

KVH journal

FEINJUSTIERUNG

Wie sich Hamburger Psychotherapeuten auf die Anforderungen der neuen Richtlinie einstellen



VERSORGUNG

Notfallpraxen feiern Jubiläum

STATISTIK

Wie man NNT interpretiert

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. Politik und 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 6/2017 (Juni 2017)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ausflüge nach Kassel zum Bundessozialgericht tritt man selten fröhlich und unbeschwert an. In aller Regel verblüffen die Richter am höchsten Sozialgericht in Deutschland alle Prozessbeteiligten mit ihrer Sicht auf die Rechtslage. Mit anderen Worten: Man bekommt selten umfassend Recht.

Der KV Hamburg ist dieses Kunststück allerdings nun gelungen. Nach über vierjährigen Auseinandersetzungen wurde der „Hamburger Punktwert“, jener Zuschlag, der die höheren Praxiskosten in Hamburg ausgleichen soll, vollumfänglich bestätigt. Keine Relativierung, keine Limitierung, lediglich die Vorgabe, dass über diesen Zuschlag jedes Jahr neu verhandelt werden müsse. Das dürfte gar nicht mal zum Schaden der KV Hamburg sein.

Damit hat die KV Hamburg wieder ein Stück Regionalisierung zurückerobert. So beharrlich wie nur wenige andere KVen fordern wir weitere Kompetenzen – denn nur so können wir den sehr speziellen Versorgungsstrukturen in Hamburg gerecht werden. Es ist erfreulich, dass dieser Weg, den der damalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) mit dem Versorgungsstrukturgesetz begonnen hatte, nun rechtlich gesichert ist. Schade, dass die scheidende Bundesregierung in dieser Hinsicht keinerlei Aktivitäten gezeigt hat.

Die „Schlacht um den Punktwert“ hat eine Unmenge an Zeit und Ressourcen verschlungen. Besonderer Dank geht in diesem Zusammenhang an unseren Rechtsanwalt Dr. Ulrich Steffen, an den Bereich Verträge unter Dr. Patrick Grzybek und an Frau Eva Schiffmann, deren wissenschaftliche Untermauerung unserer Forderung den strengen Blicken der Kasseler Richter standgehalten hat.

So war wenigstens die Fahrt von Kassel zurück an die Elbe fröhlich und unbeschwert.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_** Nachgefragt: Wie setzen Sie die neue Psychotherapie-Richtlinie um?
- 08_** Psychotherapie-Reform: Eine Frage der Organisation

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 12_** Fragen und Antworten zur Psychotherapie-Reform
- 15_** Terminservicestelle: Automatische Benachrichtigung bei Terminvergabe

- 16_** iFOBT zur Früherkennung von Darmkrebs
Patienteninformation der KBV
- 17_** Kosten für Anbindung an die Telematik-Infrastruktur werden erstattet

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 17_** Krankenkassen fordern Ärzte auf, auch 2017/2018 rabattierte Grippeimpfstoffe zu verwenden
- 18_** Achtung bei Arzneimitteln mit Mischpreisbildung!
- 19_** Aut-idem: Ankreuzen oder nicht ankreuzen?
- 20_** Was ist die ATC-DDD-Systematik?

ABRECHNUNG

- 21_** Wegen Umzug: Abrechnung 2/2017 bitte fristgerecht einreichen!
Hausärzte im Add-On-Hausarztmodell: Fallwert von 68 Euro
MGV sinkt durch Kassenwechsler



QUALITÄT

- 22_** Qualitätsmanagement-Seminar:
Tatort Praxis – vom Umgang mit
aggressiven Patienten
- 23_** Qualitätssicherungsvereinbarung
Molekulargenetik angepasst
Qualitätssicherungsvereinbarung
Intravitreale Medikamenteneingabe
überarbeitet

SELBSTVERWALTUNG

- 27_** Steckbrief Dr. Gerd Fass: Für Sie in
der neuen Vertreterversammlung
- 28_** Aus den Kreisen:
Versammlung des Kreises 19
- 30_** Versammlung des Kreises 20

KV INTERN

- 31_** Jubiläum der Notfallpraxen

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 33_** Hontschiks „Diagnose“

NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

- 24_** Wie man die NNT
(numbers needed to treat)
richtig interpretiert

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 22_** Bekanntmachungen im
Internet

TERMINKALENDER

- 34_** Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3 und 7: Michael Zapf; Seite 8: Rangga-Wijaya/iStock; Seite 14: Felix Faller/Alinea; Seite 29 und 30: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 31: Christian Wieken; Seite 33: Barbara Klemm; Seite 34: Michael Zapf, Liesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

Wie setzen Sie die neue Psychotherapie-Richtlinie um?



Benjamin Lange
kaufmännischer Leiter
des Psychotherapeutischen
Zentrums Colonnaden

Vernetzt arbeiten

Wir haben bereits vor der Psychotherapie-Reform eine intensive Erstdiagnostik mit Behandlungsempfehlung bei allen Neupatienten durchgeführt. Diese Leistung heißt nun „Sprechstunde“ und kann extrabudgetär abgerechnet werden. An den organisatorischen Abläufen hat sich nicht viel geändert: Während der Sprechstunde wird geklärt, ob der Patient eine Psychotherapie benötigt und wenn ja, welche spezielle Therapieform geeignet ist. In unserem MVZ arbeiten Verhaltenstherapeuten, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten und Analytiker. Auch die ärztlichen Fachrichtungen Psychiatrie und Neurologie sind vertreten. Die Patienten werden nach der Erstdiagnostik in ein zentrales Case-Management aufgenommen und dann gezielt auf die spezialisierten Behandler verteilt. Um die Wartezeit nach der Sprechstunde zu überbrücken, bieten wir Präventionskurse an (Achtsamkeit, Muskelentspannung, Yoga). **Wir erleben täglich die Vorteile vernetzten Arbeitens. Die Psychotherapie-Reform verstärkt diese Tendenz. Das ist eine für die Patienten notwendige und positive Entwicklung, die derzeit noch in den Kinderschuhen steckt. ■**



Claus Gieseke

psychologischer Psychotherapeut
in Dulsberg und Mitglied der Vertreter-
versammlung der KV Hamburg



Christa Prieß

psychologische Psychotherapeutin
in Bergedorf

Man ist flexibler

In unserer Praxis arbeiten sechs Therapeutinnen und Therapeuten an zwei Standorten. Vorteilhaft ist, dass wir die erweiterten Telefonzeiten untereinander aufteilen können. Aber dadurch erreichen die Patienten uns nicht mehr immer persönlich. Abklärungen und Auskünfte finden jetzt erst im Sprechstundentermin statt. Jemanden vor sich sitzen zu haben, den man eventuell gar nicht weiterversorgen kann – ist nicht immer einfach, damit muss man umgehen können. Noch weniger passgenau sind von der Terminservicesstelle vergebene Termine.

Im Prinzip ist die Sprechstunde aber vorteilhaft. **Ich habe zwar auch früher zeitnah Erstgespräche als Diagnostik- und Beratungstermine angeboten, auch wenn in der Praxis keine Behandlungsplätze zur Verfügung standen.** Die wurden aber extrem unzureichend vergütet. Die Abrechnung als Sprechstunden ist nun einfacher. Und man ist flexibler: Man kann mehrere Sprechstundentermine von 25 Min. oder längeren Einheiten pro Patient anbieten. Ein Ärgernis ist allerdings, dass die Sprechstunde trotz höherem Nachbereitungs- und Dokumentationsaufwand immer noch schlechter vergütet wird als eine gleichlange Therapie-sitzung. ■

Weniger Therapieplätze

Die neuen Leistungsangebote finde ich sehr gut, und auch die Ausweitung der persönlichen Erreichbarkeitszeiten grundsätzlich sinnvoll. Aber die rigide zeitliche Verpflichtung zu einigen Leistungen, insbesondere auch über die Terminservicesstelle, ist im Alltag einer ausgelasteten psychotherapeutischen Einzelpraxis ohne Mitarbeiter nur schwer umzusetzen und geht eindeutig zu Lasten der bisher angebotenen Richtlinienpsychotherapie. Bei vollem Versorgungsauftrag muss ich nun 200 Minuten pro Woche telefonisch erreichbar sein. Und ich muss wöchentlich 50 Minuten Sprechstunde und monatlich 50 Minuten Akutbehandlung für die Terminservicesstelle blocken (denn solche Erstkontakte kürzer anzubieten, ist fachlich nicht vertretbar). **Wenn ich das in meiner bisher mit Richtlinienpsychotherapie ausgelasteten Einzelpraxis auch zukünftig ohne Mitarbeiter (denn die unzureichende Finanzierung der neuen Leistungen lässt das nicht zu) umsetze, werde ich die Zeit irgendwo anders hernehmen und mein Versorgungsangebot mittelfristig um bis zu drei bis vier feste Therapieplätze für Richtlinienpsychotherapie kürzen müssen.** Das finde ich bedauerlich. Ich habe meine Zweifel, ob der Gesetzgeber sich das so vorgestellt hat und ob die neue Richtlinie an dieser Stelle wirklich der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung dient. ■

VON ANTJE THIEL

Eine Frage der Organisation

Die Psychotherapie-Reform stößt eine Diskussion an: Wie müssen psychotherapeutische Praxen strukturiert sein, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden?

Seit 1. April 2017 gilt die neue Psychotherapie-Richtlinie, die vielen psychotherapeutischen Praxen diverse Veränderungen in ihren organisatorischen Abläufen beschert hat (siehe ausführliche Berichterstattung im *KVH-Journal* 12/2016). Da ist zum einen die Auflage, jede Woche mindestens 200 Minuten lang telefonisch erreichbar zu sein. Aber auch verbindliche Sprechstunden, die neue Therapieform der Akutbehandlung, das Bereithalten von Terminen für die Vermittlung durch die Terminservicestelle sowie neue Formulare

und Fristen bei der Antragstellung erfordern in vielen Bereichen eine Umstellung.

TELEFONSPRECHSTUNDE WAR ÜBERFÄLLIG

Doch die Meinungen über die verschiedenen Aspekte der neuen Psychotherapie-Richtlinie gehen zum Teil recht weit auseinander. Für die Kinder- und Jugendpsychotherapeutin **MARTINA POTT** war eine Ausweitung der Telefonsprechstunden ein überfälliger Schritt. „Doch wie überfällig er tatsächlich war, sehe ich erst jetzt, da ich gezwungen bin, die telefonische Erreichbarkeit in meinen Praxisalltag

und meine Verwaltungsstruktur zu integrieren.“ Ihre Patienten rufen mittlerweile sehr gezielt genau zu den telefonischen Sprechzeiten an – und Martina Pott ist dann ganz Ohr, weil diese Zeit ausschließlich für Telefonkontakte reserviert ist. Die Telefonsprechstunden haben aber noch einen positiven Nebeneffekt: „Das Telefon klingelt ja nicht nonstop. Also schaffe ich es, während dieser Zeiten meinen Schreibtisch aufzuräumen, was ich bislang immer auf das Wochenende verschoben habe.“

Von ihren Erfahrungen mit der neuen Richtlinie berichten:



MARTINA POTT, Diplom-Pädagogin, Psychotherapeutin sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Hamburg-Eppendorf



BETTINA HANTKE, Psychoanalytikerin und Psychotherapeutin in Hamburg-Bergedorf



DR. UTE BARKOWSKI, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Hamburg-Bergedorf

DR. ULRIKE LUPKE, Diplom-Psychologin und psychologische Direktorin der Verhaltenstherapie Falkenried MVZ in Hamburg-Hoheluft

DR. WILTRUD GARMSEN, Fachärztin für Innere Medizin und Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Hamburg-Eimsbüttel

DR. BENJAMIN SIEMANN, Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ärztlicher Leiter der Verhaltenstherapie Falkenried MVZ in Hamburg-Hoheluft



TELEFONZEIT IST EIGENTLICH TOTE ZEIT

Manch anderer hingegen empfindet die Pflicht zur telefonischen Erreichbarkeit als Belastung. So sagt die Psychoanalytikerin **BETTINA HANTKE**: „Für mich mit meiner Einzelpraxis sind 200 Minuten sehr viel, das ist eine einschneidende Veränderung.“ Sie musste eine Organisationsform aufgeben, mit der sie bislang sehr zufrieden gewesen war: Ihre Patienten vereinbarten ausschließlich über das Internet Termine mit ihr und luden sich hierfür auf der Praxis-Homepage ein Formular zur Aufnahme in die Warteliste

herunter. Um jede Anmeldung zu berücksichtigen, gab es bereits vor dem 1. April eine Sprechstunde. „Ich verstehe die Not hinter der Neuregelung, doch für mich ist meine Telefonzeit eigentlich tote Zeit, in der ich kaum anderes tun kann als neben dem Telefon zu sitzen. Zeit, die dann für die eigentliche Versorgung fehlt“, meint Bettina Hantke.

