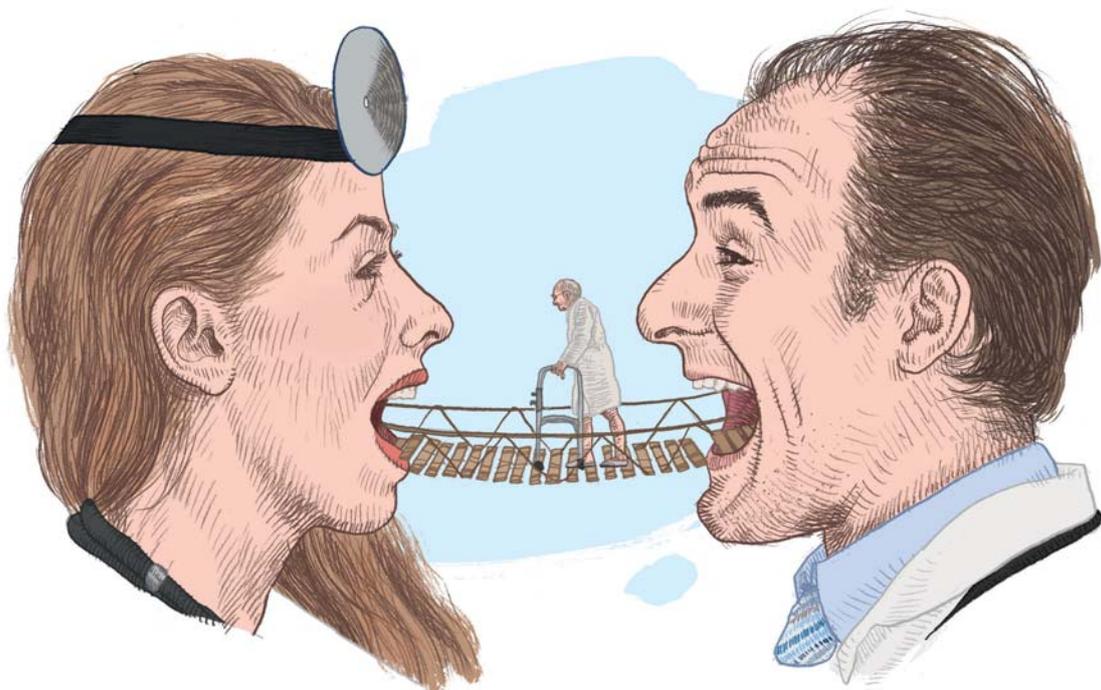


KVH *journal*

KLARE ANSAGE

*Wie man die Kommunikation
zwischen den Fachgruppen verbessern könnte*



KV-WAHLEN
Kontinuität in der KV

MEDIKATIONSPLAN
Was die Ärzte wissen müssen

Das KVH-Journal enthält wichtige Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in diese Ausgabe.

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 9/2016 (September 2016)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Sie haben hoffentlich trotz des unfreundlichen Wetters einen schönen Sommer verbracht. Allerdings fiel nicht nur der Sommer in diesem Jahr weitgehend aus, sondern auch die Sommerpause in der KV-Arbeit.

Gewiss – in Berlin herrschte ungewohnte Ruhe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist weitgehend zur Sacharbeit zurückgekehrt, es gab nicht einen einzigen Sondertermin, zu dem man anreisen musste. Das war auch gut so, denn in Hamburg waren die KV-Tage gut gefüllt. Im Mittelpunkt stand der Abschluss einer neuen Prüfvereinbarung mit den Krankenkassen.

Die KVen haben für 2017 zum ersten Mal die Möglichkeit erhalten, die bis dato gesetzlich vorgeschriebene Richtgrößenprüfung im Arzneimittelbereich abzulösen. Richtgrößen basieren auf Durchschnittswerten, was in der sehr ausdifferenzierten Versorgungslandschaft Hamburgs immer Probleme macht.

So sind wir froh, auf ein passenderes Modell umsteigen zu können. Selbstverwaltung und Vorstand haben entschieden, die „Wirkstoffvereinbarung“ zu übernehmen, die sich in Bayern seit eineinhalb Jahren bewährt hat. Allerdings bedeutet dies einen großen Paradigmenwechsel: Der Arzt verantwortet künftig nur noch die Auswahl des Arzneimittels in einer Wirkstoffgruppe, die Krankenkassen verantworten die Preise.

Kein Wunder, daß es schwierig war, die Kassen dazu zu bewegen, diesen Schritt mitzugehen. In den nächsten Wochen werden wir intensiv über die neue Vereinbarung informieren. Denn es wird sehr vieles anders werden im Prüfgeschäft der Arzneimittelverordnungen. Aber endlich einmal wird es zum Besseren gehen. Weil wir vor Ort entscheiden dürfen.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Was stört Sie an der Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen?
- 08_ Wie man die Kommunikation zwischen den Fachgruppen verbessern könnte – Die Sprecher der Beratenden Fachausschüsse im Interview

SELBSTVERWALTUNG

- 12_ KV-Wahlen: Ergebnisse der Vertreterversammlungs-Wahlen
- 14_ Die neu gewählten Kreisobleute

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
- 18_ AOK Rheinland-Hamburg: Verordnungen der physio- und physikalischen Therapie müssen wieder genehmigt werden
- 19_ Neue Online-Fortbildung zur Rehabilitation

QUALITÄT

- 18_ Ärztliche Stelle: Neue Vereinbarung ab 1. September
- 19_ QS-Vereinbarung PET, PET/CT zum 1. Juli in Kraft getreten
- 20_ Neue EBM-Leistungen: Stärkung der Pflegeheimversorgung
Seminar "Arbeits- und Gesundheitsschutz - Gefährdungsbeurteilung I"
- 21_ Ausbildungskurs zur Qualitäts- und Praxismanagerin



ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 22_ Medikationsplan: Was die Ärzte wissen müssen
- 24_ Evolocumab nur noch in Ausnahmefällen verordnungsfähig
- 25_ Aut-Idem: Welche Arzneimittel in der Apotheke nicht substituiert werden dürfen
- 26_ Gardasil 9: Neuer Neunfach-Impfstoff gegen HPV
- 27_ Dürfen Gynäkologen auch Männer impfen?

FORUM

- 30_ Plassmann: „Hecken argumentiert fern der Realität“

RUBRIKEN

- 02_ Impressum
- 03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 27_ Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 28_ Leitlinienempfehlungen und Evidenzbasierte Medizin – ein Widerspruch?

KOLUMNE

- 29_ Hontschiks „Diagnose“

KV INTERN

- 30_ Steckbrief: Dr. Rolf Eichenauer
- 35_ Terminkalender

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie **Formulare, Anträge und Verträge** herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, KV-Veröffentlichungen und eine **erweiterte Arztsuche** für Mitglieder.

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Seite 3: Michael Zapf; Seite 8-11: Felix Faller/Alinea; Seite 17: mmphoto/Fotolia; Seite 18: Nonwarit/Fotolia; Seite 24: Amgen; Seite 27: Alexandr Bognat/Fotolia; Seite 30: G-BA, Michael Zapf; Seite 36: Felix Faller/Alinea
 Icons: iStockfoto

Was stört Sie bei der Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen?



Dr. Götz Schomburg,
Allgemeinmediziner in Eimsbüttel

Immer Ärger mit den Laboraufträgen

Ich finde es problematisch, wenn Laboraufträge zwischen den Fachgruppen hin- und hergeschoben werden. Jeder Arzt hat sein eigenes Laborbudget. Doch es kommt immer wieder vor, dass Spezialisten ihre Patienten zurück zum Hausarzt schicken, wenn Blut abgenommen werden soll. Der Hausarzt ist davon nicht begeistert: Gibt er zu viel Labor in Auftrag, verliert er seinen Wirtschaftlichkeitsbonus.

Man könnte das Problem durch eine einfache Regel lösen: Wer eine Laboruntersuchung für Diagnosen und Behandlungen aus dem eigenen Fachgebiet benötigt, sollte sich selbst darum kümmern. Auch Orthopäden, Augenärzte und Neurologen können Blut abnehmen. Man kann diese Aufgabe den MFA überlassen, bei denen die Blutabnahme ja zur Fachqualifikation gehört. Und die Labore bieten an, die Proben abzuholen. **Es spricht also nichts dagegen, dass Laboruntersuchungen dort in Auftrag gegeben werden, wo sie anfallen.** ■



Dr. Ekkehard Schmidt,
Internist und Kardiologe
in Wandsbek

Wer verordnet teure Arzneimittel?

Wenn ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, übernimmt der niedergelassene Arzt ganz selbstverständlich die weitere Verordnung von Medikamenten. Wenn ein Patient beim Kardiologen war, medikamentös gut eingestellt ist und vom Hausarzt weiterbehandelt wird, scheint die Zuständigkeit nicht ganz so eindeutig zu sein. Manchmal kommen Patienten wieder zurück in unsere Praxis und sagen: „Mein Hausarzt möchte, dass Sie mir nochmals dieses oder jenes Medikament verschreiben.“ Das passiert natürlich vor allem, wenn es um teure Arzneimittel geht.

Wir führen dann meist keine langen Diskussionen, weil das zu Lasten des Patienten gehen würden. **Wir wollen, dass die Versorgung gut und reibungslos funktioniert. Doch auch unser Arzneimittelbudget ist begrenzt, und die neuen Richtgrößen sind deutlich abgesackt.** Ich wäre für Ideen dankbar, wie man die Verordnung von Medikamenten für schwerkranke Patienten besser zwischen den Fachgruppen koordinieren könnte. ■



Dr. Thomas Jaburg,
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie in Rotherbaum

Kollegen sind schwer erreichbar

Manchmal ist es schwierig, mit anderen Ärzten schnell in Kontakt zu treten. Ich bin ärztlicher Psychotherapeut. Es gibt kein überschaubares Netzwerk aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen, mit denen ich kontinuierlich zusammenarbeite und deren Geheimnummern ich kenne. Ich habe mit ganz unterschiedlichen Ärzten zu tun. Wenn ich deren offizielle Praxisnummer wähle, komme ich oftmals nicht durch, muss es wieder und wieder versuchen. **Es wäre eine Erleichterung, wenn die KV-Mitglieder Zugriff auf die Geheimnummern aller anderen KV-Mitglieder bekämen.** Ideal wäre, wenn diese Nummern im geschlossenen Mitgliederbereich der Arztsuche auf der Website der KV hinterlegt wären. ■

INTERVIEW

»Liste mit Geheimnummern«

Wie könnte man die Kommunikation zwischen den Fachgruppen verbessern? Über diese Frage diskutierten in der KV die Sprecher der beratenden Fachausschüsse – und entwickelten pragmatische Vorschläge.



Hanna Guskowski
Sprecherin des beratenden
Fachausschusses
Psychotherapie



Dr. Michael Reusch
Sprecher des beratenden
Fachausschusses
fachärztliche Versorgung



Volker Lambert
Sprecher des beratenden
Fachausschusses
hausärztliche Versorgung

Was ist das Hauptproblem bei der Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Ärzten?

