

KVH *journal*

SIND KV-PRAXEN DIE LÖSUNG?

*Welche Erfahrungen die KV Berlin mit dem Aufbau
eigener Versorgungseinrichtungen macht*



MEHR SERVICE

Die KV Hamburg strukturiert sich um

VERTRETERVERSAMMLUNG

Protest gegen geplante Honorarkürzungen

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 Mitarbeiterinnen und 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: John Afful

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 10/2022 (Oktober 2022)



LESEN SIE DAS KVH-JOURNAL JETZT DIGITAL!



Das KVH-Journal gibt es jetzt auch als ePaper. Das Layout der elektronischen Ausgabe passt sich flexibel an alle Endgeräte an. Damit können Sie das KVH-Journal auch auf dem Smartphone oder Tablet lesen.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Beim Gezerre um die Neupatientenregelung geht es nicht um einen finanziellen Bonus für Ärztinnen und Ärzte, sondern um die Forderung, dass Leistungen ohne Zwangs-rabatt bezahlt werden – wie dies ja auch bei allen anderen Berufen üblich ist.

Es ist richtig, gegen die Pläne von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach laut und vernehmlich zu protestieren: Wer so schamlos versucht, in die Schatulle der Ärztinnen und Ärzte zu greifen, wird dies je nach Kassenlage immer wieder tun. Hier muss eine rote Linie gezogen werden.

Die Hamburger Praxen haben viel geleistet: Seit Einführung der Neupatientenregelung bis Ende 2021 stieg die Versorgung von Neupatienten um 19 Prozent. Insgesamt wurden 4 Prozent mehr Fälle angesetzt. Gerade in den sozial schwächeren Stadtteilen haben die Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für eine Zunahme der Versorgungskapazitäten gesorgt. Die Praxen haben investiert, neue Strukturen geschaffen und Personal eingestellt.

Doch das funktioniert nicht nach dem Hahn-auf-Hahn-zu-Prinzip: Versorgung kann nicht schnell mal abgerufen und dann kurzerhand wieder stillgelegt werden. Statt hastige Flickschusterei auf Kosten der KV-Mitglieder zu betreiben, sollte Karl Lauterbach tragfähige Konzepte für die Einnahmeseite entwickeln – damit das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eine Chance bekommt, seinem Namen gerecht zu werden.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 12** Fragen und Antworten
- 14** KV Hamburg überprüft die Erfüllung der Versorgungsaufträge

TELEMATIK

- 15** eAU: Was zum Start wichtig ist
- 16** TI-Konnektoren: Geräte, deren Zertifikate bis August 2023 auslaufen, müssen auf jeden Fall ausgetauscht werden
- 17** Was beinhaltet die Konnektortausch-Pauschale? Auslagerung des Konnektors ins Rechenzentrum: „TI as a Service“

QUALITÄTSSICHERUNG

- 18** Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung Antibiotika-Therapie: Modellvorhaben zum CRP-Test endet

SCHWERPUNKT

- 06** Nachgefragt: Würden Sie befürworten, dass die KV in schlechter versorgten Gebieten eigene Praxen betreibt?
- 08** Interview: Welche Erfahrungen hat Berlin mit dem Aufbau von KV-eigenen Praxen gemacht?
- 11** Statement: Warum ich in der ersten KV-eigenen Praxis Berlins arbeite

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.



FORUM

18 Frauen Notruf: Beratungsstelle für Betroffene von sexualisierter Gewalt

ARZNEIMITTEL

24 Schwarzmarkt: Doc-Hopper und hochdosierte Verordnungen

KV INTERN

27 Abteilung "Praxisberatung" heißt jetzt "Verordnung und Beratung"

28 Neue Abteilung „Mitgliederservice und Beratung“

29 Warum wir die KV Hamburg umstrukturieren

GESUNDHEITSPOLITIK

30 Vertreterversammlung: Protest gegen Rücknahme der Neupatientenregelung

32 Lauterbach will Gesundheitskioske in die Regelversorgung bringen

SELBSTVERWALTUNG

33 Steckbrief: Dr. med. Verena Friederike Faude-Lang

**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**
20 Bewegungsprogramme für gebrechliche ältere Menschen

RUBRIKEN

02 Impressum

03 Editorial

KOLUMNE

23 Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

TERMINKALENDER

34 Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3 und 7: Marco Grundt; Seite 9: Georg J. Lopata/axentis.de; Seite 16: CGM, Secunet, Rise; Seite 17: Aquinet, Concat, Red; Seite 23: Barbara Klemm; Seite 27: Dr. Thomas Stolz, Christoph Jöns, pixel-shot.com/7999796-0; Seite 29 und 31: Ralf Niemzig; Seite 32: Marcus Brandt/picture alliance; Seite 34: Michael Zapf; Seite 36: Vernessa Himmler, Christoph Jöns; Icons: iStockfoto



Würden Sie befürworten, dass die KV in schlechter versorgten Gebieten eigene Praxen betreibt?



Dr. med. Gudrun Schittek

Abgeordnete in der Hamburger Bürgerschaft, Sprecherin für Gesundheit der Grünen-Bürgerschaftsfraktion und niedergelassene Frauenärztin in Blankenese

Brücke zur selbstständigen Tätigkeit

Es gibt in Hamburg Stadtteile, in denen es schwer ist, einen Hausarzt oder Kinderarzt zu finden. Deshalb hat die Hamburger Bürgerschaft den Senat im August 2022 aufgefordert, mit der KV über konkrete Maßnahmen zur Sicherung von Praxisstandorten in unterversorgten Gebieten zu beraten. Der von den beiden Regierungsfractionen eingebrachte Antrag wurde einstimmig angenommen – was mich sehr gefreut hat, weil das nicht häufig vorkommt. **Damit Praxen in unterversorgten Gebieten erhalten und neu geschaffen werden können, müssen die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Dazu gehört auch der Betrieb von KV-eigenen Praxen.** KV-Eigenrichtungen haben unserer Ansicht nach zwei Vorteile: Zum einen können Versorgungskapazitäten gezielt dorthin gesteuert werden, wo sie gebraucht werden. Zum anderen können jüngere Kolleginnen und Kollegen dort angestellt arbeiten mit der Option, die Praxis später zu übernehmen. Viele jüngere Kolleginnen und Kollegen wollen sich nicht sofort nach der Weiterbildung niederlassen, weil die Familiengründung im Vordergrund steht oder weil sie das finanzielle Risiko scheuen. Die KV-Praxen bieten eine Brücke zur selbstständigen Tätigkeit im ambulanten Bereich, verhindern Praxisschließungen und ermöglichen Neugründungen. Eigenrichtungen der KV können ein wichtiger Schritt sein, um der Kommerzialisierung des ambulanten Gesundheitssystems durch Übernahme von Praxissitzen durch Private-Equity-Gesellschaften in Hamburg entgegenzuwirken. ■



Dr. med. Albrecht Leopold
Allgemeinmediziner in Harburg-Heimfeld

KV muss Versorgung sicherstellen

Seit Jahren bemühe ich mich vergeblich um eine Nachfolge für meine Hausarztpraxis. Die Bewerber/innen scheuten letztlich den Sprung in die Selbstständigkeit und wollten lieber angestellt arbeiten. Bisher ergibt sich auch nach Ausschreibung des Sitzes kein geeigneter Kandidat, der die Praxis vor Ort weiterführen möchte. Überwiegend bewarben sich MVZ, die den Praxissitz verlegen wollten. Das ist aber nicht im Interesse meiner Patientinnen und Patienten. Meine Praxis liegt in Harburg-Heimfeld, wo die hausärztliche Situation ohnehin angespannt ist. Fast täglich erreichen uns Anrufe mit der Bitte um Aufnahme von Neupatienten. Sollte meine patientenbezogen relativ große Praxis wegfallen oder weiter verlegt werden, sehe ich die hausärztliche Versorgung des Stadtteils gefährdet. Insofern besteht aus meiner Sicht in der Tat eine Situation, in der die KV einen Auftrag hätte, die Versorgung sicherzustellen. **Ich könnte mir sehr gut vorstellen, dass die Praxis vorerst als KV-Eigeneinrichtung weitergeführt werden könnte. Ich finde die Idee plausibel und gut und würde sie unterstützen.** Gegebenfalls wäre es in dieser Konstellation ja auch möglich, als nun angestellter ehemaliger Praxisinhaber noch eine Weile in Teilzeit mitzuarbeiten und so einen gleitenden Übergang in den Ruhestand zu schaffen. Das war immer meine Wunschvorstellung. ■



Dr. med. Peter Witzel
Allgemeinmediziner und Diabetologe in Wilhelmsburg

Dafür ist die KV nicht konzipiert

Hier in Wilhelmsburg gibt es relativ viele Praxen, die mangels Nachfolger schließen müssen oder deren Sitze in andere Stadtteile verlegt werden. Dennoch bin ich nicht sicher, ob die KV hier in die Bresche springen und Eigeneinrichtungen betreiben sollte. Ich versuche, mir das vorzustellen: Es würde ein immer größer werdendes Netz aus KV-Praxen entstehen – in Gegenden, wo sonst niemand praktizieren will. Was geschieht, wenn diese Praxen nicht kostendeckend arbeiten? Wer zahlt das? **Ich fände es sinnvoller, sich auf die Frage zu konzentrieren, warum es so schwer ist, Nachfolger zu finden.** Junge Ärztinnen und Ärzte wollen offenbar keine Einzelpraxen mehr übernehmen. Sie wollen nicht als Einzelkämpfer arbeiten, sondern sich mit Kolleginnen und Kollegen austauschen. Deshalb sollte die KV den Aufbau von fachübergreifenden Zentren fördern und bei der Suche nach geeigneten Räumen helfen. Die KV sollte finanzielle Anreize dafür schaffen, sich in schlechter versorgten Stadtteilen niederzulassen: beispielsweise mit einer Anschubfinanzierung oder einer spürbar höheren Vergütung. Die KV sollte organisieren, steuern und unterstützen – doch sie ist nicht dafür konzipiert, selbst in die Versorgung einzusteigen. ■

INTERVIEW

»Wir freuen uns, wenn Sie kommen«

Hamburger Gesundheitspolitiker diskutieren über die Einrichtung von KV-eigenen Praxen. Ist das ein erfolgversprechendes Konzept? Die Geschäftsführerin der „KV Praxis Berlin“ berichtet, welche Erfahrungen sie mit dem Aufbau von KV-Eigeneinrichtungen in der Hauptstadt gemacht hat.

Warum hat sich die KV Berlin dazu entschlossen, eigene Praxen einzurichten?

HEMMEN: Wir haben festgestellt, dass sich die hausärztlichen Praxen zunehmend in den westlichen Bezirken Berlins konzentrieren. In östlichen Bezirken wie in Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg und Treptow-Köpenick hingegen wird es immer schwieriger, Arztsitze nachzubesetzen. Um diesen Trend zu stoppen, hat die KV Berlin in den vergangenen Jahren eine ganze Reihe von Maßnahmen ergriffen. Beispielsweise haben wir den Punktwert in den schlechter versorgten Planungsbereichen erhöht. Ein von der KV zusammen mit dem

Land Berlin erstellter Letter of Intent ist an seine Grenzen gestoßen und wurde politisch nicht weiterverfolgt. In einem weiteren Schritt wurde Berlin in drei Planungsbereiche unterteilt. Während der größte Teil Berlins nach wie vor für Hausärzte gesperrt ist, gibt es nun in Marzahn-Hellersdorf/Lichtenberg sowie Treptow-Köpenick freie hausärztliche Sitze.

Diese Maßnahmen reichten nicht aus?