DIAGNOSTIK-UNIT SOLL DIE KOMPETENZEN BÜNDELN

In einer großen psychotherapeutischen Einrichtung wie dem Verhaltenstherapie Falkenried MVZ bereitet die Telefonsprechstunde niemandem Kopfzerbrechen. So

erklärt deren psychologische Direktorin **DR. ULRIKE LUPKE**: „Wir sind ohnehin den ganzen Tag telefonisch erreichbar und bieten seit jeher kurzfristige Termine für Erstgespräche an.“ Hier macht man sich ganz andere Gedanken darüber, wie man die neue Richtlinie für eine Verbesserung des Versorgungsangebotes nutzen könnte. „Wir sind dabei, eine Diagnostik-Unit aufzubauen. Dabei handelt es sich um ein Netzwerk aus lauter approbierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb des MVZ Falkenried, die sich auf →

→ Erstsprechstunden konzentrieren und die Patientinnen und Patienten dann mit einer Diagnose dorthin weiterleiten, wo sie am besten aufgehoben sind und auch kurzfristig einen Therapieplatz bekommen. Entweder innerhalb unseres MVZ oder in einem stetig wachsenden Netzwerk aus niedergelassenen Psychotherapeuten“, erklärt Dr. Ulrike Lupke.

TELEFONSPRECHSTUNDE GEMEINSAM MIT KOLLEGEN ORGANISIEREN

Ähnlich äußert sich die Psychotherapeutin **DR. UTE BARKOWSKI**: „200 Minuten sind ein relevanter Teil meiner wöchentlichen Arbeitszeit. Ich habe mir ein Handy extra für diese Telefonsprechstunden angeschafft und verweise auf dem Anrufbeantworter meiner Praxis auf diese Mobilfunknummer.“ Mit dieser Lösung ist Barkowski zwar im geforderten Umfang telefonisch erreichbar, doch wirklich glücklich ist sie mit dieser Lösung noch nicht: „Ich denke immer noch darüber nach, wie ich das auf Dauer organisieren soll. Wahrscheinlich werde ich mich für die Telefonsprechstunde künftig mit einem Kollegen zusammentun.“

PATIENTEN KEINE UNNÖTIGEN HÜRDEN BEREITEN

DR. WILTRUD GARMSSEN wiederum sieht die Telefonsprechstunde nicht als besondere Herausforderung an: „Ich habe schon immer eine telefonische Sprechstunde angeboten. Vor meiner Niederlassung als Psychotherapeutin habe ich als Internistin in einer Praxis gearbeitet. In einer ärztlichen Praxis ist

telefonische Erreichbarkeit selbstverständlich, das habe ich auch auf meine psychotherapeutische Praxis übertragen.“ Die altgediente Therapeutin, die auf 26 Jahre in der psychotherapeutischen Praxis und zuvor 14 Jahre als Internistin zurückblickt, legt Wert auf gute telefonische Erreichbarkeit, um Patienten keine unnötigen Hürden zu bereiten, die den Kontakt zu ihr suchen.

BESSERE VERNETZUNG DER PSYCHOTHERAPEUTEN UNTER EINANDER

Ihr Kollege **DR. BENJAMIN SIEMANN**, ärztlicher Leiter im MVZ Falckenried, ergänzt: „In einigen Fällen stellt sich im Erstgespräch heraus, dass der Patient nicht zwingend eine Psychotherapie braucht. In anderen Fällen, in denen eine Psychotherapie angezeigt ist, wächst nach einem Erstgespräch beim Patienten der Wunsch nach einer Therapie. Wenn es dann nicht nahtlos weitergeht, kann die Dringlichkeit des Leidens steigen.“ Mit einer besseren Vernetzung der Psychotherapeuten untereinander könnte man auch diesen Patienten nach einer Erstsprechstunde rasch ein Therapieangebot machen. „Das setzt natürlich voraus, dass man einander kennt und Vertrauen in die fachliche Einschätzung der Kollegin oder des Kollegen hat“, meint Dr. Benjamin Siemann.

THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG BEGINNT MIT DEM ERSTEN KONTAKT

Doch nicht jeder ist uneingeschränkt begeistert von der Idee spezialisierter Akutzentren, die nach einer Erstsprechstunde Patienten an geeignete Kolleginnen und Kolle-

gen weiterleiten. So findet **DR. UTE BARKOWSKI**: „Es muss zwar für Patienten in einer akuten seelischen Krise Notanlaufstellen geben. Aber die Indikationsstellung für eine ambulante Psychotherapie bei Patienten, die ich selber in Behandlung nehme, muss ich auch selber machen. Denn die therapeutische Beziehung beginnt mit dem ersten Kontakt. Es fließen schließlich so viele ‚weiche‘ Faktoren in die Indikationsstellung mit ein, dass das nicht grundsätzlich bei einem anderen Therapeuten erfolgen sollte als dem, der letztlich auch die Langzeittherapie übernimmt.“

LOB FÜR DIE NEUEN PTV-FORMULARE

Dafür ist **DR. UTE BARKOWSKI** angetan von den neuen individuellen Patienteninformationen (PTV 11), die sie einem neuen Patienten nach dem Erstgespräch mit auf den Weg geben kann. „Es ist zwar manchmal nicht leicht, sich nach einem Gesprächstermin auf eine Diagnose und eine Therapieempfehlung festzulegen. Ich finde es aber gut, diese konkreten Informationen dem Patienten in die Hand zu geben, auch damit er sie mit seinem Hausarzt besprechen kann.“ Auch ihre Kollegin **BETTINA HANTKE** lobt die neuen Vordrucke: „Mir gefällt auch das neue PTV 10-Formular, in dem kurz patientenverständlich erklärt wird, welche Therapieformen es gibt. Das ist gut dargestellt und im Alltag sehr hilfreich.“

MEHRAUFWAND DURCH KÜRZERE BEWILLIGUNGSSCHRITTE

Nicht sonderlich glücklich ist **BETTINA HANTKE** hingegen mit dem Antragsprozedere im Vorfeld einer Kurzzeittherapie, die neuerdings in zwei Therapieschritte à zwölf Stunden gegliedert ist. „Da ich von der Gutachterpflicht befreit bin, konnte ich bislang 25 Stunden Kurzzeittherapie mit geringem bürokratischem Aufwand beantragen. Jetzt kann ich nur zwölf Stunden Kurzzeittherapie durchführen, bevor ich einen Antrag auf den zweiten Abschnitt à zwölf Stellen muss. Das ist etwas mühsamer als bisher.“ Auch **DR. UTE BARKOWSKI** kritisiert den bürokratischen Mehraufwand, der durch die verkürzten Bewilligungsschritte bei der Kurzzeittherapie entsteht: „Damit die Fristen für den Folgeantrag nicht verstreichen, muss man deutlich mehr planen als bisher.“

HEUTE AKUTBEHANDLUNG, FRÜHER KRISENINTERVENTION

Auch **DR. WILTRUD GARMSEN** fällt auf, dass die Dokumentation erheblich zugenommen hat: „Ich habe im Laufe meiner Praxistätigkeit schon viele Veränderungen und Reformen erlebt. Wir Psychotherapeuten hatten – gemessen an den niedergelassenen Ärzten – bislang nicht so viel Papierkram zu erledigen, doch jetzt rollt diese Welle halt auch auf uns zu.“ Abgesehen davon versteht sie den großen Wirbel um die neue Psychotherapie-Richtlinie nicht: „Nach meiner subjektiven Wahrnehmung hat sich gar nicht so viel verändert. Was heute Akutbehandlung heißt, nannte man früher Krisenintervention. Was daran brandneu sein soll, erschließt sich mir nicht.“ ■

Terminservicestelle: Anrufer haben oftmals falsche Erwartungen

Seit April 2017 müssen auch die Psychotherapeuten Termine an die Terminservicestelle melden. Die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen ist groß.

Viele Anrufer gehen davon aus, dass sie über die Terminservicestelle einen Therapieplatz vermittelt bekommen – eine Fehlinformation, die angeblich auch von Krankenkassen verbreitet wird. Die Terminservicestelle vermittelt aber nur Termine für psychotherapeutische Erstgespräche. Patienten, die einen Therapieplatz suchen, lassen sich in der Regel einen Sprechstundentermin geben – in der Hoffnung, danach vom selben Psychotherapeuten weiterbehandelt zu werden.

Für die Vermittlung eines Termins für eine Akutbehandlung benötigt der Patient eine Empfehlung durch einen Psychotherapeuten. Dies erfolgt mit einem Dringlichkeitscode, den der Patient nach der psychothera-

peutischen Sprechstunde erhält. Deshalb werden derzeit unterm Strich mehr Erstgesprächstermine als Akutbehandlungstermine vermittelt. Sollte sich herausstellen, dass die Nachfrage auf Dauer geringer als erwartet ist, wird die KV die Zahl der von den Psychotherapeuten angeforderten Termine reduzieren.

Bitte melden Sie der KV, wenn ein von der Terminservicestelle vermittelt Patient seinen Termin nicht wahrnimmt. Nur wenn die KV darüber informiert wird, kann sie die Terminservicestelle und das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten evaluieren.

Eine Fax-Vorlage zur Meldung nicht wahrgenommener Termine finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (Kasten auf der Startseite) Terminservicestelle: Psychotherapeutische Termine → Fax-Formular zur Meldung nicht wahrgenommener Termine

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

ABRECHNUNG

PSYCHOTHERAPEUTISCHES GESPRÄCH

Kann die GOP 35151 EBM (Psychotherapeutische Sprechstunde) oder GOP 35152 EBM (Akutbehandlung) in einem Behandlungsfall zusammen mit der GOP 23220 EBM (Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung) abgerechnet werden?

Ja. Im EBM ist für die oben angeführten GOPs nur ein Ausschluss in derselben Sitzung definiert.

GRUNDBAUSCHALE

Sind die Sprechstunde (GOP 35151 EBM) und die Akutbehandlung (GOP 35152 EBM) neben der Grundbeziehungsweise Versichertenpauschale abrechenbar?

Ja. Die Sprechstunde und die Akutbehandlung sind neben der Grundbeziehungsweise Versichertenpauschale abrechenbar.

ZUSATZZEICHEN

Wann muss ich die Abrechnungszusatzzeichen „L“, „S“, „R“, „U“ und „B“ setzen?

Zusatzzeichen im Rahmen der Übergangsregelungen | Der Zusatz „L“: Haben Sie vor dem 1. April 2017 nach der alten Psychotherapie-Richtlinie probatorische Sitzungen oder Kurzzeittherapien begonnen, können Sie diese nach dem alten Schema auch über den 1. April hinaus weiterführen und beenden. Die 5. probatorische Sitzung (bzw. 5. bis 8. Sitzung bei analytischer Psychotherapie) nach der GOP 35150 EBM muss mit dem Zusatz „L“ gekennzeichnet werden. Bei der Kurzzeittherapie muss die 25. Therapieeinheit ebenfalls mit einem „L“ gekennzeichnet werden.

Der Zusatz „S“: Hier gilt das Gleiche wie bei dem Zusatz „L“. Allerdings handelt es sich hier um probatorische Sitzungen oder Kurzzeittherapien, die Sie mit einer Bezugsperson durchgeführt haben.

Dauerhafte Zusatzzeichen | Der Zusatz „R“: Erbringen Sie nach der neuen Richtlinie Therapieeinheiten im Rahmen der Rezidivprophylaxe, wird hinter der Gebührenordnungsposition für die Psychotherapie der Zusatz „R“ hinzugefügt. Der Zusatz „U“: Erbringen Sie eine Therapieeinheit im Rahmen der Rezidivprophylaxe mit einer Bezugsperson, wird die Gebührenordnungsposition mit einem „U“ gekennzeichnet. Der Zusatz „B“: Alle weiteren Psychotherapieeinheiten, die nicht im Rahmen der Rezidivprophylaxe mit einer Bezugsperson nach der neuen Richtlinie stattfinden, werden mit einem „B“ gekennzeichnet.



