versorgung. Diese Arbeitsteilung ist es, der unser Gesundheitssystem seine hervorragende Qualität verdankt.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
- 18_ Laborreform: Neuregelung des Wirtschaftlichkeitsbonus ab April
- 20_ Konkretisierte Sachkostenregelung
- 21_ Ambulante Reha für Asthma- und COPD-Patienten im DMP
Psychotherapie: Sprechstunde wird Voraussetzung für andere Behandlung

SCHWERPUNKT

- o6_ Nachgefragt: Warum braucht Hamburg zusätzliche Kinderärzte?
- o8_ KV-Studie: Pädiatrische Grundversorgung unter Druck

QUALITÄT

- 22_ Genehmigungen können nicht rückwirkend erteilt werden
Botoxbehandlung bei Blasen-funktionsstörung
- 23_ Qualitätsmanagement-Seminare: „Tatort Praxis“, „Datenschutz“, "QEP-Einführung"

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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



ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 24_** Fragen und Antworten zu Arzneimitteln
- 25_** „Die Richtung stimmt“: Informationsveranstaltung zur Wirkstoffvereinbarung

FORUM

- 28_** Medizinische Kurzinformationen für Patienten

SELBSTVERWALTUNG

- 35_** Für Sie in der Vertreterversammlung: Steckbrief Dr. Björn Parey
- 36_** Versammlung der Kreise 6 und 7
- 38_** Versammlung des Kreises 9
- 40_** Sicheres Netz der KVen: Anbindungs-Pflicht wird auf 1. Januar 2019 verschoben

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 26_** Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen in der fachärztlichen Versorgung
- 27_** Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 29_** Hontschiks „Diagnose“

FORUM

- 30_** Leserbrief

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 32_** Einfluss von Industrie-Sponsoring auf klinische Studien

TERMINKALENER

- 42_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Seite 3: Mauricio Bustamante; Seite 7: Melanie Vollmert; Seite 14: MintVision, Felix Faller/Alinea, Celiafoto/AdobeStock; Seite 17: Felix Faller/Alinea; Seite 21: Chinnapong/Fotolia; Seite 22: Magicmine/Fotolia; Seite 29: Barbara Klemm; Seite 35: Michael Zapf; Seite 37, 39, 42: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 42: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

Warum braucht Hamburg zusätzliche Kinderärzte?



Dr. Stefan Renz

Kinder- und Jugendarzt in Eimsbüttel
und Landesverbandsvorsitzender des
Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte (BVKJ)

Sorgfältige Analyse

Im Sommer 2017 trafen sich Vertreter des Hamburger Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) mit dem KV-Vorstand. Wir berichteten, dass die niedergelassenen Pädiater in Hamburg am Limit arbeiten und es stellenweise schon spürbare Versorgungsengpässe gibt. In unseren Praxen nahm die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen von Jahr zu Jahr zu. Wir konnten KV-Chef Walter Plassmann rasch überzeugen, dies statistisch zu untermauern. Das war ein Novum, denn im Rest der Republik gibt man sich mit einem Blick auf die Zahlen der Bedarfsplanung zufrieden. **Die sorgfältige Analyse der pädiatrischen Versorgung in Hamburg hat tatsächlich zum Erfolg geführt.** Ob die nun in Aussicht gestellten vier zusätzlichen Kinder- und Jugendarzt-Sitze ausreichen werden, um die Situation dauerhaft zu entspannen, ist allerdings fraglich. Eine Ursache ist auch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten: Standen früher die Infektionskrankheiten im Vordergrund, sind es jetzt die „Neuen Morbiditäten“: Verhaltensstörungen, psychosomatische Erkrankungen und Schulprobleme, die wesentlich zeitaufwändiger sind. ■



Dr. Cornelius Heinze
Kinder- und Jugendarzt in Barmbek



Dr. Claudia Haupt
Kinder- und Jugendärztin in Blankenese

Verzweifelte Eltern

Auch in unserer Kinderarztpraxis in Barmbek ist spürbar, dass sich die pädiatrische Versorgungssituation verschlechtert hat. Unser eigenes Klientel können wir noch versorgen, doch wir bekommen immer mehr Anrufe von Eltern aus anderen Stadtteilen, die verzweifelt einen Kinderarzt suchen. Viele Praxen in Wilhelmsburg, Bramfeld, Jenfeld und Hamm haben einen Aufnahmestopp verhängt. Diese drastische Maßnahme haben wir noch nicht ergriffen, doch auch wir müssen filtern und nehmen nur noch Kinder aus der Nachbarschaft auf. Es gibt deutlich mehr Anfragen als Aufnahme-Kapazitäten in unserer Praxis. Das Problem der derzeitigen Bedarfsplanung ist, dass sie sich auf ganz Hamburg bezieht. **In der Schanze, in Eppendorf oder in Hoheluft ist die pädiatrische Versorgung sicherlich hervorragend, das sind attraktive Standorte für Ärzte. Doch die meisten Kinder leben in den weniger attraktiven Stadtteilen, wo Familien sich noch die Mieten leisten können. Diese Stadtteile sind es, in denen der Kinderarzt um die Ecke fehlt. ■**

Überlastete Praxen

Ein wichtiger Grund für die zunehmende Arbeitsbelastung der Hamburger Kinder- und Jugendärzte ist die steigende Zahl der Kinder. Doch auch andere Faktoren spielen eine Rolle: Die Vorsorgeuntersuchungen werden aufgrund steigender inhaltlicher Anforderungen immer zeitaufwändiger. Wir beschäftigen uns zunehmend mit psychosozialen Fragestellungen, Medienerziehung und Ernährungsberatung. Die Kinder kommen heutzutage früher in die Krippe, was vor allem in den Wintermonaten zu sehr häufigen Konsultationen wegen fieberhafter Infekte von Kleinkindern führt. Insbesondere Schulkinder werden immer häufiger zur (sehr zeitaufwändigen) Abklärung von chronischen Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Erschöpfungszuständen oder Schlafstörungen vorgestellt. Zunehmend werden auch Kinder vorgestellt, weil ihre Eltern ab dem ersten Krankheitstag eine Bescheinigung für das Kinderbetreuungsgeld benötigen. **Es gibt also immer mehr zu tun. Gleichzeitig schrumpfen die allgemeinpädiatrischen Versorgungskapazitäten, weil die nachrückenden Kinderärzte häufiger eine Zusatzbezeichnung haben und entsprechend weniger Zeit für die Allgemeinpädiatrie aufwenden können.** Bei uns in der Praxis rufen ständig Eltern aus teilweise weit entfernten Wohnbezirken an, die keinen Kinderarzt finden. Wir nehmen alle Neugeborenen, neu zugezogenen Kinder und Geschwister auf – doch wir müssen auch beinahe jeden Tag Kinder ablehnen. ■

VON DR. SARAH STROHKAMP

Pädiatrische Grundversorgung unter Druck

Mit einer neuartigen Analyse konnte die KV nachweisen, dass die Behandlungskapazitäten der vertragsärztlichen Pädiatrie in Hamburg nicht ausreichen – trotz nomineller Überversorgung von 116 Prozent. Vier zusätzliche Kinderarzt-Sitze sollen Abhilfe schaffen.



Die Ankündigung der KV Hamburg, sich für die Schaffung von vier zusätzlichen Kinderarzt-Sitze einzusetzen, hat bundesweit für Aufsehen gesorgt. „Die Verantwortlichen haben hinter die Kulissen geschaut und erkannt, dass die vorhandenen Kapazitäten nicht ausreichen“, lobt der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). Klagen von Eltern, die für ihr Kind keinen

Pädiater finden können, mehren sich nach Aussage des BVKJ überall in Deutschland. Doch wie lässt sich verifizieren, ob diese Klagen berechtigt sind? Welche Maßstäbe können angelegt werden?

Vor diesem Problem stehen derzeit viele KV-Regionen, denn die aktuelle Bedarfsplanung bildet das Versorgungsgeschehen nicht mehr zuverlässig ab. Hamburg hat laut Be-

darfsplanung einen Versorgungsgrad mit Pädiatern von 116 Prozent und ist damit nominell überversorgt.

Dennoch häufen sich seit einiger Zeit die Indizien, dass es Versorgungsengpässe gibt: Eltern von Neugeborenen berichten, sie hätten Praxen in ganz Hamburg abtelefoniert, um einen Kinderarzt zu finden. Pädiater nehmen nur noch Geschwisterkinder oder Kinder aus

der direkten Nachbarschaft auf oder verkünden einen vollständigen Aufnahmestopp.

Der Hamburger Landesverband des BVKJ wandte sich Mitte 2017 an den KV-Vorstand und forderte zusätzliche Versorgungskapazitäten. Für die Überlastung der Kinderarzt-Praxen nannte der Verband eine Reihe von Gründen:

- Die Geburtenrate steigt: Es gibt immer mehr Kinder unter sechs Jahren in Hamburg.
- Die Praxen müssen in zunehmendem Umfang Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durchführen.
- Die vorgeschriebenen Gesundheitsuntersuchungen werden durch die Zunahme ihrer Leistungsinhalte zeitaufwändiger.
- Das Ausstellen teilweise unsinniger Atteste für Schulen und Kindergärten nimmt viel Zeit in Anspruch.
- Und: Statt mit den klassischen Kinderkrankheiten haben es die Pädiater zunehmend mit „neuen Krankheiten“ wie ADHS und Stress-Kopfschmerzen oder mit psychosozialen Problemen zu tun. Das alles kostet Zeit, die für die allgemeinpädiatrische Akutversorgung fehlt.

Die Vertreter des BVKJ-Landesverbandes und der KV-Vorstand kamen überein, die pädiatrische vertragsärztliche Versorgung zunächst genauer zu analysieren – anhand von neuartigen Parametern, die über die schlichte Köpfezahl der offiziellen Bedarfsplanung hinausgeht.

MEHR KINDER PRO PRAXIS?

Eine Auswertung der Abrechnungsdaten zeigt, dass es während der vergangenen zehn Jahre tatsächlich einen kontinuierlichen Anstieg der abgerechneten Pädiatrie-Leistungen gab – sowohl im allgemeinpädiatrischen Bereich als auch in der Fachpädiatrie und in der Prävention.

Die Daten des Statistikamtes Nord bestätigen, dass die Anzahl neugeborener Kinder von Hamburgerinnen zugenommen hat: Im Jahr 2011 waren pro Quartal durchschnittlich 4300 Neugeborene zu versorgen, vier Jahre später bereits 5000.

Mit dem Jahr 2015 endet diese Datenreihe – neuere Daten gibt es bisher nur für die Gesamtgruppe der in Hamburg wohnhaften Kinder unter sechs Jahren. Der bei den Neugeborenen zu beobachtende Trend

setzt sich hier fort: Die Zahl der Kleinkinder ist von 101.000 im ersten Quartal 2015 angewachsen auf 110.000 im ersten Quartal 2017.

Hat damit auch die Belastung der Versorgungsstruktur zugenommen? Um eine sinnvolle und vergleichbare Bezugsgröße zu bekommen, wird zunächst die Arbeitskraft aller in Vollzeit oder Teilzeit tätigen Vertragsärzte auf Vollzeitstellen umgerechnet. Im ersten Quartal 2011 gab es in der vertragsärztlichen pädiatrischen Versorgung in Hamburg 147 Vollzeitäquivalente (VZÄ), im Jahr 2015 waren es 152.

Dieser Zuwachs von fünf Stellen konnte den Zuwachs an zu versorgenden Kindern offenbar nicht kompensieren: Vor sieben Jahren musste ein Vollzeitäquivalent pro Quartal rein rechnerisch 31,5 Neugeborene versorgen, im Jahr 2015 waren es bereits 36 (**Abb. 1**). Noch aussagekräftiger ist der Quotient von Vollzeitäquivalent und Anzahl der Kinder unter sechs Jahren – denn es ist ja diese Gesamtgruppe, die das Wartezimmer füllt. Im Schnitt musste jedes Vollzeitäquivalent 2017 pro Quartal 39 Kinder unter sechs Jahren mehr betreuen als 2016 (**Abb. 2**).

KONTINUIERLICHER ANSTIEG: IMMER MEHR KINDER PRO KINDERARZT

Abb. 1

Wachsende Anzahl Neugeborener pro Vollzeitäquivalent



Abb. 2

Wachsende Anzahl Kinder unter 6 Jahren pro Vollzeitäquivalent



WAS IST DER STANDARD?

Abb. 3

Im Mittel werden 30 U₃ pro Vollzeit-äquivalent und Quartal abgerechnet



Definition des "Soll-Werts": Wer mindestens 30 U₃-Untersuchungen pro Quartal erbringt, gilt als "pädiatrische Grundversorger".

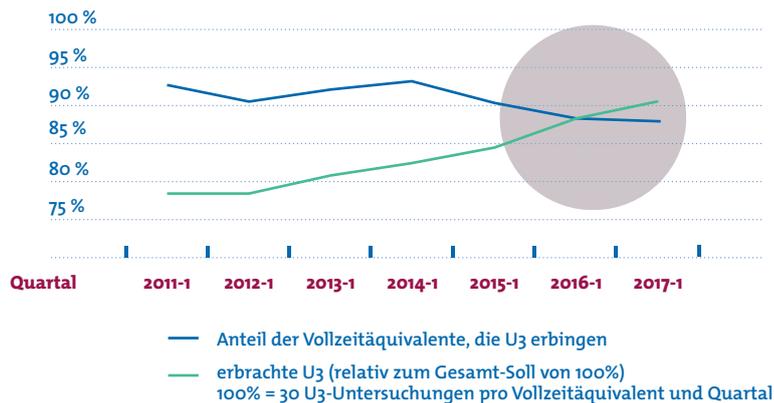
U₃-UNTERSUCHUNGEN ALS INDIKATOR

Das sind durchaus beeindruckende Zahlen. Doch die Versorgungsstruktur ist komplex und lässt sich anhand dieser Parameter nicht ausreichend darstellen. Darüber hat die KV mit den Vertretern des BVKJ diskutiert und daraufhin einen weiteren Indikator überprüft: die in der vierten bis fünften Lebenswoche des Kindes durchgeführte U₃-Untersuchung. Das ist in der Regel die erste Vorsorgeuntersuchung, die nicht mehr im Krankenhaus, sondern bereits beim niedergelassenen Pädiater stattfindet. Die Eltern müssen eine Praxis finden, die ihr Kind aufnimmt – deshalb markiert die U₃-Untersuchung in der Regel den Zugang des neuen Patienten zur ambulanten pädiatrischen Versorgung. Danach ist das Kind im System und wird weiterversorgt – bis es dem pädiatrischen Versorgungsbereich entwachsen ist.

GEGENLÄUFIGE TENDENZEN

Abb. 4

Immer weniger Vollzeitäquivalente müssen immer mehr U₃ erbringen



AUSLASTUNG DER VERSORGENSKAPAZITÄTEN

Um also aussagekräftigere Informationen über Probleme beim Zugang von Kindern ins ambulante pädiatrische System zu bekommen, werden nochmals Abrechnungsdaten zu Rate gezogen. Dabei fällt auf: Im Mittel über die vergangenen drei Jahre hinweg hat jedes pädiatrische Vollzeitäquivalent, das U₃-Leistungen erbringt, pro Quartal etwa dreißig dieser Untersuchungen abgerechnet (Abb. 3). Mit dieser Zahl hat man einen Standard: Wer mindestens U₃-Untersuchungen in diesem Umfang erbringt, so der Vorschlag der KV, soll als „pädiatrischer Grundversorger“ gelten. Dieser Definition stimmten die Vertreter des BVKJ zu, sie deckt sich mit den Erfahrungen aus der Praxis: Dreißig U₃-Untersuchungen pro Quartal sollte ein Kinderarzt mit einer vollen Stelle schaffen – es sei denn, er arbeitet fachpädiatrisch oder seine Praxis ist so überlaufen, dass er keine zusätzlichen Kinder mehr aufnehmen kann.