HEMMEN: Nein. Es konnten nicht genug freie Arztsitze besetzt werden. Deshalb entstand Ende 2020 die Idee, dass die KV in schlechter versorgten Bezirken selbst an der Versorgung

teilnimmt. Die Möglichkeit, dies zu tun, wurde durch das TSVG eröffnet.

Waren die Mitglieder der Vertreterversammlung von Anfang an offen für diese Idee?

HEMMEN: Ja. Wir haben das Projekt sorgfältig vorbereitet und zusammen mit der Vertreterversammlung erarbeitet. Anfang 2021 organisierten wir einen Workshop, in dem die Mitglieder der Vertreterversammlung die Vorteile und Risiken sowie erste Konzepte diskutierten. In der Vertreterversammlung herrschte Einigkeit darüber, dass weitere Schritte folgen müssen, um dem Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden. Ein



KV-Praxis-Berlin-Geschäftsführerin Susanne Hemmen: "Die Praxen im Umfeld sehen die KV-Eigeneinrichtung unserer Wahrnehmung nach als Entlastung und Unterstützung."

halbes Jahr später waren wir nochmals in der Vertreterversammlung, haben den gemeinsam erarbeiteten Planungsstand präsentiert und uns den Auftrag abgeholt, das Projekt beschlussreif zu machen. Im September 2021 schließlich wurde die Umsetzung des Konzepts von der Vertreterversammlung einstimmig beschlossen. Die Gründung von Eigeneinrichtungen ist Teil eines umfangreichen Maßnahmenpakets zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in den beiden abgetrennten Planungsbereichen, zu dem auch die Förderung der Niederlassung, der Einrichtung von Zweigpraxen und der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten gehört.

Ist Berlin die erste KV, die eigene Praxen betreibt?

HEMMEN: Nein. Die KV Brandenburg hat meines Wissens seit 2013 vier eigene Praxen eingerichtet, die sie nach einigen Jahren allesamt an Ärztinnen und Ärzte übergeben konnte. In Sachsen-Anhalt betrieb die KV in Zusammenarbeit mit der AOK und dem Bundesland zwischenzeitlich 15 Eigeneinrichtungen, vier davon wurden von Ärztinnen und Ärzten weitergeführt. In Thüringen gab es seit 2014 über die Jahre hinweg etwa ein Dutzend vom Land unterstützte KV-Stiftungspraxen. Auch diese Praxen wurden überwiegend von Ärztinnen und Ärzten übernom-

men. Niedersachsen hat zwei hausärztliche Eigeneinrichtungen. Seit Juli betreibt die KV Bayerns ihre erste Eigeneinrichtung, eine Praxis für Dermatologie. Das Neue an unserem Konzept ist, dass wir eine GmbH für die Trägerschaft der Eigeneinrichtungen gegründet haben.

Warum haben Sie das gemacht?

HEMMEN: Damit sind unsere Praxen unabhängiger von der KV. Wir geben wie alle anderen Praxen eine Abrechnung ab, stellen Anträge und können auch in den Widerspruch gehen. Der KV-Vorstand wollte, dass die Eigeneinrichtungen nicht Teil der KV sind, sondern einen Träger

bekommen, der eigenständig agiert und wirtschaftet.

Wie sind Sie bei der Suche nach Praxis-Räumen vorgegangen?

HEMMEN: Wir haben über die Immobilien-Portale gesucht. Wenn man weiß, welche Umsätze mit einer Hausarztpraxis zu erzielen und wie hoch die Kosten für den Praxisbetrieb sind, kann man sich ausrechnen, wie hoch die Miete sein darf. Zunächst schien es beinahe unmöglich, bezahlbare Räumlichkeiten zu finden. Wir kamen mit den Bezirksverwaltungen ins Gespräch, die uns mittlerweile unterstützen. Und wir haben Kontakt zu den Genossenschaften aufgenommen. Den ersten Standort fanden wir aber,

haben ihn natürlich gefragt, was er davon hält, wenn gleich nebenan eine KV-Praxis eröffnet. Er sagte: „Wir freuen uns, wenn Sie kommen.“ Auch die Praxen im weiteren Umfeld sehen die KV-Praxis unserer Wahrnehmung nach als Entlastung und Unterstützung. Im Bezirk gehen viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand. Die restlichen Praxen werden von Patienten überrannt und finden während der Urlaubszeit gar keine Vertretung mehr.

Hat die KV Geld für die Übernahme des Arztsitzes bezahlt?

HEMMEN: Nein. Die KV kann aus rechtlichen Gründen gar keine Arztsitze kaufen und halten. Die Eigenreinrichtungen funktionieren

HEMMEN: Ganz normal über Stellenanzeigen. Der finanzielle Aspekt ist in den Bewerbungsgesprächen häufig nur zweitrangig. Wichtiger sind den Bewerbern unserer Erfahrung nach flexible Arbeitszeiten und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch der Arbeitsort spielt eine große Rolle. Wenn eine Person in Treptow-Köpenick wohnt und die Praxisräume in Marzahn-Hellersdorf liegen, kann das bedeuten: Sie muss eine Stunde fahren.

Welche Vorteile hat es, in einer KV-Praxis zu arbeiten?

HEMMEN: Wer bei uns anfängt, kann sich zunächst voll auf die medizinische Versorgung konzentrieren. Die Ärztinnen und Ärzte und die MFA haben aber natürlich die Möglichkeit mitzugestalten. In die Entscheidung beispielsweise, welches PVS-System wir nutzen, wurde unser Start-Team mit einbezogen. Wir sagen den angestellten Ärztinnen und Ärzten: „Schaut euch die Arbeit in einer Praxis an. Ihr könnt selber abrechnen, ihr habt die Möglichkeit, die Arbeitsabläufe selbst zu strukturieren und zu organisieren. Aber wir unterstützen Euch.“

Welche Rolle spielt die Perspektive, dass die angestellten Ärztinnen und Ärzte später die Praxen übernehmen?

HEMMEN: Die angestellten Ärztinnen und Ärzte können sich ausprobieren und herausfinden: Ist die Niederlassung etwas für mich? Wir haben einen Beirat mit Hausärztinnen und Hausärzten, die sich als Mentoren zur

"So werden die jungen Ärztinnen und Ärzte an die Selbständigkeit herangeführt."

weil sich eine Ärztin direkt an uns wandte und sagte: „Ich habe gehört, Sie wollen eine KV-Praxis eröffnen. Ich gehe in den Ruhestand, habe aber keine Nachfolge gefunden. Wäre das nicht was für Sie?“

Haben Sie mit den benachbarten Praxen über die Pläne gesprochen, eine KV-Praxis zu eröffnen? Wie waren die Reaktionen?

HEMMEN: Unsere erste Praxis befindet sich in Berlin Lichtenberg – in einem Ärztehaus. Der direkte Nachbar ist ein Allgemeinmediziner, die beiden Praxen sind nur durch eine Glastür getrennt. Wir

ohne Sitze. Wir haben die Praxis der Ärztin in Lichtenberg nicht übernommen, sondern eine neue Praxis gegründet. Die Räume wurden komplett umgebaut und modernisiert, die Einrichtung erneuert und auf den neusten Stand gebracht.

Werden die Arztstellen in den Eigeneinrichtungen im Bedarfsplan mitgezählt, obwohl es sich nicht um Arztsitze handelt?

HEMMEN: Ja.

Wie haben Sie nach Ärztinnen und Ärzten und MFA für die neue Praxis gesucht?

Warum ich in der ersten KV-eigenen Praxis Berlins arbeite

Ich freue mich, in einer Region tätig zu sein, in der man richtig gebraucht wird. Es ist meine erste Stelle als Facharzt. In der KV-Praxis kann ich mich auf die Patientinnen und Patienten konzentrieren – ohne mir über die finanziellen Aspekte der Selbstständigkeit Gedanken machen zu müssen. Ich habe den Prozess der Praxis-Neugründung miterlebt. Ich lerne im laufenden Betrieb den Praxisalltag kennen und kann mich mit den Regularien der vertragsärztlichen Versorgung vertraut machen. Ob ich

später als selbständiger Hausarzt tätig sein will, weiß ich noch nicht – aber prinzipiell vorstellen kann ich mir das durchaus.



Konstantin Zellmer ist Facharzt für Allgemeinmedizin in der KV-Praxis in Berlin-Lichtenberg

Verfügung stellen. So werden die jungen Ärztinnen und Ärzte an die Selbstständigkeit herangeführt. Allerdings gibt es immer mehr Ärztinnen und Ärzte, die dauerhaft angestellt arbeiten möchten. Das ist ein Trend, den wir nicht ignorieren können. Deshalb fahren wir zweigleisig: Die Eigeneinrichtungen sind Lehrpraxen für künftige Selbstständige, doch wer lieber angestellt bleiben will, hat bei uns ebenfalls eine Perspektive.

Sollte sich eine Ärztin oder ein Arzt dazu entschließen, die Praxis selbstständig weiterzuführen: Wie funktioniert das? Die Eigeneinrichtung hat doch keinen eigenen Sitz, den sie oder er übernehmen könnte.

HEMMEN: Wir haben in den zwei offenen Planungsbereichen über 100 unbesetzte hausärztliche Arztsitze, die vom Zulassungsausschuss vergeben werden. Einen Arztsitz zu bekommen, ist also kein Problem.

Woher stammt das Geld, mit dem die Eigeneinrichtungen aufgebaut werden?

HEMMEN: Die umfassenden Fördermaßnahmen des Sicherstellungsstatuts werden aus dem Strukturfonds finanziert. Die erste Anschubfinanzierung für die KV Praxis Berlin GmbH hat die KV aus dem Verwaltungshaushalt finanziert. Damit haben wir begonnen, zunächst die Strukturen aufzubauen.

Können die Eigeneinrichtungen Gewinn machen?

HEMMEN: Unser Ziel ist es, dass sich die Praxen nach einiger Zeit selbst tragen. Sollte es Gewinne geben, würden diese wieder in Eigeneinrichtungen investiert. Allerdings muss man sich nichts vormachen: Angestellte arbeiten anders als Selbstständige, deshalb werden die Umsätze geringer sein als in den inhabergeführten Praxen. Außerdem haben wir eine Kostenexplosion. Auf eine schwarze Null zu kommen, ist in dieser Konstellation nicht einfach.

Dürfen die Eigeneinrichtungen Privatpatienten behandeln?

HEMMEN: Ja, die Eigeneinrichtungen dürfen Privatpatienten behandeln wie alle anderen vertragsärztlichen Praxen auch. Aber wir haben in den von uns versorgten Bereichen einen Privatpatientenanteil von maximal drei Prozent. Das ist also nicht ausschlaggebend.

Wie geht es jetzt weiter mit den Berliner Eigeneinrichtungen?

HEMMEN: Im Oktober kommt in der Lichtenberger Praxis eine weitere angestellte Ärztin hinzu, die in Teilzeit arbeitet. Ein weiterer Standort soll Anfang 2023 eröffnen. Diese Praxisräume bauen wir gerade aus. In 2023 soll ein dritter Standort folgen.

SUSANNE HEMMEN ist Geschäftsführerin der „KV Praxis Berlin GmbH“. Zuvor arbeitete sie als Referentin in der Stabsstelle Unternehmensplanung und Organisationsentwicklung der KV Berlin.



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. **Mitgliederservice (ehem. Infocenter), Tel: 22802-802**

TSS

Mein Patient benötigt einen Termin beim Augenarzt, den er sich über die Terminservicestelle (TSS) vermitteln lassen soll. Ist es hierfür zwingend notwendig, eine Überweisung mit einem Dringlichkeitscode auszustellen?

