

KVH *journal*

MIT ALLER KRAFT

Es fehlt nicht mehr viel. Aber noch sind die Ziele der Wirkstoffvereinbarung nicht erreicht.



BELEGARZTWESEN

Viel Potenzial, wenig politische Unterstützung

PÄDIATRIE

Widerstand gegen die »Attesteritis«

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 9/2018 (September 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

„Kein zusätzliches Geld für Selbstverständlichkeiten!“ — mit diesem schnoddrigen Satz haben die Krankenkassen die Reformpläne von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vom Tisch gewischt. Dieser Unverschämtheit kann man nur entgegenhalten: Es wäre schon lange eine Selbstverständlichkeit gewesen, einen ausgelobten Preis auch zu bezahlen und nicht einen Zwangsrabatt einzubehalten.

Das von Minister Spahn vorgelegte Gesetz mit der schönen, an Sportvereine erinnernden Abkürzung TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) hat gute und schlechte Seiten. Gut ist, die Selbstverständlichkeit einer vollen Bezahlung für volle Leistung wenigstens in Teilbereichen wieder anerkannt zu haben. Dem Honorarbudget ist ein schwerer Schlag versetzt worden.

Schlecht ist, dass dies mit massiven Eingriffen des Gesetzgebers in die wirtschaftliche Handlungsfreiheit des Arztes verbunden ist. Denn es geht ja nicht nur um eine gesetzlich verpflichtende Anhebung der Sprechstunden um 25 Prozent, es geht auch um die Einführung offener Sprechstunden und um das Zurverfügungstellen von Terminen für den externen Zugriff – sei es durch den zuweisenden Hausarzt oder die Terminservicestelle. Der Arzt ist insoweit nicht mehr Herr seiner Praxis. Die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes ist offenbar antastbar.

Kommt das Gesetz so durch, wie im Referentenentwurf vorgesehen, dann ist Kreativität gefragt. Die erzwungenen Strukturveränderungen in den Praxen im Zusammenspiel der Haus- und Fachärzte und nicht zuletzt bei der Terminvergabe müssen klug und aufwandswarm gestaltet werden. Der KV fällt hierbei eine wichtige Rolle zu, weil sie entsprechende Instrumente und Internet-Plattformen zur Verfügung stellen muss.

Und es muss sichergestellt sein, dass die angekündigte Entbudgetierung einer Reihe von Leistungen auch tatsächlich kommt. In dieser Hinsicht ist der Entwurf leider noch nicht eindeutig genug. Das ist aber zwingend notwendig. Denn die Kassen wären lieber weiter Zechpreller, als dass sie Selbstverständlichkeiten anerkennen würden.

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: Wie erreichen wir die Zielvorgaben der Wirkstoffvereinbarung?
- 08_ »Mit aller Kraft«: Warum ein Erfolg der Wirkstoffvereinbarung wichtig ist
- 09_ Das sind die Ziele, an denen noch gearbeitet werden muss
- 16_ TOP 10: Diese Originale sollten nur in Ausnahmefällen auf Ihrer Trendmeldung auftauchen
- 17_ Fragwürdige (und unzulässige) Strategien zur Zielerreichung

FORUM

- 18_ Welches Potenzial hat das Belegarzt-system? Interview mit Dr. Torsten Hemker
- 20_ Gleiche Arbeit, andere Vergütung: Krankenhäuser erhalten deutlich mehr Geld für ambulant durchführbare Leistungen als Vertragsärzte
- 22_ "Attesteritis": Pädiater wehren sich gegen die Forderungen von Kitas und Schulen, medizinisch unsinnige Atteste auszustellen

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.



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 24_** Fragen und Antworten
- 26_** Weitergabe von Behandlungsdaten: In welchen Fällen benötigt man die schriftliche Einwilligung des Patienten?
- 27_** Veranlassung von Labordiagnostik: Wer ist zuständig?
- 28_** Neugestaltung des Musters 4 (Krankenförderung)
Einführung der Muster 64 (Vorsorge für Mütter und Väter) und Muster 65 (Ärztliches Attest Kind)
- 29_** Psychotherapie: Vermittlung von Akutbehandlungsterminen durch die Terminservicestelle

ABRECHNUNG

- 29_** Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus

SELBSTVERWALTUNG

- 34_** Versammlung des Kreises 11
- 35_** Versammlung des Kreises 22
- 38_** Steckbrief: Karen Haß

RUBRIKEN

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

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 30_** Kritische Gesundheitskompetenz

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 21_** Bekanntmachungen im Internet
- 39_** Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

FORUM

- 40_** Leserbrief

TERMINKALENER

- 42_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3 und 6: Michael Zapf; Seite 8: Nexusby/Graphixmania/Fotolia; Seite 22: Bravissimos/Fotolia; Seite 25: Felix Faller/Alinea; Seite 27: Inge Knoll/Fotolia; Seite 28: Nico ElNino/Daniel Berkmann/Fotolia; Seite 34, 36: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 42: Michael Zapf, Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

Wirkstoffvereinbarung: Wie erreichen wir die Zielvorgaben?



Dr. Frank Stüven
Allgemeinmediziner in Bergedorf
und Vorsitzender des Hausärzte-
verbandes Hamburg

Ohne gleiche Quoten geht es nicht

Viele Hausärzte haben bei der neuen Wirkstoffvereinbarung vor allem bei zwei Medikamentengruppen Schwierigkeiten, die Ziele zu erreichen: Einmal die PPIs, deren Verordnungszahlen in den letzten zehn Jahren rasant gestiegen sind – ohne dass das inhaltlich

plausibel ist. Hier hilft es oft schon, die Vorschläge der Krankenhäuser kritisch zu prüfen.

Schwieriger sind die Ziele für die DOAKs: Fernab aller Realitäten haben die Kardiologen nach wie vor deutlich laxere Quoten als wir Hausärzte – inhaltlich absurd. Das führte dazu, dass selbst gut eingestellte Patienten dort umgestellt wurden. Dazu scheinen die Krankenhäuser ihre Assistenten von den Mühen einer Einstellung auf Vitamin-K-Antagonisten entlasten zu wollen – indem alle Patienten neu auf DOAKs eingestellt werden. Ich kann mich an

keine Einstellung auf Phenprocoumon erinnern, aber an viele unbegründete Umstellungen auf DOAKs. Da die DOAKs für die Patienten (und unsere Praxen) erheblich bequemer sind, findet eine Rückumstellung oft nicht statt. Leider wird sich das wohl erst ändern, wenn – wie einige Fachleute befürchten – in einigen Jahren die Schlaganfälle der DOAK-Patienten deutlich zunehmen: Bei durchschnittlicher Compliance wird bei „Einmal täglich“-Gaben jede fünfte Tablette vergessen, bei „zweimal täglich“ schon jede dritte. Das wird logischerweise zu vermehrten thromboembolischen Komplikationen führen. Das Gespräch pro Phenprocoumon lohnt sich also – ist aber aufgrund der Rahmenbedingungen oft nicht erfolgreich. **Ohne gleiche Quoten für Hausärzte und Kardiologen geht es nicht, und wir bitten die Kardiologen zu respektieren, dass es unsere hausärztliche Aufgabe ist, uns gemeinsam mit den Patienten auf das passende Medikament zu einigen: Wir kennen die Patienten von Begleiterkrankungen über Compliance bis hin zur Lebenssituation meist besser.** Außerdem raten wir den Kassen, auf das Ordnungsverhalten der Krankenhäuser einzuwirken: Dort werden die Weichen – insbesondere nach Erstereignissen – gestellt! ■



Dr. Behrus Subin

Kardiologe in Hamburg-Altstadt und Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg im Berufsverband der niedergelassenen Kardiologen

Schwierige Lage

Im Bereich der Kardiologie gibt es Probleme beim Antikoagulantien-Ziel (Quote für Vitamin-K-Antagonisten). Um hier erfolgreich zu sein, sollte man sich meiner Ansicht nach drei Aspekte beachten. Erstens: Patienten, die bereits auf Marcumar eingestellt sind, sollten nur dann

auf DOAKs umgestellt werden, wenn dies aus medizinischen Gründen wirklich notwendig ist. Zweitens: Neue Patienten sollten auf Marcumar eingestellt werden, sofern dies medizinisch vertretbar ist. Bei Marcumar dauert die Einstellung länger und die Patienten müssen enger kontrolliert werden. Multimorbide Patienten müssen aber ohnehin öfter in die Praxen kommen, da kann

das Monitoring und die Compliance-Kontrolle gleich mit erledigt werden. Drittens: Bei Patienten mit mechanischen Herzklappen ist Marcumar das Mittel der Wahl. Das Hauptproblem beim Erreichen der Zielquote ist allerdings, dass die aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten in der Regel auf DOAKs eingestellt sind. Man sollte im Einzelfall medizinisch gut prüfen, ob man diese Patienten auf Marcumar umstellen kann. **Die Kardiologen sind hier in einer schwierigen Lage: Die Leitlinie der europäischen Fachgesellschaft für Kardiologie (ESC) plädiert für einen bevorzugten Einsatz von DOAKs, während beispielsweise die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft die DOAK's nur empfiehlt, wenn Vitamin-K-Antagonisten nicht in Frage kommen.** Bei Komplikation im Einzelfall kann eine Umstellung eine forensische Bedeutung bekommen, weshalb wir bei den Verhandlungen mit den Kassen weiterhin um höhere Quoten kämpfen sollten. Bis zum Erreichen neuer Quoten allerdings ist ebenfalls wichtig, bei der Verschreibung den Anteil der rabattierten kostengünstigeren DOAKs wie Eliquis und Lixiana zu beachten. ■



Dr. Wolfgang Burmeister,
Internist und Gastroenterologe in Bergedorf

Mehr Biosimilars

Es ist sehr wichtig, in Hamburg die Leitsubstanz Quote für TNF-alpha-Blocker zu erreichen, deshalb: **Bei Neueinstellung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen auf die Leitsubstanz**

Infliximab sollte konsequent ein Biosimilar eingesetzt werden, sofern dieses medizinisch möglich ist. Weiterhin ist zu prüfen, ob man eine laufende Therapie mit Remicade auf ein Biosimilar umstellen kann. Dies ist nach dem Leitfaden der Arzneimittelkommission möglich.

Sobald ein Biosimilar für die Substanz Adalimumab auf dem deutschen Markt erhältlich ist (voraussichtlich ab Oktober), sollte auch hier konsequent eine Umstellung geprüft werden. ■

Mit aller Kraft

Das in der Wirkstoffvereinbarung festgelegte Gesamtziel für Hamburg ist noch nicht ganz erreicht. Um das Modell nicht zu gefährden, sind noch Verbesserungen nötig.



Seit Anfang des Jahres ist die Wirkstoffvereinbarung scharfgeschaltet. Die Auswertung des ersten Quartals 2018 zeigt: Noch reicht es nicht. Wenn die Verordnungsanteile für empfohlene Wirkstoffe so bleiben wie bisher, wird das für Hamburg vereinbarte Gesamtziel knapp verfehlt. Das hieße: Es wird zu Prüf- und Regressverfahren kommen.

Um das zu vermeiden, sind verstärkte Anstrengungen nötig. Was im ersten Quartal fehlt, muss in den weiteren Quartalen des Jahres 2018 ausgeglichen werden, indem der Zielwert übererfüllt wird.

Das Modell der Wirkstoffvereinbarung bietet in mehrfacher Hinsicht die Möglichkeit, nicht erfüllte Zielwerte durch das Überschreiten von Zielwerten auszugleichen: auf Hamburg-Ebene, auf Vergleichsgruppen-Ebene und auf Arzt-Ebene.

Beginnen wir mit der Arzt-Ebene: Nicht jeder Arzt kann in allen Wirkstoffgruppen das Ziel erreichen. So können zum Beispiel eine besondere Zusammensetzung der Patienten oder ein besonderer Schwerpunkt

einer Praxis es schwierig machen, vorgegebene Ziele zu erfüllen. Allerdings ist festzustellen, dass auch Ärzte mit gleichen Schwerpunkten zu sehr unterschiedlichen Quoten kommen. Es sollte deshalb patientenindividuell kritisch geprüft werden, inwieweit die Verordnungsziele umgesetzt werden können. Auch Verbesserungen ohne Zielerreichung sind sinnvoll und sollten unbedingt angestrebt werden.

Auf Ebene der Vergleichsgruppe ist ebenfalls ein Ausgleich möglich. Hat ein Arzt sein saldiertes Jahresgesamtziel nicht erreicht, kann dies ausgeglichen werden, indem andere Ärzte seiner Vergleichsgruppe ihre Ziele übererfüllen. So wird die Vergleichsgruppe insgesamt vor Prüfungen geschützt.

Zur Klarstellung: In die Ausgleichsrechnung einbezogen werden die Mitglieder derselben Vergleichsgruppe. Ärzte innerhalb einer Praxis, die derselben Vergleichsgruppe angehören, werden zusammen erfasst – hier findet ein Ausgleich statt. Bei Ärzten innerhalb einer Praxis, die

unterschiedlichen Vergleichsgruppen angehören, werden die Quoten nicht untereinander ausgeglichen.

Die letzte Ebene, auf der ein Ausgleich möglich ist, ist das gesamte Kollektiv der Hamburger Ärzte. Wenn einzelne Fachgruppen ihre Ziele verfehlt haben, kann dies ausgeglichen werden, indem andere Fachgruppen ihre Ziele übererfüllen. Nach derzeitigem Stand haben die meisten Fachgruppen das saldierte Gesamtziel erreicht. Das heißt allerdings nicht, dass sich diese Fachgruppen jetzt zurücklehnen sollten. Auch auf dieser Ebene funktioniert die Wirkstoffvereinbarung nicht ohne innerärztliche Solidarität. Alle Fachgruppen sind aufgerufen, ihre Zielerreichungs-Quoten zu erhöhen und die Ziele so weit wie möglich zu überschreiten – damit das Hamburg-Ziel insgesamt erreicht wird.

Die Prüfung entfällt für alle, wenn am Ende des Jahres zwei Voraussetzungen erfüllt sind. Erstens muss die für Hamburg vereinbarte Zielquote erreicht sein. Und zweitens muss das Mengenziel eingehalten sein. Um

Fehlanreize bei der Erreichung der Zielquoten (z.B. zusätzliche Verordnung nicht notwendiger Generika) zu vermeiden, gibt es neben den qualitativen Zielen der WSV auch eine quantitative (Mengen-)komponente. Die prozentuale Mengenausweitung verordneter DDDs pro Fall in dem von der Wirkstoffvereinbarung gesteuerten Bereich darf nicht größer sein als die für Hamburg festgelegte Morbiditätsrate. Steigen die verordneten Arzneimittelmengen darüber hinaus, hätte das zur Folge, dass selbst bei globaler Erreichung der Ziele eine Wirkstoffprüfung stattfindet. Das heißt: Die Mengenausweitung (DDD pro Fall) darf sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig steigern, da es in Hamburg zu keiner Morbiditätserhöhung gekommen ist.

Doch was geschieht, wenn die Hamburger Ärzte diese Voraussetzungen nicht erfüllen? Dann wird auf Ebene der Vergleichsgruppe geschaut,

ob die Ziele erreicht werden. Geprüft wird ein Arzt erst dann, wenn er einer Vergleichsgruppe angehört, die ihr Gesamtziel nicht erreicht – und wenn er zusätzlich sein eigenes saldiertes Jahres-Ergebnis verfehlt hat. Er muss sich dann für jene Wirkstoffgruppen rechtfertigen, in denen er seine Ziele nicht erreicht hat.

An dieser Stelle soll daran erinnert werden, dass die Wirkstoffvereinbarung für die Ärzteschaft Vorteile hat im Vergleich zu den rein kostenbasierten Modellen wie Richtgrößen oder Durchschnittswerte. Im alten Richtgrößenmodell wurde das Ordnungsverhalten ausschließlich nach Kostenkriterien retrospektiv ausgewertet. Man wurde zur Rechenschaft gezogen, wenn nichts mehr zu ändern war. Das stellte für viele Ärzte eine unberechenbare Bedrohung dar.

