

KVH journal

brötchen

ZUCKERBROT UND PEITSCHEN

... Wie das TSVG
die Versorgung verändert



SPEZIAL
FRAGEN
UND
ANTWORTEN
zur Termin-
servicestelle

ARZNEIMITTEL

Umgang mit BTM-Rezepten

COCHRANE

Diskussion um Review zur HPV-Impfung

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 11/2018 (November 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Als wären die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärztevertretern nicht kompliziert genug, gibt es nun auch noch Querschüsse des Bundesversicherungsamtes (BVA). In einem Brief an die Krankenkassen übt das Amt Druck auf die Krankenkassen aus und versucht faktisch, die regionalen Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner einzuengen. Das empfinden wir als übergriffig.

Hintergrund ist die Debatte um die Betreuungsstrukturverträge, die im Verdacht stehen, über eine forcierte Kodierung der Ärzte für eine verzerrte Zuweisung von Geld aus dem Risikostrukturausgleich an die Krankenkassen zu sorgen. Diese Verträge sind mittlerweile alle gekündigt. Nun scheint das BVA der Meinung zu sein, dass es über die bundesweiten Regelungen hinaus (fast) keine regionalen Vereinbarungen mehr geben soll. Damit schießt das BVA weit über das Ziel hinaus.

Denkt das BVA tatsächlich, dass jede Art der Förderung regionaler Projekte am Ende auf eine Art Betreuungsstrukturvertrag oder andere rechtlich fragwürdige Vertragskonstruktionen hinausläuft? Das ist doch Unsinn.

Die Politik muss hier eingreifen und das Bonner Amt in die Schranken weisen – auch im eigenen Interesse: Wie soll eine KV denn sonst Versorgungslücken schließen, auf die die Politik hinweist?

Selbstverständlich brauchen wir auch künftig die Freiheit, gezielte Verbesserungen der Versorgung auf regionaler Ebene zu verhandeln. Nur die Akteure vor Ort wissen, wie die Patienten versorgt sind und wo es nachzusteuern gilt. Die Einführung starrer bundeseinheitlicher Regelungen würde die Versorgung vor Ort massiv gefährden – wir in Hamburg können davon ein Lied singen, wurden wir doch in den Zeiten einer bundesweiten Honorarvorgabe systematisch benachteiligt. An den Folgen leiden wir heute noch.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Wird das TSVG die Versorgung verbessern?
- 08_ Zwiespältiger Gesetzesentwurf: Der Staat bevormundet die Praxen – öffnet aber auch die Tür zur Entbudgetierung
- 10_ Resolution der Vertreterversammlung zum TSVG
- 13_ Offener Brief an Jens Spahn von Dr. Sven-Holger Kühn

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_ Fragen und Antworten zur Terminservicestelle für Hausärzte
- 15_ Fragen und Antworten zur Terminservicestelle für Fachärzte
- 16_ Fragen und Antworten zur Terminservicestelle für Psychotherapeuten
- 18_ Resolution der Vertreterversammlung zur Vermittlung probatorischer Sitzungen

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.



- 20_** Neue Kinderärzte in Hamburg
- 21_** Zulassungsausschuss bewilligt zusätzliche Rheumatologen
Frist zur TI-Anbildung wird verlängert
- 22_** ACD: Zwei Moderatoren erklären, warum sie das Projekt für wichtig halten
- 25_** Aktualisierung des DMP-Vertrages Brustkrebs
U10-/U11-Vertrag und J2-Vertrag Knappschaft: neue Formulare

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 26_** Kampagne: Antibiotika gezielt einsetzen
- 27_** Klarstellung: Procalcitonin-Bestimmung vor Antibiotikagabe
- 28_** Umgang mit BTM-Rezepten

SELBSTVERWALTUNG

- 35_** Steckbrief: Dr. Guntram Hinz
- 36_** Versammlung des Kreises 2

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 23_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 30_** Diskussionen um Cochrane-Review zur HPV-Impfung

KOLUMNE

- 24_** Zwischenruf von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENER

- 38_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 7: Jens Müller/ARD hauptstadtstudio; Seite 9: Wolfgang Minich/picture alliance; Seite 20: Syda Productions/Fotolia; Seite 37: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 38: Michael Zapf, Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

Wird das TSVG die Versorgung verbessern?

Wir haben drei Journalisten um Stellungnahme gebeten



Dr. Kim Björn Becker
Frankfurter Allgemeine Zeitung
Politische Redaktion

Lösung eines nicht-existenten Problems

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll ein Problem lösen, das es nicht gibt. Denn was die Wartezeiten von Kassenpatienten angeht, so steht Deutschland im Vergleich mit anderen Industrieländern ziemlich gut da. Weil aber Statistiken selten gegen Befindlichkeiten ankommen, hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Wartezeiten zu einem der wichtigsten Themen dieser Legislaturperiode gemacht. Natürlich klingt es erst einmal einleuchtend: Wenn Kassenärzte die Zahl ihrer wöchentlichen Sprechstunden von 20 auf 25 erhöhen, sollten mehr Patienten drankommen. Allerdings haben viele Ärzte ihre Praxen schon heute länger als vier Stunden pro Tag geöffnet, wie Befragungen nahelegen. **Es ist daher nicht anzunehmen, dass die geplante Ausweitung sich für die Patienten spürbar auswirkt. Das gleiche gilt für die Reform der Terminservicestellen, die nun auch Patienten mit Hausärzten zusammenbringen sollen.** Im ersten Jahr haben diese gerade einmal 0,2 Promille aller ambulanten Termine organisiert. ■



Martin Mair

Korrespondent für Gesundheitspolitik
im ARD Hauptstadtstudio



Dr. Tobias Kaiser

Redakteur Volkswirtschaft der
Welt und der Welt am Sonntag

Herumdoktern an Symptomen

„Gesetzlich oder privat?“ - die Frage entscheidet oft über die Wartezeit auf einen Arzttermin. Betriebswirtschaftlich ist es verständlich, dass Mediziner Privatpatienten bevorzugen. Freilich bleibt ein fahler Beigeschmack, denn das Verhalten des bestbezahlten Berufsstands des Landes passt nicht zum selbstbeschworenen Bild des selbstlosen Helfers.

Natürlich: Deutsche Patienten jammern im internationalen Vergleich auf höchstem Niveau über zu lange Wartezeiten. Doch weil wir uns das teuerste solidarisch finanzierte Gesundheitssystem der Welt leisten, muss Jens Spahn auch das gefühlte Problem angehen.

Der Ausbau der Terminservicestellen ist aber nur ein Herumdoktern am Symptom. Ein echter Therapieansatz wäre es, eine einheitliche Honorarstruktur aufzulegen. Und: Die Verteilung der Kassensitze muss endlich vernünftig funktionieren. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen dieser Aufgabe seit Jahren nur unbefriedigend nachkommen, sollte Spahn hier konsequent ansetzen. ■

Der große Effekt wird ausbleiben

Das Gesetz wird die Terminalsituation in Teilbereichen ein wenig entschärfen, aber der Effekt wird weit weniger dramatisch sein, als es die Politik verspricht. Wie auch? Zwar ist die Idee gut, mit etwas mehr Honorar hier oder einem Extrapbonus dort, dafür zu sorgen, dass Ärzte mehr Patienten versorgen. Einzig: Dahinter steht die Vorstellung, dass es in den Praxen gewaltige Kapazitäten für besser zahlende Privatpatienten gibt – und dass viele Ärzte weit weniger arbeiten als sie könnten. **Dass Privatpatienten insbesondere bei Fachärzten eher einen Termin bekommen, ist kein Geheimnis; daran werden allerdings auch offene Sprechstunden und Zuschläge nichts ändern. Schließlich sind die Privatpatienten weiterhin lukrativer.** Und was das Arbeitspensum der Mediziner angeht: Wer sich jetzt schon bewusst dafür entscheidet, nur einige Tage in der Woche die Praxis zu öffnen – den werden auch die neuen Vorschriften nicht dazu bringen, länger zu öffnen. Zumal es sich bei diesen Teilzeit-Ärzten ohnehin um eine Minderheit handeln dürfte. ■

VON WALTER PLASSMANN

Licht und Schatten

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
bringt uns in einen echten Zwiespalt:
Es bevormundet die Praxen. Doch gleichzeitig öffnet
es die Tür zur Entbudgetierung.
Wie gehen wir damit um?



Als Jens Spahn Mitte September 2018 gefragt wurde, warum er der richtige Mann für eine Kanzlerschaft wäre, antwortete er: „Im Augenblick würde ich sagen: Ich bin der richtige Mann als Gesundheitsminister.“

Der von ihm vorgelegte Entwurf für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) weist allerdings bereits über den Augenblick hinaus: In ein, zwei Jahren will Spahn vor das deutsche Volk treten und sagen: „Ich habe Euch schneller Arzttermine verschafft.“ Er will zeigen, dass er

nicht nur reden, sondern etwas verändern kann – und sich so für größere Aufgaben empfehlen.

Spahn ist ein Populist mit sicherem Gespür für Themen, die das Land bewegen. In den Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD gab es leidenschaftliche Diskussionen über die angebliche „Zwei-Klassen-Medizin“. Die SPD drang darauf, die von ihr im Wahlkampf propagierte Bürgerversicherung voranzubringen, die Union sagte: „Nicht mit uns.“ So gerieten die Verhandlungen auf ein Nebengleis: Woran

zeigt sich denn, dass Privatpatienten vorgezogen werden? Niemand glaubt ernsthaft, dass GKV-Patienten medizinisch schlechter behandelt werden als Privatpatienten. Der Unterschied liegt im Komfortbereich. Und das ist der Punkt, an dem Spahn nun ansetzt: Das TSVG ist vor allem der Versuch, den GKV-Patienten einen schnelleren Zugang zur Versorgung zu ermöglichen.

Und man muss sagen: Spahn und seine Ministerialbeamten hatten ein paar Ideen, die des Ministers Vorstellungen wahr machen könnten.

Die im TSVG aufgeführten Instrumente sind teilweise sehr filigran und entfalten ihre Wirkung über Umwege. Man ist erstaunt: Entweder haben die Autoren des Entwurfs ein paar Glückstreffer gelandet – oder es waren Menschen mit großem Systemverständnis am Werk, die genau wissen, an welchen Stellschrauben man drehen muss, um ein Ziel zu erreichen.

Und noch etwas fällt auf: Spahn traut der Selbstverwaltung offenbar nicht zu, die vorgegebenen Ziele eigenständig umzusetzen. Das Gesetz legt im Detail fest, was jetzt geschehen soll. Als wolle er der Selbstverwaltung sagen: „Ihr habt so viele vom Gesetzgeber aufgebene Aufgaben nicht erfüllt. Nun sage ich Euch, wo's lang geht.“

Dass es nicht nur gefühlte, sondern auch reale Terminprobleme gibt, ist kaum zu bestreiten. In Hamburg haben wir aber in den vergangenen Wochen im Bereich der Kinderärzte gezeigt, dass wir solche Probleme nicht nur wahrnehmen, sondern auch lösen können. Auf breiter Basis ist die sogenannte Terminproblematik eine gefühlte, die mit endlosen Kasuistiken am Leben erhalten wird.

Dass viele der von der Politik vorgegebenen Aufgaben nicht erledigt werden, hat aber auch damit zu tun, dass die Selbstverwaltung immer weiter stranguliert wurde. Der Paragraph, in dem geregelt wird, wie die Ärztevertreter mit den Krankenkassen verhandeln dürfen, ist über die Jahre hinweg zu einem Ungetüm gewuchert. Haarklein und über viele Seiten hinweg wird dort ausbuchstabiert, was wir tun und vor allem was wir nicht tun dürfen. Es stimmt also: Wir haben vieles nicht umgesetzt,



Sicheres Gespür für populäre Themen Jens Spahn will in zwei Jahren vor das Volk treten und sagen: "Ich habe Euch schneller Arzttermine verschafft."

was notwendig gewesen wäre. Doch wir hatten oftmals gar nicht die Freiheit, es zu tun.

Mit dem TSVG beschneidet Spahn allerdings nicht nur die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung, wie das schon frühere Gesetzgeber getan haben. Er geht einen Schritt weiter und greift in die Praxisstrukturen ein. Das ist neu. Gleichzeitig hinterlegt er seine Vorgaben allerdings mit finanziellen Anreizen für die Ärzte. Er weiß: Wer schnellere Termine will, muss das auch honorieren.

Die Vertragsärzte und ihre Interessensvertreter stehen jetzt da und fragen sich: Wie gehen wir damit um? Bei der Vorstellung des TSVG sprach Spahn von „Zuckerbrot und Peitsche“.

Man kann auch sagen: Das Gesetz hat Licht- und Schattenseiten – was die Situation insofern besser trifft, als die beiden Seiten kaum voneinander zu trennen sind. Wir können nicht sagen: Gib mir das Licht, den Schatten kannst Du behalten. Wir werden das eine nicht ohne das andere bekommen.

Damit sind wir in einem echten Zwiespalt. Denn natürlich können wir nicht hinnehmen, dass die Praxen bevormundet und die Selbstverwaltung umgangen wird. Andererseits können wir nicht abstreiten, dass uns das Gesetz im Moment tatsächlich hilft.

Worum geht es genau? Fangen wir mit den zusätzlichen Verpflichtungen an, die dem Arzt auferlegt werden sollen.

- Vermittlung vom Hausarzt zum Facharzt bei Dringlichkeit: Der Hausarzt soll in dringlichen Fällen einen Termin beim Facharzt vermitteln.
- Erweiterung und Öffnung der Sprechstunden: Die Ärzte sollen dazu verpflichtet werden, die Anzahl der für GKV-Patienten angebotenen Sprechstunden von 20 auf 25 her-

aufzusetzen. Dazu zählen auch die Besuche. Fünf dieser 25 Stunden sollen die grundversorgenden Fächer im fachärztlichen Bereich als offene Sprechstunden anbieten. In dieser Zeit dürfen die Ärzte keine Termine vergeben. Der Patient kann unangemeldet kommen und sich ins Wartezimmer setzen, bis er an der Reihe ist. Diese fünf offenen Sprechstunden lassen sich in der Öffentlichkeit gut verkaufen. Spahn kann den Menschen sagen: „Ihr müsst nicht drei Wochen auf einen Termin warten. Geht doch einfach in die Praxis.“ Die KV muss im Internet über die Sprechstunden informieren, auch über die offenen Sprechstunden.