Die Wahl dieser Kenngröße hat sich als nützlich erwiesen. Damit wird erstens ein Soll-Wert definiert, der eine Aussage darüber erlaubt, welcher Anteil der Vollzeitäquivalente als Grundversorger zu zählen ist. Zweitens kann man errechnen, wie viele U₃-Untersuchungen alle Vollzeitäquivalente insgesamt erbringen könnten – und diesen Wert kurzerhand als Hundert-Prozent-Marke setzen. So erhält man einen Indikator, der eine differenzierte Analyse der Versorgungsstruktur erlaubt: Wie sind die Lasten bei den U₃-Untersuchungen verteilt? Werden die Kapazitäten ausgenutzt oder gar überschritten? Wie zugänglich ist die ambulante Pädiatrie für Eltern, die einen Kinderarzt für ihr Neugeborenes suchen?

GESAMTES STADTGEBIET

Betrachten wir zunächst die Entwicklung im gesamten Stadtgebiet: Im ersten Quartal 2011 haben die Hamburger Pädiater etwa 78 Prozent

des Gesamt-Soll-Wertes (also dreißig U3-Untersuchungen je Vollzeitäquivalent) erbracht (**Abb. 4**). Das ist ein angemessenes Ergebnis, denn anders als bei der Bestimmung des Soll-Wertes werden in diese Rechnung auch jene pädiatrischen Praxen mit einbezogen, die überhaupt keine U3-Untersuchungen erbringen. Im ersten Quartal 2017 ist der Anteil der erbrachten U3-Untersuchungen relativ zum Gesamt-Soll dann auf 90 Prozent angestiegen. Die Hamburger Kinderarzt-Praxen mussten also immer mehr U3-Leistungen erbringen – und haben dies auch getan.

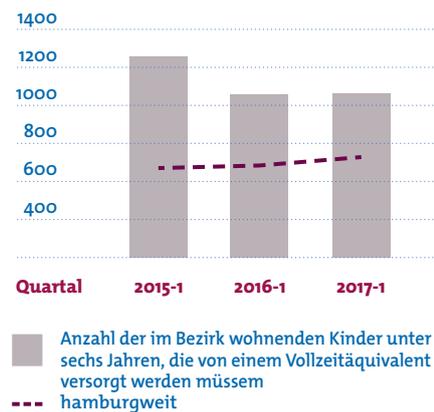
Doch wie sind die Lasten verteilt? Im ersten Quartal 2011 beteiligen sich noch 93 Prozent der Vollzeitäquivalente an der Erbringung von U3-Untersuchungen (**Abb. 4**). Doch in den darauffolgenden Jahren bricht dieser Anteil ein: Er geht auf 87 Prozent zurück.

Sieht man sich die Grafik an, fällt auf: Die beiden Kurven haben insbesondere ab 2014 gegenläufige Tendenzen. Das ist besorgniserregend: Immer weniger Vollzeitäquivalente müssen immer mehr U3-Untersuchungen bewältigen.

Warum der Anteil der Vollzeitäquivalente, die U3-Untersuchungen erbringen, seit dem ersten Quartal 2014 kontinuierlich abgenommen hat, ist schwer zu sagen: Der Anteil fachärztlich arbeitender Pädiater mag zugenommen haben. Möglicherweise schlägt sich in diesen Daten die Überlastung der Kinderarzt-Praxen nieder: Wer einen Aufnahmestopp verhängt hat und keine Neugeborenen mehr aufnehmen kann, rechnet keine U3-Untersuchungen ab. Wie auch immer diese Entwicklung im Einzelnen zu erklären ist, fest steht:

HAMBURG-MITTE

Abb. 5
Kinder pro Vollzeitäquivalent



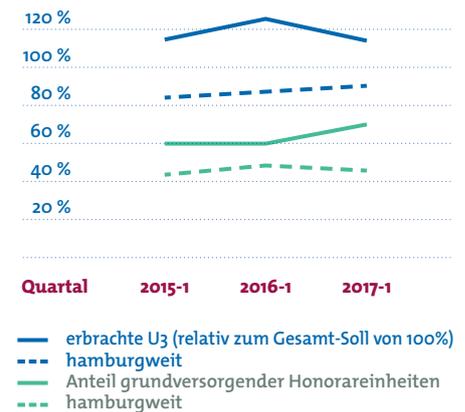
Jene Praxen, die weiterhin U3-Untersuchungen erbringen, bekommen immer mehr Lasten aufgebürdet. Und Klagen von Eltern, die verzweifelt einen Kinderarzt suchen, sind nicht aus der Luft gegriffen.

Für die KV war damit klar: Hamburg braucht neue Sonderbedarfs-Sitze für Pädiater. Doch in welchen Bezirken ist der Handlungsbedarf am größten? Wo sind zusätzliche Versorgungskapazitäten am sinnvollsten anzusiedeln?

HAMBURG-MITTE

Der größte Handlungsbedarf besteht unseren Auswertungen zufolge im Bezirk Hamburg-Mitte. Pro Vollzeitäquivalent waren hier im 1. Quartal 2017 weitaus mehr Kinder unter sechs Jahren zu versorgen als im Hamburger Durchschnitt (1060 zu 720 im 1. Quartal 2017, **Abb. 5**). Die Definition des Soll-Wertes von dreißig U3-Untersuchungen pro Vollzeitäquivalent erlaubt eine differenzierte Betrachtungsweise nach

Abb. 6
Erbrachte U3-Leistungen und Anteil der Grundversorger



Bezirken: Liegt die Zahl der tatsächlich erbrachten U3-Untersuchungen in einem bestimmten Bezirk über 100 Prozent, ist das ein starkes Indiz für eine Überlastung der Praxen. Das ist in Hamburg-Mitte der Fall. Die von Pädiatern in Hamburg-Mitte erbrachten U3-Untersuchungen liegen nicht nur deutlich über dem hamburgweiten Wert, sondern überschreiten zeitweise sogar die 120-Prozent-Marke (**Abb. 6**).

Wie hoch ist der Anteil der Grundversorger? Anders als in **Abb. 4** nehmen wir nun nicht den Anteil jener Vollzeitäquivalente in den Blick, die sich an der Erbringung der U3-Untersuchungen beteiligen. Stattdessen sehen wir uns an, welcher Anteil der Vollzeitäquivalente pro Quartal genug U3-Untersuchungen abrechnet (mindestens dreißig), um als Grundversorger gelten zu können. Bezugsgröße ist dabei aber die Honorareinheit, in der mehrere Vollzeitäquivalente zusammenarbeiten können. Damit wird berücksichtigt, dass es in vielen Hono-

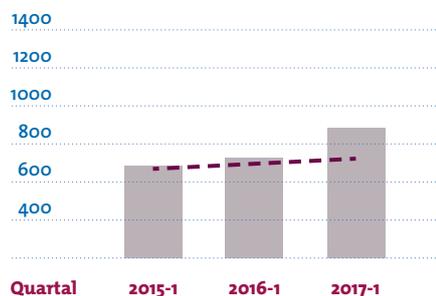
HAMBURG-NORD

Abb. 7
Kinder pro Vollzeitäquivalent



HARBURG

Abb. 9
Kinder pro Vollzeitäquivalent



■ Anzahl der im Bezirk wohnenden Kinder unter sechs Jahren, die von einem Vollzeitäquivalent versorgt werden müssen
 --- hamburgweit

rareinheiten eine Arbeitsteilung gibt: Einige Fachpädiater beispielweise erbringen gar keine U3-Untersuchungen, andere Pädiater derselben Honorareinheit gleichen dies aus, indem sie entsprechend mehr U3-Untersuchungen übernehmen.

Die Analyse zeigt: Der Anteil der grundversorgenden Honorareinheiten ist in Hamburg-Mitte höher als im Hamburger Durchschnitt – und steigt leicht an (Abb. 6). Im ersten

Abb. 8
Erbrachte U3-Leistungen und Anteil der Grundversorger

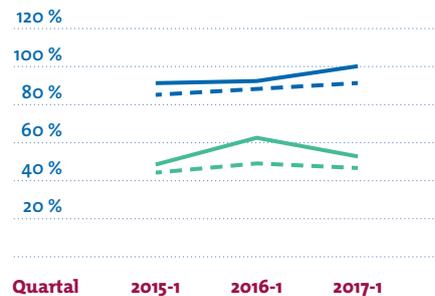
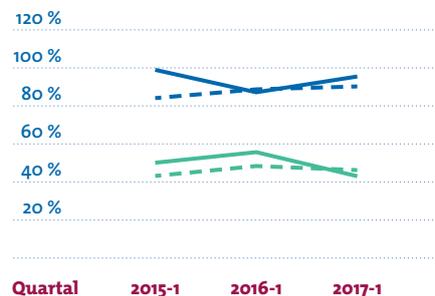


Abb. 10
Erbrachte U3-Leistungen und Anteil der Grundversorger



— erbrachte U3 (relativ zum Gesamt-Soll von 100%)
 --- hamburgweit
 — Anteil grundversorgender Honorareinheiten
 --- hamburgweit

Quartal 2017 erbrachten 70 Prozent der Honorareinheiten in Hamburg-Mitte den Soll-Wert. Das bedeutet nicht, dass die anderen 30 Prozent gar keine U3-Untersuchungen abrechnen – sie überwinden nur nicht jene Schwelle, die als Untergrenze für „Grundversorger“ definiert wurde.

Trotz des verhältnismäßig hohen Anteils an Grundversorgern sind die Versorgungskapazitäten des Bezirks also bis weit über das normale

Maß hinaus belastet. Hier muss nach Einschätzung der KV dringend mit einem zusätzlichen Kinderarzt-Sitz gegengesteuert werden.

HAMBURG-NORD

Die Anzahl der in Hamburg-Nord gemeldeten Kinder unter sechs Jahren, die von einem Vollzeitäquivalent versorgt werden müssen, liegt unter dem Hamburger Durchschnitt (Abb. 7). Dennoch müssen die in Hamburg-Nord tätigen Kinderärzte 100 Prozent des Soll-Wertes an U3-Untersuchungen erbringen – und damit etwa zehn Prozent mehr als der Hamburger Durchschnitt (Abb. 8).

Vielleicht ist der Anteil neugeborener Kinder in diesem Bezirk besonders hoch. Vielleicht kommen Eltern mit ihren Neugeborenen aus anderen Bezirken zu den Pädiatern in Hamburg-Nord. Jedenfalls rechnen die in Hamburg-Nord tätigen Kinderärzte überdurchschnittlich viele U3-Leistungen ab.

Erschwerend hinzu kommt eine andere Entwicklung: Der Anteil der Honorareinheiten, die zu den Grundversorgern zu zählen sind, ist auf 50 Prozent gesunken (Abb. 8). Möglicherweise nehmen immer mehr Honorareinheiten des Bezirks keine Neugeborenen mehr auf. Der restliche Anteil der Honorareinheiten wird mit einer umso größeren Zahl an U3-Untersuchungen belastet. Fazit: Auch Hamburg-Nord gehört zu den Bezirken mit dem größten Handlungsbedarf.

HARBURG

Die von einem Vollzeitäquivalent zu versorgende Anzahl der im Bezirk wohnenden Kinder unter sechs Jahren ist vom 1. Quartal 2016 zum 1. Quartal 2017 sprunghaft angestie-

gen (Abb. 9). Die abgerechneten U3 liegen über dem Hamburger Durchschnitt (Abb. 10), haben den Anstieg der Kinderzahl aber nicht nachvollzogen. Beunruhigend ist auch, dass der Anteil der grundversorgenden Honorareinheiten unter den Hamburger Durchschnitt gerutscht ist (Abb. 10). Die Zugänge zur vertragsärztlichen pädiatrischen Versorgung in diesem Bezirk werden also immer enger. Auch für Harburg mithin das Fazit: Es besteht großer Handlungsbedarf.

BERGEDORF

In Bergedorf ist das Verhältnis zwischen der Anzahl der Kinder unter sechs Jahren und der Anzahl der Vollzeitäquivalente seit 2015 etwa gleichbleibend hoch geblieben – sehr viel höher als im Hamburger Durchschnitt (Abb. 11). Unterdessen ist der Anteil der abgerechneten U3-Leistungen relativ zum Soll-Wert von nahezu 100 auf 80 Prozent abgesunken (Abb. 12). Das erstaunt nicht, wenn man sich die Entwicklung der pädiatrischen Grundversorgung ansieht: Im ersten Quartal 2015 gab es in Bergedorf noch vier von sieben Honorareinheiten, die genug U3-Leistungen erbrachten, um als Grundversorger gelten zu können. Im ersten Quartal 2017 ist von den vier grundversorgenden Honorareinheiten nur noch eine einzige übrig geblieben (Abb. 12). Auch die anderen Honorareinheiten erbringen zwar weiterhin U3-Leistungen, doch die Hauptlast liegt derzeit bei einer einzigen Honorareinheit. Bergedorf gehört eindeutig zu den Bezirken, die zusätzliche Versorgungskapazitäten am dringendsten benötigen.

EIMSBÜTTTEL

Der Quotient aus Kinderzahl und Vollzeitäquivalent weicht in Eims-

BERGEDORF

Abb. 11
Kinder pro Vollzeitäquivalent



EIMSBÜTTTEL

Abb. 13
Kinder pro Vollzeitäquivalent



■ Anzahl der im Bezirk wohnenden Kinder unter sechs Jahren, die von einem Vollzeitäquivalent versorgt werden müssen
 --- hamburgweit

büttel kaum vom Hamburger Durchschnitt ab (Abb. 13). Bei der Anzahl der insgesamt abgerechneten U3-Untersuchungen bleiben die Eimsbüttler Pädiater trotz steigender Tendenz noch hinter dem Hamburger Durchschnitt zurück (Abb. 14). Der Anteil der Grundversorger überstieg im ersten Quartal 2016 kurzzeitig den Hamburger Schnitt und fiel danach wieder ab. Die Arbeitslast der Praxen, die U3-Leistungen

Abb. 12
Erbrachte U3-Leistungen und Anteil der Grundversorger

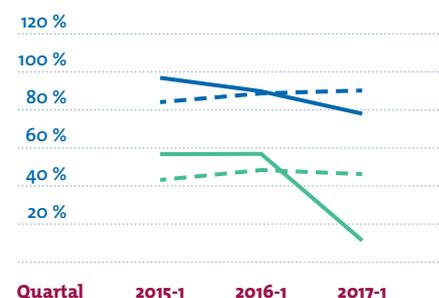


Abb. 14
Erbrachte U3-Leistungen und Anteil der Grundversorger



— erbrachte U3 (relativ zum Gesamt-Soll von 100%)
 --- hamburgweit
 — Anteil grundversorgender Honorareinheiten
 --- hamburgweit

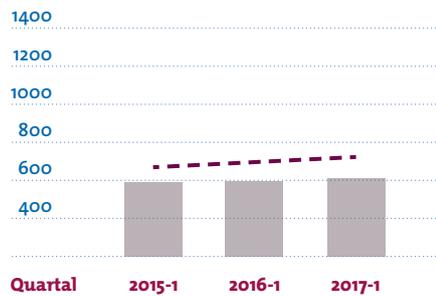
erbringen, wird also größer. Zu den Bezirken mit dem dringendsten Handlungsbedarf gehört Eimsbüttel derzeit jedoch nicht.

