

KVH *journal*

SERVICE-KV

*Welche Leistungen
die KV ihren Mitgliedern anbietet –
und was sie verbessern will*



TERMINSERVICESTELLE

Wie PT-Sprechstunden vermittelt werden

SYMPTOM CHECKER

Was leisten Diagnostik-Apps?

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 9/2019 (September 2019)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Was macht das KV-System eigentlich so stark und leistungsfähig? Worin liegt der besondere Beitrag, den die Selbstverwaltung für die Organisation der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Menschen leistet?

Der Festakt zum 100. Geburtstag der KV Hamburg am 17. August bot den zahlreichen Gästen aus Ärzteschaft, Selbstverwaltung, Politik, Medien und zahlreichen Institutionen des Gesundheitswesens den geeigneten Rahmen, um darüber zu diskutieren, was unser Gesundheitssystem so besonders macht und was es unterscheidet von rein staatlichen oder privatwirtschaftlich organisierten Systemen.

Die Antwort: Die Vertragsarzt hält unser System im Gleichgewicht, er gewährleistet die Balance von Behandlungsqualität, begrenzten wirtschaftlichen Ressourcen und den Erwartungen des Patienten.

Der Schlüssel zu dieser Leistung liegt in der „Vereinigung“ der Ärzte selbst: Nur wenn die verfasste Vertragsärzteschaft im Kollektiv verhandelt, ist gewährleistet, dass einheitliche Bedingungen herrschen: einheitliche Honorare, einheitliche Qualität, einheitliche Leistung. Für den Patienten bedeutet das gesicherte Qualitätsstandards, leichter Zugang und freie Arztwahl.

Diese Errungenschaften, die heute allzu selbstverständlich erscheinen, mussten vor einhundert Jahren hart erkämpft werden – gegen die Krankenkassen. Dieser Kampf war 1919 der Ursprung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der ersten KV in Deutschland.

Die Herausforderungen, vor denen wir heute stehen, mögen andere sein als damals. Heute sind es nicht mehr so sehr die Krankenkassen, mit denen es Auseinandersetzungen gibt, sondern es ist die Politik, die an den Grundfesten unseres Systems rüttelt. Oder es sind versorgungsfremde Player, die die ambulante Versorgung als Investment für sich entdeckt haben.

Was die Zeiten damals und heute eint, ist die Notwendigkeit der gemeinschaftlichen Stärke, der „Vereinigung“. Es ist bei den zahlreichen Herausforderungen, vor denen das System steht unabdingbar, dass die Ärzte- und Psychotherapeuteschaft als Einheit auftritt: als der zentrale Ansprechpartner für die umfassende Organisation der ambulanten Versorgung.

Der Rückhalt, den das KV-System durch seine Mitglieder erfährt, spielt hier die entscheidende Rolle. Die KV ist nicht getrennt zu betrachten von ihren Mitgliedern. Sie ist deren Vereinigung. Nur wenn diese Vereinigung stark ist, hat sie auch politisches Gewicht.

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer KV? Wie sehr identifizieren Sie sich mit Ihrer Selbstverwaltungsorganisation? Dazu werden wir Sie im September befragen. Die Umfrage dient als Basis für den zukünftigen Ausbau von (digitalen) Services. Den Anfang bildet das vorliegende Heft – hier können Sie lesen, was schon alles angeboten wird, wie die Service-Strategie der KV Hamburg aussieht und was wir für Sie in Zukunft planen.

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: Was verstehen andere KVen unter zeitgemäßem Service?
- 08_ Neuen Service braucht das Land: Wie sich die KV Hamburg neu erfinden will
- 14_ Überblick: Welche Beratungs- und Serviceleistungen die Abteilungen der KV Hamburg anbieten

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_ Fragen und Antworten
- 21_ Asylbewerber sind von der Zuzahlung befreit
- 22_ Versorgungsverträge: "VKA-Therapie" und "CRP-Testung"
- 23_ Nur noch elektronischer Datenversand an die DMP-Datenstelle DAVASO
- 24_ E-Health: Fragen und Antworten zur Telematikinfrastuktur
- 26_ Gerecht verteilt? Wie psychotherapeutische Sprechstunden durch die TSS vermittelt werden
- 27_ Korrekturbescheide: Nachvergütung für psychotherapeutische Leistungen

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.



QUALITÄT

- 28**_ Status- und Arbeitgeberwechsel:
Übernahme genehmigungs-
pflichtiger Leistungen erleichtert
Qualitätsmanagement-Seminare:
„QEP-Einführungsseminar für
Psychotherapeuten“ und
„Ausbildung zum Datenschutz-
beauftragten“
- 29**_ Neu nach QEP zertifizierte oder
rezertifizierte Praxen

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 29**_ HEK hebt den Genehmigungsverzicht
für Heilmittelverordnungen außer-
halb des Regelfalls auf
- 30**_ Neue Informationen zur Verord-
nungsfähigkeit der Lipidsenker

SELBSTVERWALTUNG

- 41**_ Steckbrief: Gitta Tormin
- 42**_ Versammlung des Kreises 2

RUBRIKEN

- 02**_ Impressum
03_ Editorial

NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

- 32**_ Symptom-Checker und
Diagnostik-Apps: Fluch
oder Segen?

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 23**_ Bekanntmachungen im
Internet
- 25**_ Ausschreibung der freien
förderungs-fähigen Weiter-
bildungsstellen (fachärzt-
liche Versorgung)

KOLUMNE

- 35**_ Hontschiks „Diagnose“

FORUM

- 36**_ Leserbrief

TERMINKALENDER

- 46**_ Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Ralf Niemzig; Seite 10: Michael Zapf; Seite
11, 13-19, 21: Felix Faller/Alinea; Seite 26: Pro Vector
Stock/Fotolia; Seite 33: ada.com; Seite 35: Barbara
Klemm; Seite 43: Melanie Vollmert auf Grundlage
von Lesniewski/Fotolia; Seite 46: Michael Zapf;
Icons: iStockfoto

Was verstehen andere KVen unter zeitgemäßem Service?



Mark Barjenbruch
Vorstandsvorsitzender der KV Niedersachsen

Ziele festlegen und evaluieren

„Wer nicht weiß, wo er hin will, darf sich nicht wundern, wenn er woanders ankommt.“ (Mark Twain)

Mit diesem Satz hat sich die KV Niedersachsen bereits in den vergangenen Jahren beschäftigt und eine Vision sowie Strategieziele für das Unternehmen entwickelt. **Die Vision und die Ziele sind nachhaltige Steuerungsinstrumente für die Zukunftsausrichtung der KV Niedersachsen im Bereich des Mitgliederservices.** Die Vision beschreibt den idealen Zustand des Unternehmens in der Zukunft. Sie bietet eine Orientierungsfunktion für alle Mitglieder und Mitarbeiter. Die Strategieziele legen den Weg zur Vision fest. Sie fungieren als Meilensteine auf dem Weg zur Vision. Mit anderen Worten: Vision und Strategieziele bestimmen die Serviceausrichtung. Jedem der KV-Niedersachsen-Strategieziele ist ein Zielpate aus der Führungsmannschaft zugeordnet. Der Zielpate übernimmt praktisch die „Schirmherrschaft“ über ein Ziel und entwickelt neue Services für die Mitglieder. Alle zwei Jahre werden die Services durch eine repräsentative Mitgliederzufriedenheitsanalyse („KVN-Barometer“) evaluiert. Dies gewährleistet eine Erfolgskontrolle der von der KV Niedersachsen angebotenen Services. Die Zufriedenheit der Mitglieder mit den Services hat sich in den vergangenen acht Jahren kontinuierlich positiv entwickelt. ■



Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein

Digitalisierung vorantreiben

Es gehört zum Selbstverständnis einer KV, gegenüber ihren Mitgliedern serviceorientiert zu denken und zu handeln. So bietet auch die KV Schleswig-Holstein zahlreiche Informations- und Beratungsangebote an. Das Spektrum reicht von Niederlassungsberatung über Hilfe im IT-Bereich bis hin zur Unterstützung bei Verordnungs- oder Abrechnungsfragen.

Der Servicegedanke drückt sich bei uns auch in einer Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus, die die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bei der Bewältigung ihrer Praxistätigkeit unterstützen.

Unser Service-Team ist dabei erster Anlaufpunkt für alle Anfragen der KVSH-Mitglieder. Service heißt für uns auch, die Praxen so auf die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben vorzubereiten und zu unterstützen, dass unsere Mitglieder die Regulierungswut der Politik zwar erkennen, unter dieser aber möglichst wenig zu leiden haben.

Darüber hinaus überlegen wir permanent, wie wir den Service weiter verbessern, auch schneller machen können. Die Welt wird digitaler und Prozesse verändern sich. Unsere Kommunikationswege sind größtenteils aber noch analog. Wenn ein Mitglied ein Formular zwar online ausfüllen, zur Identifikation dieses aber nicht elektronisch signieren kann, sondern ausdrucken und dann unterschrieben an uns per Fax senden muss, zeigt dies eine Baustelle, die wir angehen müssen und auch werden. ■



Susanne Lilie
Geschäftsführerin der KV Baden-Württemberg

Kundenorientierung stärken

„It's Service.“ Das ist das Motto der KVBW in Bezug auf die Regeln, die wir uns in Sachen „Kunden- und Serviceorientierung“ gegeben haben. In Mitgliederumfragen wurden Freundlichkeit und Kompetenz der KVBW-Mitarbeiter immer positiv bewertet. Dennoch hat sich die KVBW intensiv mit diesem Thema befasst. Viele Anregungen kamen dazu von den Mitarbeitern. Auch die Führungskonferenz, die die KVBW jedes Jahr für die Führungskräfte veranstaltet, hat sich 2016 diesem Thema gewidmet. Bewusst hat die KVBW auf feste Bearbeitungszeiten etwa für Anträge oder Anfragen verzichtet. Zu unterschiedlich sind die einzelnen Prozesse, als dass hier ein Mehrwert für die Mitglieder entstehen würde. **Vielmehr hat sie sich ein Serviceverständnis entwickelt, das die internen „Kunden“, die Mitglieder und die sonstigen Geschäftspartner umfasst.** Bestimmte Verhaltensregeln am Telefon, im Umgang mit Mails oder in Bezug auf die Erreichbarkeit, aber auch „weichere“ Faktoren wie Zuhören oder Verständnis für das Gegenüber bis hin zur Nutzung digitaler Technik in der Antragsbearbeitung beinhalten die Maßnahmen, die die KVBW sich gegeben hat. ■

VON WALTER PLASSMANN

Neuen Service braucht das KV-Land

Die Kassenärztliche Vereinigung muss sich neu erfinden!
Es geht um den Service, um das Gemeinsame der KV und ihrer Mitglieder.
Denn die Anforderungen haben sich gewandelt.
Die KV Hamburg reagiert. Und sie braucht Ihre Unterstützung.



Allen unsern vielen Jammer
stillt uns jetzt die Aertzekammer.
Tut uns mal der Magen weh,
sie verschafft uns echten Tee;
frieren wir in unsern Zimmern,
Kohlen mildern unser Wimmern;
hetzten wir uns fast zu Tode,
sind wir müde und marode,
sie verhilft uns zum Caffee,
daß er lindre unser Weh;
sei's der Wagen, der mal bockt,
und die ganze Praxis stockt,

sind es Birnen, die zertrümmert,
oder was uns sonst bekümmert,
täglich fühlen wir ihr Walten
uns bei Laune zu erhalten.
Sei es heute oder morgen,
sie erleichtert uns die Sorgen!
Darum sei sie hoch gepriesen,
daß sie in der Zeit, der miesen,
so vortrefflich uns umhegt
und wie eine Mutter pflegt;
dankbar wollen wir sie loben;
„aller Segen kommt von – oben!“

meinsamen Dach. Dieses Gedicht aus schwerer Zeit zeigt auf eine anrührende Art die komplexe Beziehung zwischen den KVen und ihren Mitgliedern: Man ist zwar dankbar für die Hilfe, aber sie kommt „von oben“ – und das ist eben immer ein Problem.

In den ersten Jahrzehnten der Bundesrepublik blieb das Verhältnis der Kassenärzte zu ihrer KV auf dieser Ebene. Die Honorarzuwächse waren bis in die 80er Jahre hinein mehr als auskömmlich, die Bürokratie noch überschaubar, und die Patienten leidlich vernünftig. Mit Einführung der Honorarbudgets in den späten 80er Jahren (durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung selbst provoziert) und durch die zunehmend übergreifenden „Kostendämpfungsgesetze“

Dieses „Preislied“ schrieb ein Kassenarzt 1946. Es richtete sich zwar an die Ärztekammer, gemeint war aber die Kassenärztliche Vereinigung – damals arbeiteten beide Organisationen auch rechtlich noch unter einem ge-

entfremdeten sich Mitglied und KV, die all die Unannehmlichkeiten organisieren und exekutieren musste.

Verschärft wurde dies durch die einsetzenden Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft und Fehlverhalten in einzelnen KVen und der KBV. Die KVen wurden immer weniger wahrgenommen als eigene Einrichtung. Die Kassenärzte, die nun Vertragsärzte hießen, und dann auch die in das System gekommenen Psychotherapeuten sahen in ihnen eher eine fremdgesteuerte Bürokratie, die sie auch noch zu finanzieren hatten. Verstärkt wurde dies durch eine Politik, die genau dies bezweckte und mit der „Professionalisierung“ von Vorstand und Vertreterversammlungen ganz gezielt einen Keil zwischen KV und Mitglied treiben wollte.

Die KVen reagierten und versuchten, ihre Aufgabe den Mitgliedern verständlicher zu machen und wieder näher an sie heranzurücken. Große Anstrengungen wurden unternommen, um die Arbeit transparenter zu machen. Die ungeheuren Datenmengen, die in der KV anfallen, wurden so aufbereitet, dass sie den Mitgliedern eine Hilfe bei ihrer Praxisorganisation sein konnten, und eine Fülle von Beratungsleistungen wurde organisiert.

Das blieb nicht ohne Erfolg. Im Großen und Ganzen werden die KVen nun wieder als eher hilfreich denn hinderlich wahrgenommen, der Ruf nach „Abschaffung“ ist weitgehend verstummt. Doch nun traten neue Herausforderungen auf: die Liberalisierung des Zulassungsrechts.

Diese Reform war dringend notwendig gewesen. Denn die Möglichkeit, angestellt und in Teilzeit tätig zu werden, wurde immer nachdrücklicher eingefordert. Wie überfällig dieser Schritt war, zeigt die stürmische Entwicklung der Zahl der ange-

stellten Ärzte und Psychotherapeuten. In Hamburg liegt sie bei mittlerweile bei etwa 30 Prozent.

Mit dem Vordringen der angestellten Mitglieder entstanden aber neue Fragen: Was erwarten diese Ärzte und Psychotherapeuten von der KV? Wie kann man sie für ein Engagement in der KV begeistern? Alle KVen versuchen, auf diese Fragen eine Antwort zu finden. Und auch wenn wir in Hamburg dank eines sehr engagierten Beratenden Fachausschusses erste Ansätze identifiziert haben, ist die Unsicherheit (auf beiden Seiten) noch groß.

Neu und von der Politik gewollt ist ein „Kampf der Systeme“. Ambulante und stationäre Versorgung werden gegeneinander in Stellung gebracht, was gerne mit dem Begriff „Verzahnung“ bezeichnet wird – wobei

noch offen ist, wer wo hineinbeißt. Ein Großteil der Politik steht hinter dem stationären System, was in einer (planerisch) überversorgten Region wie Hamburg zum Konkurrenzkampf führen muss. Die Krankenhäuser stehen auch in Hamburg vor massiven Veränderungen. Selbst wenn es nicht zu Klinikschließungen kommen sollte, werden die Aufgaben neu verteilt werden. Da suchen sich die Klinikträger – allen voran Asklepios – neue Geschäftsfelder und glauben, sie vor allem in der ambulanten Versorgung zu finden.

Und unvermutet wird eine weitere „Systemfrage“ gestellt: Wieviel Oligopolisierung verträgt die ambulante Versorgung? Die Politik hat – unbewusst oder gezielt – die Gründungsberechtigung von Medizinischen Versorgungszentren viel zu weit geöffnet. Über "Stroh-Krankenhäuser" kaufen sich nun Private Equity-Firmen auf diesem Weg Arztpraxen zusammen. In einigen Bereichen droht die Versorgung in die Hand weniger Ketten zu geraten.

Und als ob dies noch nicht ausreichen würde, haben auch die Digitalriesen das Gesundheitswesen als neues Geschäftsfeld entdeckt. Munter und weitgehend ohne die Restriktionen, denen eine KV unterliegt, drängen sie mit immer neuen Angeboten zum Arzt und zum Patienten und verschieben damit die Zuständigkeiten für die Organisation der Versorgung.

Damit stehen das KV-System und ihre Mitglieder vor gänzlich neuen Herausforderungen: Einzelne sowie als Ganzes muss das System der ambulanten medizinischen Versorgung verteidigt und ausgebaut werden. Das ist kein Selbstzweck zum Erhalt der Institution KV. Es ist notwendig, um die Selbstbestimmung der Freiberufler Arzt und Psychotherapeut zu erhalten. Außerdem agiert die KV ausschließlich im Sinne des Systems: sie ist nicht auf Gewinn ausgerichtet und nicht darauf, mit Datensammeln Geld zu verdienen.

KV und Mitglied haben also ein gemeinsames Interesse daran, die Organisation der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung weiter in ihrer Hand zu behalten. Das verändert zwangsläufig das Verhältnis des

KV-Mitglieds zu „seiner“ KV. Aber noch weiß niemand so richtig, wie es aussehen könnte.