Das neue Modell hat einen prospektiven Ansatz: Die Ärzte können

ihre Verordnungen nach transparenten Vorgaben selbst steuern – und Korrekturen vornehmen, wenn die vorgegebenen Zielquoten für empfohlene Arzneimittel verfehlt zu werden drohen. Außerdem ist die neue Systematik deutlich gerechter, weil alle verordnenden Ärzte einbezogen sind.

Die Krankenkassen waren nicht dazu verpflichtet, mit der KV ein modernisiertes Prüfmodell zu vereinbaren. Wir mussten erhebliche Überzeugungsarbeit leisten, damit sie bereit waren, diesen Weg mitzugehen. Dass die Ergebnisse der ärztlichen Fachgruppen bisher von Quartal zu Quartal besser geworden sind, zeigt die Wirksamkeit des Modells.

Doch um die Krankenkassen dauerhaft von den Vorteilen der Wirkstoffvereinbarung zu überzeugen, muss das vereinbarte Hamburger Gesamtziel erreicht werden. Je eher, desto besser. ■

Das sind die Ziele, an denen noch gearbeitet werden muss

Wir zeigen Ihnen, wo's hapert – und wie Sie den Anteil empfohlener Arzneimittel so weit wie möglich steigern können.

ZIEL 03 (GENERIKAZIEL): ANTIDIABETIKA

Die Generika-Mindestquote für orale Antidiabetika gehört zu den Zielen, die hamburgweit noch nicht erreicht werden.

Die Leitlinienempfehlungen sehen einheitlich bei Fehlen von Kontraindikationen und Ausschöpfen aller nicht-medikamentösen Maßnahmen

zur Therapie des Typ 2 Diabetes mellitus (T2DM) Metformin als Mittel der ersten Wahl an. Für die Monotherapie bei dennoch bestehender

Metformin-Unverträglichkeit bzw. -kontraindikation sowie für die Kombinationstherapie bieten sich einige Alternativen an. Dabei sind Wirkstoffe vorzuziehen, für die eine Verbesserung der Morbidität und/oder Mortalität gezeigt wurde: Metformin, Sulfonylharnstoffe, Insulin (in diesem Ziel nicht erfasst), bei Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen ggfs. Empagliflozin (als bundesweite Praxisbesonderheit nicht Bestandteil des Ziels) und das GLP-1-Analogen Liraglutid. Nach den aktuellen Emp-

fehlungen aus „Wirkstoff aktuell“ der KBV in Zusammenarbeit mit der AkdÄ zu Saxagliptin und Sitagliptin sind die Gliptine nur für solche Patienten geeignet, bei denen die oben genannten Wirkstoffe bezüglich der HbA1c-Senkung nicht ausreichen oder aufgrund von Kontraindikationen oder Nebenwirkungen nicht eingesetzt werden können. (Wirkstoff aktuell Saxagliptin/Sitagliptin - www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/WA/Aktuell/index.html)

Bei Neueinstellung auf ein zwei-

tes orales Antidiabetikum kann die Verordnung der Einzelkomponenten (Achtung: nur wenn ohne Mehrkosten, d.h. kostenneutral möglich) erwogen werden. Das regelhafte „Auftrennen“ einer Kombination bei bereits gut eingestellten Patienten ist nicht sinnvoll und kann nicht empfohlen werden. Zwar kann diese Vorgehensweise zu einer Erhöhung der Generikaquote führen, allerdings kommt es auch zu einer Mengenausweitung (DDD pro Fall) ohne Morbiditätserhöhung.

ZIEL 13 (GENERIKAZIEL): LIPIDREGULATOREN

Auch die Ziele im Bereich der Lipidregulatoren werden noch nicht erreicht.

Für die Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse sind Statine das Mittel der ersten Wahl. Ezetimibhaltige Lipidsenker gelten unverändert als Mittel der Reserve.

Die Statine (Simvastatin, Atorvastatin, Pravastatin, Fluvastatin und Rosuvastatin/Crestor®) ebenso wie Ezetimib (Ezetrol®) sind generisch verfügbar und tragen als generische

Präparate zur Erreichung Ihrer Generikaquote bei.

Falls eine Zweifachkombination indiziert ist: Bitte vermeiden Sie die in diesem Fall deutlich teureren fixen Kombinationspräparate. Wenn für die Erreichung des Behandlungsziels im Einzelfall eine fixe Wirkstoffkombination zwingend medizinisch erforderlich ist, dann ist die Kombination aus Rosuvastatin und Ezetimib (Rosuzet® oder Antilia®) generisch verfügbar und günstiger als vergleichbare Kombinationen.

Die Kombination aus Atorvastatin und Ezetimib (Atozet®, Tioblis®) unterliegt noch dem Patentschutz und ist ohne belegten Mehrnutzen. Die kurzfristig im Mai verfügbaren generischen Kombinationspräparate aus Ezetimib und Simvastatin (Originale Inegy®, Goltor®) wurden nach Patentstreitigkeiten wieder vom Markt genommen.

Für alle Lipidsenker gilt die Verordnungseinschränkung durch die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL).

ZIEL 15 (GENERIKAZIEL): KNOCHENERKRANKUNGEN

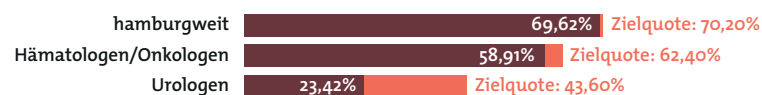
Die Mindestquote für generische Bisphosphonate wurde im ersten Quartal 2018 nicht erreicht. Auch

dieses Ergebnis trägt aufgrund der Gewichtung dieses Ziels maßgeblich dazu bei, dass das hamburgweite Ge-

samtziel noch nicht erreicht wurde.

Im Bereich der Osteoporose gelten Bisphosphonate als Mittel

BISHER ERREICHTE QUOTE IM VERHÄLTNIS ZUR ZIELQUOTE



der ersten Wahl. Bisphosphonate sind ganz überwiegend generisch verfügbar, jetzt auch Zoledronsäure gegen Osteoporose.

Für das deutlich kostenintensivere Denosumab fehlen im Bereich der Osteoporose direkte Belege für einen Zusatznutzen. Eine Behandlung ist deshalb nur angezeigt, wenn im patientenindividuellen Fall Bisphosphonate nicht indiziert sind (z.B. Bisphosphonatunverträglichkeit, Niereninsuffizienz).

Nur in der onkologischen Indikation liegt ein direkter Vergleich

von Denosumab gegenüber Zoledronat vor. Hier verlängerte Denosumab die Zeit bis zum Auftreten eines so sogenannten skelettalen Ereignisses signifikant, allerdings nicht für die klinisch schwerwiegenden Ereignisse Knochenmarkkompression und Knochenoperation.

Allerdings stehen diesem Nutzen schwerwiegende Risiken gegenüber, die patientenindividuell bei der Nutzen/Risiko-Abwägung berücksichtigt werden sollten. So haben etliche „Rote-Hand-Briefe“ der Herstellerfirma über Risiken wie beispiels-

weise Kiefernekrosen oder schwere Hypokalziämien sowie über das Auftreten atypischer Femurfrakturen informiert. Auch über ein höheres Risiko für Zweittumore im Vergleich zur Bisphosphonattherapie mit Zoledronsäure wurde vor Kurzem vom Hersteller informiert. Bei Absetzen von Denosumab kann es nach Meldung ausländischer Arzneimittelbehörden in einzelnen Fällen zu spontanen schmerzhaften multiplen Wirbelfrakturen kommen. Hier empfehlen Fachgesellschaften die Behandlung mit Bisphosphonaten.

Quellen: 1) Wirkstoff aktuell Denosumab - <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/WA/index.html> – 2) <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/index>.

ZIEL 23 (GENERIKAZIEL): UROLOGIKA

Der vereinbarte Mindestanteil an Generika in der Wirkstoffgruppe der Urologika (Zielwert Hamburg: 75 Prozent) wird auch im 1. Quartal 2018 nicht erreicht.

Die selektiven Alphablocker Tamsulosin, Alfuzosin, Terazosin und Doxazosin sind alle generisch verfügbar. Das noch patentgeschützte Silodosin (Urorec®) zeigt im Vergleich zu Tamsulosin keine höhere Wirksamkeit, dafür aber häufiger (14% vs. 2%) die für diese Wirkstoffgruppe typische Nebenwirkung Erektionsstörungen.

Die 5-Alpha-Reduktasehemmer Finasterid und Dutasterid stehen ebenfalls generisch zur Verfügung.

Ist eine Kombination aus Alphablocker und 5-Alpha-Reduktasehemmer medizinisch indiziert,

so ist die Verordnung von zwei generischen Monopräparaten (z.B. Doxazosin und Finasterid) deutlich kostengünstiger als die Verordnung der nahezu identisch wirkenden Fixkombination Duodart® (Tamsulosin plus Dutasterid).

Das *Arzneitelegramm* bewertet Dutasterid als „Scheininnovation“ und argumentiert, dass eine bessere Wirksamkeit oder Verträglichkeit im Vergleich von Dutasterid gegenüber Finasterid nicht belegt werden konnte (NICKEL, J.C. et al.: BJU Int. 2011; 108: 388-94). Dabei werten die Autoren die lange Halbwertszeit von Dutasterid als Nachteil.

In der Gruppe der urologischen Spasmolytika weisen die unterschiedlichen Wirkstoffe hinsichtlich ihrer Symptomverbesserung

keine wesentlichen Unterschiede auf. Daher werden primär die älteren und kostengünstigeren Wirkstoffe (generisch verfügbar) empfohlen. Das Auftreten von nicht tolerablen Nebenwirkungen (z.B. Mundtrockenheit) rechtfertigt den Therapieversuch mit den neueren Substanzen, deren systematische Überlegenheit aber nicht belegt ist.

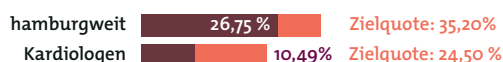
Zu den Altoriginalen wie Dri-dase® (Oxybutynin), Mictonorm®/Mictonetten® (Propiverin), Detrusitol®/Tolterodin Pfizer® (Tolterodin) existieren wirkstoffgleiche, generische Alternativen.

Die Wirkstoffe Solifenacin (Vesikur®, Vesicare®), Darifenacin (Emselex®), Fesoterodin (Toviaz®) und Phenoxybenzamin (Dibenzylan®) sind derzeit nur als Original verfügbar.

Quellen: 1) Arzneiverordnungsreport 2017; Kap. 45; S. 740ff. – 2) *Arzneitelegramm* 2003; 34; 43 – 3) Wirkstoff aktuell 4/2013 „Urologische Spasmolytika“

ZIEL 25.1 (LEITSUBSTANZZIEL): ANTIKOAGULANTIEN

BISHER ERREICHTE QUOTE IM VERHÄLTNIS ZUR ZIELQUOTE



Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sieht Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon und Warfarin) weiterhin

als Mittel der Wahl bei der oralen Antikoagulation an. Ersteinstellungen sollten, sofern keine Kontraindikationen vorliegen, auf Vitamin-K-An-

tagonisten erfolgen. Patienten, deren INR unter Vitamin-K-Antagonisten stabil im Zielbereich liegt, sollten nicht umgestellt werden.

ZIEL 25.1: ANTIKOAGULANTIEN

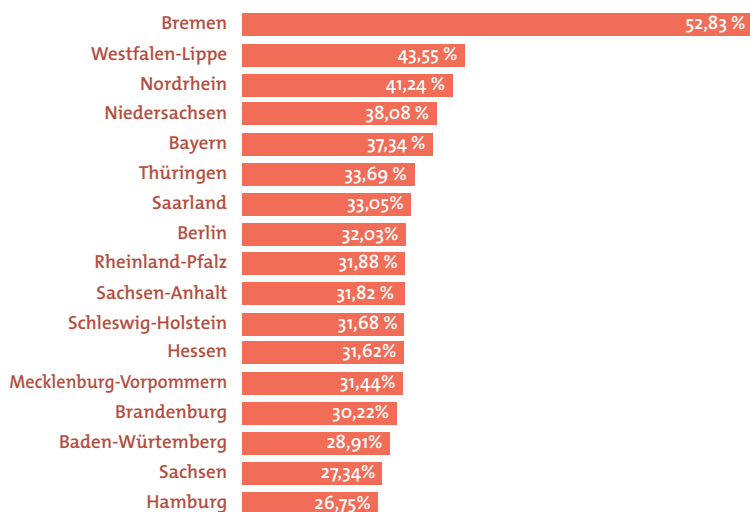
Gesamtindikationsgruppe		Leitsubstanz
Warfarin Phenprocoumon	Vitamin-K-Antagonisten	Warfarin, Phenprocoumon
Dabigatran Rivaroxaban Apixaban Edoxaban	DOAK	(Rabattarzneimittel zählen nicht positiv.)

Bemerkenswert ist: Der Verordnungsanteil an Vitamin-K-Antagonisten ist in Hamburg wesentlich niedriger als in allen anderen Bun-

desländern (siehe Grafik unten). Das lässt sich medizinisch kaum begründen. Am besten schneidet der Stadtstaat Bremen ab.

Wenn ein DOAK eingesetzt werden muss, sollen bevorzugt Leit-substanzen verordnet werden (siehe nächste Seite oben).

VERORDNUNGSANTEIL (%) VITAMIN-K-ANTAGONISTEN IM BUNDESWEITEN VERGLEICH (1. QUARTAL)



Quelle: Arzneimittel-Verordnungsdaten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung

ZIEL 25.2 (LEITSUBSTANZZIEL): DOAK

BISHER ERREICHTE QUOTE IM VERHÄLTNIS ZUR ZIELQUOTE

hamburgweit	54,48%	Zielquote: 60%
Kardiologen	55,44%	Zielquote: 60%

DOAK (zurzeit: Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban) können nach kritischer Abwägung eine Alternative zu Vitamin-K-Antagonisten sein

- für Patienten mit Kontraindikationen gegenüber Vitamin-K-Antagonisten oder UAW unter Vitamin-K-Antagonisten,
- bei unzureichenden Möglichkeiten des INR-Monitorings bzw. stark schwankenden INR-Werten, die nicht auf unregelmäßige Einnahme zurückzuführen sind,
- bei Patienten mit einem hohen Risiko für intrazerebrale Blutun-

gen, wenn der Nutzen einer Antikoagulation als grundsätzlich größer eingeschätzt wird als das Risiko durch eine intrazerebrale Blutung

- bei Patienten mit frisch diagnostiziertem nv-VHF, die akut einer Rhythmisierung oder Ablation zugeführt werden sollen, als Alternative zu parenteralen Antikoagulantien während und unmittelbar nach der Intervention. Anschließend sollte eine Umstellung auf Vitamin-K-Antagonisten erwogen werden, falls über Monate oder länger eine Antikoagulation notwendig ist.

Bei der Einstellung auf ein DOAK sind weitere Risikofaktoren (z. B. eingeschränkte Nierenfunktion, Alter > 75 Jahre, Gewicht < 60 kg, mangelnde Compliance) zu beachten und patientenindividuell zu beurteilen.

Innerhalb der Wirkstoffgruppe der DOAKs gibt es deutliche Preisunterschiede. Mit den beiden Leitsubstanzen Apixaban und Edoxaban stehen zwei nutzenbewertete Wirkstoffe aus der Gruppe der DOAKs zur Verfügung, mit welchen sowohl die zweimal als auch die einmal tägliche Dosierung möglich ist.

ZIEL 25.2: DOAK

Gesamtindikationsgruppe	Leitsubstanz
Dabigatran Rivaroxaban Apixaban Edoxaban	Apixaban, Edoxaban (Auch Rabattarzneimittel zählen positiv.)

