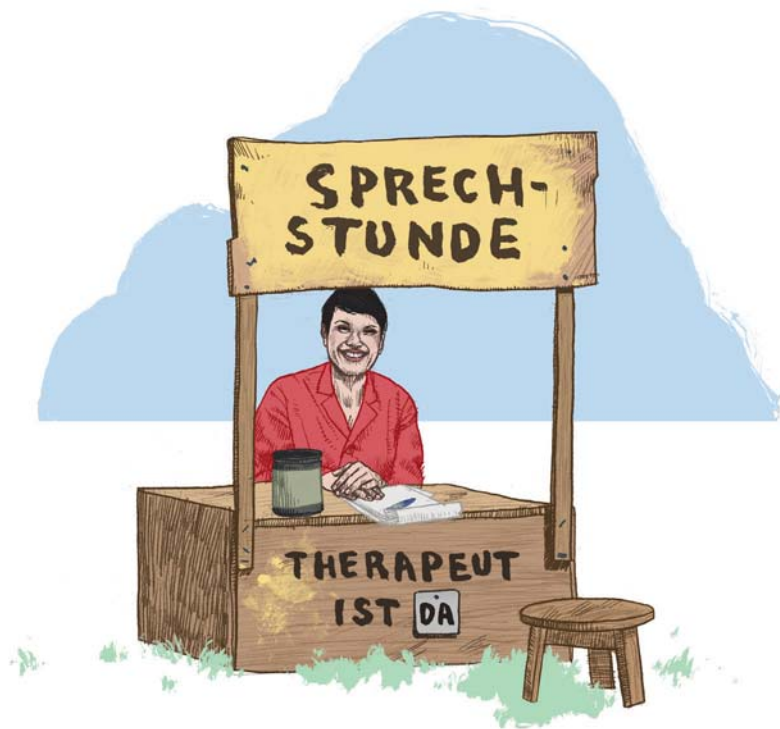


KVH *journal*



PSYCHOTHERAPIE-REFORM

Wie sich die Praxen organisatorisch auf die neuen Anforderungen einstellen können

HEILMITTEL

Neue Formulare ab 2017

ÄRZTEHAUS

KV Hamburg feiert Richtfest

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 12/2016 (Dezember 2016)



Liebe Leserin, lieber Leser!

In den letzten Tagen des Redaktionsschlusses dieses KV-Journals ist in der KBV und der KV Hamburg eine Vielzahl von (Vor-)Entscheidungen getroffen worden, die eines gemeinsam haben: Sie sind wichtig für die Vertragsärzte und sie beweisen die nach wie vor vorhandene Stärke des Systems der Selbstverwaltung.

So haben wir uns in Hamburg mit den Krankenkassen auf die Honorarvereinbarung 2017 einigen können, die zwar nur überschaubare Honorarzuwächse bringt, aber am oberen Ende dessen liegt, was in den aktuellen Rahmenbedingungen möglich war. Ebenfalls grundsätzlich geeinigt haben wir uns auf die „Wirkstoffvereinbarung“, die als kluge Lösung die für Hamburg gänzlich unpassenden Richtgrößen ablösen soll. Auf der Bundesebene hat es eine Verständigung gegeben zwischen Haus- und Fachärzten über die Lösung des explosiven Problems der Laborkosten. Und in Hamburg haben sich in einem leidenschaftlichen, aber von gegenseitigem Respekt getragenen Diskurs die Fachärzte geeinigt, den Honorarzuwachs für CT- und NMR-Leistungen zu begrenzen.

Jedes dieser Probleme ist hochkomplex, es geht um teilweise hohe und für viele Praxen existentielle Geldsummen – und die politischen Implikationen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen und den innerärztlichen Diskussionen reichen für mehrere Dissertationen. Trotzdem ist jedes Problem im friedlichen Austausch der Meinungen mit Kompromissen gelöst worden, die jeder mittragen kann. Das ist gelebte Selbstverwaltung, ein solches Ergebnis ist mit keinem anderen System möglich.

Schön, dass die Selbstverwaltung in Hamburg diesen Beweis antreten kann und schön, dass wir alle nun beruhigt und mit leidlich aufgeräumtem Schreibtisch in die Feiertage gehen können. Für diese wünsche ich Ihnen im Namen der KV Hamburg besinnliche Stunden und einen guten Start in das nächste Jahr!

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Was halten Sie von der neuen Psychotherapie-Richtlinie?
- 08_ Tiefer Einschnitt: Die Reform wird den Praxisalltag der Psychotherapeuten verändern
- 12_ War die psychotherapeutische Versorgung bisher zu aufwändig? Das sagen die Versorgungsdaten
- 14_ Interview mit Dieter Best: Wie sich die Praxen organisatorisch auf die neuen Anforderungen einstellen können

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
- 18_ Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)
- 19_ Barmer GEK fusioniert mit Deutsche BKK

ABRECHNUNG

- 19_ Abgabe der Abrechnung 4/2016

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 Patientenflier, KV-Veröffentlichungen und eine **erweiterte Arztsuche** für Mitglieder.



ARZNEI- UND HEILMITTEL

20_ Neuerungen bei der Verordnung von Heilmitteln:

Überarbeitete Diagnose-
liste für Praxisbesonderheiten

Vereinfachtes Verfahren für
langfristigen Heilmittelbedarf

Neue Formulare ab 2017

22_ Lipidsenker: Verordnungsausschluss für Repatha und Praluent

23_ Otologika: BSG bestätigt Verordnungsausschluss von Otovowen

24_ Antiscabiosa: Welche Mittel sind verordnungsfähig?