- Termine für die Terminservicestelle: Die Terminservicestelle soll mit dem vertragsärztlichen Notfalldienst

zusammengelegt werden und rund um die Uhr erreichbar sein. Derzeit braucht der Patient immer einen Dringlichkeits-Code des Hausarztes, bevor er einen Termin bekommt. Künftig kann sich der Patient auch selbst zum „Akutfall“ erklären. Die Mitarbeiterinnen der Terminservicestelle werden dem Patienten in diesen Fällen direkt einen Termin geben. Und es gibt eine weitere wichtige Änderung: Das Angebot wird auf die Vermittlung von Terminen bei Haus- und Kinderärzten erweitert. Dabei wird es nicht nur um eine akute Abklärung gehen: Die Patienten sollen von den Haus- und Kinderärzten bei Bedarf dauerhaft behandelt werden.

Die zusätzlichen Verpflichtungen für den Arzt sind allerdings auch mit Geld hinterlegt. Die erfolgreiche Ver-

Resolution der Vertreterversammlung der KV Hamburg zum Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg vom 6. September 2018 stellt fest, dass das TSVG schwere Eingriffe in die Selbstverwaltung, die Autonomie der selbstständigen Praxen und damit in die Organisation eigenständiger Betriebe enthält. Der Gesetzentwurf verspricht schnellere Termine und eine bessere Versorgung, indem den Arzt- und Psychotherapiepraxen eine Fülle von zusätzlichen Leistungen aufgezwungen und den KVen viele neue kostenträchtige Kontroll- und Überwachungsaufgaben gesetzlich verordnet werden.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburgs stellt fest, dass jede zusätzlich geforderte Arbeitsleistung von Arzt- und Psychotherapiepraxen vollständig honoriert werden muss. Die gesetzlichen Krankenkassen

verweigern trotz hoher Milliardenrücklagen seit vielen Jahren den freiberuflichen Praxen die volle Bezahlung ihrer Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung. Dieser durch die Budgetierung eingeführte Zwangsabbatt muss endlich beendet werden. Dafür bietet sich mit dem neuen Gesetz eine historische Chance.

Der Gesetzentwurf zum TSVG beinhaltet eine Fülle von Eingriffen in die Freiberuflichkeit und die Selbstverwaltung, welche die Kapazitäten in der ambulanten Medizin reduzieren und die Qualität verschlechtern könnten. Die Vertreterversammlung der KV Hamburg fordert einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik weg vom Einstieg in eine ambulante Staatsmedizin hin zu wieder mehr Selbstbestimmung, Gestaltungsfreiheit

mittlung eines „dringlichen Behandlungstermins“ durch den Hausarzt zum Facharzt soll honoriert werden. Der Hausarzt bekommt ein Vermittlungshonorar: „mindestens fünf Euro“, heißt es im Gesetzentwurf. Und für den Facharzt ist der vermittelte Patient ein EGV-Patient. Die vom Facharzt für diesen Patienten erbrachten Leistungen werden also extrabudgetär bezahlt.

Bei Patienten, die in der offenen Sprechstunde behandelt werden, soll die Grundpauschale extrabudgetär bezahlt werden. Im Gesetzentwurf steht allerdings, dass dies nur der Fall sein soll, wenn der Hausarzt eine Überweisung ausgestellt hat für diese

offene Sprechstunde. Das ist natürlich unsinnig. Wenn es eine offene Sprechstunde ist, kann der Patient einfach hingehen – er braucht keine Vermitt-

mittelt wird, soll zukünftig in vollem Umfang extrabudgetär bezahlt werden. Bei der Versorgung eines „neuen Patienten“ wird die Grund- oder Versichertenpauschale extrabudgetär bezahlt – die ja in vielen Fächern den größten Teil des Fallwertes ausmacht. Ein „neuer Patient“ ist ein erstmaliger Kontakt oder ein Patient, der in den vergangenen vier Jahren nicht in der Praxis war.

lung durch den Hausarzt. Oder der Hausarzt vermittelt einen festen Termin – dann muss der Patient nicht in der offenen Sprechstunde warten. Das ist also noch nicht richtig durchdacht.

Jede Behandlung eines Patienten, der über die Terminservicestelle

Alle Maßnahmen zusammengefasst (Terminvermittlung, offene Sprechstunde, Terminservicestelle, neue Patienten) schlagen breite Schneisen in die Budgetierung. Würde man seine

Aus der "gefühlten Terminnot" könnte ein "gefühlter Arztzugang" werden – auch wenn sich faktisch nicht viel ändert.

und der Unterstützung des gesellschaftlichen Auftrags der Vertragsärzte.

Konkret fordert die Vertreterversammlung der KV Hamburg folgende Änderungen am Entwurf des TSVG:

- Abschaffung der Budgetierung in der ambulanten Medizin
- Wegfall der Verpflichtung, zusätzliche Sprechstunden und offene Sprechstunden nachzuweisen
- Keine „Bereinigungsregeln“, bei denen mehr Geld aus dem Budget genommen wird als tatsächlich an die Praxen geflossen ist
- Eine für die Kassen „kostenneutrale“ Regelung durch Umverteilungsversuche unter den Praxen kann nicht zu einer Verbesserung der Ressourcen führen. Auch die geplante Änderung im BMÄ § 87 zum Zwecke der Bewertung technischer Leistungen, die ab einem Schwellenwert sinken soll, ist kontraproduktiv. Alle EBM-Leistungen in Deutschland sind im internationalen Vergleich absolut niedrig eingepreist. Ein weiteres Absenken kann nur zur weiteren Leistungsrationierung

führen. Unabhängig davon müssen die persönlich erbrachten Arztleistungen künftig insgesamt besser bezahlt werden.

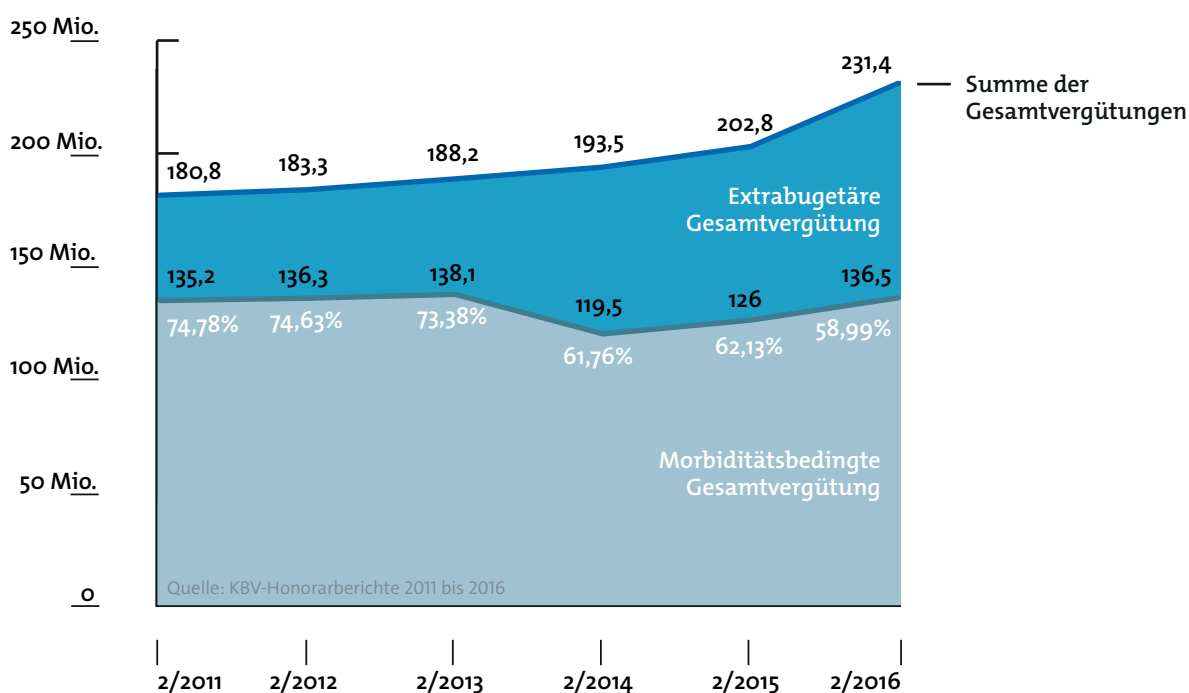
- Kein Sitz, keine Stimme und kein Antragsrecht staatlicher Aufsichtsbehörden in den Zulassungsgremien
- Verbot der Gründung weiterer MVZ durch Krankenhausträger; Ausdehnung des aktuellen Bestandschutzes auf bestehende Klinik-MVZ

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg geht davon aus, dass nur die Zurücknahme kontraproduktiver Regelungen aus der Vergangenheit, die Beendigung der Budgetierung, die Niederlassungsfreiheit und die Erhöhung von Medizinstudienplätzen ein Weg zur Zukunftssicherung der ambulanten Medizin wären.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg begrüßt, dass der Referentenentwurf vorsieht, einen Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung zu planen, und geht davon aus, dass im Gesetzgebungsverfahren dieses Ziel weiter verfolgt werden wird.

Wie viel wird in Hamburg im Budget gezahlt?

Der budgetierte Honoraranteil ist von 2011 bis 2016 gesunken



Praxisführung konsequent auf die neuen Möglichkeiten ausrichten, könnte eine Praxis weitgehend oder sogar gänzlich zu den vollen Preisen der Gebührenordnung honoriert werden.

Allerdings ist der Preis hoch: Die Praxisorganisation und die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten würde nicht mehr autonom festgelegt, sondern müsste sich den Strukturen des neuen Gebührenordnungssystems anpassen. Das genau ist mit der Metapher von „Licht und Schatten“ gemeint: Das Licht einer vollen Bezahlung nach den in der Gebührenordnung ausgelobten Preisen wird getrübt durch den Schatten, den der Eingriff in die Arzt-Autonomie und die innerärztliche Zusammenarbeit wirft.

Das Gesetz wird in der ärztlichen Selbstverwaltung auf Bundes- wie Landesebene sehr kontrovers diskutiert. Die einen verweisen auf das Licht, die anderen auf den Schatten. Unbestritten ist zwar, dass Gesundheitsminister Spahn wenigstens anerkennt, dass mehr Leistung auch mehr Geld zur Folge haben muss (das haben vor allem seine Vorgängerinnen deutlich anders gesehen), aber er greift auch so tief in Selbstverwaltung und Praxisstruktur ein wie noch niemand vor ihm.

Wird er nun Erfolg haben? Zusätzliche Termine wird es nicht geben – die Praxen sind in der Regel ausgelastet. Aber es wird Termine anders geben. Neben die mit viel Mühe und Investitionen aufgebaute ausgefuchsten Terminpraxis tritt nun das gute

alte Wartezimmer. Neben die direkte Terminvereinbarung mit der Praxis tritt die (deutlich lukrativere) Terminvereinbarung über die Terminservicestelle. Neben der informellen Zusammenarbeit der Ärzte bekommt die formale Überweisung wieder mehr Bedeutung.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass diese Systemveränderung dazu führt, dass das Terminproblem künftig anders wahrgenommen wird. Aus dem „gefühlten Problem Terminnot“ (KBV-Chef Dr. Andreas Gassen) könnte der „gefühlte Arztzugang“ werden – auch wenn sich de facto gar nicht so viel geändert hat. Aber Minister Spahn hätte sein Ziel erreicht. ■

WALTER PLASSMANN,
Vorsitzender der KV Hamburg

Offener Brief

SEHR GEEHRTER HERR SPAHN,

vielen Dank, dass Sie über den Hausarzt mir Ihre Tante „Erika Mustermann“ haben zuweisen lassen. Ich habe sie als zusätzliche Patientin angenommen, obwohl die von den Krankenkassen mir zugestandenen Ressourcen für meine bisherigen Kassenpatienten ausgeschöpft waren.

Ihre Tante ist mir ja schon bekannt, da sie sich bereits im Frühjahr wegen einer anderen Fragestellung hier vorgestellt hatte.

Bei Ihrer Tante wurde nun bei einer Routineuntersuchung Blut im Urin festgestellt. Jetzt sollte abgeklärt werden, welche Erkrankung ggf. hierfür ursächlich sein könnte.

Frau Mustermann erhielt nach ihrer telefonischen Anfrage einen Termin in meiner Praxis innerhalb von zwei Wochen.

ERSTER TAG

Nach Einlesen der Versicherungskarte wurde das hierauf befindliche Foto mit Ihrer Tante verglichen und die Zulassungsdaten und Anschrift des Hausarztes vom Überweisungsschein in unsere Datenbank eingetragen. Frau Mustermann wurde auch über die Datenschutzverordnung²⁰ belehrt (**0 Euro**).

Anschließend befragte ich Ihre Tante ausführlich über ihre Beschwerden, ihre regelmäßigen Medikamente, Vorerkrankungen, Operationen, Allergien usw. Die körperliche Untersuchung schloss sich an (**Grundpauschale 21,10 Euro, fachärztliche Grundversorgung 3,73 Euro**).

Danach wurde von meiner Helferin Urin mittels Einmalkatheter entnommen (**0 Euro**). Dieser wurde mit Streifentest (**0,50 Euro**) und mittels Mikroskop (**0,25 Euro**) untersucht. Eine Blutabnahme zur Bestimmung der Nierenwerte schloss sich an (**0 Euro**). Danach untersuchte ich die Nieren und die Blase mittels Ultraschall (**9,27 Euro**).

ZWEITER TAG

Nach Vorliegen der Laborbefunde habe ich im OP-Raum unter keimfreien Bedingungen eine endoskopische Spiegelung der Harnblase durchgeführt (**28,98 Euro**), die Geräte wurden anschließend wieder gesäubert, sterilisiert und eingeschweißt.

Danach habe ich Ihrer Tante die Untersuchungsergebnisse erläutert und konnte ihr mitteilen, dass insgesamt kein krankhafter Befund festzustellen war.

DRITTER TAG

In einem ausführlichen Brief habe ich dem Hausarzt die Untersuchungsbefunde mitgeteilt (**0 Euro**).

Sollte Ihre Tante mich in diesem Quartal noch mehrmals zu weiteren Beratungen und Untersuchungen aufsuchen, bekäme ich dafür kein zusätzliches Honorar.