Eigentlich ist die KV als selbstverwaltete Institution hochmodern, denn überall wird Partizipation gefordert. Mehr Mitbestimmung als in einer Organisation, die demokratisch strukturiert und selbstverwaltet ist, geht nicht. Aber wir müssen uns die Frage stellen, ob wir dies noch in zeitgemäßer Form erbringen. Und diese Frage richtet sich an die KV-Verwaltung ebenso wie an die Mitglieder.

Der Vorstand der KV Hamburg hat einen ersten Schritt unternommen und einen tiefgreifenden Reformprozess in den Verwaltungsstrukturen eingeleitet. Die Führungsstrukturen werden spürbar verschlankt, die Entscheidungswege kürzer und die Arbeitsplätze moderner. So hoffen wir, auf die sich rasch ändernden Rahmenbedingungen ebenso rasch reagieren – und auch vermehrt agieren – zu können.

Gleichzeitig stellen wir unser Servicekonzept auf den Prüfstand. Und hierbei sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Was vermissen Sie bei der KV Hamburg? Was erscheint Ihnen überflüssig? Wünschen Sie sich neue Formen der Mitarbeit in der KV Hamburg? Wo sehen Sie „Ihre“ KV Hamburg?

Erste Antworten soll eine Umfrage geben, die wir in diesen Tagen durchführen und bei der wir Sie um Beteiligung bitten (siehe Seite 12). Aber damit wird es nicht getan sein. Wir werden den Austausch über diese Fragen noch an vielen Stellen und sehr häufig führen müssen. Denn die KV ist nichts Externes, sie ist keine Organisation der Ärzte- und Psychotherapeuten, sie ist die Ärzte- und Psychotherapeuten! Die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit bestimmen zu können, ist nur wenigen Berufen gegeben. Diese große Chance ist nach wie vor zeitgemäß. Wir müssen ihr nur ein neues Gewand anziehen. Helfen Sie uns dabei! ■



WALTER PLASSMANN

Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg



Umfassende Anstrengung

Die Projektgruppe „Verbesserung der Servicequalität“ stellt sich vor

UNSER WUNSCH IST ES, IHNEN DIE ORGANISATORISCHEN AB-LÄUFE RUND UM IHREN PRAXIS-ALLTAG SO KOMFORTABEL WIE MÖGLICH ZU GESTALTEN.

Daraus resultiert, dass der Servicegedanke in der KV Hamburg einen besonders hohen Stellenwert hat. In diesem Zusammenhang haben sich zwölf engagierte Mitarbeiter/-innen aus unterschiedlichen Organisationseinheiten nach einem Aufruf des Vorstandes zum Projekt „Verbesserung der Servicequalität“ zusammengefunden.

Diese neue Verknüpfung von Projektarbeit und Arbeitsalltag ermöglicht es uns, abteilungs- und bereichsübergreifend zur kontinuierlichen Verbesserung der KV beizutragen.

Wir haben uns die Aufgabe gestellt, Ideen zu sammeln, um die internen Strukturen und Prozesse serviceorientierter auszurichten und – wo erforderlich – neue Services anzubieten. Diese Ideen werden im Rahmen des Projektes priorisiert und anschließend dem Vorstand zur Entscheidung vorgelegt.

Unterstützt durch die Stabstelle „Unternehmensentwicklung und Projekte“ konnten wir die Projektarbeit bereits mit drei elementaren Fragestellungen beginnen:

1. Wie sieht die zukünftige Projektstruktur aus?
2. Welche Zielgruppen umfasst das Projekt?
3. Auf welche Art können wir ermitteln, welcher Servicebedarf besteht?

DIE ERSTE FRAGE konnte schnell geklärt werden: Nach Benennung der Projektleitung wurde der Pro-

jekttauftrag konkretisiert und mit dem Vorstand abgestimmt. Natürlich durften auch ein Projektplan sowie entsprechende Meilensteine nicht fehlen.

ANSCHLIESSEND WURDEN DIE ERSTEN ERGEBNISSE der Gruppenarbeiten zusammengetragen und die Zielgruppen unseres Projektes festgelegt. Der Fokus wird hier auf den unterschiedlichen Phasen und Formen der Niederlassung liegen, da der Servicebedarf hier erfahrungsgemäß stark variiert und folglich auch unterschiedliche Serviceangebote erfordert. Unser Anliegen ist es auch, die vorhandenen Serviceangebote für Sie transparenter zu gestalten und bekannter zu machen.

BEI DER DRITTEN FRAGE KOMMEN SIE INS SPIEL, denn Sie wissen am besten, welche Serviceangebote Sie in Ihrem täglichen Praxisgeschehen benötigen. Daher ist es uns wichtig, Ihre Expertise mit in das Projekt einfließen zu lassen. Wie Walter Plassmann in seinem Artikel „Neuen Service braucht das KV-Land“ angekündigt hat, werden wir hierfür unter anderem eine Mitgliederbefragung nutzen (siehe Seite 12). Ihre Wünsche und Hinweise sind von großem Wert für unsere Projektarbeit, da wir hieraus bereits erste Ideen für Maßnahmen ableiten können.

Über den aktuellen Stand des Projektes werden wir Sie regelmäßig informieren. Für weiteres Feedback zu diesem Projekt nutzen Sie gerne auch unsere E-Mail-Adresse: feedback@kvhh.de

Zusätzlich möchten wir weitere Kommunikationswege nutzen, um gemeinsam mit Ihnen herauszufinden, was Service für Sie bedeutet und wo Sie ihn in welchem Umfang benötigen. Bitte unterstützen Sie uns hierbei und helfen Sie uns, den Service der KV Hamburg auf ein neues Level zu heben! Wir freuen uns darauf, mit Ihnen ins Gespräch zu kommen!

Sabrina Pfeifer, Stefanie Schmidt
(Projektleiterinnen)

Kristin Frommelt, Inga Beitz,
Rainer Schmidt-Brauns, Jan Torliene,
Susanne Tessmer, Alexandra Buchholz,
Wencke Lam, Deike Daub, Dr. Emmanuelle Brua, Katherina Stach





Die Mitgliederbefragung der KV Hamburg

Sagen Sie uns Ihre Meinung!

Gibt es etwas, das Sie Ihrer KV schon immer mal sagen wollten? Wie stehen Sie zu Services und Beratungskompetenz Ihrer Selbstverwaltungsorganisation? Fühlen Sie sich in diesen stürmischen und von ständigem Wandel dominierten Zeiten durch Ihre vertragsärztliche beziehungsweise vertragspsychotherapeutische Standesvertretung adäquat repräsentiert? Was sind Ihre Erwartungen an die KV?

Mitte September startet die KV Hamburg die große Mitgliederbefragung. Und wir bitten Sie herzlich um Beteiligung – im Sinne einer starken Selbstverwaltung und eines lebendigen und konstruktiven Dialogs.

HIERBEI VERFOLGEN WIR DREI ZIELE:

1. Ein systematisches und repräsentatives Feedback zur Beratungs- und Serviceleistung der KV Hamburg durch ihre Mitglieder
2. Eine valide Ausgangsbasis zur kontinuierlichen Verbesserung und zur Einführung neuer Services
3. Eine Stärkung des Schulterschlusses zwischen den Vertragsärzten beziehungsweise Vertragspsychotherapeuten und ihrer KV

DIE BEFRAGUNGSMECHANIK:

In enger Zusammenarbeit mit einem Hamburger Markt- und Meinungsforschungsinstitut haben wir

einen Online-Fragebogen entwickelt, der aus vier Teilen besteht:

- einem statistischen Teil, in dem Sie über Ihre allgemeine Zufriedenheit mit der KV Hamburg Auskunft geben können,
- einem dynamischen Teil, in dem Sie die Services der KV Hamburg bewerten können, die Sie in Anspruch genommen haben (z. B. Zulassung, Genehmigung, Abrechnung, Praxisberatung etc.),
- einem offenen Freitextfeld, in dem Sie uns Ihre Gedanken, Wünsche und Erwartungen mitteilen können,
- einem Teil mit personenbezogenen und praxisspezifischen Angaben.

Die Befragung ist anonym.

ABLAUF: Im September erhalten Sie als Mitglied der KV Hamburg einen Brief von der KV, der einen Link und einen persönlichen Online-Zugangscode enthält. Damit erhalten Sie Zugang zu dem Fragebogen, den Sie vollständig online ausfüllen und dann automatisch an die KV absenden. Wir danken schon im Voraus für Ihre Mitarbeit, hoffen auf rege Teilnahme und freuen uns auf gute Ideen und eine konstruktive Unterstützung.

DR. JOCHEN KRIENS Pressesprecher sowie Abteilungsleiter Politik und Öffentlichkeitsarbeit der KV Hamburg

Überblick: Welche Beratungs- und Serviceleistungen die Abteilungen der KV Hamburg anbieten



Zentrale Anlaufstelle: Das Infocenter

**SUSANNE TESSMER,
MITARBEITERIN DES INFOCENTERS**
Das Infocenter ist der erste Anlaufpunkt für alle Anfragen unserer Mitglieder und deren Mitarbeiter rund um die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Tätigkeit. Wir betreuen Sie beispielsweise gerne bei der Abgabe Ihrer Onlineabrechnung, stehen Ihnen mit Rat

und Tat zur Seite, wenn der EBM mal wieder Fragen aufwirft und auch bei der Entwirrung von teils komplizierten Richtlinien sind wir Ihnen gerne behilflich. Auch die Zusendung von aufbereiteten Praxisinformationen, Checklisten und Übersichten übernehmen wir gerne für Sie!

Wir sind sehr bemüht, Ihre Anfragen zügig, verständlich und korrekt zu beantworten. Unsere Serviceabteilung hat ein sehr breites Feld an Beratungsthemen. Sollten wir Ihre Anfrage nicht sofort klären können, verbinden wir Sie entweder direkt mit dem zuständigen Sachbearbeiter der Fachabteilung, oder wir nehmen Ihr Anliegen auf und melden uns nach erfolgreicher Klärung zurück.

Infocenter
Tel: 22802 - 900
Telefonische Erreichbarkeit:
Mo., Di., Do. 8 - 17 Uhr
Mi. 8 - 12.30 Uhr
Fr. 8 - 15 Uhr
E-Mail: infocenter@kvhh.de
Fax: 22802 - 420



Fachberatung durch Ärzte und Apothekerinnen

**ALEXANDRA BUCHHOLZ,
APOTHEKERIN UND MITARBEITERIN DER ABTEILUNG PRAXISBERATUNG**

Die Abteilung „Praxisberatung“ steht Ihnen bei allen medizinischen und pharmazeutischen Fragestellungen zur Verfügung. Die Beratungen werden von erfahrenen Ärzten/Ärztinnen und Apothekerinnen durchgeführt, die sich durch ständige Fortbildung auf dem aktuellen Stand halten.

Fortsetzung nächste Seite →

→ Wir drei Apothekerinnen erläutern, nach welchen Vorgaben Arzneimittel und Medizinprodukte zulasten der GKV verordnet werden können. Wir beantworten Ihre Fragen zur Bestellung von Impfstoffen und zum Sprechstundenbedarf. Weiterhin erklären wir Ihnen gerne Ihre Trendmeldung nach der Hamburger Wirkstoffvereinbarung, welche jedes Quartal Ihr Verordnungsverhalten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung abbildet, und geben Hinweise, wie Sie Ihre Zielerreichungsquote durch wirtschaftliches Verordnen verbessern können.

Unsere beratenden Ärzte und Ärztinnen informieren über weitere Verordnungen, beispielsweise von Heil- und Hilfsmitteln und Krankentransport, sowie zur Frage „Einweisung oder Überweisung“. Außerdem bietet die Abteilung eine persönliche Pharmakotherapieberatung an – für Ärzte, die neu ins KV-System kommen (Zulassung/Anstellung) oder die eine grundlegende individuelle Beratung zum Regelwerk im Vertragsarztwesen wünschen.

Wir freuen uns über Ihren Anruf – lieber einmal mehr, damit wir Ihnen die Angst vor Regressen nehmen und gemeinsam eventuellen Prüfanträgen vorbeugen können.

Weitere Informationen zur Abteilung Praxisberatung finden Sie im Internet:

www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Beratung und Information → Praxisberatung

Tel. Sekretariat Praxisberatung:
22802 - 571 / - 572

E-Mail: praxisberatung@kvhh.de



Fragen zur Abrechenbarkeit von Leistungen

JASMIN HARTMANN, MITARBEITERIN DER ABTEILUNG „ABRECHNUNGSORGANISATION“

Unsere Hauptaufgabe besteht in der Durchführung der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Arztabrechnungen zur Feststellung des Honoraranspruchs. Das heißt: Wir schauen uns an, ob die Abrechnung plausibel und schlüssig ist, ob die in Ansatz gebrachten Ziffern von der jeweiligen Arztgruppe abgerechnet werden dürfen und ob die Ziffern zusammenpassen. Wenn es ein Problem gibt, versuchen wir, es durch einen Anruf in der Praxis zu lösen, sodass die Abrechnung gleich korrigiert werden kann. In diesem Zusammenhang stellt sich also vor allem die Frage: „Welche Ziffern können unter welchen Bedingungen abgerechnet werden?“ Hierzu beraten wir unsere Mitglieder telefonisch oder auf Wunsch in einem persönlichen Gespräch. Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter, die schon länger in der vertragsärztlichen Versorgung arbeiten, kennen oftmals die für sie zuständigen Ansprechpartner in den Abrechnungsabteilungen und rufen dort direkt an, wenn sie Fragen haben. Sollte der Ansprechpartner

nicht bekannt sein, werden die Anrufer vom Infocenter an den zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet.

Da die Anzahl der EBM-Änderungen in den letzten Jahren stark zugenommen hat, stellen wir den Ärzten, Psychotherapeuten und Praxismitarbeitern seit 2017 quartalsweise eine Übersicht über alle EBM-Änderungen und –Neuerungen in einem Abrechnungs-Newsletter zusammen. Damit die Leser die für sie wichtigen Informationen schnell finden, werden die Artikel nach Arztgruppen sortiert dargestellt. Der Newsletter kann auf der Homepage der KV Hamburg eingesehen und auch abonniert werden, sodass man ihn automatisch jedes Quartal per E-Mail erhält. Selbstverständlich kann man sich von diesem Service jederzeit wieder abmelden. Um den Ärzten Einblicke darüber zu geben, wie oft sie eine bestimmte Leistung im Vergleich zu ihrer Fachgruppe abgerechnet haben, stellen wir jedes Quartal Leistungsstatistiken zur Verfügung, die zusammen mit den Berichten zur Honorarverteilung im Portal der KV Hamburg veröffentlicht werden.

Der Abrechnungsnewsletter im Internet: www.kvhh.de →

Abrechnung → Newsletter

Die Anmeldung und Abmeldung für die E-Mail-Benachrichtigung finden Sie auf derselben Seite.



Fragen zum Honorarbescheid und zur Honorarverteilung

MAVIS PLITT, MITARBEITERIN DER HONORARABTEILUNG

In der Honorarabteilung erfolgt aus dem bereits festgestellten Honoraranspruch der Ärzte und Psychotherapeuten die Honorarauszahlung mit einer transparenten Honorarabrechnung. Dazu werden, entsprechend der KBV-Vorgaben und dem Honorarverteilungsmaßstab, die notwendigen Vergütungsvolumina, Kontingente und Leistungsbudgets in unserer Abteilung ermittelt.

Die Honorarverteilung ist ein sich stetig veränderndes System. Es gibt immer wieder Änderungen, die auf Gesetzesänderungen oder Beschlüsse zurückgehen. Hierfür erarbeiten wir, auch in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden, Vorschläge für notwendige Anpassungen in der Honorarverteilung.

Insgesamt beraten wir gerne telefonisch und persönlich unsere Ärzte und Psychotherapeuten sowie alle diejenigen, die planen sich niederzulassen, bei Fragen rund um die allgemeine Honorarverteilungssystematik und das eigene individuelle sowie das praxisbezogene Leistungsbudget. Zudem erläutern wir die Honorarabrechnung und klären über die Möglichkeiten auf, Anträge auf Anpassungen von Leistungsbudgets zu stellen. Da die Berechnung der Leistungsbudgets anhand der abgerechneten Leistungen aus dem Vorjahresquartal erfolgt, können Gründe für Antragsmöglichkeiten beispiels-



Sicherung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung

INGA BEITZ, MITARBEITERIN DER ABTEILUNG QUALITÄTSSICHERUNG

Wir stehen bei allen Fragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung. Unser Ziel ist es, die Ärzte und Psychotherapeuten dabei zu unterstützen, ihre Patienten nach aktuellen Standards und auf höchstem Niveau zu versorgen und somit die Qualität der Arbeitsprozesse und der Arbeitsergebnisse zu wahren oder zu erhöhen.

Die Abteilung Qualitätssicherung informiert die Ärzte und Psychotherapeuten über fachliche, apparative, räumliche und personelle Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung einer Leistung und berät sie darüber, wie diese Nachweise und die daran geknüpften Bedingungen zum Fortbestehen zu erbringen sind. Zudem versuchen wir, den Ärzten und Psychotherapeuten den Umgang mit der Bürokratie so weit wie möglich zu erleichtern. Wir fassen genehmigungsrelevante Unterlagen als „Handout“ für neu ins System kommende Ärzte zusammen, schicken Erinnerungsschreiben zu bestehenden Fristen und informie-

Fortsetzung nächste Seite →

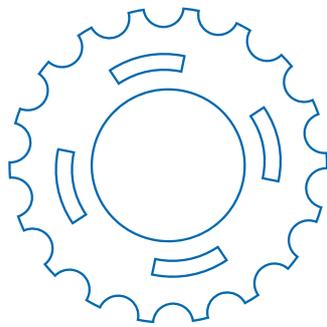
weise sein, wenn eine Ärztin oder ein Arzt im Vorjahresquartal erkrankt war oder im aktuellen Quartal zusätzliche Patienten behandelt, weil die Nachbarpraxis geschlossen hat. Diese Anträge werden von uns in der Honorarabteilung von einem festen Ansprechpartner für die jeweilige Arztgruppe bearbeitet.