Guskowski: Von Problemen würde ich nicht reden. Was man allerdings verbessern könnte, ist die Handhabung des Konsiliarverfahrens. Wir müssen ja vor Beginn einer Psychotherapie einen ärztlichen Konsiliarbericht einfordern. Was einige

Ärzte und Ärztinnen offenbar nicht wissen: Es geht dabei nicht um die Frage, ob der Arzt eine Indikation für die Psychotherapie sieht. Die Ärzte sollen vielmehr die Frage beantworten, ob eine Psychotherapie aus somatischen Gründen kontraindiziert ist. Für die Bewilligung der Psychotherapie durch die Krankenkasse ist der Konsiliarbericht nur aus diesem

einen Grund relevant: um Kontraindikationen aus ärztlicher Sicht auszuschließen.

Reusch: Zu welchen Ärzten schicken Sie denn Ihre Patienten, um den Konsiliarbericht zu erhalten?

Guskowski: Ich sage den Patientinnen und Patienten: Gehen Sie zu einem Arzt oder einer Ärztin Ihres Vertrauens. Das ist in der Regel der

Hausarzt, manchmal auch eine Gynäkologin oder ein Psychiater. Meine Bitte an diese Ärzte ist: Schreiben Sie keine F-Diagnosen auf. Das hilft uns nicht, denn die Indikation für die Psychotherapie stellen wir selbst. Für uns wäre der Konsiliarbericht in anderer Hinsicht eine wichtige Informationsquelle. Wir würden gerne wissen: Welche körperlichen Erkrankungen liegen vor? Welche Medikamente werden verordnet? Interessant sind für uns auch alle Beobachtungen, die für die Therapie relevant sein könnten: Haben die Patienten Schlafstörungen? Reagiert er oder sie ständig gereizt, verunsichert, ängstlich – oder gibt es andere Auffälligkeiten? Wir sind ja dazu verpflichtet, den Patienten das Formular für den Konsiliarbericht mitzugeben. Dort können solche Informationen eingetragen werden.

Reusch: Wie sieht denn das Formular für den Konsiliarbericht aus?

Lambert: Das Formular ist nicht gut gestaltet. Beispielsweise gibt es zur Frage, welche Medikamente gegeben werden, keine extra Zeile. Das wäre aber wichtig. Viele Medikamentengruppen haben Einfluss auf die Redefähigkeit, auf die Denkfähigkeit. Es gibt auch ein selten gegebenes Mittel gegen hohen Blutdruck, das eine psychogene Wirkung hat. Wenn der Patient das einnimmt, müsste der Psychotherapeut das erfahren. Er sagt sonst: Der Patient ist verlangsamt, hat Konzentrationsschwierigkeiten ...

Guskowski: Ja, das sollten wir erfahren. Auch ein über den Konsiliarbericht hinausgehender In-

"Meine Bitte an die Ärzte ist: Schreiben Sie keine F-Diagnosen in den Konsiliarbericht. Die Indikation für die Psychotherapie stellen wir selbst."

formationsaustausch wäre wünschenswert: Neulich hat mich eine Psychiaterin angerufen und fragte mich, was ich von einer Erhöhung der Medikamentendosis für einen gemeinsamen Patienten halte. Das ist natürlich ideal.

Lambert: Zum Informationsfluss in die umgekehrte Richtung muss ich sagen: Ich erfahre gar nicht immer, wenn einer meiner Patienten eine Psychotherapie macht.

Guskowski: Das kann vorkommen. Wenn ein anderer Arzt den Konsiliarbericht schreibt, kann es durchaus sein, dass Sie davon nichts erfahren. Nicht alle Patienten wollen, dass ihr Hausarzt über die Psychotherapie Bescheid weiß.

Lambert: Meiner Erfahrung nach gibt es eine regelrechte Wand zwischen der ärztlichen und der psychotherapeutischen Versorgung. Wenn ich einen Psychotherapeuten anrufe, läuft meist nur ein Band. Dann wird auf eine bestimmte Stunde pro Woche verwiesen, zu der ich ganz sicher nicht nochmals anrufen kann.

Guskowski: Bei uns läuft meistens ein Band, weil wir während der Therapiesitzungen nicht ans Telefon gehen können. Aber wenn Sie als Arzt bei einer Psychotherapeutin oder einem Therapeuten aufs Band sprechen, bekommen Sie schnellstmöglich einen Rückruf.

Lambert: Von meinem Urologen und meinem Neurologen habe ich die Geheimnummern. Bei den Psychotherapeuten ist ein schneller Kontakt sehr viel schwieriger.

Könnte man die Geheimnummern oder Handynummern nicht in den Kreisversammlungen austauschen?

Reusch: Ja, und das gilt natürlich für alle Fachgruppen: Man muss einander schnell erreichen können. Und natürlich wäre es wunderbar, wenn der Kreisobmann den Austausch der Kontaktdaten aller im Kreis tätigen Ärzte und Psychotherapeuten organisieren würde – insbesondere den Austausch der Geheimnummern.

Lambert: Ja, das wäre eine gute Lösung. Der kurze Draht zwischen den Fachgruppen wird ja immer wichtiger. Demnächst kommt der neue Medikationsplan. Spätestens dann müssen wir Hausärzte wissen, was die anderen Ärzte verschreiben, denn am Ende sind wir verantwortlich. Bekommt der Patient Augentropfen vom Augenarzt und gleichzeitig Blutdruckmittel vom Hausarzt, kann es zum Herzstillstand kommen. Das ist selten, aber möglich. Ich muss beispielsweise auch vom Urologen erfahren, ob er bei einer Prostataverkleinerung ein Antihormon oder einen



Reusch: "Es wäre wunderbar, wenn der Kreisobmann den Austausch der Kontaktdaten aller im Kreis tätigen Ärzte und Psychotherapeuten organisieren würde."

Alphablocker verschreibt – um darauf die Hochdruckbehandlung des Patienten abstimmen zu können. Bei innovativen Medikamenten und Biologicals ist das Risiko von Wechselwirkungen noch verschärft.

Reusch: Ideal wäre ein Kurzbrief: „Schlage vor, dem Patienten dieses oder jenes Mittel zu geben. Bitte um Rückruf, falls problematisch. Hier meine Geheimnummer oder meine Handy-Nummer. Bin am besten zwischen 13 und 15 Uhr erreichbar.“ Schön wäre, wenn man diese Nachricht elektronisch verschicken könnte. Das ginge am schnellsten.

Lambert: Eine Kommunikation auf elektronischem Wege will ich keinesfalls ausschließen, das ist die Zukunft. Ich würde es sehr begrüßen, wenn man Arztbriefe mit einem Knopfdruck untereinander austauschen könnte.

Sollten die elektronischen Informationswege in der Hand der Ärzte sein?

Reusch: Ja, das Netzwerk sollte in ärztlicher oder körperschaftlicher Hand sein. Ich möchte nicht abhängig sein von kommerziellen Anbietern, deren Absichten ich nicht durchschauen kann und bei denen ich nicht sicher sein kann, wo die Daten im schlimmsten Fall landen.

Guskowski: Ich finde auch, dass der Informationsweg in ärztlicher Hand bleiben sollte. Wobei ich sagen muss: KV SafeNet ist für uns Psychotherapeuten völlig überdimensioniert. Die Anschaffungskosten und die laufenden Kosten sind relativ hoch, und wir können es nur für die Abrechnung verwenden. Dass die Anschaffung von SafeNet subventioniert wird, haben wir im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie mitgetragen, aber wirklich nur aus politischen Gründen – nicht weil wir Psychotherapeuten tatsächlich Verwendung dafür hätten. Für uns ist derzeit die persönliche Kommunikation mit den Ärzten sinnvoller.

Reusch: Man sollte prüfen, ob man den Psychotherapeuten eine abgespeckte Variante anbieten kann. Das Angebot muss auf die jeweiligen Bedürfnisse angepasst werden. Für einige Arztgruppen könnte ich mir noch wesentlich umfangreichere Kommunikationsmöglichkeiten vorstellen. Denkbar

"Natürlich habe ich die Geheimnummer eines Neurologen, den ich direkt anrufen kann. Doch der sagt manchmal: Geht leider nicht. Oder er ist im Urlaub."

wäre beispielsweise die Nutzung von Videokonferenzen. Wenn man weiß, dass für einen bestimmten Fall eine intensivere Kommunikation nötig ist, kann man sich in der Mittagspause im digitalen Konferenzraum treffen. Man kann miteinander sprechen, sich Befunde zeigen, etwas demonstrieren. Alles in HD-Qualität. Wir sollten uns überlegen, dieses Modell für spezifische Erkrankungen als Pilotprojekt im Rahmen der KV auszuprobieren. Wir haben ja alle



Lambert: "Die Kreisversammlungen sind auch deshalb ausgetrocknet, weil

unsere Laptops und könnten über KV SafeNet angebotene digitale Konferenzräume problemlos in Anspruch nehmen.

Lambert: Einen strukturellen Vorschlag möchte ich noch machen: Es wäre hilfreich, Anlaufstellen bestimmter Fachgruppen einzurichten, die dafür sorgen, dass ein Patient, den ich überweisen muss, auch wirklich sicher weitervermittelt wird. Auf eine Psychotherapie müssen Patienten ja bekanntlich monatelang warten. Auch bei den Neurologen gibt es bisweilen Schwierigkeiten. Wenn ich einen Patienten mit einer frischen Lähmung, die nicht auf einen Hirnschlag zurückzuführen sein kann, erst nach einer Wartezeit von zwei Monaten beim Neurologen unterbringen kann, ist das ein echtes Problem.

Reusch: Haben Sie keine Telefonnummer von einem Neurologen, den Sie direkt anrufen können?



es zu wenig Nutzwert gab. Was wir vorschlagen, wäre ein Gewinn für alle."



Guskowski: "Nicht alle Patienten wollen, dass ihr Hausarzt über die Psychotherapie Bescheid weiß."

Lambert: Doch, aber der sagt manchmal: „Geht leider nicht.“ Oder er ist im Urlaub.

Reusch: Und dann sitzen Sie ohne weitere Telefonnummer da und können den Patienten nicht weitervermitteln. Das ist tatsächlich ein Problem, kann ich nachvollziehen. Aber da würde ich gern nochmals auf unseren Vorschlag von vorhin zurückkommen: Könnte man das nicht über den Austausch in der Kreisversammlung lösen? Der Kreisobmann stellt eine Liste mit den Geheimnummern und E-Mail-Adressen von möglichst vielen Ärzten und Psychotherapeuten des Kreises zur Verfügung.

Wie könnte man das umsetzen?

Reusch: Ganz konkret: Wir sollten die neuen Kreisobleute in unserer Eigenschaft als Sprecher der beratenden Fachausschüsse im Herbst einladen und ihnen sagen: „Es ist unser Wunsch, auf diese Weise die Kommunikation zu verbessern.“

Guskowski: Das löst nicht das Problem, dass es wegen der verfehlten Bedarfsplanung zu wenige Psychotherapie-Plätze in Hamburg

gibt. Ich würde ein solches Vorgehen aber unterstützen.