ALTONA

Pro Vollzeitäquivalent sind in Altona weniger Kinder zu versorgen als im Hamburger Durchschnitt (Abb. 15). Insgesamt werden U3-Untersuchungen unter dem Hamburger Durchschnitt erbracht (Abb. 16).

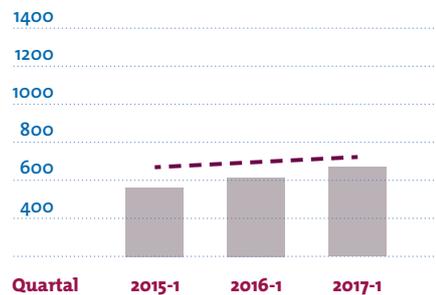
ALTONA

Abb. 15
Kinder pro Vollzeitäquivalent



WANDSBEK

Abb. 17
Kinder pro Vollzeitäquivalent



■ Anzahl der im Bezirk wohnenden Kinder unter sechs Jahren, die von einem Vollzeitäquivalent versorgt werden müssen
 --- hamburgweit

Der Anteil der Grundversorger war im ersten Quartal 2015 und im ersten Quartal 2016 unterdurchschnittlich, ist aber zuletzt auf den Hamburger Durchschnittswert angestiegen (Abb. 16). Auch hier: kein vordringlicher Handlungsbedarf.

WANDSBEK

Die pro Vollzeitäquivalent zu versorgende Anzahl von Kindern ist in Wandsbek zuletzt leicht gestiegen,

Abb. 16
Erbrachte U3-Leistungen und Anteil der Grundversorger



Abb. 18
Erbrachte U3-Leistungen und Anteil der Grundversorger



— erbrachte U3 (relativ zum Gesamt-Soll von 100%)
 --- hamburgweit
 — Anteil grundversorgender Honorareinheiten
 --- hamburgweit

bleibt aber dennoch deutlich unter dem Hamburger Mittel (Abb. 17). Auch die abgerechneten U3-Untersuchungen erreichen nicht den Hamburger Durchschnitt (Abb. 18).

Beim Anteil der grundversorgenden Honorareinheiten zeigt die Kurve zwischen dem ersten Quartal 2016 und dem ersten Quartal 2017 ebenfalls nach oben, ohne zum Hamburger Durchschnitt aufzuschließen (Abb. 18). Insgesamt gesehen scheint

Wandsbek nicht zu den am stärksten überlasteten Bezirken zu gehören.

Unserer Analyse zufolge weisen Hamburg-Mitte, Hamburg-Nord, Harburg und Bergedorf aktuell den dringendsten Handlungsbedarf auf. Aber auch Eimsbüttel, Altona und Wandsbek nähern sich der Überlastung, und einzelne Pädiater in diesen Bezirken können längst am Ende ihrer Leistungskapazitäten angelangt sein. Über den Einzelfall sagt die Statistik nichts aus.

Auch die von uns herangezogenen Indikatoren haben eine begrenzte Aussagekraft: Praxen, die beispielsweise vor allem mit psychosozialen Fragestellungen zu tun haben, werden hier nur unzureichend erfasst. Insofern kann diese Analyse nicht den Anspruch erheben, die gesamte und auch komplexe kinderärztliche Versorgung in Hamburg abzubilden. Hauptanliegen der Analyse war es herauszufinden, wo zusätzliche Versorgungskapazitäten am nötigsten sind, um die Aufnahme von Neugeborenen zu erleichtern.

Die KV Hamburg hat sich in Absprache mit dem Hamburger Landesverband des BVKJ dazu entschieden, vier zusätzliche pädiatrische Sonderbedarfs-Zulassungen für die Bezirke Hamburg-Mitte, Hamburg-Nord, Harburg und Bergedorf zu befürworten. Die KV ist zuversichtlich, dass der Landesausschuss dem Vorschlag zustimmen und der Zulassungsausschuss zeitnah Entscheidungen über die Besetzung der neuen Kinderarzt-Sitze treffen wird.

Wenn alles läuft wie geplant, werden die vier zusätzlichen Pädiater im Frühsommer dieses Jahres ihre Arbeit in den Bezirken aufnehmen können. ■

DR. SARAH STROHKAMP,

Stabsstelle Vorstand Analyse und Strategie der KV Hamburg

HAMBURG BRAUCHT UNS! MACHEN SIE MIT!

Dr. med.
Horst Boulanger:
Arzt in der KVH-
Notfallpraxis
Harburg


Engagieren Sie
sich in einer KVH-
Notfallpraxis,
beim fahrenden Notdienst oder
in der telefonischen Beratung.

Dr. med.
Cornelia Behn:
Ärztin in der
KVH-Notfall-
praxis Farmsen



ARZTRUF HAMBURG
Ärztliche Hilfe. Immer. 116117.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Sie wollen mehr erfahren?
Rufen Sie uns an unter
040 / 22 802 444

KVH

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

TERMINSERVICESTELLE

Ich bin Hausarzt. Mein Patient wünscht einen Dringlichkeitscode auf dem Überweisungsschein, damit ihm die Terminsuche erleichtert wird. Ist das zulässig?

Nein, die Nutzung des Dringlichkeitscodes für die Terminvergabe durch die Terminservice-stelle ist nur zulässig, wenn aus medizinischer Sicht eine schnellstmögliche Versorgung innerhalb von vier Wochen indiziert ist und der Patient in Eigeninitiative keinen Termin beim Facharzt vereinbaren konnte. Die Ausgabe als „Serviceleistung“ für den Patienten ist nicht zulässig. Da die Bereitstellung dieser Dringlichkeitstermine durch die fachärztlichen Kollegen mit einem hohen praxisorganisatorischen Aufwand verbunden ist, bitten wir die Hausärzte vor Ausstellung einer Überweisung mit Dringlichkeitscode um besondere Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

WIEDEREINGLIEDERUNG

Gibt es einen Zeitraum, in dem eine Wiedereingliederung abgeschlossen sein sollte?

Nach Anlage zur Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie sollte die Wiedereingliederungsphase einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.

HAUSBESUCH DURCH PSYCHOTHERAPEUT

Ich bin psychologischer Psychotherapeut und möchte die Therapiesitzungen bei einem Patienten gerne im Rahmen eines Hausbesuchs erbringen. Ist dies zulässig?

Laut Psychotherapie-Vereinbarung sind Psychotherapien grundsätzlich in den Praxisräumen des Therapeuten zu erbringen. Wenn aber ein Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht in der Praxis aufsuchen kann, ist ein Hausbesuch möglich. In diesen Fällen ist auch die Abrechnung eines Besuches nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413 und 01415 EBM und der dazugehörigen Wegepauschale zulässig. Besuche aus Gefälligkeit, wegen örtlicher Gegebenheiten oder auf Grund sonstiger, nicht durch die Art der Erkrankung bedingter Umstände, sind nicht zulässig und damit nicht berechnungsfähig.

KRANKENTRANSPORT

Wann verordne ich eine Krankenfahrt (beispielsweise mit einem Taxi) und wann einen Krankentransport (Fahrten mit einem Krankentransportfahrzeug)?

Die Auswahl des Fahrzeugs richtet sich allein nach der medizinischen Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Es gibt keine festgeschriebenen Vorgaben, die Entscheidung erfolgt je Einzelfall.



EBM

Ein fachärztlicher Kollege fordert einen Arztbericht für eine Patientin an, die im vergangenen Quartal bei mir vorstellig wurde. Welche Gebührenordnungsposition kann ich für die postalische Weiterleitung der Befunde abrechnen?

In diesem Fall können Sie je kodierte Seite die GOP 40144 EBM abrechnen sowie die entsprechende Portoziffer nach den Gebührenordnungspositionen 40120 EBM bis 40126 EBM. Da im aktuellen Quartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt zustande kam, ist das Anlegen des Patientenfalls im Ersatzverfahren für die Abrechnung zulässig. Hierfür muss die eGK des Patienten nicht noch einmal eingeleistet werden.

KV-SAFENET

Wie funktioniert der KV-SafeNet-Router (die „Blackbox“)? Welche Aufgaben werden von diesem Gerät übernommen?

Der nicht manipulierbare KV-SafeNet-Router wird zwischen Internetanschluss und Praxisrechner geschaltet. Der Router baut einen „sicheren Tunnel“, ein sogenanntes virtuelles privates Netzwerk (VPN) auf. Der SafeNet-Router schottet dadurch die Verbindung wie mit einem Tunnel vom normalen Internet ab und ermöglicht so einen abgesicherten Datenaustausch mit den Rechenzentren der jeweiligen KV und der KBV. Zudem blockiert er mithilfe einer integrierten Firewall den Zugriff von außen auf die angeschlossenen Praxis-PCs und die dortigen Daten. Damit ist die gesamte Praxis-EDV geschützt.

HEILMITTEL

Wann ist eine podologische Therapie verordnungsfähig? Was ist Inhalt einer podologischen Therapie?

Die podologische Therapie ist verordnungsfähig, wenn ein diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie ohne Hautdefekt (Wagner-Stadium 0, das heißt: ohne Hautulkus) vorliegt. Die podologische Therapie umfasst das verletzungsfreie Abtragen beziehungsweise Entfernen von krankhaften Hornhautverdickungen, das Schneiden, Schleifen und Fräsen von krankhaft verdickten Zehennägeln sowie die Behandlung von Zehennägeln mit Tendenz zum Einwachsen.

GELBFIEBER-IMPfung

Wo kann man sich gegen Gelbfieber impfen lassen?

Die Impfung muss in staatlich zugelassenen Gelbfieberimpfstellen erfolgen. Eine Liste aller in Hamburg zugelassenen Gelbfieberimpfstellen finden Sie auf der Website des Centrums für Reisemedizin: www.crm.de → Reisende → Beratungsstellen → Gelbfieberimpfstellen → (auf Postleitzahl-Region „2“ klicken)



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

Laborreform: Neuregelung des Wirtschaftlichkeitsbonus ab April

Ärzte, die Laboruntersuchungen wirtschaftlich veranlassen und erbringen, können künftig einen höheren Bonus erhalten als bisher. Dazu wird auch die Regelung der Kennnummern angepasst.

Im Rahmen der ersten Stufe der Laborreform wird zum 1. April 2018 der Wirtschaftlichkeitsbonus neu geregelt. Für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM wird weiterhin ein Bonus bezahlt. Die Höhe des Bonus hängt allerdings davon ab, wie die durchschnittlichen Laborkosten des Arztes je Behandlungsfall (individueller Fallwert) im Vergleich zu den Kosten seiner Arztgruppe liegen. Es werden nur Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen eine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet wird.

Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird auch in selektivvertraglichen Fällen (z.B. Fälle der HzV) bezahlt. Voraussetzung dafür ist, dass die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM nicht Gegenstand des Selektivvertrages ist. Der Nachweis aller selektivvertraglichen Fälle im Quartal erfolgt anhand der kodierten Zusatznummer 88192.

Um die Höhe des zu vergütenden Wirtschaftlichkeitsbonus zu bestimmen, werden bezogen auf die durchschnittlichen Laborkosten je Arztgruppe ein unterer begrenzender Fallwert (25. Perzentil) und ein oberer begrenzender Fallwert (75. Perzentil) vorgegeben. Liegt der arztpraxisindividuelle Fallwert unterhalb des unteren begrenzenden Fallwertes (Wirtschaftlichkeitsfaktor 1), kommt der Wirtschaftlichkeitsbonus voll zur Auszahlung. Liegt der arztpraxisindividuelle Fallwert oberhalb des oberen begrenzenden Fallwertes (Wirtschaftlichkeitsfaktor 0), kommt der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht zur Auszahlung. In allen anderen Fällen wird der Wirtschaftlichkeitsbonus anteilig in Abhängigkeit von der Höhe des arztpraxisindividuellen Fallwertes ausgezahlt.

Die Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus variiert je nach Facharztgruppe. Der praxisspezifische Fallwert wird mit der Punktzahl der eigenen Fachgruppe multipliziert.

BEISPIEL

Arztgruppe	Unterer begrenzender Fallwert in Euro	Oberer begrenzender Fallwert in Euro
Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,60	3,80
Chirurgie	0,00	0,40
Dermatologie	0,50	2,30

Für Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung orientieren sich die begrenzenden Fallwerte und die Bewertung des Wirtschaftlichkeitsbonus am entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Für Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, orientieren sich die begrenzenden Fallwerte und die Bewertung des Wirtschaftlichkeitsbonus an jenem Versorgungsauftrag, mit dem sie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Im Zuge der Änderung des Wirtschaftlichkeitsbonus ergeben sich für die Praxis grundsätzliche Änderungen beim Ansetzen von Kennnummern. Unter bestimmten Voraussetzungen ist es möglich, dass einzelne Leistungen bei der Berechnung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt bleiben. Im Folgenden wird dargelegt, worauf zukünftig beim Ansetzen von Kennnummern zu achten ist.



Kennnummern bei bestimmten Untersuchungsindikationen

Alte Regelung (bis zum 31. März 2018)

Bisher war jener Leistungsbedarf aus den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM, der über die jeweilige Untersuchungsindikation einer Kennnummer hinausging, von der Steuerung ausgenommen. Das bedeutet, dass der Behandlungsfall bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl und die Gebührenordnungspositionen bei der Berechnung des Punktzahlvolumens unberücksichtigt blieben. Somit war es ausreichend, eine Kennnummer für eine vorliegende Untersuchungsindikation anzusetzen, auch wenn mehrere Untersuchungsindikationen bei einem Patienten vorlagen.

Neue Regelung (ab dem 1. April 2018)

Ab dem 1. April 2018 wird sich das Ansetzen der Kennnummern grundlegend ändern. Ab dem Quartal 2/2018 wird ein arztpraxisspezifischer Fallwert für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus herangezogen. Damit Laborleistungen bei der Berechnung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt bleiben, müssen je nach Anzahl der vorliegenden Untersuchungsindikationen eine oder mehrere Kennnummern angesetzt werden. Hierzu wird eine Auflistung in den EBM aufgenommen, in der die Untersuchungsindikationen, die anzugebenden Kennnummern und die GOPen, die bei Ansatz der entsprechenden Kennnummer von der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes ausgenommen werden, aufgeführt sind: So können zum Beispiel für einen Patienten mit einer antiviralen Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga maximal die Laborleistungen nach den GOP 32058, 32066, 32070, 32071, 32781, 32823 und 32827 aus der Berechnung des arztpraxisspezifischen Fallwertes ausgenommen werden, sofern die Kennnummer 32005 angesetzt wird. Werden bei dem Patienten weitere Laboruntersuchungen vorgenommen, so können diese bei der Berechnung des praxisspezifischen Fallwertes nur dann ebenfalls unberücksichtigt

bleiben, wenn eine weitere Untersuchungsindikation des neugefassten Abschnitts 32.1 Satz 6 EBM vorliegt und die entsprechende Kennnummer angesetzt wird.