Neben den Anträgen kümmern wir uns ebenfalls um entsprechende Widersprüche gegen den Honorarbescheid.

Um für unsere Ärzte und Psychotherapeuten möglichst viel Transparenz herzustellen, informieren wir schon vor Quartalsbeginn in der Information zu den Leistungsbudgets über Neuerungen, die sich auf diese Budgets auswirken. Auf unserer Homepage zeigen wir die für die Berechnung herangezogenen Werte sowie die ermittelten arztgruppenspezifischen Leistungsbudgets (www.kvhh.de → Abrechnung → ILB). Zudem werden auf der Homepage Informationen zu den Veränderungen in den Vergütungsvolumina sowie zu besonderen Neuerungen dargestellt. Auch können Veränderungen für das Quartal den Erläuterungen zum Honorarbescheid, die der Honorarabrechnung beigelegt sind, entnommen werden.

Außerdem wird von uns für jedes abgeschlossene Quartal ein Quartalsbericht erstellt, in dem die Honorarveränderungen insgesamt sowie die Umsätze auf Arztgruppenebene dargestellt und erläutert werden.

Den Quartalsbericht zur Honorarverteilung finden Sie im Portal der KV Hamburg.



Sonderfall: Ärztliche Stelle

SOPHIE HEIBER, MITARBEITERIN DER ÄRZTLICHEN STELLE – GESCHÄFTSBEREICH KV HAMBURG

Ein Sonderfall der Qualitätssicherung ist die medizinische Strahlenanwendung. Die Qualitätssicherung in diesem Bereich wird durch die „Ärztliche Stelle“ nach der Strahlenschutzverordnung durchgeführt – eine gemeinsame Einrichtung mit Geschäftsbereichen bei der KV Hamburg und der Ärztekammer Hamburg. Mit Hilfe von Kontrollen, Praxisbesuchen und Beratungen soll die Strahlenexposition für die Patienten so gering wie möglich gehalten werden und die Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen überprüft werden.

Informationen zur Ärztlichen Stelle: www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Qualität → Ärztliche Stelle



Fragen zum Qualitätsmanagement

SABRINA PFEIFER, MITARBEITERIN DER ABTEILUNG QUALITÄTSSICHERUNG

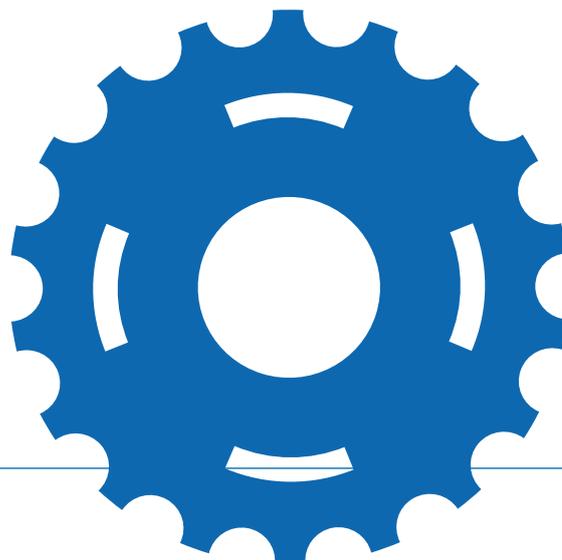
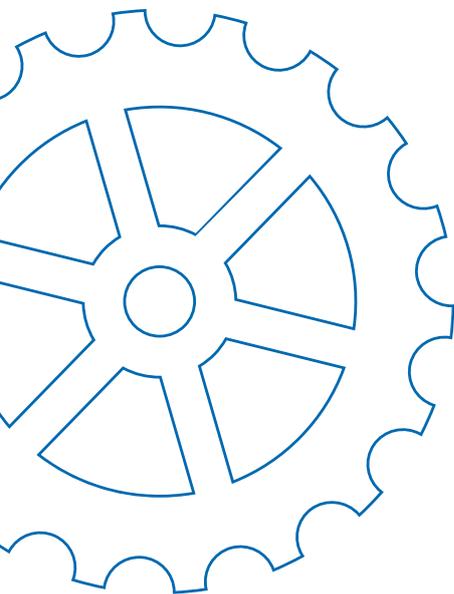
Wir bieten Ihnen Unterstützung bei der Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement (QM) an. Unser Schwerpunkt liegt auf dem von der KBV und den KVen speziell für Praxen entwickelten Qualitätsmanagement-System QEP.

Das aus Birgit Gaumnitz und mir bestehende Qualitätsmanagement-Team organisiert jährlich über 20 QM-Seminare im Ärztehaus, die thematisch weit gefächert sind - von der systematischen Einführung von Qualitätsmanagement über Datenschutz und Hygiene bis hin zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Außerdem beraten wir die Ärzte und Psychotherapeuten telefonisch und persönlich. Sie können einen Beratungstermin bei uns im Ärztehaus vereinbaren. Wir kommen aber auch gerne zu Ihnen in die Praxis, um über mögliche Verbesserungen der Arbeitsabläufe oder des Qualitätsmanagement-Handbuchs zu sprechen. Die KV ist in diesem Bereich ausschließlich zu Ihrer Unterstützung da. Auch die von uns durchgeführten Stichproben anhand von Selbstbewertungsbögen sind sanktionsfrei, es geht lediglich darum, den Umsetzungsstand in Hamburg

→ ren über gesetzliche Änderungen. Außerdem bieten wir flexible Beratungstermine an.

Unsere Aufgabe ist es, Stichprobenprüfungen in einzelnen Bereichen durchzuführen und die Fortbildungsverpflichtung der Ärzte und Psychotherapeuten zu überwachen. Hierdurch erfolgt eine stetige und konsequente Analyse der vertragsärztlichen Versorgung. Bei Optimierungsbedarf erarbeitet unsere Abteilung praktikable Konzepte und setzt diese begleitend um.

Weitere Informationen zur Abteilung Qualitätssicherung: www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Qualität → Qualitätssicherung



zu erheben. Sanktionsbewehrte Kontrollen zu einzelnen Aspekten des Qualitätsmanagements (wie Hygiene) werden aber von den Behörden durchgeführt. Unsere Seminare und Beratungsangebote helfen dabei, sich darauf vorzubereiten.

Weitere Informationen zum Qualitätsmanagement:

www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Qualität →

Qualitätsmanagement

Die Seminar-Termine finden Sie jeweils auf den letzten Seiten des KVH-Journals und im Internet:

www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Fortbildung → Termine



Fragen zu Niederlassung und Betriebsformen

UTA KRÖGER, MITARBEITERIN DER ABTEILUNG ARZTREGISTER

Eine zentrale Aufgabe des Arztregisters ist es, die Stammdaten der KV-Mitglieder auf dem neuesten Stand zu halten. Das ist die Voraussetzung für viele Dienstleistungen der KV, beispielsweise für die Abrechnung. Daneben sind wir zuständig für Fragen zu Niederlassung, Praxisabgabe und Betriebsformen. Wir beraten Sie, wenn Sie sich neu niederlassen wollen, wenn Sie die Struktur Ihrer Praxis verändern wollen, wenn

Sie einen Kollegen oder einen Weiterbildungsassistenten einstellen oder Jobsharing praktizieren wollen – und wenn Sie Ihre Praxis abgeben möchten. Wir führen eine Interessentenliste und stellen Kontakte zwischen Praxisabgebern und möglichen Nachfolgern her. Außerdem unterstützt Sie das Arztregister bei der Suche nach einem Praxisvertreter, wenn Sie krank geworden sind oder Mutterschutz in Anspruch nehmen wollen. Jedem Mitarbeiter des Arztregisters ist ein bestimmter Aufgabenbereich zugeordnet. Wir beraten Sie gerne sowohl telefonisch als auch persön-

lich. Die KBV hat Informationsmaterial zu Betriebsformen und Praxisführung erarbeitet, das wir Ihnen kostenlos zur Verfügung stellen.

Ansprechpartner für Fragen und Beratung:

www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Zulassung → Ansprechpartner

Zur Bedarfsplanung, zum Versorgungsgrad der Fachgruppen und zur Versorgungsstruktur stellen wir Transparenzdaten ins Internet:

www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Zulassung → Bedarfsplanung

www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Versorgung → Statistik



Bestellservice: Formulare und Infomaterial

Die KV Hamburg bietet Ihnen Formulare und Informationsmaterial zum Download beziehungsweise zur Bestellung an.

KVH-FORMULARE (z.B. Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter): Alle Dokumente, die Sie für die direkte Kommunikation mit der KV benötigen, stellen wir Ihnen als PDF zum Download zur Verfügung.

FORMULARE DES PAUL ALBRECHT VERLAGS (z.B. wie Mutterpass, AU-Bescheinigung, Totenschein): Vordrucke, die Sie für Ihre tägliche ärztliche oder psychotherapeutische Arbeit benötigen, können Sie über ein Bestellfax kostenfrei anfordern.

KVH-INFOMATERIAL (z.B. Flyer, Plakate, Servicehefte): Originäre Publikationen der KV Hamburg können Sie über ein Bestellfax kostenfrei anfordern.

PATIENTENINFORMATIONEN (z.B. Flyer, Kopiervorlagen): Eine Sammlung von Publikationen zur Information Ihrer Patienten finden Sie alphabetisch nach Themen sortiert. Sie können die Dokumente als PDF downloaden. www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) **Formulare & Infomaterial**



Service für Ihre Patienten

TERMINSERVICESTELLE

Aufgabe der Terminservicestelle (TSS) ist es, gesetzlich Krankenversicherten zeitnah einen Termin zu vermitteln – und zwar beim Hausarzt, Kinderarzt, Facharzt oder Psychotherapeuten. Der Termin, den der Patient erhält, soll innerhalb eines Zeitfensters von vier Wochen ab dem Anruf bei der TSS liegen. Eine Ausnahme ist die psychotherapeutische Akutbehandlung, hier beträgt das Zeitfenster zwei Wochen.

Wie erreichen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die Terminservicestelle?

Ansprechpartner für Mitglieder der KV Hamburg ist das Info-center. Tel: 22802 - 900

Wie erreichen Patienten die Terminservicestelle?

Terminservicestelle für Arzttermine:

Tel: 555 538 30

Terminservicestelle für psychotherapeutische Termine:

Tel: 555 502 00

Erreichbarkeit:

Mo. bis Fr.: 9 - 13 Uhr

Do. zus.: 15- 17 Uhr

PATIENTENBERATUNG

Die Patientenberatung ist eine gemeinsame Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg. Das Team (bestehend aus Ärzten, Sozialversicherungsfachangestellten und einem Juristen) berät Patienten kompetent und unabhängig. Es hilft bei der Suche nach Ärzten mit bestimmten Qualifizierungen, klärt über rechtliche und versicherungstechnische Hintergründe auf und gibt eine Orientierungshilfe im Gesundheitssystem.

Die Beratungen finden telefonisch oder per Mail statt – oder in einem persönlichen Gespräch nach vorheriger Terminabsprache.

Kontakt: Tel: 202 299 222
 patientenberatung@aekeh.de
www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Erreichbarkeit:

Mo. und Di.:

9 – 13 Uhr und 14 – 16 Uhr

Mi.: 9 – 12 Uhr und 14 – 18 Uhr

Do.: 9 – 13 Uhr und 14 – 16 Uhr

Fr.: 9 – 12 Uhr



Fragen zum Zulassungsverfahren

KATHERINA STACH, MITARBEITERIN DER ABTEILUNG ZULASSUNGSAUSSCHÜSSE

Die Abteilung Zulassungsausschüsse berät Ärzte und Psychotherapeuten, wenn das Zulassungsverfahren unmittelbar bevorsteht oder bereits läuft. Wir geben Ihnen Hinweise, wie die Anträge auszufüllen sind, wie das Verfahren konkret vonstatten geht und welche Fristen einzuhalten sind. Die Entscheidungen über die Anträge auf Zulassung, Anstellung, Verlegung von Arztsitzen, Sonderbedarf und andere die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung betreffende Angelegenheiten trifft dann ein von der KV unabhängiges Gremium: der Zulassungsausschuss. Er ist mit Vertretern von Ärzten und Psychotherapeuten sowie mit Vertretern der Krankenkassen besetzt. Auch Patientenvertreter und Vertreter der Hamburger Gesundheitsbehörde nehmen teil, sind aber nicht stimmberechtigt. Unsere Abteilung organisiert die Sitzungen des Zulassungsausschusses und verschriftlicht die Bescheide.



Fragen zu Praxis-IT & Telematikinfrastruktur

NICOLE STAEGEMANN, MITARBEITERIN DER ABTEILUNG „DATENMANAGEMENT, DATAMINING UND TELEMATIK“

DR. ULRICH KEMLOH, LEITER DER ABTEILUNG „DATENMANAGEMENT, DATAMINING UND TELEMATIK“

Informationstechnologie ist aus der Arzt- und Psychotherapiepraxis nicht mehr wegzudenken. Wir beraten Sie, wenn Sie Fragen zur Nutzung des Digitalangebots im Online-Portal haben: Wie lade ich die verschiedenen Dateien hoch? Woher bekomme ich ein neues Passwort? Seit Juli 2019 müssen alle Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sein. Wie gehe ich damit um? Welchen Mehrwert bietet die TI? Wir unterstützen Sie gerne mit einem Gespräch am Telefon oder per E-Mail. Viele Antworten finden Sie auch in unserer Liste mit den häufigsten Fragen und Antworten (FAQ) auf unserer Homepage.

Informationen zur Praxis-IT und zur Telematik auf der Homepage der KV Hamburg: www.kvhh.de →(linke Navigationsleiste) Praxis-IT & Telematik

Organisation des „Arztruf Hamburg“

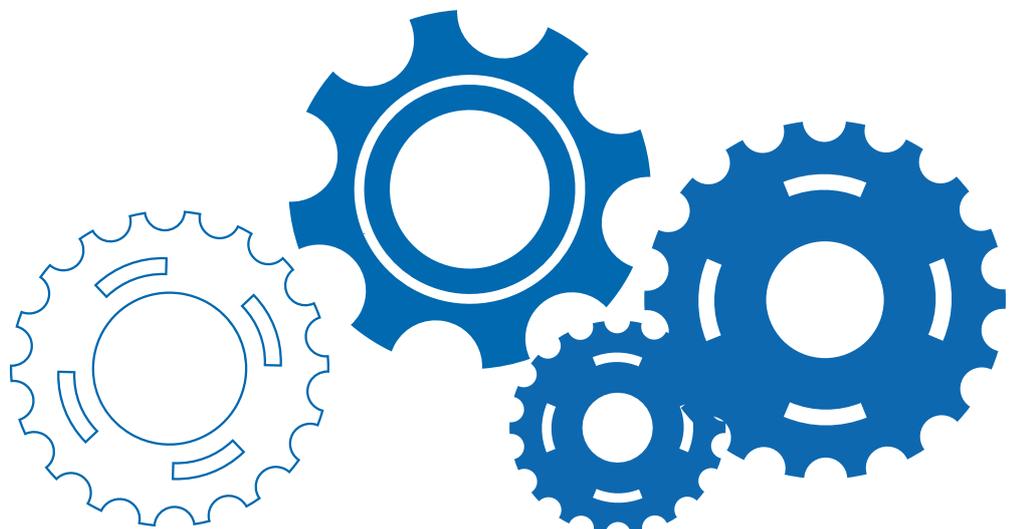
LENA WITTE, MITARBEITERIN DER ABTEILUNG NOTFALLDIENSTE

Wer einen Versorgungsauftrag als Vertragsarzt annimmt, muss theoretisch rund um die Uhr für seine Patienten zur Verfügung stehen. Indem die KV den „Arztruf Hamburg“ organisiert, wird der einzelne Arzt von dieser umfassenden Bereitschaftspflicht entlastet. Das Kollektiv der Ärzte übernimmt die Verpflichtung.

Das Notfalldienstbüro erstellt und verwaltet die Dienstpläne für den „Arztruf Hamburg“. Hierzu gehören unter anderem der Besuchsdienst und die Notfallpraxen. Die Ärzte können via Internet Dienstplanwünsche und

Anschlusszeiten in das Programm ND-Online eintragen. Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben werden die Dienstpläne erstellt. Bereits geplante Dienste können mit Hilfe des Programms abgegeben und von anderen Ärzten übernommen werden.

In der Notrufzentrale nehmen wir die Anrufe von Patienten entgegen und ordnen die Fälle zu: Einige Patienten vermitteln wir an die Notfallpraxen. Bei einigen genügt es, wenn sie von einem Arzt zurückgerufen werden. Andere benötigen einen Arztbesuch zu Hause. Die Protokolle der Patientendokumentation stellen wir den Ärzten elektronisch zur Verfügung. Das ist die Vorarbeit, mit der wir die Ärzte im „Arztruf Hamburg“ unterstützen. ■



Fragen und Antworten

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

Infocenter Tel: 22802-900

TSVG

Ich bin Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und habe nach Rücksprache mit einem hausärztlichen Kollegen einen Patienten mit zeitnahe Abklärungsbedarf übernommen. Dieser stellt sich nun mit einem Überweisungsschein ohne Überweisungscode vor. Dieser ist doch notwendig, um die Kennzeichnung als „HA-Vermittlungsfall“ vornehmen zu können und somit die extrabudgetäre Vergütung zu erhalten, oder?

