



# PATIENT ZWISCHEN ALLEN STÜHLEN?

Vom zähen Kampf mit den Krankenkassen um spezielle Versorgungsmodelle

#### **IMPRESSUM**

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

### **IMPRESSUM**

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

Erscheinungsweise monatlich Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 4/2016 (April 2016)





### Liebe Leserin, lieber Leser!

Ein Gespenst geht um in der KV Hamburg – es ist das Gespenst des Richtgrößenregresses. Viele Jahre war dies in Hamburg dank auskömmlicher Richtgrößen kein Thema gewesen. Nun mussten wir nach höchstrichterlichem Hinweis eine Gesetzesbestimmung umsetzen, die wir zwölf Jahre wegen fehlender Daten ignorieren konnten – und dies ausgerechnet im letzten Jahr der Gültigkeit der Richtgrößen. Diese mussten nun altersadjustiert werden (siehe *KVH-Journal* 2/2016, Seite 22).

Änderungen führen immer zu Verunsicherungen. Aber leider wird diese Verunsicherung in der KV vereinzelt auf dem Rücken der guten Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten ausgetragen, und die Verordnung wird dem jeweils anderen Sektor zugeschoben – unter Hinweis auf die neuen Richtgrößen.

Wir appellieren nachdrücklich an alle, dies nicht zu tun, sondern die bewährte Zusammenarbeit aufrecht zu erhalten. Wir arbeiten mit Hochdruck daran, die Richtgrößen durch ein sinnvolleres System zu ersetzen. Die Verhandlungen mit den Kassen haben begonnen.

Bis dahin gilt: Richtgrößen sind kein Fallbeil, sondern ein Auffälligkeitskriterium. In nahezu allen Fällen konnten betroffene Ärzte in der Vergangenheit erfolgreich erklären, warum sie die Richtgröße nicht einhalten konnten. Wer verantwortlich rezeptiert, dem wird dies immer gelingen.

Die Situation ist durchaus ärgerlich – aber kein Grund, das alte Regress-Gespenst aus dem Schrank zu holen.

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



18\_ Fragen und Antworten20\_ Reha-Verordnung: Abschied von Muster 60

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- Terminservicestelle: Bitte melden Sie, wenn Patienten die Termine nicht einhalten
- **21**\_ Arthroskopien: Nur noch in Ausnahmefällen Kassenleistung
- 22\_ Ergänzendes Hautkrebs-Screening: Neue Teilnahme-Modalitäten eDMP: Daten können via KV-Connect verschickt werden

### **SCHWERPUNKT**

- **o6**\_Nachgefragt: Versorgungsmodelle, deren Unterstützung die Kassen abgelehnt haben
- **o8**\_Vertragsverhandlungen: Werden die Kassen ihrer Aufgabe gerecht?
- 10\_ Kinderorthopädie: Fachliche Fähigkeiten drohen verloren zu gehen

### **GESUNDHEITSPOLITIK**

14\_ "Es lohnt sich zu kämpfen": Der ehemalige und der aktuelle Vorsitzende der Vertreterversammlung ziehen Bilanz

### **ABRECHNUNG**

23\_ Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2016

### **QUALITÄT**

- 23\_ Dokumentationsprüfungen für Akupunktur werden ausgesetzt
- **24**\_Informationsveranstaltung zur neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie

Seminar zum Risikomanagement

4/2016



### ARZNEI- UND HEILMITTEL

- **26** Sprechstundenbedarf: Was man beachten muss, um unnötige Mehrarbeit und Regresse zu vermeiden
- **28** Praxisbesonderheiten Heilmittel: Lokalisation von Gelenkimplantaten kann bei Codierung berücksichtigt werden
- **29** Pneumokokkenimpfung: Unterschiedliche Impfschemata für frühgeborene und reifgeborene Säuglinge

Neue Vordrucke für das T-Rezept

#### **FORUM**

32 Praxishilfe der KBV: Mehrsprachige Angebote im Überblick

#### RUBRIKEN

- **o2** Impressum
- **03** Editorial

### **AMTLICHE** VERÖFFENTLICHUNGEN

**25** Bekanntmachungen im Internet

### **NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN**

**31** Beipackzettel: Missverständliche Angaben zu Nebenwirkungen

### KOLUMNE

**33** Hofmeisters Tagebuch

### **KV INTERN**

- **34** Steckbrief: Dr. Hans-Ulrich Clever
- **35** Terminkalender

### WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

### **BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Sebastian Haslauer Seite 3: Michael Zapf; Seite 11 und 13: Dr. Ulrich Korn; Seite 14, 15: Michael Zapf; Seite 16: Ärztezeitung 7.6.2013; Seite 17: GKK; Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 21: Axel Kock/Fotolia; Seite 23: WavebreakmediaMicro/Fotolia; Seite 24: Teracreonte/Fotolia; Seite 29: Murphy81/Fotolia; Seite 32: Deutscher Ärzteverlag; Seite 36: Felix Faller/ Alinea; Icons: iStockfoto

### "Wir sind in Vorleistung gegangen"

Drei Beispiele für verdienstvolle Versorgungsmodelle, deren Unterstützung die Krankenkassen verweigern



**Prof. Dr. Dr. Martin Härter** ist Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE, leitet das "Gesundheitsnetz Depression" und ist wissenschaftlicher Sprecher von Psychenet

### Psychische Erkrankungen

Das "Gesundheitsnetz Depression" ist eines von insgesamt elf Teilprojekten in Psychenet, dem "Hamburger Netz psychische Gesundheit". Psychenet wurde von 2011 bis 2015 vom Bundesforschungsministerium und über 80 Institutionen unterstützt. Das Gesundheitsnetz entstand als gemeinsames Projekt von Hausärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten, vielen Kliniken und dem UKE. Alle gesetzlichen Krankenkassen unterstützten das Modell von Anfang an. Wir haben im Verlaufe der Arbeit ein Modellprojekt mit hohem klinischem und wissenschaftlichem Anspruch zur Verbesserung der psychischen Gesundheit evaluiert. Wir konnten feststellen. dass depressive Patienten von einer gestuften und vernetzten Versorgungsstruktur, die im Modellprojekt realisiert wurde, schneller, stärker und längerfristiger profitieren als Patienten in der Routineversorgung was sehr wahrscheinlich auch relevante Kosteneinsparungen, insbesondere bei leichten und mittelgradig erkrankten depressiven Patienten, zur Folge hat. Anspruch aller Partner in Psychenet ist es, erfolgreich erprobte Modelle in der "Gesundheitsregion Hamburg"

auf die Regelversorgung und andere Regionen in

Deutschland auszudehnen. Leider stellte sich nun heraus, dass die Krankenkassen derzeit nicht an einer übergreifenden Vereinbarung mit der KV und dem UKE für eine evidenzbasierte Versorgung bei depressiven Erkrankungen – analog den im Modell gemachten positiven Erfahrungen – interessiert sind. Stattdessen setzen die Kassen andere oder eigene Modelle um, die hinter dem Anspruch an die Gesundheitsregion der Zukunft, wie er ursprünglich gemeinsam formuliert worden war, zurückfallen. Es scheint, als ob die Versorgung psychisch Kranker letztlich doch eher ein "Erprobungsfeld" und "Marketinginstrument" für Modelle einzelner Krankenkassen bleibt, als dass gemeinsam in der Region Anstrengungen unternommen werden, eine evidenzbasierte, von Patienten, Ärzten und Psychotherapeuten gleichermaßen akzeptierte und wissenschaftlich evaluierte Versorgung umzusetzen.





Prof. Dr. Hans-Peter Scheidel ist ärztlicher Leiter des Mammazentrums Hamburg



Dr. Ulrike Menzel Bereichsleiterin Kinder- und Jugenddiabetologie des MVZ am Altonaer Kinderkrankenhaus

### Brustkrebs

Das Mammazentrum versorgt in Hamburg etwa jede zweite Patientin mit Brustkrebs. Wir spielen also eine wichtige Rolle in diesem hochspezialisierten Bereich. Unsere Patientinnen werden von der Diagnose über die OP bis hin zur Einleitung der Nachbehandlung vom selben Arzt betreut, der auch die Beteiligung anderer Fachrichtungen koordiniert. In einem Krankenhaus, das ja nur den stationären Teil des Behandlungsprozesses abdeckt, wäre das nicht möglich. Unsere Einrichtung ist nach den strengen Richtlinien der Europäischen Gesellschaft der Brustkrebs-Spezialisten (EUSOMA) zertifiziert. Trotz des großen Aufwandes, den wir betreiben, um wissenschaftlich überprüfbare, reproduzierbare Ergebnisse zu erzielen, unterscheiden wir uns in der Vergütung nicht von einer normalen Praxis. Das Problem ist: Wir können den Krankenkassen kein Versorgungsmodell anbieten, bei dem sie Kosten sparen, denn die Behandlung des Mammakarzinoms wird immer komplexer und somit auch aufwendiger. Wir sind in Vorleistung gegangen – und brauchen eine angemessene Honorierung, um ein mit viel Eigeninitiative aufgebautes Erfolgsmodell erhalten und weiterentwickeln zu können.

### Kinder-Diabetes

Die Betreuung von Kindern mit Typ-1-Diabetes ist sehr viel aufwändiger als die Betreuung von erwachsenen Diabetikern. Ein Erwachsener hat ein größeres Maß an Eigenverantwortung. Bei Kindern jedoch stehen wir in der Pflicht: Wir müssen die Kinder altersgerecht immer wieder schulen, damit sie sich im Verlauf eigenständig um ihren Diabetes kümmern können. Die Eltern müssen angeleitet und bei der Therapieüberwachung unterstützt werden. Wir können dabei auf ein Team von Experten zurückgreifen, das ambulant und stationär "Hand in Hand" tätig ist. Mit dem Honorar für eine normale Kinderarztpraxis ist ein solches Spezial-Angebt nicht zu finanzieren. Deshalb haben wir gemeinsam mit der KV Kontakt zu den Krankenkassen aufgenommen, um über einen Sondervertrag zu verhandeln. Bislang leider ohne Erfolg.

4/2016

#### **VON WALTER PLASSMANN**

## Dicke Bretter

Es gibt punktuelle Versorgungsprobleme in Hamburg, die mit "KV-Bordmitteln" nicht gelöst werden können. Die Kassen könnten Abhilfe schaffen – zeigen aber nur wenig Engagement.



an mag es kaum glauben: In Hamburg soll es Leistungen im ambulanten Bereich geben, die eingestellt werden müssen, weil sie nicht ausfinanziert werden können? Ausgerechnet in dieser Medizinmetropole, die sich in allen Sonntagsreden damit rühmt, die beste Versorgung für Bürger und Umland anzubieten?

Ja, das gibt es, und es ist in der

Tat sehr schwer zu verstehen, weil es tief hineinreicht in die verwickelten Strukturen des Gesundheitswesens. Fangen wir mit einem Beispiel aus dem Bereich der Psychotherapie an: Prof. Martin Härter vom UKE be-

schreibt sehr kurz in diesem KVH-Journal das Schicksal des Psychenet-Projektes (siehe Seite 6). Dem Projekt war es gelungen, in einem Wettbewerb Fördergelder der Bundesregierung zu ergattern. Gerade im Teilprojekt Depression konnte das Psychenet valide Ergebnisse vorweisen, dass besondere Strukturen der Behandlung und der Einsatz von Mitteln, die es im aktuellen Erstattungskatalog der Krankenkassen nicht gibt, vielen Menschen dabei geholfen haben, ihre (beginnende) Depression schneller und nachhaltiger als im normalen System in den Griff zu bekommen.

Die KV kann den EBM und die darin enthaltenen Preise alleine nicht verändern. Das geht nur gemeinsam mit den Kassen.