Nein, in diesem Fall ist keine Überweisung mit Dringlichkeitscode notwendig. In der Regel benötigen Patienten für eine Vermittlung eine Überweisung sowie einen Dringlichkeitscode. Dies gilt allerdings nicht für die Terminvermittlung zu Augenärzten, Gynäkologen, Haus- und Kinderärzten sowie zum psychotherapeutischen Erstgespräch.

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Benötige ich vor der Akutbehandlung einen Konsiliarbericht?

Nein. Für eine ausschließliche Akutbehandlung ist kein Konsiliarbericht erforderlich. Ist abzusehen, dass sich an die Akutbehandlung eine Richtlinien-Therapie anschließen soll, sieht die Psychotherapie-Richtlinie vor, dass ein Konsiliarbericht spätestens nach den probatorischen Sitzungen eingeholt wird. Patienten sollten zudem bereits im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde an einen Konsiliararzt überwiesen werden, wenn eine weitere Behandlung geplant ist. Der Konsiliarbericht ist bei einem Vertragsarzt einzuholen.

DMP

In welchem Turnus sollten DMP-Dokumentationen an die Datenstelle versandt werden?

Formal müssen DMP-Dokumentationen spätestens 52 Tage nach Ablauf des Dokumentationsquartals an die Datenstelle übermittelt werden. Es empfiehlt sich aber, die DMP-Dokumentationen regelmäßig in Intervallen von 1-4 Wochen an die DMP-Datenstelle zu übermitteln. Auf diese Weise erhält der Arzt schneller eine Rückmeldung, ob Korrekturen vorzunehmen sind, und kann noch innerhalb der Übermittlungsfrist für das Dokumentationsquartal reagieren. Damit könnte ein Fehlen einer Dokumentation und die damit eventuell verbundene Ausschreibung des Patienten aus dem DMP verhindert werden.

eAU

Ich bin Allgemeinmediziner. Muss ich die Portokosten für den postalischen Versand der eAU an die Krankenkassen selbst übernehmen, wenn die elektronische Übermittlung nicht möglich ist?

Sie können für den Versand über den Postweg unter bestimmten Voraussetzungen eine Kostenpauschale abrechnen. Ist bereits während der Anwesenheit des Patienten klar, dass die eAU nicht elektronisch verschickt werden kann, händigen Sie dem Patienten bitte einen unterschriebenen eAU-Ausdruck aus, den dieser an seine Krankenkasse schickt. Wenn Sie erst feststellen, dass die elektronische Übermittlung nicht möglich ist, nachdem der Patient

die Praxis bereits verlassen hat, können Sie die elektronische Übermittlung bis zum Ende des nachfolgenden Werktages nachholen. Ist die elektronische Übermittlung auch dann nicht möglich, können Sie für die Versendung der eAU an die jeweilige Krankenkasse die GOP 40130 EBM in Ansatz bringen.

FORMULARE

Ich habe gehört, dass die Formulare für die Jugendarbeitsschutzuntersuchung nicht mehr über den Paul-Albrechts-Verlag (PAV) zu bestellen sind. Wo kann ich die Formulare künftig bestellen?

Die Formulare für die Jugendarbeitsschutzuntersuchung werden vom Amt für Arbeitsschutz der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz erstellt. Seit April dieses Jahres sind die Formulare nur noch digital als Druckvorlage über die jeweilige KV zu beziehen. Sie finden die Druckvorlagen auf unserer Homepage:

<https://www.kvhh.net/de/praxis/formulare/formulare/jugendarbeitsschutzgesetz-jarb-schg.html>

BTM-REZEPT

Was muss ich bei dem Verlust von unbenutzten BtM-Rezepten beachten?

Sollten Ihnen unbenutzte BtM-Rezepte trotz aller Vorsicht abhandenkommen, ist der Verlust umgehend mit Angabe der abhandengekommenen Rezeptnummern schriftlich der Bun-

desopiumstelle zu melden. (Am besten per Fax: 0228 / 99 307-5985. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular für Verlustmeldungen.) Zusätzlich ist es sinnvoll, den Verlust bei der zuständigen Landesbehörde und bei der Polizei anzuzeigen.

AU

Wir möchten für einen Patienten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung rückwirkend ausstellen. Wie viele Tage dürfen wir rückdatieren?

Laut Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA ist eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag nur ausnahmsweise und nach gewissenhafter Prüfung zulässig - und in der Regel nur für bis zu drei Tage. Dasselbe gilt für eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit.

Mitgliederservice, Tel: 22802-802



Ihre Ansprechpartner (v.l.n.r.): Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Damla Eymur, Natalie Wawrzeniez



KV Hamburg überprüft die Erfüllung der Versorgungsaufträge

Die KV Hamburg ist verpflichtet zu überprüfen, ob ihre Mitglieder die ihnen übertragenen Versorgungsaufträge erfüllen (§ 95 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V). Für das Jahr 2021 hat die KV ein datengestütztes Auffälligkeitsscreening durchgeführt und fristgerecht am 30. Juni 2022 an den Zulassungs- und Landesausschuss übermittelt. Die Überprüfung ergab, dass 94,37 Prozent der KV-Mitglieder ihren Versorgungsauftrag erfüllen. Die Prozentzahl wird ansteigen, weil einige Auffälligkeiten noch im Rahmen von Einzelfallprüfungen erklärt werden können.

Maßgeblich für die Überprüfung des Versorgungsauftrags sind die nach den Rechtsnormen geforderten 25 Stunden Sprechstundenzeiten pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag. Im TSVG wurde geregelt, dass die Prüfung anhand der abgerechneten Fälle und der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V durchzuführen ist. Hinzu

kommt eine Prüfung des tatsächlichen Leistungsgeschehens mit dem aufgebrachtten Zeitaufwand in den Quartalen 1/2021 bis 4/2021 auf Grundlage der abgerechneten EBM-Leistungen.

Grundlage für die weitere Berechnung sind die methodischen Hinweise der KBV für ein datengestütztes Auffälligkeitsscreening. Danach wurden für die Berechnung die abgerechneten Leistungen vor sachlich-rechnerischer Richtigstellung berücksichtigt. Bei der Ermittlung der Durchschnittswerte werden die Werktage je Quartal unter Abzug von pauschal 14 Tagen für Urlaub und Fortbildung berücksichtigt.

Sollte anhand dieses Daten-Screenings der Eindruck entstehen, dass ein Versorgungsauftrag nicht vollständig erfüllt wird, erfolgt eine Einzelfallprüfung. Hierbei wird untersucht, ob sich die Auffälligkeiten durch weitere Parameter erklären lassen. Gründe hierfür können z.B. längere Krankheit, überdurchschnittlich viele abgesagte Termine oder auch nicht wahrgenommene Termine sein. Für die Einzelfallprüfungen werden die Betroffenen angeschrieben und um eine schriftliche Stellungnahme gebeten. Hierbei können u.a. überdurchschnitt-

liche Praxisausfallzeiten, nicht wahrgenommene oder abgesagte Sprechstundentermine, die COVID-19-Pandemie und weitere Gründe angegeben werden.

Zur Klärung der Einzelfälle ist die Mitwirkung der Vertragsärzt:innen und -psychotherapeut:innen unbedingt notwendig. Bei Unsicherheiten darüber, welche Umstände zu einer Entlastung beitragen können, bietet die KV eine Beratung an.

Tipps für KV-Mitglieder

- Damit Ausfallzeiten in der Einzelfallprüfung berücksichtigt werden können, bitten wir Sie, diese der KV Hamburg zu melden.
- Freie Kapazitäten können der Terminservicestelle (TSS) gemeldet werden.
- Nutzen Sie die Beratungsangebote der KV Hamburg. ■

Bei Fragen rund um zulassungsrechtliche Themen wenden Sie sich gern an die Zulassungsberatung der KV Hamburg.
arztregister@kvhh.de



eAU: Was zum Start wichtig ist

Seit 1. Juli 2022 ist die Nutzung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) für die Praxen verpflichtend. Doch längst nicht immer klappt der elektronische Versand reibungslos. Hier beantworten wir einige oft gestellte Fragen.

Kann weiterhin das Muster 1 verwendet werden? Nein, seit 1. Juli 2022 ist das Formular ungültig und darf nicht mehr verwendet werden. Die eAU wird vorerst nur an die Krankenkasse auf elektronischem Weg übertragen. Für den Patienten und für den Arbeitgeber erstellen die Praxen weiterhin Papierausdrucke, die dem Patienten mitgegeben werden. Der Patient ist dafür zuständig, einen Ausdruck an seinen Arbeitgeber weiterzugeben. Die Papierausdrucke erfolgen nicht mehr auf Muster 1, sondern anhand der im PVS erstellten eAU-Vorlage („Stylesheet“).

Auf welchem Papier wird die eAU ausgedruckt? Das Sicherheitspapier für die Blankoformularbedruckung darf hierfür nicht verwendet werden. Sie können normales Drucker-Papier verwenden.

Müssen die eAU-Ausdrucke („Stylesheets“) unterschrieben werden? Ja, die Drucke werden dem Patienten unterschrieben mitgegeben.

Ist es richtig, dass bei Ausstellung einer elektronischen Folgebescheinigung der Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen wird? Ja, diese Information ist in der Folgebescheinigung nicht enthalten.

Was tue ich, wenn der Versand einer eAU aufgrund einer technischen Störung nicht möglich ist? Ist bereits beim Ausstellen der eAU klar, dass der elektronische Versand nicht funktioniert, händigen Sie dem Patienten (zusätzlich zum Ausdruck für ihn selbst und für den Arbeitgeber) einen weiteren unterschriebenen Ausdruck aus, den der Patient an die

Krankenkasse schickt. Wird die Störung der TI erst entdeckt, wenn der Patient die Praxis schon verlassen hat, kann die elektronische Übermittlung bis zum Ende des nachfolgenden Werktages nachgeholt werden. (Das PVS speichert die AU-Daten und versendet die eAU, sobald das wieder möglich ist.)

Ist die elektronische Übermittlung auch bis zum Ende des nachfolgenden Werktages nicht möglich, müssen Sie den Ausdruck per Post an die jeweilige Krankenkasse schicken. Sie können dafür die GOP 40130 EBM abrechnen.

Welche Drucker eignen sich für eAU-Ausdrucke auf Papier? Die Drucke der Papier-Bescheinigungen für die Krankenkassen müssen gut lesbar sein (Auflösung: 300 dpi). Laser- oder Tintenstrahldrucker eignen sich hierfür besonders gut, die in einigen Praxen genutzten Nadeldrucker hingegen weniger. Die eAU könnte somit den Austausch des Praxisdruckers erforderlich machen.

Wie befülle ich eine eAU über meine Praxissoftware? Viele Anbieter von Praxisverwaltungssoftware (PVS) bieten Schulungsvideos und Anleitungen zur eAU an.

Benötigt eine Vertretungärz:in für das Ausstellen der eAU einen eHBA? Auch ein Praxisvertreter muss über einen eigenen eHBA (elektronischer Arztausweis in der 2. Generation) verfügen, damit er alle vertragsärztlichen Tätigkeiten ausführen kann, wie das Ausstellen von eAU und eRezept sowie die Aktualisierung eines Notfalldatensatzes, die alle eine elektronische Signatur mittels eHBA erfordern. ■

Ansprechpartner: Online-Services
Tel: 040 / 22802 -862, -588, -554

TI-Konnektoren: Geräte, deren Zertifikate bis August 2023 auslaufen, müssen auf jeden Fall ausgetauscht werden

Nach einer Betriebszeit von fünf Jahren läuft das Sicherheitszertifikat der TI-Konnektoren aus. Ein Verbindungsaufbau zur TI ist nach Ablauf des Zertifikats nicht mehr möglich.