Lambert: Im nächsten Schritt sollten die Kreisobleute das Thema auf die Tagesordnung der konstituierenden Sitzung ihrer Kreisversammlung setzen: Alle Ärzte und Psychotherapeuten des Kreises kommen zusammen und tauschen Geheimnummern und E-Mail-Adressen aus. Man lernt sich kennen, spricht miteinander. Das wäre für viele Kollegen sicherlich ein Anlass, zu kommen. Die Kreisversammlungen sind auch deshalb ausgetrocknet, weil es nur wenig Nutzwert gab. Was wir vorschlagen, wäre ein Gewinn für alle.

Reusch: Es gibt viele Entwicklungen in der ambulanten Versorgung, die schnellere Informationswege erforderlich machen. Die Verbreitung innovativer Arzneimittel und die steigende Nachfrage nach medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen sorgen dafür, dass das Problem der Kommunikation immer drängender wird. Eine Rückbesinnung auf die Vernetzung in den Kreisen könnte hierauf eine erste pragmatische Antwort sein. ■

Die KV-Mitglieder haben gewählt

Die Kräfteverhältnisse in der Vertreterversammlung bleiben in etwa gleich. Erstmals zieht ein Delegierter einer Interessensvertretung angestellter Ärzte in das Gremium ein.

Die Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten setzen auf berufspolitische Kontinuität.

Bei den Wahlen zur Vertreterversammlung der KV Hamburg konnte sich die Liste des Vorsitzenden, Dr. Dirk Heinrich, als stärkste Kraft behaupten: Die „Hamburger Allianz“ errang elf der insgesamt 30 in der Vertreterversammlung zur Verfügung stehenden Sitze. Zweitstärkste Fraktion wird der Hausärzterverband (Listenfürher: Dr. Frank Stüven) mit sieben Sitzen. Die ärztlichen Psychiater und Psychotherapeuten mit Listenführer Dr. Hans Ramm entsenden drei Vertreter.

Zwei Sitze gehen an die „Freie Ärzteschaft“, die in der laufenden Amtsperiode mit Dr. Silke Lüder die stellvertretende Vorsitzende des Gremiums stellt. Ebenfalls zwei Vertreter entsendet die Liste „Netzwerk“ (Listenfürher: Dr. Torsten Hemker).

Einen Sitz konnten sich die Kinderärzte (Dr. Stefan Renz) sichern. Erstmals wird mit Dr. Olaf Degen ein Kandidat der „Kooperativen Liste“ einziehen, die vor allem die Interessen der angestellten und in größeren Versorgungseinheiten arbeitenden Vertragsärzte vertritt.

Für die Psychologischen Psychotherapeuten sind in der Vertreterversammlung drei der 30 Sitze reserviert. Zwei davon gehen an die „Allianz Psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“ (Listenfürherin: Hanna Guskowski), einer an den Listenführer der „Integrativen Liste Psychotherapie“, Claus Gieseke.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Dirk Heinrich, zeigte sich zufrieden: „Der Wahlausgang zeigt, dass der ruhige, lösungsorientierte Arbeitsstil in Hamburg von den KV-Mitgliedern wahrge-

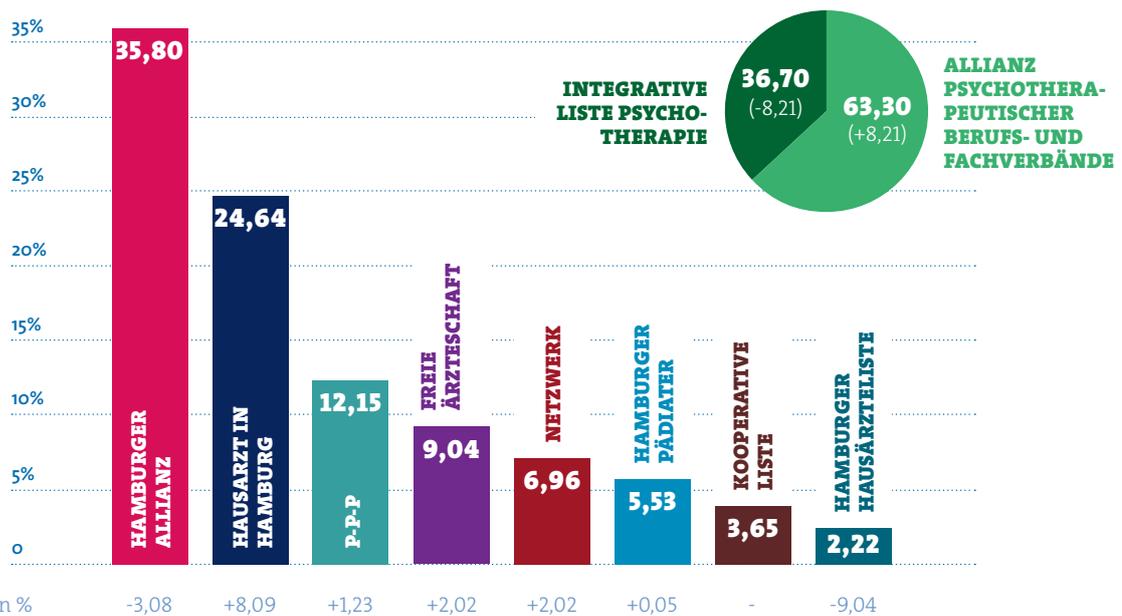
nommen und honoriert wird.“ Die weitgehend konfliktfreie Zusammenarbeit in der Vertreterversammlung während der vergangenen Jahre habe allerdings nicht zu einer Mobilisierung der Wähler beigetragen, so Heinrich. Dank der Wahlkampagne der KV sei die Wahlbeteiligung dann aber nur leicht gesunken.

Bei den Ärzten ging die Wahlbeteiligung von 57 Prozent im Jahr 2010 auf nunmehr 54 Prozent zurück, bei den Psychologischen Psychotherapeuten von 68 Prozent auf 61 Prozent. Insgesamt waren 4644 KV-Mitglieder in Hamburg aufgerufen, ihre Stimme abzugeben.

Die neue Vertreterversammlung tritt erstmals am 2. Februar 2017 zusammentreten, um ihre Vorsitzenden zu wählen. Der hauptamtliche KV-Vorstand wird nicht neu ernannt; die Amtsperioden für diese Ämter beginnen zeitlich versetzt. ■

Neue Vertreterversammlung

Anteil der gültigen Stimmen für die jeweiligen Listen in Prozent



Sitzverteilung in der Vertreterversammlung

HAMBURGER ALLIANZ 11 SITZE

Dr. Dirk Heinrich
Angela Deventer
Dr. Wolfgang Wesiack
Dr. Wolfgang Cremer
Dr. Peter Bock-Lamberlin
Dr. Michael Reusch
Dr. Sven-Holger Kühn
Dr. Heinz-Hubert Breuer
Dr. Gerd Fass
Dr. Andreas Bollkämper
Dr. Michael Rösch

HAUSARZT IN HAMBURG 7 SITZE

Dr. Frank Stüven
Dr. Maria Hummes
Dr. Björn Parey
Dr. Jana Husemann
Gregor Brinckmann
Dr. Mike Müller-Glamann
Karen Haß

P-P-P 3 SITZE

Dr. Hans Ramm
Dr. Joachim Grefe
Dr. Martina Koch

FREIE ÄRZTESCHAFT 2 SITZE

Dr. Silke Lüder
Dr. Jutta Lipke

NETZWERK 2 SITZE

Dr. Torsten Hemker
Dr. Hans-Jürgen Juhl

HAMBURGER PÄDIATER 1 SITZ

Dr. Stefan Renz

KOOPERATIVE LISTE 1 SITZ

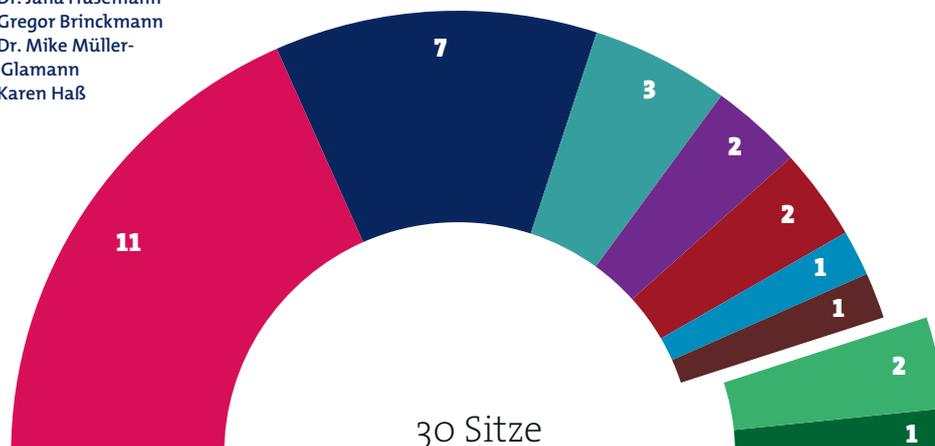
Dr. Olaf Degen

ALLIANZ PSYCHOTHERAPEUTISCHER BERUFS- UND FACHVERBÄNDE 2 SITZE

Hanna Guskowski
Heike Peper

INTEGRATIVE LISTE PSYCHOTHERAPIE 1 SITZ

Claus Gieseke



Obleute in den Kreisen

Die Kreisobleute wurden gleichzeitig mit den Mitgliedern der Vertreterversammlung gewählt. Hier die Ergebnisse im Überblick.