Als es nun darum ging, wenigstens die nachgewiesen wirksamen Instrumente in die Regelversorgung zu überführen, zeigten sich die Krankenkassen sehr sperrig. Zunächst wurden Gespräche durch Wünsche

nach immer neuen Zahlen dilatiert, dann zog sich Kasse für Kasse per E-Mail aus der Verhandlung zurück. Zur Begründung wurde nicht etwa die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Instrumente bezweifelt, sondern es wurde darauf hingewiesen, dass die Kassen jeweils eigene Projekte hätten, mit denen sie Patienten hülfen. Diese eigenen Projekte bestehen aber in der

Regel darin, dass mit einzelnen Praxen Verträge geschlossen wurden, um Therapieplätze für eine kurzfristige Belegung durch Patienten dieser Kasse freizuhalten. Insofern stimmt die Aussage der Kassen, dass man sich um seine Versicher-

ten kümmere.

Aber freie Therapieplätze einkaufen, ist kein strukturelles Handeln. Es zementiert Strukturen, die auch nach den Erkenntnissen des Psychenet ergänzungsbedürftig sind. Zudem war

es nicht das Ziel des "Wettbewerbs im Gesundheitswesen", finanzkräftigen Kassen die Möglichkeit zu geben, auf "Einkaufstour" zu gehen, sondern der Wettbewerb sollte innovative Instrumente erproben. Genau das hat das Psychenet getan - ist aber nun am Kassen-Njet gescheitert.

In den vergangenen Jahren hat sich die KV Hamburg immer wieder an die Krankenkassen gewandt, um über punktuelle Versorgungsprobleme zu sprechen. Einige Beispiele sind in diesem KVH-Journal beschrieben. Gemeinsam war den Problemen, dass sie mit "KV-Bordmitteln" nicht gelöst werden können. Sei es, dass es - wie beim Mammazentrum (siehe Seite 7) - um eine Kostenbelastung geht, die im ambulanten Bereich gar nicht vorgesehen ist, sei es, dass für die entsprechende Leistung keine EBM-Ziffer vereinbart ist oder sei es, dass ein besonderer Aufwand bei einer in der Regel (hoch)spezialisierten Leistung durch den EBM-Preis nicht abgegolten werden kann (siehe Seite 10).

Diese Probleme kann die KV nicht lösen, denn sie darf den EBM und die darin enthaltenen Preise alleine nicht verändern oder ergänzen. Dies geht nur gemeinsam mit den Krankenkassen. Betroffene Ärzte legen der KV oftmals Verträge aus anderen KVen vor, in denen die Kassen abschlusswillig waren, und fragen: Kann das die KV in Hamburg nicht auch umsetzen?

Doch in Hamburg tun sich die Kassen besonders schwer, solche Sonderverträge abzuschließen. Dies hängt mit der besonderen Lage Hamburgs als Medizinmetropole zusammen. Krankenkassen haben in Hamburg besonders hohe Ausgaben für ihre Versicherten. Früher einmal war sowohl der ambulante als auch der stationäre

### Der kleinste gemeinsame Nenner

An vielen Stellen des Gesetzes steht die Formulierung "gemeinsam und einheitlich". Damit wird der KV vorgeschrieben, den betreffenden Vertrag unterschiedslos mit allen Kassen abzuschließen. Dies ist eine Fessel mit besonderer Strangulierungswirkung, denn natürlich gibt in einem solchen Fall die unwilligste Kasse den Ton an – es gilt der kleinste gemeinsame Nenner.

Das war im Honorarbereich mal anders. Bis 2009 schloss die KV getrennte Honorarvereinbarungen mit den Krankenkassen(-verbänden) ab. Das hatte den Vorteil, dass auf spezifische Belange der Versicherten einer Krankenkasse eingegangen werden konnte – durchaus zu beiderseitigem Nutzen.

Seit Jahren versucht die KV Hamburg deshalb, die Fessel des "gemeinsam und einheitlich" zu sprengen. Dies ist noch nicht gelungen, aber immerhin konnten wir im jüngsten Reformpaket der Bundesregierung ein paar Kettenglieder lockern. Wir werden aber nicht nachlassen, weil es versorgungspolitisch falsch und strukturpolitisch unsinnig ist, alles und jeden über einen Kamm scheren zu müssen. Bei der nächsten Reform stehen wir wieder auf der Matte.

Bereich bundesweit gesehen finanzielle Spitze. So gab es in Hamburg die höchsten Fallwerte in Deutschland.

Das ist seit der Reform von 2009, bei der Honorarverhandlung und -verteilung auf die Bundesebene verlagert wurde, Geschichte. In den vergangenen Jahren ist Hamburg im Bundesvergleich in das Mittelfeld gerutscht, und erst die Abschlüsse seit 2013, als der regionale Verhandlungsspielraum wieder ein wenig größer wurde, haben ein weiteres Abrutschen verhindert.

Trotzdem sind die Leistungsausgaben in Hamburg dank der enorm hohen stationären Ausgaben noch immer mit die höchsten in Deutschland. In einer solchen Situation fällt es den Krankenkassen naturgemäß schwer, Sonderverträge abzuschließen und damit zumindest den Anschein zu erwecken, als sollte diese Spitzenposition ausgebaut werden. Spätestens, wenn sich die Hamburger Verhandler bei ihrer jeweiligen Bundesebene rechtfertigen müssen, wird es ungemütlich.

Hinzu kommt, dass Hamburg mittlerweile den höchsten Anteil an extrabudgetären Leistungen aller KVen hat. So schön dieser Beleg für die erfolgreiche Verhandlungsstrategie der KV Hamburg auch ist - er erschwert die Bereitschaft der Kassen, weitere Leistungen in den Bereich der extrabudgetären Vergütung zu schieben.

In dieser Situation bleibt nichts anderes übrig, als immer wieder mit den Krankenkassen zu sprechen und sie davon zu überzeugen, dass trotz dieser für sie schwierigen Rahmenbedingungen die Versorgung der Menschen nicht in den Hintergrund treten kann.

Politik, so heißt ein altbekanntes Sprichwort, ist das Bohren dicker Bretter. Im Gesundheitswesen sind die Bretter besonders dick. Aber deswegen dürfen wir nicht aufhören, sie zu bohren. Wir sind es den Patienten schuldig.

### **WALTER PLASSMANN**

ist Vorsitzender der KV Hamburg.

#### **VON ULRICH KORN**

### Grenzen der Belastbarkeit

Fachliche Fertigkeiten, die in der Kinderorthopädie aufgebaut wurden, drohen aufgrund der unzureichenden Vergütung verlorenzugehen. Das kann zu schlechteren Behandlungsergebnissen und höheren Folgekosten führen.

s gibt nur wenige Orthopäden in Hamburg, die auf Kinder spezialisiert sind. Kinder zu behandeln, kostet viel Zeit und bringt wenig Umsatz. Und wenn man vor allem behinderte Kinder versorgt, ist die Diskrepanz zwischen Aufwand und Vergütung besonders groß. Denn ob man einen Erwachsenen mit verstauchtem Fuß oder ein Kind mit Cerebralprarese versorgt, macht abrechnungstechnisch keinen Unterschied.

Ich behandle gerne Kinder und habe mich speziell um bestimmte orthopädische Erkrankungen bei behinderten Kindern bemüht. Des-

halb kennen mich die Kinderärzte und schicken mir gezielt die schwierigen Fälle. Das hat über die Jahre hinweg dazu geführt, dass der Anteil der Kinder unter meinen Patienten immer weiter anstieg.

Derzeit bin ich hauptsächlich kinderorthopädisch tätig. Wir sind zwar eine große Praxis, aber die Kinderorthopädie verschlechtert das wirtschaftliche Ergebnis deutlich. Meine Spezialisierung trägt hoffentlich zum guten Ruf der Praxis bei, das ist na-

türlich ein Wert. Aber es gibt eine Grenze der Belastbarkeit, die weder wir noch andere Praxen ignorieren können. Ohne angemessene Bezahlung trocknet die Kinderorthopädie aus. Kompetenzen und Fertigkeiten, die in diesem Bereich aufgebaut wurden, gehen verloren.

Ich habe in den vergangenen Monaten versucht, die Krankenkassen davon zu überzeugen, dass die orthopädische Versorgung von behinderten Kindern durch Sonderverträge gestützt werden muss. Mir war klar, dass die Kostenträger nicht sagen würden: "Aber ja, wir wollen sicherstellen, dass diese Patienten auf

Es kann schädlich sein, Schienen zu tragen, die in dieser Form gar nicht notwendig sind.

die beste Weise versorgt werden." Die Krankenkassen sind heutzutage gezwungen, wie Unternehmen zu agieren. Sie können es sich nicht leisten, besonders attraktiv für behinderte Kinder zu sein, denn dieses Klientel ist teuer. Trotz aller Steue-

rungsversuche ist es für die Kassen noch immer sinnvoll, sich vor allem um die Gesunden zu bemühen und Werbung mit Lifestyle-Angeboten zu machen oder mit Therapieformen, die sich durch geringe Evidenz aber umso größere Beliebtheit auszeichnen (wie der Osteopathie).

Das kann man den Krankenkassen nicht vorwerfen, es ist ein Fehler des Systems. Wer den Krankenkassen einen Sondervertrag schmackhaft machen will, so dachte ich mir, muss deshalb mit möglichen Kosteneinsparungen argumentieren.

Doch wie werden behinderte Kinder derzeit orthopädisch ver-

> sorgt? Und welche finanziellen Auswirkungen hat es, wenn diese Versorgung wegfällt? Nehmen wir beispielsweise die infantilen Cerebralparetiker mit Spastiken. Diese Kinder haben oftmals einen

Elektro-Rollstuhl mit angepasster Sitzschale und Kopfstütze, oder sie tragen Korsette. Zumindest sind sie mit verschiedenen Schienen für die Extremitäten versorgt. Solange die Patienten wachsen, müssen die Orthesen regelmäßig nachgebessert





Patientin mit Cerebralparese: Wenn sich keine Ärzte finden, die eine medizinische Notwendigkeit von Orthesen beurteilen, springen andere Branchen ein.

und oft, mindestens einmal im Jahr, neu und nach Maß angefertigt werden. Die orthopädische Therapie beinhaltet fast immer Krankengymnastik. Oft muss Botox gespritzt werden, um die kontrakten Muskeln zu entspannen.

In normalen orthopädischen Praxen werden für eine Sprechstunde etwa fünf bis zehn Minuten pro Patientenkontakt benötigt. Diesen Zeitraum braucht man bei der Versorgung eines schwerbehinderten Kindes bisweilen schon, um es im Sitzen zu untersuchen und die einzelnen Teile des Rollstuhls auf ihre Passgenauigkeit zu prüfen.

Dann wird das Kind zu zweit aus dem Rollstuhl herausgehoben und hingelegt. Die Ober- und Unterschenkelschienen, Armschienen oder auch mal ein Korsett müssen einzeln aus- und wieder angezogen werden. Passt alles noch? Oder müssen neue Orthesen in Auftrag gegeben werden?

Die Bewegungsausmaße aller Extremitäten und den Muskeltonus gilt es zu untersuchen und zu dokumentieren. Bei Cerebralparetikern luxieren die Hüftköpfe oft langsam

nach oben aus den Pfannen, weil die Muskeln dauerhaft angespannt sind. Oder es bilden sich zunehmend andere Deformitäten der Extremitäten. Skoliosen sind häufig und schnell zunehmend. Wir müssen die Kinder deshalb regelmäßig röntgen (wobei sich die Prozedur des Herausbebens aus dem Rollstuhl und das An- und Ausziehen der Schienen gegebenenfalls wiederholt), um anhand der Bilder zu entscheiden: Reicht eine konservative Therapie, oder muss man operieren? Oftmals kommen auch noch Komorbiditäten hinzu, die versorgt werden müssen.

Ein Termin dauert damit meist wesentlich länger als eine halbe Stunde. Das ist ein großer Aufwand, doch ich muss sagen: Bei vielen dieser Patienten ist es eine Freude, sie zu behandeln. Es sind oft interessante und bisweilen auch witzige Menschen. Und man kann ihnen wirklich helfen.