TERMINSERVICESTELLE
BENACHRICHTIGUNG

Wie erfahre ich, ob ein Termin über die Terminservicestelle (TSS) gebucht wurde oder nicht?

Im Buchungsportal können Sie veranlassen, dass Sie automatisch per E-Mail oder Fax informiert werden, wenn ein Termin vergeben oder ein gebuchter Termin storniert wird. Dieser Service setzt voraus, dass Sie eine E-Mail-Adresse oder Fax-Nummer in den Kontaktinformationen des Buchungsportals hinterlegt haben. (Eine Anleitung zur Einstellung der Benachrichtigungsfunktion finden Sie auf Seite 15.) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, jederzeit im Buchungstool der Terminservicestelle nachzuschauen, ob einer Ihrer Termine gebucht wurde. Ist ein Termin gebucht, können Sie dort die Kontaktdaten des Patienten einsehen. Wurde Ihr Termin vergeben, erscheint die Uhrzeit in einem blauen Kasten, mit weißer Schrift. Klicken Sie auf dieses Feld, erscheinen die Kontaktdaten inklusive Telefonnummer des Patienten. Jeder Patient wird nach der Terminvergabe von den Mitarbeitern der Terminservicestelle dazu aufgefordert, den Termin in der Praxis telefonisch zu bestätigen.

NICHT VERGEBENE TERMINE

Muss ich im Terminservicestellen-Kalender die Termine, die weniger als sieben Tage in der Zukunft liegen, löschen beziehungsweise blockieren?

Nein. Diese Termine sind für die Terminservicestelle nicht mehr sichtbar und somit auch nicht mehr buchbar.

Zudem dienen die bereitgestellten Termine im Buchungsportal als Nachweis für statistische Auswertungen, weshalb wir Sie bitten, diese Termine nicht zu löschen oder zu blockieren.

BEHANDLUNGSABLAUF

EINVERSTÄNDNIS DER ELTERN

Ich bin Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und lasse mir von den Eltern vor Beginn einer Behandlung eine Einverständniserklärung unterschreiben, wenn ein Patient noch nicht volljährig ist. Wie soll ich vorgehen, wenn der Patient einen Sprechstundentermin über die Terminservicestelle vermittelt bekommen hat?

Die Mitarbeiter der Terminservicestelle weisen jeden Patienten nach der Terminvergabe darauf hin, den Termin in der Praxis im Nachgang telefonisch zu bestätigen. Im telefonischen Gespräch können Sie dann den Hinweis geben, dass vor der Behandlung die Einverständniserklärung zu unterschreiben ist. Sollte sich →

- entgegen dieser Empfehlung der Patient nicht in der Praxis melden, können Sie im Buchungsportal die Kontaktinformationen des Patienten entnehmen.

Wurde Ihr Termin vergeben, erscheint die Uhrzeit in einem blauen Kasten, mit weißer Schrift. Klicken Sie auf dieses Feld, erscheinen die Kontaktdaten inklusive Telefonnummer des Patienten.

AKUTBEHANDLUNG

Kann ich eine Akutbehandlung bei einem Patienten durchführen, bei dem eine Richtlinien-therapie vor weniger als 2 Jahren beendet wurde?

Es gibt keine Regelung, die das ausschließt. Grundsätzlich ist die Akutbehandlung jedoch nicht dafür gedacht, die Rezidivprophylaxe zu ersetzen.

SPRECHSTUNDE

Muss zwingend eine psychotherapeutische Sprechstunde vor einer Akutbehandlung oder probatorischen Sitzung erfolgen?

Nach der Übergangsregelung in § 11 der neuen Psychotherapie-Richtlinie ist die psychotherapeutische Sprechstunde ab dem 1. April 2018 vor einer Akutbehandlung oder probatorischen Sitzung verpflichtend. Eine Ausnahme besteht bei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer rehabilitativen Maßnahme entlassen wurden. In diesen Ausnahmefällen kann eine Akutbehandlung oder probatorische Sitzung auch ab dem 1. April 2018 ohne Sprechstunde beginnen.

REZIDIVPROPHYLAXE

Kann bei einem nicht absehbaren Therapieverlauf die Rezidivprophylaxe noch im Nachgang beantragt werden?

Nein. Sie müssen bereits bei Antragsstellung im PTV 2 angeben, ob Sie eine Rezidivprophylaxe durchführen wollen oder der Bedarf noch nicht absehbar ist. Sollten Sie auf diesem Formular den Bedarf nach einer Rezidivprophylaxe ausschließen, ist dies im Nachgang nicht mehr widerrufbar.

Voraussetzung für die Erbringung einer Rezidivprophylaxe ist die Anzeige der Beendigung der Richtlinien-therapie mit dem PTV 12. Bitte vergessen Sie nicht, das Feld „eine Rezidivprophylaxe wird durchgeführt“ anzukreuzen. Die Karenzzeit von zwei Jahren beginnt bereits mit der Anzeige der Beendigung der Therapie.

Infocenter Tel: 22802-900



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



Terminservicestelle: Automatische Benachrichtigung bei Terminvergabe

Wenn Sie automatisch informiert werden wollen, sobald ein von Ihnen eingestellter Termin von der Terminservicestelle vergeben wurde, müssen Sie im TSS-Portal eine entsprechende Funktion aktivieren. Und so geht's.

Terminplanung Überweisungscode
Profil
1

Rufen Sie im TSS-Portal den Menüpunkt „Profil“ auf.

Praxisanschrift und Kontaktdaten

Dies sind die Praxisinformationen, die der Terminservicestelle und Patienten bei einer Suche angezeigt werden. Sie stammen ursprünglich aus dem KV-Arzregister. Die Informationen zur Kontaktaufnahme können größtenteils von Ihnen geändert werden.

Anschrift und BSNR
 Betriebsstättennr. 123456789
 Dr. Max Mustermann
 Musterstraße 1
 20097 Hamburg

Kontaktinformationen

Unterhalb des Abschnitts „Praxisanschrift und Kontaktdaten“ klicken Sie auf „Kontaktinformationen“.

1 Email
3

Faxnummer für Benachrichtigungen Faxnummer aus Stammdaten

2 Ich möchte tagesaktuell über Buchungen und Absagen informiert werden per:

E-Mail
 Fax
 gar nicht

In dem neuen Fenster geben Sie die E-Mail-Adresse oder Faxnummer ein (1), über die Sie zukünftig benachrichtigt werden wollen. Wählen Sie anschließend die entsprechende Option aus (2) und bestätigen Sie Ihre Angaben mit „Änderungen speichern“. Bitte beachten Sie, dass Sie pro Betriebsstätte immer nur eine E-Mail-Adresse oder Faxnummer angeben können.

Sie haben fax als neuen Benachrichtigungskanal gewählt. Zur Bestätigung wird in wenigen Minuten an die ausgewählte Adresse eine Nachricht mit einem Bestätigungscode gesendet. Bitte holen Sie die Nachricht ab und geben Sie den Code in das folgende Feld ein, um eine Benachrichtigung zu aktivieren.

Bestätigungscode

Bestätigen

4

Sie erhalten auf dem von Ihnen ausgewählten Weg (E-Mail oder Fax) eine Benachrichtigung mit einem speziellen Code. Diesen geben Sie in das Feld „Bestätigungscode“ ein und klicken anschließend auf „Bestätigen“. Damit sind Sie für den Service freigeschaltet. Sie erhalten nun bei jeder Buchung einer Ihrer Termine oder bei Absage eines bereits gebuchten Termins eine Bestätigung per E-Mail oder per Fax.



iFOBT zur Früherkennung von Darmkrebs

Guajak-basierter Test ist präventiv keine Kassenleistung mehr – kurativ nur noch bis 1. Oktober

Seit dem 1. April 2017 ist das neue Testverfahren iFOBT zur Früherkennung von Darmkrebs Kassenleistung. Anspruch auf die Untersuchung haben Versicherte ab einem Alter von 50 Jahren. Der neue Test ist eine Leistung des Speziallabors, die eine Genehmigung der KV voraussetzt.

Der alte guajak-basierte Test ist präventiv keine Kassenleistung mehr. Im kurativen Bereich gilt eine Übergangsfrist bis zum 1. Oktober 2017. Von diesem Zeitpunkt an ist der guajak-basierte Test auch im kurativen Bereich nicht mehr zulässig. Die GOP 32040 sowie die Kostenpauschale 40150 werden gestrichen. Die

Vertragsärzte erhalten auch für die kurative Untersuchung die Testbriefe über das Labor, können aber nicht wie bei der Früherkennungsuntersuchung eine Ziffer für die Ausgabe und Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems und der damit verbundenen Beratung abrechnen. ■

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

Patienteninformation zu iFOBT

Mit einem Infoblatt für das Wartezimmer will die KBV Ärzte bei der Information der Patienten über den neuen Darmkrebs-Stuhltest unterstützen. Das DIN A4-Blatt informiert verständlich über das Darmkrebs-Früherkennungsprogramm und das neue Stuhltest-Verfahren. Schritt für Schritt wird erläutert, wie der Test funktioniert und welche Ärzte den Stuhltest ausgeben. Auch die Vorteile gegenüber dem bisherigen Verfahren werden genannt.

Die Patienteninformation im PDF-Format kann kostenfrei heruntergeladen und vervielfältigt werden.

www.kvhh.de → Formulare und Infomaterial → Patienteninformation → im Glossar unter „D“: Darmkrebs

wir
regulieren
ihren

[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

so vielfältig ihr praxisalltag, so vielschichtig die vorgaben, die es dabei zu beachten gilt. wie also patientenorientiert praktizieren, ohne dabei dinge wie das wirtschaftlichkeitsgebot aus dem blick zu verlieren? in der praxisberatung der kvh finden sie gemeinsam mit erfahrenen ärzten und apothekern lösungen. fragen sie uns einfach!



Krankenkassen: Auch 2017/2018 rabattierte Grippeimpfstoffe verwenden!

Nach Auffassung der Krankenkassen gelten in Hamburg die bisherigen Rabattverträge für Impfstoffe auch für die nächste Grippesaison weiter. Die Möglichkeit, solche Rabattverträge abzuschließen, wurde zwar per Gesetz abgeschafft. Doch wie sich diese Gesetzesänderung auf bereits bestehende Verträge auswirkt, ist noch nicht abschließend geklärt.

Die Krankenkassen sind aufgrund einer genutzten Verlängerungsoption vor Inkrafttreten der Regelung der Meinung, dass die Vertragsärzte auch in der nächsten Saison dazu verpflichtet sind, vorrangig die rabattierten Grippeimpfstoffe zu verwenden. Das sind:

- Influvac® Fertigspritzen mit feststehender Kanüle (10er Packung) von Mylan Healthcare und
- Vaxigrip® ohne Kanüle (10er Packung) von Sanofi Pasteur MSD.

Wir empfehlen unbedingt, die Rechtsauffassung der Krankenkassen zu berücksichtigen und die Bestellung der Grippeimpfstoffe für die Saison 2017/2018 entweder noch zurückzustellen oder auf die oben angegebenen Impfstoffe zu beschränken. Bitte beachten Sie, dass bei einem Weiterbestehen der Rabattverträge die Bestellung abweichender Grippeimpfstoffe – wie auch letzte Saison – nur in medizinisch begründbaren Einzelfällen statthaft wäre. ■

Über die weitere Entwicklung informieren wir Sie tagesaktuell unter www.kvhh.de.

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

Kosten für Anbindung an die Telematikinfrastruktur werden erstattet

Ärzte und Psychotherapeuten bekommen die Kosten für die Anbindung ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur voll erstattet. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf Erstattungsbeträge für die technische Erstausrüstung und die laufenden Betriebskosten geeinigt. Die Vereinbarung gilt ab dem 1. Juli 2017.

Bis Ende Juni 2018 – so schreibt es das E-Health-Gesetz vor – sollen alle Praxen mit der neuen Technik ausgestattet sein. Die Vereinbarung sieht vor, dass Praxen einen Festbetrag für einen Konnektor (mit Funktion für die qualifizierte elektronische Signatur) und für neue Kartenterminals bekommen.