ZIEL 26 (LEITSUBSTANZZIEL): GN-RH-ANALOGA

In dieser Wirkstoffgruppe der Analoga (zur Behandlung bei metastasierendem Prostatakarzinom) wurde die hamburgweite Zielquote für die kostengünstigeren Leuprorelinpräparate (zurzeit Leuprorelin Hexal und Leupro Sandoz) plus Rabattarzneimittel im 1. Quartal 2018 zwar erreicht. Eine weitere Steigerung des Verordnungsanteils ist aber leicht

möglich — und sollte zur Unterstützung der hamburgweiten Gesamtzieleerreichung geprüft werden.

Die Präparate haben im Zulassungsverfahren eine Gleichwertigkeit gegenüber bereits im Markt befindlichen Gn-RH-Analoga gezeigt. Auch die aktuelle deutsche S3-Leitlinie Prostatakarzinom unterscheidet bei ihren Empfehlungen nicht zwischen

den verschiedenen Gn-RH-Analoga.

Etwa 50 Prozent der verordneten DDD entfallen auf das Original Trenantone. Rabattarzneimittel zählen zwar ebenfalls positiv, doch es gibt nicht für alle Kassen Rabattverträge (z.B. nicht für Barmer GEK). **Siehe: www.deutschesarztportal.de → Verordnung → Aktuelle Rabattverträge → Rabattverträge zu Altoriginalen**

ZIEL 29 (LEITSUBSTANZZIEL): TNF-ALPHA-BLOCKER

BISHER ERREICHTE QUOTE IM VERHÄLTNIS ZUR ZIELQUOTE

hamburgweit	16,35%	Zielquote: 19,60%
Gastroenterologen	15,37%	Zielquote: 19,60%
Rheumatologen	15,52 %	Zielquote: 15 %

Biosimilars first! Für die Erreichung des hamburgweiten Gesamtziels ist das Biosimilarziel in der Wirkstoffgruppe der TNF-alpha-Blocker aufgrund des möglichen Einsparpotentials von hoher Bedeutung. Die Verordnungsdaten des 1. Quartals 2018 zeigen aber, dass die Möglichkeit zur wirksamen und wirtschaftlichen Verordnung in der Gruppe der TNF-alpha-Inhibitoren nicht ausreichend genutzt wird. Der Anteil der Biosimilars bleibt deutlich unter der gesetzten Zielmarke.

Fachlich ist längst unstrittig, dass die Verwendung der Biosimilars in allen zugelassenen Indikationen genauso wirksam und sicher ist wie die Anwendung der Erstanbieterpräparate. Die Arzneimittelkommission weist explizit daraufhin, dass sich in zahlreichen Switch-Studien keine Unterschiede hinsichtlich des therapeutischen Effektes oder der Art, Häufigkeit und Schwere von Nebenwirkungen beim Wechsel von einem Referenzarzneimittel auf ein Biosimilar gezeigt haben.

Biosimilars sind in allen zugelassenen Indikationen – unabhängig ob Ersteinstellung oder im Rahmen einer laufenden Therapie – vorrangig zu verordnen.

Voraussetzungen: Die Verordnung ist medizinisch indiziert. Und: Es gibt eine praxistaugliche Einzeldosisstärke und eine geeignete Darreichungsform.

Ab Mitte Oktober 2018 sind Adalimumab-Biosimilars am Markt verfügbar. Bitte nutzen Sie dann zügig diese weitere Möglichkeit zur wirtschaftlichen Verordnung.

Biosimilars	Indikationen	Referenzarzneimittel
Flixabi®	<ul style="list-style-type: none"> rheumatoide Arthritis zusammen mit Methotrexat Morbus Crohn, wenn die Erkrankung mittelschwer bis schwer oder mit Fistelbildung verläuft 	Remicade® (MSD)
Inflectra®	<ul style="list-style-type: none"> Colitis ulcerosa axiale Spondyloarthritis 	
Remsima®	<ul style="list-style-type: none"> Psoriasis-Arthritis Psoriasis Patienten im Alter zwischen 6 und 17 Jahren mit schwerem Morbus Crohn oder mit schwerer Colitis ulcerosa, wenn sie auf andere Arzneimittel oder Behandlungen nicht ansprechen bzw. diese nicht einnehmen können 	
Benepali® 50 mg Fertigspritzen Benepali® 25 mg Fertigspritzen	<ul style="list-style-type: none"> rheumatoide Arthritis Psoriasis-Arthritis axiale Spondyloarthritis Plaque-Psoriasis 	Enbrel®
Erelzi® 25 mg Fertigspritzen Erelzi® 50 mg Fertigspritzen		

ZIEL 30 (MENGENZIEL): PROTONENPUMPENINHIBITOREN

EMPFOHLENE STANDARDDOSIERUNGEN ZUR BEHANDLUNG DER REFLUXÖSOPHAGITIS

	Erosive Refluxösophagitis	Langzeit-Behandlung oder Rezidivprophylaxe der Refluxösophagitis	Symptomatische Behandlung der Refluxösophagitis
Pantoprazol	1 x 40 mg täglich; Dauer 4 - 8 Wochen	1 x 20 mg; tägliche Erhaltungsdosis	1 x 20 mg täglich für 2 - 4 (8) Wochen, danach 1 x 20 mg täglich bei Bedarf (On-demand-Therapie)
Omeprazol	1 x 20 mg täglich; Dauer 4 - 8 Wochen	1 x 10 mg täglich; bei Bedarf auch 20 – 40 mg pro Tag	1 x 20 mg täglich; 1 x 10 mg können ausreichend sein
Esomeprazol	1 x 40 mg täglich; Dauer 4 - 8 Wochen	1 x 20 mg täglich	1 x 20 mg täglich; nach Beschwerdefreiheit 1 x 20 mg täglich bei Bedarf

(Fachinformationen Pantozol®, Antra Mups®, Nexium Mups®)

Im ersten Quartal 2018 ist es nicht gelungen, die Menge an verordneten Protonenpumpeninhibitoren (PPI) auf den für Hamburg vereinbarten Zielwert zu senken.

Hintergrund dieses Ziels war der ununterbrochene Anstieg der Verordnungsmengen dieser Wirkstoffgruppe in den vergangenen zehn Jahren (Arzneiverordnungsdaten; ZI). Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass diese Verordnungen teilweise bis zu 60 Prozent ohne korrekte Indikation erfolgt sind. Auch Beratungsgespräche haben gezeigt,

dass besonders der Einsatz der PPI zur Prävention von Ulzera bei Gabe von NSAR oft noch weit über das in der aktuellen Leitlinie der Fachgesellschaft für Gastroenterologie empfohlene Maß hinausgeht. Bitte prüfen Sie vor jeder Verordnung:

- Besteht für den Patienten (noch) eine zugelassene Indikation zur Verordnung der PPI?
- Wurde die Behandlungsdauer für diese Indikation festgelegt?
- Erhält der Patient die richtige (zugelassene) Dosierung für die Indikation?

WIR BERATEN SIE GERN!

Für Fragen und zur Vereinbarung von Beratungsterminen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Praxisberatung.

Tel: 22802-571 / -572

E-Mail: praxisberatung@kvhh.de

TOP 10

Originalarzneimittel, die auf Ihrer Trendmeldung nur in definierten Ausnahmefällen auftauchen sollten

Im Folgenden haben wir zehn Präparate aufgelistet, die uns im Rahmen der Beratungen zur Wirkstoffvereinbarung immer wieder aufgefallen sind. Durch einfachen Austausch in ein Generikum tragen Sie zu Ihrer Zielerreichung bei. In einigen Fällen gibt es Ausnahmen, wie zum Beispiel eine bestimmte Darreichungsform oder Stärke, die nicht generisch verfügbar sind. In diesen Fällen verordnen Sie natürlich, sofern medizinisch indiziert, die entsprechende Darreichungsform oder Stärke.

Originalarzneimittel	Erläuterung und Ausnahmen
Maxalt®	... ist sowohl als Tablette als auch als Schmerztablette generisch verfügbar. Es gibt keinen Grund, das Mittel als Original zu verordnen.
Ascotop®	... ist sowohl als Tablette als auch als Schmerztablette generisch verfügbar. Nur für die nasale Darreichungsform (Ascotop nasal®) gibt es kein Generikum. Diese Darreichungsform ist nur indiziert für die Akutbehandlung von Cluster-Kopfschmerz und die Akutbehandlung bei Migränekopfschmerz mit Übelkeit. Nachteil ist hier eine kürzere Wirksamkeit als bei Tabletten.
Carmen®, Corifeo® (Lercanidipin) bzw. Carmen ACE® (Enalapril/ Lercanidipin)	Als verordnungstärkste Präparate sind hier Carmen 10 mg und 20 mg 100 Tabletten auffällig. Die generische Alternative ist mindestens um 40 Prozent günstiger (zuzüglich Rabatte).
Beloc® (Metoprolol)	Insgesamt wurden im 1. Quartal 2018 in Hamburg 863 Verordnungen über Beloc® ausgestellt. Der Hauptverordnungsanteil (336 Verordnungen im 1. Quartal 2018 in Hamburg) fällt hier auf das Beloc® ZOK Retard 100 Tabletten. Das entsprechende Generikum ist mindestens 60 Prozent günstiger (zuzüglich Rabatte).
Concor® (Bisoprolol)	Hauptsächlich werden hier die Präparate Concor® 5 mg 100 Stück und Concor Cor® 2,5 mg 100 Stück verordnet. Die generischen Präparate sind in diesem Fall mindestens 32 Prozent günstiger als die Originalarzneimittel (zuzüglich Rabatte).
Tavor® (Lorazepam)	Ein großer Teil der Verordnungen fällt auf die Tavor® 1 mg Tabletten. Diese sind generisch verfügbar, und nur als Generikum tragen sie zur Zielerreichung bei. Eine Ausnahme sind die Tavor Expidet Täfelchen®. Sie sind nicht generisch verfügbar und in Einzelfällen eine sinnvolle Darreichungsform.
Siofor® (Metformin)	Seit Jahren steht ein Vielzahl generischer Arzneimittel mit dem Wirkstoff Metformin zur Verfügung, bei denen keine zusätzlichen Mehrkosten für den Patienten entstehen (Präparat über dem Festbetrag).
Torem® (Torasemid)	Der Hauptteil dieser Verordnungen fällt auf Torem® 10 Tabletten 100 Stück. Bei einer generischen Verordnung würden pro Packung mindestens 45 Prozent eingespart werden (zuzüglich Rabatte).
Delix® (Ramipril) bzw. Delix plus® (Ramipril/ HCT)	Hauptsächlich verordnet werden hier Delix® 5 mg 100 Tabletten. Das generische Ramipril kostet im Schnitt mindestens 45 Prozent weniger (zuzüglich Rabatte).
Zanipress® (Enalapril/ Lercanidipin)	Bei den hauptsächlich verordneten Wirkstoffstärken können mindestens 25 Prozent durch den Austausch in generische Alternativen gespart werden (zuzüglich Rabatte).

Da die Apotheke diese Präparate eigentlich gegen das entsprechende Generikum austauschen müsste, liegt die Vermutung nahe, dass die Rezepte mit Aut-Idem-Kreuz ausgestellt wurden. Setzen Sie das Aut-Idem-Kreuz bitte

nur in medizinisch begründeten Einzelfällen und überprüfen Sie vorhandene Voreinstellungen in Ihrer Software.

Wenn es für den jeweiligen Wirkstoff keinen Rabattvertrag gibt, kann die Apotheke eines der drei günstigsten

Generika oder das namentlich verordnete Originalarzneimittel abgeben. Deshalb empfehlen wir bei generikafähigen Arzneimitteln immer die Verordnung eines Generikums oder eine Wirkstoffverordnung. ■

Fragwürdige (und unzulässige) Strategien zur Zielerreichung

Arzneimittelkombinationen auftrennen

Kombinationspräparate mit patentfreien Wirkstoffen sind im Allgemeinen auch als Generika zugelassen.

Kombinationen aus patentgeschützten und patentfreien Wirkstoffen sind jedoch immer als Original im Handel. Diese als Original zugelassenen Kombinationspräparate wirken sich negativ auf die Zielerreichung aus. Ist es daher sinnvoll, diese Kombinationspräparate "aufzutrennen", also Generikum und Original getrennt voneinander zu verordnen? Bei dieser Fragestellung kommen wir auch im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung nicht an einem Preisvergleich vorbei.

- Ist das Kombinationspräparat wesentlich kostenintensiver als die Einzelkomponenten, sollten die Einzelkomponenten verordnet werden. Kostenintensivere Kombinationspräparate (z.B. Inegy oder Atozet) sollten nur verordnet oder (bei voreingestellten Patienten) beibehalten werden, wenn das Therapieziel ansonsten gefährdet wäre.

- Ist das Kombinationspräparat ähnlich teuer wie die Einzelkomponenten (wie beispielsweise im Bereich der Antidiabetika), empfehlen wir keine regelhafte Auftrennung. Der Arzt würde zwar eine höhere Generikaquote erreichen, doch die Nachteile überwiegen.

- Ist das Kombinationspräparat kostengünstiger als die Einzelkomponenten (wie beispielsweise im

Bereich der Ophthalmika), ist die Auftrennung in kostenintensivere Einzelkomponenten (ohne medizinischen Mehrnutzen) unwirtschaftlich und kann gegebenenfalls zu Regressen aufgrund von Einzelprüfanträgen führen.

Cave: Verordnet man die Einzelkomponenten getrennt, bringt das eine Mengenausweitung (DDD pro Fall) mit sich. Ohne Morbiditätserhöhung kann eine Mengenausweitung auch bei eingehaltenen Zielquoten zu Wirkstoffprüfungen führen.

Abschieben notwendiger Verordnungen an andere Ärzte/ Vergleichsgruppen

Seit Einführung der Wirkstoffvereinbarung kommt es wieder vor, dass Ärzte ihre Patienten mit eigentlich notwendigen Verordnungen an andere Ärzte verweisen. Fachärzte schieben ihre Verordnungen an den Hausarzt ab – und umgekehrt. Meist wird hierfür die „Quote“ beziehungsweise ein „roter Punkt“ in der Trendmeldung als Grund angeführt oder einfach behauptet, man dürfe dieses Arzneimittel/diesen Wirkstoff nicht mehr verordnen — das könne nur noch der Hausarzt/Facharzt.

Ein solches Verhalten ist unkollegial und nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages unzulässig. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst neben der ärztlichen Behandlung auch die Verordnung

von Arzneimitteln. Die Regel lautet: „Wer behandelt, der verordnet.“

Dies gilt auch für den Fall, dass Verordnungen bei einem Arzt das Erreichen einer Zielquote gefährden. Sind die Arzneimittel medizinisch indiziert und nicht durch Generika oder andere empfohlene Alternativen ersetzbar, muss der Arzt notfalls auch einen roten Punkt akzeptieren. Gegebenenfalls kann er das Ergebnis durch Übererfüllung der Ziele in anderen Wirkstoffgruppen ausgleichen. Die Zielquoten werden noch auf weiteren Ebenen saldiert (innerhalb der Vergleichsgruppen und innerhalb der gesamten Ärzteschaft). Wichtig ist letztendlich das kollektive Gesamtergebnis. Deshalb ist das Abschieben von Verordnungen an Kollegen nicht nur unkollegial, sondern auch unsinnig.

Verweigern notwendiger Verordnungen

Völlig inakzeptabel ist die totale Verweigerung medizinisch notwendiger Verordnungen. Eine solche Verhaltensweise beruht möglicherweise auf einem Missverständnis: Wenn in den Informationen zur Wirkstoffvereinbarung davon die Rede ist, dass ein Arzneimittel „nur in besonderen Fällen“ verordnet werden soll, heißt das nicht: „Es gibt grundsätzlich einen Verordnungs Ausschluss.“ Eine Verordnung, die medizinisch indiziert und notwendig ist, gilt immer als wirtschaftlich. ■



»Ideale Verzahnung«

Welches Potenzial hat das Belegarztsystem?