Um die Kostenlogik, nach der Krankenkassen ihre Entscheidungen treffen, in meine Argumentation einbauen zu können, begann ich zu recherchieren. Eine häufige Kombination sind Schienen für die Beine, Nachtschienen, Stehständer oder Walker und Rollstuhl. Über 30.000 Euro Kosten für die gerade vorhandene Orthopädietechnik sind bei diesen Patienten nicht selten. Und diese muss laufend angepasst und erneuert werden. Als ich von diesen Kosten erfuhr, wurde mir zum erstem Mal klar, für welche Werte der verordnende Arzt hier unter dem Strich verantwortlich zeichnet.

Das Honorar für den verordnenden Arzt beträgt meist unter 20, bei drei und mehr Vorstellungen maximal 60 Euro pro Quartal. Wenn man Röntgen muss, kommen noch weniger als 15 Euro pro Untersuchung dazu.

Für den verordnenden Orthopäden sind diese schwerbehinderten Patienten also wirtschaftlich extrem unattraktiv. Deshalb gibt es kaum Kollegen, die bereit sind, mehr als unvermeidlich mit schwerbehinderten Kindern zu arbeiten, selbst wenn sie die fachlichen Voraussetzungen erfüllen und eventuell sogar Kinderorthopäden sind. Viele Praxen sind auch gar nicht adäquat ausgestattet und nicht ausreichend für Behinderte zugänglich, was hier eher nicht zu einem wirtschaftlichen Schaden führt.

Finden sich keine qualifizierten Ärzte, die eine medizinische Notwendigkeit von Orthesen beurteilen können, müssen andere Branchen einspringen, damit die Patienten ihre Versorgung erhalten.

Es gibt beispielsweise einen Orthopädietechniker, der Ärzten per Brief anbietet, Patienten selbst zu untersuchen und Vorschläge zu unterbreiten, welche Orthesen sinnvoll sind. Üblicher ist aber, denke ich, folgender Ablauf: Der Kinderarzt verordnet einem solchen schwerbehinderten Kind Krankengymnastik. Der Physiotherapeut arbeitet dann mit einem Orthopädietechniker zu-

sammen, der das Kind untersucht und die Verordnung von Schienen vorschlägt. Die Verordnung unterschreibt am Ende ein Kinderarzt, der angewiesen auf und froh um einen sachkundigen Rat ist.

Andere Orthopädietechniker besuchen integrative Kindergärten und machen Verordnungsvorschläge, die dann über die Eltern an die Kinderärzte herangetragen werden. Jede Firma muss ihren Weg suchen, um die Patienten zu versorgen.

Was dabei herauskommen kann, sehe ich später bisweilen in meiner Praxis: Ich treffe auf Kinder mit Schienen, die unzureichend, zu früh

eingesetzt oder nach aktuellem Wissensstand unnötig sind. Kürzlich wurde mir ein Kind vorgestellt, das Schienen für etwa 8.000 Euro trug (wie ich mit einiger Mühe herausfand). Notwendig wären Schienen

für 1.500 Euro gewesen. 6.500 Euro wurden somit völlig überflüssigerweise ausgegeben.

So etwas ist kein Einzelfall. Ich habe sogar schon Kinder gesehen, bei denen ich die mit maßgefertigten Schienen versorgte Erkrankung gar nicht finden konnte.

Es kann für das Kind schädlich sein, Schienen zu tragen, die in dieser Form (oder überhaupt) nicht notwendig sind. Orthopädietechniker sind Experten, was das Handwerkliche betrifft. Doch sie sind keine Ärzte. Auch hier sollte das Prinzip gelten, dass der Leistungserbringer nicht der Verordner ist.

Die Kostenträger haben relativ geringe Chancen, hier korrigierend einzugreifen. Jede Verordnung einer Orthese wird zwar von der Krankenkasse geprüft und die genannten größeren Versorgungen auch vom MDK. Die Kollegen beim MDK, hoffentlich auch Kinderorthopäden und nicht nur Orthopädietechniker, sind jedoch auf die Befunde und Beschreibungen angewiesen, die sie vom Verordner erhalten.

Die Zustimmungsrate des MDK korreliert hier mit dem Aufwand, der bei der Verordnung betrieben wird. Liegt eine lange und logisch klingende Begründung für eine Orthese oder einen Rollstuhl vor, kann am grünen Tisch kaum Nein gesagt werden, denn der MDK schaut sich diese Patienten nicht selber an. Und ein Leistungserbringer, der (wie ein Orthopädietechniker) nach Aufwand

Dann die Absage der Kassen: Tut uns leid, diese Leistungen sind Bestandteil der Regelversorgung.

> bezahlt wird, kann sich natürlich bei der Vorformulierung eines Verordnungstextes viel mehr Mühe geben als ein Kinderorthopäde, dessen Begründung meist stichhaltig ist, in Ermangelung an Zeit aber nur wenige Worte umfasst.

> Meiner Wahrnehmung nach gibt es nicht selten Kinder mit Cerebralprarese, die noch nie einen Kinderorthopäden zu Gesicht bekommen haben. Es kommen Patienten zu mir, die bereits früher hätten operiert werden können und deren Zustand sich seither derart verschlechtert hat, dass die Operation nun viel aufwändiger und oft auch teurer wird - und das Ergebnis schlechter.

Ein ähnliches Problem gibt es bei der Versorgung von Kindern mit Klumpfuß, einer der häufigsten angeborenen Fehlbildungen. Therapie der ersten Wahl ist es, den schiefen Fuß nach der Geburt zu gipsen. Bei dieser Behandlungsmethode werden jede Woche, nach manueller Redression des Fußes, neue, speziell modifizierte Oberschenkelgipse angelegt. In der Regel wenn das Kind zwei bis vier Monate alt ist, wird in einer Mini-OP, möglich sogar in örtlicher Betäubung, die Achillessehne durchtrennt. Danach bekommt der Patient Schienen, die er später nur noch nachts trägt. Das ist eine für den Arzt sehr zeitintensive Therapie, doch sie zeitigt dramatisch bessere Ergebnisse als eine große Operation.

Ich musste noch in die USA reisen, um die Methode richtig zu

lernen – und habe sie als einer der ersten in Deutschland angewendet. Um gute Ergebnisse zu erzielen, muss man qualifiziert sein und Routine besitzen.

Für die Gips-Therapie bei Kindern mit

Klumpfüßen benötigt der Arzt extrem viel Zeit. Beim Gipsen eines Fußes muss man mit einer Arbeitszeit von jeweils einer halben Stunde rechnen, und der Klumpfuß tritt bei einem großen Teil der Patienten beidseits auf. Auch danach muss man zur Verfügung stehen: Der Arzt sollte bei Gipsdruck und Komplikationen erreichbar sein. Das alles ist ein Riesen-Aufwand - doch die Therapie ist im EBM kaum abgebildet, und das, was man abrechnen kann, ist bei Weitem nicht kostendeckend. Nach EBM erhält der Arzt zusätzlich zur Quartalspauschalbezahlung von weniger als 42 Euro für den ganzen Behandlungsfall noch 29 Euro pro Gipsbehandlung. Das deckt nicht einmal die Kosten.

Ich führe die Gips-Therapie noch immer durch, doch ich tue es außerhalb der regulären Sprechstunden







Klumpfuß: Unzureichend bezahlte Therapien als Hobby durchzuführen, ist keine Dauerlösung. Doch was sage ich den Eltern?

- sozusagen als Hobby in meiner Freizeit. Das ist kein Dauerzustand, und ich musste damit beginnen, Patienten abzulehnen – eine schreckliche Situation, denn ich weiß nicht, was ich den Eltern sagen soll. Meines Wissens wird diese Gipsbehandlung in Hamburg in nennenswerter Zahl nur noch im Kinderkrankenhaus Altona, eventuell noch im Krankenhaus Eilbek, durchgeführt. Naheliegenderweise macht das kein anderer niedergelassener Kollege.

Wer versorgt die Säuglinge, wenn die Gips-Therapie nicht kostendeckend durchgeführt werden kann? Vor einigen Jahren habe ich über unseren Berufsverband eine Umfrage unter Kollegen durchgeführt und gefragt: Was habt ihr im letzten Jahr mit den neugeborenen Babys mit Klumpfuß gemacht? Eine typische Antwort eines Orthopäden aus Wetzlar lautete: "Krankenhauseinweisung zur OP: acht Fälle. Gips-Therapie: null Fälle". Diese Bilanz ist nicht erstaunlich.

Fassen wir zusammen: Es gibt also eine konservative Therapie, die

nachgewiesenermaßen zu hervorragenden Ergebnissen führt und es fast immer schafft, große Fußwurzeloperationen zu verhindern. Doch sie ist aufwändig und wird nicht annähernd angemessen bezahlt, was zu einer schlechteren Versorgung der Kinder führt und zu unnnötig hohen Folgekosten und schlechteren Behandlungsergebnissen führen kann.

Ich habe überhaupt keinen Zweifel daran, dass es ernsthafte Defizite bei der orthopädischen Versorgung von Kindern mit Cerebralparese und von Säuglingen mit Klumpfüßen gibt. Die Kinderorthopädie hat keine eigenen adäquaten Abrechnungsziffern im EBM. Eine Einzelleistungsvergütung gibt es nicht.

Deshalb lautete mein Vorschlag an die Krankenkassen: Bezahlt die orthopädischen Leistungen für Kinder mit Klumpfüßen und für Cerebralparetiker angemessen im Rahmen von Sonderverträgen! Die Kinder werden besser versorgt. Und Ihr, liebe Krankenkassen, könnt sicherlich viel Geld sparen. Die Kassen-Vertreter zeigten sich durchaus interessiert, es gab einige Treffen. Ich bekam die Gelegenheit, die Problematik ausführlich darzustellen.

Doch nach vielen Monaten erhielt ich eine Mail von den bei den Gesprächen federführenden Ersatzkassen: "Ich muss Ihnen leider mitteilen, dass die Ersatzkassen keine Möglichkeit sehen, einen Versorgungsvertrag hierzu abzuschließen. In Ihrem Versorgungskonzept geht es letztlich nicht um neue Versorgungsformen, sondern um Leistungen, die Bestandteil der Regelversorgung sind. Aus Sicht der Ersatzkassen wird es mit vertretbarem Aufwand nicht gelingen können, dazu einen Selektivvertrag zu schließen, der realistische Aussichten auf eine rechtssichere Umsetzung hat. Auch ist derzeit kein Versorgungsdefizit im Bereich Kinderorthopädie erkennbar ... Wir hoffen, dass Sie weiterhin innerhalb der Regelversorgung Ihren wichtigen Beitrag für die Versorgung unserer Versicherten leisten werden."

Leider funktioniert die Regelversorgung nach einem widersinnigen Prinzip: Wer besonders kranke, zeitaufwändige Patienten behandelt, verdient weniger Geld.

Die orthopädische Versorgung behinderter Kinder ist fachlich herausfordernd und menschlich befriedigend, weil man den Patienten wirklich helfen kann. Doch eine Versorgungsstruktur für schwer erkrankte Menschen, die darauf angewiesen ist, dass Ärzte teilweise unentgeltlich arbeiten, hat keine Zukunft.

### DR. URLICH KORN

ist Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Groß Flottbek.

#### **GESPRÄCH**

### "Es lohnt sich zu kämpfen"

Wie groß ist die Macht der Selbstverwaltung? In der aktuellen Amtsperiode fällte die Vertreterversammlung einige wichtige Entscheidungen, die jedes KV-Mitglied betrafen. Der ehemalige und der aktuelle Vorsitzende ziehen eine vorläufige Bilanz.