Glücklicherweise konnte mir Ihre Tante trotz ihres fortgeschrittenen Alters zügig ihre Vorgeschichte darlegen und wusste ihre Medikamente. Auch sind bei allen Untersuchungen keine Schwierigkeiten aufgetreten, die zu Verzögerungen hätten führen können.

Nach derzeitig geltenden Vereinbarungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss, Verträgen zwischen Kassen und KV, gesetzlichen Regelungen usw. erwarte ich in etwa einem halben Jahr über die Honorarauszahlung auch die Vergütung für die Behandlung Ihrer Tante. Diese beläuft sich summarisch eigentlich auf **63,83 Euro**.

Da ich Ihre Tante zusätzlich als Patientin angenommen habe, zahlt mir die Krankenkasse über die KV bei der derzeitigen Quote von 10,66 Prozent allerdings nur eine Gesamtvergütung von:

6,80 EURO

Sehr geehrter Herr Spahn, mit diesen Auswirkungen und wirklich unbefriedigenden knappen Finanzmitteln, die die Krankenkassen uns Ärzten zur Verfügung stellen, sollten Sie sich ja bestens auskennen, bevor von Ihnen weitere unüberlegte Regelungen eingeführt werden.

Bitte bestätigen Sie mir, dass nach Ihrem jetzt geplanten Eingriff in das Gesetzesgefüge auch die Krankenkasse Ihrer Tante mir und meinen Helferinnen wenigstens das im Bewertungsmaßstab vorgesehene Honorar künftig vollständig auszahlen wird.

**MIT FREUNDLICHEN GRÜßEN
VON EINEM UROLOGEN AM
RANDE DER STADT**



DR. SVEN-HOLGER KÜHN

Facharzt für Urologie und Onkologie in Hamburg-Bergedorf

Fragen und Antworten zur Vermittlung von Terminen durch die Terminservicestelle (TSS)

Wir haben einige wichtige Aspekte für Sie zusammengestellt — geordnet nach verschiedenen Versorgungsbereichen.

... für Hausärzte

Ich möchte bei meiner Patientin eine rheumatologische Abklärung veranlassen. Kann ich hierfür die Terminservicestelle nutzen? Gibt es definierte Indikationen für einen Patienten, um den Anspruch auf einen Überweisungsschein mit Dringlichkeitscode zu bekommen?

Oftmals erhalten wir von den Rheumatologen den Hinweis, dass Patienten einen Dringlichkeitscode erhalten, obwohl keine (ausreichende) medizinische Indikation vorlag. Zunächst sollte Sie gewissenhaft prüfen, ob tatsächlich eine zeitnahe Behandlung durch einen Rheumatologen erforderlich ist. Sehen Sie bei Ihrem Patienten einen dringenden Behandlungsbedarf, ist es notwendig, die Fachgruppe klar zu definieren. Geben Sie daher bitte an, ob die Abklärung durch einen internistischen Rheumatologen oder einen orthopädischen Rheumatologen erfolgen soll.

Die Vorstellung beim Rheumatologen ist vor allem dann dringlich, wenn ein dringender Verdacht auf den Beginn einer chronisch-entzündlichen rheumatischen Erkrankung besteht. Die entsprechenden Laboruntersuchungen sollten zur Vorstellung vorliegen. Eine fest definierte medizinische Indikation gibt es jedoch nicht, um einen Anspruch auf eine Überweisung und Terminvergabe im Rahmen der Terminservicestelle zu erhalten. **Hinweis:** Die Patientenberatung Hamburg unterstützt Patienten kostenlos bei der Suche nach einem Arzt in der Nähe oder mit speziellen Qualifikationen (Tel: 20 22 99 222).

Ich möchte als Hausarzt für einen meiner Patienten eine Nervensonografie bei einem Neurologen veranlassen. Kann die TSS meinem Patienten einen entsprechenden Untersuchungstermin vermitteln?

Nein. Den Mitarbeitern der Terminservicestelle stehen lediglich allgemeine Facharzttermine zur Vermittlung zur Verfügung. Dem Patienten kann daher zwar ein Termin beim Neurologen vermittelt werden, aber ob diese spezielle Untersuchung zu diesem Termin vor Ort auch möglich ist, kann die Terminservicestelle nicht gewährleisten, da kein Einblick in die konkreten Behandlungsmöglichkeiten der Praxis besteht. Nach jeder Terminbuchung wird der Patient daher gebeten, den Termin im Nachgang in der Praxis telefonisch zu bestätigen. Der Patient erhält in dem oben genannten Beispiel daher unter Umständen an dem Vermittlungstag ein Vorgespräch und terminiert die Untersuchung bei vorliegender Indikation direkt mit der Facharztpraxis im Anschluss.

Ich möchte für einen Patienten mit therapeutischem Behandlungsbedarf gerne eine Psychotherapie veranlassen. Darf ich in diesem Fall als Hausarzt einen Überweisungsschein mit einem Dringlichkeitscode ausstellen?

Für die Vermittlung eines Termins zur psychotherapeutischen Sprechstunde ist weder ein Überweisungsschein noch ein Dringlichkeitscode notwendig. Für die Vermittlung zu einer Akutbehandlung oder zur Probatorik obliegt es dem Psychotherapeuten, in einem Erstgespräch abzuklären, ob ein Verdacht auf eine psychische Erkrankung vorliegt und der Patient eine Psychotherapie benötigt. Die Veranlassung weiterer Schritte obliegt demnach ebenfalls dem Psychotherapeuten selbst. Die Vereinbarung eines psychotherapeutischen Erstgesprächs ist in Eigeninitiative durch den Patienten selbst oft sehr zeitnah auch direkt bei einem Wunsch-Psychotherapeuten möglich. Die Patientenberatung Hamburg (Tel: 20 22 99 222) gibt hierbei Ihrem Patienten gern Hilfestellungen, eine Auflistung von Vertragspsychotherapeuten in Wohnortnähe zu erstellen, und teilt

ERREICHBARKEIT DER TERMINSERVICESTELLE

Wie erreichen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die Terminservicestelle? Ansprechpartner für Mitglieder der KV Hamburg ist das Infocenter. Tel: 22 802 - 900

Wie erreichen Patienten die Terminservicestelle?

Terminservicestelle für Facharzttermine: Tel. 55 55 38 30

Terminservicestelle für Psychotherapeutische Termine: Tel. 55 55 02 00
montags bis freitags: 9 - 13 Uhr, donnerstags: 15 - 17 Uhr

Unterstützung bei der qualifizierten Arztsuche oder allgemeine Fragen zur gesundheitlichen Versorgung beantwortet die Patientenberatung Hamburg. Tel: 20 22 99 222.

zudem nützliche Informationen zum weiteren Vorgehen mit. Scheitert die Suche in Eigeninitiative, kann sich der Patient telefonisch an die Terminservicestelle (Tel: 55 55 02 00) wenden. Er hat hierbei jedoch keinen Anspruch auf eine Wunschzeit, einen Wunschort oder einen Wunschpsychotherapeuten. Die Vermittlung des Termins über die TSS erfolgt ab einer Woche innerhalb von vier Wochen.

... für Fachärzte

Ist es möglich, Termine bereits für das gesamte Jahr im Voraus zu melden?

Ja, dies ist möglich. Termine müssen grundsätzlich vier Wochen im Voraus gemeldet werden. Im Monat November sollten demnach bereits Termine für Dezember in der eTSS-Datenbank eingestellt sein. Eine Begrenzung, wie weit Sie Termine in der Zukunft einstellen wollen, gibt es hierbei nicht.

Nein. Die Terminvergabe per Überweisung mit Dringlichkeitscode können in Hamburg nur Hausärzte veranlassen. Eine Zusendung entsprechender Dringlichkeitscodes ist demnach nicht möglich.

Die Patientenberatung Hamburg (Tel: 20 22 99 222) ist gern bereit, Ihrem Patienten eine Auflistung neurologischer Praxen im Umkreis zur Verfügung zu stellen. Scheitert die Suche in Eigeninitiative, sollte der Patient sich an seinen Hausarzt wenden, um einen entsprechenden Dringlichkeitscode zu erhalten.

Wir sind eine orthopädische Praxis. Wir möchten gern für unseren Patienten eine Terminvergabe durch die Terminservicestelle bei einem Neurologen veranlassen. Können Sie uns hierfür Dringlichkeitscodes zur Verfügung stellen?

Bin ich als Facharzt dazu verpflichtet, einen Patienten, der über die Terminservicestelle zu mir vermittelt wurde, zu übernehmen und notwendige Verordnungen auszustellen?

Ein Behandlungsvertrag kommt dadurch zustande, dass sich der Patient in die Behandlung des →

→ Arztes begibt und dieser die Behandlung übernimmt. Sie sind als Arzt daher tatsächlich dazu verpflichtet, innerhalb des Überweisungsauftrags alles medizinisch Notwendige und damit auch die erforderliche Medikation zu erbringen. Demnach besteht eine Verpflichtung zur Weiterführung innerhalb des Überweisungsauftrags.

Ich bin Fachärztin für Gastroenterologie. In meiner Praxis rief ein Patient an, der über die Terminservicestelle einen von mir bereitgestellten Termin vermittelt bekommen hat. Er erwartet, an dem von der Terminservicestelle vermittelten Termin die Durchführung einer Darmspiegelung. Bin ich dazu verpflichtet, die Untersuchung an dem Tag der Erstvorstellung durchzuführen?

Nein. Die Terminservicestelle kann lediglich allgemeine Vorstellungstermine vermitteln, keine direkten Untersuchungstermine. Nach jeder Terminbuchung wird der Patient daher gebeten, den Termin in der Praxis telefonisch zu bestätigen und mitzuteilen, wie der Auftrag und die Diagnose auf dem Überweisungsschein lautet. Auch nach telefonischer Bestätigung sind Sie als Facharztpraxis nicht dazu verpflichtet, den ver-

mittelten Termin zur Auftragsuntersuchung zu nutzen. Der Patient erhält in dem oben genannten Beispiel daher unter Umständen an dem Vermittlungstag lediglich ein Vorgespräch und terminiert die Darmspiegelung bei vorliegender Indikation direkt mit Ihnen im Anschluss.

Ich bin Neurologe und bin seit vergangenen Monat auf einem eigenen Kassensitz tätig. Vorher war ich in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig. Was muss ich in Bezug auf die Terminservicestelle beachten?

Achten Sie bitte darauf, dass unter Ihrer ehemaligen Betriebsstättennummer in der eTSS-Datenbank keine Termine mehr gelistet sind. Da Sie als Vertragsarzt zur Meldung an die Terminservicestelle verpflichtet sind, denken Sie bitte daran, in Ihrem eTSS-Profil Termine unter Ihrer aktuellen Betriebsstätte einzustellen. Es empfiehlt sich zudem, die Benachrichtigungsfunktion freizuschalten.

Eine Anleitung zur Einrichtung und Freischaltung finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste) Terminservicestelle: Informationen für Mitglieder → Wichtige Dokumente für Ärzte zur TSS Fachärztliche Termine → Anleitung "Automatische Benachrichtigung für vergebene Termine einrichten".

... für Psychotherapeuten

Ich bin Psychotherapeut. Bin ich nun verpflichtet, eine bestimmte Anzahl an Probatorikterminen an die TSS zu melden?

Nein, Sie müssen keine festen Termine melden. Die KV Hamburg hat sich in Absprache mit dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie dazu entschieden, bei der Vermittlung der Probatoriktermine dieselbe Systematik anzuwenden, wie

bei der Terminvermittlung zur Akutbehandlung. Der Patient erhält keinen festen Termin, sondern die Telefonnummer eines Psychotherapeuten. Sie müssen dann direkt mit dem Patienten einen verbindlichen Termin innerhalb von vier Wochen vereinbaren.

Mit dieser Regelung trägt die KV dem Wunsch der Psychotherapeuten Rechnung, keine verbindlichen Probatoriktermine freizuhalten, sondern die Termine mit den Patienten

bedarfsgerecht zu vereinbaren. Diese Regelung kann nur aufrechterhalten werden, wenn die Psychotherapeuten ihrer Verpflichtung zur verbindlichen Terminvereinbarung innerhalb von vier Wochen nachkommen.

Wie stellt die TSS sicher, dass die Termine unter den Psychotherapeuten gerecht verteilt werden?

Die Mitarbeiter der TSS dokumentieren, an welchen Psychotherapeuten der jeweilige Patient für eine Probatorik vermittelt wurde. Mit Hilfe dieser Dokumentation wird eine gerechte Verteilung der Termine gewährleistet.

Ich habe heute eine psychotherapeutische Sprechstunde mit einer Patientin durchgeführt, die von der TSS zu mir vermittelt wurde. Diese Patientin fordert nun aktiv die Herausgabe einer Dringlichkeits-Codierung zur Vermittlung der ersten probatorischen Sitzung über die TSS. Wie soll ich mich verhalten?

Nur wenn Sie als Psychotherapeut eine psychotherapeutische Behandlung empfehlen und diese auch als „zeitnah“ erforderlich ansehen, hat Ihre Patientin Anspruch auf das Terminvergabeverfahren durch die TSS. Kommen Sie nach fachlicher Einschätzung zu dem Schluss, dass keine Psychotherapie erforderlich ist beziehungsweise die Dringlichkeit nicht vorliegt, sind sie nicht dazu verpflichtet, den Überweisungscode auf das PTV 11 zu kleben beziehungsweise auf dem PTV 11 „zeitnah erforderlich“ anzukreuzen.

Welche Voraussetzungen muss ein Patient erfüllen, um Anspruch auf die Vermittlung eines Probatoriktermins durch die TSS zu haben?

TERMINMELDUNGEN AN DIE TERMINSERVICE-STELLE FÜR DAS KALENDERJAHR 2019

Bitte denken Sie daran, Ihre Terminmeldungen in die eTSS-Datenbank fortlaufend einzustellen. Termine müssen grundsätzlich vier Wochen im Voraus bereitgestellt werden.

Sie können Terminmeldungen bereits für das gesamte Kalenderjahr 2019 einstellen.