Dr. Torsten Hemker über medizinische Qualität, rechtliche Unsicherheiten und unfairen Wettbewerb.

Wie hat sich das Belegarztwesen in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

HEMKER: Die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit Belegbetten im Krankenhaus ist nach KBV-Angaben um über zehn Prozent zurückgegangen. Ich halte das für eine bedauernde Fehlentwicklung, denn das Belegarztwesen ist die ideale Verzahnung zwischen ambulant und stationär.

Warum?

HEMKER: Weil der Patient während des gesamten Behandlungsverlaufs von einem Arzt versorgt wird, den er kennt und dem er vertraut. Wenn es konservativ keinen Weg gibt, nimmt der niedergelassene Arzt den Patienten mit in sein Krankenhaus, betreut ihn dort persönlich auf fachärztlichem Niveau, operiert ihn – und behandelt ihn auch danach persönlich weiter. Ich kann aus der jahrelangen Erfahrung als Belegarzt sagen: Im Belegarztsystem entsteht eine Arzt-Patienten-Beziehung, die es sonst am Krankenhaus nicht gibt.



Dr. Torsten Hemker, niedergelassener Orthopäde, Geschäftsführer der Facharztambulanz Hamburg und Vorsitzender des Berufsverbandes Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Landesverband Hamburg

Was bedeutet das für die Qualität der medizinischen Versorgung?

HEMKER: Ein Arzt, der mit seinem Namen für die Qualität der Versorgung bürgt, kann sich keine schlechte Arbeit erlauben. In einem großen Krankenhaus sind die Verantwortlichkeiten meist ziemlich unübersichtlich: Der erste Arzt klärt auf, der zweite macht die Operation, der dritte ist Stationsarzt – und den Entlassbrief schreibt möglicherweise ein vierter Kollege anhand

der vorliegenden Akten. Wenn es Komplikationen gibt, bekommt der Operateur das möglicherweise gar nicht mit.

Und der Belegarzt?

HEMKER: Der Belegarzt behält den gesamten Verlauf im Blick. Er übernimmt ja auch die Nachbehandlung und sieht die Ergebnisse seiner Operation. Eine tiefe Infektion beispielsweise tritt normalerweise erst nach sieben bis acht Tagen auf, da hat der Patient die Klinik oftmals bereits verlassen. Anders als der Krankenhausarzt hat der Belegarzt die Möglichkeit, solche Komplikationen selbst zu erfassen. Auch das trägt zur Qualitätssicherung bei.

Warum nimmt die Zahl der Belegärzte dennoch ab?

HEMKER: Das liegt an der Honorarsituation. Die Krankenhäuser können für belegärztliche Operationen nur ein abgesenktes Belegarzt-DRG abrechnen. Der Belegarzt indessen bekommt Honorare von der KV, die zwar extrabudgetär gestellt sind, aber nicht angemessen erhöht wurden. Aus finanzieller Sicht ist die belegärztliche Tätigkeit für Krankenhäuser und Niedergelassene unattraktiver geworden.

Werden Operationen in der Krankenhaus-Hauptabteilung besser bezahlt?

HEMKER: Ja, dort gibt es mehr Geld für die gleiche Leistung. Ich habe gar nichts gegen Wettbewerb im Gesundheitswesen, doch es muss Waffengleichheit herrschen. Das ist hier nicht der Fall. Die Hauptabteilungen sind gegenüber den niedergelassenen Ärzten im Vorteil. Dazu trägt übrigens auch bei, dass Sachkosten im ambulanten Bereich immer noch budgetiert sind. Von den Sachkosten, die man zahlen muss, bekommt man teilweise nur ein Drittel oder weniger von der KV erstattet. Mein Vorschlag, darüber mit den Krankenkassen zu verhandeln, ist vom KV-Vorstand nicht aufgegriffen worden. Selbst unsere eigene KV ist in dieser Hinsicht also nicht unterstützend.

Gibt es für Niedergelassene, die am Krankenhaus operieren wollen, noch weitere Vergütungsmodelle?

HEMKER: Ja, ein niedergelassener Arzt hat drei Möglichkeiten: Er kann als Belegarzt, als Honorararzt und

als angestellter Arzt am Krankenhaus operieren. Für die Behandlung des Patienten spielt das keine Rolle: Der Arzt betreut den Patienten vorstationär, operiert ihn und übernimmt die Nachbehandlung. Doch die Alternativen zur belegärztlichen Tätigkeit sind mit Unsicherheiten verbunden. Angesichts des Anti-Korruptionsgesetzes stellt sich die Frage: Welche Vergütung ist für einen Honorararzt angemessen? Wie viel Geld darf ein Niedergelassener bekommen, der als angestellter Arzt im Krankenhaus operiert? Wie konstruiert man dessen Gehaltsstruktur? Es ist relativ aufwändig, das alles gut abzubilden. Solche Probleme würden vollständig gelöst, wenn die belegärztliche Tätigkeit fair vergütet würde. Man hätte eine saubere Regelung, die rechtssicher und zukunftsfähig wäre.

Welches Potenzial hätte das Belegarztwesen bei angemessener Bezahlung?

HEMKER: Niemand würde eine Herztransplantation oder Lebertransplantation belegärztlich durchführen, das macht keinen Sinn. Auch Hochrisikopatienten sind für dieses Modell nicht geeignet. Doch man könnte die gesamte Grund- und Regelversorgung belegärztlich abdecken, alle planbaren Wahleingriffe. Da gäbe es noch ein erhebliches Potenzial – auch in Hamburg.

Die Entwicklung scheint eher in die gegenteilige Richtung zu gehen: Statt einer Öffnung der Krankenhäuser für Niedergelassene wird die ambulante Versorgung zunehmend für Krankenhäuser geöffnet ...

HEMKER: Ja, die politische Unterstützung für die Konzernmedizin ist problematisch. Die Krankenhauskonzerne sagen: Wir brauchen die Zuweiser gar nicht mehr beziehungsweise müssen die Niedergelassenen nicht mehr bei uns operieren lassen. Wir kaufen lieber ganze Praxen, dann haben wir die gesamte Wertschöpfungskette in der Hand. Für den Patienten ist das kein Vorteil: Er hat es weiterhin mit verschiedenen Ärzten zu tun: mit einem Arzt im vorgelagerten MVZ, einem Stationsarzt, einem Operateur und so weiter. Dass ein Patient vom Arzt seines Vertrauens über die gesamte vorstationäre, operative und nachstationäre Behandlung hinweg persönlich versorgt wird – diese ideale Konstellation gibt es nur, wenn niedergelassene Ärzte Zugang zum Krankenhaus haben und dort operieren können. ■

Interview:
Martin Niggeschmidt



VON DR. SARAH STROHKAMP

Gleiche Arbeit, andere Vergütung

Krankenhäuser erhalten deutlich mehr Geld für ambulant durchführbare Leistungen als Vertragsärzte

Das IGES-Institut hat exemplarisch die Vergütung für Behandlungen untersucht, die sowohl ambulant als auch stationär erfolgen können. Fazit: Krankenhäuser erhalten für die gleiche Arbeit deutlich mehr Geld als Vertragsärzte. Verglichen wurde die Versorgung anhand der Fallbeispiele Diabetes mellitus, nicht schwere kardiale Arrhythmien, Schlafapnoe/Polysomnographie sowie gastroenterologische Erkrankungen. Diese ausgewählten Behandlungsanlässe repräsentieren versorgungsrelevante Schnittstellenbereiche. Die Ergebnisse sollen für das Ausmaß von Vergütungsunterschieden sensibilisieren, sind aber nicht als Grundlage für Hochrechnungen von Einsparpotenzialen geeignet.

Eine Diabetes mellitus-Behandlung im Krankenhaus kostet das 3,7-Fache verglichen mit einer ambulanten Behandlung durch den Vertragsarzt. Werden Diabetes-Patienten nicht nur einen, sondern zwei Tage im Krankenhaus versorgt, steigen die Kosten auf das 16,5-Fache.

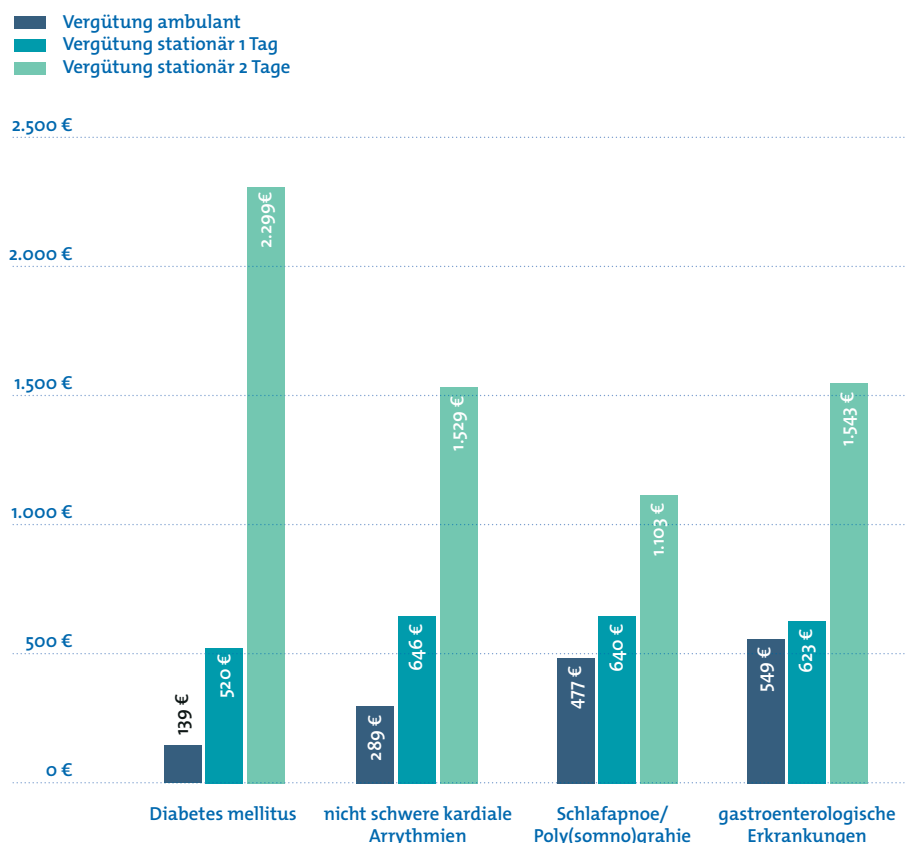
Für die kurzzeitig stationäre Versorgung von nicht schweren kardialen Arrhythmien bekommt ein Krankenhaus am ersten Tag das 2,2-Fache der vertragsärztlichen Vergütung. Für eine zweitägige Behandlung fällt das 5,3-Fache an.

Ähnlich sieht es bei der Schlafapnoe/Polysomnographie und den gastroenterologischen Erkrankungen aus, die am ersten Behandlungstag im Krankenhaus das 1,3-Fache (Schlaf) beziehungsweise 1,1-Fache (Gastro) kosten. Bezieht man einen zweiten Versorgungstag im Krankenhaus in die Betrachtung mit ein, ist die stationäre Behand-

lung bei der Schlafapnoe 2,3-mal und bei den gastroenterologischen Erkrankungen 2,8-mal so teuer wie beim Vertragsarzt.

In Hamburg wird das Potenzial des ambulanten Sektors vergleichsweise stark ausgeschöpft. Dennoch ist die Vergütungssituation hier nicht besser als in den anderen Bundesländern – im Gegenteil. „Ham-

VERGÜTUNGSUNTERSCHIEDE AMBULANT UND STATIONÄR FÜR AUSGEWÄHLTE FALLBEISPIELE



burg hat in der vertragsärztlichen Versorgung einen höheren regionalen Punktwert“, sagt Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), das die Studie beim IGES-Institut in Auftrag gegeben hat. „Doch die versorgungsfremde Budgetierung im vertragsärztlichen Bereich wirkt in Hamburg besonders drastisch. Deshalb ist die Vergütungslücke zwischen ambulanter und stationärer Behandlung nochmals etwa fünf Prozent größer als im Bundesdurchschnitt.“

Hintergrund der aktuellen Fachdiskussionen ist eine Passage im Koalitionsvertrag, wonach eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet wird, um die Rahmenbedingungen für den Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung zu definieren und damit eine verbesserte Vernetzung des ambulanten und stationären Gesundheitswesens zu erzielen. In diesem Zusammenhang sollen auch Fragen zur Honorierung angesprochen werden.

Die zuvor beschriebenen Kostenunterschiede zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung basieren auf divergierenden Vergütungsstrukturen beider Systeme, welche (im Wesentlichen) eine Trennung der Sektoren bedingen.

Dem stationären Sektor eröffnen sich zunehmend zahlreiche Perspektiven für die ambulante Leistungserbringung (Leber & Wasem, 2016), wohingegen vergleichbare Optionen für die vertragsärztliche Versorgung fehlen. Diese Wettbewerbsverzerrung zugunsten des

Krankenhauses wird besonders bei Betrachtung der Behandlungsfälle deutlich. Während im stationären Bereich der Anteil der Kurzlieger stetig wächst und gleichzeitig auch die Bedeutung von Krankenhausfällen im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung erheblich zunimmt, wird lediglich ein Bruchteil der vertragsärztlichen Behandlungen als belegärztliche/stationäre Leistungen abgerechnet (Hahn & Mussinghoff, 2017; Leber & Wasem, 2016). Demzufolge wird das Potenzial des ambulanten Sektors nur unzureichend ausgeschöpft.

Das Zi fordert eine Gebührenordnung für ambulant durchführbare Leistungen, die für Vertragsärzte und Krankenhäuser gleichermaßen gilt. Ein weiterer wesentlicher Aspekt für eine effizientere Versorgung wäre die Umgestaltung hin zu übergreifenden ambulanten Strukturen, beispielsweise durch eine Ausweitung des Belegarztwesens oder die Einrichtung von bettenführenden Praxiskliniken, welche ineffiziente Krankenhausstrukturen ersetzen. ■

DR. SARAH STROHKAMP,
Stabsstelle Vorstand Analyse und Strategie der KV Hamburg

Literatur:
Hahn U & Mussinghoff P (2017) Ökonomische Anreize belegärztlicher im Vergleich zu alternativen Versorgungsformen aus den Perspektiven von Krankenhaus und Vertragsarzt/Belegarzt sowie aus gesundheits-systemischer Sicht. *Gesundh ökon Qual manag* 2017; 22(05): 244-254.

Leber W-D & Wasem J (2016) Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J et al. (Hg.) *Krankenhaus-Report 2016*. Stuttgart: Schattauer 2016, S. 3-28.

Quelle der Abbildung: IGES auf Basis der InEK-Kalkulationsgrundlagen und des EBM

Amtliche Veröffentlichung

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

Hinweis: Beitritte zu Verträgen

- DMP Diabetes mellitus Typ 1 und DMP Diabetes mellitus Typ II:
Die HEK tritt zum 1. Juli 2018 den o. g. Verträgen bei.

- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit:
Die Techniker Krankenkasse tritt mit sofortiger Wirkung dem o. g. Vertrag bei.

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 7-8/2018 wurde der 3. Nachtrag zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs.3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

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

Ansprechpartner
Infocenter: Tel: 22802 – 900



VON DR. STEFAN RENZ

Mit Hand und Fuß, aber ohne Sinn

Kinderärzte sind immer wieder mit der Forderung konfrontiert, sinnlose Atteste für Kita und Schule auszustellen. Nun haben sie Gegenmaßnahmen ergriffen.



Ist das Kind gesund? Hierüber ein Attest auszustellen, gehört nicht zu den ärztlichen Kernaufgaben.