Herr Dr. Späth, Sie wurden im Februar 2011 als Vorsitzender der Vertreterversammlung wiedergewählt. Zwei Jahre später gaben Sie Ihren vorzeitigen Rückzug bekannt und wurden von Herrn Dr. Heinrich abgelöst. War das so geplant? Späth: Ja. Ich finde, Führungspersonen in der KV haben die Verpflichtung, rechtzeitig für ihre Nachfolge zu sorgen. Mit Dirk Heinrich gab es einen bundesweit profilierten Standespolitiker, der bereit war, das Amt zu übernehmen. Die Nachwahl inmitten der Amtsperiode sorgte für Kontinuität.

Heinrich: Als ich hörte, dass Michael Späth aufhören will, habe ich gesagt: In der Tradition seiner Amtsführung mache ich das gerne weiter. Ich komme ja aus den Verbänden, hatte Ämter beim NAV-Virchow-Bund und im HNO-Berufsverband inne. Und in Hamburg haben die Verbände und die KV ja nie gegeneinander gearbeitet.

Im Rückblick betrachtet waren die beiden Abschnitte der Amtsperiode allerdings ziemlich unterschiedlich. Die erste Hälfte war von Konflikten geprägt ...

**Späth:** Das stimmt. Ende 2011 war die Stimmung denkbar schlecht unter Hamburgs Ärzten und Psychothera-



**Dr. Michael Späth** Vorsitzender der Vertreterversammlung bis 2013

peuten. Die Stadtstaat-KVen wurden durch die zentralistische Honorarverteilung benachteiligt. In Thüringen beispielsweise waren die Hausärzte nicht in der Lage, all das Geld abzuholen, das für sie zur Verfügung stand. In Hamburg hingegen kam von den Honorarzuwächsen nichts an. Die Kollegen waren sauer – zu Recht.

### Wie hat die Vertreterversammlung darauf reagiert?

**Späth:** Wir haben immer wieder gefordert: Es muss Schluss sein mit diesen zentralen Vorgaben, denn die werden der besonderen Versor-



**Dr. Dirk Heinrich** Vorsitzender der Vertreterversammlung seit 2013

gungssituation in Hamburg nicht gerecht. Wir brauchen regionale Entscheidungsmöglichkeiten, wir müssen direkt mit den Krankenkassen vor Ort verhandeln können. Die Hoheit über die Honorarverhandlungen haben wir dann tatsächlich zurückbekommen, nicht aber die Möglichkeit, mit den Kassen einzeln zu verhandeln.

War das eines der Probleme bei den darauffolgenden Verhandlungen mit den Krankenkassen in Hamburg?

Späth: Ja, die Kassen agierten wie ein monolithischer Block und lehn-

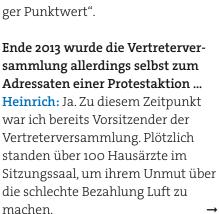
ten alle gesetzlich vorgesehenen Anpassungsmöglichkeiten ab. Unsere Forderungen nach Aufschlägen für die besondere Morbidität und die besondere Kostensituation in der Großstadt wurden einfach vom Tisch gewischt. Das war der Grund, warum wir auf öffentlichkeitswirksame Proteste gesetzt haben. Dafür gab es eine breite Unterstützung innerhalb der Hamburger Ärzte- und

### Welche Rolle spielte die Vertreterversammlung als Gremium bei den Protestaktionen?

Späth: Die Vertreterversammlung hat die Proteste unterstützt – genauso wie die Berufsverbände. So konnten wir deutlich machen, dass die vom Protestkomitee organisierten Aktionen von einer breiten Mehrheit der Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten getragen wur-

bilden – das kann uns niemand verbieten. Im Juni 2013 schließlich demonstrierten Ärzte und Psychotherapeuten vor der Hamburger DAK-Zentrale, um gegen die rigide Sparpolitik der Kassen zu protestieren. Das waren Aktionen, die ohne die Verzahnung von Protestkomitee, Vertreterversammlung und Verbänden so niemals funktioniert hätten. Egal ob Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten – alle haben mitgezogen.

Haben die Proteste dazu beigetragen, dass der Honorarstreit für die Ärzte erfolgreich ausgegangen ist? Späth: Ich denke schon. Die Proteste haben das Interesse der Medien geweckt, und wir konnten unsere Positionen einer breiten Öffentlichkeit darlegen. Hinzu kamen allerdings noch zwei weitere Aspekte: Wir hatten einen Schiedsamtsvorsitzenden, der sich mit den gesetzlichen Möglichkeiten auseinander gesetzt hat. Und die KV-Verwaltung hat fantastische Arbeit geleistet und Sachargumente vorbereitet, mit denen wir den Vorsitzenden beeindrucken konnten. Diese spezielle Kombination hat am Ende zum Erfolg geführt. Wir waren die erste KV, die einen höheren Punktwert durchsetzen konnte – den "Hambur-





Debatte in der Vertreterversammlung: "Wer nicht will, dass andere über seinen Kopf hinweg entscheiden, muss sich selbst engagieren."

Psychotherapeutenschaft. Das war beeindruckend.

Heinrich: Die Protestaktionen gingen von Mitgliedern der Vertreterversammlung aus. Die Vertreterversammlung ist ja das einzige Gremium, in dem alle Hamburger Vertragsärzte- und Psychotherapeuten repräsentiert sind. Die Zusammenkünfte bieten auch Gelegenheit für Gespräche am Rande, und dabei entstehen Initiativen, die außerhalb der KV stattfinden. Auf diese Weise hat sich auch das Protestkomitee zusammengefunden.

den. Diese Gemeinsamkeit war ein tolles Erlebnis.

Heinrich: Ja, die breite Legitimation war wichtig. Im November 2012 hielten wir eine Vollversammlung der Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten im CCH ab. Die etwa 1700 Teilnehmer verabschiedete eine Resolution, in der flächendeckende Protestaktionen angekündigt wurden. Im Februar 2013 gab es eine Riesen-Fortbildungsveranstaltung im Audimax. Der Saal war bis auf den letzten Platz belegt. Wir dürfen ja nicht streiken, aber die Praxen schließen, um uns fortzu-

4/2016

→ Späth: Da ging es um ein Problem, das bereits seit vielen Jahren zu Konflikten führte. Die Hamburger Hausärzte waren von der Honorarmisere besonders betroffen. Doch war das tatsächlich die Schuld der KV oder handelte es sich um strukturelle Probleme? Im Dezember 2012 hatte die Vertreterversammlung auf Initiative des Hausärzteverbandes bereits eine Satzungsänderung beschlossen, um durch ein umfassendes Informations- und Akteneinsichtsrecht mehr Transparenz zu schaffen.

### Das genügte nicht, um das Misstrauen auszuräumen?

Späth: Es war richtig, die Satzung zu ändern. Schließlich ist es das Recht der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die Entscheidungen der KV und der Vertreterversammlung zu kontrollieren. Doch offenbar brachte es nicht viel, Daten zur Verfügung zu stellen, die man ohne Fachwissen nur schwer einordnen kann

Heinrich: Nach dem Eklat in der Vertreterversammlung haben wir uns mit Vertretern des Hausärzteverbandes und Mitarbeitern der KV-Fachabteilungen zusammengesetzt. Wir haben die Hintergründe der Honorarmisere ganz ausführlich offengelegt und erklärt. Es wurden Gesetzes- und Verordnungstexte gewälzt. Es wurde diskutiert und nachgerechnet. Und am Ende gab ein Vertreter des Hausärzteverbandes in der Vertreterversammlung eine Erklärung ab und stellte fest, dass die KV korrekt gehandelt und alle Vorgaben eingehalten hat.

Späth:Eine so konstruktive und

konsequente Aufarbeitung dieses Konflikts gibt es in den KVen sicherlich selten. Da kann ich alle Beteiligten nur loben.

Die Aufteilung des hausärztlichen und des fachärztlichen Honoraranteils ist ja genau festgelegt. Die Honorarverteilung innerhalb der Fachbereiche wollten. Wir wollten alle weg vom Fallzahlhamsterrad. Dann wurde allerdings wieder eine Änderung wegen eines BSG-Urteils notwendig. Alle haben sich dieser Herausforderung gestellt. Die Hausärzte waren die ersten, die in Zusammenarbeit mit den Fachleuten der KV eine geänderte Honorarverteilung für ihren Bereich entwickel-



Presseberichterstattung über die Ärzteproteste 2013: "Da haben alle mitgezogen."

konnten die KVen aber nun wieder selbst regeln. Wie ging das vor sich?

Heinrich: Es gab eine große Übereinstimmung darüber, dass wir in Hamburg die RLV-Systematik abschaffen und individuelle Leistungsbudgets einführen ten. Die fachärztlichen Fachbereiche zogen dann mit eigenen, für sie maßgeschneiderten Lösungen nach. Dabei waren die Berufsverbände und der Beratende Fachausschuss Fachärzte maßgeblich beteiligt. Es waren langwierige und schwierige Abstimmungs-



Entwurf des neuen Ärztehauses: "Eine so wichtige und beitragsrelevante Entscheidung muss auf breitester Basis stehen."

prozesse, doch am Ende konnten fast alle Änderungen einstimmig beschlossen werden.

Es scheint überhaupt weniger Streit in der Vertreterversammlung zu geben als früher. Täuscht dieser Eindruck?

Heinrich: Wir bemühen uns, Entscheidungen auf möglichst breiter Basis zu fällen. Es ist ja meist so, dass eine Idee im kleinen Kreis in der Vorstandsrunde oder aber in der Vertreterversammlung entwickelt wird. Doch bevor darüber in der Vertreterversammlung tatsächlich abgestimmt werden kann, ist es in der Regel noch ein langer Weg. Am Anfang steht die Erörterung im Beirat, dann wird die Sache in den beratenden Fachausschüssen und in anderen zuständigen Ausschüssen, wie zum Beispiel dem Finanzausschuss diskutiert und eventuell auch noch in den Berufsverbänden. Was dort an Vorschlägen und Änderungen entwickelt wird, geht wieder zurück an den Vorstand und in den Beirat. Die modifizierte Version macht dann möglicherweise nochmals die Runde durch die Gremien. Wenn die Vertreterversammlung einen Beschluss fasst, wurden also vorher schon die Einwände berücksichtigt, die Vor- und Nachteile aufgearbeitet – und alle Informationen liegen transparent auf dem Tisch. Die Vertreterversammlung macht sich ein eigenes Bild und hat das letzte Wort.

Späth: Besonders wichtig war uns eine ausführliche Diskussion natürlich im Zusammenhang mit der Zukunft des Ärztehauses. Wir haben uns viel Zeit gelassen, alle Handlungsoptionen sorgfältig durchgerechnet und darauf hingearbeitet, in allen Gremien einen Konsens zu finden. Für eine so risikobehaftete Entscheidung braucht man eine breite Basis. Und tatsächlich wurden die Entscheidungen dann in der Vertreterversammlung einstimmig gefällt. Heinrich: Ja, das war bedeutend und gleichzeitig beruhigend: Am Ende waren alle Mitglieder der Vertreterversammlung der Ansicht, dass ein Neubau auf eigenem Grundstück die vernünftigste

Lösung ist. Eine so wichtige und beitragsrelevante Entscheidung muss in der Tat auf breitester Basis stehen. Das war hier wirklich der Fall

Das klingt so, als habe die Selbstverwaltung trotz aller Einschränkungen und Vorgaben auf einigen Gebieten wieder große Gestaltungsmöglichkeiten ...

**Späth:** Ja. Man muss sie nur nutzen. Wer nicht will, dass andere über seinen Kopf hinweg entscheiden, muss sich selbst engagieren.