26_ Grippeimpfung: STIKO setzt präferentielle Empfehlung des nasalen Impfstoffs aus

KV INTERN

31_ Veranstaltungshinweis: Zweiter Hamburger Versorgungsforschungstag im Februar 2017

32_ Rohbau des Ärztehauses steht: KV Hamburg feiert Richtfest

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

27_ Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

28_ Medikamentöse Versorgung von Gonarthrose: Was man aus Netzwerk-Metaanalysen lernen kann

KOLUMNE

33_ Hontschiks „Diagnose“

KV INTERN

34_ Steckbrief: Dr. Klaus Stelter

35_ Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 17: Felix Faller/Alinea;
Seite 19: Zinkevych/Fotolia; Seite 21: Vectortatu/Fotolia; Seite 23: AstraZeneca; Seite 24: Wikimedia.org/wikimediacommons/Kalumet; Seite 31: Felix Faller/Alinea; Seite 32: Patra Marbs (2), Melanie Vollmert, Albrecht Thaer; Seite 33: Barbara Klemm; Icons: iStockfoto

Was bringt die Psychotherapiereform?

Wir haben Therapeuten verschiedener Disziplinen um eine Stellungnahme gebeten



Dr. Christiane Jüngling

Psychologische Psychotherapeutin
in Harvestehude, stellvertretendes Mitglied
im beratenden Fachausschuss Psycho-
therapie und der Vertreterversammlung

Noch viele Fragen offen

Die Reformen der Psychotherapie-Richtlinie erweitern Kompetenzen, greifen aber auch stark in das Praxisangebot ein. Konkret: Auch bisher war ich mit meinem halben Sitz als Verhaltenstherapeutin 60 Minuten pro Woche telefonisch erreichbar, jetzt kommen 40 Minuten hinzu. Die sinnvolle Gestaltung der Sprechstunde als Screening-Angebot ist nicht einfach, denn Absagen nach einer persönlichen Beratung frustrieren vielleicht noch mehr als telefonische; es gibt ja keinen Therapieplatz mehr. Mit allen Veränderungen (Sprechstunde, Akutbehandlung) kann ich pro Woche zwei bis drei Termine weniger für Richtlinien-Therapie anbieten als bisher. Die Honorierung dieser neuen Verpflichtungen ist völlig ungeklärt. **Sehr kritisch sehe ich die Reformen bei der Kurzzeittherapie: Mehr Bürokratie, mehr Behandlungsunsicherheit, ein formal erzeugter Bruch im Therapieprozess. Keinesfalls will ich die Botschaft vermitteln, Patienten sollen möglichst schnell „fertig werden“. Denn eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung ist für jede Behandlung das Wichtigste.** Wir müssen aufpassen, dass die Reformen nicht dazu führen, den Mangel an Psychotherapieplätzen nur anders zu verteilen. ■



Dr. Jochim Grefe

Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Eppendorf, Mitglied im beratenden Fachausschuss Psychotherapie und der Vertreterversammlung



Dr. Helene Timmermann

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Eimsbüttel, Mitglied im beratenden Fachausschuss Psychotherapie

In Teilen nur Populismus

Die Reform hat positive und negative Seiten. Dass der Umfang der Gutachterpflicht reduziert wurde, ist eine Erleichterung für Patienten wie Behandler. Auch die Einführung von Sprechstunden könnte sich positiv auswirken, obwohl die Zeit, die einer Praxis für Richtlinien-Therapien zur Verfügung steht, damit natürlich reduziert wird. Für jede Form der Psychotherapie ist die erste Kennenlern-Phase wichtig, um eine vertrauensvolle Situation zur Klärung von Diagnose und Indikation zu ermöglichen. **Die Neustrukturierung dieser ersten Kontakte mit Sprechstunde, Akutversorgung, geteilter Kurzzeittherapie und Reduzierung der probatorischen Sitzungen führt zu einer unnötigen Beunruhigung der Patienten und bedeutet für die Therapeuten einen Zuwachs an bürokratischem Aufwand.** Kopfschütteln löst auch die Einführung der sogenannten Rezidivprophylaxe aus. Viele Therapeuten nutzen schon heute die Endstrecken der Langzeittherapien ebenso wie die kleinen Stapelziffern im Sinne einer solchen Nachbehandlung. Eine Rezidivprophylaxe als Teil der Langzeittherapie einzuführen, ist völlig überflüssiger Populismus. ■

Sprechstunde bringt rasche Klärung

Die Einführung von Sprechstunden halte ich grundsätzlich für sinnvoll. Es kann schneller geklärt werden, welche Art der Unterstützung indiziert ist. Möglicherweise muss der Patient gar nicht auf einen Therapieplatz warten, sondern nimmt besser ein Angebot der Jugendhilfe in Anspruch. In manchen Fällen mag eine Familientherapie oder eine Paartherapie der Eltern erfolgversprechender sein. Die rasche Klärung hilft den Patienten und könnte darüber hinaus dazu beitragen, die Wartelisten der Praxen zu verkürzen. In Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutenpraxen findet die Behandlung meist nachmittags statt. Die Sprechstunden hingegen könnte man auch auf den Vormittag legen, denn für einen singulären Termin ist es eher möglich, dass ein Kind aus der Schule genommen wird und die Eltern sich freinehmen. Die Konstruktion der neuen Rezidivprophylaxe ist meiner Ansicht nach problematisch. Ob ein Kind oder Jugendlicher nach Ende der Langzeittherapie eine Nachsorge benötigen wird, kann der Therapeut nicht schon zum Zeitpunkt der Antragstellung wissen. Man sollte eine Rezidivprophylaxe just zu jenem Zeitpunkt beantragen können, wenn deutlich wird, dass sie erforderlich ist. ■

VON HANNA GUSKOWSKI

Tiefer Einschnitt

Die neue Psychotherapie-Richtlinie wird den Praxisalltag der Therapeutinnen und Therapeuten spürbar verändern. Es gibt ein größeres Leistungsspektrum – doch auch die Reglementierungsschraube wurde angezogen.

Aus berufspolitischer Sicht ist die Reform der Psychotherapie-Richtlinie ein Schritt in die richtige Richtung. Mit der Einführung der Sprechstunde wurde die Patientensteuerung strukturell bei den Psychotherapeuten angesiedelt. Das Ziel der Krankenkassen dagegen war, unter ihrer Beteiligung zentrale Anlaufstellen („intelligente Koordinierungsstellen“) einzurichten, wo sich Patienten vor Inanspruchnahme einer Therapie diagnostizieren lassen müssen, um festzustellen, ob eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist und welches Verfahren angemessen wäre. Damit hätten die Krankenkassen eine stärkere Kontrolle über Anzahl und Art der Therapien bekommen. In der Psychotherapie-Richtlinie wurde nun aber festgelegt, dass der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung nicht über die Kostenträger, sondern über die Psychotherapeuten erfolgt. Ein klarer Erfolg.