Kreis 1: Alsterdorf, Winterhude(1), Ohlsdorf, Fuhlsbüttel, Langenhorn
unbesetzt

Kreis 5: Lokstedt, Niendorf, Schnelsen
Kreisobmann: Henrik Heinrichs
Stellvertreter: Dr. Kirsten Hellner, Dr. Justus Lindschau

Kreis 3: Hoheluft-West, Hoheluft-Ost, Eppendorf, Gr. Borstel
Kreisobfrau: Dr. Isolde de Vries
Stellvertreter: Christian Aust

Kreis 14: Altona, Altona-Nord, Ottensen, Bahrenfeld, Eidelstedt, Stellingen
Kreisobmann: Frank Bethge
Stellvertreter: Dr. Holger Butting

Kreis 6: Harvestehude
Kreisobmann: Dr. Fritz Pieper
Stellvertreterin: Dr. Grazyna Kaiser

Kreis 4: Eimsbüttel
Kreisobmann: Dr. Robert Schönberg
Stellvertreter: Dr. Heinrich Goossens-Merk

Kreis 7: Rotherbaum
Kreisobfrau: Dr. Yvonne Gagu-Koll
Stellvertreterin: Dr. Friederike Wandler

Kreis 16: Lurup, Osdorf, Nienstedten, Blankenese, Iserbrook, Sülldorf, Rissen
Kreisobmann: Dr. Thorsten Bruns
Stellvertreterin: Dr. Cornelia Thies

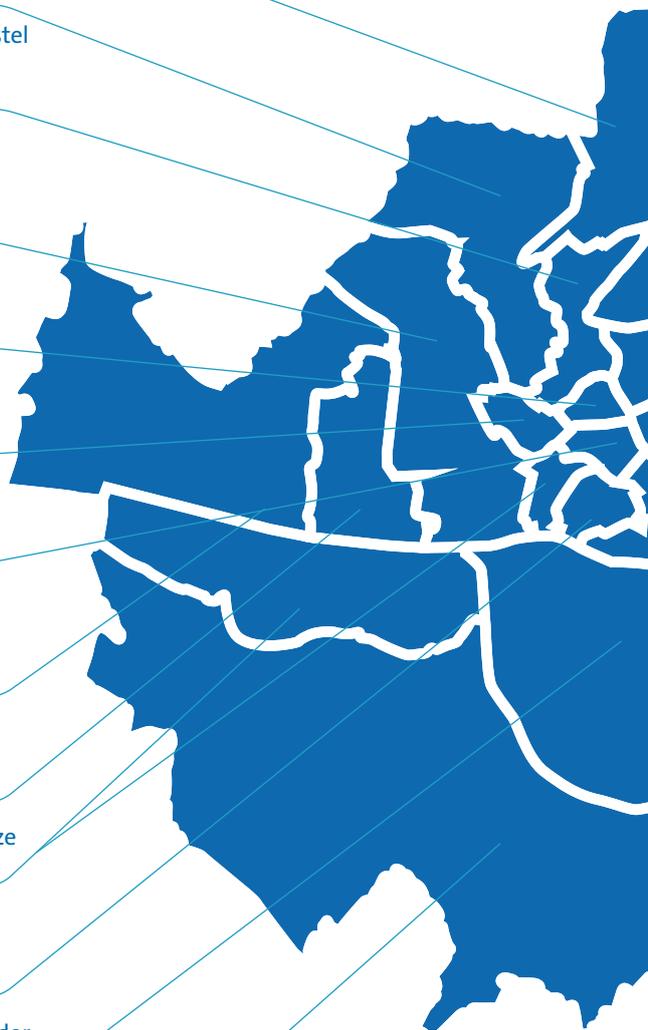
Kreis 15: Bahrenfeld, Gr. Flottbek, Othmarschen
Kreisobmann: Dr. Ulrich Wendisch
Stellvertreterin: Dr. Petra Tiedeken

Kreis 8: St. Pauli, Waltershof, Finkenwerder, Sternschanze
unbesetzt

Kreis 9: Hamburg-Altstadt, Neustadt
Kreisobmann: Dr. Johannes Göckschu
Stellvertreter: Dr. Torsten Hemker

Kreis 18: Veddel, Wilhelmsburg, Kl. Grasbrook, Steinwerder
Kreisobmann: Dr. Peter Witzel
Stellvertreter: Dr. Klaus-Jürgen Harloff

Kreis 17: Harburg, Neuland, Gut Moor, Wilstorf, Rönneburg, Langenbek, Sinstorf, Marmstorf, Eißendorf, Heimfeld, Altenwerder, Moorburg, Hausbruch, Neugraben-Fischbek, Francop, Neuenfelde, Cranz
Kreisobmann: Dr. Philip Kreßin





Kreis 22: Bramfeld, Steilshoop, Wellingsbüttel, Sasel, Poppenbüttel, Hummelsbüttel, Lemsahl-Mellingstedt, Duvenstedt, Wohldorf-Ohlstedt, Bergstedt
Kreisobmann: Dr. Rolf Eichenauer

Kreis 21: Farmsen-Berne, Volksdorf, Rahlstedt
unbesetzt

Kreis 2: Winterhude(2)
Kreisobfrau: Dr. Rita Trettin
Stellvertreterin: Dr. Elisabeth Lübbers-Klare

Kreis 13: Dulsberg, Barmbek-Nord
unbesetzt

Kreis 12: Uhlenhorst, Hohenfelde, Barmbek-Süd, Eilbek
Kreisobfrau: Angela Deventer
Stellvertreter: Dr. Boris Brand, Dr. Wolfgang Spallek, Dr. Robert Martin

Kreis 20: Wandsbek, Marienthal, Jenfeld, Tonndorf
Kreisobmann: Prof. Dr. Peter Behrens

Kreis 10: Hafencity, St. Georg, Hammerbrook, Borgfelde, Hamm-Nord, Hamm-Mitte, Hamm-Süd, Rothenburgsort(1)
Kreisobmann: Dr. Hans Ramm
Stellvertreter: Dr. Wolfgang Herzog

Kreis 11: Horn, Billstedt, Billbrook, Rothenburgsort(2)
Kreisobmann: Dr. Gerd Fass
Stellvertreter: Dr. Dirk Heinrich

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

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

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Nach der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie können wir das Muster 1 für maximal drei Tage rückwirkend ausstellen. Gilt das auch, wenn der Patient schon im Krankengeldfall ist?

Nein. Sowohl in der Richtlinie als auch auf dem Muster 1 Teil C steht, dass für den Anspruch auf Krankengeld ein lückenloser Nachweis der Arbeitsunfähigkeit vorliegen muss. Die ärztliche Feststellung muss spätestens an dem Werktag getroffen werden, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt.

ÜBERWEISUNG

Darf man aufgrund einer Überweisung tätig werden, die im Vorquartal ausgestellt wurde?

Ja. Eine Überweisung ist für das gesamte Folgequartal gültig. Allerdings muss zum Zeitpunkt der Behandlung ein gültiger Versicherungsnachweis vorgelegt werden.

WIEDEREINGLIEDERUNG

Ein Patient beginnt nach längerer Arbeitsunfähigkeit mit einer stufenweisen Wiedereingliederung. Gilt er während dieser Zeit immer noch als arbeitsunfähig?

Während einer stufenweisen Wiedereingliederung besteht die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers fort. Die Wiedereingliederungsphase sollte einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten. Während dieser Zeit muss dem Patienten die Arbeitsunfähigkeit mittels Muster 1 bescheinigt werden zur Vorlage beim Arbeitgeber.

IMPFUNG

Eine Patientin hat vor ihrem 18. Geburtstag die erste und zweite Impfdosis für die Hepatitis B-Impfungen erhalten. Vor der dritten Impfdosis ist sie 18 Jahre alt geworden. Können wir die dritte Impfdosis zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durchführen?

Nein. Der Anspruch auf eine Nachholung von Impfungen bzw. die Vervollständigung eines Impfzyklus besteht laut Schutzimpfungs-Richtlinie bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Darüber hinaus kann nur zu Lasten der GKV geimpft werden, wenn die in der Richtlinie definierten Indikationen vorliegen.

Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.

www.kvvh.de →
Beratung und
Information → Fragen
und Antworten



GEBURT

Wir sind unsicher bei der Ausstellung von Überweisungen oder Einweisungen zur Geburt. Immer häufiger werden von schwangeren Patientinnen mehrere Überweisungsscheine für die Besichtigungen der Kreißsäle gefordert. Welche Regelungen gelten diesbezüglich?



Bei einer Entbindung – egal ob es sich um eine spontane Geburt oder einen Kaiserschnitt handelt – wird keine Einweisung ausgestellt, da es sich nach § 24f SGB V nicht um eine Krankenbehandlung und auch nicht um eine Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V handelt. Es wird lediglich für die Planung der Geburtsleitung (GOP 01780 EBM) ein Überweisungsschein ausgestellt. Die Besichtigung von Kreißsälen ist kein Bestandteil dieser Leistung. Möchte die Schwangere also mehrere Kreißsäle besichtigen, ist dafür kein Überweisungsschein erforderlich. Lediglich für Übertragungskontrollen bei Terminüberschreitung ist es möglich, einen weiteren Überweisungsschein für den ermächtigten Arzt oder für das ermächtigte Krankenhaus auszustellen.

SEHBEHINDERUNG

Darf ich für einen Sehbehinderten eine Hilfsmittelverordnung für eine gelbe Armbinde mit drei schwarzen Punkten ausstellen?

Nein, nach dem GKV-Hilfsmittelverzeichnis dienen gelbe Armbinden (Blindenarmbinden) zur Kennzeichnung der Behinderung und fallen somit nicht in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
www.rehadat-gkv.de

ZUZÄHLUNGEN

Darf das Muster 55 „Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V“ nur von Hausärzten ausgestellt werden?

Nein. Dieses Muster kann von jedem Vertragsarzt ausgefüllt werden, der den Patienten wegen seiner chronischen Erkrankung behandelt. Für das Ausfüllen kann die GOP 01610 EBM in Ansatz gebracht werden. Diese Leistung ist allerdings bei den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in der Versichertenpauschale enthalten. Das ist bei der Grundpauschale, die von Fachärzten abgerechnet wird, nicht der Fall.

Infocenter Tel: 22802-900



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

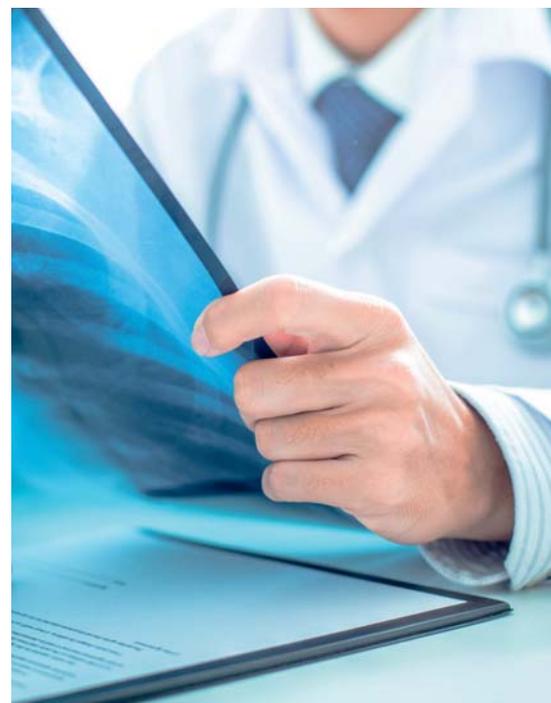
Ärztliche Stelle: Neue Vereinbarung ab 1. September

Mit Wirkung zum 1. September 2016 tritt eine neue Vereinbarung zwischen der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg in Kraft. Diese Vereinbarung ist die Grundlage für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17a Röntgenverordnung und § 83 Strahlenschutzverordnung durch die Ärztlichen Stellen bei der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg.

Die aus dem Jahr 2004 stammende Vereinbarung musste überarbeitet werden, da Anfang des Jahres eine aktualisierte Version der Richtlinie zur Röntgenverordnung und Strahlenschutz-

verordnung „Qualitätssicherung durch ärztliche und zahnärztliche Stellen“ in Kraft getreten ist. Die neue Vereinbarung hat eine Umstellung des bisherigen Anforderungs- und Prüfungsverfahrens durch die Ärztlichen Stellen zur Folge. In den nächsten Tagen erhalten alle betreffenden Ärzte ein Rundschreiben mit weiteren Informationen.