Heinrich: Die zurückliegenden Jahre zeigen natürlich auch: Es lohnt sich, gegen die Einschränkungen unserer Gestaltungsmöglichkeiten anzukämpfen. Wir müssen dafür sorgen, dass die KV eine selbstverwaltete Institution der Ärzte und Psychotherapeuten bleibt und nicht zu einer Behörde mutiert. Gerade die Hamburger Selbstverwaltung bietet uns noch immer die Chance, die Arbeitsund Honorarbedingungen der Ärzte und Psychotherapeuten aktiv mit zu gestalten. Solange das so ist, macht es Freude, sich standespolitisch zu betätigen. 🔳

### 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

#### BECKENBODENGYMNASTIK

### Eine Patientin möchte, dass wir ihr noch während der Schwangerschaft eine Verordnung für Beckenbodengymnastik nach der Entbindung ausstellen. Ist das zulässig?

Nein, nicht grundsätzlich. Eine Heilmittelverordnung zur Beckenbodengymnastik ist nur bei nachgewiesener Harn- oder Stuhlinkontinenz möglich. Würde sich aufgrund der Geburt eine solche Indikation ergeben, könnte eine Verordnung ausgestellt werden. Als Wunschleistung ohne Indikation ist eine Verordnung nicht möglich.

### GESUNDHEITSVORSORGE

### Wir möchten bei einem Patienten eine Gesundheitsvorsorge (GOP 01732 EBM) durchführen. Beinhaltet dies auch ein EKG?

Nein. Laut EBM beinhaltet die GOP 01732 EBM die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien. Hierbei handelt es sich um die Anamnese, die klinische Untersuchung (Ganzkörperstatus), Laboruntersuchungen aus dem Blut (Gesamtcholesterin und Glukose) und aus dem Urin (Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit) und einer Beratung. Das EKG ist laut Richtlinie kein Bestandteil der gesetzlichen Gesundheitsvorsorge.

#### UNBEGLEITETE FLÜCHTLINGSKINDER

Wir behandeln in unserer Praxis minderjährige unbegleitete Flüchtlinge und sind unsicher, ob die Kostenübernahmeerklärung der Zentralen Erstaufnahmestelle (ZEA) als Original beim Patienten verbleibt. Außerdem würden wir gern wissen, ob wir in diesem Fall Kassenrezepte oder Privatrezepte ausstellen müssen.

Die Originalbescheinigung der Kostenübernahmeerklärung der ZEA verbleibt in der Praxis und muss am Ende des Quartals zur Abrechnung an die KV geschickt werden. Wenn Sie für einen minderjährigen unbegleiteten Flüchtling eine Überweisung für weitere Untersuchungen ausstellen müssen, kopieren Sie bitte für den Überweisungsempfänger die Originalbescheinigung. Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgt auf einem Privatrezept.

### ARBEITSUNFÄHIGKEIT I

### Muss der Patient den Durchschlag der neuen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) auch dann an seinen Arbeitgeber schicken, wenn er Krankengeld bekommt?

Ja. Auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bescheinigt der Arzt sowohl eine Arbeitsunfähigkeit während der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber als auch während der Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse. Der Durchschlag ist in beiden Fällen für den Arbeitgeber bestimmt.



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

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

#### ARBEITSUNFÄHIGKEIT II

### Die neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung hat einen weiteren Durchschlag, den der Patient bekommt. Warum ist das notwendig?

Auf dem Durchschlag, den die Patienten erhalten, wurde ein Hinweis aufgenommen, der beim Bezug von Krankengeld über die Notwendigkeit eines lückenlosen Nachweises der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung informiert. Hintergrund für diesen Hinweis ist, dass Patienten in der Vergangenheit den Anspruch auf Krankengeld verloren haben, wenn sie gegenüber ihrer Krankenkasse ihre Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos nachweisen konnten. Somit ist auch der Vertragsarzt vor möglichen Schadenersatzansprüchen abgesichert.

#### VERORDNUNGEN

### Bei uns in der Praxis tauchen immer mal wieder allgemeine Fragen zu Arzneimitteln, Heilmitteln, Schutzimpfungen etc. auf. Wo finde ich Basisinformationen dazu?

Allgemeine Informationen finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg unter:

#### www.kvhh.de → Verordnungen.

Dort sind für weiterführende Informationen auch Dokumente und Links (zum Beispiel zum Gemeinsamen Bundesausschuss) hinterlegt.

#### **PRAXISBESONDERHEITEN**

### Wir haben gehört, dass man die Symbolnummern zur Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten bei einer Heilmittelverordnung nicht mehr angeben muss. Stimmt das?

Ja. Die Heilmittelpraxisbesonderheiten aus den Jahren 2011 und 2012 sowie deren Symbolnummern sind nicht mehr gültig. Seit 2013 gelten nur noch die neuen auf Bundesebene beschlossenen Heilmittel-Praxisbesonderheiten (siehe Service-Heft der KV: "Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2013"). Die neuen Heilmittel-Praxisbesonderheiten werden auf Basis des ICD-10-Codes, der auf dem Heilmittelverordnungsformular angegeben werden muss, berücksichtigt und sind dann nicht mehr Bestandteil der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

### Infocenter Tel: 22802-900









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

### Reha-Verordnung: Abschied vom Muster 60

**Z** um 1. April 2016 entfällt das Muster 60 (Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten). Ist eine Rehabilitation bei einem Patienten notwendig, wird sie künftig direkt über das Muster 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) verordnet.

#### Der neue Vordruck

Im Folgenden haben wir die wichtigsten Informationen zum Formular 61 zusammengestellt:

- Ab dem 1. April 2016 können alle Vertragsärzte Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich. Damit entfällt die bislang notwendige Abrechnungsgenehmigung.
- Verordnet werden können ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach den §§ 40 und 41 SGB V.
- Sofern sich Vertragsärzte nicht sicher sind, ob die gesetzliche Krankenversicherung zuständig ist,

können sie dies mit Formular 61 Teil A von der Krankenkasse des Patienten klären lassen. Die Verordnung selbst erfolgt dann auf den Teilen B bis D des Formulars 61. Wenn von vornherein klar ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung zuständig ist, kann die Verordnung gleich auf Teil B bis D erfolgen. Teil A muss dann gar nicht erst ausgefüllt werden.

- Das angepasste Formular 61 wird den Ärzten nicht mehr von der Krankenkasse zugeschickt. Es kann direkt über das Bestellformular des Paul-Albrechts-Verlages angefordert werden.
- Nimmt der Arzt am Blankoformularbedruckungsverfahren teil, wird er künftig entscheiden können, welcher Vordrucksteil ausgedruckt werden soll.
- Es handelt sich um eine Stichtagsregelung, das heißt: Ab dem 1. April 2016 darf nur noch das neue Formular 61 verwendet werden. Alte Formulare verlieren ihre Gültigkeit.

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900

## Terminservicestelle: Bitte melden Sie, wenn Patienten die Termine nicht einhalten

Die KV bittet um eine Mitteilung, falls über die Terminservicestelle vermittelte Termine von den Patienten nicht wahrgenommen wurden. Nur so kann die KV Daten darüber erheben, ob die Terminservicestelle sinnvoll ist und von den Patienten verantwortungsvoll genutzt wird.

Zur Meldung von versäumten Terminen hat die KV eine Vorlage erstellt, die rasch ausgefüllt und direkt an die KV Hamburg gefaxt werden kann. Die Faxvorlage finden Sie unter: www.kvhh.de → Terminservicestelle: Alle wichtigen Informationen für Ärzte → "Fax-Formular zur Meldung von versäumten Terminen"

Fax-Nr: 040 / 22802-885

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900



### Arthroskopien nur noch in Ausnahmefällen GKV-Leistung

er Gemeinsame Bundesausschuss hat am 27. November 2015 auf Basis einer Auswertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) Einschränkungen bei der Versorgung von GKV-Versicherten mit Gonarthrose beschlossen. Die Änderungen sind am 1. April 2016 in Kraft getreten.

Folgende Leistungen dürfen nicht mehr zu Lasten der GKV erbracht werden:

Gelenkspülung (Lavage, OPS-Kode 5-810.0h) Debridement (Entfernung krankhaften oder störenden Gewebes/Materials, OPS-Kode 5-810.2h) Eingriffe an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken bei Entfernung freier Gelenkkörper, inkl.: Entfernung osteochondraler Fragmente (OPS-Kode 5-810.4h)

Entfernung periartikulärer Verkalkungen

(OPS-Kode 5-810.5h)

Synovektomie, partiell

(OPS-Kode 5-811.2h)

Synovektomie, total

(OPS-Kode 5-811.3h)

Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel (OPS-Kode 5-812.0h)

Meniskusresektion, partiell, inkl.: Meniskusglättung (OPS-Kode 5-812.5)

Meniskusresektion, total

(OPS-Kode 5-812.6)

Knorpelglättung

(Chondroplastik, OPS-Kode 5-812.eh)

Von der GKV bezahlt werden künftig nur noch arthroskopische Eingriffe, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, durchgeführt werden. Die vorliegenden Symptome müssen zuverlässig auf die genannten Veränderungen an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sein.

Bitte achten Sie auf eine vollständige Dokumentation – auch im Hinblick auf eine mögliche Prüfung.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses zur "Arthroskopie Gonarthrose" (371. Sitzung) finden Sie unter: www.kbv.de  $\rightarrow$  Service  $\rightarrow$  Rechtsquellen  $\rightarrow$  Beschlüsse des BA → Suchbegriff "Arthroskopie"



Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

4/2016

### Ergänzendes Hautkrebs-Screening: Neue Teilnahme-Modalitäten

Für die Sonderverträge zur ergänzenden Hautkrebsvorsorge zwischen der KV Hamburg und einigen Krankenkassen gibt es seit 1. April 2016 geänderte Teilnahme-Modalitäten. Die Ärzte müssen eine Teilnahmeerklärung abgeben. Hierfür füllen sie ein Formular aus, auf dem sie ankreuzen, an welchen Verträgen sie teilnehmen wollen.

Es gibt Verträge mit der Techniker Krankenkasse, dem BKK-Landesverband Nordwest, der Barmer GEK und der HEK – und einen neuen, ab 1. April 2016 gültigen Vertrag mit der BIG direkt gesund. An den Verträgen mit dem BKK-Landesverband Nordwest und an dem Vertrag mit der BIG direkt gesund sind neben Hautärzten auch Hausärzte teilnahmebe-rechtigt. Teilnahmevoraussetzung für alle Ärzte ist der Nachweis der Qualifikation zur Hautkrebsvorsorge nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie.

Auch die Versicherten müssen nun ausnahmslos schriftlich ihre Teilnahme erklären. Alle Formulare (Teilnahmeformular für die Ärzte und die Teilnahmeerklärungen/ Patienteninformationen für die Versicherten) stehen zum Download auf der Internetseite der KV Hamburg zur Verfügung: www.kvhh.de → Formulare → Downloadbereich → "H" → Hautkrebsscreening

Die Ärzte sammeln die von den Versicherten unterzeichneten Teilnahmeerklärungen und übermitteln sie gebündelt im Rahmen der Quartalsabrechnung zusammen mit der Sammelerklärung an die KV. Von dort werden die Teilnahmeerklärungen an die Kassen weitergeleitet.

Die Änderungen der Teilnahme-Modalitäten wurden nötig aufgrund gesetzlicher Vorgaben und entsprechender Hinweise des Bundesversicherungsamtes.

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900

### eDMP-Daten können via KV-Connect verschickt werden

Seit 1. April 2016 können eDMP-Dokumentationsdaten im SNK (Sicheres Netz der KVen) über den Kommunikationsdienst KV-Connect versendet werden. Dabei werden die DMP-Daten datenschutzkonform auf elektronischem Weg aus dem Praxisverwaltungssystem heraus direkt an die Datenstelle Inter-Forum GmbH übertragen.

Um diesen Übertragungsweg nutzen zu können, benötigt man einen Zugang zum SNK. Außerdem muss die eingesetzte Software für KV-Connect zertifiziert sein.

Neben der Übertragung via KV-Connect gibt es auch weiterhin die Möglichkeiten, eDMP-Dokumentationen auf Datenträgern, über das DMP-Portal und via DMP-online zu schicken.