Nein. Das Vorliegen eines Überweisungs-Codes ist für den „HA-Vermittlungsfall“ irrelevant. Für die Kennzeichnung des HA-Vermittlungsfalls müssen vier Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Termin wurde im direkten Kontakt zwischen Hausarzt- und Facharztpraxis vereinbart.
- Der Überweisungsschein vom Hausarzt liegt vor.
- Es handelt sich um einen dringend erforderlichen Behandlungstermin (keine planbaren Untersuchungen, Vorsorgetermine oder Bagatellerkrankungen)
- Der Termin beim Facharzt muss innerhalb von vier Kalendertagen stattfinden. Der erste Zähltag ist hierbei der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt.

PSYCHOTHERAPIE

Mein Patient hat seine Psychotherapie für mehr als sechs Monate unterbrochen. Kann die Behandlung fortgesetzt werden?

Laut Psychotherapie-Vereinbarung ist die Unterbrechung einer laufenden Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr nur dann zulässig, wenn dies besonders begründet wird. Daher muss mit der Krankenkasse geklärt werden, ob die Psychotherapie fortgeführt werden kann oder nicht. Die Kontaktaufnahme mit der zuständigen Krankenkasse kann in diesem Fall formlos erfolgen.

KRANKENBEFÖRDERUNG

Ich bin Hausarzt und betreue eine pflegebedürftige Patientin. Für diese Patientin möchte ich gerne eine Verordnung für eine Krankenfahrt zu einem fachärztlichen Kollegen ausstellen. Ist diese Verordnung genehmigungspflichtig?

Nach dem Pflegepersonalstärkungsgesetz ist bei Patienten mit Pflegegrad 3, 4 und 5 oder mit Schwerbehinderung keine Genehmigung durch die Krankenkasse notwendig. Die Krankenfahrt ist also in diesem Fall nicht genehmigungspflichtig.

„Krankenfahrten“ sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Zu den Mietwagen zählen auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. Eine medizinisch-fachliche Betreuung findet während der Fahrt nicht statt.



TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Bekomme ich für den ausgelagerten Praxisraum ebenfalls quartalsweise die Betriebskostenpauschale für die Telematikinfrastruktur (TI) ausgezahlt?

Nein, für ausgelagerte Praxisräume werden keine Betriebskosten gesondert erstattet. Allerdings werden die Kosten für das mobile Kartenterminal sowie die Betriebskosten für die SMC-B-Karte für die ausgelagerte Praxisstätte im Rahmen der TI-Finanzierungsvereinbarung erstattet.

VERTRETUNG

Ich bin Allgemeinmedizinerin. Im kommenden Monat werde ich meine Praxis für einige Tage schließen, da ich auf einer dreitägigen Fortbildung bin. Muss ich für die paar Tage unbedingt einen Vertreter benennen?

Ja. Auch wenn Sie Ihre Praxis aufgrund der Fortbildung für nur einen Tag schließen, ist es Ihre vertragsärztliche Pflicht, für diesen Zeitraum einen Vertreter zu organisieren. Ihre Patienten sind zudem „in geeigneter Weise“ zu informieren – zum Beispiel durch einen Aushang an der Praxistür und eine Ansage auf dem Anrufbeantworter. Der Verweis auf den kassenärztlichen Notdienst ist in diesem Fall nicht zulässig.

Bitte beachten Sie darüber hinaus, dass die Vertretung mit dem von Ihnen benannten Vertreter abgesprochen sein muss. Bei einer Abwesenheit von mehr als einer Woche ist es außerdem erforderlich, der KV Hamburg gegenüber schriftlich Ihre Abwesenheit zu melden und Ihren Vertreter zu benennen.

Nutzen Sie für die Bekanntgabe das Vertretungsformular auf unserer Homepage unter: www.kvhh.de → **Formulare & Infomaterial** → **Formulare** → **Vertretung**

Bei Asylbewerbern: Bitte "von Zuzahlung befreit" ankreuzen!

Asylbewerber sind von der Zuzahlung befreit. Doch woran erkennen die Ärzte, dass sie auf den Rezept- und Verordnungsdrucken die Option „von Zuzahlung befreit“ wählen müssen? Wenn ein Asylbewerber mit einer Versicherungskarte der AOK Bremen-/Bremerhaven in die Praxis kommt, zeigt das PVS im Bereich "Scheinverwaltung" an: Der Patient gehört zur Personengruppe 9 – also „Asylbewerber“. Und das bedeutet: Er ist im laufenden Quartal von der Zuzahlung befreit. Der Arzt trägt im PVS eine Zuzahlungsbefreiung bis Quartalsende ein. Einen Befreiungsbescheid, in dem ausdrücklich auf die Zuzahlungsbefreiung des Patienten hingewiesen wird, stellt die AOK Bremen/Bremerhaven für die Personengruppe 9 nicht zur Verfügung.

Ansprechpartner: AOK Bremen/Bremerhaven Tel: 0421 / 1761-0

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Antonia Lubda, Petra Timmann, Susanne Tessmer, Katja Egbers

Versorgungsvertrag: Unterstützung der VKA-Therapie durch den BKK Landesverband Nordwest

Die KV Hamburg und der BKK Landesverband Nordwest haben einen Vertrag zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) zum 1. Juli 2019 abgeschlossen. Diesem Vertrag sind bislang 15 BKKn beigetreten. Hierzu finden Sie aktuelle Informationen auf unserer Homepage. Der Vertrag soll den Mehraufwand in der Praxis bei Patienten mit VKA im Gegensatz zu NOAKs honorieren und gleichzeitig bei der Erreichung des Ziels der Wirkstoffvereinbarung unterstützen. Interessierte Ärzte können ihre Teilnahme durch Ausfüllen und Übermittlung der Teilnahmeerklärung (Anlage zum Vertrag) erklären. Bei Neueinstellung eines BKK-Patienten einer teilnehmenden BKK auf eine VKA-Therapie kann dann für vier Quartale in Folge eine Pauschale in Höhe von 30 Euro, bei bereits bestehender dauerhafter VKA-Therapie 15 Euro gegebenenfalls einschließlich eines Zuschlags von 2,50 Euro für die Versorgung von Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen abgerechnet werden. Anlage zum Vertrag ist auch eine Patienteninformation. Wir versuchen, auch andere Kassen von diesem Vertrag zu überzeugen, damit eine repräsentative Patientenzahl für die Praxen erreicht werden kann. ■

www.kvh.net →

Recht und Verträge → Verträge →
unter „A“ → Arzneimittelverträge
m. Krankenkassen

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900

Versorgungs- vertrag: Modellprojekt CRP-Testung

Die KV Hamburg hat eine Vereinbarung für ein Modellprojekt zur Verbesserung der Antibiotikaver-sorgung geschlossen. Vertragspart-ner sind die AOK Rheinland/Ham-burg, die DAK, die IKK classic sowie der BKK-Landesverband Nordwest. Im Rahmen dieser Vereinbarung soll der quantitative CRP-Test als Point-of-Care-Test bei Atemwegsinfekten oder einer Otitis media eingesetzt werden, wenn die Verschreibung eines Antibiotikums erwogen wird. An diesem Modellprojekt können im Bereich der KV Hamburg zuge-lassene Hausärzte oder Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde teilnehmen, wenn sie an einer entsprechenden Schulung durch die Christian-Albrecht-Universität Kiel (Institut für Allgemeinmedizin) teilgenommen haben. Im Rahmen des Modellvorhabens ist für die Ab-rechnung des Testes keine Laborge-nehmigung erforderlich. Die nächste Schulung findet am 25. September 2019 von 15 bis 18 Uhr im Haus der KV Hamburg statt.

Die Leistungen des Vertrags können ab 1. Oktober 2019 abgerech-net werden. Die Teilnahme am Vertrag muss gegenüber der KV Hamburg erklärt werden, diese Erklärung kann schon vor dem 1. Oktober 2019 erfolgen. ■

Vertragstext und Teilnahmeformula-re im Internet:

www.kvhh.de → Recht&Verträge →
Verträge → unter "C" → CRP



Nur noch elektronischer Datenversand an die DMP-Datenstelle DAVASO

Die Übermittlung von DMP-Dokumentationen an die DMP-Datenstelle DAVASO ist seit dem 1. Januar 2019 nur noch auf elektronischem Weg (KV-Portal, DMPonline, KV Connect) zulässig. Auf Datenträgern (CD-ROM, Diskette, DVD) übermittelte Dokumentationen werden von der Datenstelle nicht mehr angenommen. ■

Ansprechpartnerin:
Abteilung Datenmanagement,
Dataming und Telematik
Astrid Fellerhoff
Tel: 22802-539

Amtliche Veröffentlichung

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

Beschluss Vertreterversammlung:

● 19. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab gem. § 87 SGB V ab dem 01.10.2013 zum 01.04.2019

Verträge:

● Modellvorhaben nach §§ 63, 64 SGB V: Die „Modellhafte Erprobung von quantitativen CRP-Tests am Point-of-Care im Rahmen einer rationalen Antibiotika-Therapie“ mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic und der DAK-Gesundheit (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

Erratum:

Erratum zum Vertrag gem. § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation „Vitamin K-Antagonisten Therapie“ mit dem BKK-Landesverband NORDWEST:

Im Anhang 1 wurde die FAX-Nr. der KV Hamburg korrigiert.

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

● Im KVH-Journal 7-8/2019 wurde der 13. Nachtrag zum Datenstellenvertrag unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

● Im KVH-Journal 7-8/2019 wurde die Vereinbarung über einen Beitritt der HEK - Hanseatische Krankenkasse zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB mit der DAK-Gesundheit unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

● Im KVH-Journal 7-8/2019 wurde die Vereinbarung über einen Beitritt der Techniker Krankenkasse zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage des § 140a SGB mit der DAK-Gesundheit unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

● Im Telegramm Nr. 53 vom 27. Juni 2019 wurde der 1. Nachtrag zum DMP Asthma bronchiale sowie COPD nach § 137f SGB V unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

● Im Telegramm Nr. 53 vom 27. Juni 2019 wurde der Vertrag zur Verbes-

serung der Versorgungsqualität von Versicherten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen gem. § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V mit der BARMER unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

● Im Telegramm Nr. 53 vom 27. Juni 2019 wurde die Aufhebungsvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung der Tonsillotomie mit der BARMER zum 30.06.2019 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

Hinweis: Austausch von Anlagen in Verträgen

● Anlage 3 zum Vertrag gemäß § 84 Absatz 1 Satz 5 SGB V zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation „Vitamin K-Antagonisten Therapie“ mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 1. August 2019

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22 802 - 900

Fragen und Antworten zur Telematikinfrastruktur

Wir haben für Sie einige Aspekte zusammengestellt, die in der Beratung immer wieder angesprochen werden.

Meine Praxis ist an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen, seitdem gibt es immer wieder Probleme mit dem System. Was kann ich tun?

Für technische Probleme der TI-Komponenten (z.B. Kartenlesegerät) ist grundsätzlich der Dienstleister in die Pflicht zu nehmen. Der Konnektor muss Elektronische Gesundheitskarten (eGK) der Generation 1 und 1+ ablehnen. Sie sind seit Januar 2019 ungültig. Patienten, die solche Karten vorlegen, müssen sich an ihre Krankenkasse wenden und um Austausch der eGK bitten. Karten der Generation 2 müssen auch in der TI funktionieren und dürfen keine Probleme bereiten.

Wer haftet für die Sicherheit in der TI?

Laut KBV ist für die korrekte und sichere Installation und Konfiguration die Gematik über ihre Dienstleister vor Ort zuständig. Als Praxisinhaber tragen Sie hier keine Verantwortung. Falls Sie im Unklaren sind, ob bei der Installation des Konnektors alle Sicherheitsbestimmungen erfüllt worden sind, wenden Sie sich bitte an Ihren IT-Dienstleister. In den meisten Fällen gibt es eine Service-Hotline, die Sie gerne berät. Für die allgemeine IT-Sicherheit in der Praxis und die ordnungsgemäße Verwendung der genutzten IT-Produkte trägt die Praxis selbst die Verantwortung - wie auch schon vor der Einführung der Telematikinfrastruktur. Dazu gehört ein geschützter Internetzugang der Praxis, das regelmäßige Update von Software oder ein Passwortmanagement.

Bestimmte Praxen haben Anspruch auf zusätzliche stationäre Kartenterminals. Wie geht das?

Die Anzahl der einer Praxis zustehenden stationären Kartenterminals ist abhängig von der Anzahl der in der Praxis tätigen Ärzte (Vollzeitäquivalent). Die Vollzeitäquivalente einer Praxis werden auf Basis des Tätigkeitsumfangs aller in der Praxis tätigen Ärzte/Psychotherapeuten gemäß der Zulassungs- und Genehmigungsbescheide ermittelt. Das bedeutet: Nicht die Anzahl der Personen ist entscheidend, sondern deren Tätigkeitsumfang. Beispiel: Für eine Gemeinschaftspraxis mit sechs Ärzten/Psychotherapeuten, die jeweils eine halbe Zulassung haben, ergibt sich ein Vollzeitäquivalent von 3,0. Der Praxis wird daher 1 stationäres Kartenterminal finanziert. Folgende Tabelle stellt die Einteilung dar.

| | Anzahl der Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent) | | |
|-----------------------------------|---|------------------|-----------|
| | <=3 Ärzte | >3 bis <=6 Ärzte | > 6 Ärzte |
| Stationäres Kartenterminal | 1 | 2 | 3 |

Kann die KV durch die TI auf die Daten der Praxis zugreifen?

Nein, die KV kann nicht auf die Daten der Praxis zugreifen. Es wäre rechtlich auch gar nicht zulässig. ■

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900



Ausschreibung der freien förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

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

Vor diesem Hintergrund fördert die KV Hamburg gemeinsam mit den Krankenkassen die Weiterbildung in den Facharztgruppen Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Anzahl der zu fördernden fachärztlichen Weiterbildungsstellen in Hamburg beträgt insgesamt 22,11 Stellen (verteilt auf 5,62 augenärztliche Weiterbildungsstellen, 5,38 pädiatrische Weiterbildungsstellen und 11,12 gynäkologische Weiterbildungsstellen).

FREIE FÖRDERUNGSFÄHIGE WEITERBILDUNGSSTELLEN

Nach Ausschreibung und teilweiser Vergabe der o. g. Stellen können nunmehr noch folgende freie Weiterbildungsstellen vergeben werden:

- Augenärztliche Weiterbildungsstellen: 0,80
- Pädiatrische Weiterbildungsstellen: 1,38
- Gynäkologische Weiterbildungsstellen: 4,20

BEWERBUNGSFRIST

Ein Antrag auf Förderung kann bei der KV Hamburg im Zeitraum

2. BIS 27. SEPTEMBER 2019

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

ANTRAG

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

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag vollständig vorliegen muss, um berücksichtigt werden zu können. Kann die sog. Formale Zeitenbestätigung der Ärztekammer nicht zeitgleich mit dem Antrag auf Förderung vorgelegt werden, kann der Antrag dennoch als vollständig gewertet werden, wobei die sog. Formale Zeitenbestätigung in diesem Falle nachzureichen wäre. Zudem weisen wir darauf hin, dass aufgrund der Begrenztheit der förderungsfähigen Weiterbildungsstellen ggf. nicht alle eingehenden Anträge auf Förderung positiv beschieden werden können.

Weitere Informationen zum Vergabeverfahren:

Richtlinie: www.kvhh.de → Recht & Verträge → Rechtsquellen → Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung Fachärzte

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

Ansprechpartner:
Abteilung Arztregister
Katrin Benedickt, Tel: 22802-661

"Bei Praxen innerhalb des Fünf-Kilometer-Radius entscheidet der Zufall"

Werden psychotherapeutische Sprechstunden-Termine von der Terminservice-stelle (TSS) gerecht auf die Praxen verteilt? **SANDY KUPFERSCHMIDT**, Leiterin der TSS, erläutert das Prozedere.

Es gibt Beschwerden über die Verteilung von Sprechstunden-Terminen durch die Terminservice-stelle (TSS). Stimmt es, dass einige Therapeuten häufiger Termine übernehmen müssen als andere?

KUPFERSCHMIDT: Alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten melden jeweils dieselbe Anzahl von Sprechstunden-Terminen zur Vermittlung an die TSS. Die Inanspruchnahme der TSS durch die Patienten ist gerade bei psychotherapeutischen Terminen im Vergleich zu fachärztlichen Terminen ziemlich groß. Die Belastung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist also generell hoch – das gilt erstmal für alle. Das Interessante ist, dass es auf beiden Seiten punktuell zu Beschwerden kommt: Es gibt Psychotherapeuten, die über eine zu hohe Vermittlungsanzahl für ihre Praxis klagen, und solche, die ihrer Meinung nach zu wenig berücksichtigt werden.

Nach welchen Kriterien werden die Termine vermittelt?