Darüber hinaus erhalten Ärzte und Psychotherapeuten eine einmalige Startpauschale. Damit werden vor allem Kosten erstattet, die im Zusammenhang mit der technischen Ausstattung stehen, zum Beispiel für den Praxisausfall während der Installation des Konnektors und für die Kosten der Anpassung des Praxisverwaltungssystems. Auch für die Finanzierung des laufenden Betriebs erhalten die Praxen eine Erstattung. ■

Ansprechpartner:
Abteilung IT,
Astrid Fellerhoff,
Tel: 22802-539



Achtung bei Arzneimitteln mit Mischpreisbildung!

Das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg hat die Mischpreisbildung für Arzneimittel im Rahmen der Preisverhandlungen nach der Frühen Nutzenbewertung für rechtswidrig erklärt. Gegenstand dieser Eilentscheidung war der Erstattungsbetrag für das nutzenbewertete Arzneimittel Eperzan® (Albiglutid) zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 mit mehreren Patientengruppen.

Das Ergebnis einer Nutzenbewertung eines neuen Arzneimittels hinsichtlich seines Zusatznutzens wirkt sich auf den Erstattungsbetrag aus und somit auf die Kosten, die die Krankenkassen für das Medikament tragen müssen. Es finden daraufhin Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem jeweiligen Arzneimittelhersteller statt. Kommt es zu keiner Einigung, entscheidet die Schiedsstelle.

Im konkreten Fall hatte der GKV-Spitzenverband gegen das Ergebnis der Festsetzung des Erstattungsbetrags durch die Schiedsstelle geklagt. Das LSG entschied nun: Bildet der Gemeinsame Bundesausschuss in seinem Beschluss zur Nutzenbewertung Patientengruppen mit und ohne Zusatznutzen, darf der Erstattungsbetrag nicht per Mischpreisbildung zustandekommen, da dieser Preis für die Patientengruppen ohne Zusatznutzen zu hoch wäre.

Aus dem Vorhandensein eines Erstattungsbetrags darf nicht automatisch auf die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung in allen Anwendungsgebieten geschlossen werden.

Vertragsärzte würden sich unwirtschaftlich verhalten, wenn sie ein Arzneimittel für Patientengruppen ohne Zusatznutzen verordnen, bei denen der Mischpreis höher als der Preis der zweckmäßigen Vergleichstherapie liegt. Insgesamt sind bislang für über 40 Präparate Mischpreise gebildet worden.

Der Beschluss wurde im Eilverfahren getroffen. Es ist nun das Hauptsacheverfahren abzuwarten. Eine Entscheidung wird es voraussichtlich im Sommer dieses Jahres geben. Die KBV hat die aufgrund der Entscheidung entstandene Rechtsunsicherheit scharf kritisiert und den Gesetzgeber aufgefordert, eine gesetzliche Klarstellung zur Mischpreisbildung von Arzneimitteln zu treffen.

Als Konsequenz dieser Entscheidung ist derzeit nicht auszuschließen, dass Krankenkassen Verordnungen in Teilanwendungsgebieten oder bei Patientengruppen ohne Zusatznutzen als unwirtschaftlich ansehen. Um ein mögliches Regressrisiko zu minimieren, empfehlen wir, im Falle einer Verordnung bei diesen Patienten besonders gut zu dokumentieren, warum die kostengünstigere Vergleichstherapie im konkreten Fall nicht zweckmäßig bzw. indiziert ist. ■

Eine aktuelle Übersicht über alle Wirkstoffe in der Frühen Nutzenbewertungen finden Sie unter: www.kbv.de → Service → Verordnungen → Arzneimittel → Frühe Nutzenbewertung → Übersicht aller bewerteten Wirkstoffe

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

Aut idem: Ankreuzen oder nicht ankreuzen?

Eine Änderung aus dem Jahr 2002 sorgt auch heute noch ab und zu in den Praxen für Verwirrung. Vor 2002 kreuzte der Arzt das Aut-Idem-Feld auf dem Rezept an, um den Austausch gegen etwas „Gleiches“ zu erlauben („aut idem“ bedeutet: „oder Gleiches“).

Dann änderte der Gesetzgeber die Regelung, und die Bedeutung des Ankreuzens wurde ins Gegenteil verkehrt. Heute muss der Arzt das Aut-Idem-Feld durchstreichen (ankreuzen), um den Austausch gegen etwas „Gleiches“ zu verbieten.

WAS GESCHIEHT, WENN DER ARZT "AUT IDEM" NICHT DURCHSTREICHT (ANKREUZT)?

Wenn der Arzt kein Kreuz setzt, lässt er den Austausch zu. Der Apotheker ist damit zum Austausch verpflichtet, sofern es einen Rabattvertrag gibt. Er tauscht nach folgenden Regeln aus, um eine gleichbleibende medizinische Qualität zu gewährleisten:

- Die Arzneimittel enthalten denselben Wirkstoff mit identischer Dosis.
- Die Packungsgröße ist gleich (im Bereich der Normgrößen).
- Die Darreichungsform ist austauschbar, z.B. Tabletten und Dragees. Nach der Arzneimittel-Richtlinie sind z.B. auch



Tabletten und Schmelztabletten austauschbar. Ist es für die Therapie entscheidend, dass der Patient die schnellwirksamen Schmelztabletten erhält, sollten Sie das Aut-Idem-Feld durchstreichen.

- Das Arzneimittel ist für eine gleiche Indikation zugelassen.
- Das Arzneimittel steht nicht auf der Substitutionsauschlussliste.

Besteht ein Rabattvertrag, ist die Apotheke verpflichtet, das Rabattarzneimittel abzugeben.

- Wird ein Original verordnet, für dessen Generika Rabattverträge bestehen, muss das Rabattarzneimittel abgegeben werden.
- Wird ein Original verordnet, für dessen Generika keine Rabattverträge bestehen, kann der Apotheker entweder eines der drei günstigsten Generika abgeben oder das verordnete Original.

IN WELCHEN FÄLLEN SOLLTE DER ARZT "AUT IDEM" DURCHSTREICHEN (ANKREUZEN)?

Grundsätzlich empfiehlt die KV, den Austausch nur aus-zuschließen, wenn es dafür wichtige medizinische Gründe gibt. Das kann der Fall sein

- wenn bei der Therapie ein gleichmäßiger Wirkspiegel wichtig ist, z.B. bei Antiepileptika,
- wenn Wirkstoffe mit enger therapeutischer Breite oder Wirkstoffmengen im µg-Bereich vorliegen, z.B. Herzglykoside, Schilddrüsenhormone, Lithium
- wenn unterschiedliche Inhalationssysteme gegeneinander ausgetauscht werden können, obwohl die Anwendungen im Einzelfall sehr unterschiedlich sind. Wenn der verordnende Arzt den Austausch für bedenklich hält und der Patient ein bestimmtes Inhalationssystem bekommen muss, sollte er ein Kreuz setzen. ■

Wirkstoffvereinbarung

Zur Zielerreichung bei der Wirkstoffvereinbarung empfehlen wir eine Wirkstoffverordnung (soweit möglich) — oder die namentliche Verordnung eines Generikums ohne Aut-Idem-Kreuz.

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



Was ist die ATC/DDD-Systematik?

Im Zusammenhang mit der neuen Wirkstoffvereinbarung ist immer wieder von der ATC-Klassifikation und von DDD die Rede: Die Wirkstoffgruppen werden auf Basis der anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) Klassifikation gebildet, und die Mengen der verordneten Arzneimittelwirkstoffe bemessen sich nach der entsprechenden „defined daily dose“ (DDD). Was ist das für eine Systematik? Worum geht es dabei?

ATC-KLASSIFIKATION

Die amtliche ATC-Klassifikation ist eine festgelegte Systematik zur Einteilung von pharmakologischen Wirkstoffen. Diese werden nach dem Organ oder Organsystem, auf das sie einwirken, und nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften in verschiedene Gruppen eingeteilt. Ein Wirkstoff kann mehr als einen ATC-Code haben, wenn er in zwei oder mehr Dosierungsstärken oder Zubereitungen mit eindeutig unterschiedlicher therapeutischer Anwendung verfügbar ist.

DDD

Diesen Wirkstoffen zugeordnet ist eine definierte Tagesdosis (DDD). Die DDD ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis (nicht Erst- oder Einstellungs-dosis) für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen. Es handelt sich um eine rein rechnerische Größe, die nicht notwendigerweise die empfohlene Dosierung oder die tatsächlich angewendeten Dosierungen eines Arzneimittels wiedergibt. Bei unterschiedlichen Darreichungsformen (oral, parenteral) eines Wirkstoffs wird pro Darreichungsform eine DDD festgelegt. Bei deutlich unterschiedlichen Anwendungsgebieten und Dosierungsempfehlungen erhält ein Wirkstoff unterschiedliche ATC-Codes mit entsprechenden DDD.

BEISPIELE

Duloxetin	Go4BX18	Andere Urologika	DDD: 80 mg oral
	No6AX21	Andere Antidepressiva	DDD: 60 mg oral
Sumatriptan	No2CC01	DDD: 20 mg nasal; 50 mg oral; 6 mg parenteral; 25 mg rektal	

SYSTEMATIK DES ATC-CODES

N Nervensystem	N Nervensystem
No6 Psychoanaleptika	No2 Analgetika
No6A Antidepressiva	No2C Migränemittel
No6AX andere Antidepressiva	No2CC Triptane
No6AX18 Wirkstoff Duloxetin	No2CC01 Wirkstoff Sumatriptan

WARUM GIBT ES DIE ATC/DDD-SYSTEMATIK?

Erst die eindeutige Zuordnung von Arzneimitteln mit Hilfe des ATC-Codes und die Messung der verordneten Arzneimittelmengen mit Hilfe definierter Tagesdosen (DDD) ermöglicht eine tiefer gehende und reproduzierbare Analyse von Verordnungsdaten.

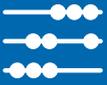
Mithilfe der DDD können verordnete Arzneimittelmengen miteinander verglichen werden. Auf Basis der DDD ist es zum Beispiel möglich, die verordnete Menge an Hepatitis-C-Präparaten je Versichertem in Schleswig-Holstein mit der in Hamburg zu vergleichen und einen Eindruck von der Behandlungshäufigkeit zu bekommen.

Die DDD sind also eine Rechenhilfe: Die jeweilige Menge der zu betrachtenden Wirkstoffe werden in DDD umgerechnet, sodass ein direkter Häufigkeitsvergleich unterschiedlicher Therapien und Wirkstoffe möglich wird. Sie wird herangezogen als relativierendes Äquivalenzmaß bei wirkstoff-, dosis- und darreichungsformenübergreifenden Auswertungen.

Die amtliche Fassung der ATC-Klassifikation mit DDD wird jährlich aktualisiert und an den deutschen Markt angepasst. ■

Die Fassung für 2017 finden Sie im Internet: www.dimdi.de

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



Honorar: MGV sinkt durch Kassenwechsler

Die Hamburger Kassen-Landschaft ist in Bewegung. Vor allem die Techniker Krankenkasse (TK) gewinnt immer mehr Versicherte hinzu. Das hat negative Auswirkungen auf das Honorar der Ärzte und Psychotherapeuten, weil die Berechnungssystematik der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) verzögert auf die Versichertenwanderung reagiert. Die KV Hamburg fordert, dass dieses Problem bei den Honorarverhandlungen für das Jahr 2018 berücksichtigt wird.

Die MGV, die eine Krankenkasse für ein Quartal zu zahlen hat, orientiert sich daran, wie groß der von ihren Versicherten verursachte Anteil am Gesamtleistungsbedarf im Vorjahresquartal war. Die Höhe der zu entrichtenden MGV hängt also insbesondere davon ab, ob die Versicherten einer Kasse im Vorjahresquartal hohe oder niedrige Kostenanteile verursacht haben.

In der TK sind Patienten mit einem unterdurchschnittlichen Leistungsbedarf versichert. Deshalb zahlt die TK einen niedrigeren Pro-Kopf-Betrag als Kassen mit höherem Leistungsbedarf. Wechselt ein Versicherter von einer Kasse mit höherem Leistungsbedarf in die TK, werden für den Wechsler zunächst die Leistungsbedarfsanteile der TK aus dem Vorjahresquartal zugrunde gelegt, obwohl er möglicherweise einen höheren Leistungsbedarf mitbringt. Erst im darauffolgenden Jahr wird die MGV an die tatsächlichen Leistungsbedarfe angepasst.