Der Patient benötigt ein aktuelles Formular „PTV 11“, welches er vom Psychotherapeuten in einer Sprechstunde erhalten hat. Auf dem Formular muss zwingend das Feld „ambulante Psychotherapie“ in Kombination mit dem Feld „zeitnah erforderlich“ angekreuzt und ein Dringlichkeitscode („Überweisungscode“) aufgeklebt sein.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, hat der Patient Anspruch auf Vermittlung einer probatorischen Sitzung durch die TSS. Nur bei fehlender Passung hat der Patient Anspruch auf eine Umbuchung über die TSS.

Bitte geben Sie bei der Ausstellung des PTV 11 das benötigte Therapieverfahren an – sofern es in der Sprechstunde bereits einschätzbar ist. Die Mitarbeiter der TSS haben so die Möglichkeit, das Therapieverfahren bei der Vermittlung zu berücksichtigen.

Ich erhielt heute einen Anruf von einem Patienten. Dieser behauptete, über die TSS für die direkte Terminvereinbarung einer probatorischen Sitzung meine Kontaktdaten erhalten zu haben. Wieso hat mich die KV hierüber nicht im Vorwege informiert?

Wenn Ihre Telefonnummer für die Vereinbarung eines Probatoriktermins an einen Patienten herausgegeben wurde, benachrichtigen wir Sie per E-Mail oder Fax. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die automatische Benachrichtigungsfunktion im Portal der Terminservicestelle aktiviert wurde. Dies war hier offenbar nicht der Fall. Eine Anleitung →

→ zur Einrichtung und Freischaltung finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste) Terminservicestelle: Informationen für Mitglieder → Wichtige Dokumente für Ärzte zur TSS Fachärztliche Termine → Anleitung „Automatische Benachrichtigung für vergebene Termine einrichten“.

Ich bin Facharzt für Psychotherapie und möchte entsprechend meiner Meldepflicht Termine für die psychotherapeutischen Sprechstunden an die Terminservicestelle bereitstellen. Wie viele Minuten muss der Termin umfassen?

Der Termin für die psychotherapeutische Sprechstunde muss mindestens 25 Minuten umfassen. Sie können die Dauer natürlich nach eigenem Ermessen erweitern. Bitte beachten Sie jedoch: Sollten Sie den einen Termin für die psychotherapeutische Sprechstunde bereits im Vorwege auf beispielsweise 50 Minuten planen, entfällt nicht die Verpflichtung zur Bereitstellung eines weiteren Termins für die psychotherapeutische Sprechstunde an die Terminservicestelle im Monat.

Mein Patient war vor vier Monaten in einer psychiatrischen Tagesklinik in Betreuung. Ich würde bei diesem Patienten

Für eine echte Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Die Terminservicestelle muss seit Oktober auch probatorische Sitzungen bei Psychotherapeuten vermitteln. Die Mitglieder der Vertreterversammlung der KV Hamburg haben dazu eine Resolution verabschiedet, die wir hier im Wortlaut dokumentieren.

Im November 2017 hat das Bundesschiedsamt mit den Stimmen der Krankenkassen und gegen die Stimmen der KBV beschlossen, dass die Terminservicestellen (TSS) ab dem 1. Oktober 2018 auch probatorische Sitzungen an niedergelassene PsychotherapeutInnen vermitteln müssen. Die KBV hat gegen diesen Beschluss Klage eingereicht, die aktuell noch läuft. Dennoch muss dieser Beschluss nun ab Oktober umgesetzt werden, da die eingereichte Klage keine aufschiebende Wirkung entfaltet.

Bisher musste die TSS nur Termine für eine psychotherapeutische Sprechstunde sowie Termine für Akutbehandlungen vermitteln. Dies wird seit April letzten Jahres erfolgreich umgesetzt und funktioniert dank der guten Kooperation der psychotherapeutischen Praxen. Durch die psychotherapeutische

Sprechstunde wird die sinnvolle Möglichkeit eines frühen Erstkontakts zur diagnostischen Abklärung beziehungsweise Prüfung einer Indikation für Psychotherapie eröffnet.

Die ab dem 1. Oktober gesetzlich vorgeschriebene Vermittlung von Terminen für probatorische Sitzungen durch die TSS dagegen verbessert in keiner Weise die Versorgung, sondern ist de facto kontraproduktiv. Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer sich anschließenden Psychotherapie. Es ist davon auszugehen, dass die von der TSS vermittelten Patientinnen und Patienten voller Hoffnung in die Praxen kommen, im Anschluss an die Probatorik einen Therapieplatz zu bekommen.

Dies wird in der überwiegenden Zahl der Fälle aufgrund mangelnder Kapazitäten aber nicht möglich sein.

gerne direkt probatorische Sitzungen beginnen, um den Antrag auf Richtlinien-therapie so schnell wie möglich auf den Weg zu bringen. Ist dies zulässig oder bin ich dazu verpflichtet, psychotherapeutische Sprechstunden vorzuschalten?

Ihr Vorgehen ist zulässig. Bei Patienten, die innerhalb der letzten zwölf Monate aus stationärer Krankenhausbehandlung oder rehabilitativer Behandlung aufgrund einer Diagnose nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie entlassen wurden, muss keine psychotherapeutische Sprechstunde vorgeschaltet werden. Sie können in diesem Fall direkt mit den probatorischen Sitzungen beginnen.

Ich plane derzeit meinen Weihnachtsurlaub. Muss ich der Terminservicestelle gegenüber meine Urlaubszeiten bekannt geben?

Als Vertragspsychotherapeut sind Sie dazu verpflichtet, Ihre Urlaubszeiten dem Arztregister zu melden. Diese Bekanntgabe ist formlos per E-mail möglich (arztregister@kvhh.de). Wenn Sie in Ihrem Urlaubszeitraum bereits Termine in die eTSS-Datenbank eingestellt haben, müssen diese für die Vermittlung blockiert werden. Wenden Sie sich gern telefonisch an das Infocenter (22802-900), falls Sie hierbei Unterstützung benötigen. ■

Leid und Frustration von PatientInnen, die zwischen den verschiedenen Anlaufstellen hin- und hergeschoben werden, werden so unnötig vergrößert. Die Vorhaltung dieser Termine bindet darüber hinaus Kapazitäten in den psychotherapeutischen Praxen, die dann für die Durchführung von Therapien fehlen.

Das gravierende Problem der nicht ausreichenden Kapazitäten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bleibt nach wie vor ungelöst: die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Reform der Bedarfsplanung ist seit dem 1. Januar 2017 überfällig – aber ihre Umsetzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist immer noch nicht in Sicht.

Die Krankenkassen haben durch den Schiedsspruch zur verpflichtenden Vermittlung von probatorischen Sitzungen durch die TSS eine völlig unsinnige und kontraproduktive Maßnahme erzwungen, die sie der Öffentlichkeit und ihren Versicherten als Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung verkaufen. Einmal mehr schieben sie die Verantwortung für die unverändert mangelhafte psychotherapeutische Versorgung den niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu und fordern die Bereitstellung einer Leistung,

die zudem noch völlig unzureichend vergütet wird. Die Vertreterversammlung der KV Hamburg fordert Krankenkassen und Politik dringend auf, im Gespräch mit ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen nach Lösungen für eine angemessene ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen zu suchen, statt mit ständig neuen und unsinnigen Eingriffen in die Selbstverwaltung und in die Praxisführung zu versuchen, die grundlegenden Defizite zu verschleiern.

Wir fordern dringend, die längst überfällige Reform der Bedarfsplanung endlich umzusetzen und diese so weiterzuentwickeln und auszugestalten, dass sie den regionalen Versorgungserfordernissen gerecht wird. Außerdem fordern wir eine der Leistung entsprechende Erhöhung der Vergütung für die besonders aufwändigen Erstkontakte in der Psychotherapie, um so auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen echten Anreiz für die Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten zu schaffen.

Vorgelegt von **HANNA GUSKOWSKI, HEIKE PEPPER, MARTINA KOCH, HANS RAMM**
Mitglieder der Vertreterversammlung

Neue Kinderarztsitze in Hamburg



In Hamburg nehmen sechs zusätzliche Kinderärzte ihre Arbeit auf. Der Zulassungsausschuss hat die Versorgungsaufträge für vier neue Kinderarztsitze anteilig auf insgesamt sechs Personen übertragen. Vier Kinderärzte werden jeweils halbtags, zwei Kinderärzte in Vollzeit arbeiten. Die KV Hamburg hatte im Frühjahr die Zulassung von zusätzlichen pädiatrischen Arztsitzen als Sonderbedarf initiiert, obwohl Hamburg statistisch nach den Kriterien der offiziellen Bedarfsplanung als „überversorgt“ gilt. KV-Chef Walter Plassmann zeigte sich sehr erfreut darüber, dass nach mehrmonatigem juristischem Vorlauf die neuen Ärzte jetzt die Versorgung aufnehmen: „Wir haben in einer aufwendigen Analyse festgestellt, dass die bisherigen Behandlungskapazitäten vor allem in den Bezirken Nord, Mitte, Harburg und Bergedorf nicht ausgereicht haben,

um den wachsenden Bedarf an kinderärztlicher Versorgung zu decken. Die zusätzlichen Ärzte werden jetzt vor allem in diesen Regionen zu einer Entspannung der pädiatrischen Versorgungssituation beitragen.“

In der Vergangenheit waren zunehmend Klagen von Eltern laut geworden, die Schwierigkeiten hatten, für ihr Kind einen Platz bei einem Pädiater zu finden. Die daraufhin durchgeführte Studie der KV Hamburg wies nach, dass vor allem die Anzahl der Kinder zwischen null und sechs Jahren in Hamburg signifikant gestiegen ist. Außerdem ist in den vergangenen Jahren eine Reihe zusätzlicher Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche in die Versorgung aufgenommen worden, und die Inhalte dieser Untersuchungen (U 1 bis U 9) sind durch zeitintensive Leistungen erweitert worden. Dadurch benötigen die Pädiater immer mehr Zeit pro Kind; die Kapazitäten zur Aufnahme neuer Patienten reduzieren sich dadurch entsprechend. ■

So verteilen sich die neuen kinderärztlichen Versorgungsaufträge

Jeweils ein **halber Versorgungsauftrag** wurde erteilt für:

Bezirk **Bergedorf**, Curslackner Heerweg 1
 Bezirk **Bergedorf**, Bergedorfer Straße 105
 Bezirk **Hamburg-Mitte**, Rothenburgsorter Marktplatz 1
 Bezirk **Hamburg-Mitte**, Georg-Wilhelm-Straße 104a

Jeweils ein **voller Versorgungsauftrag** wurde erteilt für:

Bezirk **Nord**, Tangstedter Landstraße 77
 Bezirk **Harburg**, Stader Straße 203c



Zusätzliche Rheumatologen bewilligt

DER HAMBURGER ZULASSUNGS-AUSSCHUSS hat zehn Sonderbedarfszulassungen für Rheumatologen bewilligt. Die Versorgungsaufträge wurden anteilig auf insgesamt elf Personen übertragen. Der Zulassungsausschuss, in dem paritätisch Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenkassen sitzen, entscheidet unabhängig. Die KV Hamburg hatte die Bewilligung der Sonderbedarfszulassungen befürwortet, obwohl die Planungsregion Hamburg statistisch gesehen (nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA) als überversorgt gilt. Die neuen Rheumatologen haben drei Monate Zeit, die Arbeit aufzunehmen.

Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, zeigte sich erfreut über die zusätzlichen Arztsitze: „Seit längerer Zeit nehmen wir wahr, dass es in der rheumatologischen Versorgung zu Engpässen und längeren Wartezeiten kommt. Mit den zusätzlichen Sitzen erwarten wir diesbezüglich eine deutliche Entlastung.“ ■

Frist zur TI-Anbindung wird verlängert

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat bekanntgegeben, dass die Frist für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) bis zum 30. Juni 2019 verlängert wird. Allerdings müssen Praxisinhaber bis Ende dieses Jahres zumindest einen Anschluss bestellt haben. Der Online-Abgleich der Versichertendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird ab 1. Juli 2019 Pflicht.

„Diese Entscheidung war längst überfällig“, sagt KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel, der sich seit Monaten in der Politik für eine Terminverschiebung stark gemacht hat. Denn schon lange war klar, dass aufgrund von Lieferengpässen der Industrie der Zeitplan nicht zu halten ist. Nach Einschätzung der Betreibergesellschaft Gematik werden bis Jahresende weniger als ein Drittel der Praxen an dem neuen Datennetz angeschlossen sein. Mit der Fristverlängerung wird sichergestellt, dass Praxen ab Januar nicht schuldlos in Regress genommen werden können.

Neuer TI-Finanzierungs-Zuschlag für größere Praxen

Größere Praxen bekommen zur Finanzierung der Anbindungskosten an die TI einen Komplexitätszuschlag. Der Zuschlag wird zusätzlich zu der Pauschale für die Erstausrüstung gezahlt und soll den besonderen Aufwand für die Einbindung weiterer stationärer Kartenterminals abdecken.

Konkret heißt das: Praxen mit mehr als drei Ärzten/Psychotherapeuten erhalten einmalig 230 Euro und Praxen mit mehr als sechs Ärzten/Psychotherapeuten einmalig 460 Euro. Grundlage für die Ermittlung der Anzahl der Ärzte in der Praxis ist deren Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- und Genehmigungsbescheid (kumuliertes Vollzeitäquivalent). Der Anspruch gilt rückwirkend auch für berechnete Praxen, die bereits die Pauschale für die Erstausrüstung erhalten haben und an die TI angeschlossen sind.

Die KV Hamburg prüft von Amts wegen, ob die jeweilige Praxis beim Komplexitätszuschlag anspruchsberechtigt ist, berechnet die Zuschlagshöhe und zahlt dann — spätestens zwei Monate nach Eingang aller Online-Abrechnungen — die Pauschale mit Zahlungsbescheid aus. Gleichzeitig prüft die KV, ob Ärzte oder Psychotherapeuten, die in den Vorquartalen bereits Erstausrüstungspauschalen ausgezahlt bekommen haben, für den Komplexitätszuschlag anspruchsberechtigt sind und vergüten diesen dann gegebenenfalls zum gleichen Termin nach. ■

Ansprechpartnerinnen: Abteilung IT
Astrid Fellerhoff, Tel: 22802- 539
Nicole Staegemann, Tel: 22802 - 588

»Großer Erkenntniswert für die eigene Arbeit«

Im Rahmen des **ACD-Projekts** treffen sich Ärztinnen und Ärzte, die gemeinsam Patienten versorgen. Wir haben zwei Beteiligte gefragt, warum sie sich engagieren.