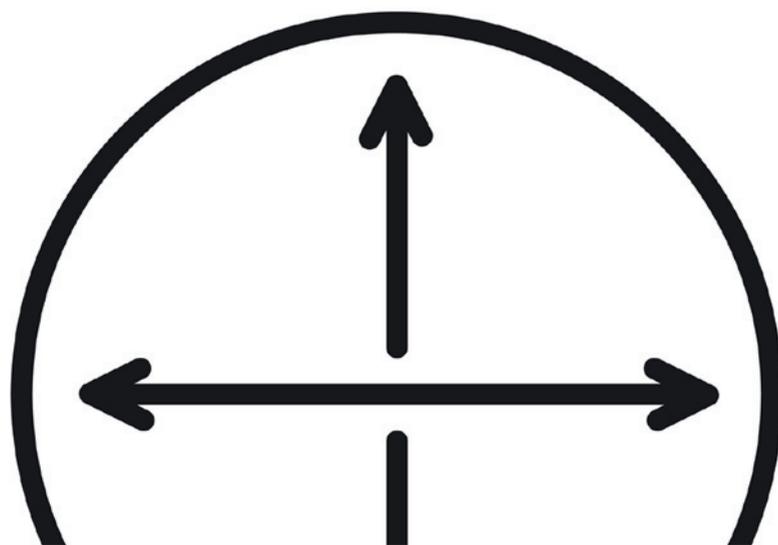
KUPFERSCHMIDT: Das wesentliche Kriterium ist die Entfernung zur Praxis. Wenn ein Patient aus dem Norden Hamburgs anruft, wollen wir vermeiden, dass er einen Termin bei einem Psychotherapeuten in Bergedorf erhält. Dies könnte passieren, wenn wir nur nach dem Zufallsprinzip vermitteln würden. Das wäre aber nicht besonders serviceorientiert. Wenn eine Praxis in einem Stadtteil mit höherer Nachfrage liegt, kann es also durchaus sein, dass sie häufiger einen Patienten zugewiesen bekommt als eine Praxis in einem Gebiet mit sehr geringer Nachfra-

ge oder in einem Gebiet, in dem es sehr viele psychotherapeutische Praxen gibt.

Wie läuft das Vermittlungsprozedere konkret ab?

KUPFERSCHMIDT: Wenn die Mitarbeiter der TSS einen Patienten in der Leitung haben, rufen sie im Programm die Termine jener Praxen auf, die sich in einem Radius von fünf Kilometern um die Mitte des Postleitzahlengiebts befinden, das uns der Patient nennt.

Ist die aufgerufene Liste nach bestimmten Kriterien sortiert?





KUPFERSCHMIDT: Nein. Die Liste ist nicht sortiert – nicht nach Entfernung der Praxis innerhalb des Fünf-Kilometer-Radius, nicht nach Alphabet, nicht nach Uhrzeit des Termins und auch nicht nach dem Geschlecht des Therapeuten.

Werden spezifische Wünsche der Patienten an die Praxis berücksichtigt?

KUPFERSCHMIDT: Wenn der Patient uns zu verstehen gibt, dass er zum Beispiel gern eine Frau als Therapeutin hätte, dann versuchen wir, dies zu ermöglichen.

Und dann? Buchen Sie auf der Liste der in Frage kommenden Praxen jene, die ganz oben verzeichnet ist?

KUPFERSCHMIDT: Nein. Sobald die Liste der in Frage kommenden Praxen erstellt ist, erfolgt die Auswahl zufällig.

Wie ist die Terminvergabe bei der psychotherapeutischen Akutbehandlung und der Probatorik geregelt?

KUPFERSCHMIDT: Für die psychotherapeutische Akutbehandlung und die Probatorik vermitteln wir keine Termine, sondern die Kontaktdaten einer Praxis. Hierbei werden alle

Nachvergütung für psychotherapeutische Leistungen

Die KV verschickt Ende September die Korrekturbescheide zur Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen an die betroffenen Praxen. KBV und GKV-Spitzenverband hatten eine Höherbewertung der Leistungen des Kapitels 35.2 für die Jahre 2009 bis 2018 sowie der ab 1. April 2017 neu eingeführten Leistungen GOP 35151 und 35152 EBM beschlossen. Auslöser für den Beschluss waren unter anderem zwei Urteile des Bundessozialgerichts.

Bei der Nachvergütung werden gemäß Beschluss jene Honorareinheiten berücksichtigt, deren Honorarbescheide für die betreffenden Quartale noch nicht

bestandskräftig sind. Das Quartal 4/2018 stellt eine Ausnahme dar: Beim Quartal 4/2018 werden alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten berücksichtigt, die diese Leistungen abgerechnet haben – unabhängig davon, ob der Honorarbescheid für das Quartal bereits bestandskräftig ist oder nicht.

Die Buchung der aus der Höherbewertung resultierenden Gutschriften wird voraussichtlich vier Wochen nach Versendung der Bescheide erfolgen.

Weitere Informationen, Erläuterungen sowie häufige Fragen und deren Antworten finden Sie auf unserer Website: www.kvhh.de → Abrechnung → Nachvergütung Psychotherapie

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900

psychologischen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärzte berücksichtigt, die in einer Excel-Tabelle aufgelistet sind. Der Patient erhält die Telefonnummer eines Therapeuten und vereinbart den Termin dann selbst. Zur Bestimmung, welche Telefonnummer weiterge-

geben wird, ist die Postleitzahl des Patienten ausschlaggebend. Auch hier versuchen wir, eine Praxis im Einzugsgebiet des Wohnortes zu vermitteln. Kein Therapeut kommt zwei Mal dran, solange die komplette Liste nicht einmal vollständig abgearbeitet ist. ■

Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei Status- und Arbeitgeberwechsel erleichtert

Wenn ein Arzt seinen Status wechselt (von Zulassung zur Anstellung und umgekehrt) oder den Arbeitgeber wechselt, können alle Abochnungsgenehmigungen, die bis dahin von der KV Hamburg erteilt wurden, übernommen werden. Die genehmigungspflichtigen Leistungen müssen auf dem entsprechenden Formular gekennzeichnet und der KV Hamburg rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit unterschrieben übermittelt werden. Bei ausgewiesenen Leistungen muss gegebenenfalls ein Beiblatt mit zusätzlichen Informationen mit übermittelt werden. Dieses Prozedere gilt für einige Leistungen auch bei einer Praxisverlegung. ■

Die Übernahmeanträge sind unter folgenden Links zu finden:

www.kvhh.de → KVH-Formulare → Downloadbereich → Anstellung
www.kvhh.de → KVH-Formulare → Downloadbereich → Zulassung
www.kvhh.de → KVH-Formulare → Downloadbereich → Praxisverlegung

Leistungen, für die noch keine Genehmigungen erteilt wurden, können mit diesen Formularen nicht beantragt werden.

Ansprechpartner:
 Abteilung Qualitätssicherung,
 Tel: 22802-388

QEP-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Dieser zweitägige Kurs richtet sich speziell an psychotherapeutische Praxen, die ihr QM-System unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und ihrer Praxisbesonderheiten aufbauen möchten. Im Seminar wird gezeigt, wie ein Qualitätszielkatalog nach dem QEP-System aufgebaut und im Praxisalltag angewendet wird. Die Teilnehmer erhalten ein Manual mit an psychotherapeutische Gegebenheiten angepasste Musterdokumenten, Checklisten und praktischen Tipps. ■

Teilnahmegebühr: 200 Euro

Termin: Fr. 15.11.2019 (15 – 21 Uhr) und

Sa. 16.11.2019 (8.30 Uhr – 16.30 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

21 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ausbildung zum Datenschutzbeauftragten

Die KV bietet einen viertägigen Kurs für die Ausbildung zum Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis an. Den Teilnehmern werden alle im Gesundheitswesen relevanten Kenntnisse vermittelt - von wichtigen gesetzlichen Grundlagen bis hin zu praktischen Umsetzungsmaßnahmen für den Praxisalltag. Die Ausbildung richtet sich an Personen, die als Beauftragte für den Datenschutz benannt sind oder benannt werden sollen. Nach erfolgreicher Teilnahme erhält man das Zertifikat „Datenschutzbeauftragter in der Arztpraxis“. ■

Teilnahmegebühr: 560 Euro

Termin: 3.12. bis 6.12.2019

(Di. 11 – 17 Uhr, Mi. 9 – 17 Uhr, Do. 9 – 17 Uhr, Fr. 9 – 13 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56,
 22083 Hamburg

Anmeldung: www.kvhh.de →

Fortbildung → Termine

Ansprechpartner:

Abteilung Qualitätsmanagement

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

qualitaetsmanagement@kvhh.de



QUALITÄTSMANAGEMENT

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

| Praxis | Fachrichtung | Adresse | |
|---|--|--|---|
| Frauenärztinnen Alsenstraße Dr. Silke Riekmann, Dr. Christina Schlüter, Dr. Alexandra Thewes, Dr. Anke Kleinmeier | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Alsenstr. 25 22769 Hamburg | QEP-Zertifizierung bis 11.11.2021 |
| Diabetespraxis Langenhorn Daniel Schlott Facharzt | Allgemeinmedizin/ Diabetologe | Diekmoorweg 12a 22419 Hamburg | 1. QEP-Rezertifizierung bis 6.2.2022 |
| Diabeteszentrum Hamburg Nord-West, Dr. Kirsten Hellner | Innere Medizin | Tibarg 1b 22459 Hamburg | 3. QEP-Rezertifizierung bis 17.2.2022 |
| Neurologie Winterhude Dr. Dipl.-Psych. Rita R. Trettin | Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie | Hudtwalcker Straße 2-8 22299 Hamburg | 3. QEP-Rezertifizierung bis 26.3.2022 |
| Praxisklinik Dr. Sigrid Hülsbergen-Krüger | Chirurgie | Harburger Ring 8-10 21073 Hamburg | 3. QEP-Rezertifizierung bis 15.10.2021 |
| Praxisgemeinschaft Hallerstraße Dr. Friederike Windler, Bettina Gerrard, Julia Hartmann | Innere Medizin/ Kardiologie und Allgemeinmedizin | Hallerstraße 6 20146 Hamburg | 2. QEP-Rezertifizierung bis 26.03.2022 |
| Elisabethinum MVZ GmbH Dr. Bodo Eckmann Dr. Michael Brückner | Praktische Ärzte | Glockengießerwall 1 20095 Hamburg | QEP-Zertifizierung bis 14.5.2022 |
| Orthopedikum Hamburg | Orthopäden | Ritterstr. 16 22089 Hamburg | 2. QEP-Rezertifizierung bis 8.5.2022 |
| Culminasceum GmbH Zentrum für Präventivmedizin | Diverse | Kurze Mühren 1 20095 Hamburg | 2. QEP-Rezertifizierung bis 14.05.2022 |
| Gemeinschaftspraxis für Proktologie und Endoskopie Dr. Erik Brandenburg & Benjamin Eberhard | Allgemeinmedizin / Chirurgen / Innere Medizin | Tangstedter Landstraße 77 22415 Hamburg | 2. QEP-Rezertifizierung bis 14.05.2022 |

Stand Juni 2019

HEK hebt den Genehmigungsverzicht für Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls auf

Ab 2. September 2019 sind Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls der Hanseatischen Krankenkasse vorzulegen. Das betrifft ausgestellte Verordnungen mit den Indikationsschlüsseln WS1-WS2 und EX1-EX4.

Verordnungen mit diesen Indikationsschlüsseln sind der Kasse vor Behandlungsbeginn vorzulegen. Nach gestellter Genehmigungsan-

frage kann die Behandlung fortgeführt werden, und entstandene Behandlungskosten werden mindestens bis zum Zugang der Entscheidung vergütet. Zur Beschleunigung des Vorgangs kann die Genehmigungsanfrage für den Patienten auch direkt vom Arzt gestellt werden.

Dazu bitte folgende Fax-Nr. verwenden:
040-65696-1217

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

Informationen zur Verordnungsfähigkeit der Lipidsenker

Für Lipidsenker gelten verschiedene Verordnungseinschränkungen durch die Anlage III der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL). Weil die KBV jetzt zu den Regelungen in der Richtlinie eine Klarstellung in ihrer FAQ-Liste veröffentlicht hat, fassen wir hier die wichtigsten Aspekte für Sie noch einmal zusammen.

Laut Arzneimittelrichtlinie dürfen alle lipidsenkenden Arzneimittel (Statine, Ezetimib, PCSK-9-Hemmer, Fibrate, Gallensäurebinder, Omega-3-Fettsäurenethyl-ester) nur für Patienten verordnet werden, bei denen entweder eine vaskuläre Erkrankung (KHK, Schlaganfall, TIA, pAVK) besteht oder bei denen ein hohes kardiovaskuläres Risiko (über 20 % Ereignisrate/10 Jahre) besteht. Dies ist in Anlage III Punkt 35 der AM-RL geregelt.

Weitere Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von PCSK-9-Hemmern

Aktuell steht nur Repatha® (Evolocumab) als PCSK-9-Hemmer zur Verfügung, da Sanofi aufgrund eines Patentstreits die Fertigung, das Marketing und den Vertrieb von Praluent® (Alirocumab) in Deutschland mit sofortiger Wirkung einstellen musste.

Die Verordnungsfähigkeit von Repatha® (Evolocumab) ist in der Anlage III Punkt 35a der Richtlinie eingeschränkt. Der Wirkstoff ist bei der Behandlung der Hypercholesterinämie oder gemischten Dyslipidämie nicht verordnungsfähig, da das angestrebte Behandlungsziel mit anderen Lipidsenkern ebenso

zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen ist.

Eine Verordnungsfähigkeit besteht nur

- für Patienten mit familiärer, homozygoter Hypercholesterinämie, bei denen medikamentöse und diätetische Optionen zur Lipidsenkung ausgeschöpft worden sind,

- für Patienten mit heterozygoter familiärer oder nicht-familiärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapierefraktären Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von zwölf Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie (Statine und/oder andere Lipidsenker bei Statin-Kontraindikation) der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann und daher davon ausgegangen wird, dass die Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht. Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (z.B. Diabetes mellitus, Nierenfunktion GFR unter 60 ml/min) infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozy-

goter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamttrisikos familiärer Belastung.

Wer darf PCSK-9-Hemmer verordnen?

Zu den weiteren Voraussetzungen der Verordnung gehört, dass die Einleitung und Überwachung der Therapie mit PCSK-9-Hemmern durch bestimmte Fachärzte (mit einer Zulassung im fachärztlichen Versorgungsbereich, s. FAQ-Liste der KBV) erfolgen muss. **Dies gilt auch für Patienten, die zuvor mit Praluent® behandelt wurden und nun neu auf Repatha® eingestellt werden.**

Die Richtlinie nennt hier:

- Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- an Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätige Fachärzte
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie, Kinder-Nephrologie oder Schwerpunkt Kinder-Kardiologie.



Die Folgeverordnungen für Repatha® können auch im hausärztlichen Bereich erfolgen (siehe: Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über eine Änderung der Arzneimittelrichtlinie Anlage III, Evolocumab vom 20.4.2017). Die fachärztliche Überwachung (s.o.) muss allerdings gegeben sein. Wir empfehlen in solchen Fällen, den Namen des betreuenden Facharztes in der Patientenakte zu dokumentieren.

FAQ-Liste der KBV

Die KBV stellt auf ihrer Homepage einen Frage- und Antwortkatalog mit häufig gestellten Fragen (FAQ) zur Anlage III der AM-RL zur Verfügung (siehe: www.kbv.de → **Verordnungen** → **Arzneimittel** → **Arzneimittelrichtlinie**). Die Übersicht dient Vertragsärztinnen und -ärzten zur Unterstützung bei der richtlinienkonformen Arzneimittelverordnung. In dieser Übersicht finden sich seit April dieses Jahres Angaben zur Klarstellung der oben genannten Voraussetzungen zur Verordnung der PCSK-9-Hemmer.

Frage: Kann ein Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder Innere Medizin und Nephrologie oder Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Innere Medizin und Angiologie, der die Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung für die „hausärztliche Versorgung“ innehat und folglich als solcher niedergelassen ist, ebenfalls die Einleitung und Überwachung der PCSK-9-Inhibitoren vornehmen?

Antwort: Nein, denn maßgeblich für die Einleitung und Überwachung der PCSK-9-Inhibitoren ist der Versorgungsbereich, in dem der Facharzt tatsächlich tätig bzw. niedergelassen ist. Dies kann aus den Tragenden Gründen zum Beschluss abgeleitet werden.

Frage: Dürfen auch Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die über eine Sonderregelung* die unbefristete Genehmigung zur Berechnung (kardiologischer, angiologischer oder nephrologischer) schwerpunktspezifischer Leistungen erhalten haben, eine Therapie mit PCSK-9-Inhibitoren beginnen? Sind sie also den in Nr.35a der Anlage III genannten Internisten mit Schwerpunktbezeichnung gleichgestellt?

* Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gemäß § 87 Abs. 1 SGB V zur schwerpunktbezogenen Leistungserbringung für Fachärzte für Innere Medizin zum 1. April 2005 oder vergleichbare Regelung

Antwort: Ja. GKV-SV und KBV vertreten hier gemeinsam die Auffassung, dass diese Ärzte bei Verordnungen der PCSK-9-Inhibitoren (...) wie die Internisten mit Schwerpunktbezeichnung zu behandeln sind. Sie können also auch eine Therapie mit PCSK-9-Inhibitoren in den in Anlage III Nummer 35a genannten Konstellationen einleiten und überwachen. ■

Die Arzneimittelrichtlinie im Internet: www.g-ba.de → Richtlinien → Arzneimittelrichtlinie

Zulassungsentzug: Omega-3-Fettsäurenethylester wirken nicht in der Sekundärprophylaxe nach Herzinfarkt

Den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die Omega-3-Säurenethylester enthalten (z. B. Omacor®, Zodin Omega-3®, Omega-3 Ratiopharm®), wurde die Zulassungsindikation für die Sekundärprophylaxe nach Myokardinfarkt entzogen. Hintergrund ist das Ergebnis eines Risikobewertungsverfahrens der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) für diese Produkte. Die EMA kommt in diesem Verfahren zu dem Schluss, dass die Arzneimittel in dieser Indikation nach der Bewertung neuerer Daten nicht wirksam sind und nicht weiter zugelassen sein sollen. Aufgrund der nunmehr fehlenden Zulassung sind diese Präparate für diese Anwendung nicht mehr zulasten der Kassen verordnungsfähig. Vom Zulassungsentzug nicht betroffen ist die Anwendung „Hypertriglyceridämie“, wenn Diät allein oder kombiniert mit Statinen nicht ausreichend wirksam sind (Fachinformation Omacor®, Stand 8/2018)

Information des BfArM zu Omega-3-Fettsäuren - Bewertung der Anwendung nach Herzinfarkt: www.akdae.de → Arzneimittel-sicherheit → Drug Safety Mail → Newsletter-Archiv Drug Safety Mail 2019-35

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



 AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Fluch oder Segen?