Für die Stichprobenprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V ergeben sich hierdurch keine grundlegenden Änderungen. Diese werden von der KV in der Regel bei vier Prozent aller radiologisch beziehungsweise teilradiologisch tätigen Ärzte durchgeführt. ■



Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung /
Ärztliche Stelle
Heike Malzfeldt, Tel. 22802 - 434
Thomas Müller, Tel. 22802 - 552

AOK Rheinland/Hamburg: Verordnungen der Physio- und physikalischen Therapie müssen wieder genehmigt werden

Die AOK Rheinland/Hamburg hat den Genehmigungsverzicht für Verordnungen der Physiotherapie und der physikalischen Therapie außerhalb des Regelfalls widerrufen. Ab dem Verordnungsdatum 1. Juli 2016 müssen die Versicherten diese Verordnungen vor Behandlungsbeginn der Kasse zur Genehmigung vorlegen. Hiervon ausgenommen sind die Indikationsbereiche ZN1, AT3, EX4 und LY2 und LY3.

Zuvor hatte die Kasse bereits das Genehmigungsverfahren im Bereich Ergotherapie ab dem Verordnungsdatum 1. April 2016 wieder eingeführt. ■

Weitere Informationen:
www.aok-gesundheitspartner.de
Webcode W227635



QS-Vereinbarung PET, PET/CT zum 1. Juli in Kraft getreten

Zum 1. Juli 2016 ist die neue Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Positronenemissionstomographie (PET) beziehungsweise zur Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) in Kraft getreten.

Bereits seit dem 1. Januar 2016 bestand die Möglichkeit, eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen auf Grundlage der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erhalten.

Seit dem 1. Juli 2016 können Radiologen und Nuklearmediziner unter folgenden Voraussetzungen die Genehmigung beantragen:

- Nachweis über 1000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre sowie Nachweis über Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung von 200 CT oder MRT in den diagnostischen Kontext mit PET-Befunden
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Computertomographien (sofern diese durchgeführt werden soll) nach der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Der Genehmigungsinhaber muss dabei nicht zwingend der Antragsteller sein, eine Kooperation zwischen einem Facharzt für Nuklearmedizin und

einem Facharzt für Radiologie ist möglich.

- Indikationsstellung, Befund und gegebenenfalls Nachbesprechung erfolgt in einem Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Zusammensetzung des Teams erfolgt in Abhängigkeit von der Indikation zur Untersuchung. Eine Anwesenheitspflicht der beteiligten Ärzte ist nicht vorgeschrieben.
- Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung sind 20 Fortbildungspunkte zu onkologischen Fragestellungen innerhalb von 2 Jahren nachzuweisen.
- Es ist eine regelmäßige Stichprobenprüfung der ärztlichen Dokumentation vorgeschrieben. Durch das Einreichen von Tumorkonferenzprotokollen sollten alle Anforderungen erfüllt sein. Die Stichprobenprüfung richtet sich auf die Nachvollziehbarkeit der interdisziplinären Indikationsstellung.

Genehmigungen, die seit dem 1. Januar 2016 auf Grundlage der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des G-BA erteilt wurden, behalten ihre Gültigkeit, sofern die Anforderungen an die fachliche Befähigung sowie die apparativen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllt werden. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Kristin Frommelt, Tel. 22802 - 449
Thomas Müller, Tel. 22802 - 552

Neue Online-Fortbildung zur Rehabilitation

Seit 1. April 2016 dürfen alle Vertragsärzte medizinische Rehabilitation zulasten der GKV verordnen.

Die KBV hat hierfür eine Online-Fortbildung erarbeitet, die insbesondere jenen Ärzten, die bisher noch keine Leistungen der medizinischen Rehabilitation verschrieben haben, wichtige Informationen näherbringen soll.

Die Lernzielkontrolle erfolgt über zehn Multiple-Choice-Fragen. Beantwortet der Arzt alle zehn Fragen richtig, erhält er zwei CME-Punkte.

Auf Wunsch werden die CME-Punkte elektronisch an die zuständige Ärztekammer übertragen und dem Fortbildungskonto gutgeschrieben. Vertragsärzte, die an der Schulung teilnehmen wollen, benötigen einen Anschluss an das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen. ■

Weitere Informationen:
<http://www.kbv.de/html/rehabilitation.php>

NEUE EBM-LEISTUNGEN

Stärkung der Pflegeheimversorgung und Förderung der Delegation

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Juli 2016 zusätzliche EBM-Gebührenordnungspositionen eingeführt, um die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern.

Kapitel 37: Ärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen

Mit dem neu in den EBM aufgenommenem Kapitel 37 wird der zusätzliche Aufwand von Haus- und Fachärzten für eine regelmäßige Abstimmung und Koordination bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern vergütet. Abrechnungsvoraussetzung ist eine Genehmigung der KV und der Nachweis eines Kooperationsvertrages zwischen Vertragsarzt und Pflegeeinrichtung nach § 119 b SGB V. Der Kooperationsvertrag muss die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllen.

Kapitel 38: Delegationsfähige Leistungen

Gleichzeitig ist ein neues Kapitel 38 geschaffen worden, das die Möglichkeiten der Delegation erweitert.

Das Kapitel 38 unterteilt sich in zwei Abschnitte:

- Abschnitt 38.2 – Der Abschnitt enthält die bisherigen Kostenpauschalen 40240 und 40260 für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von nichtärztlichen Praxismitarbeitern (jetzt: GOP 38100 und 38105), für die es nun eine höhere Bewertung gibt. Diese Leistungen können von allen Vertragsärzten abgerechnet werden und sind nicht genehmigungspflichtig.
- Abschnitt 38.3 (GOP 38200 und 38205) – Der Abschnitt enthält ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) und ist gegenüber der KV genehmigungspflichtig. Neben den Hausärzten erhalten künftig auch im fachärztlichen Bereich tätige Vertragsärzte für die Delegation von Leistungen an NäPa eine zusätzliche Honorierung. Bislang erfolgte eine Förderung von NäPa nur im hausärztlichen Bereich. Der Einsatz der NäPa ist auf die Versorgung in Pflegeheimen beschränkt. ■

Einzelheiten zu den neuen EBM-Leistungen finden Sie auf unserer Internetseite: www.kvhh.de

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

FORTBILDUNGSKURS

Arbeits- und Gesundheitsschutz: Gefährdungsbeurteilung I

Fortbildung für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte: Verantwortliche Praxismitarbeiterinnen, die stellvertretend für den Praxisinhaber die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz in der Praxis organisieren, müssen sich spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung fortbilden. Dieses Seminar zeigt, wie man entsprechend der BGW-Vorschriften eine Gefährdungsbeurteilung in der Praxis durchführt. ■

Termin:

Mi. 12.10.2016 (15-18 Uhr)

Weiterer Termin:

Mi. 14.12.2016 (15-18 Uhr)

Ort: KV Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097
Hamburg

Teilnahmegebühr:

€ 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Anmeldeformulare bei:
AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle
Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Fax: 2780 63 48,
E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de**



QUALITÄTSMANAGEMENT-KURS

Ausbildungskurs zur Qualitäts- und Praxismanagerin

Wegen der anhaltenden Nachfrage findet im Oktober wieder ein fünftägiger Ausbildungskurs zur „Qualitäts- und Praxismanagerin“ statt. Der Kurs richtet sich an Medizinische Fachangestellte mit Führungsverantwortung, Qualitätsmanagementbeauftragte, Erstkräfte an der Anmeldung sowie an Praxismitarbeiter, die auf zukünftige Veränderungen in der Praxis vorbereitet sein wollen. Ziel des Kurses ist es, sich in den wichtigsten Funktionen und Aufgabengebieten des Praxis- und des Selbstmanagements zu stärken. Dies eröffnet die Möglichkeit, zugewiesene Führungsaufgaben in der Praxis eigenverantwortlich zu übernehmen und dadurch den Praxisin-

haber in vielerlei Hinsicht wirkungsvoll zu entlasten. Themen sind unter anderem: Personalmanagement, Konfliktmanagement, ärztliches Qualitätsmanagement, Terminsystem und Kommunikationstraining. ■

Termin: **Mo. 10.10.2016 bis Fr. 14.10.2016**

Ort: **KV Hamburg, Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg**

Teilnahmegebühr: **€ 650 inkl. Verpflegung**

**Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889**

QUALITÄTSMANAGEMENT

Nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen:

Praxis	Fachrichtung	Adresse	QEP-Rezertifizierung	2. QEP-Rezertifizierung
Dr. Christian Weiß	Innere Medizin	22419, Diekmoorweg 12a		22.02.2016
Dr. Silke Engelder	Allgemeinmedizin	22307, Fuhlsbüttler Str. 265		29.03.2016
MVZ Nord, Gesundheitszentrum Mitte-AOZ	Anästhesiologie	20099, Lohmühlenstr. 5	31.10.2015	
Dr. Matthias Lütten	Dermatologie	21109, Neuenfelder Str. 31	11.11.2015	
Diabeteszentrum Hbg. Nord-West Dr. Kirsten Hellner, Dr. Julia auf dem Höfel	Diabetologie	22529, Vogt-Wells-Str. 14	18.02.2016	
Proktologie-Zentrum Langenhorn Benjamin Eberhard, Dr. Erik Brandenburg, Dr. Matthias Waldmann	Koloskopie, Proktologie	22415, Tangstedter Landstr. 77	24.03.2016	
Culminasceum	Präventivmedizin	20095, Kurze Mühren 1	24.03.2016	
Dr. Kai-Ulrich Köchermann, Dr. Holger Meyer, Christian Bartram	Orthopädie	22089, Ritterstraße 16	09.05.2016	
Niels Schulz-Ruthenberg, Ursula Charlotte Stucke, Christoph Richter	Allgemeinmedizin	20457, Am Kaiserkai 46	10.07.2016	



Der Medikationsplan kommt

Ab dem 1. Oktober 2016 haben Patienten, die mindestens drei verordnete Medikamente gleichzeitig anwenden, Anspruch auf einen Medikationsplan. Die Ärzte müssen ihre Patienten über diesen Anspruch informieren. So legt es das E-Health-Gesetz fest.

Die Patienten sollen durch den Medikationsplan bei der richtigen Einnahme ihrer Medikamente unterstützt werden. Vorerst wird der Medikationsplan in Papierform ausgehändigt. In Zukunft soll er jedoch auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden.

Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung des Plans verpflichtet, Apotheker aktualisieren auf Wunsch des Versicherten. Aktualisierungen durch andere Ärzte und Krankenhäuser sind ebenfalls möglich.

Was wird dokumentiert?

Der Medikationsplan enthält verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die der Patient im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einnimmt. Dies können auch Arzneimittel sein, die auf Privatrezept oder „grünem“ Rezept verordnet wurden. Selbstmedikation

muss vom Arzt nur in den Plan übernommen werden, wenn deren Dokumentation aus medizinischer Sicht notwendig ist.