Die Gematik hat Folgendes mitgeteilt: Ausgetauscht werden müssen alle Konnektoren, deren Sicherheitszertifikate bis August 2023 auslaufen.

Bei Geräten, deren Zertifikate ab September 2023 auslaufen, ist nach Mitteilung der Gematik auch eine Laufzeitverlängerung der TI-Gerätekarte denkbar. Allerdings ist offenbar noch unklar, wie lange die Laufzeit verlängert werden kann und ob der Konnektortausch nicht lediglich hinausgezögert wird.

Praxen, deren Konnektoren demnächst die Betriebszeit von fünf Jahren überschreiten, sollten so bald wie möglich Kontakt mit technischen Dienstleistern aufnehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

**Ansprechpartner:
Online-Services
Tel: 040 / 22802 -862, -588, -554**

Aktuell sind drei **Konnektor-Typen** auf dem Markt:



KocoBox: Vom Ablauf der Sicherheitszertifikate

betroffen sind in diesem Jahr ausschließlich CGM-Konnektoren (KocoBox). Die ersten CGM-Konnektoren haben das Ende der Fünf-Jahres-Frist im Juli 2022 erreicht. <https://meine-ti.de/cgm-divco/ti-hardwaretausch/>



Secunet: Die Sicherheitszertifikate von Secunet-Konnektoren laufen ab dem 3. Quartal 2023 ab. www.secunet.com/loesungen/secunet-konnektor



Rise: Konnektoren der Firma Rise gehen ab Ende 2023 vom Netz. www.rise-konnektor.de



Praxen erhalten 2300 Euro für den **Konnektortausch**

Was beinhaltet diese Pauschale?

Die vom Bundesschiedsamt festgelegte Pauschale von 2300 Euro umfasst den Austausch des Konnektors, inklusive der Entsorgung des Altgerätes, sowie die Installation eines neuen Praxisausweises (SMC-B-Smartcard). Auch der Austausch der Sicherheitsmodulkarte in einem stationären Kartenterminal ist Teil der Pauschale.

Für jedes weitere Kartenterminal, dessen Sicherheitsmodulkarte innerhalb der nächsten sechs Monate abläuft, werden für den Austausch der Karte jeweils 100 Euro gezahlt. Sofern die Sicherheitsmodulkarte eines Kartenterminals außerhalb dieser Frist ausgetauscht werden muss, werden ebenfalls 100 Euro je Kartenterminal gezahlt.

Auslagerung des Konnektors ins **Rechenzentrum**: „TI as a Service“



Eine Alternative zu einem Konnektor in der eigenen Praxis

bieten sogenannte Konnektorfarmen an, auch „TI as a Service“ genannt. Bei dieser Lösung werden Praxen mittels VPN-Verbindung an die Rechenzentren der Konnektorfarm-Anbieter angeschlossen. Die Dienstleister von „TI as a Service“ realisieren die Anbindung entweder per Software-VPN im bestehenden Internet-Router oder mithilfe eines Hardware-VPN. Mehrere Konnektoren sind in einem Serverschrank installiert und werden über eine Monitoring-Software verwaltet.

Vorteile:

- Die notwendigen Updates des Konnektors werden vom Dienstleister durchgeführt.
- Der Konnektor wird durch den Dienstleister ständig überwacht
- Beim Ausfall eines Konnektors ist ein Umschalten auf ein anderes Gerät schnell möglich.

Nachteile:

- Abhängig von den Vertragsbedingungen können Mehrkosten gegenüber dem Betrieb eines Konnektors in der Praxis entstehen.
- Wird der Konnektor in ein Rechenzentrum ausgelagert, kann er die Praxis nicht mehr

durch seine Firewall schützen. (Bei einer seriellen Installation/Reihen-Installation in der Praxis übernimmt die integrierte Firewall des Konnektors eine Schutzfunktion für das interne Praxisnetzwerk. Diese Schutzfunktion fällt dann weg.) ■

Anbieter:

Aquinet (TI2GO): <https://akquinet.com>

Arvato Systems (Bertelsmann):

www.arvato-systems.de

Concat: www.concat.de

RED: www.redmedical.de

Ansprechpartner: Online-Services

Tel: 040 / 22802 -862, -588, -554



Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung



Ab Oktober 2022 kann die „psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ umgesetzt werden. Das Programm richtet sich an Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen. Um den Patientinnen und Patienten eine aufeinander abgestimmte Versorgung bieten zu können, schließen sich Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu regionalen Netzverbänden zusammen. Netzverbände benötigen eine Genehmigung der KV, bevor sie mit der Komplexbehandlung starten können. ■

Informationen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung:
https://www.kbv.de/html/themen_58817.php

Informationen und Formulare zur Genehmigung durch die KV Hamburg:
<https://www.kvhh.net/de/praxis/formulare/formulare.html#P>

Antibiotika-Therapie: Modellvorhaben zum CRP-Test endet

Das Modellvorhaben zur Erprobung von quantitativen CRP-Tests am Point-of-Care im Rahmen einer rationalen Antibiotika-Therapie endet entsprechend der vertraglichen Vereinbarung am 30. September 2022. ■

Ansprechpartner:
Mitgliederservice
 (ehem. Infocenter),
 Tel: 040 / 22802 - 802

Frauen Notruf: Fachberatungsstelle für Betroffene sexualisierter Gewalt

Wenn Sie Patientinnen behandeln, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, können Sie an die Hamburger Fachberatungsstelle „Frauen Notruf“ verweisen. Flyer und Visitenkarten zum Aushändigen an Ihre Patientinnen sowie Plakate für die Praxis erhalten Sie kostenfrei. ■

FRAUEN NOT RUF 
 Hamburger Fachberatungsstelle für vergewaltigte Frauen und Mädchen

Weitere Informationen zum FRAUEN NOTRUF:
www.frauennotruf-hamburg.de

Anfragen bitte per E-Mail:
kontakt@frauennotruf-hamburg.de

10. Tag der Allgemeinmedizin

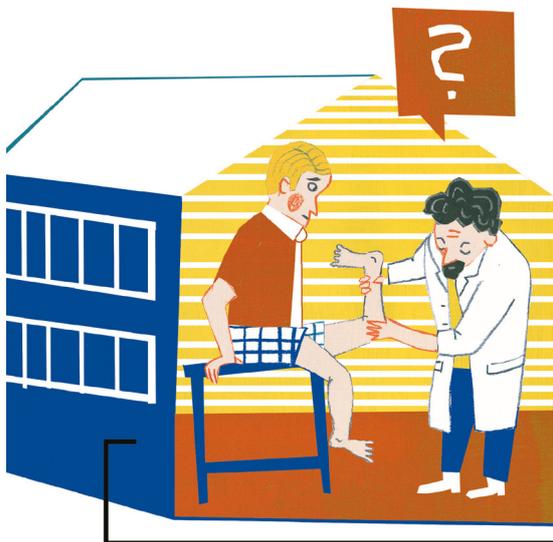
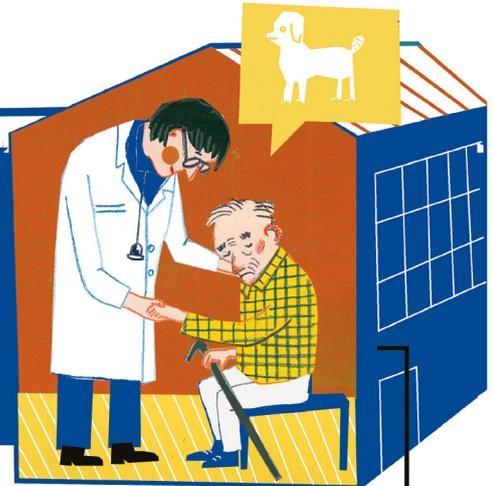
Spezialisiert auf den ganzen Menschen

5.11.2022
UKE Hamburg

Anmeldung
bis 21.10.2022

→ www.uke.de/tda

tda@uke.de



für das
gesamte
Praxisteam

unabhängige Fortbildungen für
das gesamte Praxisteam in über
50 Workshops

Plenums-Highlight

Prof. Dr. Harald Lesch und
Dr. Martin Herrmann

„Die Klimakrise ist ein medizinischer
Notfall: was bedeutet das für die
hausärztliche Praxis und was können
Hausarzt:innen tun?“

UKE

Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

DEGAM
Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Bewegungsprogramme für gebrechliche ältere Menschen

Wenn ein Interpretationsbias den Blick auf unerwünschte Nebeneffekte verstellt

VON PROF. DR. PHIL. GABRIELE MEYER UND PROF. DR. MED. INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

U

Unabhängige Bewegungsfähigkeit im Alter ist eine wichtige Voraussetzung für die Wahrung von Selbstständigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Präventionsprogramme propagieren körperliche Aktivität auch für hochaltrige Menschen.

Die kürzlich im britischen Ärzteblatt veröffentlichte randomisierte kontrollierte SPRINTT Studie zeigt, dass ein strukturiertes Bewegungsprogramm den körperlichen Abbau bei gebrechlichen, in der Gemeinde lebenden Senior:innen, tatsächlich verzögern kann (1). Der Autor des begleitenden Editorials sieht nunmehr sogar „überwältigende Evidenz“ für die generelle Implementierung derartiger Programme (2).

Zu einer positiven Schlussfolgerung kommt auch ein Cochrane Review (3), das 12 randomisierte kontrollier-

te Studien (RCTs) einschließt (1317 Teilnehmer:innen; mittleres Alter 82 Jahre). Demnach kann ein Mobilitätstraining für gebrechliche Senior:innen deren Mobilität verbessern, zumindest über einen Zeitraum von sechs Monaten. Dennoch fordern die Cochrane-Autor:innen weitere methodisch hochwertige RCTs, um die Auswirkungen auf unerwünschte Effekte des Trainings, z. B. die Häufigkeit von Stürzen und patientenrelevante Endpunkte, wie die Aufnahme ins Pflegeheim, zu evaluieren. So berichten nur zwei der 12 Studien Ergebnisse zum Sturzrisiko.

In der SPRINTT Studie hingegen werden Sicherheitsparameter als prädefinierte Outcomes sorgfältig untersucht und veröffentlicht (1). Eine Übersicht der wichtigsten Merkmale der Studie zeigt Tabelle 1.

WIRKSAMKEIT DER SPRINTT BEWEGUNGSINTERVENTION

Für den primären Ergebnisparameter (Unfähigkeit den 400-m-Gehtest zu absolvieren) betrug der Gruppenunterschied 22 Relativprozent (Hazard Ratio 0,78 (95 % Konfidenzintervall (KI) 0,67 bis 0,92). Bis zu sechs Monate nach Beginn der Studie zeigt sich kein Effekt, aber bereits zu diesem Zeitpunkt können in beiden Gruppen ungefähr 20 % der Teilnehmer:innen den Test nicht mehr absolvieren. Nach 36 Monaten können 47 % in der Interventionsgruppe und 53 % in der Kontrollgruppe den 400-m-Gehtest nicht mehr durchführen.