Dieser zeitliche Verzug bedeutet für die Hamburger Vertragsärzte und Psychotherapeuten faktisch eine Honorarabsenkung. Deshalb muss auf Bundesebene eine Regelung gefunden werden, die verhindert, dass die Höhe der MGV durch Kassenwechsler beeinflusst wird. ■

Hausärzte im Add-On-Hausarztmodell: Fallwert von 68 Euro

Die KV hat Abrechnungsdaten des Hausarztvertrages zwischen der KV und der AOK Rheinland/Hamburg ausgewertet. Betrachtet wurde das Quartal 3/2016. **Demnach rechneten knapp 27 Prozent** der Hamburger Hausärzte und etwa 23 Prozent der Kinderärzte Leistungen aus dem Add-On-Hausarztmodell ab. Der durchschnittliche Umsatz, den ein Hausarzt durch die Teilnahme zusätzlich erzielte, lag bei 1500 Euro. Die teilnehmenden Kinderärzte setzten im Schnitt zusätzlich jeweils 907 Euro um. **Pro Patient erzielten die Hausärzte** einen durchschnittlichen Umsatz-Zuwachs von 16 Euro. Zählt man dieses Add-On-Honorar und den Hamburger Fallwert zusammen, ergibt sich für teilnehmende Hausärzte ein Gesamt-Fallwert von insgesamt knapp 68 Euro. ■

Wegen Umzug: Abrechnung 2/2017 bitte fristgerecht einreichen! Abgabefrist: 3. bis 12. Juli 2017

Am 15./16. Juli 2017 zieht die KV in das neue Haus in der Humboldtstraße 56. Das verkürzt die Bearbeitungszeit, die den KV-Mitarbeitern zur Verfügung steht. Deshalb bitten wir die Praxen, die Abrechnung 2/2017 innerhalb der offiziellen Abgabefrist einzureichen. Eine Fristverlängerung kann nur in Ausnahmefällen genehmigt werden und muss substantiell begründet sein. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss vor Beginn der Abgabefrist schriftlich gestellt werden. Die Abrechnung ist grundsätzlich online zu übermitteln. Die KV bietet Ihnen jedoch die Möglichkeit, Ihre Abrechnung wie bisher auf einen Datenträger in die KV zu bringen und dort in einem bereitgestellten Computer einzulesen. Aufgrund des bevorstehenden Umzuges ist das diesmal nur in der Zeit vom 3. bis 12. Juli 2017 möglich. Wir bitten um ihr Verständnis.



Seminar: Tatort Praxis

Vom Umgang mit aggressiven Patienten

Die KV Hamburg bietet erneut ein Deeskalations-Seminar an. Dass am Empfangstresen ein Patient steht, der laut und unangenehm wird, werden die meisten Praxismitarbeiter schon mal erlebt haben. Wie reagiert man, wenn ein Patient beleidigend wird, mit der Faust auf den Tresen schlägt? Wenn eine Situation außer Kontrolle gerät? Wenn eine gewaltsame Eskalation zu befürchten ist?

Nicht nur im Rettungsdienst oder in Kliniken, auch in Arztpraxen kommt es zu kritischen Situationen. Etwa 91 Prozent der Hausärzte, die an einer bundesweiten Befragung der Technischen Universität München teilgenommen haben, gaben an, im Verlauf ihrer Tätigkeit mit aggressiven Patienten konfrontiert gewesen zu sein. Erfahrungen mit gewalttätigen Patienten

haben 23 Prozent der Teilnehmer gemacht (Florian Vorderwülbecke: „Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte“, *Deutsches Ärzteblatt* 10/2015).

Knapp zwei Drittel der Ärzte, die sich an einer Online-Umfrage des Ärztenachrichtendienstes beteiligten, hielten die Teilnahme an einem Anti-Gewalt-Seminar für eine gute Idee (*änd*, 25.4.2017). Nur wenige Praxen haben bisher entsprechend geschulte Mitarbeiter. ■

Für Ärzte und Praxispersonal

Termin: Mi, 21.6.2017 (14-18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 85 inkl. Getränke

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

● 2. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J 2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordination mit Wirkung zum 1. April 2017

● 2. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U 10 / U 11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der Knapp-

schaft und der AG Vertragskoordination mit Wirkung zum 1. April 2017

● 3. Nachtrag zum DMP Brustkrebs (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

Hinweis: Kündigung von Verträgen:

● Vertrag zur Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg mit dem BKK-Landesverband NORDWEST: Der BKK-Landesverband NORDWEST hat den o. g. Vertrag zum 30. Juni 2017 gekündigt.

Hinweis: Austausch von Anlagen:

● Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiter-

krankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V: Die Anlagen 6, 7 und 8 wurden aufgrund des neuen Logos der DAK-Gesundheit sowie zusätzlich die Telefaxnummer (Kontaktdaten des Fachzentrums Balin-gen) in der Anlage 6 aktualisiert.

Hinweis: Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen:

● Im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ II wurde eine neue Liste zu den teilnehmenden Betriebskrankenkassen angefügt:

Teilnahme der BKK Textilgruppe Hof

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

Qualitätssicherungsvereinbarung IVM überarbeitet

Zum 1. April 2017 wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe überarbeitet und aktualisiert. Die Bestimmungen in § 1 „Ziel und Inhalt“ wurden angepasst. Nun dürfen Leistungen der IVM generell bei Vorliegen einer choroidalen Neovaskularisation (CNV) durchgeführt werden. Der Punkt „aufgrund einer pathologischen Myopie (PM)“ entfällt.

Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 6 wurde verlängert. Die Prüfungen sind nun bis zum 31. Dezember 2019 befristet. Abhängig von den Prüfergebnissen wird vereinbart, ob und gegebenenfalls in welcher Form die Dokumentationsprüfungen danach weitergeführt werden. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Monika Zieminski, Tel: 22802-603
Lucas Rathke, Tel: 22802-358
Cornelia Wehner, Tel: 22802-602

Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik angepasst

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen ist geändert worden. Die Anpassung wurde notwendig, weil die humangenetischen Leistungen im EBM neu strukturiert worden sind. Dabei sind Leistungen weggefallen und andere neu hinzugekommen. Die Qualitätssicherungsvereinbarung hat diese Änderungen nun nachvollzogen. Die neue Fassung ist zum 1. April 2017 in Kraft getreten. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Michael Bauer, Tel: 22 802-388
E-Mail: michael.bauer@kvhh.de
James Oteng, Tel: 22 802-601
E-Mail: james.oteng@kvhh.de

BKK-Landesverband NORDWEST kündigt Betreuungsstrukturvertrag

Der BKK-Landesverband NORDWEST hat den Vertrag zur Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg (sog. Betreuungsstrukturvertrag) zum 30.06.2017 gekündigt.

Ab 1.7.2017 Teilnahmeverfahren für Verträge zur Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen U10/ U11 und J2 mit der Knappschaft

Ab dem 01.07.2017 ist aufgrund gesetzlicher Vorgaben sowohl für

- die Versicherten der Knappschaft, die die Untersuchungen nach dem jeweiligen Vertrag in Anspruch nehmen wollen,

- als auch für alle teilnahmeberechtigten Ärzte, die Leistungen nach diesen Verträgen erbringen wollen,

die Abgabe einer schriftlichen Teilnahmeerklärung erforderlich. Die Teilnahmeerklärungen für Versicherte werden den teilnehmenden Ärzten durch die bvkj.Service GmbH und die KV Hamburg zum Download zur Verfügung gestellt. Die Teilnahmeerklärung für Ärzte hält die KV Hamburg bereit.

Die Formulare sind eingestellt auf der Website der KV Hamburg unter Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → P → Pädiatrische Versorgung (U10/U11/J2) → Formulare Knappschaft.

Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 – 900



 AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Die Number Needed to Treat (NNT)

Was sagt die NNT wirklich aus
bei prognoseverbessernden Behandlungsoptionen?

VON ANDREAS SÖNNICHSEN IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Ganz allgemein betrachtet, gibt die NNT (number needed to treat) die Anzahl der Patienten an, die mit einer bestimmten medizinischen Maßnahme behandelt werden müssen, damit genau ein Patient von dieser Behandlung profitiert [1]. Sie lässt sich aus dem Unterschied zwischen der Ereignisrate der Patientengruppe, die diese Maßnahme erhält, und der Ereignisrate der Kontrollgruppe, welche die Maßnahme nicht erhält, errechnen (100 geteilt durch die absolute Risikoreduktion in %).

Dabei kann das Ereignis sowohl ein negatives (z.B. Tod) als auch ein positives (z.B. Schmerzfreiheit) sein. Die „Chancen“ auf ein negatives Ereignis können auch als „number needed to harm“ (NNH) angegeben werden und errechnen sich analog. Die Ereignisraten müssen in der Regel aus einer randomisiert kontrollierten Studie oder aus einer Metaanalyse randomisiert kontrollierter

Studien abgelesen werden. NNTs können sowohl für die unmittelbare Effektivität einer therapeutischen Intervention (z.B. Einsatz eines Antibiotikums zur Behandlung einer akuten Otitis media) als auch zur Nutzenanalyse einer prognoseverbessernden Langzeitbehandlung berechnet werden.

Merke: Je niedriger die NNT, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapie Erfolg hat.

Im Folgenden wollen wir die NNT bei einer prognoseverbessernden Langzeitbehandlung genauer betrachten. Als Beispiel sei eine Metaanalyse randomisiert kontrollierter Studien zur Statintherapie in der kardiovaskulären Primärprävention angeführt [2].

Die Autoren schlossen zehn große randomisiert kontrollierte Studien in ihre Metaanalyse ein. Insgesamt wurden 33683 Patienten mit einem Statin behandelt und 33793 erhielten ein Placebo. In der Statingruppe verstarben 1725 Personen, in der Kontrollgruppe 1925. Die Ereignisrate für Tod (absolutes Risiko) lag also unter den Behandelten bei 5,12% und unter den Kontrollen bei 5,70%. Die absolute Risikoreduktion lag bei 0,58% und die NNT somit bei 172. Das bedeutet, es müssen 172 Patienten mit einem Statin behandelt werden, um genau einen Patienten vor dem Tod zu bewahren.

Nun weist genau diese letzte Aussage einen Fehler auf, den man nicht selten findet, wenn über NNTs berichtet wird: Es fehlt der Bezug zum Behandlungs-

zeitraum. Dieser betrug in unserer Statinstudie im Durchschnitt 4,1 Jahre. Wenn man davon ausgeht, dass die Ergebnisse der in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien homogen sind – also in etwa den gleichen Zusammenhang zwischen Statineinnahme und Mortalität zeigen – so ist es zumindest näherungsweise möglich, die NNT auf diesen Durchschnittszeitraum zu beziehen. In unserem Fall müssen also die oben errechneten 172 Patienten 4,1 Jahre lang behandelt werden, um einen Todesfall zu verhindern (siehe Abbildung).

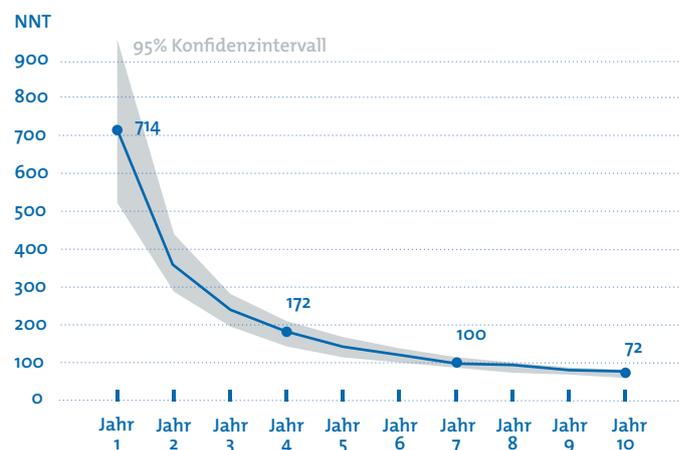
Nun wird aber häufig extrapoliert, wobei die Statin-Kritiker die NNT gerne auf ein Jahr herunterrechnen und die Befürworter auf 10 Jahre hochrechnen. Beide gehen davon aus, dass ein linearer Zusammenhang zwischen Zeit und absoluter Risikoreduktion gegeben ist (das heißt, die absolute Risikoreduktion steigt mit zunehmender Behandlungsdauer gleichmäßig an).