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900



### Dokumentationsprüfungen für Akupunktur werden ausgesetzt

Bis Ende 2017 wird die KV Hamburg keine Dokumentationsprüfungen für die Akupunkturbehandlungen chronisch schmerzkranker Patienten mehr durchführen.

Aufgrund der geringen Zahl von Beanstandungen haben sich KBV und GKV-Spitzenverband darauf geeinigt, die Prüfungen nicht mehr verpflichtend vorzuschreiben. Die KV Hamburg hat sich dazu entschlossen, die Prüfungen für zwei Jahre auszusetzen. KBV und der GKV-Spitzenverband wollen bis spätestens Ende Juni 2017 über die Fortführung der Prüfungen oder weitere Maßnahmen beraten.

Das Aussetzen der Prüfungen ändert nichts an der Verpflichtung der Ärzte, den Therapieplan sowie die Eingangs- und Verlaufserhebung in der Patientenakte zu dokumentieren. Ebenso verpflichtend ist weiterhin die regelmäßige Teilnahme (mindestens viermal im Jahr) an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln. Näheres dazu regelt die Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur.



Ansprechpartnerin: Abteilung Qualitätssicherung Inga Borchers Tel: 22802-895

### Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2016

Abgabefrist: 1. April bis 15. April 2016

Die Abrechnung muss grundsätzlich online übermittelt werden. Die Abrechnungsdatei kann innerhalb der Abgabefrist zu jeder Tageszeit an die KV geschickt werden.

### Abgabezeiten in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einen Datenträger in die KV bringen und dort in einen bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

Ort: Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo. - Fr. nur nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900



### Informationen zur neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie

Die KV bietet eine Informationsveranstaltung für Ärzte und Praxispersonal zur neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie an. In vertragsärztlichen Praxen gelten nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Dezember 2015 geänderte Vorgaben zur Einführung und Weiterentwicklung von praxisinternem Qualitätsmanagement. Die bisher nebeneinander existierenden Qualitätsmanagment-Richtlinien für Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Krankenhäuser wurden zu einer gemeinsamen Richtlinie verschmolzen.

Für Praxen ergeben sich daraus einige Änderungen, die in der Veranstaltung erläutert werden. Schwerpunkte sind unter anderem die

einfache Umsetzung von Mitarbeiterbefragungen für jede Praxisgröße und die Einführung von Checklisten und Risikomanagement.

Arbeitsmaterialien und schriftlichen Informationen zur Umsetzung der Richtlinie werden gestellt.

#### **4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

Termin: Mi. 1.6.2016 (14.30 - 17.30 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 65
(inkl. Getränke und Pausensnack)

Ort: Satellite-Office im Gutruf-Haus, Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg), 20354 Hamburg

### Seminar zum Risikomanagement



In diesem Seminar werden die neuen Vorgaben zum Aufbau eines Risikomanagement- und Fehlermeldesystems erörtert, mit denen die Forderungen des 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes umgesetzt wurden. Die Teilnehmer bekommen Tipps zur Umsetzung in den jeweiligen Qualitätsmanagement-Systemen (QEP, DIN ISO, EPA). Außerdem wird erläutert, welche Aufklärungs- und Informationspflichten die Ärzte nach dem Patientenrechtegesetz haben und wie Patientenunterlagen rechts- und revisionssicher archiviert werden.

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

Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch, Tel: 22802-633 Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889 Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

### **6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

Termin: Mi. 25.5.2016 (14 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 98
(inkl. Getränke und Imbiss)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99,
20097 Hamburg

### Amtliche Veröffentlichungen

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

#### Verträge:

- 5. Änderungsvereinbarung zum Vertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit der BARMER GEK (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit der BIG direkt gesund
- 2. 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 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 4. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens der HEK Hanseatische Krankenkasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 3. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c
   SGB V über die Durchführung eines

- ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der Techniker Krankenkasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Zusatz zur Vereinbarung des "Umsetzungskonzeptes der Einrichtung von Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Hamburg"
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2016 mit dem BKK-Landesverband NORDWEST (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2016 mit der Techniker Krankenkasse (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2016 mit dem vdek (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes gemäß §§ 63, 73b, 140a SGB V im Falle KV-bereichs-übergreifender Inanspruchnahme vom 20. Dezember 2010 in der Fassung des Nachtrages vom 09.09.2015 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Anpassung des Bestätigenden Schriftwechsels vom 26.11.2015 zum Vertrag mit dem Sozialhilfeträger Freie und Hansestadt Hamburg vom 12.02.1993 zur Einbeziehung von Krankenhilfe gem. § 40 SGB VIII

#### Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

• Im KVH-Journal 10/2015 vom 30. September 2015 wurde die Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf vom 18. Januar 2006 in der Fassung des 6. Nachtrages ab 01.01.2015 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu der o.g. Vereinbarung ist abgeschlossen und damit der Vorbehalt gegenstandslos.

• Im KVH-Journal 11/2015 vom 31. Oktober 2015 wurde der 1. Nachtrag zur Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf vom 18. Januar 2006 in der Fassung des 6. Nachtrages ab 01.01.2015 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu der o.g. Vereinbarung ist abgeschlossen und damit der Vorbehalt gegenstandslos.

#### Beschluss der Vertreterversammlung

• Änderung der Entschädigungsordnung mit Beschluss vom 25.02.2016

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



### Umgang mit Sprechstundenbedarf

Was Sie beachten müssen, um unnötige Mehrarbeit und Regresse zu vermeiden.

Austausch mit der Krankenkassen lässt sich ableiten, worauf Ärzte besonders achten müssen, um unnötige Mehrarbeit und Regresse zu vermeiden. Wir haben die wichtigsten Punkte für Sie zusammengefasst. Ergänzend finden Sie auf unserer Homepage die aktualisierte Liste der potentiell zu regressgefährdeten Mittel im Sprechstundenbedarf (www.kvhh.de o Verordnungen o Sprechstundenbedarf).

### Ausfüllen des Sprechstundenbedarfs-Rezeptes

Die Sprechstundenbedarfs-Rezepte sind vollständig, leserlich und richtig auszufüllen. Die Kassen in Hamburg haben angekündigt, bei entsprechenden Mängeln die Rezepte an die Apotheke oder den Lieferanten zurückzuschicken, damit fehlende Angaben ergänzt werden. Dies kann wiederum zu vermehrten Nachfragen in der Arztpraxis führen. Neben unvollständigen Angaben im Stempel (Vorname, Name und Berufsbezeichnung des verschreibenden Arztes, Anschrift, BSNR, Telefonnummer) ist insbesondere die fehlende oder falsche Angabe des Kostenträgers ein Grund für die Zurückweisung. Bitte beachten Sie: Sprechstundenbedarfs-Rezepte dürfen nur noch zu Lasten der Rezeptprüfstelle Duderstadt ausgestellt werden. Der alte Kostenträger (Barmer GEK) ist nicht mehr zuständig.

dv e	Kontendasse bzv. Kostendospe Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) Nam., Vorame des Versicherlen Sprechstundenbedarf Quartal 02/15 02 900			6 7 8 9	Apothelan Normer ( B.
the stay				Agrowthis Atheritis III.  Agrowthis Atheritis III.  Agrowthis Atheritis III.  Associating	
9	IK-Nummer = 10 20 4049 9	Versicherten-Nt.	Status	2. Varietium	
200	611111100	LANR	11.07.2015	2. Newhort	
	Rp. Sittle Leersturne dur Novaminsulfon (Notdienstbeda Haus- / Heimbe	-Tropfen, 20 r	611111100 (BSNR) Dr. med. Max Mus Facharzt für Allge Musterstraße 1 77777 Musterstadi Tel: 01234 / 4922	terarzt meinmedizin	
1		Abgabedatum Arbeitsunfall andidleel			

Bei Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen mit Doppelzulassung ist darauf zu achten, für den "ärztlichen" Sprechstundenbedarf das richtige Rezept (Muster 16 mit der "ärztlichen" BSNR in der Coderzeile) zu verwenden.

Eine Ausfüllanleitung für Sprechstundenbedarfs-Rezepte finden Sie unter: www. kvhh.net →Verordnungen → Sprechstundenbedarf → Arzneimittel

#### Wirtschaftlichkeit

Bei der Verordnung, dem Bezug und der Verwendung von Sprechstundenbedarf (SSB) ist der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu beachten.

- Bei Ersatz größerer Mengen eines Mittels sind (soweit möglich) preisgünstige Großpackungen, Anstalts- oder Bündelpackungen zu verordnen. Entspricht die nach Stückzahl verordnete Menge keiner im Handel befindlichen Packungsgröße, so achten Sie bitte auf eine möglichst preisgünstige Zusammenstellung aus den verfügbaren Packungsgrößen. (Lassen Sie sich bei der Auswahl gegebenenfalls durch die Apotheke unterstützen.)
- Arzneimittel sind (soweit möglich) unter der Wirkstoffbezeichnung (oder als günstige Generika) zu verordnen. Es gibt deutliche Preisunterschiede zu den Originalpräparaten (aber auch zwischen einzelnen Generika) zum Beispiel bei propofol-haltigen Narkosemitteln.
- Die Verordnung von in der Apotheke hergestellten Rezepturen ist unwirtschaftlich es sei denn, die Rezeptur ist günstiger als verfügbare Fertigarzneimittel.
- Bitte nutzen Sie wirtschaftliche Bezugswege (z.B. Direktbezug beim Hersteller oder Großhandel).

### Einwegclipsysteme

Grundsätzlich sind Endoclips als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig. Endoclips, die

zusammen mit dem Einführgerät ein Einmalsystem (Set) bilden, können hingegen nicht als Sprechstundenbedarf angefordert werden. Ein Set besteht aus einem verordnungsfähigen Teil (dem Clip) und einem nicht verordnungsfähigen Teil (dem Einführgerät) – und ist erheblich teurer als der einzelne Clip.

### Nichtsteroidale Antiphlogistika/Antirheumatika zur Injektion

Die Kombination aus Phenylbutazon und Lidocain (Ambene parenteral®) kann nicht als Sprechstundenbedarf angefordert werden. Hintergrund ist der Verordnungsausschluss für Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen in der Arzneimittel-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (Arzneimittel-Richtlinie, Anlage III, Ziffer 18).

In diesem Zusammenhang weisen wir erneut darauf hin, dass piroxicam-haltige Arzneimittel unabhängig von der Darreichungsform (Injektionslösung, Tabletten) nicht im Rahmen des SSB anforderbar sind (siehe auch KVH-Journal 5/2015, Seite 25).

Bitte beachten Sie: Antiphlogistika / Antirheumatika (nur schnell freisetzende Darreichungsformen, keine Präparate mit modifizierter bzw. retardierter Wirkstofffreisetzung, nicht zur topischen Anwendung) sind für die Notfallbehandlung in der Praxis im zugelassenen Anwendungsgebiet als SSB zulässig.

Allerdings hat die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft bereits 1995 empfohlen, Diclofenac und andere NSAR wegen schwerer immunologischer Nebenwirkungen nur noch in Ausnahmefällen parenteral zu verabreichen. (*Deutsches Ärzteblatt* 92, Heft 1/2, 9. Januar 1995 (75)).

Das *Arznei-Telegramm* bewertet die parenterale Anwendung wie folgt:

"Auf die i.m.-Injektion kann in der Regel verzichtet werden. Maximale Plasmakonzentrationen sind nach Einnahme einer wässrigen Diclofenac-Lösung (dispersible Tabletten, ab 20 Minuten) praktisch genauso schnell erreicht wie nach i.m.-Gabe (15-20 Minuten). Daher lässt sich auch die einmalige Injektion zur Therapieeinleitung im Notfall (nach vorheriger Aufklärung über die Risiken) nur rechtfertigen, wenn die Einnahme per os nicht möglich ist (z.B. bei Erbrechen)."