Symptom Checker und Diagnostik-Apps

VON PROF. DR. ANDREAS SÖNNICHSEN IM AUFTRAG
 DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Im November 2018 teilte die Techniker Krankenkasse in einer Pressemitteilung mit: „Ein auf künstlicher Intelligenz (KI) basierender Symptomcheck erweitert seit heute das digitale Angebot der Techniker Krankenkasse (TK). Nutzer der App "Ada", die TK-versichert sind, können dort ihre Beschwerden eingeben, erhalten eine persönliche Analyse und werden auf Wunsch über passende digitale Versorgungsangebote der TK informiert.“ Und weiter: „Aus Sicht der TK können Angebote wie der Symptomcheck mit Künstlicher Intelligenz kranken Menschen den Alltag spürbar erleichtern und sie dabei unterstützen, beim Thema Gesundheit kompetenter zu werden. Solche digitalen Angebote sind deshalb auch ein wichtiger Beitrag, um die Patientensouveränität zu fördern.“⁽¹⁾

Aus Sicht der evidenzbasierten Medizin gehen wir der Frage nach, ob die hoffnungsvollen Aussagen einer der führenden Krankenversicherungen in Deutschland einer Überprüfung standhalten.

Die Idee, medizinische Diagnostik durch elektronische Algorithmen zu unterstützen, ist nicht neu. Als einer der ersten „Symptom Checker“ wurde „Isabel“ bereits im Jahr 1999 gegründet – als Reaktion auf eine schwerwiegende Fehldiagnose bei einem dreijährigen Mädchen namens Isabel. Inzwischen sind mehrere Dutzende solcher Diagnose-Tools auf dem Markt. Doch halten sie wirklich, was sie versprechen?

STUDIENEVIDENZ ZUM EINSATZ VON SYMPTOM CHECKERN

Im Jahr 2015 wurde im British Medical Journal eine an der Harvard University durchgeführte Evaluationsstudie (Audit Study) über 23 Symptom Checker publiziert, die sehr enttäuschend ausfiel (2). Die Autoren testeten 45 Fallvignetten, 15 Notfälle, 15 Fälle, die eine hausärztliche Behandlung erforderten, und 15 Fälle, bei denen ein Arztbesuch überflüssig war. Nur in 34 % der Fälle nannten die Apps die korrekte Diagnose an erster Stelle. Die Schwankungsbreite lag zwischen 5 % und 50 %, das heißt, selbst die beste App lag nur in der Hälfte der Fälle richtig. Die Unterscheidung zwischen häufigen und seltenen Krankheiten zeigte, dass häufige mit größerer Treffsicherheit, nämlich in 38 % der Fälle, seltene aber nur in 28 % der Fälle korrekt erkannt wurden. Diagnosen, die keinen Arztbesuch erforderten, wurden häufiger korrekt klassifiziert (40 %) als Diagnosen, die eine notfallmäßige Versorgung erforderten (24 %). Auch die Triage-Korrektheit wurde untersucht: Immerhin wurden 80 % der Notfälle von den Apps als solche identifiziert. Erschreckend ist allerdings, dass bei Beschwerden, die keinen Arztbesuch erforderten, in fast 70 % der Fälle

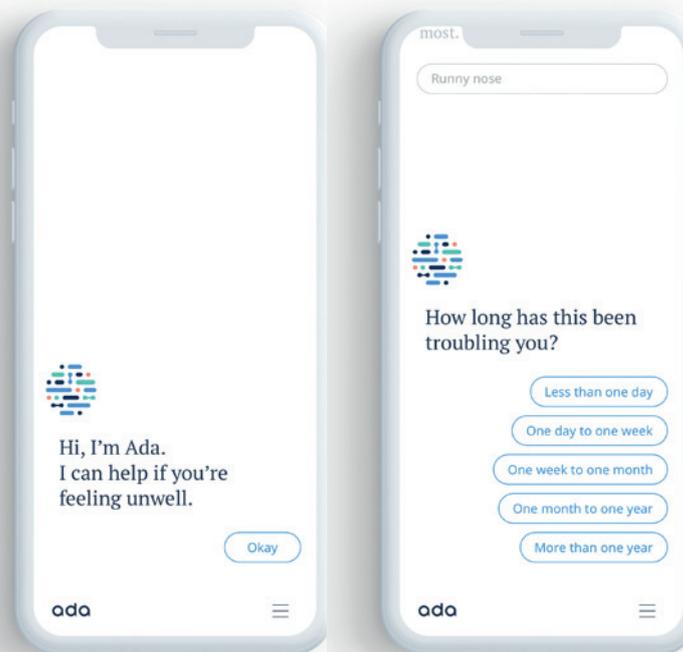
Diagnostik-App "Ada"

ein Arztbesuch empfohlen wurde. Bei seltenen Erkrankungen wurde in nur 62 % der Fälle eine korrekte Triage-Empfehlung abgegeben.

Insgesamt ist die Studienlage zur Evaluation von Diagnostik-Apps spärlich. Zu „Ada“ findet sich bisher keine einzige publizierte Evaluationsstudie, obwohl auf der Ada-Webseite behauptet wird, dass das Tool auf Forschung über acht Jahre basiert (<https://ada.com/de/milestones/>).

Neben der Audit Study gibt es nur wenige in PubMed gelistete Evaluationsstudien zum Stichwort "Symptom Checker", die sich überwiegend mit bestimmten Symptomen oder einer Gruppe definierter Symptome befassen. So wurden beispielsweise ophthalmologische Symptome in einer App nur in 11 von 42 Fällen (26 %) der korrekten Diagnose zugeordnet (3). Eine andere Autorengruppe testete die Fähigkeit von fünf Symptom-Checker-Apps (Mayo, Isabel, WebMD, Symptomate, Symcast), aus 8.363 konsekutiven Patienten einer Notaufnahme 168 Patienten mit HIV, Hepatitis C oder beidem zu identifizieren. Im Durchschnitt wurden nur 20 % der Fälle korrekt erkannt, und in nur 45 % der Fälle wurde eine der Zieldiagnosen als mögliche Differentialdiagnose gelistet.

Eine neuere „Studie“ gibt vor, ein Update der Harvard Audit Study unter Einbeziehung von fünf neueren Symptom Checkern vorzunehmen, unter anderen Ada und Symptoma (4). In dieser „Studie“ wird gezeigt, dass sich die neuen Symptom Checker inklusive Ada in ihrer



Treffsicherheit nicht wesentlich von den in der Audit Study getesteten unterscheiden, mit der Ausnahme von Symptoma, der angeblich in 82,2 % der Fälle die richtige Diagnose an erster Stelle nennt. Es bleibt aber unklar, welche Fälle hier wie analysiert wurden, und die Studienmethodik wird nicht adäquat beschrieben. Im weiteren Verlauf des Artikels wird dann auch sehr schnell klar, dass es sich um eine als Studie getarnte Werbebotschaft

für Symptoma handelt, die von einem der Symptoma-Geschäftsführer als Erstautor verfasst wurde.

In einer weiteren kleineren Studie wurden Patienten mit rheumatoider Arthritis gebeten, den NHS-Symptom Checker und den WebMD-Checker mit ihren Symptomen zu benutzen (5). Elf der 34 Patienten wurden (unnötigerweise, da es sich durchweg um chronische Zustände handelte) aufgefordert, sofort einen Notarzt zu rufen. Nur bei 20 % der Patienten wurde die korrekte Diagnose an erster Stelle genannt.

Der vielleicht gravierendste Nachteil aller Bemühungen, Diagnosen mit Hilfe von vermeintlich künstlicher Intelligenz zu stellen, ist das Risiko massiver Überdiagnostik. Wenn man sich die Zahlen der Audit Study vor Augen hält, in der fast 70 % der gesunden Personen mit unspezifischen, selbstlimitierenden Beschwerden, die keinen Arztbesuch erfordern, zur Arztkonsultation aufgefordert wurden, dann führen diese Apps zu einer Flut von Behandlungsfällen, die das Gesundheitssystem



bei breiter Nutzung nicht entlasten, sondern lahmliegen. Sie tragen so ganz offensichtlich auch nicht zur Mündigkeit, Selbstverantwortung und Health Literacy von Patienten bei, wie von der TK fälschlicherweise erhofft wird, sondern führen genau zum Gegenteil: zu Verunsicherung und übermäßiger, unnötiger Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Zumindest müsste vor der breiten Einführung solcher Systeme in qualitativ hochwertigen Studien überprüft und belegt werden, dass dieses nicht passiert.

Ebenso gibt es bisher keinen einzigen Nachweis aus qualitativ akzeptablen Studien, dass Symptom Checker in der Entdeckung seltener Erkrankungen einer lege artis durchgeführten ärztlichen Anamnese überlegen sind. Ärztin und Arzt können nämlich zumindest eines, was der Symptom Checker nie leisten kann: Sie können zuhören und offen formulierte Sprache verstehen, inklusive der mitgelieferten nonverbalen Elemente komplexer menschlicher Kommunikation: Intonation, Mimik, Gestik, Körpersprache. Dazu kommt vor allem in der Allgemeinmedizin die erlebte Anamnese, die durch eine langjährige Arzt-Patient-Beziehung gegeben ist

und die in einem Symptom Checker vollständig verlorengeht.

Vielleicht gibt es einen Platz für Symptom Checker als differentialdiagnostisches Tool in ärztlicher Hand, wenn man bei unklaren Beschwerden nicht weiterkommt, hinter denen möglicherweise eine seltene Erkrankung stecken könnte, auf die der Arzt aufgrund von Wissensdefiziten nicht kommt. Aber auch das sollte vor euphorischen Lobliedern des allgemeinen KI-Hypes in prospektiven Studien nachgewiesen werden. Für eine breite Anwendung von Symptom Checkern gibt es jedenfalls derzeit definitiv keinen Anlass. ■



Prof. Dr. Andreas Sönnichsen
Vorsitzender
des Netzwerks Evidenzbasierte
Medizin und Leiter der Abteilung für
Allgemein- und Familienmedizin,
Zentrum für Public Health an der
Medizinischen Universität Wien

Literatur

1. Techniker Krankenkasse. Pressemitteilung: TK setzt auf künstliche Intelligenz für bessere Versorgung 2018 [Available from: <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/kuenstliche-intelligenz/start-von-ada-2053188>.
2. Semigran HL, Linder JA, Gidengil C, Mehrotra A. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. *BMJ*. 2015;351:h3480.
3. Shen C, Nguyen M, Gregor A, Isaza G, Beattie A. Accuracy of a Popular Online Symptom Checker for Ophthalmic Diagnoses. *JAMA Ophthalmol*. 2019.
4. Nateqi J, Lin S, Krobath H, Gruarin S, Lutz T, Dvorak T, et al. [From symptom to diagnosis-symptom checkers re-evaluated : Are symptom checkers finally sufficient and accurate to use? An update from the ENT perspective]. *HNO*. 2019;67(5):334-42.
5. Powley L, McIlroy G, Simons G, Raza K. Are online symptoms checkers useful for patients with inflammatory arthritis? *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(1):362.



Die Kunst und der Tod

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

Den römischen Ritter Gaius Cilnius Maecenas kennt man nicht, aber er ist immer wieder in aller Munde. Er wurde als Spross aus uralten arretinischen und etruskischen Adelsgeschlechtern um 65 v. Chr. geboren und zählte zu den Freunden und einflussreichsten Beratern des ersten römischen Kaisers Augustus. Ohne eigenen Ehrgeiz war er den schönen Künsten zugegan. Er unterstützte ganz besonders die Dichter Vergil und Horaz. Das tat Maecenas ohne jeden eigenen Vorteil. Daher nennt man uneigennützi-ge Förderer von Kunst und Kultur bis heute Mäzene.

Man kann aber auch Kunst und Kultur unterstützen und dabei vor allem den eigenen Vorteil suchen. Besonders gängig ist das im Bereich des Sports. Große Unternehmen oder solche, die es erst noch werden wollen, sorgen für ihre Bekanntheit, indem sie die Namen von Fußballstadien kaufen, indem sie für die Trikotwerbung von Mannschaften bezahlen oder direkt einzelne Sportler finanzieren, die dafür ihr Auto fahren, ihre Kleidung tragen, ihr Getränk trinken oder ihr Müsli essen müssen. Auch aus der Welt der Kunst sind diese großen Firmen nicht mehr wegzudenken. Keine bedeutende Ausstellung kommt heutzutage ohne die Gelder von großen Firmen aus, die dafür in den Katalogen und vor Ort mit ihrem Namen omnipräsent sind. Viele Museen benennen sogar ganze Räume nach

den Firmen, die dafür reichlich Geld bezahlt haben. Solche eigennützigen Unterstützer von Kunst, Kultur und Sport nennt man Sponsoren. Und dann gibt es noch eine dritte Variante. Wie soll man die bloß nennen? Das sind keine Mäzene und das sind keine Sponsoren. Sich selbst nennen sie gerne Philanthropen: Menschenfreunde. Das sind Multimilliardäre wie beispielsweise die Familie Sackler in den USA. Sie legen gar keinen Wert darauf, bekannter zu werden, denn sie haben ihren immensen Reichtum längst und im Stillen angehäuft. Die Sacklers produzieren seit drei Generationen, seit den 50er Jahren mit der Firma Purdue Pharma das Blockbuster-Medikament Oxycontin, ein Opiatabkömmling des Oxycodons und somit ein überaus wirksames Schmerzmittel. Jahrzehntlang zählte es zu den umsatzstärksten Arzneimitteln der Welt. Trotz des enorm hohen Suchtpotentials von Oxycodon konnte mit Hilfe williger Politiker dessen Rezeptfreiheit durchgesetzt werden. Nicht zuletzt die freie Verkäuflichkeit dieses Opiats wird für die gegenwärtige schlimmste Drogenkrise in der US-amerikanischen Geschichte verantwortlich gemacht. Denn das Risiko von Oxycodon wurde und wird von den Sacklers schon immer und erfolgreich verharmlost.

Aber weit über 60.000 Drogentote im Jahr in den USA sind fast alle durch diese Opiate in die Abhängigkeit gerutscht, und bei Sackler

klingelte die Kasse. Auf diese Weise erhielt das weltberühmte Metropolitan Museum of Art einen Sackler-Wing, einen riesigen gläsernen Anbau, in dem der Jahrtausende alte ägyptische Tempel von Dendur aufgebaut werden konnte.

So kommt auch der Louvre oder das Guggenheim Museum zu Geld. Andere Sacklers fördern mit Millionen Dollar das Massachusetts Institute of Technology, die Universitäten von Yale, Harvard oder Oxford. Der Reichtum solcher Multimilliardäre ist auf skrupelloser Missachtung von Gesundheit und Leben Hunderttausender gegründet, und das soll nun durch großartige Wohltaten verschleiert werden. Diese Multimilliardäre sind aber keineswegs Philanthropen. Sie sind Misanthropen: Menschenhasser. Mitte vergangenen Jahres hat nun die Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht der Europäischen Union Alarm geschlagen. Die Zahl der Drogentoten steigt inzwischen auch in der EU rasant an, wenn auch nicht so gewaltig wie in den USA. Vier von fünf dieser Fälle von Tod durch Drogen steht in Verbindung mit Opioiden. Mit ärztlicher Kunst kann man da gar nichts mehr ausrichten. Um diese legalen Drogenkartelle zu zerschlagen, müsste man nur zu zwei ganz einfachen Mitteln greifen: Ausnahmslos alle Schmerzmitteln werden rezeptpflichtig, jedwede Werbung für Medikamente wird verboten. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors
In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von Dr. Bernd Hontschik und Dr. Matthias Soyka

Leserbriefe



KVH-Journal 5/2019

„Das ist ein Paradigmenwechsel“ - Interview mit Dr. Dirk Heinrich, S.8

ES WIRD AUF EINE UMWERTEILUNG VON EINER PATIENTENGRUPPE ZUR ANDEREN HINAUSLAUFEN

Ich kann die positive Einschätzung des TSVG nicht teilen. Weder kann man wirklich von einem Paradigmawechsel sprechen, noch geht es in die richtige Richtung.

Das TSVG ist im Kern der Versuch, den Zugang zu Arztterminen für gesetzlich Versicherte zu verbessern, analog zu dem, was – zum Ärger vieler – für privat Versicherte so gut funktioniert. Die zugrunde liegende Verärgerung ist allenthalben verständlich und widerspricht dem ethischen Anspruch, alle Menschen gleich zu behandeln. Da trotz diktiert verlängerter offener Sprechstunde effektiv nicht mehr Sprechstundenzeit zur Verfügung steht, wird es nur auf eine Umverteilung von einer Patientengruppe zur anderen hinauslaufen. Die einen warten nun kürzer, die anderen dafür länger. Bisher wurde glücklicherweise relativ wenig davon Gebrauch gemacht.