Die „Attesteritis“ war den Hamburger Kinder- und Jugendärzten schon lange ein Dorn im Auge. Immer mehr Eltern kamen in die Praxis und baten auf Veranlassung von Kindertagesstätten (Kitas) oder Schulen um Atteste für ihre Kinder. Dabei ging es um Gesundheitschreibungen nach banalen Krankheiten, um Bescheinigungen über das Ende einer Hand-Fuß-Mund-Krankheit oder (im absurdesten Fall) um schriftliche ärztliche Anweisungen für Kita-Erzieherinnen zum korrekten Auftragen von Pflegecreme auf den Kinder-Po. Das

nahm Formen an, die mit dem gesunden Menschenverstand nichts mehr zu tun hatten.

Der Qualitätszirkel Hamburg-West erarbeitete deshalb unter Federführung von Dr. Claudia Haupt zwei Merkblätter – eins für die Eltern von Kita-Kindern und eins für die Eltern von Schulkindern. Darin wird anhand der gesetzlichen Vorgaben (Infektionsschutzgesetz, Hamburger Schulgesetz) erläutert, in welchen Fällen das Ausstellen eines Attestes angebracht ist und in welchen nicht. „Atteste, welche einem Kindergartenkind bestätigen, ‘frei von ansteckenden Krank-

heiten‘ zu sein, sind medizinisch gesehen unsinnig“, heißt es im Kita-Merkblatt. „Sie binden außerdem Zeit, welche für tatsächlich kranke Kinder benötigt wird.“

Der Hamburger Landesverband der Kinderärzte verschickte die Merkblätter per E-Mail an seine Mitglieder. Wenn Eltern nun um ein unsinniges Attest bitten, kann man ihnen diesen Zettel in die Hand drücken. Die Eltern geben ihn weiter an Kita oder Schule – und die verzichten hoffentlich künftig auf ihre Forderung, ein Attest vorgelegt zu bekommen.

Parallel zur Erarbeitung der Merkblätter haben wir uns mit den Leiterinnen von konfessionellen Kitas getroffen, um die Problematik zu erörtern. Die Kita-Mitarbeiter haben natürlich die Aufgabe, die Kinder vor Ansteckung zu schützen. Es geht ihnen gegen den Strich, wenn Eltern, die beruflich unter Druck stehen, bei ihrem Kind morgens Fieber messen und sagen: „Naja, 38,8 Grad. Dem gebe ich Ibuprofen und dann setze ich ihn in der Kita ab.“

Kitas haben in ihrem eigenen Gebäude Hausrecht. Wenn eine Kita verlangt, dass ein Kind nach einer Infektion erst dann wieder in die Gruppe kommen darf, wenn ihm ein ärztliches Attest bescheinigt, 72 Stunden fieberfrei zu

sein, kann sie das tun. Unsinnige Forderungen will aber natürlich niemand erheben – und Orientierungshilfen aus medizinischer Sicht können für Kita-Mitarbeiter hilfreich und entlastend sein.

In Hessen gibt es einen offiziellen Leitfaden, durch den die Wiedenzulassung zum Kindergarten für alle Einrichtungen verbindlich geregelt wird. Darin sind jene Krankheiten aufgeführt, bei denen ein Kind ein Attest braucht, um wieder in den Kindergarten kommen zu dürfen – und jene, bei denen dies nicht nötig ist. Auf unsere Initiative hin haben die Hamburger Fraktionen der Grünen und der SPD einen Antrag ins Parlament eingebracht: Die Bürgerschaft beauftragt den Senat, einen

Gesundheitsleitfaden für Kitas zu erarbeiten. Ein solcher Leitfaden der Behörden für die Kitas hätte eine noch größere Verbindlichkeit als ein ärztliches Merkblatt.

Etwas anders ist die Situation an den Schulen. Oftmals verlangen Schulen ein Attest, wenn ein Schüler längere Zeit dem Unterricht fernbleibt. Das ist im Schulgesetz aber gar nicht so verankert. Klassischer Fall: Ein chronischer Schwänzer bekommt Druck von den Lehrern, stellt sich bei uns vor und sagt: „Ich brauche jetzt mal eine Bescheinigung, dass ich die letzten drei Wochen nicht in die Schule gehen konnte.“ Das Merkblatt macht klar: Das Hamburger Schulgesetz regelt die Handhabung von Fehlzeiten dahingehend,

dass im Regelfall die Eltern für die Abmeldung und Entschuldigung ihrer Kinder verantwortlich sind. Der Arzt hat mit dieser Problematik erst mal gar nichts zu tun.

Der Umgang der Kinder- und Jugendärzte mit der „Attesteritis“ zeigt: Berufsverbände können einen Teil der alltäglichen Probleme selbst lösen, wenn sie Initiative ergreifen. Schon jetzt hat sich die „Attesteritis“ nach Auskunft pädiatrischer Kollegen durch den Einsatz der Merkblätter deutlich reduziert. ■

DR. STEFAN RENZ, Kinder- und Jugendarzt in Eimsbüttel und Landesverbandsvorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

26.09.18 | 15 – 20 Uhr

4. Tag der Weiterbildung



→ www.uke.de/kwhh



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

IMPFUNG

In welchen Fällen ist die FSME-Impfung eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse?

Eine Impfung gegen FSME kann nur zu Lasten der GKV abgerechnet werden, wenn der Patient sich innerhalb Deutschlands in einem definierten FSME-Risikogebiet aufhält. In diesen Fällen ist der Impfstoff über die Rezeptstelle Duderstadt (Impfbedarf) zu beziehen. Hamburg zählt nicht zu diesen Risikogebieten. Eine Karte der FSME-Risikogebiete findet man auf der Homepage des Robert-Koch-Instituts:

www.rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → FSME → Karte der FSME-Risikogebiete

Darüber hinaus übernehmen einige Krankenkassen die Kosten für FSME-Impfungen bei Auslandsreisen im Rahmen von Zusatzvereinbarungen (im Sachleistungsverfahren). In diesen Fällen muss der Impfstoff per Einzelrezept auf den Namen der Patienten zulasten der jeweiligen Kasse verordnet werden. Einige Krankenkassen übernehmen die Kosten dieser Impfung bei Auslandsreisen im Rahmen einer Kostenerstattung. In diesen Fällen sollten die Patienten vorher bei ihrer Kasse die Bedingungen erfragen.

DATENSCHUTZ

In unserer Praxis stellt sich ein Patient ohne gültigen Versichertenachweis vor. Seine Krankenkasse weigert sich auf Nachfrage, uns eine Mitgliedsbescheinigung zu faxen. Ist die Krankenkasse nicht dazu verpflichtet, uns die Mitgliedsbescheinigung zur Verfügung zu stellen?

Nein, die Krankenkasse ist nicht verpflichtet, die Mitgliedsbescheinigung des Versicherten zur Verfügung zu stellen. Die Kassen sehen zudem vermehrt von der Übermittlung per Fax ab, da es datenschutzrechtliche Risiken birgt. Der Patient ist dazu verpflichtet, einen gültigen Versichertenachweis vorzulegen – es sei denn, es handelt sich um einen Notfall. Wenn keine Notfallsituation vorliegt, müssen Sie einen Patienten ohne gültigen Versichertenachweis nicht behandeln.

CHRONIKERPAUSCHALE

Ich bin Hausarzt. Laut EBM muss eine kontinuierliche ärztliche Behandlung und Betreuung notwendig sein, um die Chronikerpauschale nach GOP 03220 EBM abrechnen zu können. Wie definiert der EBM eine „kontinuierliche ärztliche Behandlung“?

Eine „kontinuierliche ärztliche Behandlung“ liegt vor, wenn „im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens



ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat“. Der angegebene Zeitraum schließt das aktuelle Quartal mit ein. Zu den vier Quartalen zählen also das laufende Quartal und die drei vorherigen Quartale. Hinweis: Bei einem Hausarztwechsel ist die Chronikerpauschale (GOP 03220 EBM) zu Dokumentationszwecken mit einem „H“ zu versehen. Diese Kennzeichnung muss so lange erfolgen, bis sich der Patient kontinuierlich (also vier Quartale) in Ihrer Behandlung befindet.

PRÄOPERATIVE LEISTUNG

Ich bin hausärztlich tätig. Ein fachärztlicher Kollege hat einen gemeinsamen Patienten zur präoperativen Diagnostik ohne Überweisungsschein an mich verwiesen. Kann ich die Leistung ohne Überweisungsschein überhaupt abrechnen?

Ja, die präoperative Diagnostik kann auf einem ambulanten Schein abgerechnet werden. Ein Überweisungsschein ist also für die Abrechnung nicht notwendig.

Anders verhält es sich, wenn es um eine postoperative Behandlung nach einer ambulanten OP geht. In diesem Fall ist der Operateur verpflichtet, dem Arzt, der die postoperative Behandlung durchführt, einen Überweisungsschein auszustellen. Hierauf hat er mitzuteilen, an welchem Datum die OP stattgefunden hat und welche postoperativen Leistungen abzurechnen sind.

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Unsere Praxis ist seit dem 15. August 2018 erfolgreich an die Telematikinfrastruktur angeschlossen. Muss ich die Rechnungen an die KV weiterleiten, um die Erstattungspauschalen ausgezahlt zu bekommen? Wie ist die Ausschüttung der Pauschalen genau geregelt?

Die KV Hamburg prüft automatisch nach Quartalsabschluss (jeweils 15. Januar, April, Juli, Oktober) auf Basis der Abrechnungsdaten, ob das Versichertenstammdatenmanagement in der Telematikinfrastruktur durchgeführt wurde. Daraufhin werden die Erstattungs- und Betriebskostenpauschalen (siehe: kvhh.net → [Praxis IT & Telematik](#) → [Telematikinfrastruktur](#)) auf Grundlage der Finanzierungsvereinbarung berechnet. Rechnungen werden dafür nicht benötigt. Lediglich Einrichtungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. Pathologen und Labordärzte) müssen der KV die Rechnungen sowie einen formlosen Antrag auf Kostenerstattung zur Telematikinfrastruktur zukommen lassen.

Die Auszahlung erfolgt spätestens zwei Monate nach Quartalsabschluss über das Honorarkonto (jeweils 15. März/Juni/September/Dezember). Hierüber werden Sie von der KV einen Bescheid erhalten.

Infocenter Tel: 22802-900



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

Weitergabe von Behandlungsdaten

In diesen Fällen braucht der Arzt eine schriftliche Einwilligung des Patienten

Die Regeln für die Weitergabe von Behandlungsdaten und Befunden haben sich durch die neue EU-Datenschutzgrundverordnung nicht geändert. Will ein Arzt lediglich Stammdaten aufnehmen oder Daten für die Behandlung und Dokumentation erheben, braucht er hierfür keine Einwilligung des Patienten. Das ist aber nach wie vor nötig, wenn er Behandlungsdaten von anderen Ärzten bekommt oder an andere Ärzte verschickt (§ 73 Abs. 1 b SGB V).

Erstbehandlung

Will ein Hausarzt Behandlungsdaten bei Kollegen anfordern oder an Kollegen weitergeben, muss er sich hierfür eine Einverständniserklärung des Patienten unterschreiben lassen. Will ein Facharzt, der ohne Überweisung in Anspruch genommen wird, Behandlungsdaten anfordern oder weitergeben, braucht auch er eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten.

Behandlung auf Überweisung

Ein auf Überweisung tätiger Arzt braucht keine eigene Einverständniserklärung des Patienten, um Behandlungsdaten von Zuweisern zu erhalten oder an Zuweiser weiterzugeben. Allerdings muss er sich vergewissern, dass die Einwilligungserklärung beim betreffenden Zuweiser vorliegt. Im Idealfall hat der Zuweiser bereits auf dem Überweisungsschein vermerkt: „Einverständnis des Patienten zur Datenweiter-

gabe liegt vor.“ Fehlt dieser Vermerk, kann der auf Überweisung tätige Arzt sich vom Zuweiser beispielsweise auch per E-Mail oder Fax kurz bestätigen lassen, dass die Einverständniserklärung vorliegt.

Erhält der auf Überweisung tätige Arzt diesbezüglich keine Bestätigung, sollte er vom Patienten selbst eine Einverständniserklärung für die Übermittlung von Behandlungsdaten unterschreiben lassen.

Voraussetzung für die Übermittlung von Daten an Kollegen ist immer, dass dies für die Behandlung oder Dokumentation tatsächlich notwendig ist. ■

Patienteneinwilligung (Muster)

Hinweis: Es handelt sich nachstehend um eine unverbindliche Anregung für ein Informationsblatt, für dessen Richtigkeit oder Vollständigkeit hinsichtlich der Formgestaltung der Kassenzentrale der jeweiligen Datenverarbeitungsvorgänge in den unterschiedlichen behördlichen Einrichtungen keine Gewähr übernommen werden kann und diese nicht ungenutzt übernommen werden sollte.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgeschrieben ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenzentralen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen und Ihnen weitere Service-Angebote anbieten zu können, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich, _____
 geboren am ____ . ____ . ____ ein,

dass mein behandelnder Hausarzt _____
 Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinem Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

dass an folgende Angehörige/Personen, nach deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen:
 Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Name: _____ Geburtsdatum: _____

dass Unterlagen per E-Mail/Fax geschickt werden.
 dass Rezepte und/ oder Verordnungen direkt an _____ weitergeleitet werden.
 dass meine Daten für einen Erinnerungsservice („Recall“) per Post E-Mail SMS verwendet werden dürfen.
 dass meine Daten zur Erstellung von Privatrechnungen an folgende Firma weitergeleitet werden _____

Dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum, _____ Unterschrift Patient _____

Muster für die Einverständniserklärung im Internet:
www.kvhh.de → Recht & Verträge
 → Datenschutz → Mustervorlagen
 → Patienteneinwilligung



Zuständigkeit für die Labor-Veranlassung

Verstärkte Diskussionen wegen des Wirtschaftlichkeitsbonus



Wer ist für die Labordiagnostik zuständig, wenn ein Patient von mehreren Ärzten behandelt wird? Diese Frage wird seit der Laborreform vermehrt diskutiert, weil sich die Veranlassung von Labordiagnostik eventuell auf den Wirtschaftlichkeitsbonus auswirkt. Die mancherorts bestehenden Unklarheiten über die Zuständigkeiten haben offenbar schon dazu geführt, dass Patienten zwischen Hausärzten und Fachärzten hin- und hergeschoben wurden.

Grundsätzlich gilt: Zuständig (auch im wirtschaftlichen Sinne) für die Labordiagnostik ist derjenige Arzt, der den Wert für seine Diagnostik oder

Behandlung benötigt – sofern die damit verbundenen Fragestellungen in sein Fachgebiet fallen. In Zweifelsfragen ist die Veranlassung einer Labordiagnostik mit dem mitbehandelnden Haus- beziehungsweise Facharzt abzustimmen.

DER HAUSARZT ist demnach grundsätzlich zuständig für

- die Veranlassung von notwendiger Labordiagnostik im Zusammenhang mit einer Ausgangs-/Verdachtsdiagnose oder Behandlung
- die Veranlassung der Laborüberwachung bei der hausärztlichen Versorgung chronischer Erkrankungen

- die Veranlassung der Laborüberwachung von Dauertherapien beim Hausarzt – auch wenn diese Therapien ursprünglich vom Facharzt begonnen wurden
- die Veranlassung von Laboruntersuchungen im Zusammenhang beispielsweise mit der Überweisung zu einer radiologischen Auftragsleistung (z. B. zum Ausschluss des Risikos einer Nierenschädigung bei jodhaltigem Kontrastmittel)

DER FACHARZT ist demnach grundsätzlich zuständig für

- die Veranlassung von Labordiagnostik, die er im Rahmen von differenzialdiagnostischen Überlegungen benötigt, um (gegebenenfalls auf Überweisung) eine fachärztliche Diagnose zu stellen
- die Veranlassung von Labordiagnostik oder Laborüberwachung im Zusammenhang mit einer Behandlung, die (derzeit) von ihm verantwortet wird
- die Veranlassung von Laboruntersuchungen im Zusammenhang beispielsweise mit der Überweisung zu einer radiologischen Auftragsleistung (z. B. zum Ausschluss des Risikos einer Nierenschädigung bei jodhaltigem Kontrastmittel). ■

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

Neugestaltung des Musters 4 (Krankenförderung)



Das Verordnungsformular für die Krankenförderung (Muster 4) wurde unter dem Aspekt des Datenschutzes überarbeitet und neu gestaltet. Dies betrifft unter anderem den Aufbau, aber beispielsweise auch das Format. So wird künftig auf Diagnoseangaben verzichtet.