(2016 atd Arznei-Telegramm Arzneimitteldatenbank, Bewertung: Nichtsteroidale Antirheumatika, Abruf 19.02.2016)

Bei der Auswahl geeigneter Alternativen zur parenteralen Anwendung ist wiederum auf die Vorgaben zu achten: nur schnell freisetzende Darreichungsformen, keine Präparate mit modifizierter bzw. retardierter Wirkstofffreisetzung, nicht zur topischen Anwendung.

#### Mannitol-Lösung

Mannitol-haltige Infusionslösungen sind apothekenpflichtige Arzneimittel und werden entsprechend ihrer Zulassung zur Therapie des akuten Nierenversagens, bei Hirnödemen und bei Glaukom eingesetzt. Sie sind als Osmodiuretika somit grundsätzlich im Sprechstundenbedarf verordnungsfähig.

Der Einsatz dieser Arzneimittel in der Radiologie, insbesondere bei Doppelkontrastuntersuchung des Magen-Darm-Traktes, ist hingegen nicht als Sprechstundenbedarf möglich. Vielmehr sind diese Kosten gemäß Kapitel 40 EBM mit der Gebühr abgegolten.

### **Antiemetika**

Antiemetika sind für die Notfallbehandlung in der Praxis im zugelassenen Anwendungsgebiet als Sprechstundenbedarf zu-



lässig (mit Ausnahme von Seroninantagonisten, z.B. Ondansetron, Granisetron, Tropisetron etc., und Neurokinin-1-Antagonisten, z.B. Aprepritant). Nach den ergänzenden Bestimmungen in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung muss es sich überdies um eine (für den Notfall) geeignete Darreichungsform handeln. Unter diesem Aspekt wird die Anforderbarkeit dimenhydrinathaltiger Arzneimittel (z.B. Vomex®, Generika) seit der Übernahme des SSB durch die Rezeptprüfstelle Duderstadt kontrovers diskutiert. Die Krankenkassen in Hamburg vertreten nunmehr die Auffassung, dass dimenhydrinathaltige Arzneimittel zur oralen Anwendung (Tabletten, Dragees usw.) aufgrund der Darreichungsform nicht für den Notfall geeignet seien und lassen entsprechende SSB-Anforderungen regressieren. Wir bitten um Beachtung und empfehlen bis zu einer verbindlichen Klarstellung (falls notwendig) auf "geeignetere" Darreichungsformen (Ampullen, Zäpfchen) zurück zu greifen.

### Vorsicht bei der Bestellung östrogenhaltiger Vaginalcremes über Sprechstundenbedarf

Nach Auffassung der Krankenkassen sind Vaginalcremes nicht für den Einsatz bei den in der SSB-Vereinbarung aufgeführten Indikationen ("im Zusammenhang mit dem Wechsel eines Pessars und zur Behandlung von Labiensynechien für Kinderärzte") zugelassen. Daher akzeptiert die Rezeptprüfstelle Duderstadt nur noch Vaginalcremes im Rahmen eines Pessarwechsels, die folgende Formulierung in der Fachinformation enthalten: "Vor- und Nachbehandlung bei vaginalen Operationen bei Frauen mit Estrogenmangel" (z.B. Oekolp® und Cordes Estriol®).

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



### Praxisbesonderheiten Heilmittel

Lokalisation von Gelenkimplantaten kann bei der Codierung berücksichtigt werden

Per Diagnosecode Z96.6 ("Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten") ist in der neuen Version der ICD-10-GM-Klassifikation um eine fünfte Stelle ergänzt worden: Z96.60 bis Z96.68. Damit kann nun bei der Codierung berücksichtigt werden, an welchem Gelenk die Prothesen eingesetzt wurden. Der Code Z96.60 beispielsweise steht für das Vorhandensein einer Schulterprothese, der Code Z96.64 für das Vorhandensein einer Hüftgelenkprothese und der Code Z96.65 für das Vorhandensein einer Kniegelenkprothese.

Verordnungen, die auf Grundlage der neuen Codes ausgestellt werden, gelten im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V als Praxisbesonderheit. Die Vorgängerversion Z96.88 ("Vorhandensein von sonstigen näher bezeichneten funktionellen Implantaten") kann auch weiterhin verwendet werden.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben ihre Vereinbarung über Praxisbesonderheiten rückwirkend zum 1. Januar 2016 angepasst.

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

### Pneumokokkenimpfung für Säuglinge

Unterschiedliche Impfschemata für Frühgeborene und Reifgeborene

Für die Pneumokokkenimpfung von Säuglingen gelten künftig laut Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) zwei verschiedene Impfschemata:

- Frühgeborene Säuglinge (Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche) sollen wie bisher insgesamt vier Dosen eines Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs erhalten, die im Alter von zwei, drei, vier und 11 bis 14 Monaten gegeben werden sollen (sogenanntes 3+1-Impfschema).
- Reifgeborene Säuglinge sollen künftig insgesamt drei Dosen (statt bisher vier) eines Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs erhalten, die im Alter von zwei, vier und 11 bis 14 Monaten gegeben werden (sogenanntes 2+1-Impfschema). Zwischen der ersten und zweiten Dosis soll ein Abstand von zwei Monaten und zwischen der zweiten und dritten Dosis ein Mindestabstand von sechs Monaten eingehalten werden.

Die entsprechenden Impfstoffe haben nur für reifgeborene Säuglinge die Zulassung für das 2+1 Impfschema. Deshalb diese Differenzierung bei der Empfehlung. Im Epidemioligischen Bulletin 36/2015 findet sich die wissenschaftliche Erklärung für diese Änderung. Hier heißt es zusammenfassend:

"Die Umstellung auf das 2+1-Schema hat den Vorteil, dass reifgeborenen Säuglingen eine häufig schmerzhafte Impfung weniger verabreicht werden muss. die zu keiner nachgewiesenen Verbesserung der Schutzwirkung führt. Die Reduzierung des Impfschemas führt zu deutlichen Kosteneinsparungen und möglicherweise zu einer verbesserten Impfakzeptanz. Da die Effektivität des 2+1-Schemas im Vergleich zum 3+1-Schema möglicherweise um wenige Prozentpunkte geringer ist, kann allerdings nicht sicher ausgeschlossen werden, dass mit

einem 2+1-Impfschema einzeln zusätzliche IPD-Fälle auftreten können. Die Vorteile eines reduzierten Impfschemas überwiegen jedoch im Rahmen einer epidemiologischen Risiko-Nutzen-Bewertung dieses mögliche Risiko. Zur Aufrechterhaltung sowohl des individuellen Impfschutzes als auch für den Herdenschutz ist die 3. Impfstoffdosis im Alter von 11 bis 14 Monaten ausschlaggebend."

Die Änderung der SI-RL ist am 6. Februar 2016 in Kraft getreten. Grundlage dafür ist eine Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) aus dem Jahr 2015.

Auf unserer Homepage (www. kvhh.de) haben wir für Sie Impfübersichten bereitgestellt, die Ihnen und Ihren Mitarbeitern helfen, die Impfempfehlungen schnell und unkompliziert umzusetzen. Diese Übersichten halten wir aktuell und haben auch die oben beschriebenen Änderungen eingefügt.

### Neues T-Rezept

as Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gibt seit 1. Februar 2016 neue Vordrucke für das T-Rezeptformular aus. Das neue T-Rezept wurde dem aktuellen Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) angepasst und sieht nur noch eine Datumsangabe vor. Die jeweiligen Rückseiten des T-Rezeptformulars bleiben unverändert. Die bis zum 1. Februar 2016 ausgegebenen T-Rezeptformulare behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

Die sogenannten "T-Rezepte" sind Sonderrezepte, die ausschließlich zur Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid verwendet werden dürfen. Sie sind personengebunden und numeriert.

Weitere Informationen sowie ein Musterformular finden Sie im Internet unter: www.bfarm.de → Bundesopiumstelle → T-Register

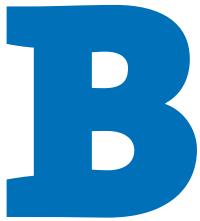


#### AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

### Missverständliche Beipackzettel

Auch Ärzte haben Schwierigkeiten, Angaben zu Nebenwirkungen richtig zu interpretieren

VON VIKTORIA MÜHLBAUER UND INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZ-WERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Beipackzettel sind schwer verständlich für Patienten. Das ist bereits bekannt. Aber auch Ärzte und andere Gesundheitsberufe haben Schwierigkeiten, die Informationen richtig zu interpretieren.

Die Häufigkeiten der gelisteten Nebenwirkungen werden von einem Großteil der Nutzer fälschlicherweise kausal auf die Anwendung des Medikaments bezogen. Ein Beispiel: Im Beipackzettel verschiedener Statine sind Muskelschmerzen als häufige Nebenwirkung gelistet. Zudem findet sich die Information darüber, was "häufig" bedeutet: nämlich das Auftreten in weniger als 1 von 10, aber mehr als 1 pro 100 Fällen (siehe Abbildung rechte Seite: "Ausschnitt aus dem Beipackzettel eines Statins").

So weit, so gut. Aber bedeutet das auch, dass Statine die Ursache für die Muskelschmerzen sind? Um das beurteilen zu können, muss man Daten aus aussagekräftigen randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) oder Meta-Analysen aus RCTs kennen. Nur in einem Vergleich mit einer Placebogruppe kann beurteilt werden, in welchem Ausmaß Statine Muskelschmerzen verursachen. Die Angaben zur Häufigkeit dieser Beschwerden unter Placeboeinnahme finden sich jedoch nicht im Beipackzettel.

Es gibt große RCTs und Meta-Analysen zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Statinen (siehe Tabelle "Häufigkeit von Muskelschmerzen"). Die Daten zeigen keinen statistisch signifikanten Unterschied im Auftreten von Muskelschmerzen zwischen Statin- und Placeboeinnahme. Das bedeutet: Die im Beipackzettel genannte Nebenwirkung tritt in vergleichbarer Häufigkeit auch unter Placebobehandlung auf. Aus diesem Grund kann diese Nebenwirkung nicht ursächlich auf die Statineinnahme zurückgeführt werden.

In einer kürzlich publizierten eigenen Untersuchung, die mit Unterstützung der "Arbeitsgruppe Beipackzettel" des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) entstanden ist, hat sich bestätigt, was wir schon seit längerem vermutet haben. Die Präsentation von Nebenwirkungen in Beipackzetteln ist irreführend. Ärzte, Apotheker, Studierende und andere Gesundheitsfachberufe schreiben in hohem Maße die gelisteten Häufigkeiten der Nebenwirkungen ursächlich dem Medikament zu. Das Missverständnis scheint so sehr verankert, dass selbst die Ergänzung der ge-

#### AUSSCHNITT AUS DEM BEIPACKZETTEL **EINES STATINS**

Gebrauchsinformation: Information für den Anwender CRESTOR® 5 mg/-10 mg/-20 mg Filmtabletten

Mögliche Nebenwirkungen, die häufig auftreten (diese können bei weniger als 1 von 10, aber mehr als 1 von 100 Patienten auftreten):

- Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen
- Verstopfung
- Übelkeit
- Muskelschmerzen
- Kraftlosigkeit
- Schwindel

### HÄUFIGKEIT VON MUSKELSCHMERZEN. DIE IN KLINISCHEN STUDIEN MIT STATINEN BERICHTET WURDEN

	Einnahme von Statinen	Einnahme von Placebo	p-Wert
Cochrane 2013 N=37938, Primärprävention	9,5%	9,2%	0,40
Finegold 2014 N=46262, Primärprävention	7,9%	7,6%	0,407
Finegold 2014 N=37618, Sekundärprävention	4,8%	4,6%	0,558

listeten Nebenwirkungen mit den Ergebnissen unter Placeboeinnahme das Verständnis nicht wesentlich verbessern konnte.