Ansonsten ist die Bilanz der Reform aus Sicht der Psychotherapeuten eher durchwachsen. Unser Ziel, das Leistungsspektrum der Psychotherapeuten zu erweitern und zu differenzieren, um mehr Freiheiten für die Versorgung der Patienten erhalten, ist leider nur in Teilen gelungen. Zwar gibt es ein breiteres Leistungsspektrum, doch gleichzeitig wurden die Reglementierungsschrauben deutlich angezogen. Das Ergebnis stellt einen erheblichen Eingriff in unseren beruflichen Alltag dar.

ERREICHBARKEIT DER PRAXEN

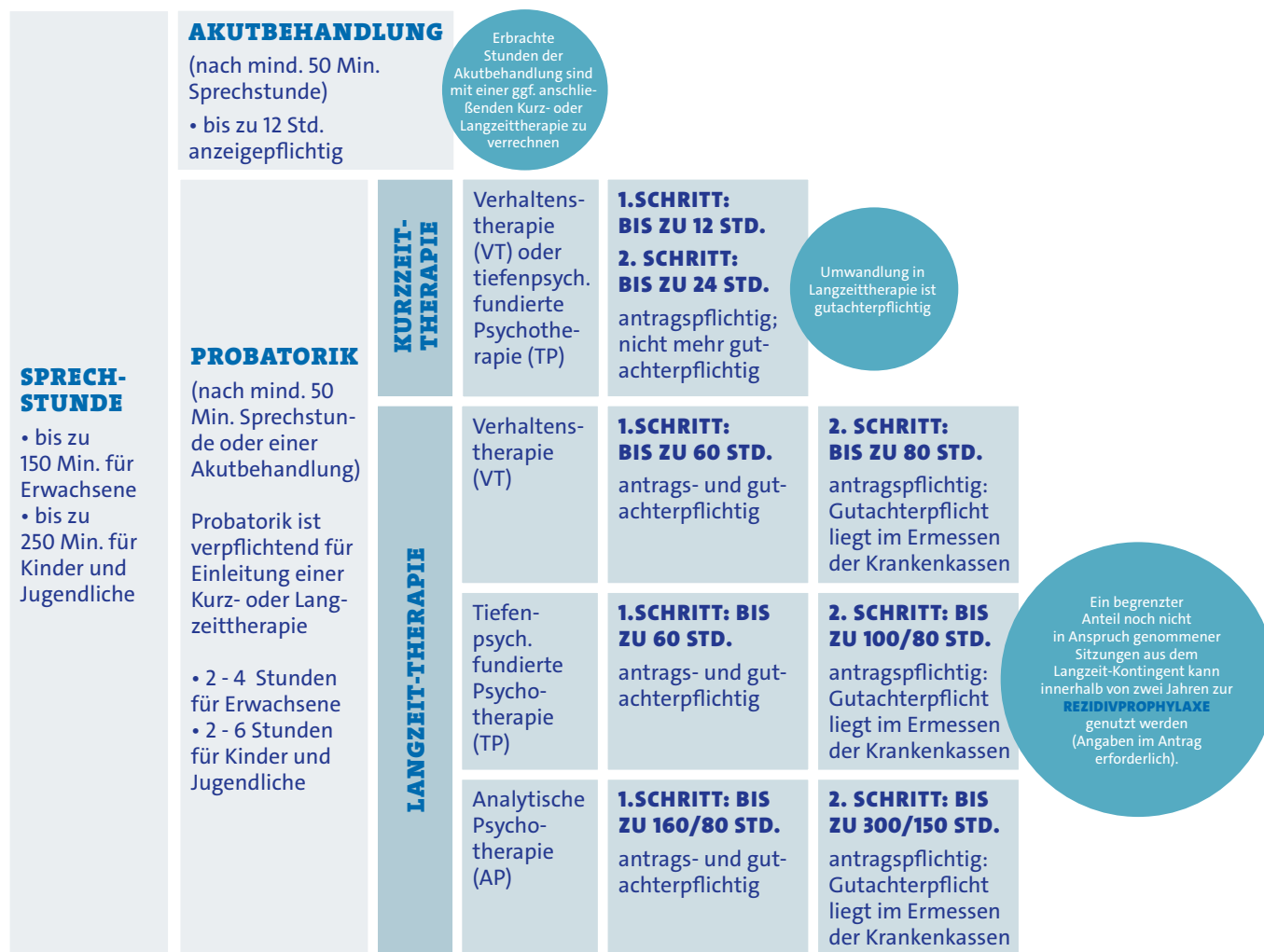
Problematisch ist vor allem die in der Richtlinie vorgeschriebene telefonische Erreichbarkeit: Bei vollem Versorgungsauftrag müssen Therapeuten (oder ihr Praxispersonal) wöchentlich 200 Minuten telefonisch erreichbar sein. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, müssen insbesondere viele Einzel-

praxen ihre Strukturen verändern und gegebenenfalls stärker untereinander kooperieren (siehe Interview Seite 14).

EINFÜHRUNG VON SPRECHSTUNDEN

Um die Einführung der künftig vorgeschriebenen Sprechstunden gab es erhebliche Konflikte im Vorfeld zwischen dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der die reformierte Richtlinie beschlossen hat, und dem Bundesgesundheitsministerium: So beanstandete das Ministerium das Angebot der Sprechstunde in der Richtlinie als „Kann-Leistung“, da eine solche Regelung mit dem Sicherstellungsauftrag der KV kollidiere. In die überarbeitete Richtlinie wurde deshalb die Formulierung „in der Regel“ aufgenommen. Dies bedeutet, dass Therapeuten bei vollem Versorgungsauftrag wöchentlich 100 Minuten (zwei Termine zu je 50 Minuten) für Sprechstunden

Psychotherapeutische Versorgungsangebote nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie



Quelle: KBV-Übersicht vom Juni 2016

zur Verfügung stellen müssen. Bei einem halben Versorgungsauftrag sind es 50 Minuten. Allerdings hat die jeweilige KV die Möglichkeit, bei der Auslegung dieser Vorschrift auf die konkrete Versorgungssituation Rücksicht zu nehmen.