Nehmen wir an, der Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und absoluter Risikoreduktion wäre tatsächlich linear. Für diesen Fall zeigt sich ein umgekehrt exponentieller Zusammenhang zwischen Zeit und NNT (siehe Abbildung).

In unserem Beispiel läge die NNT für eine einjährige Behandlungsdauer bei 714. Die NNT sinkt dann in den ersten Jahren zunehmender Behandlungsdauer am stärksten und liegt erst nach 7 Jahren bei 100 (was man als Grenze für eine sinnvolle Therapie ansehen könnte). Allerdings werden nur wenige beschwerdefreie Patienten bereit sein, mindestens 7 Jahre lang eine Dauermedikation mit einem Statin in Kauf zu nehmen, wenn nur jeder Hunderdste davon profitiert.

Nach 10 Jahren Statintherapie liegt die NNT bei 72. Ihren (theoretischen) Minimalwert erreicht die NNT, wenn alle Unbehandelten gestorben sind (absolutes

NNT IN ABHÄNGIGKEIT VOM BEHANDLUNGSZEITRAUM



Statintherapie in der kardiovaskulären Primärprävention
(Rechengrundlage: Literaturangabe 2).

Risiko der Unbehandelten 100%). Das wäre in unserem Beispiel erst nach 72 Jahren der Fall, was natürlich in Anbetracht der Lebenserwartung des Menschen absurd ist. Und selbst dann wäre die NNT noch 10!

Die NNT bezieht sich auf einen bestimmten Behandlungszeitraum. Bei der Interpretation des Wertes muss man sich also fragen: Liegt der Behandlungszeitraum für meinen Patienten in einem realistischen Bereich – zum Beispiel im Hinblick auf die Lebenserwartung?

Der nächste Fehler, der in Studien sehr häufig gemacht wird, ist, dass die NNT ohne Zusatzinformationen über deren Unsicherheit angegeben wird. Die Unsicherheit ist abhängig von der Stichprobe: Je kleiner die Stichprobe, desto größer die Unsicherheit. Diese Unsicherheit in Abhängigkeit von der Stichprobengröße wird



in der Regel durch Angabe des 95%-Konfidenzintervalls (95%-KI) zum Ausdruck gebracht. Das 95%-KI ist jenes Intervall, in dem der wahre betreffende NNT-Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Das 95%-KI für die NNT wird in Studien oftmals nicht berichtet, es lässt sich aber aus anderen angegebenen Werten berechnen [3]. Als Faustregel gilt: Vorsicht bei Studien mit kleiner Stichprobe! Ist die Stichprobe klein und das 95%-KI entsprechend groß, kann der Nutzen der Therapie trotz scheinbar gutem NNT-Wert fraglich sein.

Die von uns betrachtete Beispielstudie hat eine große Stichprobe. Errechnet man den 95%-KI, zeigt sich aber noch ein anderer Einflussfaktor für die Unsicherheit der NNT: Je kürzer der Behandlungszeitraum, desto größer das 95%-KI. Bei einem Behandlungszeitraum von unter einem Jahr geht der obere Wert des 95%-KI für die NNT gegen unendlich (siehe Abbildung Seite 25).

Der NNT ist mit Unsicherheit behaftet. Je kleiner die Stichprobe, desto unsicherer der angegebene Nutzen. Kurze Behandlungszeiten führen bei prognoseverbessernden Langzeitbehandlungen in der Regel zu oberen 95%-Konfidenzintervall-Werten, die gegen unendlich tendieren.

Hier ist nun eine weitere Eigenschaft der NNT zu beachten: Der Wert bezieht sich immer nur auf ein bestimmtes, in der zugrunde liegenden Studie als (primä-

rer) Endpunkt definiertes Ereignis. In vielen Studien mit prognoseverbessernden Medikamenten werden jedoch zusammengesetzte („composite“) Endpunkte definiert. Das heißt, als Zielereignis gilt beispielsweise „entweder Tod oder kardiovaskuläres Ereignis oder kardiovaskuläre Intervention“.

Bei der Berechnung der NNT für den zusammengesetzten Endpunkt wird also nicht klar, welches Ereignis denn nun verhindert wird, und dies ist für den individuellen Patienten auch nicht vorhersagbar. Werden die Einzelereignisse betrachtet, so zeigen sich oft nur geringe Effekte mit breiten Konfidenzintervallen, die dann zu sehr hohen NNTs führen.

Bei der Betrachtung der NNT muss berücksichtigt werden, auf welches Ereignis sich der Wert genau bezieht.

Schließlich muss abgewogen werden, in welchem Verhältnis der zu erwartende Nutzen zu den unerwünschten Wirkungen („number needed to harm“ – NNH) und zu den Kosten steht. Es ist also manchmal nicht so einfach mit der NNT zur Effektivitätsbeurteilung prognoseverbessernder Interventionen. ■

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen
 Institut für Allgemeinmedizin und
 Familienmedizin,
 Universität Witten/Herdecke
 E-Mail: Andreas.Soennichsen@uni-wh.de

Literatur

1. McQuay HJ, Moore RA. Using numerical results from systematic reviews in clinical practice. *Ann. Intern. Med.* 1997;126:712–20.
2. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RGJ, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;338:b2376–b2376.
3. Newcombe RG. Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Stat. Med.* 1998;17:857–72.





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Gerd Fass**
Mitglied der neuen Vertreterversammlung

Name: **Dr. Gerd Fass**

Geburtsdatum: **2.7.1963**

Familienstand: **verheiratet, drei Töchter**

Fachrichtung: **Chirurgie/Unfallchirurgie und Orthopädie**

Weitere Ämter: **Vorsitz Arbeitsgemeinschaft Niedergelassene Chirurgen,
Kreisobmann Billstedt/Horn, Vorsitzender Ärztenetz Billstedt/Horn,
Delegierter der Ärztekammer Hamburg**

Hobbys: **Triathlon**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, es ist ein spannender und erfüllender Beruf.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ärzte müssen die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit verstehen und aktiv an ihrer Gestaltung mitarbeiten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die Gesundheitsversorgung der Patienten verbessern. Die Vergütung für ärztliche Leistung steigern. Die Kommunikation zwischen Ärzten optimieren. Sektorales Denken zwischen den Ärzten durchbrechen. Resignation und Phlegma bei den Kollegen überwinden.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Zeitnot durch hohe Patientenzahl; bürokratische Überfrachtung; hohe Erwartungshaltung der Patienten durch unbegrenztes Leistungsversprechen von Politik und Kassen; mangelnde Kooperation bei einzelnen Kliniken.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Einigkeit unter den Ärzten!

VON DR. SVEN-HOLGER KÜHN

Versammlung des Kreises 19

Warum Stadtteil-Betrachtungen die Versorgungsrealität nur unzureichend abbilden

Zu unserer ersten Versammlung der neuen Amtsperiode konnte ich im Konferenzraum des Bergedorfer Krankenhauses Bethesda erneut etwa 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer begrüßen.

Bemerkenswert ist, dass unser Kreis mit sechs Vertretern, die auch vollständig erschienen waren, in der nur 30-köpfigen Vertreterversammlung der KV Hamburg repräsentiert wird. Wie bei unseren Treffen der letzten Jahre versuche ich jeweils einen Vortragenden aus der KV sowie ein Mitglied aus unserem Kreis für ein Referat zu gewinnen. Unsere Versammlungen sind stets als Fortbildung durch die Ärztekammer mit drei Punkten anerkannt.

Wer in den vergangenen Monaten regelmäßig die Bergedorfer Zeitung gelesen hat, dem sind immer wieder Artikel aufgefallen, in denen die Region Bergedorf als unterversorgt dargestellt wurde: Ärzte verabschieden sich in den Ruhestand, doch ihre Praxissitze werden von Klinik-MVZ aufgekauft und nach einer Weile in andere Stadtteile verlagert.

Zu unserer Kreisversammlung am 18. April 2017 hatte ich mit dem Leiter der Pressestelle, Dr. Jochen Kriens, deshalb einen Vertreter der KV Hamburg eingeladen. Er diskutierte mit uns über die Auseinandersetzung der KV Hamburg mit der lokalen Forderung nach mehr Ärzten in Bergedorf.

Dr. Kriens betonte, dass die KV Hamburg den Bedarfsplanungsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses folgen muss und nicht eigenständig über die Vergabe von Sitzen entscheiden kann.

Außerdem verwies er auf eine Entfernungsanalyse, welche die KV Hamburg zusammen mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) im November 2014 vorgestellt hatte. Diese Analyse zeigte, dass Patienten nicht zwingend an ihrem Wohnort zum Arzt gehen, sondern häufig auch in der Nähe ihres Arbeitsortes beziehungsweise in anderen Gegenden, in denen sie sich regelmäßig aufhalten. Die Darstellung von Bergedorf als unterversorgtem Stadtteil bezeichnete der Pressesprecher daher als zu plakativ.

Mit dieser Darstellung mochten sich die anwesenden Kolleginnen und Kollegen allerdings nicht so einfach zufriedengeben. Schließlich versorgen wir alle in Bergedorf nicht nur Patienten aus dem Hamburger Stadtgebiet, sondern auch aus dem Umland, sprich: aus dem angrenzenden Schleswig-Holstein, aber auch aus Niedersachsen. Diese Patientenströme tauchen in der Bedarfsplanung allerdings nur unzureichend auf.

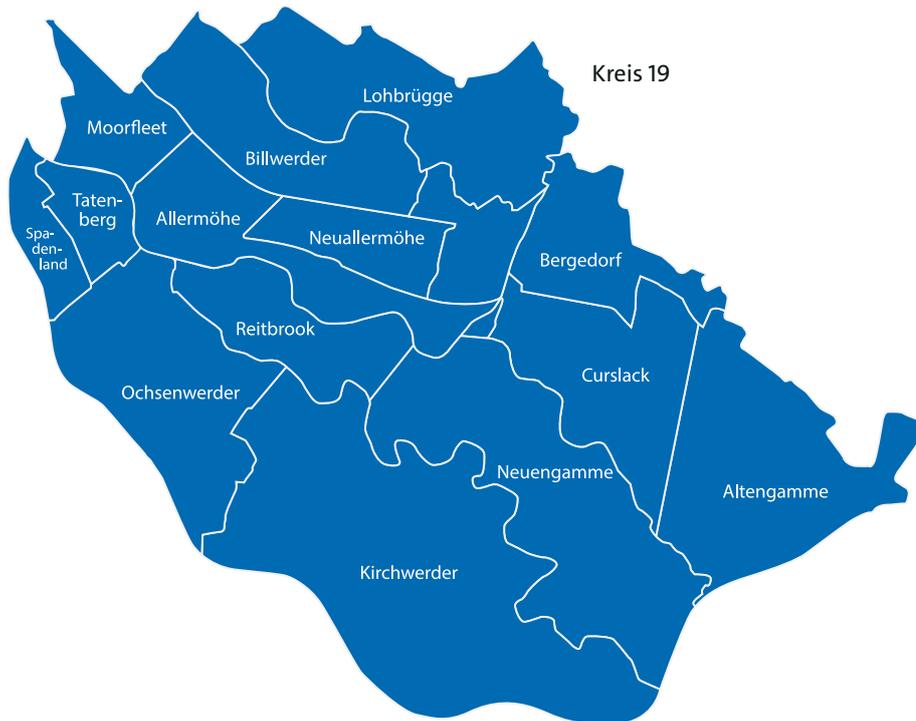
Wie so oft, ging es letztlich natürlich im Wesentlichen darum, dass wir Ärzte für einen großen Teil unserer Arbeit kein Honorar

erhalten und dass darüber hinaus kein Geld für zusätzliche Ärzte in Sichtweite ist. Verantwortlich für diese Misere ist – wie wir alle wissen – allerdings nicht die KV, sondern die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die eine strikte Budgetierung vorsehen.