**BEISPIEL:
NEUE DARSTELLUNG IM EBM NACH DER REFORM**

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32823; 32827
Manifester Diabetes mellitus	32022	32025; 32057; 32066; 32094; 32135

Auch nach der neuen Regelung ist es wieder so, dass eine Kennnummer für eine bestimmte Untersuchungsindikation nur einmal im Behandlungsfall angesetzt werden muss. Dies ist auch dann der Fall, wenn an unterschiedlichen Tagen Blutentnahmen vorgenommen werden, die eine bestimmte Untersuchungsindikation betreffen.

Die wesentliche Änderung besteht somit darin, dass das Ansetzen der Kennnummern in Zukunft nicht mehr alle bezogenen, erbrachten und überwiesenen Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM von der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungserbringung befreit, sondern nur jene GOP, die für die jeweilige Untersuchungsindikation spezifisch sind. Mit diesen Maßnahmen soll die Steuerungswirkung der GOP 32001 zur Begrenzung der Mengendynamik gestärkt und auch weiterhin eine wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM gewährleistet werden.

Die genannten Änderungen sind in Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 412. Sitzung aufgeführt. ■

Ansprechpartner:
Abrechnungsabteilung AB I / Jasmin Hartmann, Tel: 22802-381
Abrechnungsabteilung AB II / Jan Gräpel, Tel: 22802-868

Konkretisierte Sachkostenregelung

Aufgrund einer erhöhten Anzahl an Nachfragen zur neuen Sachkostenregelung werden im Folgenden einige Einzelheiten zur Anpassung der Sachkostenabrechnung und zu deren Umsetzung näher erläutert.

An dieser Stelle möchten wir noch einmal hervorheben, dass die neue Sachkostenregelung lediglich konkretisiert, was im Bundesmantelvertrag der Ärzte (BMV-Ä) in § 44 Abs. 6 bereits seit langem vorgegeben wird.

Die Angaben (Name des Herstellers, Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer, Versichertennummer des Patienten, für dessen Behandlung die Materialien gesondert berechnet werden) auf den rechnungsbegründenden Unterlagen dienen gegenüber der Rechnungsstelle und den Kostenträgern neben den bereits zur Abrechnung eingereichten Gebührenordnungspositionen als versichertenbezogener Beleg/Nachweis für die zusätzlichen berechnungsfähigen Sachkosten.

Bei der Sachkostenabrechnung sind folgende Punkte zu beachten:

- Werden auf dem Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) Kosten in Euro-Beträgen geltend gemacht, so sind die Materialien einzeln mit den tatsächlich dafür entstandenen

Kosten unter Berücksichtigung etwaiger Rabatte in Klammern anzugeben. Zum Beispiel: (21,27 Euro) (Herzkatheter). Nur so kann die geforderte Transparenz gegenüber den Kassen gewährleistet werden.

- Die rechnungsbegründenden Unterlagen (Originalrechnungen und Quittungen) werden zusammen mit der Abrechnung des jeweiligen Quartals eingereicht. Die Unterlagen müssen folgende Informationen beinhalten: den Namen des Herstellers, die Produktbezeichnung (mit Artikel- und Modellnummer) und die Versichertennummer des Patienten, für dessen Behandlung die Materialien gesondert berechnet werden. Sollten Sie die Originalrechnung für weitere Zwecke benötigen, so besteht die Möglichkeit, dass die KV eine Kopie erstellt und diese mit dem Vermerk „Original lag vor“ kennzeichnet. Danach erhalten Sie das Original zurück.

- Bei Mehrfachpackungen ist bei erstmaliger anteiliger Abrechnung die Originalrechnung, wie oben beschrieben, einzureichen. Um eine Zuordnung zu den Versicherten zu ermöglichen, muss der Originalrechnung entweder eine Auflistung mit den Versichertennummern oder je Patient eine Kopie der Originalrechnung mit dem Vermerk der Versichertennummer beigelegt werden. Bei beiden Varianten ist eine Kopie

der Originalrechnung in der Praxis aufzubewahren für den Fall, dass in den darauffolgenden Quartalen weitere Materialien der Mehrfachpackung abgerechnet werden.

- Die abgerechneten Materialien müssen zur erbrachten Leistung passen. Ist dieser Zusammenhang nicht gegeben, wird die Abrechnung von der KV beanstandet.

Nicht als Sachkosten auf dem Behandlungsausweis abrechnungsfähig sind Materialien,

- die in den berechnungsfähigen Leistungen des EBM (unter anderem Kosten nach 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM) enthalten sind,
- die zu den nicht berechnungsfähigen Kosten nach 7.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM zählen
- und die in der zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung aktuell gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung als Sprechstundenbedarf aufgeführt sind.

Die KV prüft die rechtlich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen und der geltend gemachten Sachkosten. Dies umfasst allerdings keine Prüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Grundlage für die Anpassung der Sachkosten bildet § 44 Abs. 6 des BMV-Ä. ■



Psychotherapie: Sprechstunde wird Voraussetzung für andere Behandlung



Ab dem 1. April 2018 können gesetzlich Versicherte Akutbehandlungen, probatorische Sitzungen und Richtlinienpsychotherapie nur noch in Anspruch nehmen, wenn die Behandlungsbedürftigkeit zuvor in der psychotherapeutischen Sprechstunde geklärt worden ist. Laut Psychotherapie-Richtlinie muss die vorangegangene psychotherapeutische Sprechstunde mindestens 50 min betragen haben. Ausnahmen bilden hierbei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung waren. In diesen Fällen kann die Akutbehandlung beziehungsweise probatorische Sitzung unmittelbar im Anschluss erfolgen. Wenn ein Therapeutenwechsel während einer laufenden Therapie erfolgt, muss ebenfalls nicht erneut eine psychotherapeutische Sprechstunde abgehalten werden. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22 802 - 900

Ambulante Reha für Asthma- und COPD-Patienten im DMP

Seit Anfang des Jahres können Patienten, die ins DMP Asthma bronchiale oder COPD eingeschrieben sind, ihre Reha auch ambulant absolvieren. Bisher war das nur stationär möglich. Angeboten wird die ambulante Reha von der Atem-Reha GmbH, einer Einrichtung in der Nähe des Berliner Tors. Die DMP-Region Hamburg ist damit bundesweit Vorreiter, denn die Atem-Reha GmbH ist die erste ambulante Reha-Einrichtung, die bisher ins DMP eingebunden worden ist.

Bei Fragen zum Thema Reha im DMP wenden Sie sich bitte an die jeweilige Krankenkasse des Patienten. ■

Das stationäre Leistungserbringerverzeichnis mit den weiteren teilnehmenden Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen finden Sie im Internet: www.kvhh.de
→ Formulare und Infomaterial
→ Patienteninformationen → Glossar unter „A“ (wie Asthma) oder „C“ wie COPD

Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung



Die Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen (transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin) ist in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen worden. Die Leistung abrechnen können Urologen und Gynäkologen. Voraussetzung für die Abrechnung der Botoxbehandlung ist eine Genehmigung der KV sowie die jährliche Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME-Punkten. ■

Um welche Leistungen es sich im Einzelnen handelt, können Sie dem Abrechnung-Newsletter für das 1. Quartal 2018 entnehmen: www.kvhh.de → Abrechnung → Newsletter

Ansprechpartner:
Abt. Qualitätssicherung
 Manuela Gottschlich, Tel: 22802-423
manuela.gottschlich@kvhh.de
 Martina Witt, Tel: 22802-605
martina.witt@kvhh.de

Genehmigungen können nicht rückwirkend erteilt werden

Wenn Sie im Rahmen Ihrer vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit genehmigungspflichtige Leistungen ausführen und abrechnen wollen, müssen Sie dafür bei der Abteilung Qualitätssicherung Anträge auf Genehmigung stellen.

Sie dürfen diese Leistungen erst ausführen und abrechnen, wenn die Genehmigung vorliegt.

Maßgebend für die Wirksamkeit der Genehmigung ist der Zugang des Bescheides.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Genehmigungen nicht für zurückliegende Zeiträume erteilt werden können.

Um die Bearbeitungszeiten möglichst kurz zu halten, ist es wichtig, dass die Antragsformulare vollständig ausgefüllt sind, die erforderlichen Informationen (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Fachkunden, Gerätenachweise) beiliegen und die Anträge frühzeitig bei der KV Hamburg eingereicht werden. Insbesondere bei Leistungen, die an eine besondere apparative Ausstattung, an die Teilnahme an einem Kolloquium, an spezielle Räume oder an das Vorhandensein von bestimmtem Personal gebunden sind, entsteht ein erhöhter Prüf- und Bearbeitungsaufwand.

Antragsformulare im Internet:
www.kvhh.de → Formulare und Infomaterial
 → KVH-Formulare

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



Seminar „Datenschutz in der Arztpraxis“

Der Datenschutz und die Wahrung der Schweigepflicht haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. Die Teilnehmer werden in diesem Seminar mit allen technischen und organisatorischen Aspekten des Datenschutzes vertraut gemacht. Im Mittelpunkt stehen die gesetzlichen Grundlagen des Datenschutzes, der korrekte Umgang mit Patientendaten sowie Diskretion in der Arztpraxis. Außerdem erfährt man, wann ein betrieblicher Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss und welche Aufgaben er hat. ■

Termin: **Mi. 11.4.2018 (9.30 - 17 Uhr)**
 Ort: **KV Hamburg, Humboldtstraße 56
 22083 Hamburg**
 Gebühr: **€ 149 inkl. Imbiss und Getränke**
13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Seminar „Tatort Praxis“

Von verbalen Attacken über Aggressionen bis zur Gewalt - Ärzte und Praxismitarbeiter gehören zu den gefährdeten Berufsgruppen. Psychische Belastungen werden nur selten aufgearbeitet, prophylaktische Maßnahmen zur Konfliktprävention bisher zu wenig ergriffen. Das Seminar vermittelt Grundlagenwissen: Was könnte passieren? Welche vorbeugenden Maßnahmen sollte man in der Praxis ergreifen? Wie sollte man im Aggressionsmoment reagieren, um zu deeskalieren? Als Bestandteil des praxisinternen Arbeitsschutz- und Risikomanagement-Konzepts ist das Seminar für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen geeignet. ■

Termin: **Mi. 21.3.2018 (14 - 18 Uhr)**
 Ort: **KV Hamburg, Humboldtstraße 56
 22083 Hamburg**
 Gebühr: **€ 85 inkl. Getränke**
6 FORTBILDUNGSPUNKTE

QEP-Einführungsseminar

Im April 2018 findet in der KV Hamburg wieder das bewährte QEP-Einführungsseminar statt. Sowohl Praxisinhaber als auch deren Mitarbeiter können daran teilnehmen. „QEP-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist ein speziell auf Arztpraxen zugeschnittenes Qualitätsmanagementsystem, welches für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen des niedergelassenen Versorgungsbereiches geeignet ist. Es wurde von der KBV in Zusammenarbeit mit den KVen sowie mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten entwickelt und evaluiert. Was Bekanntheitsgrad und der

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

Termin: **Fr. 20.4.2018 und Sa. 21.4.2018**
 Ort: **KV Hamburg, Humboldtstraße 56
 22083 Hamburg**
 Gebühr: **€ 220 (1. Person), € 160 (jede weitere Person der Praxis), inkl. aller Unterlagen, Imbiss/Getränke**
16 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ansprechpartner:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
ursula.gonsch@kvhh.de
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
birgit.gaumnitz@kvhh.de
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858
sabrina.pfeifer@kvhh.de



Fragen und Antworten zur Arzneimittellversorgung

Drei Themen, die in der telefonischen Arzneimittelberatung immer wieder angesprochen werden

MENGENZIEL PROTONENINHIBITOREN

Mit dem neuen Mengenziel für Protoneninhibitoren soll die Menge an verordneten PPI vermindert werden. Muss jeder Arzt jetzt seine Verordnungsmengen reduzieren?

Angestrebt wird eine Verminderung der Verordnungsmengen hamburgweit oder je Vergleichsgruppe. Bitte überprüfen Sie, ob Ihre Langzeitverordnungen den Indikationen der PPI entsprechen (beispielsweise bei der Rezidivprophylaxe bei Ulcera duodeni und Ulcera ventriculi, bei der Prophylaxe von gastroduodenalen Ulcera, die NSAR-bedingt sind, bei Risikopatienten, bei der Behandlung der Refluxösophagitis, bei der Langzeitbehandlung von Patienten mit ausgeheilter Refluxösophagitis, bei der symptomatischen Behandlung der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit, bei der Behandlung des Zollinger-Ellison-Syndroms). Es sollte geprüft werden, ob eine Dosisreduktion oder sogar

ein Absetzen möglich ist. Zu prüfen ist ebenso, ob nicht auf Grund der Indikation eine Empfehlung zur Selbstmedikation in Frage kommt.

Als Basis für die Vereinbarung der Zielwerte wurden die Mengen der verordneten PPI (verordnete DDD) für die ersten beiden Quartale 2017 ermittelt (Istwert) – und in Relation gesetzt zur entsprechenden Anzahl der Verordnungsfälle. In der Trendmeldung 1/2018 erhalten Sie für das PPI-Ziel Rückmeldung über Ihre quartalsweise Zielerreichung. Die Zielwerte und weitere Informationen und Empfehlungen zur Umsetzung des Ziels finden Sie auf unserer Website: www.kvhh.de → **Verordnung → Wirkstoffvereinbarung**

PRAXISBESONDERHEITEN

Gibt es seit Einführung der Wirkstoffvereinbarung gar keine Arzneimittelpraxisbesonderheiten mehr in Hamburg?

Die bundesweiten Praxisbesonderheiten gelten auch in Hamburg. Im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung werden die Arzneimittel, die Teil der Wirkstoffgruppen sind und zu den bundesweiten Praxisbesonderheiten zählen (z.B. Entresto®, Jardiance®, Brilique 90mg®, Zytiga® und Xtandi®) nicht gesteuert. Cave: Entsprechend der Nutzenbewertung sind gegebenenfalls nur bestimmte Indikationen oder Patientengruppen von der Anerkennung als Praxisbesonderheit umfasst. Ausführliche Informationen dazu finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes: www.gkv-spitzenverband.de → (Navigationsleiste ganz unten) Krankenversicherung → Arzneimittel → AMNOG-Verhandlungen → Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge → Kreuzchen setzen bei "Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit"

»Die Richtung stimmt«

Informationsveranstaltung zur Wirkstoffvereinbarung

Etwa 40 Ärztinnen und Ärzte kamen Ende Januar 2018 zu einer Info-Veranstaltung der KV über die Wirkstoffvereinbarung ins Ärztehaus. Seit Jahresbeginn ist das System „scharfgeschaltet“. Einige Ergebnisse der ersten drei Quartale 2017, als das Modell noch im Probetrieb lief, wurden von der KV-Apothekerin Regina Lilje vorgestellt. „Die Richtung stimmt“, so Lilje. „Die Steuerung beginnt zu greifen.“ Allerdings sieht es so aus, als ob das Ziel 2017 knapp verfehlt wird. Für 2018 sind noch verstärkte Anstrengungen der Hamburger Ärzte notwendig, um Prüfungen für 2018 zu verhindern. Wer bei der Verordnung künftig konsequent Generika und Leitsubstanzen bevorzuge, sei auf der sicheren Seite und helfe dabei, sich und seine Kollegen aus den Prüfungen herauszuhalten. „Es ist ein solidarisches System“, sagte Regina Lilje. „Je mehr Ärzte ihre Ziele erfüllen oder übererfüllen, desto mehr Spielräume öffnen sich für Ärzte, die ihre Quoten aufgrund einer besonderen Patientenklientel nicht einhalten können. Wichtig ist, dass alle sich in die Pflicht genommen fühlen und sich konstruktiv mit den Empfehlungen auseinandersetzen.“

Hauptthema des Informationsabends waren die Neuerungen in der Wirkstoffvereinbarung für das Jahr 2018: Es gibt zusätzliche Ziele, strukturelle Änderungen von bereits bestehenden Wirkstoffgruppen und veränderte Zielwerte (siehe KVH-Journal 2/2018, Seite 26). Über einzelne Ziele und die Auswirkungen des Systemwechsels auf den Praxisalltag gab es eine kontroverse Diskussion. Doch es gab keinen grundsätzlichen Dissens darüber, dass die Wirkstoffvereinbarung ein faires und transparenteres Verfahren ermöglicht als ein retrospektives System wie das Richtgrößenmodell, das erst im Nachhinein ausgewertet – und bestraft, wenn nichts mehr geändert werden kann. ■

AUT-IDEM-KREUZ

Kann ich sicher sein, dass immer ein Generikum vom Apotheker abgegeben wird, auch wenn ich ein Original ohne Aut-idem-Kreuz verordne?