Auch ob die Inanspruchnahme einer Sprechstunde für Patienten einer Richtlinien-therapie verpflichtend sein soll, war Gegenstand von Diskussionen. Aus Sicht unserer Berufsverbände ist das Recht der Patienten auf die Inanspruchnahme

einer Sprechstunde zwar sinnvoll – eine Verpflichtung aber nicht. Für Patienten ist der Schritt in Richtung auf eine Therapie – und besonders in eine Therapiepraxis – oft das Ergebnis jahrelangen Zögerns. Sie dann in einer Sprechstunde mit Blick auf

nicht vorhandene Kapazitäten abweisen zu müssen, wäre ein fataler Rückschritt. Abgesehen davon, dass eine Verpflichtung, Sprechstunden in Anspruch zu nehmen, das den Praxen für Richtlinientherapien zur Verfügung stehende Zeitkontingent noch weiter eingeschränkt.

Sinn und Zweck einer Sprechstunde sollte sein, ein freiwilliges Angebot für Menschen zu schaffen, die noch unsicher sind und sich beraten lassen wollen, ob eine Therapie indiziert ist oder andere Unterstützungsangebote wie beispielsweise eine Erziehungsberatung ausreichen können. Auf diese Weise sollte das von den Krankenkassen gewünschte Gate-Keeping stattfinden. Als konstitutiver Einstieg in eine Richtlinientherapie ist die Sprechstunde allerdings eine Fehlkonstruktion. Das Gesundheitsministerium scheint das ähnlich zu sehen. Die ursprünglich in der vom G-BA beschlossenen Richtlinie vorgesehene verpflichtende Inanspruchnahme der Sprechstunde für Patienten soll nun bis 2018 ausgesetzt werden.

EINFÜHRUNG EINER AKUTBEHANDLUNG

Neu ist auch die Möglichkeit, eine Akutbehandlung durchzuführen – eine wichtige Verbesserung. Wenn in einer Sprechstunde festgestellt wird, dass jemand sehr schnell eine Therapie benötigt, kann diese Behandlungsform angewendet werden. Der Therapeut muss die Akutbehandlung nicht bei der Krankenkasse beantragen, sondern ihr gegenüber lediglich per Formular anzeigen, dass eine Akutbehandlung indiziert ist. Innerhalb von 14 Tagen muss dann mit der Akutbehandlung begonnen werden.

ZWEITEILUNG DER KURZZEITTHERAPIE

Eingreifende Veränderungen gibt es auch bei der Kurzzeittherapie: Immerhin konnte der ursprüngliche Plan der Krankenkassen einer Zerschlagung der Kurzzeittherapie in zwei deutlich voneinander getrennte Teile mit einer sechswöchigen Pause verhindert werden.

Eine Pause wird es nicht geben, doch die Kurzzeittherapie wird künftig in zwei Abschnitte zu je 12 Stunden untergliedert. Der zweite Teil der Kurzzeittherapie muss neu beantragt werden. Das bedeutet für Psychotherapeuten mehr Verwaltungsaufwand: zwei Anträge, wofür vorher nur einer nötig war.

Auch für die Patienten ist die neue Regelung nachteilig, da sie auch für eine solche kurze Therapie keine durchgängige Sicherheit erhalten. Zwar kommt es gelegentlich vor, dass eine Therapie nach 12 Stunden abgebrochen wird. Dies sind aber

unserer Erfahrung nach Ausnahmen. In der Therapie geht es immer um Prozesse, und die brauchen in der Regel Zeit.

BÜROKRATIEABBAU BEI DER LANGZEITTHERAPIE

Für Langzeittherapien gibt es nur noch zwei statt wie bisher drei Bewilligungsschritte, wobei der erste Bewilligungsschritt bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie einheitlich 60 Sitzungen umfasst. Beim ersten Antrag auf eine Langzeittherapie beziehungsweise bei der Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie ist das Gutachterverfahren nach wie vor verpflichtend. Der Antrag auf Fortführung der Langzeittherapie hingegen kann von den Krankenkassen auch ohne Einschaltung eines Gutachters bewilligt werden. Einige Krankenkassen haben ein starkes Interesse daran, die Kosten für Gutachter zu senken. Andere fürchten eine Ausweitung der Therapiezahlen, wenn keine Gutachter mehr eingeschaltet werden. Die Krankenkassen werden diese Regelung also vermutlich unterschiedlich handhaben.

Insgesamt hoffen wir aber auf einen Bürokratieabbau. Anträge im Rahmen des Gutachterverfahrens zu stellen, ist sehr aufwändig und dauert viele Stunden. Weniger Anträge bedeuten mehr Zeit für die therapeutische Versorgung.

FÖRDERUNG DER GRUPPENTHERAPIE

Gruppentherapien können künftig immer eingesetzt werden, wenn sie förderlich für das Behandlungsergebnis sind. Sie gelten als der Einzelthera-

Infoveranstaltung

Die KV Hamburg und die Psychotherapeutenkammer bieten am 25. Januar 2017 (ab 18 Uhr) eine Informationsveranstaltung zur Reform der Psychotherapierichtlinie an. Nähere Informationen hierzu in der nächsten Ausgabe.