**TABELLE 1:
MERKMALE DER SPRINTT STUDIE
(BERNABEI ET AL. 2022)**

Methoden	Randomisierte kontrollierte Studie
Studien- teilnehmer:innen	
Setting	in der Häuslichkeit lebende Senior:innen aus 16 Orten in elf europäischen Ländern
Mittleres Alter (SD)	79,2 (5,8) Jahre
Frauen	71,3 %
Einschluss- kriterien	> 70 Jahre mit Gebrechlichkeit und Sarkopenie*; in der Lage, den 400-m-Gehtest zu absolvieren (s. primärer Ergebnisparameter); randomisiert in IG 605 und KG 600 Personen
Interventionen	
IG	Multikomponenten-Intervention aus moderat intensiven körperlichen Bewegungsübungen 2 Mal/Woche in einem Zentrum und 4 Mal/Woche zu Hause; personalisierte Ernährungsberatung
KG	Schulung zu „gesundem Altern“ 1 Mal/Monat
Primärer Ergebnis- parameter	Beeinträchtigung der Mobilität, d. h. Unvermögen 400 m in < 15 Minuten zu gehen ohne zum Sitzen zu kommen, > 1 Minute zu pausieren, Hilfe in Anspruch zu nehmen oder eine Gehhilfe zu nutzen†
Dauer der Studie	Intervention und Follow-up bis zu 36 Monate
Adhärenz zur Intervention, Mittelwert (SD)*	IG: 67,0 % (22,8 %) im Zentrum und 73,5 % (36,5 %) zu Hause; KG: 65,9 % (26,4 %)

SD = Standardabweichung; IG = Interventionsgruppe;
KG = Kontrollgruppe

*Definiert durch den Short Physical Performance Battery (SPPB) Score; beurteilt den Funktionsstatus der unteren Extremitäten und besteht aus einem Gleichgewichtstest, einem „Repeated-sit-to-stand“-Test und einem 400-m-Gehtest. Der Score reicht von 0 bis 12 Punkten; je niedriger die Punktzahl, umso schlechter das Ergebnis.

†Die primäre Stichprobenkalkulation und Ergebnisanalyse erfolgte für Personen mit einem SPPB Score von 3-7.

KRITISCHE BETRACHTUNG DER KLINISCHEN RELEVANZ

Der Gruppenunterschied von nur 6 Prozentpunkten nach drei Jahren zugunsten der doch sehr aufwendigen Multikomponenten-Intervention provoziert Zweifel an der klinischen Relevanz des Effekts. Obwohl der 400-m-Gehtest ein etabliertes geriatrisches Instrument zur Bestimmung des Mobilitätsstatus ist, drängt sich zudem die Frage auf, ob es sich um einen patientenrelevanten Ergebnisparameter handelt. Mit anderen Worten: Ist es ein erstrebenswertes Ziel, bei bestehender Gebrechlichkeit 400 m ohne Pause und Unterstützung in weniger als 15 Minuten gehen zu können oder stehen eher andere Ziele der Funktionsfähigkeit und Teilhabe für diese Population im Vordergrund?

UNERWÜNSCHTE EFFEKTE DER INTERVENTION

Die SPRINTT Studie ist ein positives Beispiel für die sorgsame Erfassung und Berichterstattung unerwünschter Ereignisse. Laut Studienprotokoll sollte das Mobilitätstraining auch das Sturzrisiko reduzieren (4). Allerdings zeigen nahezu alle unerwünschten Ereignisse entweder einen Trend oder sind gar statistisch signifikant zuungunsten des Bewegungsprogramms (siehe nächste Seite, Tabelle 2). Die Nutzen-Schaden-Bilanz wird jedoch nicht in der Schlussfolgerung der Publikation reflektiert (1). Die Autor:innen betonen den Effekt auf den primären Ergebnisparameter und empfehlen die Intervention für gebrechliche Senior:innen ohne Berücksichtigung der Risiken und Komplikationen. Auch das begleitende Editorial erwähnt mit keinem Wort die erheblichen Unterschiede in den unerwünschten Effekten (2). Es handelt sich immerhin um einen Unterschied von 5 Prozentpunkten bei den Senior:innen mit mindestens einem Sturzereignis. →



TABELLE 2:
AUSWAHL VON UNERWÜNSCHTEN EREIGNISSEN IM STUDIENVERLAUF.
DIE ANGABEN SIND ABSOLUTE ZAHLEN (PROZENT)

Anzahl der Personen mit mindestens	Interventionsgruppe (n=605)	Kontrollgruppe (n=600)	Risiko-verhältnis (95 % KI)*
irgendeinem unerwünschten Ereignis	337 (55,7)	297 (49,5)	1,13 (1,01-1,25)
einem Sturzereignis	80 (13,2)	49 (8,2)	1,62 (1,16-2,27)
einem Ereignis unter Aufsicht des Studienpersonals	26 (4,3)	10 (1,7)	2,58 (1,25-5,30)
einer Vorstellung in der Notaufnahme	102 (16,9)	84 (14,0)	1,20 (0,92-1,57)
einem Knochenbruch	33 (5,5)	30 (5,0)	1,09 (0,67-1,77)
einer wahrscheinlich durch die Studienprozedur beeinträchtigten Aktivität	49 (8,1)	13 (2,2)	3,74 (2,05-6,82)

*KI = Konfidenzintervall. Wenn das 95 % KI 1,0 nicht einschließt, ist das Ergebnis statistisch signifikant.

→ DISKUSSION

Selbst hochwertige Studien in renommierten Zeitschriften können durch Bias in der Berichterstattung und Interpretation der Ergebnisse zu irreführender Rezeption führen. Wieder einmal bestätigt sich, dass es nicht ausreicht, die Zusammenfassung und die Schlussfolgerung einer Studie zu lesen (5). Die kritische Prüfung aller Ergebnisse, vor allem der unerwünschten Effekte, ist unerlässlich.

Cochrane hat in seinem Methodenhandbuch einen deutlichen Akzent gesetzt, indem die Reviewer nunmehr angewiesen werden, unerwünschte Effekte als primäre Endpunkte des Reviews zu definieren (6). Dies gilt auch für vermeintlich harmlose präventive Interventionen wie Bewegungsprogramme.

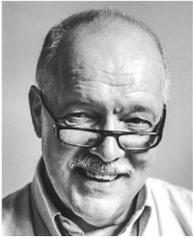
PROF. DR. PHIL. GABRIELE MEYER

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
 Medizinische Fakultät an der
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Gabriele.Meyer@uk-halle.de

Referenzen

- 1) Bernabei R, Landi F, Calvani R, et al. Multicomponent intervention to prevent mobility disability in frail older adults: randomised controlled trial (SPRINTT project). *BMJ* 2022; 377: e068788
- 2) Gill TM. Preserving community mobility in vulnerable older people. *BMJ* 2022; 377: o1084
- 3) Treacy D, Hassett L, Schurr K, et al. Mobility training for increasing mobility and functioning in older people with frailty. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 6. Art. No.: CD010494
- 4) Landi F, Cesari M, Calvani R, et al. The "Sarcopenia and Physical frailty in older people: multicomponent treatment strategies" (SPRINTT) randomized controlled trial: design and methods. *Aging Clin Exp Res* 2017; 29: 89-100
- 5) Montori VM, Jaeschke R, Schünemann HJ, et al. Users' guide to detecting misleading claims in clinical research reports. *BMJ* 2004; 329: 1093-1096
- 6) Cochrane Handbuch der Methoden. <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-02>; Zugriff am 21. August 2022





Schuldprinzip vs. Solidarität

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

In der Pandemie sind einige Tabus gebrochen worden. Als der Präsident und Vorsitzende des 1. Senats des Bundessozialgerichts im Februar 2022 an einer der tragenden Säulen unserer Gesellschaft rüttelte, erhob sich kein Sturm der Entrüstung im ganzen Land. Ein wenig Widerspruch gab es zwar, ein Lüftchen nur, aber heute ist es wieder vergessen.

Vor fünfzehn Jahren wurde im Zuge einer der unzähligen Gesundheitsreformen eine neue Kategorie von Diagnosen eingeführt: die

Totengräber bezeichnen. Die Einführung des Schuldprinzips in das Gesundheitswesen und in die Medizin war und ist ein gefährlicher Dammbbruch, der so leicht nicht wieder repariert werden kann. Aber dann kam Corona. Zunächst fielen Mitte des Jahres 2021 einige Politiker:innen, sogar auch eine nicht unerhebliche Zahl von Ärztinnen und Ärzten dadurch auf, dass sie angesichts der aufgeheizten Triage-Hysterie laut darüber nachdachten, ungeimpften Covid-19-Erkrankten

einer Ecke, in der man Solches niemals vermutet hätte: Rainer Schlegel, der Präsident des Bundessozialgerichts, sprach sich bei seinem Jahrespressegespräch dafür aus, dass ungeimpfte Covid-19-Erkrankte an den Kosten ihrer Behandlung beteiligt werden müssten. „Das sollte dem Versicherten weh tun“, sagte er. Schlegel sprach von bis zu 200.000 Euro, die eine Krankenhausbehandlung bei schwerem Verlauf einer Covid-19-Erkrankung die Allgemeinheit kosten könne. Wenn ein Firmenchef in solchen Kategorien denkt, kann man sich ja noch achselzuckend abwenden. Er weiß es nicht besser. Wenn aber der Präsident des Bundessozialgerichts und Vorsitzende des 1. Senats, der ausgerechnet für alle Fragen der gesetzlichen Krankenversicherung in unserem Land zuständig ist, die Grundlagen unseres Sozialsystems aushebeln will, dann müssen alle Alarmglocken läuten. Das Solidarprinzip ist schließlich keine Vereinsatzung. Es ist das Fundament unseres gesamten Sozialsystems. Es ist eine der wichtigsten Säulen, auf denen unsere Gesellschaft aufgebaut ist. Rainer Schlegel präsidiert noch eineinhalb Jahre lang bis zu seinem Ruhestand. Bis dahin müssen die Urteile aus seinem 1. Senat mit höchster Aufmerksamkeit gelesen werden. ■

Das Konzept "Gesundheit für Gehorsame" musste sich bislang nicht der Realität stellen.

"selbst verschuldeten" Krankheiten. Für „selbst verschuldete“ Behandlungen kommt die Solidargemeinschaft seitdem nicht mehr auf. Die Kosten müssen die Erkrankten selbst zahlen. Das gilt ausdrücklich für Piercing, für Tätowierungen und für kosmetische Operationen wie Brustoperationen oder Fettabsaugungen. Weitere Diagnosen sind seitdem nicht dazugekommen, weil auch der Gesetzgeber rasch bemerkt hat, dass die Frage der Schuld eigentlich nie geklärt werden kann. Das Schuldprinzip ist nämlich das völlige Gegenteil des Solidarprinzips. Man könnte es sogar als dessen

die Behandlung im Krankenhaus zu versagen, solange Geimpfte nicht versorgt sind. Dergleichen hat es in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland zuvor noch nie gegeben. Es ist aber bislang zu keiner Triage gekommen, sodass sich dieses Konzept der „Gesundheit für Gehorsame“ nicht der Realität stellen musste. Dann äußerte sich Stefan Dräger, der Vorstandsvorsitzende der Drägerwerke, die unter anderem Beatmungsgeräte und Masken herstellen: „Impfverweigerer sollen auf Krankenhausbehandlung verzichten“. Den Gipfel an asozialer Demagogie vernahm man aber aus

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

In dieser Rubrik drucken wir Texte von Dr. Bernd Hontschik, Dr. Christine Löber und Dr. Matthias Soyka.



VON DR. MED. RAINER ULLMANN

Verordnungen für den Schwarzmarkt

Ein einträgliches Geschäftsmodell ist erfolgreicher geworden: Mehr Doc-Hopper bekommen von mehr Praxen mehr Pregabalin. Auch einzelnen Patienten wird mehr verordnet

Medikamente, die auf der Straße gehandelt werden, stammen aus ärztlichen Verschreibungen, seltener auch aus Rezeptfälschungen. Dazu gehören Clonazepam, Diazepam, Flunitrazepam und in den letzten Jahren besonders Pregabalin. Vor zwei Jahren hatte ich über Doc-Hopper informiert – über Versicherte, die sich von mindestens vier Praxen Benzodiazepine und Pregabalin verschreiben lassen. Von den Praxen, die diese Medikamente verschreiben, verschreiben viele auch an einen Doc-Hopper; bei Clonazepam ist es fast jede Zweite. Der Vergleich der Daten aus den Jahren 2018 und 2021 zeigt, dass Doc-Hoppern im letzten Jahr deutlich mehr als in den Vorjahren verschrieben wurde.