Die Gesundheitspolitik hat seinerzeit eine Budgetierung der Gesundheitsleistungen gefor-

dert und pauschalierte Honorierung vor allem in der Grundversorgung eingeführt, aus gutem Grund: Die Einzelleistungen wurden von ärztlicher Seite zum Teil hemmungslos gesteigert ohne Nutzen für die Patienten. Die Praxisgewinne waren attraktiv bis in die achtziger Jahre, aber der ärztliche Leumund hatte zu Recht gelitten. Wir sollten nicht dorthin zurückwollen. Es besteht derzeit breiter Konsens darüber, dass ökonomische Anreize die Fehlentwicklung im stationären wie auch im ambulanten Sektor (private equity funds u.a.) bedingt haben. Das muss korrigiert, aber nicht ersetzt werden durch fachärztliches Streben nach Gewinnmaximierung. Nebenbei ist es wenig originell, die vermeintlichen TSVG-Wohltaten derart ungleich zu verteilen und einmal mehr vornehmlich in die fachärztliche Versorgung fließen zu lassen.

Das TSVG sollte schnell überarbeitet werden. Gedanken, warum der Konsultationsbedarf in den letzten Jahren so gestiegen ist, bringen uns einer verbesserten – aber nicht notwendig gesteigerten – Versorgung sicherlich näher als das Schielen auf höhere Einnahmen.

Prof. Dr Jochen Dahm-Daphi,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Altona



KVH-Journal 7-8/2019

Schwerpunktthema: „Einzug ins System – Vor 20 Jahren wurden psychologische Psychotherapeuten gleichberechtigte Mitglieder der KV“

EINE GESCHICKTE MIXTUR VON SEMANTISCHEM BEDEUTUNGSGLEITEN, MANIPULATION UND BEWUSSTER IRREFÜHRUNG

Der Artikel „Der Einzug ins System / Nachgefragt / Unvollendete Reform“ ist ein veröffentlichtes Lehrstück, wie durch semantisches Bedeutungsgleiten, Manipulation und teilweise bewusste Irreführung eine beabsichtigte Systemveränderung – in diesem Falle – den Ärztinnen und Ärzten mundgerecht und scheinbar leicht verdaulich serviert wird.

Vorab bemerkt zu Herrn Claus Gieseke: Ärzte lassen sich nicht in somatische und psychotherapeutische Ärzte spalten, auch wenn die Psychologie gerade massiv die Spaltung der Heilkunde in eine somatisch orientierte Medizin und eine psychotherapeutisch gelabelte Psychologie betreibt.

Die derzeitigen psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfreuen sich einer großen Akzeptanz durch Ärzte und Patienten.

Hingegen findet keine Akzeptanz: die Schaffung eines völlig neuen approbierten Heilberufs

„Psychotherapeut“ nach zwei psychologischen Studiengängen ohne das Erlernen von Psychotherapie nach heutigem Qualifikationsstandard und die damit angelegte Spaltung der Heilkunde in ein medizinisches und psychologisches Versorgungssystem mit der angestrebten Zuständigkeit für alles Psychische und Psychosomatische.

Diesbezüglich gelten einstimmige Beschlüsse der verfassten deutschen Ärzteschaft. Die Akzeptanz der Patienten kann noch nicht eingeschätzt werden, weil diese – wie auch die Politiker – durch die völlig neuartige Verwendung des Begriffs „Psychotherapeut“ bewusst in die Irre geführt werden. Keine Akzeptanz findet auch die fehlende Offenheit und Irreführung aller Beteiligten durch geschicktes Bedeutungsgleiten und fehlerhafte Verwendung von zentralen Begriffen wie Psychotherapie, Psychotherapeut, Profession etc.

Eine notwendige Richtigstellung erfordert zunächst die Falschbehauptung von Frau Dipl.-Psych. Hanna Guskowski, das Psychotherapeuten-Gesetz habe vor 20 Jahren die psychotherapeutische Versorgung im Gesundheitswesen etabliert. Die Psychotherapie war auch 30 Jahre vor dem Psychotherapeuten-Gesetz fest im Gesundheitswesen etabliert: ursprünglich als ärztliche Behandlungsmethode und bald auch in Delegation durch Psy-



chologische Psychotherapeut/innen den Versicherten in vollem Umfang zugänglich. Das galt und gilt für die wissenschaftlich anerkannten Verfahren.

Das Psychotherapeuten-Gesetz von 1998 hatte als wesentliche Zielsetzung: der „Graubereich“ – dass alles Mögliche als Psychotherapie bezeichnet und erstattet wird (darauf zielt im Artikel die Gruppe der damaligen „Kostenerstattler“ ab) – sollte aus der GKV-Erstattung herausgehalten werden. Nur wissenschaftlich anerkannte Verfahren sollten als Psychotherapie gesetzlich definiert und zugelassen werden. Warum also im Artikel das Lamento über Körper- und Alles-Mögliche-Therapie?

Immerhin wird im Weiteren richtig und zunächst konsequent von Psychologen und Ärzten gesprochen. Frau Dr. Helene Timmermann spricht richtig von zwei Berufsgruppen, den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Unmerklich schleicht sich jedoch – Synonym suggerierend – anstatt der anfänglich genutzten Terminologie Psychologen zum Ende hin konsequent der Begriff „Psychotherapeuten“ ein. Das Adjektiv „psychologisch“ verschwindet dabei aus der korrekten Berufsbezeichnung im Artikel. Honit soît qui mal y pense. Hier wird exemplarisch vorgeführt, wie eine Gruppe der an der Psychotherapie Beteiligten, nämlich die psychologischen Psychotherapeuten, über semantisches Bedeutungsgleiten die Psychotherapie und alles, was an ihr hängt, für sich als „die Psychotherapeuten“ reklamieren.

Als Kollateralschäden werden dabei in Kauf genommen: der Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie langfristig weite Teile des Berufsbildes Ärztin/Arzt bei der Zustän-

digkeit für das Psychische und Psychosomatische.

Die Behauptung, man selbst sei in der Berufspolitik zuhörend und einfühlend, die Ärzte hingegen seien kämpferisch und legten harte Bandagen an, ist in diesem Zusammenhang purer Zynismus und im Übrigen ein leicht durchschaubares Manöver. Die falsche Terminologie „Ärzte und Psychotherapeuten“ bildet – hier gut sichtbar – die fatale Grundlage für die angestrebte Spaltung.

Die sich im Artikel anschließenden Fehlinformationen über die Ausbildungsreform ist der abermalige Vortrag, der der Wahrheit nicht entspricht, und werden durch Repetition auch nicht wahrer: Es ist kein Direktstudium geplant.

An ein polyvalentes Psychologie-Bachelor-Studium mit Abschluss Psychologie soll sich ein Masterstudium der klinischen Psychologie und Psychotherapie anschließen und ebenfalls mit Psychologie abschließen. Eine sich daran anschließende optionale Approbationsprüfung soll dann plötzlich zur Berufsbezeichnung „Psychotherapeut/in“ führen als völlig neuem generalistischen, approbierten psychologischen Heilberuf unter falschem Etikett. Im Vergleich zum wirklichen Direktstudium der Medizin mit allenfalls marginalem Patientenkontakt. Daran werden sich in einer angedachten Weiterbildung Kammer-autonome Gebiete anschließen und entwickeln, die unter anderem die Fachkunde der heutigen Psychotherapie inkludieren.

Psychotherapie nach heutiger Definition ist kein Fach und kein Gebiet, sondern lediglich eine Behandlungsmethode.

Die zukünftigen Arbeitsbereiche werden beispielsweise – irreführend für Patienten – mit den schon vorbereiteten semantischen Verdrehungen – statt Onko-Psychologie und Kardio-Psychologie – der „Psycho-Onkologen“ und „Psycho-Kardiologen“, die Arztkinder zum Kinderarzt machen, Einzug in die Gestaltung der zu schaffenden psychologischen Gebiete halten.

Der Deutsche Ärztetag, der immer noch die Mehrheit der Psychotherapeuten repräsentiert, hat sich bereits mehrfach und einstimmig gegen die Reform in dieser Form gewandt, da unter

dem falschen Etikett einer Ausbildungsreform die Weichenstellung für eine Strukturreform mit der Schaffung eines medizinparallelen psychologischen Versorgungssystems geschaffen wird. Die Mehrheit der Psychotherapeuten will also diese Reform – anders als im Artikel behauptet – nicht!

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), eingebunden in die Allianz Deutscher Ärzteverbände, gefolgt von und im Einklang mit der gesamten verfassten Ärzteschaft, stellt jetzt die berechtigte Frage, welche Auswirkungen diese Weichenstellung auf das System der kassenärztlichen Selbstverwaltung haben wird und muss. Die Kassenärztliche Vereinigung muss sich damit früher oder später fundiert auseinandersetzen. Bislang gibt es dort eine ärztliche Versorgung in Fachgebieten, innerhalb derer die Psychotherapie als Behandlungsmethode Anwendung findet, gleichermaßen erbracht von allen Psychotherapeuten, das sind Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden dafür in die Kassenärztliche Vereinigung integriert. Daraus resultiert auch keine psychotherapeutische Versorgung. Daher trägt der zuständige Beratende Fachausschuss eben im Gegensatz zu der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung das Wort „Versorgung“ auch nicht.

Nach der Weichenstellung werden sich psychologische Gebiete unter einem völlig veränderten Psychotherapie-Begriff etablieren und damit eine neuartige psychologische Versorgung unter psychotherapeutischer Flagge. Damit wird dies keine Kassenärztliche Vereinigung mehr sein. Mit den Inhalten ändern sich auch die Strukturen, der aktuelle Ruf nach mehr Sitzen in den Vertreterversammlungen für Psychologen bereits jetzt durch Dipl.-Psych. Claus Gieseke in diesem Heft liefert eine erste Skizze dazu, einen ersten Schritt in Richtung des dann langsamen, den Entwicklungen folgenden Umbaus.

Die Ausführungen in diesem Leserbrief sind keine Polemik, sondern die notwendige Ausein-

dersetzung mit den Folgen der Einführung eines neuen approbierten psychologischen Basisberufs.

Nebelkerzen in Form des Eingehens auf die Kritik an der Pharmakotherapie durch Psychologen, die ja schon einmal Benzodiazepin-Wirkung bei den Ärzten entfaltet und erfolgreich vom wesentlichen Struktur-Reformcharakter abgelenkt hat, werden diese Wirkung nicht mehr erzielen können.

Der Wunsch nach Verordnung von Pharmakotherapie durch Nicht-Ärzte wurde übrigens 2009 durch eine Petition von psychologischen Psychotherapeuten in den Deutschen Bundestag eingespeist. Auch diese Tatsache findet sich denkwürdig verdreht im Artikel wieder.

Was Politik, Öffentlichkeit und Selbstverwaltung brauchen, ist eine ehrliche und aufrichtige Debatte!

Dr. med. Christian Albring
Vorstandsmitglied des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Dr. med. Christian Messer
Vorsitzender des Ausschusses für Psychotherapie in den Fachgebieten, Strukturfragen in der Versorgung psychischer und psychosomatischer Patienten und fachgebietsspezifischer kommunikativer und psychosozialer ärztlicher Behandlungsverantwortung des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.*

initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de

www.bitte-substituieren-sie.de



Mit Unterstützung von: Bundesärztekammer, Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Gesundheitspolitikern der Fraktionen von CDU/CSU, SPD, FDP, B'90/Grüne, LINKE





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung:

Dipl.-Soz.päd. Gitta Tormin

Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Gitta Tormin**

Geburtsdatum: **2.1.1960**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
(tiefenpsychologisch fundiert)**

Weiter Ämter: **noch ehrenamtlich in der Delegiertenversammlung der
Psychotherapeutenkammer Hamburg, im Vorstand des bvvp (Berufsverband
der Vertragspsychotherapeuten)**

Hobbys: **Tennis, Laufen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, ich arbeite gerne in meinem Beruf.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ich habe viele Jahre davon profitiert, dass KollegInnen dafür gekämpft haben, damit wir in unserem Berufsstand anerkannter werden, bessere Bedingungen und Bezahlungen erhalten. Nun wollte ich dies auch ein wenig zurückgeben, indem ich mich ebenfalls dafür engagiere.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Die administrativen Aufgaben werden leider im Verhältnis zu der eigentlichen Arbeit, nämlich der Vorgespräche und der Psychotherapiestunden, immer zeitaufwändiger.

VON DR. RITA R. TRETTIN

Versammlung des Kreises 2

Informationen aus erster Hand zur Telematikinfrastruktur, zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und zu einem Jahr DSGVO

Es war eine sehr kurzweilige, äußerst informative Kreisversammlung, zu der sich am 20. Juni 2019 etwa 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in meinen Praxisräumen im Ärztehaus Winterhude in der Hudtwalckerstraße eingefunden hatten. Und damit aus meiner Sicht gut besucht trotz enormer Wärme an dem Tag und geballter Terminlage mit einem Fortbildungsabend meines Winterhuder Qualitätszirkels am Tag zuvor sowie verschiedenen weiteren Qualitätszirkeln in umliegenden Praxen am selben Tag, auf die wir mit vorgezogener Startuhrzeit versuchten, Rücksicht zu nehmen, um den Kollegen die Möglichkeit zu geben, bei Interesse im Anschluss an unsere Sitzung auch dort noch teilzunehmen.

Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, hatte sich erfreulicherweise erneut dazu bereit erklärt, uns brandaktuelle Informationen zu den TOP-Themen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), Telematikinfrastruktur und Digitalisierungsgesetz zu präsentieren. Am Tag zuvor hatten sich KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf erste Eckpunkte zum TSVG geeinigt.

Top 1: aktueller Stand bei der Telematikinfrastruktur (TI)

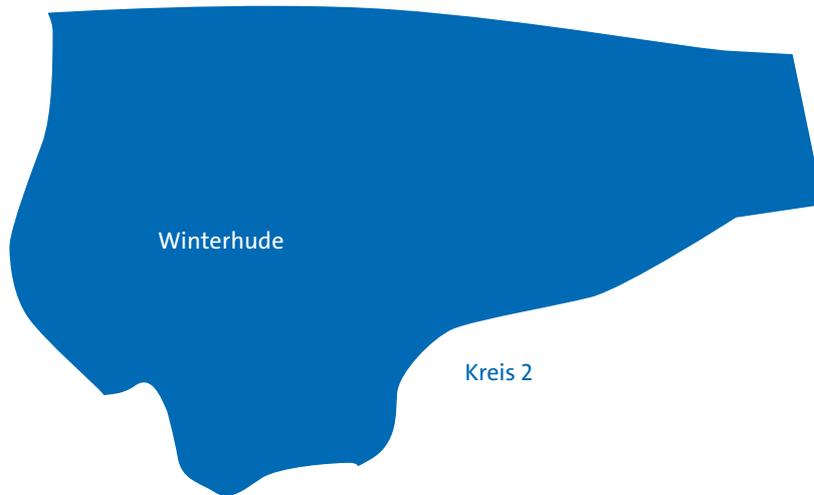
Die Gematik wurde mit der Klärung der Verantwortlichkeiten für Daten-

schutz und IT-Sicherheit beauftragt. Hier hatte es zuletzt erhebliche Proteste ärztlicher Berufs- und Interessenverbände gegeben. Wie bisher tragen Ärzte und Psychotherapeuten die volle Verantwortung für die IT-Sicherheit in der Praxis. Für den korrekten und sicheren Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) und die Sicherheit der digitalen Vernetzung ist die Gematik beziehungsweise ihr Dienstleister vor Ort zuständig. Die Art der Anbindung an die Telematikinfrastruktur hängt nach Aussage von Caroline Roos von den Anforderungen der Praxis ab, es gebe nicht die EINE richtige Anbindung. Beim sogenannten „Reihenbetrieb“ fungiere der Konnektor als Firewall. Bei dieser Variante seien alle IT-Komponenten der Praxis im selben Praxisnetzwerk und erhielten den Zugang ins Internet und die Telematikinfrastruktur nur über den Konnektor. Bei der „Parallelinstallation“, die für komplexere Praxisstrukturen geeignet sei, sei eine eigene Firewall weiterhin notwendig. Der Konnektor fungiere hier nicht als Firewall im Praxisnetzwerk, das Sicherheitskonzept des Telematikinfrastruktur-Netzes sei dadurch nicht kompromittiert, der Praxisinhaber müsse IT-Sicherheitsmaßnahmen umsetzen. Die KV-Vizechefin riet den Anwesenden, sofern ihre Praxen bereits an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, unbedingt zu überprüfen, ob die vorhandenen Schutzmaß-

nahmen aktiv sind. Darüber hinaus sollte auf jeden Fall ein Abnahmeprotokoll an beziehungsweise nachgefordert werden.

Schließlich erläuterte Frau Roos die geltenden finanziellen Sanktionen bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur: Demnach müssen die betreffenden Ärzte gemäß § 291 Abs. 2 SGB V mit einer Honorarkürzung in Höhe von 1 Prozent ab dem 1. Quartal 2019 rechnen, wenn ihre Praxis bis 31. März 2019 weder an die TI angebunden ist, noch ein Nachweis der Bestellung über Onlineportal der KV-Hamburg vorliegt. Das Honorar wird ab dem 3. Quartal gekürzt, wenn die Bestellung zwar bis 31. März 2019 erfolgt ist, bis 30. Juni 2019 aber noch kein Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) möglich ist. Die Honorarkürzung bleibt dann bestehen bis einschließlich des Quartals, in dem das VSDM erstmals durchgeführt wurde. Der Gesetzgeber will nochmals nachlegen: Die Honorarkürzung soll ab 1. März 2020 gemäß dem Referentenentwurf für das „Digitale Versorgung Gesetz“ dann auf 2,5 Prozent angehoben werden.