Nein, es gibt einige Fälle, in denen das nicht geschieht.

Fall1: Es gibt für den verordneten Wirkstoff einen Rabattvertrag, dann muss der Apotheker diesen auch bedienen. Das rabattierte Präparat kann dabei auch ein Original sein.

Fall2: Es gibt für das verordnete Medikament keinen Rabattvertrag, dann kann der Apotheker eines der drei günstigsten oder das namentlich verordnete Arzneimittel abgeben. In diesem Fall bestehen Patienten häufig auf das namentlich verordnete Originalpräparat.

Wir empfehlen deshalb eine Wirkstoffverordnung oder alternativ die Verordnung eines beliebigen Generikums ohne Aut-idem-Kreuz. Dann ist nur eine generische Substitution möglich.

Einige Arzneimittel sind von der Zuzahlung befreit. Das ist der Fall, wenn der Preis des Präparats mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt oder die Krankenkasse das Rabattvertragspräparat eigens von der Zuzahlung befreit hat. Auch hier verzichten Sie bitte auf ein Aut-idem-Kreuz, um die Abgabe des Rabattvertragsarzneimittels der entsprechend zuständigen Kasse zu ermöglichen. Aut-idem-Kreuze sollten nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen gesetzt werden – zum Beispiel, wenn bei manchen älteren Patienten aus Sicherheitsgründen immer das identische Generikum zu Anwendung kommen soll. ■

Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

Als Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfs der patienten-nahen ambulanten fachärztlichen Versorgung wird die fachärztliche Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und zugelassener MVZ unter den definierten Voraussetzungen gefördert (vgl. § 75a 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)“).

FREIE FÖRDERFÄHIGE WEITERBILDUNGSSTELLEN DIE ANZAHL DER ZU FÖRDERN- DEN FACHÄRZTLICHEN WEITER- BILDUNGSSTELLEN 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.

Nach Ausschreibung und teilweiser Vergabe der oben genannten Stellen können nunmehr noch 6,07 freie Weiterbildungsstellen vergeben werden.

Die Förderstellen können gleichermaßen an die Facharztgruppen Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe vergeben werden. Die Vergabe erfolgt nach der Reihenfolge der Antrags-eingänge.

BEWERBUNGSFRIST

Ein Antrag auf Förderung kann bei der KV Hamburg im Zeitraum

5.3.2018 bis 30.3.2018

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

Antragsformular

Das zu verwendende Antragsformular finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg: 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 förderfähigen 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“

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

Amtliche Veröffentlichungen

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

Hinweis: aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen:

- Anlage 1 zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 16. Januar 2018:

Fusion zum 01.01.2018

- BKK Pfalz und BKK Vial (Neu: BKK Pfalz)
- BKK MEM und Metzinger BKK (Neu: Metzinger BKK) | Sitz der Kasse: 72555 Metzingen

Hinweis: Kündigung von Verträgen:

- Der Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten Versorgung in Hamburg mit der Techniker Krankenkasse wurde von der Techniker Krankenkasse mit Wirkung zum 31. März 2018 gekündigt.

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten:

- Im KVH-Telegramm Nr. 47 vom 21. Dezember 2017 wurde der 5. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2017 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Vereinbarung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

- Im KVH-Telegramm Nr. 47 vom 21. Dezember 2017 wurde der 6. Nachtrag

zur Honorarvereinbarung 2017 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Vereinbarung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

- Im KVH-Telegramm Nr. 47 vom 21. Dezember 2017 wurde der 52. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996 mit dem vdek unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Vereinbarung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

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: 22 802 - 900**

Kündigung des Vertrages zur Verbesserung der patientenorientierten Versorgung in Hamburg mit der Techniker Krankenkasse

Die Techniker Krankenkasse hat den o.g. Betreuungsstrukturvertrag zum 31. März 2018 gekündigt.

**Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22 802 - 900**



Medizinische Kurz-Informationen für Patienten

ÄZQ erstellt kompakte und verständliche Erläuterungen zu Krankheiten und Gesundheitsthemen

Im Auftrag der KBV entwickelt das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ) Kurzinformationen zu medizinischen Themen, die niedergelassene Ärzte ihren Patienten mitgeben können. Auf einem doppelseitigen A4-Blatt findet man knappe und verständliche Erläuterungen zu verschiedenen Krankheitsbildern sowie zu Nutzen und Risiken von Maßnahmen. Außerdem gibt es Hinweise zu Anlaufstellen und Beratungsmöglichkeiten.

Die Blätter informieren über häufige Erkrankungen wie Kreuz-

schmerzen, Diabetes oder Depression, über Krebserkrankungen wie Darmkrebs, Brustkrebs oder Prostatakrebs, über seltene Erkrankungen wie Marfan-Syndrom oder Mukoviszidose sowie über weitere Gesundheitsthemen wie Impfungen oder Medikamente.

Die Texte liegen in unterschiedlichen Sprachen vor (beispielsweise in Englisch, Arabisch, Türkisch, Russisch), so dass die Ärzte auch bei der Versorgung ausländischer Patienten darauf zurückgreifen können.

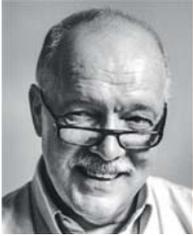
Die Inhalte werden auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse erstellt und sind frei von Werbung.

Sie finden die Patienteninformation auf der Internet-Seite der KV Hamburg alphabetisch sortiert in einem Glossar: www.kvhh.de → (obere Navigationsleiste) Bürger → (rechte Navigationsleiste) Patienteninformationen. Sie können die Blätter einfach ausdrucken und den Patienten mitgeben. ■

The collage displays several patient information leaflets from KV Hamburg, including:

- Antibiotika – Behandlung** (September 2016): Discusses antibiotic use, effectiveness, and side effects.
- Methadon** (Oktober 2017): Explains the use of methadone in cancer treatment and its effects.
- Koronare Herzkrankheit – Was ist das?** (Februar 2011): Describes coronary artery disease, its symptoms, and risk factors.
- Antibiotika – Was wissen Sie?** (Februar 2011): Provides general information about antibiotics and their proper use.
- Methadon als Krebsmittel?** (Februar 2011): Addresses common questions about methadone's role in oncology.
- Medikamente – Was ist wichtig zu wissen?** (Oktober 2011): Offers advice on taking medications correctly.
- Antibiotika – Was ist wichtig zu wissen?** (Oktober 2011): Another version of antibiotic information.
- Medikamente – Was ist wichtig zu wissen?** (Oktober 2011): Another version of medication information.

Ansprechpartnerin in der KV: Patientbeauftragte / Barbara Heidenreich, Tel: 22802 – 877



Drogen in kleinen Tütchen

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

Vor kurzem waren Freunde in New York. Beim Besuch des Fitnessstudios im Hotel fanden sie in der Umkleide kleine Tütchen, die dort überall herumlagen. Man konnte sich nehmen, so viele man wollte, einfach so. Drei Tütchen hatten sie mitgebracht, kleine bunte viereckige Tütchen, die aussehen wie der Zucker zum Espresso.

Aus der Nähe betrachtet ist aber alles ganz anders. Auf dem ersten Tütchen steht „Aleve“, dazu kleingedruckt „BAYER naproxen sodium tablets, 220 mg, pain reliever/fever reducer“. Auf dem nächsten Tütchen steht „BAYER, genuine aspirin, 325 mg“, danach auch „pain reliever/fever reducer“. Und auch das Tütchen Nummer drei hat es in sich: „Johnson & Johnson, TYLENOL, 2 caplets, 500 mg each“ und dann, man ahnt es schon, „pain reliever/fever reducer“.

Ich traue meinen Augen nicht. Alle drei Stoffe sind häufig gebrauchte Schmerzmittel, sogenannte „pain killer“. Sie sind alles andere als ungefährlich. Naproxen kann Magengeschwüre und Blutungen auslösen, Schlaganfälle, Asthmaanfälle und Durchfälle. Aspirin hat außerdem noch eine gerinnungshemmende Wirkung und kann bei Kindern eine akute Gehirnschädigung und eine Fettleber auslösen. Tylenol heißt hierzulande Paracetamol und ist ebenfalls schädlich für die Leber, kann bei Überdosierung zu tödlichem Nierenversagen führen. Nimmt man noch Diclofenac und Ibuprofen

hinzu, so hat man die fünf häufigsten Schmerzmittel beisammen.

Alle diese Arzneimittel sind inzwischen auch in Deutschland ohne Rezept erhältlich. Es ist allerdings mit keiner Logik nachvollziehbar, warum 12,5 mg-Tabletten Diclofenac rezeptfrei erhältlich sind, 50 mg-Tabletten hingegen nicht; warum 400 mg-Tabletten Ibuprofen rezeptfrei erhältlich sind, 600 mg-Tabletten hingegen nicht. Niedrige Dosis und kleine Packungsgrößen sollen von unkontrolliertem Konsum abhalten. Stimmt das? Das ist doch kompletter Blödsinn!

Mit der Freigabe dieser hochwirksamen Medikamente für den rezeptfreien Markt hat man jedoch nicht allein dem jahrelangen Lobby-Druck der Pharmaindustrie nachgegeben. Auch die Krankenkassen freuten sich heimlich, denn Kosten für rezeptfreie Medikamente müssen sie nicht übernehmen. In Deutschland hat der Umsatz rezeptfreier Schmerzmittel inzwischen eine Milliarde Euro überschritten. Also ein Bombengeschäft für die einen, willkommene Kostendämpfung für die anderen - eine höchst ungewöhnliche Allianz.

Donald Trump hat vor kurzem in den USA den nationalen Notstand ausgerufen, aber nicht wegen der schweren Naturkatastrophen, sondern wegen eines „Gesundheitsnotstands“. Es sei „die schlimmste Drogenkrise in der amerikanischen Geschichte“. 64.000 Drogentote verzeichneten die

USA im Jahr 2016. Fast immer beginnt die „Karriere“ dieser Suchtkranken ganz harmlos, mit der gedankenlosen Einnahme der frei zugänglichen Schmerzmittel. Sie liegen in den USA ja nicht nur in Fitness-Studios frei herum, sondern können auch in eimerähnlichen Behältern im Supermarkt gekauft werden.

Und von Werbung für Medikamente, auch für verschreibungspflichtige, wird man in den USA auf Schritt und Tritt verfolgt. Der Weg von der Schmerzmittelabhängigkeit zu den harten Drogen, den Oxycodonen und den Opioiden, auch zum Heroin, ist nicht weit.

In Deutschland sind wir zwar von solchen Zuständen noch entfernt, aber die Tür dorthin ist schon geöffnet. Zwei Millionen Deutsche sind heute bereits medikamentenabhängig. Es war und ist ein großer Fehler, ein immenser Schaden für die Gesundheit in unserem Land, dass man diese hochwirksamen und potentiell gefährlichen Medikamente rezeptfrei erhalten kann.

Rezeptfrei, also harmlos, so lautet die fatale Suggestion. Kein Hausarzt kann den Konsum überschauen, beraten und lenken. Selbstverständlich sollte Werbung für alle Medikamente genauso verboten sein wie Werbung für Tabak und Alkohol. Wer wagt es jetzt, diese beiden schweren Fehler wieder zu korrigieren und die Rezeptfreiheit und die Medikamentenwerbung zu beenden?

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

Leserbrief



KVH-Journal Nr. 2/2018 "Krebs-Früherkennung: Nutzen gegen Risiken abwägen", S. 8

Weniger fortgeschrittene Brustkrebserkrankungen

Kaum eine Früherkennungsuntersuchung ist extensiver in randomisiert-kontrollierten Studien analysiert worden als das Mammographie-Screening. Die Mortalitätsreduk-

tion von 20 Prozent bei eingeladenen Frauen und von 30 bis 40 Prozent bei teilnehmenden Frauen ist bei Befürwortern und Gegnern des Screenings unstrittig.

Da bei Relativangaben der Effekt überschätzt werden kann, besteht Einigkeit, die Mortalitätsreduktion in absoluten Zahlen anzugeben. Frau Prof. Mühlhauser zitiert Daten mit 1 gerettetem Leben auf 1000 eingeladene Frauen bei einer Nachbeobachtungszeit von 10 Jahren. Es fehlt der Verweis, dass bei identischer relativer Mortalitätsreduktion bei längerer Nachbeobachtungszeit die absoluten Zahlen steigen. Nach Auswertung des UK Panel werden bei Nachbeobachtung von 25 Jahren 4,3 Frauen von 1000 eingeladenen Frauen vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt und nach Meta-Analyse

von Fall-, Kontroll- und Kohorten-Studien der EUROSCREEN-Gruppe bei Nachbeobachtung von 30 Jahren 7 bis 9 Frauen von 1000 teilnehmenden Frauen.

Gut wird der Zusammenhang von positivem Testergebnis (PPV) in Abhängigkeit von der Prävalenz der Erkrankung erläutert. Beim Mammographie-Screening liegt der PPV trotz guter Sensitivität (75 Prozent) und hoher Spezifität (95 Prozent) bei nur 10 Prozent aufgrund der niedrigen Prävalenz des Mammakarzinoms von 0,8 Prozent. Bei niedriger Prävalenz könnte der PPV nur durch Steigerung der Spezifität signifikant verbessert werden. Das würde die Rate der falsch positiv Getesteten senken (weniger falscher Alarm), aber auch einhergehen mit Erhöhung des Risikos, Karzinome zu übersehen. Dieser Zusammenhang ist den betroffenen Frauen leicht zu vermitteln. Die kurzfristige psychische Belastung bei vermeintlichem Verdacht wird von ihnen relativiert durch das Bedürfnis nach sorgfältiger Abklärung, so unsere Erfahrung nach fast 10-jähriger Screeningtätigkeit.