Wird in der Apotheke aufgrund von Rabattverträgen ein Fertigarzneimittel mit anderem Handelsnamen abgegeben, kann der Apotheker den Medikationsplan (übergangsweise auch handschriftlich) ändern. Der Arzt entscheidet ob diese Änderungen übernommen werden. Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans können nicht gewährleistet werden; der Plan trägt einen entsprechenden Hinweis.

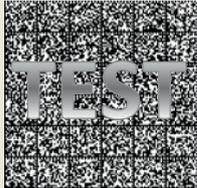
Muss ich mir einen Barcode-Scanner anschaffen?

Auf dem Medikationsplan ist ein optional nutzbarer Barcode aufgedruckt. Er enthält den Plan in digitaler Form und ermöglicht, dass dieser per Scanner eingelesen und aktualisiert werden kann. Auf diesem Weg ist eine unkompliziertere Aktualisierung in Praxen, Apotheken und auch in Krankenhäusern möglich. Jedoch ist kein Arzt verpflichtet, sich einen Barcode-Scanner anzuschaf-

fen. Die Entscheidung hängt unter anderem davon ab, ob ein Arzt häufig in die Situation kommt, Informationen von erstellten oder aktualisierten Medikationsplänen zu übernehmen. In diesem Fall ist ein Barcode-Scanner hilfreich, da die Medikation sonst abgetippt werden muss.

Warum wurde ein bundeseinheitlicher Plan beschlossen?

Viele Praxissoftwaresysteme bieten bereits jetzt die Möglichkeit, einen Medikationsplan zu erstellen. Aussehen und Qualität der Pläne sind jedoch sehr unterschiedlich. So haben manche Pläne beispielsweise eine sehr kleine Schriftgröße, andere enthalten nur unvollständige Informationen zur Dosierung oder bieten keine Möglichkeit, Hinweise oder Behandlungsgründe anzugeben. Im Rahmen des Aktionsplans Arzneimittelthe-

Medikationsplan		für: Rudolf Testmann		geb. am: 19.10.1959						
		ausgedruckt von: Praxis Dr. Michael Müller Schloßstr. 22, 10555 Berlin Tel.: 030-1234567 E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de		ausgedruckt am: 25.04.2016						
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	<small>morgens</small>	<small>mittags</small>	<small>abends</small>	<small>zur Nacht</small>		Einheit	Hinweise
Metoprololsuccinat	Metoprololsuccinat 1A Pharma 95 mg retard	95 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NovoRapid Penfill	100 E/ml	Lösung	20	0	20	0	I.E.	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	Simva-Aristo	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente										
Fentanyl	Fentanyl AbZ 75 µg/h Matrixpflaster	2,375mg	Pflast	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
Selbstmedikation										
Johanniskraut	Laif Balance	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung

Muster-Medikationsplan: In den Spalten werden unter anderem der Wirkstoff, der Handelsname, die Dosierung, sonstige Hinweise zur Einnahme sowie der Einnahmegrund aufgeführt.

rapiesicherheit des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) haben sich Ärzte, Krankenkassen, Patientenverbände, Hersteller von Praxissoftware und weitere Beteiligte daher unter Federführung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auf einen bundeseinheitlichen Mindeststandard geeinigt, der nun umgesetzt wird.

Kann ich meine bestehenden Medikationsdaten in den Plan überführen?

Die bestehende Medikation aus der Patientendokumenta-

tion kann in den neuen Plan übernommen werden. Die Praxissoftware-Hersteller müssen die Funktionalitäten ihrer Medikationsplan-Module von der KBV zertifizieren lassen. Im Rahmen dieser Zertifizierung sind sie verpflichtet, eine Übernahme der im Praxisverwaltungssystem gespeicherten Daten zur Medikation eines Patienten in den Medikationsplan zu ermöglichen.

Übergangsweise bis zum 31. März 2017 können vorhandene Medikationspläne der Praxissoftware weiter genutzt werden. Spätestens ab dem 1. April 2017 müssen Ärzte dann den bundesweit einheitlichen Medikationsplan ausgeben.

Die KBV stellt auf ihrer Homepage neben der maßgeblichen Vereinbarung weiterführendes Informationsmaterial (Fragen-Antworten-Katalog, Tipps zum Umgang mit dem Medikationsplan, Muster Medikationsplan) zur Verfügung:

www.kbv.de/html/medikationsplan.php
oder:

www.kbv.de → Praxis Info → Verordnungen → Arzneimittel → Therapiesicherheit

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



PCSK9-Inhibitor Evolocumab nur noch in Ausnahmefällen verordnungsfähig

Für den Lipidsenker Evolocumab (Repatha®), den ersten Vertreter der Wirkstoffgruppe der PCSK9-Inhibitoren, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Anfang Juni 2016 einen Verordnungsausschluss erlassen. Als Grund wurde „Unwirtschaftlichkeit“ angegeben. Die Kosten einer Jahrestherapie mit Evolocumab liegen bei 9.000 bis 12.400 Euro. Für eine Behandlung mit Statinen hingegen fallen nur Kosten ab etwa 83 Euro pro Jahr an.

Hinzu kommt, dass für Evolocumab im Rahmen der frühen Nutzenbewertung kein Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt werden konnte. Allerdings wurden im Beschluss Ausnahmen benannt.

Vom Verordnungsausschluss für Evolocumab ausgenommen sind:

- Patienten mit familiärer, homozygoter Hypercholesterinämie, bei denen medikamentöse und diätetische Optionen zur Lipidsenkung ausgeschöpft wurden
- Patienten mit heterozygot familiärer oder nichtfamiliärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapieresistenten Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von zwölf Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann. Es wird daher davon ausgegangen, dass die Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht.



Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrankung sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozygoter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos familiärer Belastung.

Es wurde zudem festgelegt, dass die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Evolocumab nur durch bestimmte Facharztgruppen erfolgen darf. ■

Den vollständigen Text des Beschlusses finden Sie unter folgendem Link

www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittelrichtlinie → Anlage III

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

Aut-Idem: Welche Arzneimittel in der Apotheke nicht substituiert werden dürfen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im April 2016 die zweite Tranche der Arzneimittel festgelegt, die von den Apotheken generell nicht durch ein wirkstoffgleiches Produkt ersetzt werden dürfen ("Substitutionsausschlussliste").

Folgende weitere Wirkstoffe in der jeweils genannten Darreichungsform hat der G-BA in seine Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen (neue Wirkstoffe sind *kursiv* gedruckt):

Wirkstoff	Darreichungsform
<i>Buprenorphin</i>	<i>Transdermale Pflaster mit unterschiedlicher Applikationshöchstdauer (z.B. bis zu 3 bzw. bis zu 4 Tage) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden.</i>
<i>Carbamazepin</i>	<i>Retardtabletten</i>
<i>Hydromorphon</i>	<i>Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit (z.B. alle 12 bzw. 24 Std.) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden</i>
<i>Oxycodon</i>	<i>Retardtabletten mit unterschiedlicher täglicher Applikationshäufigkeit (z.B. alle 12 bzw. 24 Std.) dürfen nicht gegeneinander ersetzt werden."</i>
<i>Phenobarbital</i>	<i>Tabletten</i>
<i>Phenprocoumon</i>	<i>Tabletten</i>
<i>Primidon</i>	<i>Tabletten</i>
<i>Valproinsäure</i>	<i>Retardtabletten</i>
Betaacetyldigoxin	Tabletten
Ciclosporin	Lösung zum Einnehmen, Tabletten
Digitoxin	Tabletten
Digoxin	Tabletten
Levothyroxin	Tabletten
Levothyroxin-Na + Kaliumiodid (fixe Kombination)	Tabletten
Phenytoin	Tabletten
Tacrolimus	Hartkapseln

Die Substitutionsausschlussliste umfasst damit insgesamt 16 Wirkstoffe bzw. Fixkombinationen. Arzneimittel, die diese Wirkstoffe enthalten, darf der Apotheker nicht gegen wirkstoffgleiche, preisgünstigere oder rabattierte Präparate austauschen – auch wenn das Aut-idem-Feld nicht angekreuzt ist. Die Wahl des notwendigen und wirtschaftlichen Präparates obliegt in diesen Fällen wieder ausschließlich dem verordnenden Arzt. ■

Die Wirkstoffe und die dazugehörigen Darreichungsformen sind in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage VII Teil B aufgeführt (www.g-ba.de).

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



Gardasil 9: Neuer Neunfach-Impfstoff gegen HPV

Der neue HPV-Impfstoff Gardasil 9 kann ebenso wie die anderen verfügbaren HPV-Impfstoffe Gardasil und Cervarix zulasten der gesetzlichen Krankenkassen für die empfohlene HPV-Impfung verwendet werden. Er wird über die Rezeptstelle Duderstadt als Impfbedarf angefordert.

Seit April 2016 hat Gardasil® 9 zusätzlich zum 3-Dosen-Impfschema eine Zulassung für ein 2-Dosen-Impfschema bei Personen im Alter von 9 bis 14 Jahren erhalten und ist seit Anfang Mai auf dem deutschen Markt erhältlich. Der neue neunvalente HPV Impfstoff immunisiert zusätzlich zu den HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 auch gegen die HR HPV-Typen 31, 33, 45, 52 und 58. Diese fünf zusätzlichen HPV-Typen werden für weitere 15 bis 20 Prozent aller Zervixkarzinome verantwortlich gemacht. Die STIKO weist darauf hin, dass ein vollständiger Impfschutz für die zusätzlichen HR HPV-Typen 31, 33, 45, 52 und 58 nach momentanem Wissen nur nach

zwei bzw. drei Impfstoffdosen (je nach Alter bei Beginn der Impfserie) des neunvalenten HPV-Impfstoffs erwartet werden kann.

Mit der Markteinführung des neunvalenten HPV-Impfstoffs ergibt sich keine Änderung der bestehenden STIKO-Impfempfehlung. Alle drei nun verfügbaren HPV-Impfstoffe können verwendet werden, um das Impfziel der Reduktion der Krankheitslast durch Zervixkarzinom und dessen Vorstufen zu erreichen.

Nach Markteinführung des neunvalenten HPV-Impfstoffs wird nach Angaben des Herstellers über einen gewissen Zeitraum parallel der quadrivalente HPV-Impfstoff (Gardasil®) noch verfügbar sein, bevor dieser voraussichtlich vom Markt genommen wird. In dieser Übergangszeit sollten die entsprechenden Anwendungshinweise beachtet werden.

Grundsätzlich sollte eine Impfserie gegen HPV, soweit verfügbar, mit dem gleichen HPV-Impfstoff komplettiert werden, mit dem die Impfserie begonnen wurde.