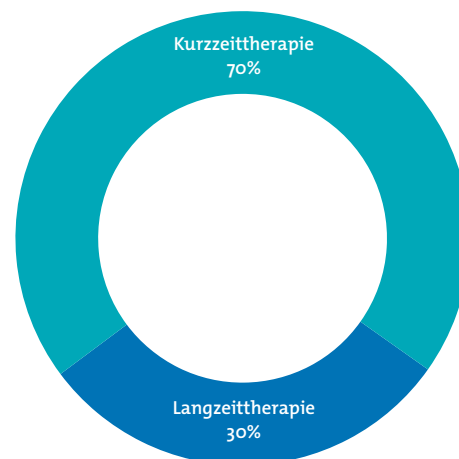
Ansprechpartnerinnen:
Tina Barth, Tel: 22802-866
Franziska Urban,
Tel: 22802-378

Anmeldung per E-Mail:
oeffentlichkeitsarbeit@kvvh.de

Kurzzeit ist die häufigste Therapieform

In den weitaus meisten Fällen werden die Patienten mit einer Kurzzeittherapie behandelt (Verhaltenstherapie: 71 Prozent, Tiefenpsychologisch fundiert: 70 Prozent). Nur bei etwa 30 Prozent wird eine Langzeittherapie durchgeführt oder eine Kurzzeit- in eine Langzeitbehandlung überführt.

Quelle: Multmeier, Jan / Tenckhoff, Bernhard: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. Dt. Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 11 (14. März 2014), Seite 438-440



pie gleichwertige Anwendungsform. Um Erleichterungen und Anreize für das Angebot von Gruppentherapien zu schaffen, wird die Mindestteilnehmerzahl in den Gruppen auf drei Personen abgesenkt und bei der Kurzzeittherapie wird generell das Gutachterverfahren ausgesetzt.

Zudem ist künftig bei der Kurzzeittherapie für eine Änderung des Behandlungssettings für bereits bewilligte Stunden (zum Beispiel von Einzel- in Gruppentherapie) lediglich eine Anzeige bei der Krankenkasse erforderlich.

Wird bei einer kombinierten Behandlung (Einzel- und Gruppentherapie) das Mischungsverhältnis während einer laufenden Therapie verändert, bedarf es keiner Anzeige gegenüber der Krankenkasse, sofern sich der ursprünglich beantragte überwiegende Anteil an Einzel- oder Gruppentherapie nicht unter 50 Prozent fällt.

Das eigentliche Hindernis für einen häufigeren Einsatz von Gruppentherapie ist aber nicht beseitigt worden: Der Therapeut muss bei der Langzeittherapie für jeden Teilneh-

mer der Gruppe einen Antrag auf Genehmigung schreiben – je nach Teilnehmerzahl fünf bis acht gleichzeitig. Das ist ein immenser Zeitaufwand. Deshalb wird diese Therapieform wohl auch künftig seltener genutzt, als es wünschenswert wäre.

REZIDIVPROPHYLAXE AUF KOSTEN DER LANGZEITTHERAPIE

Sinn und Zweck einer Rezidivprophylaxe ist es, den Behandlungserfolg zu sichern und einem Rückfall vorzubeugen. Schwer psychisch kranke Menschen muss man eventuell ihr Leben lang begleiten, um sie stabil zu halten. Deshalb wäre es nötig gewesen, für die Rezidivprophylaxe einen zusätzlichen Leistungsbereich nach Auslaufen der Therapie zu schaffen.

Stattdessen wird die Rezidivprophylaxe nun aus dem Stundenkontingent der Langzeittherapie herausgebrochen. Bei einem Antrag für eine Langzeittherapie kann man angeben, ob man vorhat, einen Teil der Stunden des Langzeittherapie-Kontingents für die Rezidivprophylaxe zu nutzen: Bei einer Behandlung

von 40 oder mehr Stunden können hierfür maximal acht Stunden abgezweigt werden, bei 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden. Es ist auch möglich, die Entscheidung für eine Rezidivprophylaxe erst im Laufe einer Psychotherapie zu treffen.

Die Inanspruchnahme der für die Rezidivprophylaxe vorgesehenen Stunden ist innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der Langzeittherapie möglich (sofern deren Kontingent nicht aufgebraucht wurde). Bei der Umsetzung der Regelung in der Psychotherapievereinbarung ist daran gedacht, die Sitzungen der Rezidivprophylaxe für die Überbrückung des Zweijahreszeitraums, den man braucht, um eine neue Kurzzeittherapie ohne Gutachterverfahren zu beginnen, zu nutzen.

MISSLUNGENE STANDARD-DOKUMENTATION

Die vom G-BA beschlossene Richtlinie sah ursprünglich vor, dass sich Therapeut und Patient jeweils zu Beginn und zum Ende der Therapie zusammensetzen, um einheitliche Dokubögen auszufüllen. Dabei gibt es

War die psychotherapeutische Versorgung bisher zu aufwändig?

Ein Blick in die Versorgungsdaten zeigt: Die Mehrzahl der Patienten schließt die Therapie ab, ohne das von den Krankenkassen bewilligte Maximalkontingent in Anspruch zu nehmen. Offenbar orientieren sich die Psychotherapeuten nicht an der vorgegebenen Therapiestruktur, sondern am individuellen Behandlungsbedarf der Patienten.

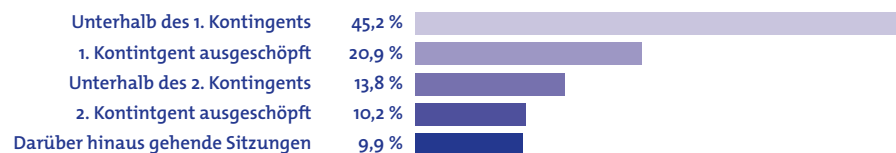
KURZZEIT: VERHALTENSTHERAPIE



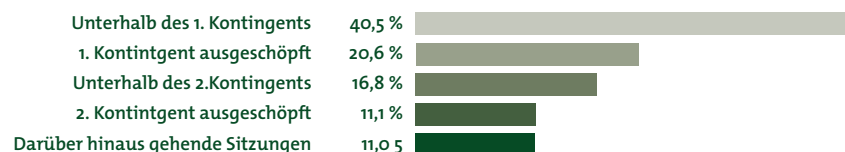
KURZZEIT: TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE



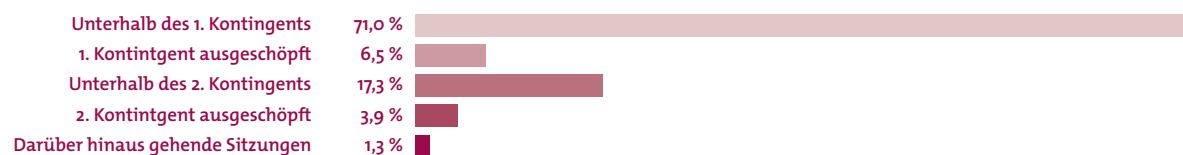
KURZZEIT UND/ODER LANGZEIT: VERHALTENSTHERAPIE



KURZZEIT UND/ODER LANGZEIT: TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE



ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE



Quelle: Multmeier, Jan / Tenckhoff, Bernhard: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. Dt. Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 11 (14. März 2014), Seite 438-440

zunächst ein grundsätzliches Problem: Der Nutzen dieser Standarddokumentation ist unklar. Die Therapeuten brauchen keine Dokubögen, da sie ihre eigenen Aufzeichnungen führen. Die Patienten ebenso wenig, da für sie der Therapieprozess ausschlaggebend ist. Und auch der Gutachter, an den der Bogen mitgeschickt werden sollte, bekäme keine für seine Entscheidung relevanten Informationen, die nicht bereits im Antrag stehen. Die Standarddokumentation wäre also im besten Falle überflüssig gewesen. Zusätzlich sind dem G-BA aber einige handwerkliche Fehler unterlaufen, durch die eine Anwendung des Dokubogens sogar schädlich hätte werden können.

Obwohl das Gutachterverfahren anonymisiert ist, sollte auf dem Bogen auch die Versichertennummer des Patienten angegeben werden. Schon deshalb hätte der Bogen in dieser Form nicht genutzt werden können.

Die Dokubögen für Kinder und Jugendliche sind sogar fachlich misslungen. Dort werden beispielsweise „abnorme psychosoziale Umstände“ abgefragt. Solch stigmatisierende Befunde wären in einer Therapie gänzlich undenkbar!

Dies und die noch zusätzliche Anforderung von IQ-Tests, die mit der eigentlichen Therapiethematik nichts zu tun haben, haben denn auch dazu geführt, dass der Dokubogen vom Bundesgesundheitsministerium beanstandet wurde. Nun hat der G-BA bis zum 29. Dezember 2017 Zeit, einen neuen Beschluss zu

fassen. Vermutlich wird er eine deutlich abgespeckte Version des Bogens vorlegen.

EINE FRAGE DER HONORIERUNG

Wie die Reform in den Praxen umgesetzt wird, hängt wesentlich von den Verhandlungen im Bewertungsausschuss ab. Die Sprechstunden und die Akutbehandlung müssen angemessen vergütet werden, damit es einen Anreiz gibt, sie anzubieten.

In diesem Zusammenhang gibt es ein weiteres Problem: Die psychotherapeutischen Praxen bekommen

Schon bisher konnte nur etwa die Hälfte der Hamburger Praxen die ominöse 18-Wochenstunden-Marke erreichen. Dieser Anteil droht nun gegen null abzusinken, womit der Strukturzuschlag auf kaltem Wege abgeschafft würde. Die Psychotherapeuten sind, was die Honorierung angeht, ohnehin das Schlusslicht aller in der KV vertretenen Fachgruppen. Die Kolleginnen und Kollegen werden immer unzufriedener und frustrierter mit dieser Situation.

Die neue Psychotherapie-Richtlinie ist am 8. Oktober 2016 in Kraft getreten und soll ab 1. April 2017 umgesetzt werden. Ob diese Frist eingehalten werden kann, ist fraglich. Unter anderem müssen noch geeignete Vergütungsregeln geschaffen werden, damit die Reform eine positive Wirkung entfalten kann.

Das Grundproblem der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland bleibt allerdings bestehen: Es gibt zu wenig Kapazitäten. Therapeutische Praxen in Hamburg bekommen pro Woche mindestens fünf Anfragen nach Therapieplätzen, die abgelehnt werden müssen. Die Menschen, die anrufen, sind verzweifelt angesichts der monatelangen Wartezeiten. Was wir dringend brauchen, ist eine realistischere Bedarfsplanung.

HANNA GUSKOWSKI ist psychologische Psychotherapeutin in Eimsbüttel und Sprecherin des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg

Die Patientensteuerung wurde nicht bei den Kassen, sondern bei den Psychotherapeuten angesiedelt. Das ist ein Erfolg.

einen Strukturzuschlag auf die Honorare für genehmigungspflichtige Leistungen. Dieser Zuschlag wird aber nur fällig, wenn man im Quartalsdurchschnitt mindestens 18 genehmigte Therapiestunden pro Woche erbringt – und auch dann wird er lediglich entsprechend der jeweiligen Stundenmenge quotiert ausbezahlt.

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie hat nun jedoch einen Nebeneffekt: Wenn man ein größeres Zeitpensum für die telefonische Erreichbarkeit einplanen muss und darüber hinaus Sprechstunden und Akutbehandlung anbietet, kann man weniger genehmigungspflichtige Leistungen erbringen.

»Es ist egal, wo man erreichbar ist«

Wie muss eine Psychotherapeutenpraxis organisiert sein, damit sie den neuen Anforderungen gerecht wird? Interview mit **DIETER BEST**, der hierzu Veranstaltungen in verschiedenen Bundesländern durchführt.

Welcher Aspekt der neuen Psychotherapie-Richtlinie macht den niedergelassenen Therapeuten am meisten Sorge?

BEST: Die Besorgnisse beziehen sich vorrangig auf die Erreichbarkeit. Wie kann man gewährleisten, 200 Minuten pro Woche telefonisch erreichbar zu sein? Das scheint vor allem für Kollegen, die in einer Einzelpraxis arbeiten, ein Problem zu sein.

Worauf kommt es an?

BEST: Ziel der Regelung ist, dass Patienten, die einen Termin haben wollen, nicht mehr nur auf dem Anrufbeantworter landen, sondern innerhalb der Erreichbarkeitszeit direkt einen Ansprechpartner haben. Das kann entweder der Psychotherapeut selbst sein oder ein Angestellter oder ein von verschiedenen Praxen gemeinschaftlich organisierter Ansprechpartner.