Das neue Muster 4 wird zudem Bezug auf die Pflegegrade und nicht mehr auf die alten Pflegestufen nehmen. Die Einführung des neu gestalteten Musters erfolgt zum Stichtag 1. April 2019. Dadurch besteht genügend zeitlicher Vorlauf für die Umstellung. Bis dahin müssen die bisherigen Formulare verwendet werden. ■

Einführung von Muster 64 (Vorsorge für Mütter und Väter) und Muster 65 (Ärztliches Attest Kind)

Für die Verordnung von medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter zulasten der Krankenkassen steht Ihnen ab 1. Oktober 2018 das neue Muster 64 zur Verfügung. Das Formular kann zum einen direkt aus Ihrer Praxisverwaltungssoftware (PVS) erstellt, oder per Blankoformularbedruckung (BFB) erzeugt werden. Ziel der Vorsorgeleistungen ist es, den spezifischen Gesundheitsrisiken und gegebenenfalls bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung entgegenzuwirken. Dies erfolgt im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen.

Für die Verordnung der Vorsorgeleistung müssen im Gegensatz zur Reha auch keine längerfristigen Aktivitätsbeeinträchtigungen bei der Mutter oder dem Vater vorliegen (über sechs Monate). Da „längerfristige Aktivitätsbeeinträchtigungen“ nicht klar definiert sind, besteht hier ein großer Ermessensspielraum für alle Beteiligten. Eine Verordnung durch Vertragspsychotherapeuten ist nicht möglich.

Für die Erstellung des Musters 64 können Sie ab dem 1. Oktober 2018 die GOP 01624 EBM (210 Punkte) berechnen.

In diesem Zusammenhang wird zum 1. Oktober ein weiteres Formular eingeführt: das Muster 65 „Ärztliches Attest Kind“. Es wird nur dann benötigt, wenn bei einer Vorsorgeleistung der Mutter oder des Vaters ein Kind mitbehandelt werden muss. Soll für mehrere Kinder die Vorsorge mit veranlasst werden, wird für jedes Kind ein solches Attest benötigt.

Für die Erstellung des Musters 65 können Sie ab dem 1. Oktober 2018 die GOP 01622 EBM (83 Punkte) berechnen. ■



Psychotherapie: Vermittlung von Akut- behandlungsterminen durch die Termin- servicestelle

Auf vielfachen Wunsch aus dem Kollegenkreis der Psychotherapeuten und auf Anraten des Beratenden Fachausschusses der Psychotherapeuten wurde zum 1. April 2018 die Systematik der Verteilung der Akutbehandlungstermine geändert.

Seitdem erhält ein Patient, der sich wegen einer Akutbehandlung an die Terminservicestelle wendet, keinen festen Termin mehr, sondern die Telefonnummer einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten. Die Vereinbarung eines verbindlichen Termins innerhalb von vier Wochen obliegt dann der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten und dem Patienten.

Wenn wir Ihre Telefonnummer für die Vereinbarung eines Akutbehandlungstermins an einen Patienten herausgegeben haben, erhalten Sie von uns zeitnah eine Benachrichtigung per E-Mail oder Fax. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie die Benachrichtigungsfunktion in der eTSS-Datenbank aktiviert haben.

Wir möchten noch einmal auf dieses Verfahren hinweisen, da sich in letzter Zeit Rückmeldungen von Patienten häufen. Diese berichten, dass nach telefonischer Rücksprache mit der vermittelten Praxis aufgrund von mangelnder Kapazität kein Termin innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Zeit von vier Wochen zustande kam. Bitte bedenken Sie, dass wir auf die ursprüngliche Systematik der Vermittlung zurückgreifen müssen, sollte das neue Verfahren nicht solidarisch getragen werden. ■

Abrechnung von Epilation mittels Lasertechnik

Seit dem 1. Oktober 2017 kann die Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen als GKV-Leistung abgerechnet werden. Die Berechnung setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht. Die insgesamt vier neuen GOP (GOP 02325 bis 02328 EBM) können von Hautärzten, Chirurgen und Gynäkologen berechnet werden und werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt.

Bitte beachten Sie, dass diese Leistungen ausschließlich als Leistungen der GKV abgerechnet werden dürfen. Eine Rechnungslegung nach GOÄ bei GKV-Patienten ist somit nicht zulässig. ■

Hinweis: Weiterführende Informationen zur Abrechnung der Leistungen finden Sie in unserem KVH-Abrechnungsnewsletter 4/2017 auf unserer Website unter www.kvhh.de → Abrechnung → Newsletter.



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Kritische Gesundheitskompetenz

Ausweg aus der fremdverschuldeten Unmündigkeit

VON JANA HINNEBURG UND ANKE STECKELBERG IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



1. KRITISCHE GESUNDHEITSKOMPETENZ – EINE DEFINITION

Es liegen zahlreiche Definitionen von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) vor. Allen gemein ist, dass Gesundheitskompetenz verstanden wird als „die Fähigkeit[en] von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können“ (1, 2). Diese Definition impliziert jedoch nicht den Anspruch an die Qualität von Informationen im Sinne evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. Kritische Gesundheitskompetenz beinhaltet, dass Menschen auch befähigt werden, die Qualität der gefundenen Gesundheitsinformationen kri-

tisch zu bewerten und zu hinterfragen (3, 4). Die kritische Beurteilung von Behauptungen über Behandlungseffekte in (Gesundheits-)Informationen stellt zudem einen Teilaspekt kritischer Gesundheitskompetenz dar.

2. DIE ROLLE DER GESUNDHEITSPROFESSIONEN

Die Entwicklung zu einem effizienten Gesundheitssystem erfordert sowohl gesundheitskompetente Gesundheitsprofessionen als auch gesundheitskompetente Bürgerinnen und Bürger. Es ist die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, den Patientinnen und Patienten leicht verständliche und evidenzbasierte Informationen zu geben, die sie dazu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen. Entscheidungen werden als informiert bezeichnet, wenn ausreichendes Wissen vorhanden ist und die Einstellung kongruent mit der (Nicht-)Inanspruchnahme ist: Das heißt: Jemand hat auf Grundlage ausreichenden Wissens eine positive Einstellung beispielsweise zum Darmkrebscreening und nimmt dann konsequenterweise auch teil. Oder aber jemand hat auf Grundlage ausreichenden Wissens eine negative Einstellung und nimmt nicht teil. Beides wäre als informierte Entscheidung zu werten (5). Ziel ist die gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten.

Die Prävalenz der Illiteralität bezogen auf den Gesundheitsbereich ist allerdings hoch. Studien haben gezeigt,

dass auch Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker häufig nicht über eine ausreichende Gesundheitskompetenz verfügen und deshalb auch nicht als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren evidenzbasierte Informationen zur Verfügung stehen können (6-8). Ebenso konnte bei Laien eine unzureichende Gesundheitskompetenz wiederholt belegt werden (9).

Niedrige Gesundheitskompetenz ist assoziiert mit schlechteren Behandlungserfolgen (9). Letztendlich soll die medizinische Versorgung durch eine gute Gesundheitskompetenz verbessert werden. Dies beinhaltet, dass Unter-, Über- und Fehlbehandlung reduziert werden (10).

3. KOMPETENZTRAININGS – EIN AUSWEG AUS DER UNMÜNDIGKEIT

Eduktion gilt als ein geeignetes Instrument zur Verbesserung von Gesundheitskompetenz (11). Eine systematische Implementierung von Curricula zum Erwerb dieser Kompetenz in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen hat bisher nicht stattgefunden.

Allerdings hat das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin im Jahr 2017 beispielsweise das multi- bzw. interprofessionell ausgerichtete Curriculum Evidenzbasierte Entscheidungsfindung veröffentlicht. Es „[...] soll als Rahmenvorgabe für die Gestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen aller in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufsgruppen sowie Bürgerinnen und Bürgern dienen [...]“ (12) und wird zurzeit pilotiert.

Ferner hat sich international die Arbeitsgruppe des Informed Health Choices Projekts zum Ziel gesetzt, Menschen unter anderem durch Schulungen zu befähigen, Behauptungen über Behandlungseffekte beurteilen und informierte Entscheidungen treffen zu können (13). Diese Behauptungen werden in den Medien, in Gesundheitsinformationen, in der Werbung und alltäglichen Kommunikation aufgestellt. Gesundheitsprofessionen als auch Bürgerinnen und Bürger werden in die Lage versetzt, die Verlässlichkeit dieser Behauptungen kritisch zu bewerten (14).

Folgende 12 Punkte können bei der Einschätzung von Behauptungen über Behandlungseffekte unterstützen (12):

1. Jede Behandlung kann auch schaden.

Jede Behandlung kann nutzen, aber auch schaden. Manchmal überwiegt sogar der Schaden. Der Nutzen wird häufig übertrieben und der mögliche Schaden heruntergespielt.

2. Persönliche Erfahrungen sind unzuverlässige Beweise.

Persönliche Erfahrungen sind eine unzuverlässige Basis, um den Effekt der meisten Behandlungen beurteilen zu können. Eine Verbesserung hätte auch ohne Behandlung eintreten können.

3. Assoziation ist nicht das gleiche wie Kausalität.

Das Ergebnis einer Behandlung (ein möglicher Nutzen oder Schaden) kann mit ihr verbunden sein, muss aber nicht durch die Behandlung verursacht worden sein.

4. Die gängige Praxis ist nicht immer wissenschaftsbasiert.

Weit verbreitete Behandlungen sind nicht unbedingt vorteilhaft oder sicher. Manchmal ist der Nutzen fragwürdig oder nicht bekannt.

5. Neuer ist nicht unbedingt besser.

Bei neuen Medikamenten wird häufig angenommen, dass sie besser sind, weil sie neu oder teurer sind. Gegebenenfalls besteht nur eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass sie besser sind als vorhandene Alternativen. Langzeitnebenwirkungen sind eventuell noch nicht bekannt.

6. Eine Expertenmeinung ist nicht immer richtig.

Expertenmeinungen sind allein nicht ausreichend, um über den Nutzen und Schaden einer Behandlung zu entscheiden. Die Meinungen basieren häufig nicht auf fairen Vergleichen von Behandlungen und sind daher nicht zuverlässig.

7. Vorsicht vor Interessenkonflikten

Interessenkonflikte können zu irreführenden Behauptungen über Behandlungseffekte führen. Personen, die für eine Behandlung werben, da sie zum Beispiel Geld daran verdienen, mögen den Nutzen übertreiben und den Schaden ignorieren.

8. Mehr ist nicht immer besser.

Die Erhöhung der Dosis oder des Umfangs einer Behandlung führt nicht notwendigerweise zur Erhöhung des Nutzens, kann jedoch den Schaden erhöhen.

9. Früher ist nicht immer besser.

Früherkennung hat nur dann einen Nutzen, wenn zum Beispiel nachweislich die Mortalität reduziert werden kann. Sie kann ebenfalls einen Schaden verursachen, wie zum Beispiel Überdiagnosen beim Mammographie-Screening. →



→ **10. Hoffnung kann zu unrealistischen Erwartungen führen.**

Verzweifelte Menschen oder Menschen in Not können hoffen, dass eine Behandlung wirkt und dabei außer Acht lassen, dass sie auch Schaden kann. Angst kann dazu führen, dass Menschen Behandlungen in Anspruch nehmen, die nicht wirken, sondern schaden.

11. Erklärungen zum Wirkmechanismus von Behandlungen können falsch sein.

Annahmen zum Wirkmechanismus von Behandlungen lassen keine zuverlässigen Vorhersagen zum tatsächlichen Effekt von Behandlungen zu. Behandlungen, die in der Theorie wirken sollten, tun dies in der Praxis häufig nicht.

12. Dramatische Behandlungseffekte sind selten. Große Behandlungseffekte, bei denen alle oder fast alle Personen einen Nutzen oder Schaden erleben, sind selten.

Damit das Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung erreicht werden kann, ist es wichtig, dass die Entwicklung von Gesundheitskompetenz spätestens in der Primarstufe beginnt. Dazu ist die strukturelle Integration von (kritischer) Gesundheitsbildung notwendig. Dies umfasst die entsprechende Gestaltung der Rahmenlehrpläne der allgemeinbildenden Schulen und Curricula der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zur gezielten Qualifizierung von Gesundheitsprofessionen. ■

Jana Hinneburg und Anke Steckelberg
 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
 Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
 Magdeburger Str. 8
 06112 Halle (Saale)
 Tel. 0049 345 557 1220
 E-Mail: jana.hinneburg@medizin.uni-halle.de

Referenzen

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
2. Schaeffer D, Hurrelmann, K, Bauer, U, Kolpatzik, K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart; 2018.
3. Steckelberg A, Hulfenhaus C, Kasper J, Rost J, Muhlhauser I. How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14(1):11-22.
4. Steckelberg A, Hulfenhaus C, Kasper J, Muhlhauser I. EBM@school – a curriculum of critical health literacy for secondary school students: results of a pilot study. *Int J Public Health*. 2009;54(3):158-65.
5. Marteau TM, Dormandy E, Michie S. A measure of informed choice. *Health Expect*. 2001;4(2):99-108.
6. Alte D, Weitschies W, Ritter CA. Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. *Ann Pharmacother*. 2007;41(6):1023-30.
7. Gigerenzer G, Wegwarth O. Five year survival rates can mislead. *BMJ*. 2013;346:f548.
8. Wegwarth O, Gigerenzer G. "There is nothing to worry about": Gynecologists' counseling on mammography. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):251-6.
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
10. Arbeitsgruppe GPGI. Gute Praxis Gesundheitsinformation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2016;110:85-92.
11. Mogford E, Gould L, Devoght A. Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. *Health Promot Int*. 2011;26(1):4-13.
12. Steckelberg A, Siebolds M, Lühmann D, Weberschock T, Strametz R, Weingart O, et al. Kerncurriculum Basismodul Evidenzbasierte Entscheidungsfindung 2017 [Available from: www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/publikationen/kerncurriculum.pdf].
13. Chalmers I, Oxman AD, Austvoll-Dahlgren A, Ryan-Vig S, Pannell S, Sewankambo N, et al. Key Concepts for Informed Health Choices: a framework for helping people learn how to assess treatment claims and make informed choices. *BMJ Evid Based Med*. 2018;23(1):29-33.
14. Austvoll-Dahlgren A CI, Oxman AD, and the Informed Health Choices Group. Assessing claims about treatment effects: Key concepts that people need to understand. 2017 [Available from: www.informedhealthchoices.org/wp-content/uploads/2016/08/Key-Concepts-2017-edition.pdf].



wir
schärfen
ihren

[v i • s u s]

/pharmakotherapieberatung

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

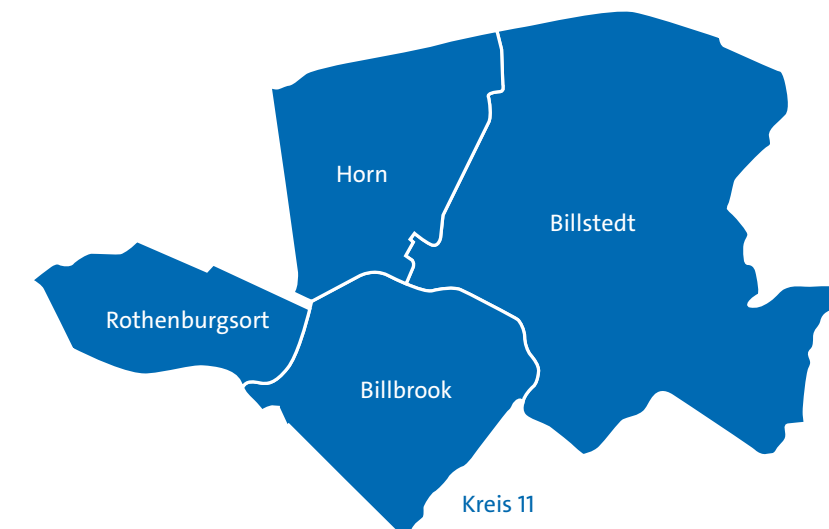
VON DR. GERD FASS

Versammlung des Kreises 11

Unsicherheiten bei der Arzneimittelverordnung geklärt

Im Vorfeld unserer Kreisversammlung schien es eine nette Idee zu sein, am 27. Juni 2018 erst einmal gemeinsam die Fußball-Weltmeisterschaft zu verfolgen, bevor wir uns berufspolitischen Themen widmen. Als die deutsche Mannschaft dann so unruhlich gegen Südkorea verloren hatte, war die Stimmung doch etwas gedrückt und unsere Idee erschien uns im Nachhinein nicht mehr ganz so brillant.