Spontan meldete sich mit einem Kurzvortrag der orthopädische Kollege Dr. Matthias Soyka. Er stellte sein Anfang Mai erschienenes Buch vor, das für 16,99 Euro über den lokalen Buchhandel oder online über www.bod.de/buchshop erhältlich ist. Es heißt „Wahnsinn Wartezeit – Hintergründe und Perspektiven von Wartezeiten im Gesundheitswesen“ und behandelt Klischees und Mythen zum Thema Wartezeit, aber auch Bürokratiebelastung, Ärztemangel und übermäßige Nachfrage als Ursache für Wartezeiten im Gesundheitswesen.

Anschließend wurde in einer wie angekündigt geheimen Wahl die Hamburger Allgemeinärztin Dr. Silke Lüder, vielen auch bekannt als stellvertretende Bundesvorsitzende der Freien Ärzteschaft e. V., einstimmig zur stellvertretenden Kreisobfrau gewählt.

Als zweite Rednerin des Abends referierte Frau Dr. Lüder darüber, dass die Krankenkassen maximales Interesse an Diagnosen haben, mit deren Hilfe sie mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zugeteilt bekommen. Aufgrund ihrer Versicherungsstruktur habe die AOK kurz



nach Inkrafttreten des Morbi-RSA rund eine Milliarde mehr Beitragsgelder erhalten, was bei anderen Kassen natürlich Begehrlichkeiten weckte. Sie haben entsprechend in den letzten Jahren versucht, mit Selektivverträgen Druck in Richtung schwerwiegenderer Diagnosen auszuüben.

Diese Praxis ist jetzt nach einer neuen Gesetzesänderung faktisch nicht mehr möglich. Die Praxisärzte sind seit 15 Jahren laut Sozialgesetz verpflichtet, differenziert zu codieren. Auch die Geldverteilung unter den KV-Regionen verläuft nach Diagnosecodes, ein System, welches nicht wirklich dafür geeignet ist, ärztliche Leistungsentwicklungen widerzuspiegeln.

Die anwesenden Kolleginnen und Kollegen stimmten Dr. Lüder zu, dass die Bezahlung ärztlicher Leistungen nach tatsächlichem Aufwand statt nach Diagnosecodes deutlich sinnvoller sei. So eine Systemänderung könne aber nur durch die Politik erfolgen.

Eine Kreisversammlung dient aber nicht nur dazu, Vorträge zu

diskutieren, sondern ist auch eine gute Gelegenheit, rein praktische Anliegen zu erörtern. So wurde von hausärztlicher Seite gebeten, Überweisungen mehr Beachtung zu schenken. Aus den Reihen der Fachärzte war daraufhin zu hören, dass viele Hausärzte keine konkrete Fragestellung auf ihrer Überweisung vermerken und diese daher keinerlei Informationswert für den weiterbehandelnden Facharzt habe. In meiner Funktion als Obmann bin ich natürlich auch außerhalb der Kreisversammlungen für solche Probleme ansprechbar. Auf Grund meiner Arbeit in Gremien der KV ist es mir ebenfalls möglich, Kollegen bei Fragestellungen mit der KV vermittelnd weiterzuhelfen.

Vielleicht gelingt es durch diesen Mix aus Fachvorträgen, Diskussionen und Gesprächen auch über Alltägliches, mehr Kolleginnen und Kollegen das Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung schmackhaft zu machen. In einer Zeit, in der der Medizinbetrieb durch an Klinikketten angegliederte MVZ und Angestelltenstrukturen immer unper-

sönlicher wird, kommt dem persönlichen Austausch umso mehr Bedeutung zu. Wir sollten nicht vergessen, dass Ärztinnen und Ärzte nicht nur für ihre Patienten da sein sollten, sondern auch füreinander. ■

Dr. Sven-Holger Kühn



Urologe in Bergedorf, Obmann des Kreises 19, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg und 1. Vorsitzender der niedergelassenen Urologen in Hamburg

Die Termine weiterer Kreisversammlungen finden Sie im Kalender auf Seite 34.

VON PROF. DR. PETER BEHRENS

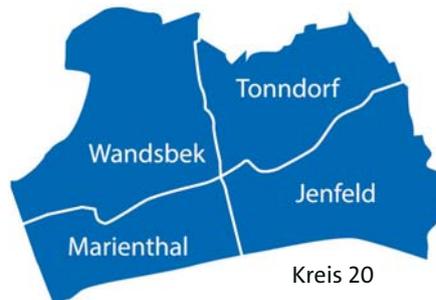
Versammlung des Kreises 20

Gute Diskussionen im kleinen Kreis – doch beim nächsten Mal dürften es mehr Teilnehmer sein!

Mein Amt als Kreisobmann habe ich erst im Januar dieses Jahres übernommen – und ich bin zu dieser Aufgabe gekommen wie die Jungfrau zum Kinde. Auch wenn ich seit 2009 im Kreis 20 niedergelassen bin, habe ich zuvor doch nie irgendwelche Aktivitäten auf Kreisebene wahrgenommen. Doch ich möchte gern dazu beitragen, die Institution Kreisversammlung wiederzubeleben und auf diese Weise den Austausch unter den Kolleginnen und Kollegen zu fördern. Ich persönlich würde es begrüßen, mehr Kolleginnen und Kollegen aus meinem näheren Umfeld persönlich kennenzulernen, die ich bislang höchstens einmal am Telefon gesprochen habe.

Zur ersten Versammlung unter meiner Regie am 27. April 2017 kamen leider nur 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Sicher keine ganz schlechte Zahl für einen Neustart, dennoch hoffe ich, beim nächsten Termin mehr Kolleginnen und Kollegen zu sehen. Immerhin sind die Stadtteile Wandsbek, Marienthal, Tonndorf und Jenfeld, die zu unserem Kreis gehören, ein sehr dicht besiedelter Bezirk mit vielen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Mit den Anwesenden ergab sich im kleinen Kreis aber rasch eine angeregte Unterhaltung, insbesondere nach dem Vortrag der KV-Apothekerin Regina Lilje zum aktuellen Thema Wirkstoffvereinbarung.

Die Wirkstoffvereinbarung ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten und ersetzt die alten Richtgrößen.



Prof. Dr. Peter Behrens



Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderorthopädie, Sportmedizin und Rheumatologie.

Niedergelassen in der Praxis Tonndorfer Hauptstraße, die der chirurgischen und orthopädischen Berufsausübungsgemeinschaft CUNO angehört. CUNO steht für Chirurgie, Unfallchirurgie, Notfälle und Orthopädie; die Berufsausübungsgemeinschaft besteht aus drei Facharztpraxen im Hamburger Nordosten. Kreisobmann im Kreis 20 der KV Hamburg seit 1. Januar 2017.

Kontakt: Tel. 66857310
E-Mail: behrens@cuno-hamburg.de
www.cuno-hamburg.de

Der entscheidende Unterschied zum alten System ist die Tatsache, dass nicht mehr die Kosten der verordneten Arzneimittel oder die Anzahl der Verordnungen Ausschlag geben, sondern die Wirkstoffmenge. Das System ist sehr transparent gehalten und hat die Verordnung von Arzneimitteln für uns Ärzte entscheidend vereinfacht. Die KV-Apothekerin Regina Lilje betonte, dass wir Ärzte uns nun im Grunde keine Sorgen machen müssen, ob wir wirtschaftlich verordnen, denn anhand eines einfachen Ampelsystems (rot, gelb und grün) können wir rasch erkennen, ob wir uns mit unseren Verordnungen noch im zulässigen Rahmen bewegen. Falls dennoch Fragen auftauchen, ist Frau Lilje gern ansprechbar.

Um die künftigen Kreisversammlungen, die wir nun alle sechs Monate abhalten wollen, für möglichst viele Kolleginnen und Kollegen attraktiv zu gestalten, würde ich mich über Ihre Rückmeldung freuen: Auf welchem Wege möchten Sie gern eingeladen werden (zum Beispiel per Brief, E-Mail oder Doodle-Umfrage)? Gibt es Themen, die Ihnen auf den Nägeln brennen und die Sie gern im Kollegenkreis diskutieren möchten? Sollte es Themenanregungen geben, werde ich mich gern um einen passenden Referenten bemühen. ■

Die Termine weiterer Kreisversammlungen finden Sie im Kalender auf Seite 34.

Notfallpraxen feiern Jubiläum

Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten seit 30 und 35 Jahren

OB SCHNITTWUNDE, Darmerkrankung oder Herzbeschwerden: Jedes Jahr suchen etwa 80.000 Patienten Hilfe in den beiden Hamburger Notfallpraxen. Im Jahr 2017 feiern die Praxen Jubiläum.

Vor 35 Jahren eröffnete die KV Hamburg probeweise eine Notfallpraxis auf dem Parkdeck des Einkaufszentrums Farmsen, da der fahrende Notfalldienst nicht den gesamten Versorgungsbedarf außerhalb der Praxisöffnungszeiten abdecken konnte. Das Projekt war erfolgreich. Vier Jahre später zog die Notfallpraxis Farmsen in neue Räume im Berner Heerweg 124, wo sie sich noch heute befindet. Vor drei Dekaden, im Jahr 1987, kam die Notfallpraxis Altona in der Stresemannstraße 54 hinzu.

Zurzeit arbeiten etwa 40 KV-Mitarbeiterinnen in den beiden Notfallpraxen. Insgesamt 55 Ärzte leisten hier freiwilligen Dienst. Kinder-, Augen-, HNO-Ärzte sowie Chirurgen und Orthopäden stehen darüber hinaus auf Abruf zur Verfügung. Durch ihren Einsatz erfüllen die Ärzte den Sicherstellungsauftrag und ermöglichen ihren Kollegen freie Wochenenden und Feiertage. Dank der räumlichen Ausstattung der Notfallpraxen mit OP, Gipsraum, Röntgenraum, Labor oder HNO-Raum kann auf alle Arten von Notfällen schnell reagiert werden. Die Notfallpraxen sind 65 Stunden pro Woche jeweils abends, an Feiertagen und am Wochenende geöffnet. ■



Notfallpraxis Altona

30



Notfallpraxis Farmsen

35

Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.*

initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de

www.bitte-substituieren-sie.de



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





Der beste Arzt aller Zeiten

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

Im März 1813 kam in York, einer Stadt etwa 330 km nördlich von London, John Snow zur Welt. Als ältestes von neun Kindern einer Bergarbeiterfamilie gelang es ihm, sich aus den einfachen Verhältnissen herauszuarbeiten. Mit vierzehn Jahren begann er eine Ausbildung bei einem Apotheker, danach assistierte er verschiedenen Ärzten und wanderte über Liverpool und Wales nach London, um dort Medizin zu studieren. 1838 bestand er das medizinische und das Apothekerexamen, 1844 das Doktorexamen der Medizin.

Hundertsechzig Jahre später wurde John Snow im März 2003 in einer Leserumfrage der Zeitschrift ‚Hospital Doctor‘ zum besten Arzt aller Zeiten gewählt, noch vor Hippokrates. John Snow hatte nämlich kommaförmige Mikroorganismen, sogenannte Vibrionen, im Trinkwasser entdeckt, die Cholera-Erkrankungen verursachten und tödliche Epidemien auslösten. Als John Snow im Alter von 45 Jahren früh verstarb, war seine Theorie jedoch in der damaligen medizinischen Wissenschaft nicht akzeptiert. Erst Jahre nach seinem Tod wurde sie anerkannt. Doch davon später.

Szenenwechsel. Eine Frau kommt zum Arzt. Seit etwa sechs Monaten müsse sie mehr und mehr husten. Es würde immer schlimmer, manchmal habe sie sogar Atemnot. Gerächt habe sie nie. Sie wohne seit

ihrer Kindheit in Rödelheim. Dieser Frankfurter Stadtteil liegt eingeklemt zwischen drei Autobahnen. Die Röntgenuntersuchung der Lunge ergab Lungenkrebs.

Die Weltgesundheitsorganisation hat schon 2012 Dieselabgase zum Karzinogen der gefährlichsten Gruppe 1 hochgestuft, denn es ist bewiesen, dass Dieselabgase Lungenkrebs verursachen, wahrscheinlich auch Blasenkrebs. Passiert ist seitdem nichts. Die Patientin wurde operiert, bestrahlt, erhielt Chemotherapie. Das Gesundheitswesen funktioniert. Die Dieselaautos fahren weiter.

John Snow zerstörte die zentrale Wasserpumpe in der Broad Street. Die Epidemie kam zum Stillstand.