Nehmen wir an, ein Therapeut möchte seine Erreichbarkeit alleine organisieren. Wie kann er das bewerkstelligen?

BEST: Der Therapeut muss seine Erreichbarkeitszeit ja nicht damit verbringen, vor dem Telefon zu sitzen und auf Anrufe zu warten. Er kann

sich die Erledigung anderer Arbeiten vornehmen: Berichte schreiben, Dokumentationen anfertigen – was an Verwaltungstätigkeit eben so anfällt. Wenn man diese Arbeiten lieber zu Hause erledigt, kann man das Praxistelefon auch per Rufumleitung auf den Privatanschluss stellen. Es ist ja egal, wo man erreichbar ist.

Kann man in dieser Zeit auch berufliche Telefonate erledigen?

BEST: Ja. Man kann die Zeit dafür nutzen, mit Ärzten oder Kliniken zu telefonieren. Während der Erreichbarkeitszeit einer Praxis darf auch mal das Besetztzeichen ertönen.

Wie organisiert man eine gemeinsame Anlaufstelle? Wie viele Praxen müssten sich idealerweise zusammentun?

BEST: Da gibt es die unterschiedlichsten Modelle. Es können sich zwei, drei oder mehrere Praxen beteiligen. Denkbar wäre auch, dass die Mitglieder eines psychotherapeutischen Praxisnetzes oder die Psychotherapeuten eines Stadtviertels den Telefondienst organisieren.

Wie geht das technisch? Leitet man seine Nummer jeweils auf

jene Praxis um, der gerade Bereitschaft hat?

BEST: Wenn die Bereitschaft reihum geht, könnte man das so machen. Wenn es eine zentrale Anlaufstelle gibt, kann die Praxis den Patienten einfach deren Nummer mitteilen. Man muss nicht unbedingt über die eigene Praxisnummer erreichbar sein. Der Patient muss nur wissen, unter welcher Nummer er anrufen kann und zu welcher Zeit, um jemanden persönlich zu erreichen. Das kann der Psychotherapeut beispielsweise auf seinem Anrufbeantworter bekannt geben.

Muss der zentrale Ansprechpartner Zugriff auf alle freien Termine der beteiligten Praxen haben?

BEST: Er muss zumindest wissen, welche Praxis einen Termin für ein Erstgespräch frei hat. Dann kann er dem Anrufenden mitteilen, dass die Praxis kurzfristig zurückruft für die Terminvereinbarung. Allerdings muss gewährleistet sein, dass das funktioniert.

Auch die Sprechstunden erfordern eine veränderte Praxisorganisation ...

BEST: Ja, wobei Erreichbarkeit und Sprechstunde oftmals verwechselt

werden. Die Sprechstunden können in Form offener Sprechstunden oder in Form von Bestellsprechstunden oder in einer Mischform angeboten werden. Normalerweise werde ich nicht die offene Sprechzeit wählen, bei der ich in der Praxis sitze und auf Patienten warte – und wenn niemand kommt, ist die

BEST: Das Bundesgesundheitsministerium hat klargestellt: Prinzipiell muss jeder Psychotherapeut Sprechstunden anbieten. Das gehört einfach zu seinen Aufgaben – ebenso wie die Richtlinientherapie. Mit dem Begriff „in der Regel“ bekommen die KVen einen Spielraum, die Verpflichtung aufzulo-

der KBV und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen beginnen.

Künftig sollen die Terminservicestellen auch Termine beim Psychotherapeuten vermitteln. Geht es da nur um Sprechstunden?

BEST: Es geht um einen „ersten Termin“. Laut Gesetz muss dann auch eine gegebenenfalls notwendige Anschlussbehandlung erfolgen. Ob davon genug zur Verfügung gestellt werden kann, ist derzeit noch unklar. Die Kapazitäten sind durch die neue Richtlinie ja nicht erhöht worden. Und durch die Einführung der Sprechstunden steigt die Nachfrage nach Richtlinien Therapien möglicherweise noch an. Die Sprechstunde ist ja als niederschwelliges Angebot konzipiert – schon der Begriff hat einen ganz anderen Klang als beispielsweise „probatorische Sitzung“. Kann sein, dass künftig Menschen in die Praxen kommen, die dies vorher nicht gewagt hätten. Das könnte zu Engpässen bei der Anschlussbehandlung führen. Allerdings wird durch die Auswertung der Anfragen und die Evaluation der Neuerungen genauer dokumentiert, wo ungedeckter Behandlungsbedarf besteht und wie hoch dieser ist. So bekommen wir neue Erkenntnisse, die man für die Reform der Bedarfsplanung nutzen kann.

DIETER BEST ist psychologischer Psychotherapeut in Ludwigshafen, Vorsitzender des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV und stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV)



Dieter Best: "Ich würde raten, die Sprechstunden ans Ende des Arbeitstages zu legen."

Zeit verloren. Die Termine für die Sprechstunden werden deshalb wie jetzt auch im Vorfeld telefonisch vergeben. Ich würde raten, die Sprechstunden ans Ende des Arbeitstages zu legen. Wird ein Termin nicht wahrgenommen – was bei Patienten, die man nicht kennt, eventuell häufiger vorkommt –, kann man nach Hause gehen, ohne dass eine Lücke entsteht.

Laut Psychotherapierichtlinie soll ein Psychotherapeut „in der Regel“ Sprechstunden anbieten. Was heißt das konkret?

ckern, wenn es keine Wartezeiten gibt. Wie groß das Sprechstundenangebot der Psychotherapeuten über das verlangte Minimum hinaus sein wird, hängt in erster Linie von der Vergütung ab, die noch nicht feststeht. Dasselbe trifft auf die sogenannte Akutbehandlung zu, die innerhalb von 14 Tagen beginnen soll. Beides sind neue Leistungen und erfordern einen höheren organisatorischen Aufwand, der auch entsprechend vergütet werden muss. Die Verhandlungen dazu werden demnächst im Bewertungsausschuss zwischen

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

STATIONÄRE REHA

Wer ist für die Arzneimittelversorgung während eines Aufenthaltes in einer stationären Rehabilitation zuständig?