Pregabalin

2018 bekamen 48 Doc-Hopper von 235 Praxen Pregabalin; 2021 waren es 57 Doc-Hopper, 295 Praxen und fast die doppelte Pregabalinmenge. Der erfolgreichste Doc-Hopper suchte 2018 über 36 Praxen auf und bekam mehr als 8600 DDD Pregabalin; 2021 brauchte der erfolgreichste Doc-Hopper nur 26 Praxen aufzusuchen, um über 17.600 DDD zu bekommen.

Außerdem haben einige Praxen höhere Dosen

Pregabalin als 2018 an einzelne Patienten verschrieben. Damals bekamen 70 Patienten insgesamt fast 100.000 DDD; 2021 waren es 102 Patienten und fast die doppelte Menge Pre-

Pregabalin Doc-Hopper

2018	48 DH – 235 HE – 84.48 DDD
2021	57 DH – 295 HE – 156.971 DDD

Erfolgreichster Doc-Hopper

2018	36 Praxen – 8.648 DDD
2021	26 Praxen – 17.616 DDD

Dosen >900 DDD (25% über der erlaubten Tagesdosis von 600mg = 2DDD)

2018	70 Patienten – 67 HE – 97.641 DDD
2021	102 Patienten – 86 HE – 183.954 DDD

gabalin. Damit bekam diese Patientengruppen fast 12% der gesamten Verordnungsmenge.

Der Trend geht also zu größeren Verschreibungsmengen. Auffällig und medizinisch nicht nachvollziehbar sind Verordnungen von mehreren tausend Tagesdosen an jeweils einen Patienten. Pregabalin wird beim neuropathischen Schmerz empfohlen. Patienten mit einem Substanzmissbrauch sollen nach einem Warnhinweis der AKDÄ vom 17. Februar 2020 nicht mit Pregabalin behandelt werden. Deshalb ist es wichtig, die Doc-Hopper zu identifizieren. Auffällig ist auch, dass schon 2018 mehr Allgemeinärzte als Neurologen und Psychiater die hohen Dosen verschrieben haben (9 vs. 6); 2021 waren es 20 vs. 6. Die Überschreitung der erlaubten Tagesdosis von

600mg täglich = 2 DDD ist ein off label use. Die Kasse kann dann einen Prüfantrag stellen und die ihr entstandenen Kosten zurückfordern. Das geschieht in den letzten Jahren häufiger.

Clonazepam

Zwar wird Clonazepam (Rivotril®) insgesamt weniger verschrieben, aber nicht an Doc-Hopper: Wie in den letzten Jahren gibt es etwas mehr als 20 Doc-Hopper. Diesen 20 Doc-Hoppern verordnen jetzt 170 Praxen (statt 120 vor 4 Jahren) und sie verordnen 25% mehr. Nach der Fachinformation ist Clonazepam nur als Zusatz- oder Zweitlinientherapie bei vielen Epilepsieformen mit einer Tagesdosis bis zu 8mg (1 DDD = 4 Tbl à 2mg) indiziert. Bei den in der Fachinformation genannten Indikationen kann man davon ausgehen, dass die Indikation fachärztlich gestellt wird. Die Verordnung wegen anderer Diagnosen ist ein off label use; bemerkenswert ist auch hier die geringe Zahl der neurologischen Praxen, die über 400 DDD verordnen (2 von 18).

Diazepam und Flunitrazepam

2021 verordnete nur noch gut die Hälfte der Praxen Diazepam an ein Drittel weniger Patienten als 2018 - zu Lasten der GKV. Diese Einschränkung muss hier gemacht werden, da nach Schätzungen seit Jahren fast die Hälfte aller Benzodiazepinverordnungen auf einem Privat Rezept verordnet wird. Es gab etwa 10 Doc-Hopper, die ebenfalls weniger bekamen als 2018.

Verdachtsfälle Doc-Hopper

52j. Patient, AOK Niedersachsen, PLZ 22761

Pregabalin wurde angeblich wegen eines BSV in einer Dosis von 3x300mg verordnet. Daneben leide er an einer Panikstörung und einer Epilepsie. Er hat 2020 in sechs Praxen insgesamt 3300 DDD (à 300mg) Pregabalin und und 1175 DDD Clonazepam (4700 Tbl zu 2mg) bekommen und zusätzlich in anderen Praxen 300 DDD (à 10mg) Diazepam.

63j. Patient, IKK classic, PLZ 20537

Insulinpflichtiger Diabetes, Z.n. Amputation li.US, Hypertonie; dem Patienten wurden von einer Praxis sehr hohe Dosen Pregabalin und Subutex als Schmerzmedikament (nicht als Substitutionsmedikament) verordnet und von der Apotheke beliefert. Nach einem Prüfantrag der Krankenkasse wurden die Verordnungen eingestellt. Es ist zu befürchten, dass der Patient andere Praxen aufsucht, um Pregabalin und Subutex zu bekommen.

29j. Patient, TK, PLZ 22523

Der Patient klagt über Schmerzen nach einem operativ versorgten Unfall und wünscht Oxycodon 80mg Tabletten (und Hydrocortison wegen eines M. Addison). Er hat keinen Medikationsplan oder einen Krankenhausbericht, sondern zeigt Photos von Oxycodon-Rezepten, auf denen aber die verordnende Praxis nicht zu erkennen ist.

Nur noch wenige Doc-Hopper fragen nach

Flunitrazepam, das in den 1990ern das am meisten auf der Straße gehandelte Benzodiazepin war. Nur noch drei Patienten waren bei mehr als drei Praxen; einer dieser drei bekam 2021 allerdings insgesamt 3460 Tabletten. Flunitrazepam unterliegt seit 2011 vollständig dem Betäubungsmittelgesetz. Es darf also nur verordnet werden, wenn es keine andere Behandlungsmöglichkeit gibt. Da die Indikation für Flunitrazepam die Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen ist, müsste belegt werden, →



- dass andere Hypnotika nicht ausreichen. Die monatliche Höchstdosis von 30mg (=30DDD) darf nur in begründeten Einzelfällen überschritten werden. Das Rezept muss dann mit einem „A“ gekennzeichnet werden.

Arzneimittel-Feedback

Wir haben Ärzte angeschrieben, die anhand der uns zur Verfügung stehenden Verordnungsdaten Pregabalin und Benzodiazepine an Patienten verschrieben haben, die auch von mindestens drei weiteren Praxen diese Arzneimittel bekommen haben. Außerdem haben wir Praxen informiert, wenn sie diese Medikamente deutlich höher als nach der Fachinformation erlaubt dosiert haben.

Vermeiden Sie bitte, für den Schwarzmarkt zu verordnen!

Beachten Sie die Fachinformationen bei Indikation und Dosierung und vermeiden Sie in Ihrem eigenen Interesse, off label zu verordnen. Nach der Fachinformation dürfen maximal 600mg Pregabalin täglich (2 DDD zu 300mg) verordnet werden. Clonazepam ist nur als Mittel zweiter Wahl bei bestimmten Epilepsieformen zugelassen. Besonders der gleichzeitige Wunsch nach Clonazepam und Pregabalin sollte Sie an Doc-Hopper denken lassen. Pregabalin ist in einigen Fällen an tödlichen Mischintoxikationen beteiligt.

Überprüfen Sie bitte die Angaben der Patienten, wenn Sie vertretungsweise gebeten werden, diese Medikamente zu verordnen. Patienten, denen langfristig Benzodiazepine und Pregabalin verordnet werden, sollten die

Indikation und die genaue Dosierung kennen. Vergewissern Sie sich, dass die behandelnde Praxis tatsächlich geschlossen ist. Wenn Sie die Angaben des Patienten für glaubhaft halten, verordnen Sie nur die für den genannten Zeitraum notwendige Menge mit Tabletten in schwächeren Dosierungen. Denken Sie daran, dass es Rivotril als 0,5 und als 2mg Tablette gibt; die kleinste Packung enthält 50 Tabletten.

Informieren Sie die vertretene Praxis über Ihre Verordnung. Es ist vorgekommen, dass der Patient in der vom Patienten genannten Praxis nicht bekannt war. Melden Sie bitte einen Verdacht auf Missbrauch auf dem Meldebogen der KV, wenn die Angaben des Patienten nicht plausibel sind.

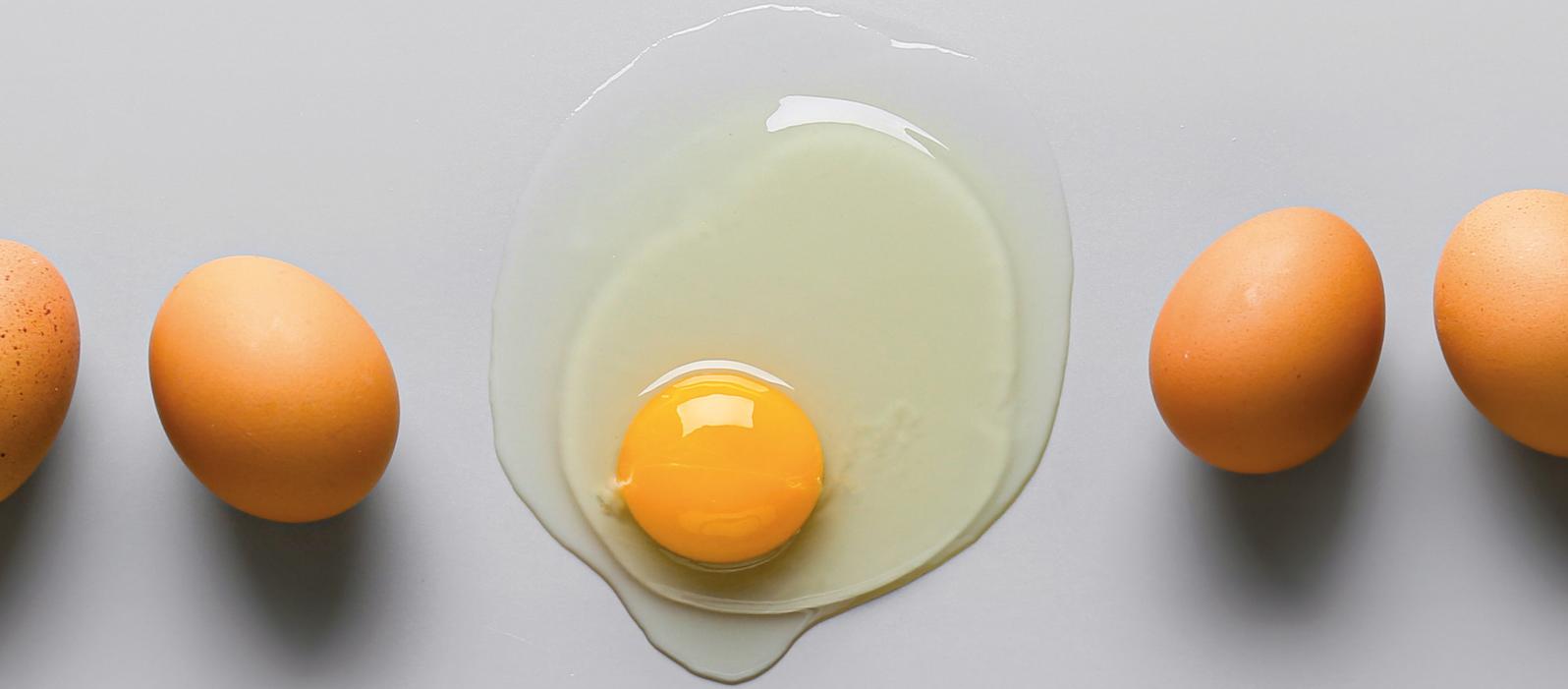
Dr. med. Rainer Ullmann

Meldebogen – Mitteilung über einen Verdachtsfall eines Arzneimittelmissbrauchs:

https://www.kvhh.net/_Resources/Persistent/5/c/9/8/5c9818a9dfe9bfc2d2369d2213958e8fa519c07a/meldebogenkvhammissbrauch.pdf

**Bei Fragen zur Pharmakotherapie:
Praxisberatung der KV Hamburg
Tel: 040 / 22802 -571 / -572
praxisberatung@kvhh.de**

Neuer Name
gleicher Inhalt



„Praxisberatung“ heißt jetzt
„Verordnung und Beratung“



Neue Abteilung »Mitgliederservice und Beratung«

Die KV Hamburg hat sich neu aufgestellt, um den Mitgliedern eine bessere Beratung bieten zu können

Viele Fragen und Problemstellungen, mit denen sich KV-Mitglieder an die KV wenden, können nicht allein mithilfe einer/s Ansprechpartners/in geklärt werden. Da unser Anspruch ist, unsere Mitglieder kompetent, vorausschauend und bedarfsgerecht zu beraten, ist das Haus enger zusammengerückt mit dem Ziel, eine sowohl ganzheitliche als auch individuelle Beratung zu bieten.