Überdiagnosen sind immanent nicht nur in der Krebsfrüherkennung, sondern im gesamten ärztlichen Tun, das für jede Erkrankung zu adäquater medizinischer Behandlung verpflichtet, die bei Krebserkrankungen dank Früherkennung in vielen Fällen schonender geworden ist. Das Robert-Koch-Institut wertet den nachgewiesenen Rückgang von fortgeschrittenen Brustkrebserkrankungen bei Frauen im Screening-Alter in den letzten Jahren als ersten Hinweis für den Erfolg des eingeführten Screening-Programms.

(Literatur beim Verfasser)

Dr. Maria Schofer, Ulrike Rönck, Dr. Dorothea Heyer,
Dr. Jutta Lübbering-Schmidt

programmverantwortliche Ärztinnen im
Mammographie-Screening Hamburg

Entgegnung

Die randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) zum Mammographie-Screening liefen durchschnittlich 10 Jahre. Daten für ein Screening über 20 Jahre mit 10 Screeningrunden sind Hochrechnungen und bleiben somit spekulativ. Es sollte nicht von Mortalitätsreduktion gesprochen werden. Eine solche ist bisher nicht nachweisbar. Lediglich die Brustkrebssterblichkeit wurde in einzelnen RCTs reduziert. Nicht einmal auf die Gesamtkrebssterblichkeit wirkt sich das Mammographie-Screening aus. Relative Verschiebungen der Stadien bei Diagnose im Screening, 5-Jahres Überlebensraten und eine Abnahme von Krankheitsfällen im fortgeschrittenen Stadium alleine sind kein Beleg für den Nutzen von Brustkrebs-Früherkennung. Durch die Überdiagnosen kommt es nicht zu weniger, sondern zu mehr Brustkrebsbehandlungen bei Frauen, die am Screening teilnehmen.

Die Nennung von Relativprozent ist irreführend, für die Screeningteilnehmerinnen ist sie obsolet. Frauen, die am Screening teilnehmen, haben auch eine geringere Sterblichkeit an anderen Todesursachen. Wegen dieses Selektionsbias wurden RCTs durchgeführt. Überdiagnosen sind ebenso in Zahlen zu nennen wie der mögliche Nutzen. Die zitierten Daten des UK Panels würden daher vollständig folgendermaßen lauten: Bei Teilnahme über 20 Jahre gibt es eine Abnahme der Brustkrebssterblichkeit um 0,4 Prozent. Etwas mehr als 1 Prozent der Frauen würde eine Überdiagnose Brustkrebs erhalten, also eine Diagnose und Behandlung von Brustkrebs, die sie ohne Teilnahme am Screening nicht erhalten hätten.

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser

Inhaberin des Lehrstuhls für Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg und erste stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

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!

©markoagentur.de

KVH Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg



 AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Einfluss von Industrie-Sponsoring auf klinische Studien

Im schlimmsten Fall „gekaufte Evidenz“?

VON FALK SCHWENDICKE IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V.
(DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Zahlreiche randomisiert-kontrollierte klinische Studien in diversen Feldern, zum Beispiel in der Arzneimittel- oder Medizinproduktforschung, werden durch Industrieunternehmen (Arzneimittelhersteller, Medizinprodukte- oder Materialhersteller) entweder ko-finanziert oder sogar initiiert und entsprechend vollfinanziert. Ein Sponsoring wirft eine Reihe von Fragen auf:

1. Sind industrie-gesponserte (kurz: „gesponserte“) Studien in ihrer Durchführung signifikant verschieden von nicht-gesponserten Studien?
2. Sind die Ergebnisse gesponserter Studien signifikant verschieden von denen nicht-gesponserter Studien?
3. Werden die Ergebnisse gesponserter Studien signifikant anders dargestellt als die Ergebnisse nicht-gesponserter Studien?

Diesen Fragen zugrundeliegend ist die Sorge, ein etwaiger Interessenskonflikt der Studienleitung und -ärzte könnte zu Verzerrungen in allen drei Bereichen – Durchführung, Ergebnisgenerierung und Ergebnisdarstellung – zugunsten des gesponserten Produktes (z.B. eines neuen Medikamentes, eines technischen Gerätes oder eines Verbrauchsmaterials) führen, im schlimmsten Fall somit in (überspitzt formuliert) „gekaufter Evidenz“ enden.

Zur ersten Frage sind eine Reihe von möglichen Verzerrungsmechanismen denkbar: So können die Generierung der Randomisierungssequenz (welcher Patient erhält zufällig welche Therapie?) und ihre Zuordnung (Allokation) beeinflusst werden.

Beides hat signifikanten Einfluss auf die Validität der Studie, überschätzen doch Studien, die hier nicht rigoros operieren, systematisch den positiven Effekt der Testgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Auch die Verblindung, beispielsweise der Teilnehmer oder auch des untersuchenden Arztes, sind entscheidende Faktoren.

Teilnehmer, die ein „neues“ und vermeintlich besseres Medikament erhalten und sich dessen bewusst sind, berichten signifikant positiver über dieses Medikament. Auch Untersucher, die an einer durch das Sponsoring unterstützten Institution angestellt sind, könnten bewusst oder unbewusst angehalten sein, dem gesponserten Produkt eine bessere Bewertung (gerade im Fall „weicher“ Endpunkte) zukom-

men zu lassen. (Der harte Endpunkt „Tod“ lässt sich beispielsweise nur schwer verzerren).

Auch der Umgang mit Teilnehmern, die aus der Studie ausscheiden (Attrition), kann zu signifikanten Verzerrungen führen. Schlussendlich kann ein sogenanntes „selektives“ Berichten, also das Weglassen unliebsamer Ergebnisse, oder auch der gänzliche Verzicht auf die Publikation einer insgesamt wenig positiven Studie zu falschen Schlussfolgerungen, beispielsweise über die Wirksamkeit eines Medikaments, führen (Page et al., 2014, Moher et al., 1998, Saltaji et al., 2017, Abraha et al., 2015, Lundh et al., 2017, Schulz and Grimes, 2002).

Aus diesen diversen, aber auch weiteren möglichen, unbeobachteten Verzerrungen können schließlich verzerrte (über-optimistische) Ergebnisse zugunsten des gesponserten Produktes entstehen. Oftmals sind zudem nicht alle, sondern nur bestimmte Ergebnisse positiv (beispielsweise in einzelnen Subgruppen von Patienten oder Interventionen), diese werden dann herausgestrichen (sog. „Spin“) (Boutron et al., 2010).

Ein kürzlich veröffentlichtes Cochrane Review hat das Verzerrungsrisiko (also die Durchführungs- und Berichtsqualität) sowie die Ergebnisse von gesponserten und nicht-gesponserten Studien von Arzneimitteln und Medizinprodukten untersucht (Lundh et al., 2017).

Die Autoren schlossen beobachtende und kontrollierte Studien sowie Reviews und Meta-Analysen ein. Die Endpunkte der Untersuchung waren die Häufigkeit von positiven Ergebnissen für die Testgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe, die Größe des Effektes (also der Unterschied zwischen den Gruppen), das Verzerrungsrisiko und die Über-

einstimmung von publizierten Schlussfolgerungen und den tatsächlich gefundenen Studienergebnissen (Spin).

Basierend auf insgesamt 75 Studien zeigten die Autoren, dass gesponserte Studien 27% häufiger positive Ergebnisse auffinden (RR: 1.27; 95% CI: 1.17 - 1.37) und sogar 34% häufiger über positive Ergebnisse berichten (RR: 1.37; 95% CI: 0.64 - 2.93) als nicht-gesponserte Studien. Gesponserte Studien wiesen dementsprechend auch häufiger positive Schlussfolgerungen auf, die nicht durch positive Ergebnisse belegt waren (Spin).

Gesponserte Studien waren dabei interessanterweise nicht signifikant anfälliger für Verzerrungsrisiken, die aus der Randomisierung und ihrer Zuordnung erwachsen könnten, und waren sogar signifikant häufiger robust verblindet als nicht-gesponserte Studien.

Zusammenfassend waren die Ergebnisse und auch die Ergebnisdarstellung gesponserter Studien signifikant zugunsten des Sponsors verzerrt. Dies war allerdings nicht mit der Durchführungsqualität der Studien assoziiert.

An dieser Stelle sollte allerdings angemerkt werden, dass scheinbar nicht alle medizinischen Felder gleichermaßen einem Verzerrungsrisiko durch Industrie-Sponsoring unterliegen (Reda et al., 2017, Schwendicke et al., 2016).

Schlussfolgernd ist beim Umgang mit gesponserten Studien Vorsicht geboten: Da es scheinbar nur schwer möglich ist, das Verzerrungsrisiko einer einzelnen Studie anhand der Durchführungsqualität zu bestimmen (diese könnten kritische Leser ja überprüfen), sondern nur durch einen systematischen Vergleich gesponserter und nicht-gesponserter Stu- →

dien, sollten kritische Anwender Meta-Untersuchungen (wie beispielsweise das Cochrane Review oder auch disziplin-spezifische Analysen) zu Rate ziehen, bevor sie zur Anwendung neuer Therapien auf der Basis vermeintlich robuster Studien übergehen.

Ein letzter Wermutstropfen: Die besagten Verzerrungen und Verzerrungsmechanismen wurden nicht nur bei Industrie-Sponsoring beobachtet. Auch Akademiker unterliegen einem Druck, positive Ergebnisse zu erzeugen oder eine Therapie beziehungsweise ein Verfahren in einem Gebiet, auf dem sie der Experte sind, positiv zu bewerten und darzustellen. Dieser sogenannte „academic bias“ oder „professional bias“ ist jedoch noch deutlich schwerer

nachzuweisen (Shaw, 2014). Ein kritischer Umgang mit Studienergebnisse bleibt demnach – wie immer – angezeigt. ■

Priv.-Doz. Dr. Falk Schwendicke, MDPH
Stellvertretender Abteilungsleiter
Abteilung für Zahnerhaltung
und Präventivzahnmedizin
CharitéCentrum 3 für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aßmannshauer Str. 4-6
14197 Berlin
falk.schwendicke@charite.de

Referenzen:

- Abraha, I., Cherubini, A., Cozzolino, F., De Florio, R., Luchetta, M. L., Rimland, J. M., Folletti, I., Marchesi, M., Germani, A., Orso, M., Eusebi, P. & Montedori, A. (2015) Deviation from intention to treat analysis in randomised trials and treatment effect estimates: meta-epidemiological study. *BMJ* 350, h2445. doi:10.1136/bmj.h2445.
- Boutron, I., Dutton, S., Ravaud, P. & Altman, D. G. (2010) Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically nonsignificant results for primary outcomes. *JAMA* 303, 2058-2064. doi:10.1001/jama.2010.651.
- Lundh, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Schroll, J. B. & Bero, L. (2017) Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev* 2, Mr000033. doi:10.1002/14651858.MR000033.pub3.
- Moher, D., Pham, B., Jones, A., Cook, D. J., Jadad, A. R., Moher, M., Tugwell, P. & Klassen, T. P. (1998) Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses? *Lancet* 352, 609-613. doi:10.1016/s0140-6736(98)01085-x.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Kirkham, J., Dwan, K., Kramer, S., Green, S. & Forbes, A. (2014) Bias due to selective inclusion and reporting of outcomes and analyses in systematic reviews of randomised trials of healthcare interventions. *Cochrane Database Syst Rev*, Mr000035. doi:10.1002/14651858.MR000035.pub2.
- Reda, S., Elhennawy, K., Meyer-Luckel, H., Paris, S. & Schwendicke, F. (2017) Industry sponsorship in trials on fluoride varnish or gels for caries prevention. *Community Dent Oral Epidemiol* 45, 289-295. doi:10.1111/cdoe.12287.
- Saltaji, H., Armijo-Olivo, S., Cummings, G. G., Amin, M., da Costa, B. R. & Flores-Mir, C. (2017) Impact of Selection Bias on Treatment Effect Size Estimates in Randomized Trials of Oral Health Interventions: A Meta-epidemiological Study. *J Dent Res*, 22034517725049. doi:10.1177/0022034517725049.
- Schulz, K. F. & Grimes, D. A. (2002) Blinding in randomised trials: hiding who got what. *Lancet* 359, 696-700. doi:10.1016/s0140-6736(02)07816-9.
- Schwendicke, F., Tu, Y. K., Blunck, U., Paris, S. & Gostemeyer, G. (2016) Effect of Industry Sponsorship on Dental Restorative Trials. *J Dent Res* 95, 9-16. doi:10.1177/0022034515609270.
- Shaw, D. M. (2014) Beyond conflicts of interest: Disclosing medical biases. *JAMA* 312, 697-698. doi:10.1001/jama.2014.8035.





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Björn Parey**
Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Björn Parey**

Geburtsdatum: **27. Juli 1967**

Familienstand: **glücklich verheiratet, 2 Söhne**

Fachrichtung: **FA für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin und Naturheilverfahren**

Weitere Ämter: **Vorstandsmitglied und Schatzmeister des Hausärzterverbandes, Mitglied im Beratenden Fachausschuss Hausärzte, als stellv. Vorsitzender der Vertreterversammlung: Teilnahme an den Vorstandskonferenzen der KV, Finanz- und Sitzungsausschuss, Beirat, Landesschiedsamt**

Hobbys: **Rudern, Segeln, Laufen, Skifahren, Lesen, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, mehr als das. Ich kann mir nichts Schöneres vorstellen, als in einem netten und engagierten Team kranken und gesundheitsbewussten Menschen das breite und abwechslungsreiche Spektrum einer allgemeinmedizinischen Praxis anbieten zu können. Die Selbständigkeit ermöglicht ein selbstbestimmtes Arbeitsumfeld. Vor allem aber schafft das eigene Handeln zum Wohlergehen der Patienten eine befriedigende Erfüllung.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Die feste Überzeugung, dass keiner das Gesundheitswesen besser organisieren, strukturieren und verwalten kann als die hiervon Betroffenen. Vorankommen können wir nur gemeinsam und das durch konstruktives Miteinander und nicht durch gegenseitige Provokation oder Schuldzuweisung.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

- gerechte, angemessene und faire Vergütung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen und hier insbesondere der sprechenden Medizin
- Abschaffung des Budgets
- ein ernsthafter Bürokratieabbau (Möglichkeiten gäbe es so viele ...)
- Erhalt oder besser Stärkung der Freiberuflichkeit und Selbständigkeit in niedergelassener Praxis
- Stärkung der Selbstverwaltung durch Einbindung möglichst vieler kreativer Köpfe in ergebnisoffene Entscheidungsprozesse
- eine bessere kollegiale Zusammenarbeit aller Arztgruppen - sowohl Generalisten/Spezialisten als auch niedergelassene Kollegen/Krankenhausärzte

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?

Die eigentliche Kunst liegt darin, neben überbordender Bürokratie in Kombination mit permanenter Regressgefahr und budgetierter Untervergütung nie den Blick für das Wesentliche zu verlieren: Unsere Verpflichtung und unsere Stärke liegt in der bestmöglichen Versorgung unserer Patienten.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Sich einmal im Kanu über die Stromschnellen des Yukon durch die faszinierende Natur Kanadas treiben zu lassen. ■

VON DR. FRITZ A. PIEPER

Versammlung der Kreise 6 und 7

Umsetzung der Telematik-Infrastruktur in der KV Hamburg: revisited

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat im Juni 2017 beschlossen, alle Ärzte und Psychotherapeuten zu verpflichten, die elektronische Kommunikation mit der KV ab dem 1. Juli 2018 über das Sichere Netz der KVen (SNK) abzuwickeln – entweder via KV-SafeNet-Router oder via Telematikinfrastruktur-Konnektor.