STIKO-Impfempfehlung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung gegen HPV für Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren mit dem Ziel, die Krankheitslast durch Zervixkarzinom und dessen Vorstufen zu reduzieren. Im Alter von 9 bis 13 (Gardasil®) beziehungsweise 14 Jahren (Cervarix®, Gardasil® 9) sind zwei Impfstoffdosen im Abstand von 6 Monaten notwendig. Mädchen, die bis zum Alter von 13 bzw. 14 Jahren noch keine HPV-Impfung erhalten haben, sollten bis zum Alter von 17 Jahren nachgeimpft werden; dann sind drei Impfstoffdosen erforderlich.

Quelle: Anwendung des neunvalenten Impfstoffs gegen Humane Papillomviren (HPV) – (Epidemiologisches Bulletin Nr.16/2016 – www.rki.de)

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



Wer darf impfen?

Immer wieder erreicht uns die Frage, ob Ärzte auch Patienten impfen dürfen, die nicht in ihre Spezialisierung fallen. Dürfen beispielsweise Gynäkologen auch Männer impfen? Deshalb hier zur Klarstellung: Im Bereich der KV Hamburg dürfen alle Vertragsärzte die Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen gemäß den Impfvereinbarungen (Basis: Schutzimpfungsrichtlinie – STIKO Empfehlung) zulasten der GKV impfen. Soweit es sich im normalen Praxisalltag ergibt, dürfen Gynäkologen auch Männer impfen (z.B. die Partner ihrer Patientinnen) und Kinderärzte auch Erwachsene (z.B. Eltern und Großeltern).

Weitere Informationen zum Thema Impfen finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnung → Schutzimpfung

Amtliche Veröffentlichungen

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

Hinweis: Kündigung von Beitritten:

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

Die **BKK Beiersdorf** hat ihren Beitritt zum o.g. Vertrag zum 31. Dezember 2016 gekündigt.

- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V zwischen der SECURVITA BKK und der AG Vertragskoordinierung

Die **Deutsche BKK** hat ihren Beitritt zum o.g. Vertrag zum 31. Dezember 2016 gekündigt.

Hinweis: Kündigung von Verträgen:

- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen (Impfvereinbarung - Ausland) zwischen der KV Hamburg und der Deutsche BKK:

Die Deutsche BKK hat die o.g. Vereinbarung zum 31. Dezember 2016 gekündigt.

Hinweis: Aufhebung eines Vorbehaltes:

- zum 41. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit der AOK Rheinland/Hamburg über die Zahlung der Gesamtvergütung:

Der 41. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit der AOK Rheinland/Hamburg über die Zahlung der Gesamtvergütung wurde im Hamburger Ärzteblatt 07/08-2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

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

Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 – 900



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Leitlinienempfehlungen und evidenzbasierte Medizin – ein Widerspruch?

Leitlinien konzentrieren sich meist auf einen einzigen Behandlungsweg. Doch zur evidenzbasierten Medizin gehört, den Patienten verschiedene Optionen aufzuzeigen.

VON INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (DNEbM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist die Integration von bestverfügbarer wissenschaftlicher Evidenz, klinischer Expertise und Patientenwerten. Klinische Expertise definiert sich in diesem Kontext als die Fähigkeit, medizinisches Wissen unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen und Präferenzen des Patienten zu nutzen, um dem Patienten optimale Entscheidungen zu ermöglichen.

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) nennt in seinem „mission and vision statement“ die evidenzbasierte, informierte und partizipative Patientenentscheidung als ein vorrangiges Ziel.

Das Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 legitimiert den Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine Aufklärung, die eine informierte Partizipation an medizinischen Entscheidungen erlaubt.

Kürzlich wurde im *Deutschen Ärzteblatt* sogar gefordert, die „informierte Patientenentscheidung“ als

patientenrelevanten Ergebnisparameter bei der Nutzenbewertung gleichwertig zu Mortalität, Morbidität und Lebensqualität anzuerkennen.

Diese Entwicklungen werden gestützt durch aktuelle Beiträge in international führenden wissenschaftlichen Zeitschriften (1,2). Die Autorengruppen fordern eine radikale Änderung des *informed consent* und in Konsequenz der Leitlinienentwicklung und Leitlinienempfehlungen. Andernfalls könnten die berechtigten Ansprüche der Patientinnen und Patienten, informiert an medizinischen Entscheidungen teilzuhaben, nicht umgesetzt werden.

Was ist das Problem? Informierte Entscheidungen erfordern evidenzbasierte Patienteninformationen. Kriterien hierfür wurden unter anderem vom DNEbM in der aktualisierten Version der Guten Praxis Gesundheitsinformation (GPGI 2.0) formuliert. Erforderlich sind verständliche Informationen zum persönlichen Krankheitsrisiko und zu Nutzen und Schaden aller Behandlungsoptionen, einschließlich der Option der Nichtintervention. Solche Informationen sind in nutzbarer Form aktuell nur für wenige Entscheidungsprozesse verfügbar.

Leitlinien stellen solche Informationen derzeit nicht bereit, obwohl zunehmend auch ein shared decision making in den Leitlinien empfohlen wird. Patientenleitlinien versuchen die Inhalte der medizinischen Leitlinie patientengerecht zu formulieren, können jedoch nicht als Grundlage für informierte partizipative Patientenentscheidungen genutzt werden.

In Leitlinien werden üblicherweise Empfehlungen für singuläre Behandlungswege ausgesprochen. Andere mögliche Optionen werden nicht empfohlen. Es gibt jedoch fast immer mehrere Optionen. Oft auch die Option, vorerst abzuwarten. Zwar mögen diese weniger wirksam erscheinen, könnten jedoch ärmer an Nebenwirkungen oder praktikabler sein. Bei Anwendung auf den individuellen Patienten unter Berücksichtigung seiner Begleiterkrankungen und seiner Lebenssituation beziehungsweise Präferenzen könnten sie für den Patienten vorteilhafter und akzeptabler sein.

Nach dem Konzept der EbM ist es die Rolle des Arztes, zu prüfen, welche der wissenschaftsbasierten Optionen für den individuellen Patienten aus medizinischer Sicht in Frage kommen. Er muss prüfen, ob die Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien beziehungsweise den Leitlinien auf den individuellen Patienten mit seinen spezifischen Begleiterkrankungen oder Lebensbedingungen übertragbar sind. Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung durch Alter oder schwere Begleiterkrankungen können von präventiven Verfahren nicht profitieren, werden jedoch durchaus den unerwünschten Effekten der Intervention ausgesetzt. Die Abschätzung der Prognose des individuellen Patienten im Kontext der Evidenz ist eine der wichtigsten und verantwortungsvollsten ärztlichen Tätigkeiten.

Ein weiteres mögliches Hindernis für die Umsetzung von informierter partizipativer Patientenentscheidung sind Qualitätsindikatoren, die den Grad der Implementierung von Leitlinienempfehlungen als Maßstab benutzen. Dies steht dem Konzept des *informed shared decision making* entgegen.

Die Weiterentwicklung von Leitlinien sollte sich daher zukünftig primär an den für die betroffenen Patienten und Patientinnen relevanten Entscheidungssituationen orientieren. Gleichzeitig sollten bei der Erarbeitung der Informationen Daten zu Nutzen und Schaden aller Optionen präsentiert werden. Entscheidungshilfen sollten parallel dazu mitentwickelt werden.

Auf diese Weise kann der behandelnde Arzt zusammen mit dem jeweiligen Patienten prüfen, inwieweit die Evidenz auf die körperliche und lebensweltliche Situation des Patienten übertragbar ist, die für diese spezielle Situation verfügbaren Behandlungsoptionen besprechen, und dann mit der Patientin oder dem Patienten eine für sie/ihn optimale Entscheidung treffen.

Dies würde die Umsetzung von Evidenzbasierter Medizin im Sinne der von den Patienten zunehmend geforderten informierten Entscheidung erleichtern. Eine entsprechende Arbeitsgruppe hat sich im DNEbM kürzlich formiert.



**Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mühlhauser**
Universität Hamburg, MIN Fakultät,
Gesundheitswissenschaften
Martin-Luther-King Platz 6
D-20146 Hamburg
Tel: 040 42838-3988
Fax: 040 42838-3732

<http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/gesundheit.htm>

<http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/>

Literatur: 1. Spatz ES, Krumholz HM, Moulton BW. The new era of informed consent: getting to a reasonable patient standard through shared decision making. *JAMA*. 2016 May 17;315(19):2063-4. doi: 10.1001/jama.2016.3070.

2. McCartney M, Treadwell J, Maskrey N, Lehman R. Making evidence based medicine work for individual patients. *BMJ*. 2016 May 16;353:i2452. doi: 10.1136/bmj.i2452.

„Fern der Realität“

Plassmann wirft G-BA-Chef Hecken vor, gesundheitspolitische Mythen zu verbreiten



Hecken: "Innovationen werden viel zu schleppend umgesetzt."



Plassmann: "Theorie der doppelten Facharztschiene ist widerlegt."

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung darf nicht zum Experimentierfeld von realitätsfernen Theoretikern werden. Mit dieser Warnung reagierte der Vorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann, auf den Vorwurf des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Joseph Hecken, das Gesundheitssystem sei innovationsfeindlich und würde den Fortschritt „viel zu schleppend“ umsetzen.

„Wer so etwas sagt, hat noch nie an der Front der Versorgung gearbeitet“, so Plassmann. Die im internationalen Vergleich enorm hohe Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung gebe es nur, weil sie auf stabilen Strukturen

beruhen. „Nur auf einer solchen Basis können die Ärzte flexibel auf die sich täglich verändernden Anforderungen reagieren.“ Wer jede Woche eine andere „Innovations-Sau“ durchs Dorf treiben wolle, gefährde genau diese Basis – und damit die Versorgung allgemein.

Tatsächliche Innovationen würden sich auch durchsetzen. Plassmann erinnerte an die Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen über Anstellungen und Teilzeitarbeitsverhältnisse sowie an die beginnende Digitalisierung der ärztlichen Kommunikation. „Dass auch hier mit Augenmaß vorgegangen wird, liegt nicht zuletzt im wohlverstandenen Interesse des Patienten.“

An der Sache vorbei gehe auch Heckens Kritik an einer „doppelten Facharztschiene“. „Dass auch heute noch solche Zombies aus der Kiste

geholt werden, ist erschütternd“, sagte Plassmann. „Wie häufig muss eigentlich noch nachgewiesen werden, dass die ambulant tätigen Fachärzte eine komplett andere Versorgungsleistung erbringen als die Klinikärzte?“ Gerade die breite niedergelassene Fachärzteschaft sei der Grund für die guten Noten des deutschen Gesundheitswesens.

Hecken konterte diesen Vorwurf gegenüber *facharzt.de* damit, er habe nur unterversorgte Regionen im Blick gehabt. „Wenn das so gewesen sein sollte, wird es ja noch abstruser“, so Plassmann. In unterversorgten Gebieten könne man als Patient froh sein, wenn es wenigstens eine Facharzt-Schiene gebe.