Dr. Rita R. Trettin, Neurologin, Psychiaterin, ärztliche Psychotherapeutin sowie Diplom-Psychologin in Winterhude

FRAU DR. TRETTIN, Sie waren eine der ersten Moderatorinnen eines ACD-Netzwerkes. Weshalb machen Sie mit?

TRETTIN: Die veränderte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ist ja ein großes Thema. Eigentlich ist die Versorgungsdichte recht gut, an beinahe jeder Ecke in einer Großstadt wie Hamburg gibt es eine Praxis. Dennoch müssen die Menschen teilweise wochen- und monatelang auf einen Termin warten. Wir tun gut daran, uns anzusehen: Was geschieht wirklich in der vertragsärztlichen Versor-

gung? Welche Wege nehmen die Patienten? Diese Zusammenhänge aufzudecken, an vorteilhaften Veränderungen beteiligt sein, das finde ich hochinteressant. Mehr als 85 Prozent der Patienten werden von mehr als einem Arzt behandelt. Doch als behandelnder Arzt oder Therapeut weiß man oft gar nicht, welche Kollegen ein Patient sonst noch aufsucht.

Diese Frage kann die ACD-Studie klären?

TRETTIN: Ja, das ist durchaus möglich. Ärzte und Psychotherapeuten, die gemeinsam Patienten versorgen, werden im Rahmen des Projekts anhand von Routinedaten identifiziert, angeschrieben und zu Netzwerktreffen eingeladen. So ergibt sich die Möglichkeit, vorhandene Behandlungspfade und Vernetzungen nachzuvollziehen und miteinander zu besprechen. Die Netzwerke werden von geschulten Moderatoren wie mir geleitet.

Welches Ziel haben diese Treffen?

TRETTIN: Die Netzwerktreffen bieten die Möglichkeit, sich zur gemeinsamen Arbeit auszutauschen, gemeinsam konkrete Lösungen für Herausforderungen im Netzwerk zu erarbeiten. Themen wie Poly-medikation, Doppelbehandlungen

und die Weiterversorgung nach Klinikentlassung können diskutiert und besser abgestimmte Behandlungspfade entwickelt werden. Möglicherweise ergeben sich sogar messbare Effekte – beispielsweise eine Reduktion der Anzahl von Krankenhausaufnahmen.



Dr. Gerd Fass, Chirurg und Orthopäde in Mümmelmannsberg

HERR DR. FASS, auch Sie leiten eine ADC-Gruppe. Was ist bei ACD anders als bei anderen Netzwerken?

FASS: Es ist völlig anders. Das ACD-Netz wird nicht von Ärzten gebildet, sondern faktisch von den Patienten. Die Patienten schaffen



dieses Netzwerk informell durch ihr Inanspruchnahmeverhalten, durch die Wege, die sie zwischen den Ärzten zurücklegen und durch die Verbindungen, die sie dadurch herstellen.

Was bringt es Ihnen, wenn Sie diese Verbindungen kennen?

FASS: Über die Zeit machen die Patienten ja bestimmte Erfahrungen. Sie wissen, wo die Zusammenarbeit klappt und welche Übergänge funktionieren. Wir wollen herausfinden, warum etwas gut läuft – um eventuell davon lernen zu können.

Ist es sehr zeitaufwändig, an dem Projekt teilzunehmen?

FASS: Nein, gar nicht. Es sind nur vier Termine in zwei Jahren. Man bekommt Informationen zur Verfügung gestellt über das Netzwerk und über die eigene Praxis. In welchen Umfang finden bestimmte Untersuchungen statt? Besuchen die Patienten verhältnismäßig viele oder wenige Kollegen? Diese Informationen sind aufbereitet. Man kann sie sich im Vorfeld oder während des Treffens zusammen mit den Kollegen ansehen. Das ist kein großer Aufwand – doch der Erkenntniswert für die eigene Arbeit ist groß. ■

Was ist ACD?

ACD steht für Accountable Care in Deutschland. Es ist ein Forschungsprojekt, das die Zusammenarbeit von Praxen bei gemeinsam versorgten Patienten analysieren will. Mit Hilfe von Abrechnungsdaten sollen Versorgungssequenzen und informelle Netzwerke sichtbar gemacht werden. Durch Berichte und moderierte Treffen soll der Informationsaustausch zwischen den Ärzten gestärkt werden. Das ACD-Projekt wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aus Mitteln des Innovationsfonds gefördert. Initiatoren des Projekts sind die KV Hamburg, die KV Schleswig-Holstein, die AOK Rheinland/Hamburg, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) und die Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU).



www.acd-projekt.de
Ansprechpartner:
Dr. Annemarie Schultz
 (Projektkoordinatorin)
annemarie.schultz@kvhh.de
 Tel: 22 802- 425
Dr. Emmanuelle Brua
 (beratende Ärztin)
emmanuelle.brua@kvhh.de
 Tel: 22 802-439

Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge

- Neue Teilnahmeerklärungen bei den zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10 / U 11 / J2) zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordination
 - 10. Nachtrag zum Datenstellenvertrag
 - 4. Nachtrag zur Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
 - 5. Nachtrag zur Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung (GE) nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSaV (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
 - Neufassung des Vertrages zum DMP Brustkrebs
 - 2. Protokollnotiz zur Wirkstoffvereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V
 - 2. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss
- Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. ■

Ansprechpartner: Infocenter,
Tel: 22802-900



Ein guter Anfang

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

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse hat Probleme und will 20 Prozent ihrer Mitarbeiter in der Hamburger Zentrale entlassen. Auf den ersten Blick erstaunlich angesichts von 20 Milliarden Euro Rücklagen der Krankenkassen. Aber die DAK ist im Wettbewerb der 110 gesetzlichen Krankenkassen ins Hintertreffen gelangt.

Vor Jahrzehnten war sie noch erfolgreich und gewann viele junge und gesunde Mitglieder. Dank ihrer Erfolge zahlte sie Geld in den Risiko-

stehen? Die Leistungen im Gesundheitswesen werden doch nicht von den Kassen erbracht, sondern von Ärzten, Psychotherapeuten, Arzthelferinnen und vielen anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Die Krankenkassen sehen das übrigens genauso – zumindest deren PR-Abteilungen.

Oder haben Sie schon jemals ein Werbefoto für eine Krankenkasse gesehen, auf dem eine Sozialfachangestellte Akten sortiert? Nein, natürlich nicht – es ist immer ein

Mitgliedern hingegen, wie die AOK, bekommen Probleme. Würde man die AOK damit allein lassen, wäre sie binnen Kurzem pleite. Die Pleite wäre eine ganz normale Folge des Wettbewerbs.

Seltsamerweise wünscht der Gesetzgeber den Wettbewerb, aber nicht dessen Konsequenzen. Die AOK darf partout nicht pleite gehen. Statt einfach auf den Wettbewerb zu verzichten, sollen die Krankenkassen Geld in den „Risikostrukturausgleich“ (RSA) einzahlen, der die Folgen des Wettbewerbs, den man vorher mühsam entwickelt hatte, wieder abbremsen soll.

Jetzt stehen plötzlich auch Kranke wieder im Fokus der Kassen – aber nur, wenn deren Krankheit auf einer Liste steht, die Gelder aus dem RSA erwarten lässt.

Wir Ärzte und Psychotherapeuten kennen die Folgen. Es steigen nicht nur die direkten Verwaltungskosten bei den Krankenkassen, sondern auch die Bürokratiekosten in unseren Praxen. Den Kassen ist das Kodieren inzwischen wichtiger als das Behandeln.

Das Ganze könnte man einfacher haben, wenn man auf 100 Krankenkassen, den überflüssigen Wettbewerb und den Risikostrukturausgleich einfach verzichten würde.

Der Job-Abbau bei der DAK wäre dann nichts anderes als ein guter Anfang. ■

Warum sollen die Krankenkassen in einem Wettbewerb stehen? Die medizinischen Leistungen werden von ihnen doch gar nicht erbracht.

strukturausgleich (RSA) der Krankenkassen ein, das dann letztendlich bei der Mutter aller Bürokratien, der AOK, landete.

Die damals jungen Mitglieder sind jetzt alt geworden. Sie verursachen Kosten und machen der DAK Kummer. Das wirft einige Fragen auf: Wozu brauchen wir eigentlich 110 Krankenkassen? Wäre es nicht praktischer, man hätte nur eine oder zehn? Wenn nur hundert Kassen verschwänden, fielen alleine hundert Direktorengelälter nebst Dienstwagen und Altersversorgung weg.

Und warum sollen die Krankenkassen in einem Wettbewerb

Arzt, ein Physiotherapeut oder eine Krankenschwester darauf zu sehen.

Und worum konkurrieren die Kassen überhaupt? Sie konkurrieren nicht um möglichst effektive und billige Verwaltung. Denn trotz Digitalisierung steigen die Personalkosten der Krankenkassen ständig an. Sie konkurrieren zuvörderst um junge, gesunde Mitglieder, die wenig Kosten verursachen. Um die zu locken, wird Geld ausgegeben für Wellnessangebote und esoterische Heilverfahren.

Zum Schluss steht die Kasse am besten da, die die jüngsten Mitglieder hat. Die Kassen mit den älteren



Aktualisierung des DMP-Vertrages Brustkrebs

Die Hamburger Krankenkassen/-verbände und die KV Hamburg haben den DMP-Vertrag Brustkrebs mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 aktualisiert. Notwendig war diese Vertragsanpassung aufgrund der zum 1. Juli 2017 in Kraft getretenen umfassend geänderten Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Eine wesentliche Änderung stellt die Verlängerung der Teilnahmedauer für DMP-Patientinnen dar. Diese wurde von fünf Jahren Rezidivfreiheit nach abgeschlossener Primärtherapie (sechs Monate nach histologischer Sicherung des Brustkrebses) auf zehn Jahre nach histologischer Sicherung des Primärtumors beziehungsweise Rezidivs ausgeweitet. Die verlängerte DMP-Teilnahmedauer gilt für die Patientinnen bereits seit dem 1. Oktober 2017. **(Fallbeispiele finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste) Genehmigungen → Glossar unter „D“ → DMP Brustkrebs**

Im Zuge der jetzigen Vertragsanpassung wurde vereinbart, dass im Ausnahmefall bei einer Befundverschlechterung (kontralateraler Brustkrebs, lokoregionäres Rezidiv oder Fernmetastasen) eine zweite Folgedokumentation in demselben Quartal erstellt werden kann. Die Befundverschlechterung muss nach der Erstellung der ersten (regulären) Folgedokumentation im selben Dokumentationsquartal aufgetreten und die histologische Sicherung muss ebenfalls innerhalb dieses Quartals erfolgt sein. Die Vergütung der zweiten Folgedokumentation in Höhe von 15 Euro (GOP 99209) erfolgt bei fristgerechtem Vorliegen der vollständigen und plausiblen zweiten Folgedokumentation in der DMP-Datenstelle. ■

U10/ U11-Vertrag und J2-Vertrag mit der Knappschaft: neue Formulare

SEIT DEM 1. OKTOBER 2018

gibt es neue Versicherten-Teilnahmeformulare für den U10/ U11-Vertrag und den J2-Vertrag mit der Knappschaft. Die Anpassungen waren aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) erforderlich.

Die neuen Formulare sind ab sofort zu verwenden. Die Formulare finden Sie auf der Internetseite der KV Hamburg:

www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter „P“ → Pädiatrische Versorgung (U10/ U11/J2) ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

Kampagne: Antibiotika gezielt einsetzen

Anlässlich des Europäischen Antibiotika-Tages am 18. November 2018 bekommen die Mitglieder der relevanten Fachgruppen im Rahmen der Informationskampagne „Antibiotika gezielt einsetzen“ Wartezimmer-Poster zugesandt. Mit diesem Poster sollen die Patienten auf die Bedeutung eines begründeten und sachgemäßen Einsatzes von Antibiotika hingewiesen werden, damit auch in Zukunft wirksame Therapien zur Verfügung stehen.



Die Hamburger Landeskonferenz für gesundheitliche und pflegerische Versorgung hat im April 2018 unter Mitwirkung der KV Hamburg ein Strategie- und Maßnahmenpapier zur Bedeutung von Antibiotika für die Bekämpfung bakterieller Infektionen erarbeitet. Alle Akteure sind dazu aufgerufen, ihren Teil dazu beizutragen, Antibiotikaresistenzen einzudämmen und die Wirksamkeit von Antibiotika zu erhalten. Ein wesentlicher Bestandteil der vereinbarten Maßnahmen ist die Information der Patienten mit dem Ziel, diese für den richtigen Einsatz von Antibiotika zu sensibilisieren. ■

Sie finden alle Informationsmaterialien (Wartezimmer-Plakate, Abreißblöcke für Patienten und Aktionspostkarten) unter www.kvhh.net → Verordnung → Antibiotika-Therapie oder unter www.hamburg.de/antibiotika-gezielt



Plakate und Informationsmaterial der Kampagne

Abreißblöcke in sechs Fremdsprachen können Sie über die Abteilung Praxisberatung anfordern.

E-Mail: praxisberatung@kvhh.de

Tel. 22802-571/-572



Klarstellung zur Procalcitonin- Bestimmung vor Antibiotikagabe

Durch die Berichterstattung in einigen Fachmedien wurde der Eindruck erweckt, dass aufgrund eines Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses künftig vor jeder Antibiotikaverordnung bei Atemwegsinfektionen eine Labordiagnostik notwendig ist und andernfalls Arzneimittelregresse drohen.

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses haben nun eine gemeinsame Stellungnahme veröffentlicht. Der Text stellt klar, dass der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses keine Verpflichtung zur Durchführung labordiagnostischer Untersuchungen vor jeder Verordnung eines Antibiotikums darstellt. „Sofern die klinischen Symptome ausreichend charakteristisch sind, kann auch zukünftig die Entscheidung für oder gegen eine antibiotische Therapie ohne labordiagnostische Untersuchung getroffen werden“, heißt es in der Stellungnahme. „Eine Laboruntersuchung sollte dagegen immer dann veranlasst werden, wenn aufgrund klinischer Kriterien die Indikation für oder gegen eine Antibiotikatherapie nicht eindeutig gestellt werden kann.“ ■

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

wir schärfen ihren

[v i • s u s]

/pharmakotherapieberatung
die gesundheit des patienten
voranzustellen und dabei die regularien
der wirkstoffvereinbarung und des
wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten,
gestaltet sich im praxisalltag oftmals
als herausforderung. erfahrene ärzte
beraten sie ganz individuell in der
pharmakotherapieberatung der kvh.
fragen sie uns einfach!