Der Beschluss hat unter anderem in den Kreisen 6 und 7 zu einer intensiven Diskussion über die Notwendigkeit und wirtschaftliche Vernunft dieser Maßgabe geführt. Aufgrund der Bedeutung des Themas entschlossen sich Frau Dr. Yvonne Gagu-Koll – Obfrau des Kreises 7 – und ich, unsere Kreise am 17. Januar 2018 zu einer gemeinsamen Versammlung in die Räumlichkeiten der KV einzuladen.

Als Gäste und beratende Referenten hatten wir Herrn Dr. Ulrich Kemloh, Abteilungsleiter aus dem Bereich IT der KV Hamburg, Frau Dr. Silke Lüder aus Bergedorf, Herrn Philipp Malkowski von der Hamburger IT-Dienstleistungsfirma MINTES sowie zu datenschutzrechtlichen Fragen Herrn Dr. Bernhard Freund aus der Kanzlei PLANIT//LEGAL eingeladen.

Zum Verständnis der Kritik der Ärzte und Psychotherapeuten an dem Beschluss der Vertreterversammlung möchte ich versuchen, die komplexe Situation, die sich aus den Vorgaben des Gesetzgebers einerseits und dem ergänzenden Beschluss der Vertreterversammlung andererseits ergibt, zu skizzieren.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen der verpflichtenden Anbindung aller Praxen an die sogenannte „Telematikinfrastruktur“ sind durch das „E-Health-Gesetz“ (Gesetz für sichere Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen) – eine in das Sozialgesetzbuch V eingeführte Konkretisierung der Verpflichtungen der niedergelassenen Ärzteschaft zur Nutzung der elektronischen Datenverarbeitung – vorgegeben.

Leider sind die Vorgaben des Gesetzgebers wenig hilfreich für die praktische Ausübung der Medizin und werden von Interessen der Krankenkassen dominiert. In einem ersten Schritt wird die Ärzteschaft verpflichtet, sich über einen speziellen Internet-Router, den Konnektor, an einen von der Bertelsmann KG

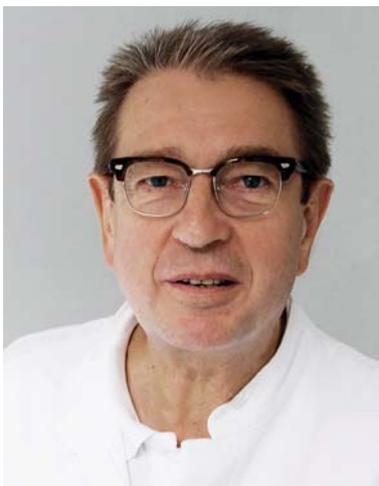
über den Geschäftsbereich ARVA-TO betriebenen Zentralrechner der Krankenkassen anzuschließen.

Über den Konnektor soll in den Praxen ein Stammdatenabgleich zwischen den auf den elektronischen Gesundheitskarten der Patienten gespeicherten Daten und jenen auf dem Zentralrechner erfolgen. Aus ärztlicher Sicht ist dies eine nicht-honorierte Verlagerung von Sachbearbeitungsaufgaben der Krankenkasse auf die MFA, die aufgrund der derzeitigen Rechtslage aber nicht abzuwenden ist.

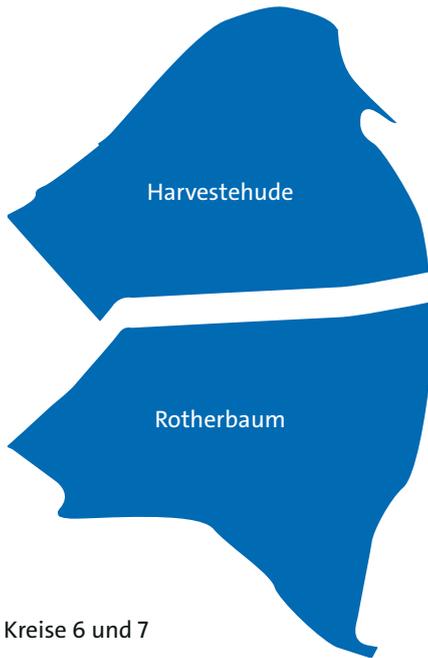
Zur Bertelsmann KG sei nebenbei erwähnt, dass die der Firma zugehörige Bertelsmann Stiftung seit langem wegen mutmaßlicher Einflußnahme auf das Gesundheitssystem in Deutschland zugunsten von Klinikkonzernen in der Kritik steht. Aus der Eigentümerfamilie ist Frau Brigitte Mohn sowohl im Vorstand der Bertelsmann Stiftung als auch im Aufsichtsrat der Rhön-Klinken AG tätig. Derzeit propagiert der Theologe Dr. Stefan Edgeton im Namen der Stiftung die Bürgerversicherung als Heilmittel für das deutsche Gesundheitswesen – honi soit qui mal y pense.

Die Umsetzung der Anbindung an den Konnektor wurde vom Gesetzgeber zeitlich festgelegt. Im Frühjahr 2017 war als Termin zunächst der 1. Juli 2018 vorgegeben worden. Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Bereitstellung der Konnektoren wurde die Frist Ende 2017 zunächst auf den 1. Januar 2019 verlängert. Aktuell wird von

Dr. Fritz A. Pieper



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



Kreise 6 und 7

der KBV gefordert, eine weitere Verschiebung auf den 1. Juli 2019 vorzunehmen.

In dieser Situation hat nun die Vertreterversammlung der KV Hamburg im Juni 2017 den Beschluss gefasst, dass alle Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten sich zur elektronischen Kommunikation mit der KV an das Sichere Netz der KVen (SNK) anschließen müssen. Hierzu ist die Anschaffung spezieller, kostenträchtiger Hardware entweder in Form eines KV-SafeNet-Routers oder eines Telematikinfrastruktur-Konnektors erforderlich.

Die Entscheidung für jedes der beiden Geräte ist jedoch problematisch. KV-SafeNet-Router sind nämlich nicht in der Lage, den vom Gesetzgeber geforderten Stammdatenabgleich vorzunehmen. Entscheidet man sich für dieses Gerät, muss man folglich, sobald der Stammdatenabgleich verpflichtend wird (zum 1. Januar 2019), als weiteres Gerät einen Konnektor anschaffen. An Stelle des KV-SafeNet-Routers könnte auch gleich ein Konnek-

tor angeschafft werden, da dieser neben dem Stammdatenabgleich auch einen Anschluss an das SNK ermöglicht.

Der Konnektor wird jedoch zur Zeit nur von der Firma CGM zum stark übersteuerten Preis von 3.450 Euro einschließlich eines zusätzlich zur elektronischen Identifizierung der Praxen erforderlichen neuen Kartenlesegerätes angeboten. Da zu erwarten ist, dass künftig weitere Firmen einen Konnektor anbieten werden, ist zu hoffen, dass der Wettbewerb zu günstigeren Preisen führt. Von der Firma DGN wurde kürzlich angekündigt, einen Konnektor für 1.600 Euro anzubieten.

Es spricht also vieles dafür, zunächst kein Gerät zu kaufen und sowohl die Entwicklung marktgerechter Preise als auch die abschließende Festlegung des Zeitpunktes der verpflichtenden Nutzung des Konnektors abzuwarten. Diese Vorgehensweise ist jedoch nicht kompatibel mit dem Beschluss der Vertreterversammlung, die dazu

Die Kreisversammlung fordert die Vertreterversammlung auf, ihren Beschluss zurückzunehmen.

verpflichtet, bereits zum 1. Juli 2018 an das SNK angeschlossen zu sein. Ohne den Anschluss soll dann die Übermittlung der Quartalsabrechnung nicht mehr möglich sein. Auch die Möglichkeit einer Übermittlung der Abrechnungsdaten auf einer CD, die in den Räumlichkeiten der KV eingelesen wird, soll zu diesem Zeitpunkt eingestellt werden.

In der Versammlung wurde diese Problematik in einer lebhaften und interessanten Diskussion zwischen

den Teilnehmern und den Referenten aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Zahlreiche technische und organisatorische Aspekte der Folgen und Risiken der Umsetzung der Telematik-Infrastruktur konnten in der Diskussion verdeutlicht werden.

Als wichtiger Gesichtspunkt konnte die Bedeutung des Schutzes der Daten unserer Patienten herausgearbeitet werden. Dieser erscheint, da der Datenverkehr über den Konnektor vom Anbieter des Konnektors, nicht aber von der den Konnektor nutzenden Praxis kontrolliert wird, zumindest potentiell zweifelhaft.

Um dieses Problem zu beheben, wurden von Frau Dr. Silke Lüder und Herrn Philipp Malkowski technische Lösungen vorgestellt, bei denen der Stammdatenabgleich über den Konnektor wie gesetzlich vorgeschrieben durchgeführt werden kann, ohne die Sicherheit der Patientendaten im Patientenmanagementsystem zu kompromittieren.

In Würdigung aller Aspekte wurde von der Versammlung respektiert, dass die KV Hamburg ein Interesse hat, ein KV-eigenes Kommunikationssystem in Form des SNK

zu betreiben und erhalten, um zu verhindern, dass der KV – und damit den Ärzten und Psychotherapeuten – ein von der in ihren Entscheidungen von den Krankenkassen dominierten GEMATIK bestimmtes System aufgezwungen werden kann.

Gleichwohl wurde auf der Kreisversammlung von den 50 anwesenden Kolleginnen und Kollegen der Wunsch geäußert, den Beschluss der Vertreterversammlung zur verpflichtenden Nutzung des SNK zum 1. Juli

2018 in der nächsten Vertreterversammlung der KV erneut zu diskutieren und aufgrund der Änderung des Zeitplanes der Umsetzung der Telematikinfrastruktur durch den Gesetzgeber den Beschluss zurückzunehmen.

Es wurde folgende Resolution zur Weiterleitung an den Vorstand der KV und den Vorsitzenden der Vertreterversammlung gefasst:

„Sehr geehrter Vorstand der KV Hamburg und sehr geehrter Dr. Heinrich, die Kreisversammlung der Kreise 6 und 7 hat am 17. Januar 2018 einstimmig beschlossen, die Vertreterversammlung der KV Hamburg aufzufordern, den Beschluss einer verpflichtenden Nutzung des KV-SafeNet zum 1. Juli 2018 aufzuheben und nun zu diskutieren mit dem Ziel,

den Termin der verpflichtenden Onlineabrechnung über das KV-SafeNet bis zur verpflichtenden Nutzung der Telematik-Konnektoren zu verschieben. Des Weiteren wird auch eine wie bisher bestehende Möglichkeit zur Quartalsabrechnung direkt in der KV Hamburg gefordert. Wir bitten, diese Themen erneut auf die Tagesordnung der nächsten Vertreterversammlung im April 2018 zu setzen und diese Mail an alle Mitglieder der Vertreterversammlung zu senden.“

Wir freuen uns, dass Herr Dr. Dirk Heinrich uns mit Schreiben vom 24. Januar 2018 informiert hat, dass der Beschluss auf der nächsten Vertreterversammlung der KV Hamburg am 5. April 2018 zur Disposition gestellt werden wird (siehe Seite 40). Es ist uns wichtig, dass in einer

Neufassung des Beschlusses kein fixer Termin zur verpflichtenden Nutzung des SNK benannt sondern dieser an die möglicherweise noch weiter in der Zukunft liegenden Vorgaben des Gesetzgebers gekoppelt wird.

Ich danke allen an unserer Versammlung beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten sowie den Referenten für die engagierte Diskussion. Wir haben ein gutes Beispiel dafür gegeben, wie die Interessen der Kolleginnen und Kollegen über die KV-Kreise in die Leitung der KV Hamburg transportiert werden können, und ich hoffe, dass wir auf diese Weise zu einer kosteneffizienten und anwendungsorientierten Umsetzung der Telematikinfrastruktur in Hamburg beitragen. ■

VON DR. JOHANNES GÖCKSCHU

Versammlung des Kreises 9

Anschluss an digitales Gesundheitsnetz: Einstimmiges Votum für einen Aufschub

Wenn draußen das Sturmtief „Friederike“ wütet, rechnet man eigentlich nicht mit sonderlich vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Lust auf eine abendliche Kreisversammlung haben. Und trotzdem war unser Treffen im Kreis 9 am 18. Januar 2018 mit 40 Kolleginnen und Kollegen – zwei von ihnen waren zum ersten Mal bei unserer Kreisversammlung – her-

vorragend besucht. Die Stimmung war toll, der Abend hat viel Spaß gemacht.

Hauptgrund für den großen Andrang war sicherlich, dass wir das Thema Telematik auf der Agenda hatten. Dafür konnten wir den Leiter der Abteilung „IT-Datenmanagement, Datamining und Telematik“ der KV Hamburg, Dr. Ulrich Kemloh, als Referenten gewinnen.

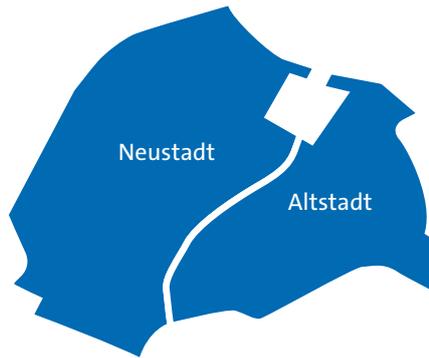
Weil die Telematik-Infrastruktur (TI) aktuell für viele Kolleginnen und Kollegen ein rotes Tuch ist und sehr emotional diskutiert wird, war es mir wichtig, zu Beginn unserer Veranstaltung darauf hinzuweisen, dass wir Ärztinnen und Ärzte nicht mit der Technik selbst grundsätzlich unzufrieden sind, sondern in erster Linie mit der Art und Weise der Umsetzung.

Die Politik hat sich schlicht verkalkuliert, als sie die Fristen für den verbindlichen Anschluss von Praxen an die TI festgelegt hat. Denn bis auf einen einzigen Anbieter, die CompuGroup, gibt es noch keinen Hersteller, der eine zertifizierte Lösung anbieten kann. Damit werden Hamburgs Ärztinnen und Ärzte, die laut Beschluss der Vertreterversammlung ab 1. Juli 2018 entweder an die TI oder an das KV-SafeNet angeschlossen sein müssen, unzulässig unter Druck gesetzt. Viele werden de facto keine andere Wahl haben, als sich dem KV-SafeNet anzuschließen.

Daher unterstützten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Versammlung einstimmig eine Resolution, die mein Kollege Dr. Torsten Hemker und ich erarbeitet hatten und die einen Tag zuvor auch bei der Versammlung der Kreise 6 und 7 einstimmig verabschiedet wurde.