Unsere erstes Vortragsthema konnte die Laune der Teilnehmerinnen und Teilnehmer immerhin ein wenig aufhellen. So berichtete die KV-Apothekerin Regina Lilje über die Wirkstoffvereinbarung und hier insbesondere über gewisse Verordnungskonflikte unter den Ärzten. So ärgern sich einige von uns, wenn vereinzelte Kollegen es ablehnen, erforderliche Medikamente zu verschreiben und die Patienten mit dem Rezeptwunsch zu einer anderen Praxis schicken. Auf der anderen Seite kommen häufig auch Patienten nach einem stationären Aufenthalt mit einer langen Liste von Medikamenten aus dem Krankenhaus, die allesamt von der weiterbehandelnden niedergelassenen Praxis verordnet werden sollen – auch



wenn diese Medikamente in der jeweiligen Praxis überhaupt nicht zum Therapieportfolio gehören.

Dabei ist die rechtliche Situation eindeutig, wie Frau Lilje erörterte. Im Bundesmantelvertrag ist geregelt, dass jene Ärzte, die behandeln, auch verordnen. Wenn zwei Ärzte einen Patienten gemeinsam behandeln, ist kollegiales Verhalten gefragt. Unkol-

Was tun, wenn Ärzte ihre Patienten zur Arzneiverordnung an andere Praxen weiterreichen?

legiales Verhalten – noch dazu zulasten der Patientenversorgung – verstößt gegen die Berufsordnung der Ärzte. Gibt es Anlass zur

Beschwerde, ist die Ärztekammer Ansprechpartnerin.

Im zweiten Vortragsblock berichtete der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg, Dr. Dirk Heinrich, über den aktuellen Stand der Dinge in der Berufs- und Gesundheitspolitik. Insbesondere erläuterte er das neue Konzept des „Arztruf Hamburg“, der seit 1. Mai 2018 den klassischen Bereitschaftsdienst ersetzt. Ebenso wie in allen anderen Regionen Deutschlands war eine Neuordnung erforderlich, weil immer mehr Patienten sich auch mit banalen Problemen an die Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, denen dann Kapazitäten für die echten Notfälle fehlen. Da das neue Bereitschaftsdienstkonzept erst

seit wenigen Wochen am Start ist, kann man allerdings noch nicht viel über die Resonanz und Akzeptanz des „Arztrufs Hamburg“ sagen.

Unmittelbar im Anschluss an die Kreisversammlung fand auch eine Versammlung des Ärztenetzes Billstedt/Horn statt, weswegen wir als Veranstaltungsort auch für die Kreisversammlung den Gesundheitskiosk des Netzes gewählt hatten. Alle Kolleginnen und Kollegen aus dem Kreis blieben, um sich auch hier aktuell zu informieren und auszutauschen. Der Gesundheitski-

osk mit seinem dazugehörigen, vom Innovationsfonds geförderten Projekt besteht seit nunmehr anderthalb Jahren. Derzeit verhandeln die Projektpartner mit den Krankenkassen über die Aufnahme einzelner Projektbestandteile in die Regelversorgung, damit die Angebote des Gesundheitskiosks auch über das Projektende hinaus fortgeführt werden können. Die Kassen sind durchaus gewillt, sich auch in Zukunft an dem besonderen Projekt zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in dem sozial benachteiligten Stadtteil zu beteiligen. ■

Dr. Gerd Fass



Obmann des Kreises 11, Chirurg und Orthopäde in Mümmelmannsberg

VON DR. ROLF EICHENAUER

Versammlung des Kreises 22

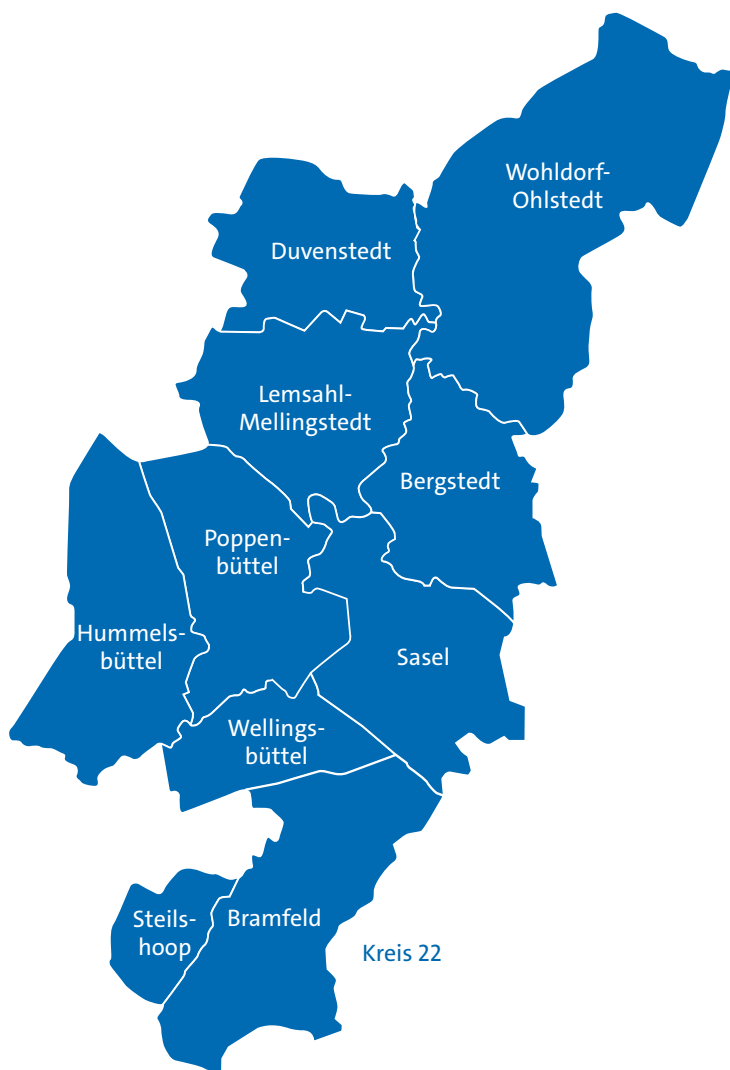
Aktuelle politische Informationen aus erster Hand

Bevor es hier um die politische Agenda unserer Kreisversammlung vom 19. Juni 2018 gehen soll, möchte ich zunächst ein paar atmosphärische Eindrücke schildern: Das Restaurant La Madera in Sasel war eine tolle Location, die allen anwesenden Kolleginnen und Kollegen gut gefallen hat. Auch die Tatsache, dass das Lokal neben uns eine größere Gruppe feiernder Japaner beherbergte, änderte daran nichts. Das Personal des Restaurants musste ganz schön rotieren, um alle Gäste zu bedienen – da waren nicht immer alle Getränke sofort korrekt zuzuordnen, und so wurde das eine

oder andere Bier nach dem Motto „drei... zwei... eins... meins!“ in unserer netten Runde „versteigert“.

Die lockere Atmosphäre, in der sich beachtliche 46 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammengefunden hatten, half sicher dabei, die weniger erquicklichen politischen Inhalte zu verdauen, die vom Vorstandsvorsitzenden der KV Hamburg, Walter Plassmann, präsentiert wurden. So schilderte der KV-Chef – nicht ganz unkritisch – seine Eindrücke vom aktuellen Berliner Politikbetrieb, wonach der neue Bundesgesundheitsminister

die Selbstverwaltung kleinhalten und sich offenbar auch in das Zulassungsprozedere und die Besetzung von freiwerdenden Arztsitzen einmischen will. Wenig Erfreuliches hatte Plassmann auch in Sachen Telematik zu berichten: Nach wie vor ist die Auswahl von Anbietern der erforderlichen Hardware äußerst beschränkt, doch die KVen haben keine Handhabe. Auch die Frist bis zum Jahresende ist nach wie vor nicht vom Tisch – bis Ende 2018 müssen nach aktuellem Stand der Dinge also alle vertragsärztlichen Praxen an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein. →



→ Doch es gab auch Neuigkeiten aus Hamburg: So berichtete der KV-Chef über den Start des neuen "Arzt-rufs Hamburg", der den bisherigen Notdienst in der Hansestadt ersetzt. Die Patientenzahlen würden langsam, aber kontinuierlich steigen. Die Kolleginnen und Kollegen im Plenum erzählten, dass die Notfallpraxen trotz des neuen Service der KV weiterhin überlaufen sind. Hier gab es auch den Anstoß der anwesenden Kolleginnen und Kollegen, über eine Regelung mit einer Grundpauschale bei dem Hintergrund-Bereitschaftsdienst nachzudenken. Mein Eindruck: Die Unzufriedenheit der Kolleginnen und Kollegen mit dieser Vergütungssituation ist bei Plassmann angekommen.

Unzufrieden sind die Kolleginnen und Kollegen in unserem Kreis auch dann, wenn im Umkreis ihrer Praxen mehrere Arztsitze vakant sind und sie notgedrungen die Patientinnen und Patienten der fehlenden Praxen mitversorgen. Wer so viel arbeitet, dessen Budget ist natürlich schnell heillos überzogen – und er muss sich deswegen leider auch noch mit viel KV-Hickhack auseinandersetzen. Plassmann versprach auch hier, rasch unbürokratische Lösungen zu finden.

Auch über die Entbudgetierung ärztlicher Leistungen und die Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung, wie sie von Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Heiner

Garg auf die Agenda der Gesundheitsministerkonferenz gesetzt worden waren, wurde bei unserer Kreisversammlung diskutiert. Zum Zeitpunkt unseres Treffens war noch offen, wie die Länderminister auf Gargs Vorschlag reagieren würden – doch etliche Anwesende im Plenum unkten pessimistisch „Man kann sich vieles wünschen, aber...“. Mittlerweile wissen wir, dass es tatsächlich leider keine Mehrheit für diesen Vorstoß gab.

Fazit: Die hohe Teilnehmerzahl bei unserer Kreisversammlung war sicherlich der Anwesenheit von Walter Plassmann zu verdanken, der die Themen bekanntlich anzupacken weiß. Auch wenn er sich einer Reihe kritischer Fragen stellen musste, sind wir ihm doch sehr dankbar für die Möglichkeit, berufspolitische Informationen aus erster Hand zu bekommen und mit ihm in den direkten Dialog zu treten. ■

Dr. Rolf Eichenauer



Obmann des Kreises 22 und Urologe in Poppenbüttel

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

8. Tag der Allgemeinmedizin

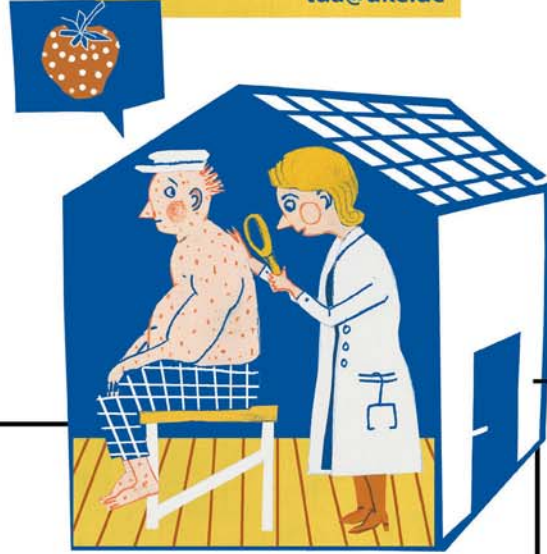
Spezialisiert auf den ganzen Menschen

10.11.2018
UKE Hamburg

Anmeldung
bis zum 30.09.2018

→ www.uke.de/tda

tda@uke.de



unabhängige Fortbildungen für
das gesamte Praxisteam in über
40 Workshops

Plenums-Highlight

Prof. Dr. med. Guido Sauter

Diagnostik am Limit

→ *Was der Hausarzt über
Pathologie wissen muss*

Wir laden Sie herzlich ein.

UKE

Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Karen Haß**
Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg

Name: **Karen Haß**
Geburtsdatum: **17.06.1968**
Familienstand: **ledig**
Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**
Weitere Ämter: **Erweiterter Vorstand Hausärzterverband, BFA Hausärzte**
Hobbys: **Rennrad aktiv (fahren und "schrauben") und passiv, Chorsingen, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, ich möchte nichts anderes machen.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Aktiv gestalten und nicht nur meckern.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Mehr Versorgungsgerechtigkeit für Patienten und Honorargerechtigkeit für Ärzte.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Bürokratie, immer neue und kompliziertere Vorschriften und Regelungen.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ein kleines Schwedenhaus in den Walddörfern. ■

Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

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

Vor diesem Hintergrund fördert die KV Hamburg gemeinsam mit den Krankenkassen die Weiterbildung in den Facharztgruppen Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Anzahl der zu fördernden fachärztlichen Weiterbildungsstellen in Hamburg beträgt insgesamt 21,75 Stellen (verteilt auf 5,56 augenärztliche Weiterbildungsstellen, 5,23 pädiatrische Weiterbildungsstellen und 10,96 gynäkologische Weiterbildungsstellen); Stand 1.7.2016.

FREIE FÖRDERUNGSFÄHIGE WEITERBILDUNGSSTELLEN

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

- Augenärztliche Weiterbildungsstellen: 1,27
- Pädiatrische Weiterbildungsstellen: 0
- Gynäkologische Weiterbildungsstellen: 2,49

BEWERBUNGSFRIST

Ein Antrag auf Förderung kann bei der KV Hamburg im Zeitraum

3. BIS 28. SEPTEMBER 2018

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

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

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

Weitere Informationen zum Vergabeverfahren:

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

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

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

Leserbriefe



KVH-Journal 7-8/2018

Titelblatt

Das ist ja genau das richtige Titelblatt für ein Journal, das von der Vereinigung der Kassenärzte herausgegeben wird.

Sehr sensibel ausgewählt!

Die vorgefertigte Meinung eines Teils unserer Gesellschaft über die „Geldgier“ der Mediziner hätte von Ihnen nicht besser dargestellt werden können.

Dr. Werner Frank,
HNO-Arzt in Billstedt

Die Abbildung und das "Yippee!" finde ich sehr unpassend, und ich würde mir wünschen, dass hier in der nächsten Ausgabe des Journals eine Richtigstellung erfolgt. Gewinnsucht und Geldgier — das wird hier suggeriert.

Prof. Dr. Markus S. Kupka,
Gynäkologe in Eimsbüttel

KVH-Journal 7-8/2018

„Fokussierter, effizienter, entspannter“, S. 8

Liebe KVH-Journal-Redaktion, vielen Dank für den Schwerpunktartikel über wirtschaftliches Controlling in der Arztpraxis. Jetzt weiß ich, wie ich zu einem Dagobert Duck der Ärzteschaft werde.