©markoagentur.de

KVH Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg

Umgang mit BtM-Rezepten

Häufig erreichen uns Anfragen, die eine grundsätzliche Unsicherheit im Umgang mit BtM-Rezepten zeigen. Zur Klärung haben wir die wichtigsten Punkte zusammengefasst.

"ICH BIN NEUROLOGE UND MÖCHTE EINEM PATIENTEN CANNABIS VERORDNEN. Ich habe aber keine BtM-Rezepte - und möchte auch keine eigenen anfordern. Der Aufwand wäre mir zu groß, denn ich bräuchte einen speziellen Tresor und Gitter vor den Fenstern und womöglich stünde demnächst die Polizei vor meiner Tür. Können Sie mir einen Kollegen nennen, der das Rezept für mich ausstellt?"

„ICH BIN WEITERBILDUNGSASSISTENTIN. MEINE CHEFIN HAT MICH dazu aufgefordert, mir eigene BtM-Rezepte zu bestellen. Das möchte ich aber nicht tun. Brauche ich eigene Rezepte?"

„WIR SIND EINE GE- MEINSCHAFTSPRAXIS. Nur eine Kollegin von mir besitzt BtM-Rezepte. Normalerweise verschreibt sie die Betäubungsmittel, aber leider ist sie jetzt längere Zeit krank. Wie können wir BtM verordnen, bis meine eigenen Rezepte von der Bundesopiumstelle hier vor Ort sind?"

„ICH BIN KRANKENHAUSARZT UND KANN IM RAHMEN DES ENTLASSMANAGEMENTS keine starken Schmerzmittel verschreiben, weil ich keine eigenen BtM-Rezepte habe. Was sind denn die stärksten Schmerzmittel, die ich auf einem normalen Kassenrezept verschreiben kann? Eigene BtM-Rezepte möchte ich nicht haben, weil ich fürchte, sie könnten gestohlen werden."

SICHERHEITSVORKEHRUNGEN BtM-Rezepte müssen diebstahlsicher und vor Missbrauch geschützt aufbewahrt werden. Ein Zugriff Unbefugter muss durch geeignete Sicherungsmaßnahmen verhindert werden.

Doch was heißt das genau? Ist ein Tresor nötig und Gitter vor den Fenstern? Oder reicht eine abschließbare Schreibtischschublade? Laut Auskunft des BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) reicht eine abschließbare Schreibtischschublade. Bitte den Schlüssel abziehen und an einem sicheren Ort verwahren! Verlässt der Arzt den Raum, während der Schlüssel in

der Schublade steckt oder die BtM-Rezepte noch auf dem Schreibtisch liegen, gilt das unter Umständen als grob fahrlässig. Wenn sich die Rezepte in der abgeschlossenen Schublade befinden (Schlüssel abgezogen!) und diese wird aufgebrochen, ist der Arzt seiner Sorgfaltspflicht nachgekommen.

Das gilt ausschließlich für BtM-Rezepte und nicht für einen eventuell vorhandenen BtM-Vorrat. Hier sind die Richtlinien des BfArM über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten zu beachten (www.bfarm.de → Bundesopiumstelle → Betäubungsmittel → Sicherungsrichtlinien).

VERLUST EINES UNBENUTZTEN BTM-REZEPTE

Werden unbenutzte BtM-Rezepte trotz aller Vorsicht gestohlen, ist der Verlust umgehend unter Angabe der abhanden gekommenen Rezeptnummern schriftlich (am besten per Fax / Fax-Nr: 0228-207-5985) der Bundesopiumstelle zu melden. Zusätzlich ist es sinnvoll, die Apothekerkammer Hamburg zu informieren. Dafür schreiben Sie eine E-Mail (info@apothekerkammer-hamburg.de) und geben einen Ansprechpartner in Ihrer Praxis an. Die Apothekerkammer prüft, ob die Hamburger Apotheken informiert werden.

VERLUST EINES BEREITS AUSGEFÜLLTEN BTM-REZEPTEES DURCH DEN PATIENTEN

In diesem Fall dokumentieren Sie den Verlust in der Patientenakte und auf Teil III Ihrer Verschreibung. Sie können dem Patienten ein neues BtM-Rezept ausstellen (Ausnahme: Missbrauchsverdacht). Eine Verlustmeldung an die Bundesopiumstelle ist hier nicht erforderlich.

ZUORDNUNG DES REZEPTEES ZUM JEWEILIGEN ARZT

Jeder Arzt muss seine eigenen BtM-Rezepte verwenden und eigene Verbleibsnachweise führen. Das gilt auch für Ärzte in Gemeinschaftspraxen und angestellte Ärzte. Die BtM-Rezepte sind arztbezogen: Sie sind fortlaufend nummeriert und über diese Nummer dem jeweiligen Arzt zugeordnet.

Wird bei der Ausfertigung von BtM-Rezepten der Stempel der Gemeinschaftspraxis benutzt, ist der Name und die Berufsbezeichnung des unterschreibenden Arztes anzugeben oder (zum Beispiel durch Unterstreichen) kenntlich zu machen.

Grundsätzlich gilt: Wer behandelt, der verordnet auch (Bundesmantelvertrag Ärzte). Jeder Arzt hat seine eigenen BtM-Rezepte vorrätig zu halten, wenn dies für seine ärztliche Tätigkeit erforderlich ist. Aus Unsicherheit auf die wohlwollende Hilfe von Kollegen zu bauen, ist keine zulässige Alternative.

NUTZUNG VON BTM-REZEPTEN IM VERTRETUNGSFALL

Eine Übertragung der BtM-Rezepte ist lediglich im vorübergehenden Vertretungsfall (z.B. Urlaub oder Krankheit) zulässig. Der Vertreter muss dann unter Angabe des vollständigen Namens mit „i.V.“ unterzeichnen. Eine Nachbestellung der BtM-Rezepte durch den Vertreter ist nicht möglich.

BTM-VERORDNUNG IM NOTFALL

Hat ein Arzt im Notfall kein BtM-Rezept zur Hand, kann er das BtM ausnahmsweise auch auf einem normalen Rezept verschreiben. In diesem speziellen Fall darf er nur die zur Behebung des Notfalls erforderliche Menge verordnen. Die Verschreibung erfolgt dann auf einem normalen Rezeptformular und ist mit dem Wort „Notfall-Verschreibung“ zu versehen. Alle weiteren Angaben entsprechend den Angaben auf dem BtM-Rezept müssen enthalten sein.

Die Apotheke hat den verschreibenden Arzt unverzüglich nach Vorlage der Notfallverschreibung und möglichst vor der Abgabe des Betäubungsmittels über die Belieferung zu informieren.

Der verschreibende Arzt ist verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert die Verschreibung auf einem Betäubungsmittelrezept der Apotheke nachzureichen, die die Notfall-Verschreibung beliefert hat. Die Verschreibung ist mit dem Buchstaben „N“ zu kennzeichnen.

Oft kommt in diesem Zusammenhang die Frage auf, was "unverzüglich" bedeutet. Unverzüglich meint "ohne schuldhaftes Verzögern". Das heißt: Das Rezept wird zum Beispiel im Anschluss an den Notdienst an die Apotheke geliefert. Immer wieder hört man, ein Notfallrezept sei ausnahmsweise ausreichend und ein gültiges BtM-Rezept müsse nicht nachgereicht werden. Das stimmt nicht. Ein gültiges BtM-Rezept muss in jedem Fall schnellstmöglich nachgereicht werden.

Bitte beachten Sie: Bei einer Verschreibung zur Substitution ist die ausnahmsweise Nutzung eines normalen Rezepts im Notfall nicht möglich. ■

Anforderung eigener BtM-Rezepte über die Bundesopiumstelle

Das Formular für die Erst-Anforderung von BtM-Rezepten steht auf der Internetseite des BfArM zur Verfügung. www.bfarm.de → Bundesopiumstelle → BtM-Rezepte → Erst-Anforderung von BtM-Rezepten für ambulante Verschreibungen

Weitere Fragen und Antworten zu diesem Thema finden Sie auf der Homepage des BfArM:

www.bfarm.de → Bundesopiumstelle → BtM-Rezepte → FAQ BTMVV

Eine Ausfüllhilfe für BtM-Rezepte finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnungen → Arzneimittel → BtM-Rezepte/Ausfüllanleitung.



 AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Unruhe bei Cochrane

Ist die Kritik am aktuellen Review zur HPV-Impfung berechtigt?

VON INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Die Wissenschaftler des internationalen Netzwerks Cochrane haben sich bisher große Verdienste erworben. Sie erstellen unter Anwendung hoher methodischer Standards systematische Übersichtsstudien (systematic reviews) zur Bewertung von medizinischen Maßnahmen. Die Reviews gehen weltweit in Leitlinien ein und sind Grundlage für medizinische Entscheidungen.

Im September 2018 wurde nun einer der prominentesten Wissenschaftler und Gründungsmitglied der Cochrane Collaboration sowie Leiter des Nordic Cochrane Zentrums in Kopenhagen, Peter C. Gøtzsche, aus Cochrane ausgeschlossen. Die seit Jahren geführte Auseinandersetzung um die Unabhängigkeit der Cochrane-Autoren und die Kommerzialisierung von Cochrane eskalierte offenbar auch an der Kritik der Kopenhagener Gruppe am kürzlich publizierten Cochrane-Review zur HPV Impfung (1). Gestützt wird diese Kritik von Tom Jefferson vom Centre for Evidence Based Medicine in Oxford, UK. Das EbM-Netzwerk hat eine Stellungnahme zu diesen Ereignissen veröffentlicht (siehe Kasten).

DER COCHRANE-REVIEW ZUR HPV-IMPfung

Auf 241 Druckseiten präsentieren die Autoren des Cochrane-Reviews Analysen zur Wirksamkeit und Sicherheit der HPV Impfung zur Prävention des Zervixkarzinoms und den potentiellen Vorstufen (CIN2+). Eingeschlossen wurden insgesamt 26 randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) mit 73.428 Teilnehmerinnen zum Vergleich der Impfung mit „Placebo“. Dieses war entweder das Adjuvans des Impfstoffs oder eine Hepatitisimpfung. Untersucht wurden der tetravalente Impfstoff Gardasil® (gegen HPV 9, 11, 16, 18) der Firma Sanofi-Pasteur sowie der bivalente (gegen HPV 16 und 18) Cervarix® der Firma GlaxoSmithKline. Die Studienteilnehmerinnen waren bei Impfung überwiegend zwischen 15 und 26 Jahre alt. Bis auf eine Studie wurden alle Studien von den Impfstoffherstellern finanziert.

Die Studien waren mit maximal 8 Jahren Beobachtungszeit nicht lange genug, um die Wirksamkeit der Impfung auf Gebärmutterhalskrebs zu beurteilen. Der Cochrane-Review belegt jedoch mit hoher Verlässlichkeit die Wirksamkeit der Impfung auf Krebsvorstufen, die sich allerdings zum Teil auch ohne Behandlung wieder zurückbilden können. Bei Mädchen/Frauen, die bei Impfung negativ auf Hochrisiko-HPV getestet hatten, reduzierten sich CIN2+ Diagnosen von 164 auf 2/10.000, RR 0,01 (0 bis 0,05), und die schwerwiegenderen Dysplasien CIN3+ von 70 auf 0/10.000, RR 0,01 (0,00 bis 0,10).

Für die Gesamtgruppe – unabhängig vom HPV-DNA-Status bei Impfung – kam es zu einer Abnahme aller CIN2+ von 559 auf 391/10.000, RR 0,70 (0,58 bis 0,85); das RR für CIN3+ betrug für den bivalenten

Stellungnahme des EbM-Netzwerks zur aktuellen Diskussion um Cochrane

Der Ausschluss Peter Gøtzsches aus der Cochrane Collaboration hat in der EbM- und Cochrane-Community eine breite Diskussion ausgelöst.

In der letzten Woche hat das Leitungsgremium (Governing Board) eines seiner Gründungsmitglieder der Collaboration, Peter Gøtzsche vom Nordic Cochrane Center in Kopenhagen, aus dem Leitungsgremium entlassen und aus der Collaboration ausgeschlossen. Als Begründung findet sich auf der Webseite von Cochrane „fortgesetztes schlechtes Benehmen, welches nicht mit den Prinzipien und der Steuerung von Cochrane vereinbar sei...“ („It is about a long-term pattern of behaviour that we say is totally, and utterly, at variance with the principles and governance of the Cochrane Collaboration. This is about integrity, accountability and leadership.“). Im Hintergrund steht die Vermutung, dass Peter Gøtzsche wiederholte Kritik an der Industrienähe

einiger Cochrane-Mitglieder und ihrer Arbeiten – zuletzt am Cochrane Review zur Wirksamkeit der HPV-Impfung – den Ausschlag gegeben hat. In der Folge traten vier weitere Board Mitglieder, Gerald Gartlehner, David Hammerstein, Joerg Meerpohl und Nancy Santesso, von ihren Posten im internationalen Leitungsgremium zurück. Sie erklären, dass sie das Vorgehen des Boards in der Causa Gøtzsche für unverhältnismäßig halten – insbesondere vor dem Hintergrund der Werte und Prinzipien, für die Cochrane seit seiner Gründung steht: der Meinungs- und Perspektivenvielfalt. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es schwer zu entscheiden, welchen Ausschlag Fakten, Strategieüberlegungen oder auch persönliche Befindlichkeiten hatten und Grund für die

aktuellen Ereignisse waren. Es spricht viel dafür, dass es sich um eine Führungskrise im internationalen Leitungsgremium handelt. Das Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin appelliert an die Verantwortlichen von Cochrane, alle Vorgänge transparent aufzuklären, damit Cochrane nicht diskreditiert und der Konflikt nicht instrumentalisiert werden kann. Cochrane ist das Referenzzentrum für methodisch hochwertige Evidenzsynthesen. Cochrane muss unabhängige Informationen generieren, die frei von wirtschaftlichen Interessen sind. Wenn begründete Zweifel an der Redlichkeit, Aufrichtigkeit und Unabhängigkeit von Cochrane und seinen Produkten bestehen, müssen diese vollständig aufgeklärt und ggf. präventive Maßnahmen eingesetzt werden.