Deshalb wurden das Infocenter, die Zentrale sowie die Honorarabteilung zu der neuen Abteilung „Mitgliederservice und Beratung“ (MSB) zusammengelegt. So ist es uns möglich, das Wissen und die Expertise der Mitarbeitenden dieser Abteilungen zu bündeln, um Informationen für Sie noch besser aufzubereiten und prägnant und verständlich zur Verfügung zu stellen.

FIRST-LEVEL-SUPPORT UND HONORARBERATUNG

Die gewohnten und bewährten Services, wie zum Beispiel der First-Level-Support des Infocenters (jetzt Mitgliederservice) und die Honorarberatung der Honorarabteilung,

bleiben selbstverständlich bestehen. Der Fokus liegt weiterhin auf einer an den Bedürfnissen unseres Mitglieds und der Entwicklungsphase der Praxis ausgerichteten Beratung. Ein Gesamtüberblick über alle aktuell und zukünftig relevanten Themen ist das übergeordnete Ziel.

LOTSEN-TEAM

Um diese ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, haben wir ein Team aus Lotsen aufgestellt. Die Mitarbeiterinnen dieses Teams sind bestens im Haus vernetzt und wissen genau, für welches Anliegen welche Kollegin zuständig ist. Auf Wunsch steht Ihnen ein Lotse als fester Ansprechpartner langfristig mit Rat und Tat zur Seite. Gerade für neue oder zukünftige Mitglieder stellt dies eine Bereicherung dar, da sich der zuständige Lotse um alle Anliegen kümmert und im Rahmen einer Begleitung vollumfänglich Lösungswege für die Fragestellungen findet.

PROAKTIVE KOMMUNIKATION

Da gerade in der heutigen Zeit Veränderungen oft schnell und

unerwartet auftreten, hat sich zudem ein Team für die Proaktive Kommunikation etabliert. Unser Ziel ist insbesondere, das Praxispersonal bei der tagtäglichen Arbeit zu unterstützen, indem wir zeitnah Informationen über relevante Themen zur Verfügung stellen und über verschiedene Kanäle (Website, Newsletter, Post) streuen.

KONTAKTFORMULAR

Um auch über die Servicezeiten hinaus für unsere Mitglieder erreichbar zu sein, wurde zudem ein Kontaktformular auf unserer Website hinterlegt. Hier können Sie einfach und komfortabel auch nach Feierabend oder am Wochenende Ihr Anliegen formulieren und Kontakt mit uns aufnehmen. Ein Mitarbeitender wird sich schnellstmöglich mit Ihnen in Verbindung setzen. (Auf jeder Seite der KV-Homepage finden Sie rechts unten ein mitlaufendes Fragezeichen. Wenn Sie dies anklicken, gelangen Sie zum Kontaktformular.)

Der Leitgedanke zur Gründung der neuen Abteilung „Mitgliederservice und Be-

ratung“ war, eine Abteilung zu schaffen, die Sie, unsere Mitglieder, ganzheitlich begleitet und betreut, unabhängig vom jeweiligen Anliegen. Wir kümmern uns um die Beschaffung der gewünschten Informationen oder finden bei komplexeren beziehungsweise spezifischen Fragestellungen direkt den für Sie richtigen Ansprechpartner.

Wir wollen den Weg gemeinsam gehen, besser aufklären, Entscheidungen erleichtern und Sie maximal in Ihrem Praxisalltag unterstützen. Wo auch immer Sie gerade stehen und was immer Sie vorhaben – wir sind für Sie da. ■

**First-Level-Ansprechpartner:
Mitgliederservice
(ehem. Infocenter)
Tel: 040 / 22802 - 802**

**Ansprechpartner für
Fragen zu den neuen Services:
Abteilung
„Mitgliederservice und Beratung“
Stefanie Schmidt
Tel: 040 / 22802 - 520
Julia Zellmer
Tel: 040 / 22802 - 876
Lisa Marie Weishaupt
Tel: 040 / 22802 - 831**

Warum wir die KV Hamburg umstrukturieren



Mein Wunsch ist es, die KV Hamburg wieder näher an die Mitglieder heranzubringen und die Serviceorientierung des Hauses unter anderem durch ein strukturelles Element zu unterstützen und zu verstärken. Unsere internen Zuständigkeiten (Wer macht was?) sind den meisten Außenstehenden nicht bekannt. Vor diesem Hintergrund haben wir eine Abteilung ins Leben gerufen,

die unsere Mitglieder nicht nur mit Informationen versorgt, um sie bei ihrer Entscheidungsfindung in den Praxen zu unterstützen, sondern die sie auch mit dem Wissen um die Zuständigkeiten in unserem Haus in ihren Anliegen begleitet und berät.

Der Leitgedanke für die neue Abteilung war aber nicht nur, in Ergänzung zu der hohen Fachexpertise in unseren Abteilungen eine allgemeine „Anlaufstelle“ für unsere Mitglieder zu schaffen, sondern auch eine Abteilung aufzubauen, die von sich aus auf unsere Mitglieder und zukünftigen Mitglieder zugeht.

John Afful,
Vorstandsvorsitzender
der KV Hamburg

Herr Bundesgesundheitsminister, stoppen Sie diesen Irrsinn!

Auch in Hamburg wird der Protest gegen die vom Bundesgesundheitsminister geplante Streichung der Neupatientenregelung lauter. Am 8. September 2022 verabschiedete die KV-Vertreterversammlung dazu eine **Resolution**. Wir dokumentieren den Text im Wortlaut.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg warnt vor einer drastischen Verschlechterung der ambulanten Versorgung in Hamburg, sollte die Neupatientenregelung, wie von Bundesgesundheitsminister Lauterbach geplant, abgeschafft werden.

Es ist zu befürchten, dass viele Patientinnen und Patienten wieder länger auf Termine warten müssen, dass Praxen Aufnahmestopps verhängen und Wartelisten führen müssen. Außerdem erschüttert Lauterbachs Ankündigung das Vertrauen der Vertragsärzte- und -psychotherapeuten in die Verlässlichkeit der Politik.

Die Neupatientenregelung war von Karl Lauterbachs Vorgänger im Amt, Jens Spahn, im Jahr 2019 als Teil eines umfassenden Reformpaketes eingeführt worden. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten wurden dazu verpflichtet, gleichzeitig ihre Sprechstunden auszuweiten, offene Sprechstunden einzurichten, mehr schnelle Termine anzubieten und zusätzliche Neu-Patienten aufzunehmen. Im Gegenzug erhalten die Praxen seither die Vergütung für diese Fälle extrabudgetär, also nach Gebührenordnung ohne Zwangsrabatte und Abschläge.

Lauterbach hat damals als Bundestagsabgeordneter dieses Gesetz voll-

umfänglich mitgetragen, ja gefordert. Die Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben sich auf die Zusagen der Politik verlassen – und geliefert. Aufgrund dieser Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wurde in den Praxen investiert, in den Aufbau neuer Strukturen, in Organisation, medizinisches Gerät und Personal. Die zusätzliche Vergütung floss in die Versorgung – Sprechstundenzeiten wurden ausgeweitet, Praxisabläufe umorganisiert, Arbeitszeiten der Praxisteams erhöht.

Sollte der Großteil dieser Zusagen nun – wie im GKVFinanzstabilisierungsgesetz vorgesehen – wieder zurückgenommen werden, wäre das zutiefst unfair, sowohl gegenüber den Patientinnen und Patienten als auch gegenüber der Vertragsärzteschaft. Es ist unseriös, zuerst den Ausbau der Versorgung zu fordern und die dafür dringend notwendigen und auch zur Verfügung gestellten Mittel nach Folgeleistung dann wieder einzukassieren.

Lauterbach hatte angekündigt, dass es zu keinen Leistungskürzungen in der Versorgung kommen würde – die Streichung der Neupatientenregelung bedeutet aber genau das: Wenn sich die ohnehin angespannte wirtschaftliche Situation in vielen Haus- und

Facharztpraxen weiter verschärft, müssen zwangsläufig Praxisstrukturen und somit Versorgungsangebote zurückgefahren werden – längere Praxisöffnungszeiten, mehr Sprechstunden, schnellere Termine, zusätzliche Neupatientenaufnahme, die Angebote besonders teurer Leistungen gibt es dann so nicht mehr.

Auch die aus dem Haushalt der KV Hamburg und somit aus den Honoraren der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten finanzierten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes müssen auf den Prüfstand: Dass beispielsweise der fahrende Notdienst und die Angebote der Notfallpraxen in gewohntem Umfang werden aufrechterhalten werden können, ist nahezu ausgeschlossen. Es steht fest, dass vor allem die Patientinnen und Patienten von dieser ungerechtfertigten Leistungskürzung des Ministers betroffen wären und sich der Zugang zur ambulanten Versorgung massiv verschlechtern würde.

Daher fordern wir den Bundesgesundheitsminister Lauterbach auf, die Regeln des TSVG beizubehalten! Herr Bundesgesundheitsminister, stoppen Sie diesen Irrsinn!

Die angedrohte Vergütungskürzung trifft die Praxen in einer ohnehin schwierigen Situation. Die Praxis-Teams haben sich während der

Pandemie als verlässlicher Schutzwahl erwiesen, 19 von 20 Corona-Patienten wurden ambulant versorgt, das schützte die Krankenhäuser vor Überlastung – einen Corona-Bonus oder eine andere angemessene Anerkennung haben sie dafür – im Gegensatz zum Pflegepersonal in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen – nicht erhalten.

Die Struktur- und Energiekosten steigen massiv an – was viele Praxen zusätzlich in wirtschaftliche Bedrängnis bringt. Die Krankenkassen fordern in den laufenden Honorarverhandlungen eine Nullrunde – ein völlig absurder Vorgang vor dem Hintergrund zweistelliger Inflationsraten und notwendiger Gehaltssteigerungen bei den MFA.

Die Telematik-Infrastruktur entwickelt sich weiterhin katastrophal – eine Besserung ist nicht in Sicht.