Mit unserer Resolution fordern wir die Vertreterversammlung am 5. April 2018 auf, einen entsprechenden Beschluss von September 2017 dahingehend zu ändern, dass alle Praxen nicht mehr bis zum 1. Juli 2018, sondern erst bis zum 1. Januar 2019 wahlweise an die TI oder das KV-SafeNet angeschlossen sein müssen. In der Begründung heißt es wörtlich:

„Der Termin wurde vom Gesetzgeber wegen technischer Probleme vom 1. 7. 2018 um ein halbes Jahr verschoben. Es ist eine Verschwendung von Zeit, Kraft und Geld, nun alle die Praxen, deren Praxisverwaltungsprogramm nicht bis zum 1. 7. 2018 auf die TI umgestellt werden kann, zu zwingen, bis dahin ein KV-SafeNet zu installieren. In schwierigen Zeiten sollte die KV ihren Mitgliedern helfen und sie nicht mit zusätzlichen Hürden belasten!“



Kreis 9

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Versammlung gehen davon aus, dass sich die Lage im Laufe des Jahres entspannen und es neben der CompuGroup auch weitere zertifizierte Anbieter geben wird, die einen Anschluss an die TI gewährleisten. In diesem Zusammenhang ist es gut, dass die Arbeit der Selbstverwaltung auf Kreisebene gestärkt wird: Es diskutieren nun nicht nur die gewählten Vertreter in der Vertreterversammlung, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte an der Basis – dadurch nimmt ein Thema wie die TI auch an Fahrt auf.

Doch auch das zweite Thema auf der Tagesordnung war für viele Ärztinnen und Ärzte interessant. Hierbei handelte es sich um den zweiten Teil einer Fortbildungsreihe zum Thema Honorar. Wir versuchen auf diesem Wege für alle niedergelassenen Kollegen ein gutes Verständnis des persönlichen Honorarbescheides zu erreichen und möchten, dass aktuelle Entwicklungen in der Honorarpolitik für jeden einzelnen transparent nachvollziehbar sind. Bei unserer Kreisversammlung erläuterte Jan Torliene, Mitarbeiter der KV-Honorarabteilung, wie sich die individuellen Leistungsbudgets (ILB) zusammensetzen, welche Faktoren sie beeinflussen und wie sich die Beschäftigung eines angestellten Arztes in der Praxis auf das Gesamthonorar auswirken kann. Hier

hatten etliche Kolleginnen und Kollegen nämlich aufgrund der Drei-Prozent-Regelung mit Leistungsbegrenzungen und infolgedessen auch Rückforderungen von Seiten der KV zu tun gehabt. Bei unserer nächsten Kreisversammlung soll es im Rahmen der Fortbildungsreihe „Honorar“ um die Laborreform gehen, welche im Laufe dieses Jahres in Kraft tritt.

Abschließend möchte ich anmerken, dass beide Referenten, die uns von der KV für unsere Kreisversammlung vermittelt wurden, in ihren jeweiligen Gebieten offenkundig sehr kompetent waren. Nichtsdestotrotz gelang es ihnen, die komplexe Materie so zu erklären und zu erläutern, dass die Kolleginnen und Kollegen an der Basis ihnen problemlos folgen konnten. Dafür an dieser Stelle herzlichen Dank. ■

Dr. Johannes Göckschu



Urologe in der Altstadt und Obmann des Kreises 9

Die Termine weiterer Kreisversammlungen finden Sie im Kalender auf Seite 42.

Sicheres Netz der KVen: Verpflichtende Anbindung wird auf 1. Januar 2019 verschoben

Der Vorstand der KV Hamburg wird in die nächste Sitzung der KV-Vertreterversammlung am 5. April 2018 einen Antrag einbringen, den Termin für die verpflichtende Online-Abrechnung über das Sichere Netz der KVen (SNK) auf den 1. Januar 2019 zu verschieben. Natürlich darf dem Beschluss der Vertreterversammlung nicht vorgegriffen werden, es ist aber nach dem derzeitigen Kenntnisstand und den Meldungen, die wir von einzelnen Vertreterversammlungs-Mitgliedern und aus den Kreisen erhalten haben, wahrscheinlich, dass dem Antrag zugestimmt werden wird.

Die wesentlichen Gründe

In den vergangenen Wochen hat sich die Sachlage zu dem Themenkomplex Telematikinfrastruktur und KV-SafeNet* grundlegend geändert; es sind technische Neuerungen bekannt geworden, die es sinnvoll erscheinen lassen, die Situation neu zu beleuchten und die bisher geltenden Regelungen, die für Hamburg eine verbindliche Abgabe der Abrechnung via KV-SafeNet oder Telematikinfrastruktur bis zum 1. Juli 2018 vorsahen, anzupassen.

Zum einen verfügen die Telematikinfrastruktur-Konnektoren nun offenbar regelmäßig über die Funktionalität, das SNK zu erreichen, zum anderen können die KV-Anwendungen künftig auch über die Telematikinfrastruktur (und ohne Bandbreitenproblem) genutzt werden. Darüber hinaus haben weitere Anbieter von Telematikinfrastruktur-Konnektoren und SMC-B-Karten angekündigt, ihre Produkte zertifizieren zu lassen, sodass wir aus heutiger Sicht davon ausgehen, dass die gesetzliche Frist zur Anbindung an die TI (1. Januar 2019) ohne weitere Verschiebung bestehen bleibt.

Zur Erinnerung: Gemäß einer gesetzlichen Verpflichtung müssen alle Praxen bis zum 31. Dezember 2018 an die Telematikinfrastruktur zur Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) angebunden sein. Kommen die Praxen dieser Verpflichtung nicht nach, ist die KV gezwungen, eine gesetzlich vorgeschriebene ein-prozentige Honorarkürzung umzusetzen (§ 291 Abs. 2 b SGB V).

Das sichere Netz bleibt erhalten

Das beharrliche Eintreten des KV-Systems für den Erhalt des in ärztlicher Hand befindlichen SNK hat Früchte getragen. Ursprünglich sollte das SNK abgeschaltet werden. Dies ist nicht eingetreten – auch weil so viele Ärzte und Psychotherapeuten das SNK nutzen und ihre Daten, solange sie untereinander kommunizieren, auf der eigenen „Datenautobahn“ versenden und die hierfür entwickelten Dienste nutzen.

Kündigung KV-SafeNet

Mit dem erwarteten Beschluss der Vertreterversammlung wäre auch eine Beendigung der Förderung von KV-SafeNet-Anschlüssen verbunden, da diese nicht mehr benötigt würden, sobald eine Praxis an die Telematikinfrastruktur angeschlossen

* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

sen ist. Um die vertraglichen und operativen Details im Rahmen der Kündigung Ihres (beantragten oder schon installierten) KV-SafeNet-Anschlusses zu klären, wenden Sie sich bitte an Ihren Provider. Achten Sie bei der Kündigung bitte darauf, dass Ihr KV-SafeNet-Anschluss erst in dem Moment deaktiviert wird, in dem Ihre Praxis tatsächlich an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und das Versichertenstammdatenmanagement funktioniert. (Am besten ist, dies vertraglich zu fixieren.)

Finanzierungsförderung

Der Zeitpunkt, zu dem Ihre Praxis tatsächlich an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und das Versichertenstammdatenmanagement funktioniert, ist auch entscheidend, wenn es um die

Frage nach der Höhe der finanziellen Förderung Ihres Telematikinfrastruktur-Anschlusses geht. Diese wird in dem Moment veranschlagt, in dem Sie das Versichertenstammdatenmanagement via Telematikinfrastruktur tatsächlich durchführen. Nach einer erfolgreichen Installation der Telematikinfrastruktur prüfen Sie deshalb bitte, ob das Versichertenstammdatenmanagement funktioniert und ob die von Ihnen genutzten SNK-Anwendungen – zum Beispiel das Online-Portal über die Adresse <https://portal.kvhh.kv-safenet.de> – tatsächlich erreichbar sind.

Informationsveranstaltungen

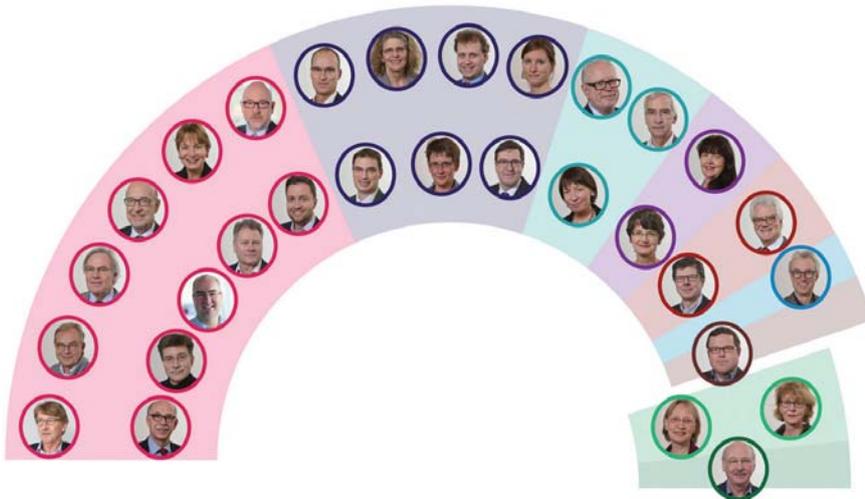
Die KV plant, bis zum Jahresende monatlich Veranstaltungen durchzuführen, auf denen Sie sich über die neuesten Entwicklungen sowie über alle technologischen, funktionalen und organisatorischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur informieren können. Zeitgleich werden auf der Homepage kontinuierlich die wichtigsten FAQs veröffentlicht und laufend aktualisiert. Über die Termine der Veranstaltungen, die Themenschwerpunkte sowie die Anmeldemodalitäten informieren wir Sie auf unserer Homepage. ■

Auf unserer Homepage erhalten Sie stets die aktuellen Infos sowie die Dokumente der KBV zum Thema Telematikinfrastruktur:
www.kvhh.de → Praxis-IT & Telematik → Telematikinfrastruktur

Anspruchspartner:
 Infocenter, Tel: 22802 - 900

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

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



KREISVERSAMMLUNG

KREIS 2 (Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita Trettin
Mi. 19.4.2018 (ab 19 Uhr)

Gastreferentin: Caroline Roos,
stellv. KV-Vorstandsvorsitzende
Ort: Neurologie Winterhude,
Hudtwalckerstr. 2-8,
22299 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM
1. BIS 15. KALENDERTAG
DES NEUEN QUARTALS

**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. 14.3.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 20.4.2018 (15 - 20 Uhr)

Mi. 30.5.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 29.6.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 12.10.2018 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung Arbeits- und Gesundheitsschutz

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

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 11.4.2018 (15 - 20 Uhr),

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Gefährdungsbeurteilung

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

Mi. 21.3.2018 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 60 (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

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Tatort Praxis

Dass Praxismitarbeiter beschimpft und aggressiv angegangen werden, kommt immer wieder vor. Das Seminar bietet Grundlagenwissen zum Thema Konfliktprävention, Tipps zur Vorbeugung und ein Konzept zum richtigen Umgang mit schwierigen Patienten. Für Ärzte und Praxismitarbeiter aller Fachrichtungen.

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 21.3.2018 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 85 inkl. Getränke

QEP - Datenschutz

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 11.4.2018 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

QEP - Einführungsseminar

„QEP-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist ein speziell auf Arztpraxen zugeschnittenes Qualitätsmanagementsystem, welches für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen geeignet ist. Ideal ist die gemeinsame Teilnahme von Praxisinhaber und -mitarbeitern, da Qualitätsmanagement immer auch Teamarbeit ist.

21 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 20.4.2018 und Sa. 21.4.2014

Gebühr: € 220 (1. Person), € 160 (jede weitere Person der Praxis), inkl. aller Unterlagen, Imbiss/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

Aufbaukurs Hypnose

Dieser Kurs baut auf den Einführungskursen Hypnose auf, die im Januar stattgefunden haben. 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

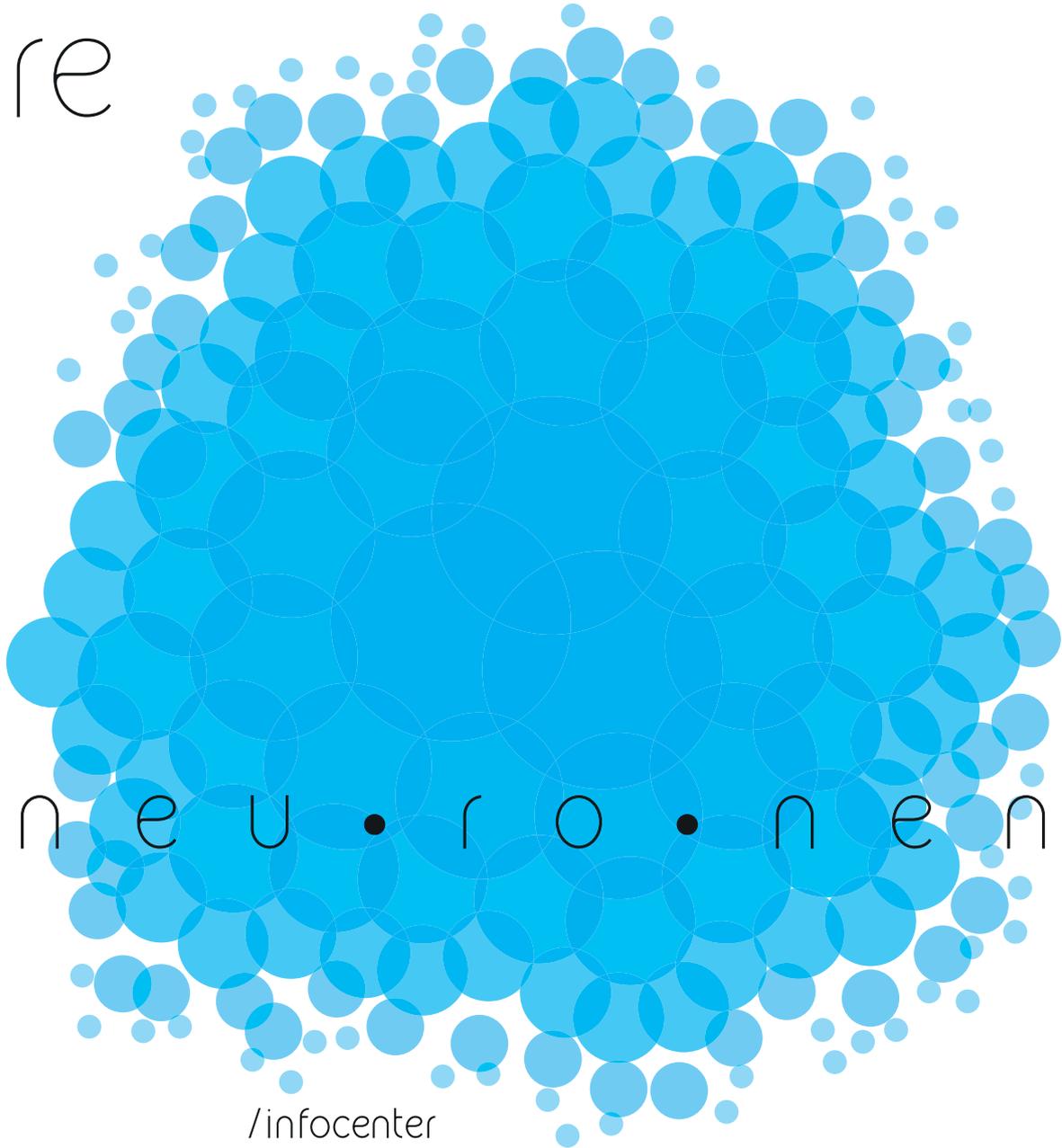
**Medizinische Fachangestellte:
Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2018!**



Das Fortbildungsprogrammheft beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die im ersten Halbjahr 2018 stattfinden - und gibt eine Vorschau auf das zweite Halbjahr. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.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!