Zurück zu John Snow. 1854 brach in London eine Cholera-Epidemie aus. Zwar hatte John Snow bereits die Cholera-Vibrionen entdeckt, wurde dafür aber heftig angefeindet. Eine wirksame Behandlung gab es damals noch nicht, erst hundert Jahre später wurden die Antibiotika entdeckt. Da hatte er eine geniale Idee. Er markierte auf dem Stadtplan von London jeden

Fall einer Cholera-Erkrankung: die Geburtsstunde der Sozialmedizin. Er erkannte, dass die meisten Cholera-Fälle sich rund um eine zentrale Wasserpumpe in der Broad Street im Londoner Stadtteil Soho häuften. Die Londoner Gesundheitsbehörden wiesen seine Erkenntnisse jedoch als unwissenschaftlich zurück und sahen keinen Handlungsbedarf. Da schritt John Snow zur Tat: Er zerstörte die zentrale Wasserpumpe in der Broad Street, indem er deren großen Pumpenschwengel abbrach. Die Epidemie, die bis dahin schon über 14.000 Tote gefordert hatte, kam zum Stillstand.

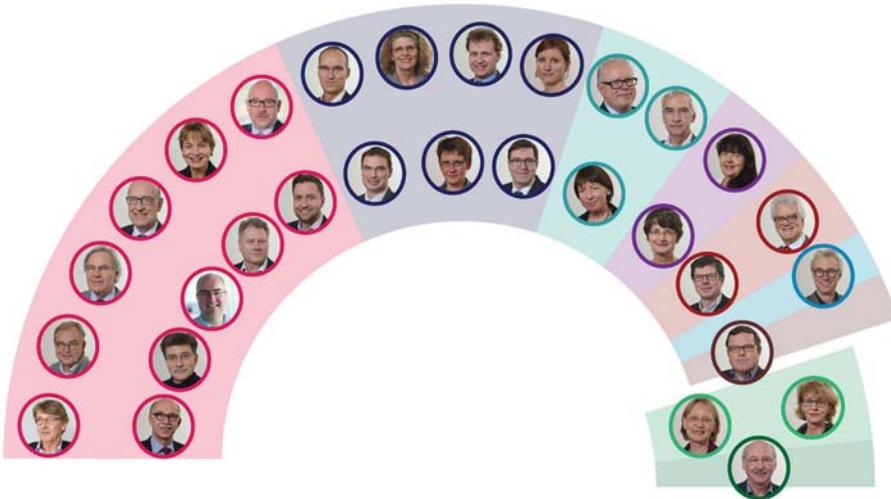
Spielt sich heute in unserem Straßenverkehr mit 43 Millionen Autos, davon 13 Millionen Dieselfahrzeuge, etwas Vergleichbares ab wie 1854 in der Londoner Broad Street? Stickstoffmonoxid und -dioxid kommen in der Natur kaum vor. Dieselmotoren stoßen weitaus am meisten dieser gesundheitsschädlichen Stickoxide aus, zusätzlich zu den ebenfalls krebserregenden polyzyklischen Kohlenwasserstoffen. Dieser Kraftstoff muss sofort verboten werden. Schon längst dürften Dieselaautos nicht mehr produziert werden, schon gar nicht mehr auf unseren Straßen fahren. Es ist ein Skandal, dass man es den Automobilkonzernen erlaubt, unser aller Gesundheit in einem solchen Ausmaß immer weiter zu beschädigen, ja zu zerstören.

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 29.6.2017 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock)
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

2. QUARTAL 2017
VOM 3.7. BIS 12.7.2017

3. QUARTAL 2017
VOM 2.10. BIS 16.10.2017

4. QUARTAL 2017
VOM 2.1. BIS 16.1.2018

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 21

(Farmsen-Berne, Volksdorf, Rahlstedt)
Kreisobmann: Dr. Thomas Gent
Mi. 7.6.2017 (ab 19 Uhr)

Programm: Vortrag von KV-Apothekerin Barbara Spies zur Wirkstoffvereinbarung
Ort: AmalieForum, Ev. Amalie-Sieveking-Krankenhaus, Haselkamp 33, 22359 Hamburg

KREIS 6 (Harvestehude)

Kreisobmann: Dr. Fritz Pieper
Stellvertreterin: Dr. Grazyna Kaiser
Mi, 21.6.2017 (ab 19.30 Uhr)

Programm: Vortrag von KV-Apothekerin Regina Lilje zur Wirkstoffvereinbarung
Ort: Die Boutique, Poelchaukamp 22, 22301 Hamburg

KREIS 18 (Veddel, Wilhelmsburg, Kleiner Grasbrook, Steinwerder)

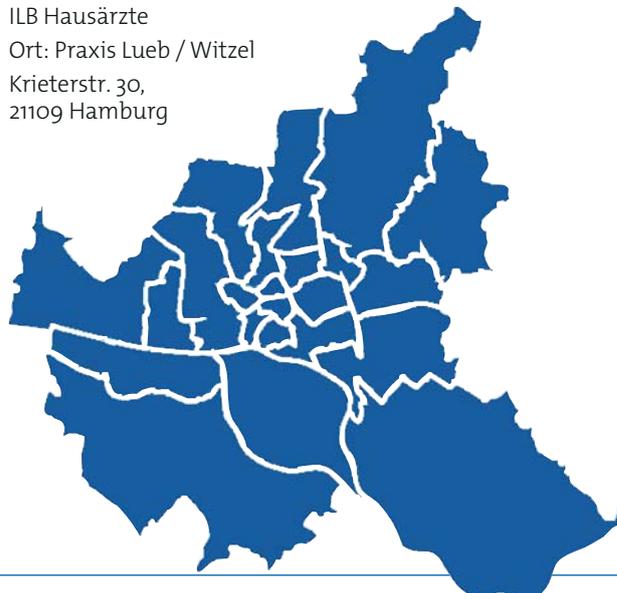
Kreisobmann: Dr. Peter Witzel
Stellvertreter: Dr. Klaus-Jürgen Harloff
Mo. 3.7.2017 (ab 19 Uhr)

Programm: u.a.:
Vortrag von KV-Apothekerin Barbara Spies zur Wirkstoffvereinbarung
ILB Hausärzte
Ort: Praxis Lueb / Witzel
Krieterstr. 30, 21109 Hamburg

KREIS 2 (Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita Trettin
Mi. 5.7.2017 (ab 18 Uhr)

Programm: Vortrag von KV-Vorstand Walter Plassmann
Ort: Neurologie Winterhude, Hudtwalckerstr. 2-8, 22299 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP-Hygiene

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren, welche Aufgaben ein Hygienebeauftragter hat, wie sich die Praxis auf Behördenbegehungen vorbereiten kann, wie Hygiene-, Reinigungs- und Hautschutzpläne erstellt werden, u.v.m.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 14.6.2017 (9:30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Tatort Praxis

Beschimpfungen und Aggressionen in Arztpraxen haben leider zugenommen. Das Seminar bietet Grundlagenwissen zum Thema, Tipps zur Vorbeugung und ein Konzept zum richtigen Umgang mit schwierigen Patienten. Für Ärzte und Praxismitarbeiter aller Fachrichtungen.

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 21.06.2017 (14 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 85 inkl. Getränke

Personalmanagement

Ein zeiteffizientes, ergebnisorientiertes Personalmanagement ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine Praxis. Im Seminar werden Grundsätze und Regeln der Führung vorgestellt und praxistypische Situationen diskutiert, Verhaltensweisen, das eigene Auftreten und Überzeugungskraft geschult. Für Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsaufgaben.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 28.06.2017 (9:30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

**Ort: KV Hamburg
Heidenkampsweg 99**

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

Ansprechpartnerinnen:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
Sabrina Pfeifer, Tel.: 22802-858

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 16.6.2017 (15 - 20 Uhr),

Mi. 11.10.2017 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung Arbeits- und Gesundheitsschutz

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

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr 13.10.2017 (15 - 20 Uhr)

Mi. 10.11.2017 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: KV Hamburg
Heidenkampsweg 99 –
ab 16. Juli: Humboldtstraße 66**

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

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Seminar: Verordnung von Sprechstundenbedarf

Für Praxismitarbeiter: Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenvereinbarung, Vermeidung von Regressen.

Mi. 5.7.2017 (15 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 25

DMP Patientenschulungen

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

Termine und weitere Infos:

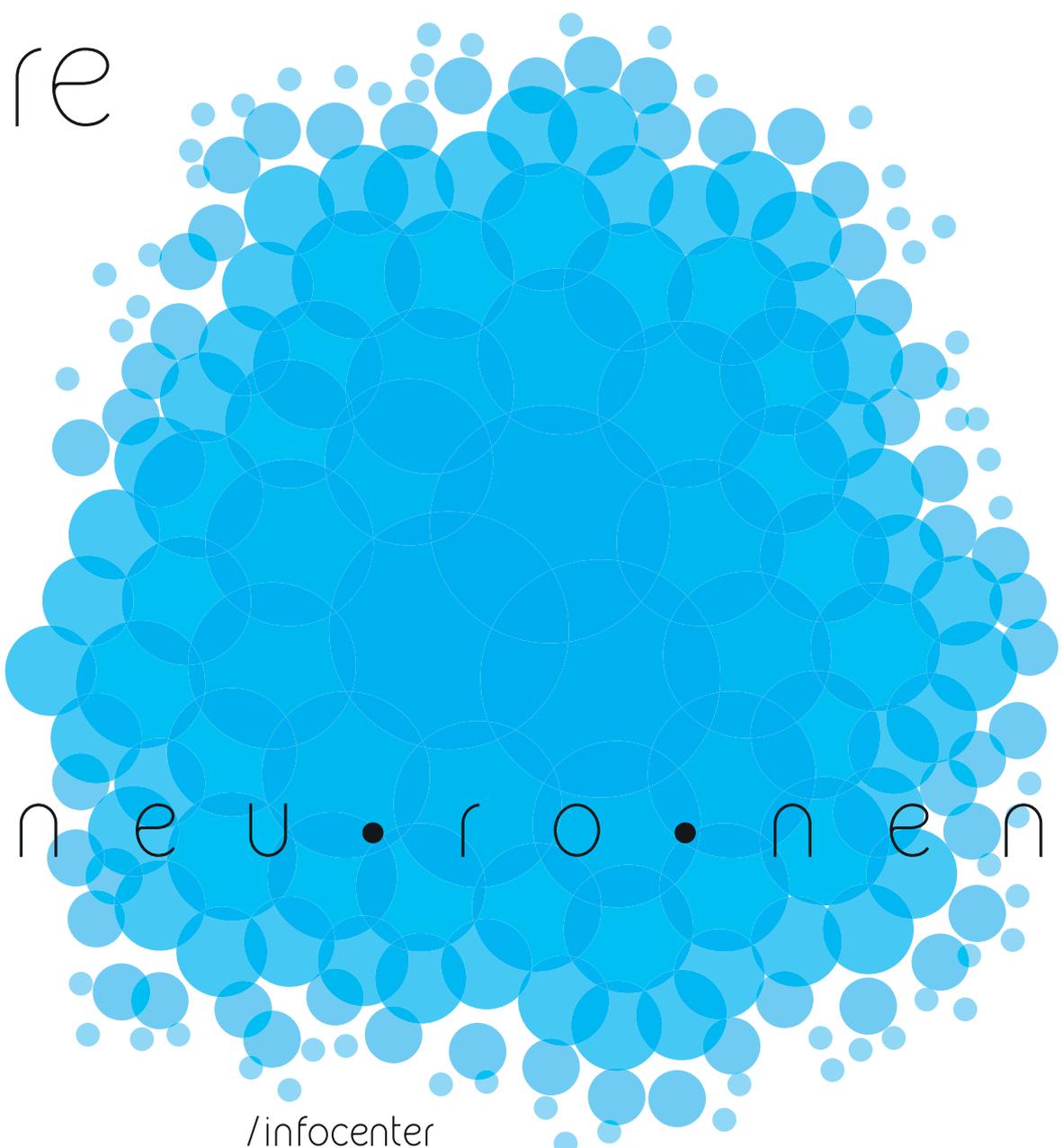
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „Zi-DMP“ eingeben

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300
E-Mail: akademie@aekhh.de

Online-Anmeldung:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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