All dies sind Entwicklungen, die unser Gesundheitssystem – so wie wir es kennen, mit einem starken Netz niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – in Schieflage, ja in große Gefahr bringt. Wir sehen, dass bundesweit und mittlerweile auch verstärkt in Hamburg Sitze keine Nachfolge finden und der ärztliche Nachwuchs sich mehr und mehr scheut, sich in eigener Praxis niederzulassen. Dazu trägt der Vertrauensverlust in Folge des geplanten GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes massiv bei.

Daher fordern wir den Bundesgesundheitsminister auf, das Vertragsarztsystem zu stärken statt weiter zu schwächen!

Es darf keine Rabatte mehr auf ärztliche Leistungen geben. Die Budgetierung muss aufgegeben



Sondervertreterversammlung am 8. September 2022: „Lauterbachs Ankündigungen erschüttern das Vertrauen der Vertragsärzte- und -psychotherapeuten in die Verlässlichkeit der Politik.“

werden, um unser Gesundheitssystem zu erhalten und den ärztlichen Nachwuchs zu animieren, wieder eine Niederlassung in Betracht zu ziehen. Politische Unsicherheit und Unzuverlässigkeit sind die Sargnägel unseres Gesundheitssystems.

Das Budget muss endlich weg – ein für alle Mal. Vom Ziel der Entbudgetierung abzurücken, ist ein völlig falsches politisches Signal, zumal es im Koalitionsvertrag festgelegt ist. Die Regelung, einen Teil der vertragsärztlichen Honorare kurzerhand einzubehalten, kommt noch aus einer Zeit des Ärzteüberschusses. Inzwischen haben wir einen Ärztemangel – auch in Hamburg. Diese Zeichen muss man erkennen.

Wenn wir eine flächendeckende ambulante Versorgung erhalten wollen, müssen Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und auch die Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter angemessen bezahlt werden – und sich auf die

Politik verlassen können.

Der Bundesgesundheitsminister muss erkennen, dass er mit seinen ungerechten und ungerechtfertigten Entscheidungen der ambulanten Versorgung in Deutschland massiv schadet. Sein Plan ist rückwärtsgewandt und nicht in die Zukunft.

Daher fordern wir den Bundesgesundheitsminister auf, endlich eine Politik der Verlässlichkeit zu etablieren und das Einnahmenproblem des Gesundheitssystems strukturell zu lösen statt weiterhin Flickschusterei zu betreiben.

WIR FORDERN:

- 1. Stoppt Lauterbachs Spargesetz!**
- 2. Neun Prozent Inflationsausgleich für alle Praxen!**
- 3. Alle Leistungen müssen zu 100 Prozent von den Kassen bezahlt werden!**
- 4. Keine Millionenverschwendung durch den überflüssigen Austausch von Konnektoren! ■**



Regierung will Gesundheitskioske in die Regelversorgung bringen

Lauterbach stellt seine Gesetzesinitiative im Hamburger Gesundheitskiosk vor

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat Ende August 2022 den Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt/Horn besucht und seine Pläne für die Implementierung ähnlicher Beratungsangebote in der Regelversorgung vorgestellt. Demnach sollen bundesweit 1000 Gesundheitskioske in sozial benachteiligten Gegenden aufgebaut werden. Hauptaufgabe der Kioske sei es, den Zugang zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf zu koordinieren. Es sollen ärztliche Behandlungen vermittelt und

Beratungen zur Förderung eines „gesunden Lebensstils“ angeboten werden. Auch bei der Lösung sozialer Probleme soll der Gesundheitskiosk unterstützen.

Der Gesetzesinitiative des Bundesgesundheitsministers zufolge entscheiden die Kommunen darüber, wo ein Gesundheitskiosk eingerichtet wird. Die gesetzlichen Kassen sind dann verpflichtet, das Projekt umsetzen. Sie sollen 74,5 Prozent der Kosten tragen, die Privatkassen 5,5 Prozent und die Kommunen 20 Prozent.

In den Kiosken sollen examinierte Pflegekräfte arbeiten, die auch einfache, von Ärztinnen und Ärzten veranlasste medizinische Routineaufgaben wie Messen von Blutdruck und Blutzucker, Verbandswechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen übernehmen. Ärztliche Versorgung direkt am Ort ist nicht vorgesehen.

Der vom Ärztenetz Billstedt-Horn im Jahr 2016 aufgebaute Gesundheitskiosk Billstedt/Horn wurde drei Jahre lang aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Der Innovationsausschuss empfahl anschließend, das Konzept in die Regelversorgung zu überführen. Dass in dem von Lauterbach vorgestellten Modell die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht mehr in die Trägerschaft eingebunden sind, stößt auf Kritik. „Die Evaluation des Projekts in Hamburg hat gezeigt, dass ein Kiosk dann erfolgreich ist, wenn ein Netz von Praxen dahintersteht, die Patientinnen und Patienten aktiv für bestimmte Fragestellungen an den Kiosk überweisen“, sagt der Vorstandsvorsitzende des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Dr. Dominik von Stillfried. „Bei der weiteren Ausgestaltung des Konzepts sollte daher auch die Anbindung an behandelnde Arztpraxen berücksichtigt werden.“ ■



Karl Lauterbach vor dem Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt/Horn



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Verena Friederike Faude-Lang**
Stv. Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapeuten

Name: **Dr. med. Verena Friederike Faude-Lang**

Geburtsdatum: **12.08.1978**

Familienstand: **verheiratet, 2 Söhne**

Fachrichtung: **FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (TP), FÄ für Innere Medizin**

Weitere Ämter: **stv. Mitglied der neuen VV ab 2023, Mitglied DLV der ÄK HH, Vorstandsmitglied des DGPM des LV HH/Schleswig-Holstein**

Hobbys: **Zeit mit der Familie verbringen, in der Natur/Garten sein, Lesen, Malerei**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden

waren? Ja, stetig und immer wieder neu. Für mich persönlich ist dabei die bivalente Gleichzeitigkeit von Soma und Psyche das, was mir in meiner ärztlich-psychosomatisch-psychotherapeutischen Identität immer wieder Freude macht und mich insbesondere im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten erfüllt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Selbstverwaltung impliziert ja ein aktives Mitgestalten. Um unseren Berufsstand zukunftsfähig zu halten, erachte ich daher meine Mitgestaltung im Sinne kritischen Hinterfragens, Verstehens und Mut zu bzw. Offenheit für Veränderung als absolut notwendig und meinem Beruf immanent. Ganz konkret möchte ich dazu beitragen, die Bedingungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte/Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kontinuierlich zu verbessern. Insbesondere möchte ich Ärztinnen/Psychotherapeutinnen dazu ermutigen, den Schritt in die Selbständigkeit zu wagen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Um unseren Beruf langfristig attraktiv zu erhalten, müssen wir die Honorierung unserer Tätigkeit im Sinne einer leistungsgerechten Vergütung an die Bedingungen im Hier und Jetzt anpassen, der zunehmenden Bürokratisierung zu Ungunsten der Patienten entgegenwirken und die bestehenden Themen um DSGVO, Telematik und angedachte Qualitätssicherungsmaßnahmen kritisch diskutieren.

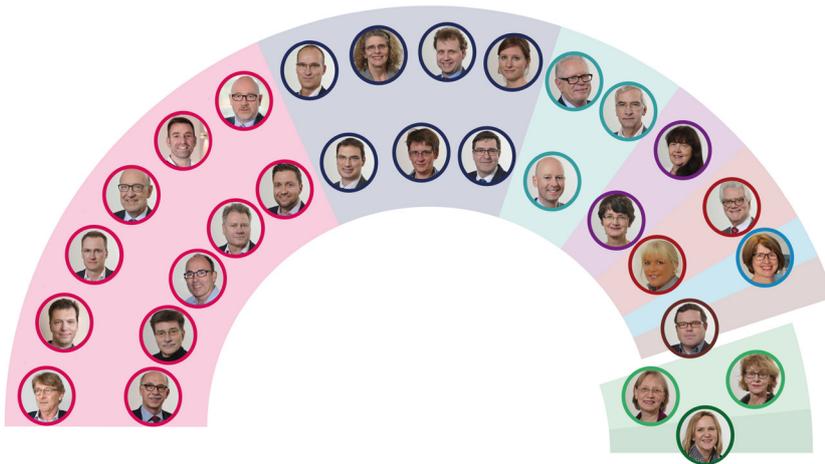
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Eine nicht mehr zeitgemäße Bedarfsplanung und konsekutiv lange Wartezeiten vor Behandlungsbeginn für unsere kranken Patientinnen und Patienten, zahlreiche administrative Aufgaben fernab unserer Patienten sowie die einerseits notwendigen, andererseits wenig ausgereiften und kurzfristig gedachten Aspekte um DSGVO, Telematik und Qualitätssicherungsmaßnahmen erschweren und beeinflussen unsere Tätigkeit negativ. Darauf müssen wir aufmerksam machen.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Beruflich bin ich in meinem „Traum“ angekommen: meine Tätigkeit in eigener psychosomatisch-psychotherapeutischen Praxis. Für mich als Person wünsche ich mir: stets neugierig, ein Stück weit angstfrei und nicht alleine möglichst gesund alt zu werden. ■

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 2. November 2022 (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

Datenschutz in der Praxis (Präsenz)
Mi. 5.10.2022 (9.30 - 17 Uhr)

QEP-Einführungsseminar für Arztpraxen (Präsenz)
Teil I: Fr. 7.10.2022 (15 - 18.30 Uhr)
Teil II: Sa. 8.10.2022 (9 - 14 Uhr)

Praxisorganisation (Präsenz)
Mi. 9.11.2022 (15 - 18.30 Uhr)

Ausbildung AbrechnungsmanagerIn (Präsenz)
Teil I: Do. 17.11.2022 (9 - 16.30 Uhr)
Teil II: Fr. 18.11.2022 (9 - 16.30 Uhr)
Teil III: Do. 1.12.2022 (9 - 16.30 Uhr)
Teil IV: Fr. 2.12.2022 (9 - 13.30 Uhr)

Arbeitsrecht (Online)
Mi. 7.12.2022 (9 - 14 Uhr)

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Weitere Informationen finden Sie im Internet: <https://www.kvhh.net/de/praxis/veranstaltungen.html>

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:
 Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858
 Michael Bauer, Tel: 22802-388
 Laura Goldmann, Tel: 22802-574
qualitaetsmanagement@kvhh.de

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Wer wird denn gleich in die Luft gehen?

Neue Erkenntnisse aus der Stressforschung – wie wir auch in schwierigen Zeiten gelassen bleiben

FORTBILDUNGSPUNKTE SIND BEANTRAGT

Mi. 23.11.2022 (18 Uhr)

Um Anmeldung bis zum 22.11.2022 wird gebeten.

**Ort: Ärztehaus (Saal 1)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE
Fr. 4.11.2022 (14.30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern

**Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können (E-Mail-Adresse siehe oben).

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Aktuelle Infos zu Veranstaltungen:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

oder über den QR-Code:



Ansprechpartnerin:
Bettina Rawald, Fortbildungsakademie,
Tel: 202299-306
akademie@aekhh.de

**Medizinische Fachangestellte:
Planen Sie Ihre
Fortbildungen für 2022!**



Das Fortbildungsprogrammheft für MFA beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2022 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

KVH



Kurze Info gefällig?

Was auch immer Sie vorhaben und welche Frage Sie auch haben mögen – unser Team vom Mitgliederservice ist für Sie da! Von A wie Abrechnung über T wie Terminservicestelle bis Z wie Zulassung – bei all Ihren Fragen stehen wir gern zur Seite.

Mitgliederservice (ehemals Infocenter) - Wir begleiten Sie durch das KV-System.

 **040 22 802 802**

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf www.kvhh.de. Wir rufen Sie gern zurück!