Was hat dieses Missverständnis mit evidenzbasierter Medizin zu tun? Kausale Zusammenhänge, also der durch das Arzneimittel verursachte Anteil an erwünschten und unerwünschten Ereignissen kann nur durch gute RCTs ermittelt werden. Zur Bewertung müssen die Daten aus Vergleichsgruppen vorliegen.

Die Angaben sollten in verständlichen absoluten Häufigkeiten mit Angabe von Zeiträumen präsentiert werden. Die Begriffe "Nebenwirkung" beziehungsweise "unerwünschten Arzneimittelwirkung" sind im Kontext des aktuellen Beipackzettels irreführend. Er vermittelt fälschlicherweise, dass die Häufigkeiten als Effekt oder als Wirkung des Medikaments zu interpretieren wären.

Was ist zu tun? In der vorliegenden Form sind Beipackzettel nicht zu verstehen. Die Begriffe "Nebenwirkung" beziehungsweise "unerwünschte Arzneimittelwirkung" müssen entweder als nicht zwangsläufig kausal erläutert werden oder es müssen andere Begriffe genutzt werden wie "unerwünschte Ereignisse" oder "Beschwerden". Idealerweise sollten Faktenboxen zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen eines Medikaments verfügbar sein.

Leider liegen für viele Medikamente keine verlässlichen Daten aus RCTs zu den unerwünschten Ereignissen oder Beschwerden vor. Jedoch wäre auch dieser Sachverhalt eine wichtige Information. Die Berücksichtigung von Unsicherheit und Ungewissheit könnte zu rationaleren medizinischen Entscheidungen führen. Eine korrekte Interpretation der Informationen zu Nebenwirkungen in Beipackzetteln könnte die Entscheidungen der Patienten und somit die Adhärenz zur konsequenten Einnahme eines Medikaments wesentlich beeinflussen.

Im Sinne der evidenzbasierten Medizin sind nicht nur aussagekräftige RCTs zur Bewertung von Nutzen und Schaden medikamentöser Therapien gefordert, sondern auch eine verständliche Präsentation der Daten nach den Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen.

Mühlbauer V, Mühlhauser I: Understanding adverse drug reactions in package leaflets – an exploratory survey among health care professionals. BMC Health Serv Res 2015: 15: 505.

### Viktoria Mühlbauer, Apothekerin & Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser

Universität Hamburg, MIN Fakultät, Institut für Pharmazie, Gesundheitswissenschaften E-Mail: viktoria.muehlbauer@uni-hamburg.de; Ingrid Muehlhauser@uni-hamburg.de

Tel: 040 42838 3988





### Übersetzungshilfen für den Praxisalltag

KBV hat Angebote zur Überwindung von Sprachbarrieren zusammengestellt

rzte, die fremdsprachige
Patienten behandeln, können
auf zahlreiche Übersetzungshilfen
zurückgreifen. Die KBV hat die von
Kammern, Behörden und Initiativen angebotenen Dokumente und
Internetquellen auf ihrer Website
zusammengestellt und verlinkt.
Geordnet ist die Übersicht nach den
Rubriken Anamnese, allgemeine
Informationen, medikamentöse
Therapie, Erkrankungen, Prävention
und Qualitätsmanagement.

Außerdem verweist die KBV auf einen medizinischen Taschendolmetscher des Deutschen Ärzte-Verlages, der 16 Fremdsprachen umfasst – von A wie Albanisch bis U wie Ungarisch. Die Begriffe sind für jede Sprache in thematische Kapitel gegliedert. Die Aussprache ist in Lautschrift dargestellt. Zudem enthält das Nachschlagewerk ein Telefonverzeichnis der Botschaften. Unmittelbar vor dem Gespräch mit dem Arzt nutzen viele Patienten die Patienteninformationen im Wartezimmer. Damit die Sprache nicht zum Hindernis wird, bietet die KBV ihre Flyer zu den Präventionsthemen Impfen, Hautkrebs-Check, J1 und Check-up 35 auch in den Fremdsprachen Englisch, Spanisch, Französisch, Russisch und Türkisch an.

Viele der mittlerweile über 50 Patienteninformationen zu Themen wie Asthma, Herzschwäche und Rückenschmerzen sind ebenfalls in den fünf Fremdsprachen und zusätzlich noch in Arabisch verfügbar. Die zweiseitigen Infoblätter erstellt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der KBV und der Bundesärztekammer. Die Übersicht im Internet:

www.kbv.de/html/1150 20914.php

Taschendolmetscher des Deutschen Ärzteverlages als Buch (links) und

als App (rechts)





Patienteninformationen der KBV und Therapieplan von Tip doc







### Mit Blumen und Applaus

Tagebuch von **Dr. Stephan Hofmeister**, stellv. Vorsitzender der KV Hamburg

### DONNERSTAG, 25.2.2016

"Sag´s mit Blumen", ist das Motto der Vertreterversammlung der KV Hamburg im Februar. Neben dem Blumengruß zum Geburtstag des KV-Vorstandsvorsitzenden Walter Plassmann werden zwei hochverdiente Mitglieder der Selbstverwaltung in ihrer letzten Vertreterver-

DIE ERFAHRUNGEN DER VERGANGENEN ZWEI JAHRE LASSEN MICH MIT SEHR GEMISCHTEN GEFÜHLEN ZUR KLAUSURSITZUNG DER KBV-VERTRETERVERSAMMLUNG GEHEN.

> sammlungs-Sitzung verabschiedet. Dr. Eckhardt von Bock und Polach und Dr. Ulrich Spink haben sich viele Jahre lang intensiv in der Selbstverwaltung in unterschiedlichsten Funktionen und Positionen engagiert und viel Zeit investiert. Sie stehen beispielhaft dafür, wie Selbstverwaltung funktioniert und wie sie genutzt werden kann, um die Belange des eigenen Berufsstandes aktiv zu gestalten. Das geht nicht in vielen Berufen. Nun werden die beiden Kollegen mit Blumen, Dank und langem Applaus "in den Ruhestand entlassen". Wo jemand geht, wird aber auch Platz frei für nachrückende Kollegen. Ihr Engagement, liebe Leserinnen und Leser, lässt die Selbstverwaltung leben. Die Vertreterversammlungs-Wahlen im Juli könnten ein erster Schritt sein!

### FREITAG/SAMSTAG, 26./27.2.2016

Im Süden Berlins treffen sich die Mitglieder der Vertreterversammlung der KBV zu einer Klausursitzung. Ziel ist es, vor der anstehenden Bundestagswahl in 2017 die strategischen Forderungen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten zu skizzieren.

Die Erfahrungen der vergangenen zwei Jahre lassen mich mit sehr gemischten Gefühlen in diese Veranstaltung gehen. Wird es gelingen, aus der Selbstbeschäftigung/-beschädigung in einen konstruktiven, strategisch ausgerichteten gemeinsamen Arbeitsmodus zu kommen? Es geht um Strategie und erste Konzepte, daher kann ich natürlich (noch) nichts Konkretes berichten. Atmosphärisch und inhaltlich ist die Klausur jedoch, entgegen meinen Befürchtungen, kollegial, sachorientiert und von guten Diskussionen geprägt. In Arbeitsgruppen werden intensiv wesentliche Themen diskutiert und erste strategische Ansätze für die gesundheitspolitische Positionierung der KBV und des KV-Systems formuliert. Daran kann und wird nun weiter intensiv gearbeitet werden. Ein Lichtblick!





### **STECKBRIEF**

**Dr. Hans-Ulrich Clever**, Moderator im Qualitätszirkel Diabetes und KHK, Blankenese, und im Qualitätszirkel des Netzwerkes Diabetischer Fuss, Hamburg

Name: **Dr. Hans-Ulrich Clever** 

Geburtsdatum: **4.5.1956** 

Familienstand: verheiratet, 4 Kinder

Fachrichtung: Innere, Diabetologie, Betriebsmedizin

Weitere Ämter: Vorsitzender im Netzwerk Diabetischer Fuss Hamburg, Fachbeisitzer und Prüfer im Weiterbildungsausschuss Diabetologie Hobbys: Wandern, Reisen, Fotographie, Motorradfahren, Segeln, Politik

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Auf jeden Fall. Besonders hat mich an chronischen Erkrankungen interessiert, wie Menschen mit den vielfältigen Belastungen ihren Alltag bewältigen und welches der "gute Grund" ist, wenn Menschen sich anders als erwartet entscheiden. Geprägt hat mich hier sicherlich auch die Lektüre von Bernhard Lowns Buch "Die verlorene Kunst des Heilens".

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Mir ist an einer guten und kollegialen Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den verschiedenen Disziplinen der Berufsgruppen gelegen, die Menschen mit Diabetes gut versorgen wollen. Der fachliche Austausch im Qualitätszirkel hilft mir, die Sorgen, Nöte und Probleme der Behandler aus einem anderen Blickwinkel kennen zu lernen. Der Blick über den Tellerrand des eigenen Horizontes ist immer hilfreich.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen? Diabetes und KHK: Gemeinsam sichere und erprobte Therapieansätze zu verfolgen unter Einschluss individueller und innovativer Lösungen. Netzwerk Fuß: Unnötige Amputationen zu verhindern durch Weiterbildung auf allen Versorgungsebenen, interdisziplinäre Kasuistiken.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die Zurückdrängung der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin, die bei uns Ärzten zu Interessenkonflikten mit ethischen Grundsätzen führt.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Dass die europäische Idee nicht durch einen erstarkenden Nationalismus und Populismus verbrannt wird und dass auch unseren Kindern Freizügigkeit und Frieden in Europa erhalten bleiben. ■



### **TERMINKALENDER**

### VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 16.6.2015 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

### QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QM aktuell Dieses Seminar richtet sich an alle Praxen, die wissen möchten, ob sie mit ihrem QM gut aufgestellt sind und ob sie die QM-Richtlinie erfüllen.  10 FORTBILDUNGSPUNKTE	Risikomanagement in der Arztpraxis Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermanagementsystemen nach den seit 2014 geltenden Mindeststandards 6 FORTBILDUNGSPUNKTE	QM-Richlinie Informationen zu den geänderten Vorgaben der QM-Richtlinie – insbesondere zu Mitarbeiterbefragungen und Risikomanagement. 4 FORTBILDUNGSPUNKTE			
Mi. 27.4.2016 (9.30 - 17 Uhr) € 149 inkl. Imbiss und Getränke Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99	Mi. 25.5.2016 (14 - 18 Uhr) € 98 inkl. Getränke Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99	Mi. 1.6.2016 (14.30 - 17.30 Uhr) € 65 inkl. Getränke und Snacks Ort: Satellite-Office im Gutruf-Haus, Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg)			
Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889					

### FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal - Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen	<b>DMP Patientenschulungen</b> Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen
Mi. 20.4.2016 (15 - 17 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 25.5.2016 (15 - 17 Uhr) € 25	Termine und weitere Infos: www.aerztekammer-hamburg. org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld "Stichwort" bitte den Suchbegriff "Zi-DMP" eingeben
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b Anmeldung: Fortbildungsakademie, , Tel: 202299-300, E-Mail: ak Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akadem	

### ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE	Fortbildung für Mitarbeiterinnen: "Gefährdungsbeurteilung I"  Zur Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
Mi. 29.4.2015 (15 - 20 Uhr) € 190 zzgl. MwSt. (inkl. Imbiss und Material)	Mi. 10.6.2015 (15 - 18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Material)

/ Betriebsarztpraxis Dr. med. Gerd Bandomer, Tel: 278063-47, Fax: 278063-48, E-Mail betriebsarzt@dr-bandomer.de

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 1. QUARTAL 2016 VOM 1. BIS 15. APRIL 2016

## INFOCENTER DER KVH

### BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

### Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

#### Was bieten wir Ihnen?

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

### Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH Heidenkampsweg 99 20097 Hamburg Telefon: 22 802 - 900

Telefax: 22 802 - 420

E-Mail: infocenter@kvhh.de Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag, Donnerstag

8.00 - 17.00 Uhr

Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr Freitag 8.00 – 15.00 Uhr