Impfstoff 0,55 (0,43 bis 0,71), für den tetravalenten 0,81 (0,69 bis 0,96).

Für Frauen, die erst im Alter zwischen 24 und 45 Jahre geimpft wurden, konnte hingegen keine Wirksamkeit der Impfung nachgewiesen werden.

Die unerwünschten Wirkungen werden als vergleichbar zu „Placebo“ berichtet. Bei der Subgruppe der älteren Frauen waren jedoch Todesfälle unter den Geimpften häufiger, bei einer insgesamt niedrigen Mortalität in beiden Studiengruppen. Die Todesursa- →



→ chen wurden von den Cochrane-Autoren nicht auf die Impfung zurückgeführt.

DIE WESENTLICHEN KRITIKPUNKTE

Auswahl der Kontrollintervention

Die HPV-Impfung gehört zu den am besten untersuchten Impfungen, während es zu vielen anderen Impfungen keine klinisch relevanten RCTs gibt. Trotzdem bleiben Fragen offen.

Ein Hauptkritikpunkt ist die Auswahl der Kontrollintervention. Ein Adjuvans oder eine Hepatitisimpfung sind keine Placebos im ursprünglichen Sinn. Dazu wäre beispielsweise die Injektion einer physiologischen Kochsalzlösung besser geeignet. Dem Adjuvans selbst werden nämlich unerwünschte Wirkungen zugeschrieben. Das Adjuvans verstärkt unmittelbare und lokale Reaktionen der Impfung. Inwieweit das Adjuvans auch für seltene neurologische Reaktionen verantwortlich ist, lässt sich nicht beurteilen. Es kann lediglich festgestellt werden, dass zwischen HPV-Impfung und „Impfung“ mit Adjuvans bzw. einer anderen Impfung vergleichbare Nebenwirkungen berichtet werden. Wobei für den bivalenten Impfstoff im Vergleich zum tetravalenten offenbar stärkere Reaktionen auftreten. Dies wird Besonderheiten des Adjuvans in diesem Impfstoff zugeschrieben. Auch die insgesamt anscheinend etwas stärkere Wirksamkeit des bivalenten Impfstoffs auf Krebsvorstufen wird auf das stärkere Adjuvans zurückgeführt.

Das Adjuvans ist somit kein inerte oder harmloser Zusatz. Die Kritik der dänischen Cochrane-Gruppe ist daher insofern gerechtfertigt, als die Bezeichnung „Vergleich zu Placebo“ für die HPV-Impfstudien irreführend und nicht angemessen ist. An einem Cochrane-Review zu den Wirkungen von Adjuvantien in Impfstoffen wird derzeit gearbeitet.

Unerwünschte Wirkungen unvollständig berichtet

Auch ein weiterer Kritikpunkt ist nicht auszuräumen, nämlich dass ein vollständiges Bild zu den unerwünschten Wirkungen der Impfung mit dem Cochrane-

Review zur HPV-Impfung nicht vorliegt. Denn einerseits fehlen Studien, die die HPV-Impfung mit einem wahren Placebo oder Nichtimpfen verglichen hätten. Zum anderen sind nicht alle notwendigen Informationen für eine Gesamtbeurteilung von unerwünschten Wirkungen erhoben, veröffentlicht oder frei zugänglich. In jedem Fall sollten bzw. müssen zur Beurteilung der Sicherheit auch andere Quellen berücksichtigt werden als bisher in Cochrane-Reviews üblich. Dies können auch Daten aus RCTs sein, die nicht die primäre Fragestellung des Reviews adressieren. Der Cochrane Review zur HPV-Impfung fokussiert auf publizierte Daten. In den eingeschlossenen RCTs wurden unerwünschte Wirkungen aber lediglich für wenige Wochen nach Impfung systematisch dokumentiert. Auch komplexe Syndrome, die mit der HPV-Impfung in Verbindung gebracht wurden, wie das „postural orthostatic tachycardia syndrome (POTS)“ und das „complex regional pain syndrome (CRPS)“, sind auf diese Weise nicht zu bewerten. Zudem wurden Daten der Pharmafirmen und der Zulassungsbehörden nicht systematisch ausgewertet. Dies ist insgesamt und bisher auch in Cochrane-Reviews unüblich (2).

Während der letzten Jahre wurde von unterschiedlichen Wissenschaftsgruppen, auch aus dem IQWiG, immer wieder darauf hingewiesen, dass Daten in publizierten Manuskripten unvollständig sind und Dokumentationen der Pharmafirmen und der Zulassungsstudien bei der EMA (European Medicine Agency) nur teilweise und nicht ohne erhebliche Hürden einsehbar sind. Göttsche selbst war entscheidend daran beteiligt, dass die Daten bei der EMA besser nutzbar werden. In einer aktuellen Publikation im BMJ, dem britischen Ärztejournal, erläutert er mit seinen Mitstreitern die Schwierigkeiten, die weiterhin für Wissenschaftler bestehen, wenn sie Daten bei der EMA abfragen wollen (2).

Ein wenig vertrauenszerstörendes Beispiel für die Intransparenz ist in diesem Kontext eine Meldung von Ende September im BMJ (3). Demnach sind im Rahmen eines Gerichtsverfahrens in Irland plötzlich bisher unbekannte Daten zu unerwünschten Wirkungen des Schweinegrippeimpfstoffs Pandemrix® aufgetaucht. Der

Welche Vor- und Nachteile hat die Früherkennung?

VORTEILE: Die folgenden Tabellen zeigen Hochrechnungen, wie viele Frauen mit und ohne Früherkennung an Gebärmutterhalskrebs erkranken oder sterben. Die Zahlen der Spalte „mit Früherkennung“ gelten für Frauen, die zwischen 20 und 30 mit der Früherkennung beginnen und ihr Leben lang regelmäßig teilnehmen. Die Zahlen werden jeweils für Frauen mit und ohne HPV-Impfung dargestellt, da geimpfte Frauen ein deutlich geringeres Erkrankungsrisiko haben.

NICHT GEGEN HPV GEIMPFT

Wie viele von 1.000 Frauen ...	ohne Früherkennung	mit Früherkennung
... erkranken an Gebärmutterhalskrebs?	30	weniger als 1
... sterben an Gebärmutterhalskrebs	12	weniger als 1

GEGEN HPV GEIMPFT

Wie viele von 1.000 Frauen ...	ohne Früherkennung	mit Früherkennung
... erkranken an Gebärmutterhalskrebs?	10	weniger als 1
... sterben an Gebärmutterhalskrebs	4	weniger als 1

NACHTEILE: Wer regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teilnimmt, muss damit rechnen, dass auch Dysplasien entdeckt werden, die nie gefährlich geworden wären. Deshalb werden immer wieder auch harmlose Veränderungen durch eine Operation am Gebärmutterhals (Konisation) behandelt. Solche „Überbehandlungen“ lassen sich bei der Früherkennung nicht generell vermeiden, denn es lässt sich nicht vorhersagen, aus welchen Dysplasien sich Krebs entwickelt und aus welchen nicht.

Nach Hochrechnungen müssen

- etwa 110 bis 120 von 1000 nicht gegen HPV geimpfte Frauen mit einer Konisation rechnen.
- etwa 40 von 1000 gegen HPV geimpfte Frauen mit einer Konisation rechnen.

Impfstoff ist nicht mehr im Markt, aber die Unterlagen zeigen, dass es vor 10 Jahren, als weltweit zur Massenimpfung gegen die Schweinegrippe aufgerufen wurde, erhebliche Unterschiede in ernsthaften Nebenwirkungen zwischen 3 verfügbaren Impfstoffen dokumentiert wurden. Pandemrix® wurde wie der bivalente HPV-Impfstoff Cervarix® von der Firma GlaxoSmithKline bereitgestellt.

Da es eine Knappheit an Schweinegrippe-Virenmaterial gab, wurden Impfstoffe produziert, die weniger Virenmaterial aber dafür mehr Adjuvans zur Unterstützung der Immunantwort beinhalteten. Das Produktionsverfahren könnte auch zu einer Verstärkung der unerwünschten Effekte geführt haben. Da offensichtlich keine ausreichend kontrollierten Daten zu den damaligen Ereignissen verfügbar sind, bleiben kausale Zusammenhänge letztlich ungeklärt. Beunruhigender ist, dass diese Erkenntnisse damals nicht öffentlich wurden und die verantwortlichen Behörden nicht reagiert haben.

OFFENE FRAGEN

Die Wirksamkeit der HPV-Impfung auf klinisch relevante Krebsvorstufen ist belegt. Das Gesamtbild der publizierten Daten gibt keine Hinweise, dass die HPV-Impfung stärkere Nebenwirkungen hat als andere Impfungen (z.B. 4).

Unsicherheiten bleiben. Die Studien wurden bei Mädchen und Frauen ab 15 Jahre durchgeführt. Die Impfung wird nun aber ab dem 9. Lebensjahr empfohlen. Der Impfschutz soll dadurch nicht beeinträchtigt sein. Direkte Vergleiche der beiden Impfstoffe zu klinisch relevanten Endpunkten und Nebenwirkungen liegen nicht vor.

Der tetravalente Impfstoff, der im Cochrane-Review untersucht wurde, wird nun durch den 9-valenten Gardasil 9® abgelöst. Gardasil 9® soll auf die wichtigen HPV 16 und 18 vergleichbar wirksam sein wie der tetravalente Impfstoff, jedoch wirksamer auf die Gesamtheit der Krebsvorstufen. Belege für diese Annahme stehen aus.

Die Impfung wird von der STIKO nun auch für Jungen empfohlen. Damit soll unter anderem auch die Herdenimmunität verbessert werden. Die bereits →

Quelle: „Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung. Das Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Entscheidungshilfe für Frauen zwischen 20 und 34 Jahren.“ (www.gesundheitsinformation.de/gebaermutterhalskrebs-frueherkennung-und-vorsorge.2109.de)



→ publizierten RCTs mit Jungen/Männern wurden im Cochrane Review nicht eingeschlossen.

Die Auswirkungen der HPV-Impfung auf die Krankheitslast durch genitale Kondylome wird im Cochrane Review nicht berücksichtigt. Im Gegensatz zu Cervarix® schützt Gardasil® und Gardasil 9® gegen die durch die HPV 9 und 11 verursachten Feigwarzen.

HPV-IMPfung IM KONTEXT DER KREBSFRÜHERKENNUNG

Auch wenn ein Nachweis auf eine Reduzierung von Gebärmutterhalskrebs bisher nicht gezeigt werden konnte, hat doch die Abnahme an potentiellen Krebsvorstufen einen klinisch relevanten Nutzen. Gerade in Deutschland könnte die Impfung das Risiko für unnötige Eingriffe/Konisationen an der Gebärmutter und das damit verbundene Beunruhigungspotenzial der Frauen reduzieren. Hierzulande wird im Vergleich zu anderen Ländern besonders häufig getestet, jährlicher PAP-Test ab dem 20. Lebensjahr, aber auch schon vor dem 20. Lebensjahr, z.B. beim Einlösen eines Rezepts für die Anti-Baby-Pille. Das führt zu unnötigen Verdachtsbefunden und Operationen zur Beseitigung von CIN-Befunden.

Frauen, die geimpft sind, bräuchten jedoch keine jährlichen PAP-Tests, insbesondere wenn ein HPV-Test negativ ausfällt. Überdiagnostik und Übertherapie könnten durch die HPV-Impfung reduziert werden. Dennoch sollen nach dem geplanten neuen Screening-Konzept des Gemeinsamen Bundesausschusses auch geimpfte Frauen, selbst dann, wenn sie negativ auf HPV getestet werden, weiterhin engmaschig an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

Das IQWiG hat für das geplante neue Screening auf Gebärmutterhalskrebs eine Broschüre für die Zielgruppe der Frauen ab dem 20. Lebensjahr erstellt (5). Die hieraus entnommene Tabelle (siehe Seite 33) zeigt einen Ausschnitt zu Nutzen und Schaden von Screening-Optionen bei gegen HPV-Infektionen geimpften und nicht-geimpften Frauen. Die Daten sind Schätzwerte und Hochrechnungen, die jeweils extreme Situationen vergleichen: Teilnahme an allen über die Lebenszeit vorgesehenen Screening-Untersuchungen im Vergleich zu keiner Testung. Beide Annahmen sind unwahrscheinlich. Getestet wird auch schon bei Mädchen und außerhalb des Screenings, wenn Frauen wegen Beschwerden den Frauenarzt konsultieren. Die Unterschiede zwischen den Gruppen dürften daher in der Versorgungsrealität noch deutlich geringer ausfallen als in der IQWiG Broschüre dargestellt.

Eltern/Mädchen und Frauen müssen die Möglichkeit haben, Nutzen und Schaden sowohl der Impfung als auch der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu verstehen. Die Dokumentation, dass eine informierte Entscheidung zu diesen präventiven medizinischen Eingriffen stattgefunden hat, müsste ein Qualitätsindikator sein. ■



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

1 Arbyn M, Xu L, Simoons C, Martin-Hirsch PPL. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD009069. DOI: 10.1002/14651858.CD009069.pub3.