Darüber hinaus sei mit weiteren Konsequenzen bei Nichtanbindung zu rechnen: So sei eine Verschlüsselung der Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zur Verbesserung der Datensicherheit vorgesehen – beispielsweise zur DMP-Kenn-



zeichnung oder zum Hinweis auf besondere Personengruppen. Diese Daten seien dann nur noch über die Telematikinfrastruktur lesbar sowie bei Hausbesuchen über neue mobile Kartenterminals. Außerdem soll nach § 291 Abs. 2 Satz 2 des Referentenentwurfs „Digitale Versorgung Gesetz“ die Option einer Stand-Alone-Lösung gestrichen werden. Fazit: Von Seiten der KVH bleibe es deshalb bei der Empfehlung, die eigene Praxis schnellstmöglich an die TI anzubinden.

ZUM NACH- UND WEITERLESEN: TI UND DIGITALISIERUNG

Folgende Quellen empfahl Caroline Roos zur weiteren Lektüre:

- „Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, zu Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ (BÄK/KBV)
- Antworten auf häufig gestellte Fragen (Gematik)
- Muster-Installationsprotokoll "Sichere TI-Installation" (Gematik)

Die Texte im Internet:
www.kvhh.net → Praxis-IT & Telematik → Telematikinfrastruktur

Wie Caroline Roos weiter berichtete, hält das „Digitale Versorgung Gesetz“ aber noch weitere Neuerungen bereit:

- Eine verpflichtende Anbindung an die Telematikinfrastruktur gilt auch für Apotheken (bis März 2020) und Krankenhäuser (bis März 2021). Anderen Gesundheitsberufen wie Hebammen, Entbindungspflegern, Physiotherapeuten, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen hingegen bleibt die Anbindung freigestellt.
- Ärzte und Psychotherapeuten müssen künftig auf Patientennachfrage hin eine Elektronische Patientenakte anlegen und eine entsprechende Datenspeicherung vornehmen. Das gelte neu auch für den Impfstatus, den Mutterpass sowie U-Untersuchungsergebnisse. Der Bewertungsausschuss soll bis zum 1. Juli 2020 eine Vergütungsregelung im EBM hierfür vorlegen.
- Ärzte und Psychotherapeuten dürfen im Zusammenhang mit der Videosprechstunde künftig auf den persönlichen Erstkontakt und die schriftliche Aufklärung verzichten, außerdem soll Werbung mit der Videosprechstunde erlaubt werden.
- Telekonsile und elektronische Arztbriefe sollen den digitalen Aus-

tausch der Ärzte untereinander verbessern. Mit einer extrabudgetären Vergütung sollen hierfür Anreize geschaffen werden.

- Patienten erhalten ein Recht auf Gesundheits-Apps in der Regelversorgung. Hierfür soll das Bundesamt für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM) auf Basis von Versorgungshypothesen zwölfmonatige Zulassungen vergeben. Ärzte können die Apps dann über ein grünes Rezept verordnen.

Top 2: Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Caroline Roos brachte uns auch quasi taurische Informationen aus dem Bewertungsausschuss mit, der sich am Abend zuvor auf erste Eckpunkte zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geeinigt hatte. Die einzelnen Maßnahmen treten zu unterschiedlichen Zeiten in Kraft – ein Teil gilt bereits seit dem 11. Mai 2019, ein zweiter Teil zum 1. September 2019, der letzte zum 1. Januar 2020.

- Demnach müssen folgende Fachgruppen ab dem 1. September 2019 eine offene Sprechstunde anbieten: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Neurologen / Psy-

chiater / Ärzte für Nervenheilkunde, Neurochirurgen, Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Urologen. Die offene Sprechstunde muss mindestens fünf Stunden (je Vollzeitäquivalent) in der Woche umfassen und bekannt gemacht werden. Einzelheiten zur Ausgestaltung und zur Art der Mitteilung stehen noch nicht fest. Der Gesetzgeber habe die KVen dazu verpflichtet, im Internet bundeseinheitlich über die Sprechstunden zu informieren. Patienten, die in der offenen Sprechstunde behandelt werden, können extrabudgetär abgerechnet werden. Dies gelte für das gesamte Quartal und nicht nur für Leistungen in der offenen Sprechstunde. Dabei habe man sich darauf geeinigt, bis zu 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle des Vorjahresquartals extrabudgetär zu vergüten. Die Fälle müssen gekennzeichnet werden, Einzelheiten hierzu stehen noch aus.

- Ärzte oder Psychotherapeuten, die ab dem 1. September 2019 einen neuen Patienten behandeln, erhalten demnach alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär honoriert. Als „neuer Patient“ gelte, wer noch nie oder mindestens acht vorangegangene Quartale nicht in der Praxis war. In fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gelte bei maximal zwei TSVG-Fachgruppen diese Regelung, für jede weitere Fachgruppe innerhalb der Einrichtung gelte der

Patient bei einer Mitbehandlung nicht mehr als „neu“. Er gelte ebenfalls nicht als „neu“, wenn er zuvor in einem Selektivvertrag (etwa der hausarztzentrierten Versorgung) behandelt wurde, oder wenn er die Krankenkasse wechselt. Schließlich gelte ein Patient auch dann nicht als „neuer Patient“, wenn er durch einen Arzt oder Psychotherapeuten behandelt wird, der eine Praxis übernommen oder eine neue gegründet hat. Für diese Praxen greife die „Neu-Patient-Regelung“ erst ab dem 9. Quartal der Tätigkeit. Bei einem reinen Gesellschafterwechsel greife die Regelung gar nicht.

Die „Neu-Patienten-Regelung“ gelte für alle „TSVG-Fachgruppen“ mit Ausnahme von Humangenetik, MKG, Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmediziner, Anästhesisten (sofern diese anästhesistisch und nicht schmerztherapeutisch tätig sind). Darüber hinaus werden alle Leistungen für

TSVG

Zum Thema „TSVG“ und „Honorarkürzung bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur“ siehe auch:
KVH-Telegramm Nr. 53 / 27.06.2019
www.kvhh.de →
Medien und Publikationen →
KVH-Telegramme

Patienten, die seit dem 11. Mai 2019 neu in der Einrichtung behandelt werden, im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet. Dies gilt auch für alle durch die Terminservice-stelle (TSS) vermittelten Patienten, also auch für Vermittlungen ohne Überweisungscode.

- Ab dem 1. September 2019 soll es neben der extrabudgetären Vergütung Zuschläge geben für die Vergabe von TSS-Terminen in bestimmten Zeitfenstern. Die Zuschläge werden gewährt auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, zudem bei Früherkennungsuntersuchungen durch Kinderärzte. Der Tag der Kontaktaufnahme bei der TSS gilt als erster Zähltag für die Berechnung der Staffelung. Diese gestaltet sich wie folgt: zwischen dem 1. und 8. Kalendertag: 50 Prozent; zwischen dem 9. und 14. Kalendertag: 30 Prozent; zwischen dem 15. und 35. Kalendertag: 20 Prozent

- Wenn der Hausarzt für einen Patienten aus „dringenden medizinischen Gründen“ direkt einen Termin bei einem Facharzt vereinbart, erhält er für die Vermittlung einen Zuschlag auf die Versichertenpauschale, der mit 10,21 Euro extrabudgetär vergütet wird. Der Zuschlag ist als EBM-Regelung vereinbart, erhöht sich also immer, wenn der Orientierungspunktwert angehoben wird. Der vereinbarte Termin muss innerhalb von vier

Kalendertagen nach Kontaktaufnahme durch den Hausarzt liegen. Der Hausarzt muss den Termin nicht persönlich vereinbaren, sondern lediglich sicherstellen, dass der Facharzt den Termin bestätigt hat. Ist dies gewährleistet, wird der Zuschlag bezahlt, auch wenn der Patient beispielsweise den Termin nicht wahrnimmt.

● Für alle extrabudgetär zu zahlenden Leistungen (mit Ausnahme der Zuschläge) ist eine Bereinigung durchzuführen, die auf vier Quartale begrenzt ist und von denjenigen Ärzten getragen werden muss, die TSVG-Fälle ausgelöst haben. Eine Bereinigung erfolgt nicht für die Leistungen, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind.

Insbesondere zum Aspekt der Bereinigung stellten die Anwesenden viele Fragen. Caroline Roos verwies darauf, dass sämtliche Informationen in Kürze auf der KV-Hamburg-Webpräsenz nachzulesen seien und dass man jederzeit für Fragen zur Verfügung stehe.

Top 3: ein Jahr DSGVO

Nach den umfangreichen Informationen zur Telematikinfrastruktur und zum TSVG, die von den Teilnehmern zum einen dankend entgegengenommen, zum anderen aber in den vielen Details als überfordernd empfunden wurden, entschied ich, meinen

Datenschutz-Jahresschulung für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Ein Jahr Datenschutzgrundverordnung (DSGVO): Alle Dokumente erstellt? Auf eine Datenschutzprüfung gut vorbereitet?

Sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen mit neuen Arbeits- und Praxishilfen zur Umsetzung der DSGVO und des neuen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Referentin: **Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte**

Fr. 18.10.2019 (14.30 - 17 Uhr)

Ort: Ärztehaus Winterhude, 1. OG, Hudtwalckerstr. 2-8, 22299 Hamburg
Teilnahmegebühr: 49 Euro pro Teilnehmer / 129 Euro pro Praxis (bis zu drei Teilnehmern)

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

www.neurologiewinterhude.de

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Part zum Thema „Ein Jahr DSGVO – eine Bilanz“ recht übersichtlich und knapp zu halten. Ich verwies auf die empfohlenen Jahresschulungen. Es lohnt sich, nach einem Jahr auf jeden Fall zu überprüfen, ob alle gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wurden und ob eine Praxis auf eine Datenschutzprüfung gut vorbereitet ist.

Da ich wiederholt von vielen Praxen, Kollegen und Praxisangestellten gebeten wurde, bei der Einrichtung und Pflege des Datenschutzmanagements zu helfen, habe ich entschieden, weitere Veranstaltungen für Ärzte und Praxismitarbeiter anzubieten (siehe Kasten). Weitergehende Informationen sind auch unter www.neurologiewinterhude.de

unter dem Menüpunkt „Datenschutzmanagement“ 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, und die Kolleginnen und Kollegen waren dankbar für etliche neue Informationen und hilfreiche Tipps zu allen Programmpunkten. ■

Dr. Rita R. Trettin

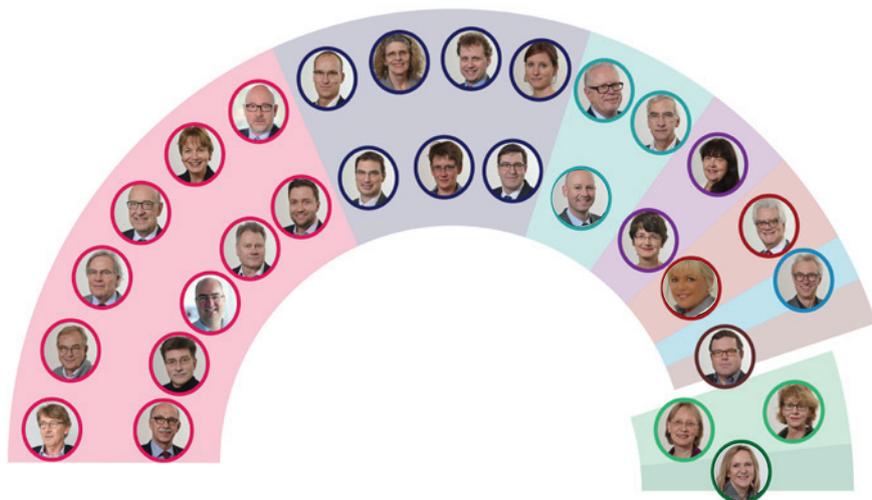


Fachärztin für Neurologie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Diplom-Psychologin in Winterhude – und Obfrau des Kreises 2.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 23.10.2019 (ab 19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP Datenschutz

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 11.9.2019 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

QEP Einführungsseminar

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

21 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 13.9.2019 (15 - 21 Uhr) und Sa. 14.9.2019 (8.30 - 16.30 Uhr)

Gebühr: € 255 (1. Person), € 175 (jede weitere Person d. Praxis), inkl. aller Unterlagen, Imbiss/Getränke

Intensivkurs Qualitäts- und Praxismanagerin

Neben medizinischem und verwaltungsorganisatorischem Fachwissen werden von MFAs immer öfter auch Führungs- und Managementkompetenzen verlangt. Mit der erfolgreichen Teilnahme an diesem Intensivkurs, der mit einer Prüfung abschließt, können sich engagierte MFAs beruflich weiterqualifizieren.

Mo. 21.10. bis Fr. 25.10.2019

Gebühr: € 650 inkl. Verpflegung

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Fortbildung → Termine

Ansprechpartnerinnen:

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

E-Mail: qualitaetsmanagement@kvhh.de

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 20.9.2019 (15 - 20 Uhr)

Fr. 29.11.2019 (15 - 20 Uhr)

Fr. 13.12.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

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

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 18.9.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Gefährdungsbeurteilung

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

Mi. 25.9.2019 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

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

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Zi-DMP Diabetesschulung für nicht-insulinpflichtige Patienten

Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Sa. 26.10.2019

9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)

12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Mi. 30.10.2019

9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Gebühr: € 215

Anmeldung:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte die Kursnr. 19A0339 eingeben

Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen

Für Ärzte – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung.

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 18.9.2019 (14 - 19 Uhr)

Mi. 20.11.2019 (14 - 19 Uhr)

Gebühr: € 110

Anmeldung:

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

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer / Ebene 13 Weidestr. 122b, 22083 Hamburg

Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald
Fortbildungsakademie
Tel: 202299-306
E-Mail: akademie@aekhh.de

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Pillen, Packungen, Paragraphen

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik Bilanz 2019 und Ausblick 2020

Referentin: Dr. Rita Trettin

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 6.11.2019 (18 Uhr)

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de

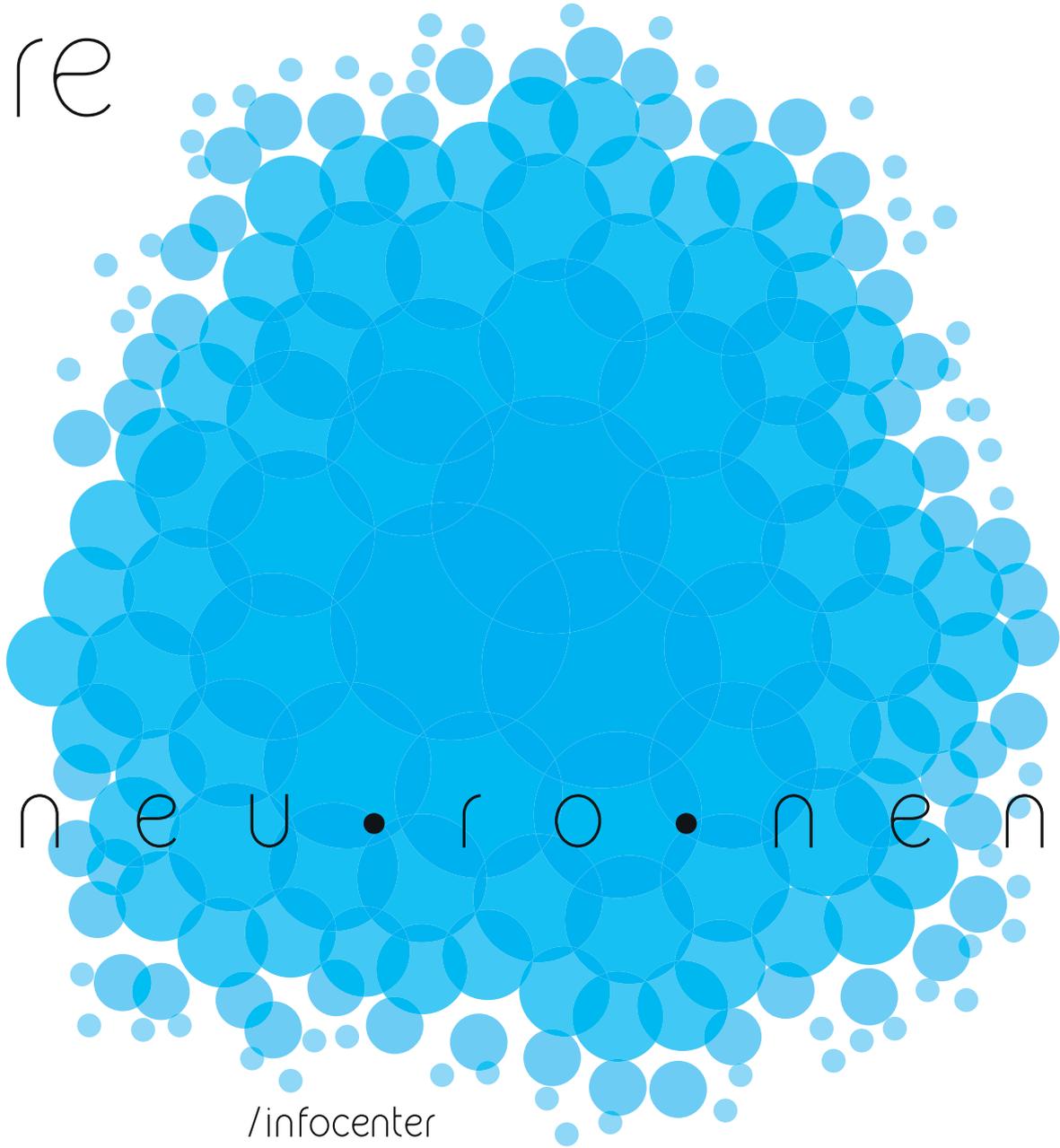
Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2019!



Das Fortbildungsprogrammheft beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Juli und Dezember 2019 stattfinden, und gibt eine Vorschau auf das erste Halbjahr 2020. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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