„Was wir brauchen“, so Plassmann, „ist eine Reduzierung der vollstationären Betten zugunsten einer intermediären Behandlung für wenige Nächte.“ Bei dieser „beobachtenden Betreuung“ vor allem für alte, multimorbide Menschen gebe es eine empfindliche Lücke im System. Schließe man sie, werde man nicht nur erhebliche Mittel einsparen, sondern auch die betroffenen Patienten adäquat versorgen können. „Das wäre eine sinnvolle Innovation“, so Plassmann. ■

Meine Praxis im Netz!

Sichere Wege der Kommunikation

Wir zeigen Ihnen wie!



Hamburger
Forum für sichere
Kommunikation im
Gesundheitswesen

23.11.2016

Hotel Atlantic Kempinski Hamburg

www.hamburger-forum.net

Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.*

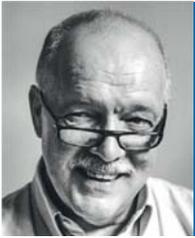
initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de

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





Oxymoron

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

Man muss sich nicht jede Arztserie im Fernsehen angeschaut haben, um zu wissen, was ein Defibrillator ist. An der Erfindung des Defibrillators, wie er heute in jeder Bahnhofshalle, in jedem Flugzeug, in jedem Notfallkoffer zu finden ist und unzählige Leben gerettet hat, war vor etwa sechzig Jahren ein Herzspezialist namens Bernard Lown beteiligt.

Man muss kein Herzspezialist sein, um den Namen Lown schon einmal gehört zu haben. Die Einteilung der Herzrhythmusstörungen „nach Lown“ gehört zum Grundwissen eines jeden Medizinstudenten, benannt nach diesem weltberühmten amerikanischen Arzt Bernard Lown.

Und man muss kein Berufspolitiker sein, um den Namen Lown schon einmal gehört zu haben. Ist das wirklich der selbe Arzt, der gemeinsam mit dem Russen Chasow 1985 den Friedensnobelpreis erhalten hat für den Kampf der von ihm mit gegründeten Ärzteorganisation gegen den Wahnsinn der weltweiten atomaren Aufrüstung (IPPNW)? Ist das derselbe, der mit Reagan, Gorbatschow und den Mächtigen dieser Welt gestritten hat, auf den sie sogar gehört haben bei den kleinen,

mühsamen Schritten zu diesen und jenen Abrüstungsverträgen? Ja, das ist ein und derselbe Mann.

Bernard Lown hat vor über zehn Jahren ein Buch mit dem denkwürdigen Titel: „Die verlorene Kunst des Heilens“ geschrieben. Vielfach übersetzt und weltweit diskutiert hilft dieses Buch bis heute vielen Ärztinnen und Ärzten in aller Welt, nicht an den politischen und ökonomischen Attacken gegen die Humanmedizin zu verzweifeln, sondern sich weiter für eine menschliche, nicht-industrialisierte, nicht an Investorenprofite orientierte Humanmedizin einzusetzen.

Bernard Lown hat inzwischen einen Folgebund zur „Verlorenen Kunst des Heilens“ vorgelegt. Das Buch baut auf seinen über fünf Jahre im Internet veröffentlichten Essays zu allen wichtigen Fragen zwischen Gesundheit und Krankheit auf, und sozusagen als Sahnehäubchen gibt es noch einen Online-Blog mit seiner Enkelin Melanie obendrauf. Das sind nicht die üblichen Erinnerungen eines großen Arztes, sondern sehr viel mehr. Mit dem Furor eines Mahners und Anwalts der Menschlichkeit geißelt er die Zerstörung der

ärztlichen Tätigkeit durch die Industrialisierung des Gesundheitswesens.

Lown ist ein berühmter Arzt. Lown ist ein begeisterter Wissenschaftler. Lown ist so eminent politisch, gerade weil er von ganzem Herzen Arzt ist. Und Lown ist ein begnadeter Erzähler. Diese Kombination ist etwas ganz besonders Wertvolles. Und so ist auch dieses Buch voller Verknüpfungen zwischen menschlichen Schicksalen und ärztlichem Tun, voller Verbindungen zwischen ärztlichem Denken und politischem Handeln, voller Weisheiten über das Schicksal von Menschen und über das Schicksal der Menschheit.

In diesem Jahr ist Bernard Lown 95 Jahre alt geworden. Als ich ihn deswegen vor kurzem in Boston besuchte, sagte er zu mir: „Ein profitorientiertes Gesundheitswesen ist ein Oxymoron, ein Widerspruch in sich. In dem Augenblick, in dem Fürsorge dem Profit dient, hat sie die wahre Fürsorge verloren.“ Wir gratulieren zum Geburtstag!

BUCHTIPP

[Bernard Lown: Heilkunst – Mut zur Menschlichkeit.](#)
Schattauer Verlag, Stuttgart
2015; 24,99 Euro.

chirurg@hontschik.de, www.medicinHuman.de

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Rolf Eichenauer**, Moderator der Qualitätszirkel Uroonkologische Fortbildungsinitiative (FBI), Uro-Onko Nord, Fortgeschrittenes Urothelkarzinom



Name: **Dr. Rolf Eichenauer**

Geburtsdatum: **21.03.1957**

Familienstand: **Verheiratet, 1 Kind**

Fachrichtung: **Urologie**

Weitere Ämter: **Obmann Kreis 22, Stellvertretendes Mitglied im Beratenden Facharztausschuss der KV, Stellvertretender Vorsitzender des Vereins Hamburger Urologen (VUHH)**

Hobbys: **Musik, Sport, Reisen**

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

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Grundlage unserer ärztlichen Tätigkeit sollte der aktuelle Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Austausch unserer Erfahrungen sein. Mein Interesse ist es, hier für unseren Fachbereich immer wieder ein interessantes Forum zu schaffen und einen Austausch zwischen Niedergelassenen und Klinikern, erfahrenen Praktikern und jungen Ärzten zu ermöglichen, um in Hamburg und Umgebung für die Patienten den hohen Qualitätsstand unserer ärztlichen Arbeit weiter zu sichern.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen? Uro-Onkologische Fort- und Weiterbildung unterliegt aktuell so vielen Innovationen (wie personalisierte Therapien), dass es ohne stetige Aktualisierung schwierig wird, der Versorgung der Patienten gerecht zu werden. Hier helfen Experten, die wir zu unseren Veranstaltungen einladen und anhand von Fallbeispielen Vor- und Nachteile sowie Risiken der Diagnostik und Therapien inklusive der aktuellen Probleme im Gesundheitssystem diskutieren. Aufgrund der aktuellen Diskussion über das Antikorruptionsgesetz und den Pharmakodex besteht im Moment eine große Unsicherheit darüber, wie man weiterhin Experten für solche Fortbildungen gewinnen kann; ich werde mich weiterhin dafür einsetzen, dass das hohe Niveau beibehalten wird und man Innovationen aus erster Hand erfahren kann!

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ich sehe die Qualität der Ausbildung unserer Nachfolger als gefährdet und damit als gefährlich für die zukünftige Versorgung an. Die knappen Ressourcen und vorgegebene Gewinnorientierung führen in vielen Krankenhäusern dazu, dass Ärzte „in Weiterbildung“ allein für die Stationsarbeit inkl. Codierung/Krebsregister „abgestellt“ sind, Operationen werden nur noch von Fachärzten durchgeführt (Zeitmanagement im OP), selbst Haken halten, wobei man die Operation wenigstens mal gesehen hat, wird von spezialisierten Nurses übernommen. Wer soll mich in 10 Jahren dann kompetent operieren/therapieren? Dieses Problem existiert für andere Fachrichtungen in ähnlicher Weise. Hier müssen wir wachrütteln und die Politik aktivieren! Auch die neue Weiterbildungsordnung muss dieser Entwicklung Rechnung tragen!

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ich würde mich freuen, wenn unsere Nachfolger Frage 1 ebenso mit „Ja“ beantworten könnten. Gerne trage ich dazu bei. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi, 21.9.2016 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Effiziente Praxisorganisation Realistische Einschätzung der eigenen Abläufe – und Anregungen für eine weitere Optimierung 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 7.9.2016 (9.30–17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Hygiene in der Arztpraxis Aufgaben einer Hygienebeauftragten; Erstellung von Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungsplänen; Gesetzeslage 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 14.9.2016 (9.30–17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Ausbildungskurs „Qualitäts- und Praxismanagerin“ Für Praxispersonal: Fünftägiger Kurs zur Vorbereitung auf die Übernahme von Führungsaufgaben in der Praxis Mo. 10.10.2016 bis Fr. 14.10.2016 € 650 inkl. Verpflegung
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen. BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 5.10.2016 (15 - 20 Uhr) Weitere Termine: Fr. 7.10.2016, Mi. 30.11.2016, Fr. 2.12.2016 € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Fortbildung für Mitarbeiterinnen: „Gefährdungsbeurteilung I“ Zur Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften Mi. 12.10.2016 (15 - 18 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 14.12.2016 (15 - 18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Fax: 2780 63 48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de	

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen Termine und weitere Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „Zi-DMP“ eingeben	Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen Für Ärzte – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen Mi. 21.9.2016 (14-19 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 30.11.2016 (14-19 Uhr) € 90	Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal - Vertiefung der Kenntnisse zum Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen Mi. 12.10.2016 (15-17 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 14.12.2016 (15-17 Uhr) € 25
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b; Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de ; Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html		

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 3. QUARTAL 2016 VOM 4. BIS 17. OKTOBER 2016

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

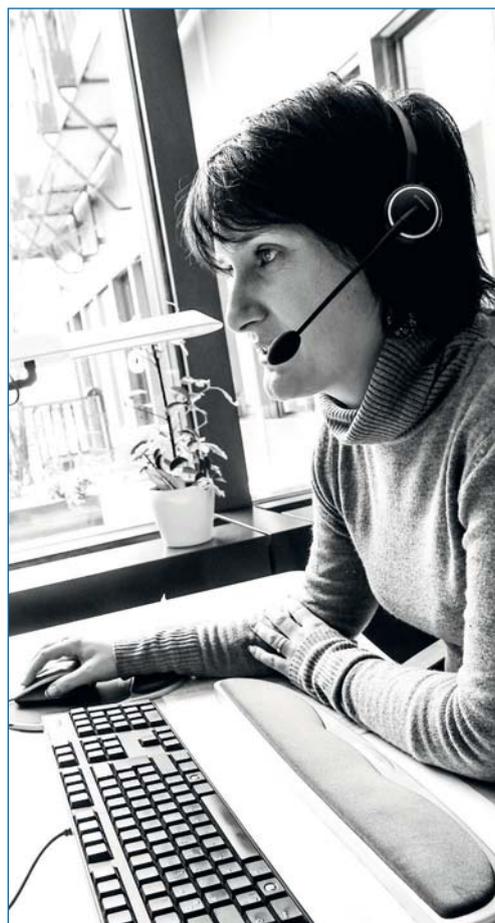
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg
Telefon: 22 802 - 900
Telefax: 22 802 - 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr



KVH

Infocenter der KVH
Telefon 040/22 802 900
infocenter@kvhh.de