2 Jørgensen L, Doshi P, Gøtzsche P, Jefferson T. Challenges of independent assessment of potential harms of HPV vaccines. BMJ 2018;362:k3694 doi: 10.1136/bmj.k3694 (Published 24 September 2018)

3 Doshi P. Pandemrix vaccine: why was the public not told of early warning signs? BMJ 2018;362:k3948 doi: 10.1136/bmj.k3948

4 Liu EY, Smith LM, Ellis AK. Quadrivalent human papillomavirus vaccination in girls and the risk of autoimmune disorders: the Ontario Grade 8 HPV Vaccine Cohort Study CMAJ 2018 May 28;190:E648-55. doi: 10.1503/cmaj.170871

5 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Einladungsschreiben und Entscheidungshilfen zum Zervixkarzinom-Screening. IQWiG-Berichte – Nr. 548. 2017



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Guntram Hinz**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Guntram Hinz**

Geburtsdatum: **23.2.1955**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie**

Weitere Ämter: **Vorsitzender des Landesverbands Hamburg im Berufsverband
Deutscher Nervenärzte**

Hobbys: **Wandern, Laufen, Tennis, Jazz**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, vollständig.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Nervenärzte und Psychotherapeuten sollten in der Selbstverwaltung gut vertreten werden.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Bessere Vernetzung der Haus- und Fachärzte mit den Psychotherapeuten, Kliniken und vor allem auch mit Physio-, Ergotherapeuten und mit den Pflegediensten. Verbesserung der Bedarfsplanung besonders im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Der stetig wachsenden Zahl von Anfragen nach Sprechstundenterminen ein adäquates Versorgungsangebot machen zu können.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ein bedarfsorientiertes, zukunftsweisendes aber auch faires Zusammenwirken von Gesundheitspolitik, Kassen und Selbstverwaltung jenseits der Partikularinteressen - ich weiß, das ist nur ein Traum!

VON DR. RITA R. TRETTIN

Versammlung des Kreises 2

Erste Bilanz zur DSGVO sowie Informationen aus erster Hand zum TSVG, zur Kammerwahl und zum ACD-Projekt

Die meisten von uns kennen das: Auf unserem Schreibtisch stapeln sich Zeitschriften und Info-briefe. Unser E-Mail-Postfach quillt ebenfalls über, weil täglich neue Newsletter eintrudeln. Deshalb fällt es uns zunehmend schwer, einen Überblick über alle relevanten Informationen zu behalten – schlicht, weil sie in der Informationsflut untergehen. Daher versuche ich, bei den Kreisversammlungen im Kreis Winterhude für meine 330 Kollegen immer die wichtigsten berufspolitischen Themen der jüngsten Zeit aufzugreifen. So auch bei unserem Treffen am 19. September 2018, das wieder in meiner Praxis in Winterhude stattfand und von 25 interessierten Kollegen besucht wurde. Erfreulicherweise waren auch wieder neue Gesichter dabei.

Top 1 war das Thema EU-DSGVO. Knapp vier Monate nach der endgültigen Anwendung der EU-DSGVO erörterten wir gemeinsam, welche Elemente in unserem jeweiligen Datenschutzmanagement bereits umgesetzt wurden, was gelungen ist, was noch aussteht, wo die Kollegen noch unsicher sind und was immer noch Schwierigkeiten bereitet. So führt die mit der DSGVO neu eingeführte Rechenschaftspflicht zu einer Beweislastumkehr und viel Dokumentation. Inzwischen ist die erste Abmahnwelle angelaufen und hat Bremer Ärzte und auch einen Hamburger Kollegen getroffen. Vier

Monate nach Einführung des neuen Gesetzes ist ein guter Zeitpunkt zu überprüfen, ob alle gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wurden – oder allerhöchste Zeit, die nötigen Maßnahmen zu ergreifen. Dabei gilt der Grundsatz, dass alle Anpassungen von „außen nach innen“ erfolgen sollten, dass also Datenverarbeitungsprozesse, die nach außen hin sichtbar werden, mit Priorität gesetzeskonform zu gestalten sind.

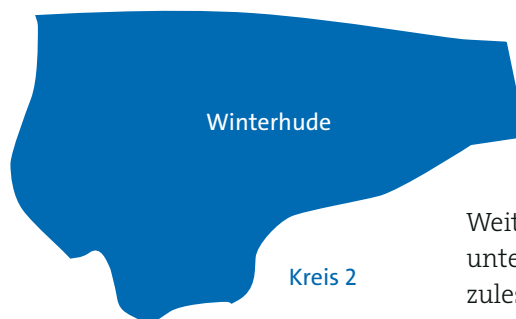
Ärzte benötigen für ihre Praxis ein systematisches und nachvollziehbares Datenschutzmanagement, um dokumentiert nachweisen zu können, dass sie den Datenschutz entsprechend der EU-DSGVO umgesetzt haben und konsequent befolgen. Dafür müssen die Angaben in einem „Verfahrensverzeichnis“ aufgelistet sein. Neben „sensiblen“ Gesundheitsdaten seiner Patienten verarbeitet jeder Arzt aber auch ganz „normale“ Daten, etwa von Beschäftigten oder Lieferanten. Diese sind ebenfalls nach den prinzipiell gleichen Grundsätzen zu schützen.

Für die Teilnehmenden unserer Kreisversammlung hatte ich eine Checkliste erstellt, die ich zum Mitnehmen aushändigte. Abschließend gingen wir eine Übersicht mit den notwendigen organisatorischen und technischen Maßnahmen sowie die erforderlichen Schritte bei einer „Datenschutzpanne“ beziehungsweise bei nachweisbaren Datenschutzverletzungen durch. Etliche Anwesende berichteten, dass sie nach einer Be-

ratung durch Datenschutz-Experten schockiert waren über die immensen Kosten, die damit einhergehen. Um ihnen fundierte Hilfe ohne große finanzielle Belastung anzubieten, erarbeite ich derzeit einen Leitfaden mit allen relevanten Informationen für ärztliche/therapeutische Praxen sowie ein umfassendes Dokumenten-Paket mit Mustervorlagen. Beides kann gern bei mir angefordert werden.

Top 2 war der aktuelle Stand beim Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Mit dem neuen Gesetz will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn unter anderem die Vermittlung von dringlichen Behandlungsterminen verbessern und Arztpraxen zu einem Angebot von mindestens 25 Stunden Sprechzeit pro Woche verpflichten, wobei Hausbesuchszeiten angerechnet werden und die Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten von der jeweiligen KV überwacht werden soll. Der Gesetzentwurf hat – nach einer Reihe kurzfristiger Änderungen – mittlerweile das Bundeskabinett passiert und soll zum 1. April 2019 in Kraft treten (siehe Seite 8).

Top 3 war der aktuelle Stand bei der Telematikinfrastruktur. Bei der Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) scheint es voranzugehen. KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel rechnet damit, dass die große Masse der



Ärzte und Psychotherapeuten in den nächsten Wochen die nötige Technik bestellen wird. Mit T-Systems gibt es seit Anfang des Monats neben der CompuGroup einen zweiten Hersteller von Konnektoren. Weitere Anbieter werden für das vierte Quartal erwartet. Laut KBV bieten die beiden großen Herstellergruppen von Praxisverwaltungssystemen inzwischen Bundle zu Preisen an, die durch die Erstattungspauschalen der Krankenkassen gedeckt sind. Nach Information der Gematik sind von den bundesweit etwa 150.000 Arzt-, Psychotherapeuten- und Zahnarztpraxen zurzeit erst 25.000 bis 30.000 an die TI angeschlossen. Dabei liegt es nicht an den Ärzten und Psychotherapeuten, dass ihre Praxen noch nicht angeschlossen werden konnten. Insofern sind Sanktionen von einem Prozent Honorarabzug bei Nichtteilnahme, wie sie im Gesetz vorgesehen sind, nicht zumutbar. Die KBV hat daher gemeinsam mit den 17 KVen eine Petition an den Deutschen Bundestag unterstützt, in der eine Fristverlängerung über den 31. Dezember 2018 hinaus gefordert wurde.

Top 4 war das Projekt „Accountable Care Deutschland“. Dieses Projekt wird mit insgesamt ca. 3,8 Millionen Euro vom Innovationsfonds des G-BA unterstützt und soll die Patientenversorgung durch Vernetzung von Leistungserbringern und informierten Dialog innerhalb

der ambulanten Versorgung als auch zwischen ambulantem und stationärem Bereich verbessern und vermeidbare Krankenhausaufnahmen zu reduzieren. Im Projekt sollen daher in der Versorgung zusammenarbeitende Akteure identifiziert und miteinander vernetzt werden (siehe Interviews Seite 22). Ich informierte meine Kollegen darüber, dass ich bereits vor einigen Monaten eine Moderatorenschulung im Rahmen dieser Studie durchlaufen habe und Netzwerktreffen moderieren werde. Darüber hinaus ermutigte ich sie, sich gegebenenfalls ebenfalls einem Netzwerk anzuschließen, wenn eine Einladung bei ihnen eingeht.

Top 5 war die Ärztekammerwahl und die „Liste 9 – Netzwerk“. Schließlich wies ich noch auf die bevorstehende Ärztekammerwahl hin, die vom 15. Oktober bis zum 6. November 2018 stattfindet. Der Wahlbrief muss spätestens am 6. November 2018, 24.00 Uhr, in einem der Ärztekammer-Briefkästen eintreffen. Das Wahlergebnis wird durch den Wahlausschuss der Ärztekammer am 7. November 2018 ab 13 Uhr festgestellt. Ich berichtete den Kollegen, dass ich erneut als Kandidatin für die LISTE 9 – NETZWERK antrete und bat um Unterstützung bei der Wahl.

Weiterführende Informationen sind unter www.liste-netzwerk.de nachzulesen.

Top 6 war die datenschutzkonforme Datenübermittlung mit der LifeTime-App. Für diesen Agenda-punkt waren Mitarbeiter der Firma Connected-Health zu Gast, die uns eine bequeme und datenschutzkonforme Art der Datenübermittlung vorstellten und die Umsetzung praktisch vorführten. Die „LifeTime-App“ geht auf den ärztlichen Kollegen Dr. Jakubeit zurück, der 2014 die kurative Medizin verließ, um seine Firma zu gründen und sich der Entwicklung zeitgemäßer digitaler Kommunikationsmöglichkeiten im Gesundheitswesen zu widmen. Unter www.lifetime.eu ist darüber viel Informatives nachzulesen.

Es blieb im Anschluss trotz einer großen Fülle an Informationen viel Zeit für Fragen und Diskussion. Die Kreisversammlung endete schließlich nach über drei Stunden, die Kolleginnen und Kollegen waren dankbar für etliche neue Informationen und hilfreiche Tipps zu allen Programmpunkten.

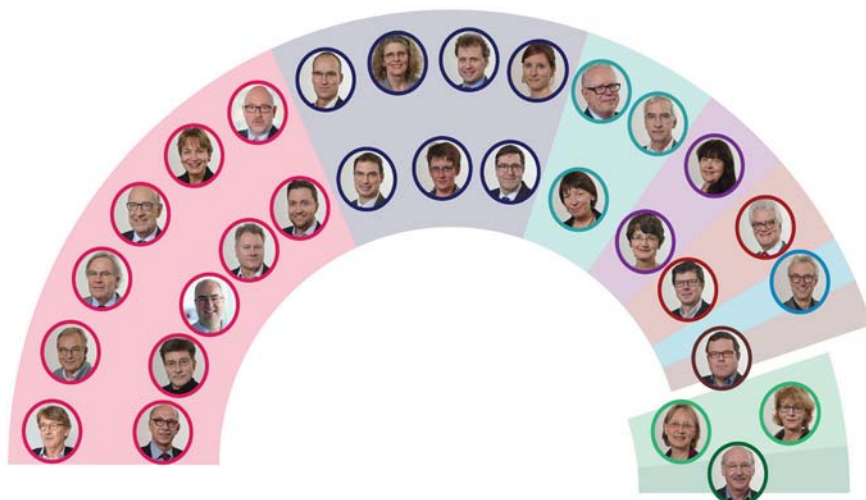
Dr. Rita R. Trettin

Dr. Rita R. Trettin, Fachärztin für Neurologie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Diplom-Psychologin in Winterhude – und Obfrau des Kreises 2.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 13.12.2018 (ab 19.30 Uhr)

Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QM leicht gemacht

Bereits durch den Aufbau eines schlanken QM-Systems können Sie die Anforderungen der QM-Richtlinie erfüllen. In diesem sehr praxisbezogenen Seminar wird unter anderem aufgezeigt, wie Sie Ihr Team dazu motivieren, Ideen und Initiativen zu entwickeln.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 7.11.2018 (9.30 Uhr - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

Effizientes Praxismanagement

Eine angenehme Praxisatmosphäre fördert Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenbindung. Dieses Seminar beleuchtet die Organisation und Kommunikation Ihrer Praxis, indem der Durchlauf eines Patienten nachgestellt wird. Dabei wird deutlich, wo es noch Potential gibt.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 28.11.2018 (9.30 Uhr - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

Behördliche Praxisbegehungen vorbereiten

Bei Praxisbegehungen festgestellte Mängel können erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen. Verschiedene Gesetze, Verordnungen etc. erlegen Behörden die Pflicht zur Überprüfung auf, die z. T. auch unangemeldet stattfinden kann. Das Seminar zeigt auf, wie Sie sich vorbereiten können, um auf der sicheren Seite zu sein.

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 5.12.2018 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 85 inkl. Imbiss & Getränke

KREISVERSAMMLUNG

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



Di, 20.11.2018 (19.15 Uhr)

Programm:

- Terminservice- und Versorgungsgesetz (Caroline Roos, stv. Vorsitzende der KV Hamburg)
- Aktuelle Verfahren zur Inkontinenz- und Senkungsbehandlung (Dr. Martin Neuß, Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe Bethesda Krankenhaus Bergedorf)

Ort: Bethesda Krankenhaus Bergedorf (Haus B, Ebene 0, Konferenzraum 1)
Glindersweg 80, 21029 Hamburg

ABGABE DER ABRECHNUNG

**JEWELNS VOM
1. BIS 15. KALENDERTAG
DES NEUEN QUARTALS**

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

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

Telefonische Auskunft und Anmeldung:
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 21.11.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 7.12.2018 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

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

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

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

BERGEDORFER SPORTMEDIZIN-SYMPOSIUM 2018

30 Jahre multimodale Rückentherapie – der sportmedizinische Ansatz

Sa. 10.11.2018 (9-17 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 30 für Ärzte, € 25 für Physios

Ort: Schloss Reinbek

Schloßstraße 5, 21465 Reinbek

Anmeldung:

Kai-Philipp Kretschmann,

E-Mail:

Beratung.Kretschmann@icloud.com

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

"Pillen, Packungen, Paragraphen" – Neues aus der Gesundheitspolitik
Referentin: Dr. Rita Trettin

Mi. 21.11.2018 (18 Uhr)

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

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2018!



Das Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Juli und Dezember 2018 stattfinden. Außerdem gibt es eine Vorschau auf das erste Halbjahr des kommenden Jahres. Sie finden das Programmheft 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!