Als Hausarzt werde ich meine „unrentablen Bereiche“ definieren: multimorbide Patienten, Patienten mit Sprachbarriere, Patienten mit psychosozialen Problemen, Patienten mit hohem Beratungsbedarf oder engmaschigem Kontrollbedarf, Hausbesuche in der Häuslichkeit ... Nun werde ich „fokussierter, effizienter und entspannter“, denn ich werde „Ziele für meine weniger profitablen Bereiche definieren“. Mir steht der Sinn nach „Schwerpunktverlagerung“. Also für meinen unprofitablen, kostenintensiven Patientenanteil keine Terminvergaben häufiger als einmal pro Quartal maximal 15 Minuten. Dafür Aufbau von Präventionsleistungen (bevorzugt Marke IGeL) und Vorsorgeuntersuchungen für gesunde Menschen. Vielleicht schaffe ich es, eine latente Hypothyreose, einen Schilddrüsenknoten, eine Nieren- oder Leberzyste, eine leicht erhöhte gamma-GT, einen Gallenblasenpolypen oder einen Fußpilz zu entdecken, so dass jährliche Kontrollen garantiert sind. Ich habe dann keinen Ärger mehr, spezialärztliche Termine für zügige Ösophagogastroduodenoskopien (budgetiert), Streß-Echokardiographien (dann doch lieber gleich eine Coro), Psychotherapie, Rheumatherapie oder subakute augenärztliche Probleme zu finden oder eine Röntgenpraxis, die eine DXA auf Kassenkosten noch nicht aus ihrem Programm wegrationalisiert hat (ja, es gibt sie noch, die Guten).

Ich lerne am Beispiel: Kontrolliere die Gesunden und lebe entspannt.

Ich lege alle meine ethischen Bedenken beiseite, „wage den Schritt auf unbekanntes Terrain und starte neu in den Wettbewerb“. Ich vollziehe den Wechsel von der Versorger- zur Verdiennerseite. Vom Unternehmensberater empfohlen und juristisch abgesichert. Ich „erkenne meine eigene Position im Markt“ und treffe die zukunftsweisende Entscheidung, dass auch nur so Nachfolger für meine Praxis zu finden sein werden. Danke, *KVH-Journal!*

Dr. Henning Harder,
Internist und Allgemeinmediziner in Sasel und
2. Vorsitzender des Hausärzterverbandes Hamburg

Kolumne von Dr. Bernd Hontschik

Liebe Redaktion, ich mag unser *KVH-Journal*. Es ist informativ, hilfreich, ausgewogen. Mir gefallen die Artikel zur Pharmakotherapie, die meist dem Brennpunkt Arznei oder dem Arzneitelegramm entnommen sind. Mir gefällt auch die Serie zur reinen Wissenschaft: der evidenzbasierten Medizin. Sie bringt Sicherheit in unser ärztliches Handeln. Noch mehr gefällt mir die Kolumne von Bernd Hontschik, die uns auf den Boden unserer ärztlichen Ethik zurückführt. Unglaublich, wie Herr Hontschik derart viele Problemstellungen so konsequent und humorvoll benennen kann. Ich kann jedem seiner Artikel vollen Herzens zustimmen. Sicherlich ist es die Aufgabe eines Kolumnisten, dem einen oder anderen unseres Berufsstandes auf die Füße zu treten. Gleichzeitig sprechen aus seiner Kolumne aber eindeutig Menschenliebe und die Sorge um den notwendigen Schutz der Schutzbedürftigen.

Im neuesten Heft vermisste ich die Kolumne leider, die ich mit gespanntem Interesse immer zuerst lese. Möchte Herr Hontschik nicht mehr in unserem Journal veröffentlichen? Schade wär's. Sehr, sehr schade. Und traurig auch.

Dr. Eckhard Zeigert,
Allgemeinmediziner in Osdorf

Leider habe ich mit Schrecken bemerkt, dass die von mir sehr geschätzte Kolumne von Bernd Hontschik aus dem *KVH-Journal* verschwunden ist. Ich denke, wir brauchen dringend kritische Kollegen wie Herrn Hontschik, der immer wieder die Menschlichkeit unserer Arbeit in den Fokus rückt und vielleicht dem einen oder anderem damit auf die Füße steigt. Ich würde mich wirklich sehr freuen, die Kolumne bald wieder im *KVH-Journal* lesen zu können.

Lena Uhden,
Ärztin in Weiterbildung in Osdorf

Gibt es einen Grund, die Kolumne von Bernd Hontschik einzustellen? Sie hat immer wieder auf erfrischende Weise den Finger in Wunden des Gesundheitswesens gelegt. Bitte weitermachen!

Michael Klemperer,
Allgemeinmediziner in St. Pauli

Liebe Redaktion, ich möchte die Kolumne von Bernd Hontschik gerne weiter im *KVH-Journal* lesen!

Dr. Jana Husemann,
Allgemeinmedizinerin in St. Pauli

Sehr geehrte MitarbeiterInnen des KVH-Journals, mit Entsetzen habe ich erfahren, dass die Kolumnen von Bernd Hontschik im *KVH-Journal* nicht mehr gedruckt werden. Dabei war diese immer eine richtiges Highlight in ihrem Journal! Selten hat mir jemand so aus dem Herzen gesprochen.

Ich bin eine von sicher vielen, die diese Kolumne weiter lesen möchten, daher verbleibe ich in der Hoffnung, dass sie Ihre Entscheidung nochmal revidieren, mit freundlichen Grüßen

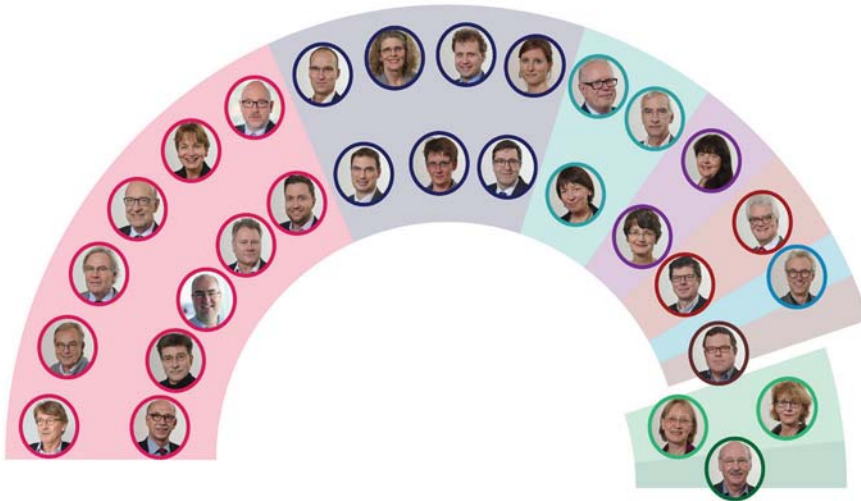
Dr. Ulrike Börgerding,
Allgemeinmedizinerin in Osdorf

Liebe Redaktion, ich möchte die Kolumne von Bernd Hontschik gern weiter in *KVH-Journal* lesen.

Wilfried Aust,
Allgemeinmediziner in Altona

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 18.10.2018 (ab 19.30 Uhr) – Ärztehaus (Julius-Adam-Saal),
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM
1. BIS 15. KALENDERTAG
DES NEUEN QUARTALS

DAS ONLINE-ARCHIV

Sie suchen Texte aus einer zurückliegenden Ausgabe des KVH-Journals?

Unser Archiv finden Sie im Internet:
www.kvhh.de

- (linke Navigationsleiste)
- Medien und Publikationen
- KVH-Journale

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 6 ZUSAMMEN MIT KREIS 7 (Harvestehude und Rotherbaum)

Kreisobmann Kreis 6:
Dr. Fritz Pieper
Stellvertreterin:
Dipl.-Psych. Birgit Bader

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

Mi. 19.9.2018 (ab 19.00 Uhr)

Programm: Vortrag zur EU-Datenschutzgrundverordnung

Ort: KV Hamburg, Humboldtstr. 56 / EG
Grete-Albrecht-Saal
22083 Hamburg

KREIS 2 (Winterhude)
Kreisobfrau: **Dr. Rita R. Trettin**
Stellvertreterin:

Dr. Elisabeth Lübberts-Klare
Mi. 19.9.2018 (19 Uhr)

Thema: Vier Monate Datenschutzmanagement in der Praxis — Was ist erledigt, was ist noch zu tun?

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

KREIS 15 ZUSAMMEN MIT KREIS 16 (Bahrenfeld, Groß-Flottbek, Othmarschen sowie Lurup, Osdorf, Nienstedten, Blankenese, Iserbrook, Sülldorf, Rissen)

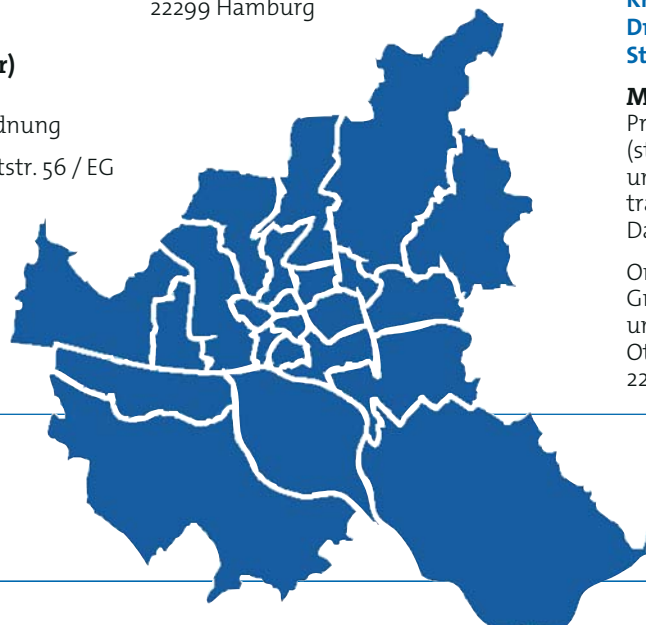
Kreisobmann Kreis 15:
Dr. Ulrich Wendisch
Stellvertreterin: **Dr. Petra Tiedeken**

Kreisobmann Kreis 16:
Dr. Thorsten Bruns
Stellvertreterin: **Dr. Cornelia Thies**

Mi. 24.10.2018 (18 Uhr)

Programm: Vortrag von Caroline Roos (stv. Vorsitzende der KV Hamburg) und Andreas List (Datenschutzbeauftragter der KV Hamburg) zur EU-Datenschutzgrundverordnung

Ort: Restaurant "Club 32" des Großflottbeker Tennis-, Hockey und Golf-Clubs
Otto-Ernst-Straße 32
22605 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Intensivkurs Qualitäts- und Praxismanagerin

Immer öfter werden von MFAs neben medizinischen und organisatorischen auch Führungs- und Managementkompetenzen verlangt. Mit der erfolgreichen Teilnahme an diesem Intensivkurs, der mit einer Prüfung abschließt, können sich engagierte MFAs entsprechend qualifizieren, um den Praxisinhaber wirkungsvoll zu entlasten.

Mo. 8.10. bis Fr. 12.10.2018
Gebühr: € 650 inkl. Verpflegung

QEP-Hygiene

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren unter anderem, welche Aufgaben der Hygienebeauftragte hat, wie Sie sich auf eine Praxisbegehung durch Behörden vorbereiten können, wie Hygiene-, Hautschutz-, und Reinigungspläne erstellt werden und vieles mehr.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 24.10.2018 (9.30 - 17 Uhr)
Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

QM leicht gemacht

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 7.11.2018 (9.30 Uhr - 17 Uhr)
Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg
Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement
Telefonische Auskunft und Anmeldung: Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 12.10.2018 (15 - 20 Uhr)
Mi. 21.11.2018 (15 - 20 Uhr)
Fr. 7.12.2018 (15 - 20 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung Arbeits- und Gesundheitsschutz

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich.

BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE
Fr. 21.9.2018 (15 - 20 Uhr),
Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

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

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen

Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

Termine und weitere Infos:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „DMP“ eingeben

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300
E-Mail: akademie@aekhh.de
Online-Anmeldung:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2018!

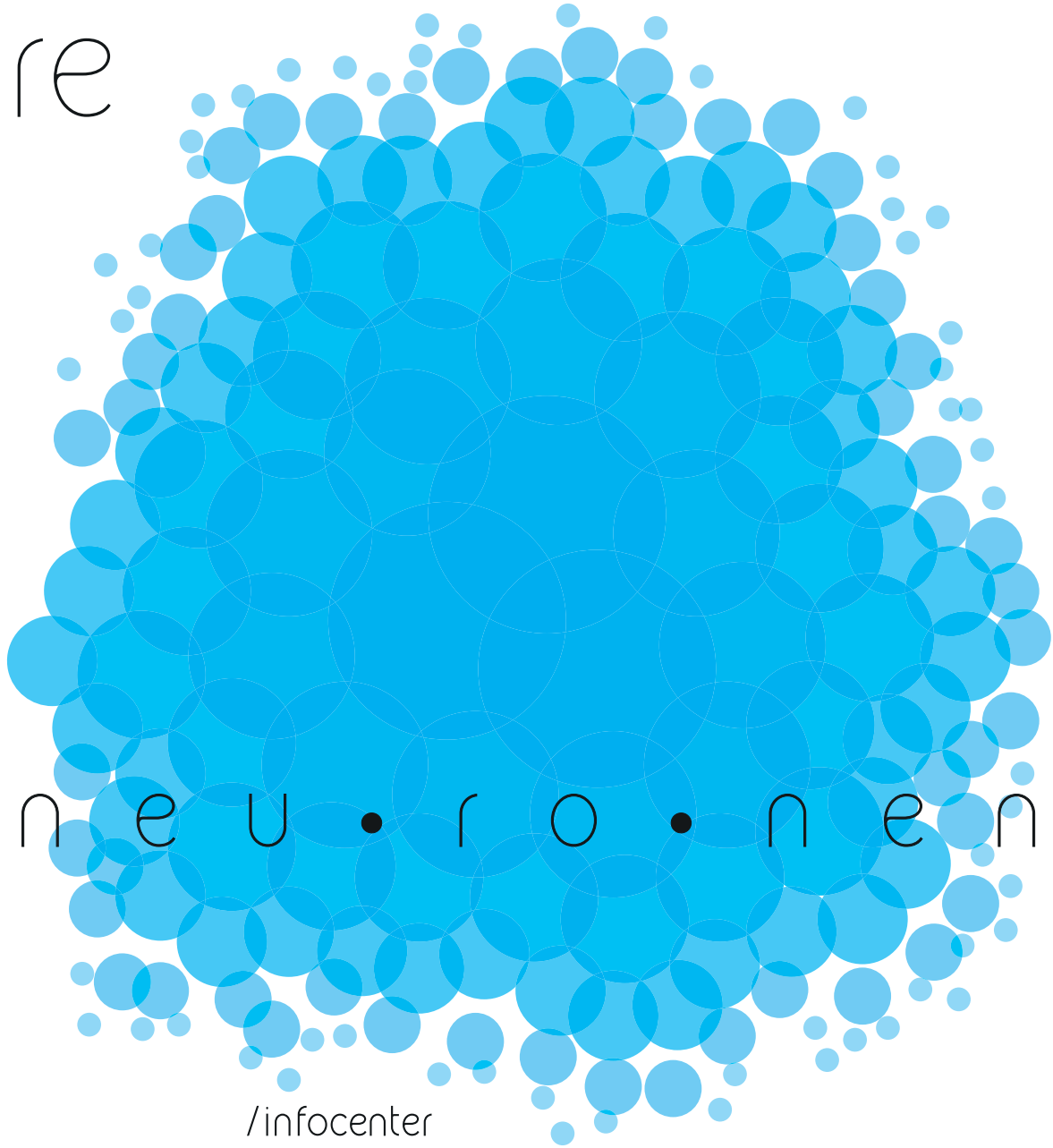


Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Juli und Dezember 2018 stattfinden und gibt eine Vorschau auf das erste Halbjahr des kommenden Jahres. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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