Das kommt darauf an, wer der Kostenträger der Reha-Maßnahme ist: Ist die GKV der Kostenträger, hat die Reha-Einrichtung die Verordnung der Arzneimittel zur Behandlung jenes Leidens zu übernehmen, das Grund für die stationäre Reha ist. Medikamente, die nicht im Zusammenhang mit dem „Reha-Leiden“ stehen, werden von einem ambulant tätigen Arzt verordnet. Ist die Deutsche Rentenversicherung der Kostenträger, hat die Reha-Einrichtung grundsätzlich die vollständige medizinische Versorgung zu übernehmen. Das umfasst in der Regel auch die vollständige Versorgung mit Arzneimitteln, unabhängig davon, ob ein Zusammenhang mit dem Behandlungsleiden besteht.

PRIVATRECHNUNG FÜR GKV-VERSICHERTE

Stimmt es, dass wir einem GKV-Patienten nach zehn Tagen eine Privatrechnung ausstellen dürfen, wenn kein Versichertennachweis vorgelegt wurde?

Ja. Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung fordern, wenn weder die elektronische Gesundheitskarte noch ein Anspruchsnachweis vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal vorgelegt worden ist und wenn dies nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgeholt wurde (§ 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä). Die Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige elektronische Gesundheitskarte beziehungsweise ein Anspruchsnachweis vorliegt (§ 18 Abs. 9 BMV-Ä).

MEDIKATIONSPLAN

In welchen Fällen haben Patienten Anspruch auf einen Medikationsplan?

GKV-Patienten haben seit dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan, wenn sie mindestens drei auf Kasensenrezept verordnete, systemisch wirkende Medikamente gleichzeitig einnehmen oder anwenden. Die Einnahme oder Anwendung muss dauerhaft (über einen Zeitraum von mindestens 28 Tage) erfolgen.

Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.
www.kvvh.de → Beratung und Information → Fragen und Antworten



MEDIKATIONSPLAN

Unter welchen Voraussetzungen können die EBM-Abrechnungsziffern für die Erstellung des Medikationsplans in Ansatz gebracht werden?

Die Abrechnung der Medikationspläne ist je nach Versorgungsbereich unterschiedlich zu handhaben.

Haus- und Kinderärzte können die GOP 01630 EBM bei der Ausstellung eines Medikationsplanes einmal im Krankheitsfall für Patienten abrechnen, die nicht chronisch krank sind. Für Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden, gibt es einen Zuschlag zur Chronikerpauschale. Dieser Zuschlag wird von der KV Hamburg bei der Quartalsabrechnung automatisch hinzugesetzt, wenn die Chronikerpauschale (GOP 03220 bzw. 04220 EBM) in Ansatz gebracht wird. Hierbei spielt es keine Rolle, ob Sie tatsächlich einen Medikationsplan erstellt haben oder nicht.

Fachärzte, die bei einem Patienten die fachgruppenspezifischen Zusatzpauschalen für die Onkologie, die fachgruppenspezifischen Zusatzpauschalen für die Behandlung eines Transplantationsträgers oder die GOP 30700 im Rahmen der Schmerztherapie abrechnen, können die GOP 01630 EBM ebenfalls einmal im Krankheitsfall abrechnen, wenn für den Patienten ein Medikationsplan erstellt wurde. In allen anderen Fällen erhalten Fachärzte einen Zuschlag zur Grundpauschale, der von der KV Hamburg bei der Quartalsabrechnung automatisch hinzugesetzt wird. Auch hier ist es unerheblich, ob tatsächlich ein Medikationsplan erstellt wurde oder nicht.

MEDIKATIONSPLAN

Müssen wir uns für das Einlesen des Medikationsplans einen Barcode-Scanner anschaffen? Was für einen Drucker benötigen wir, um den Plan auszudrucken?

Die Anschaffung eines Barcode-Scanners ist nicht verpflichtend, empfiehlt sich jedoch für Ärzte, die häufig Aktualisierungen von anderen Ärzten oder Apothekern in den Medikationsplan übernehmen müssen. Wer einen Barcode-Scanner nutzt, muss die Änderungen nicht per Hand eintippen. Zum Ausdrucken des Planes empfiehlt sich die Nutzung eines Laserdruckers mit einer Auflösung von mindestens 300 dpi. Für den Ausdruck kann normales DIN-A4-Papier verwendet werden.

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

Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

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

Vor diesem Hintergrund fördert die KV Hamburg gemeinsam mit den Krankenkassen die Weiterbildung in den Facharztgruppen **Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe** sowie **Augenheilkunde**, wobei die Anzahl der zu fördernden fachärztlichen Weiterbildungsstellen in Hamburg insgesamt 21,75 Stellen beträgt (Stand 1.7.2016).

FREIE WEITERBILDUNGSSTELLEN

Die freien Weiterbildungsstellen verteilen sich wie folgt auf die o. g. Facharztgruppen:

- Augenärztliche Weiterbildungsstellen: 5,56
- Pädiatrische Weiterbildungsstellen: 5,23
- Gynäkologische Weiterbildungsstellen: 10,96

Die Förderung kann grundsätzlich für jede besetzte Vollzeitstelle (mindestens 38,5 Stunden/Woche) oder eine Teilzeitstelle mit mindestens der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit erfolgen.

BEWERBUNGSFRIST

Ein Antrag auf Förderung ist bei der KV Hamburg im Zeitraum vom

15. Dezember 2016 bis 11. Januar 2017

zu stellen. Anträge, die außerhalb dieser Frist bei der KV Hamburg eingehen, werden abgelehnt.

Das zu verwendende Antragsformular finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg:

www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter "A": Assistenten → Förderung der Weiterbildung → "Antrag auf Förderung der fachärztlichen Weiterbildung"

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag vollständig vorliegen muss, um berücksichtigt werden zu können. Kann die sog. Formale Zeitenbestätigung der Ärztekammer nicht zeitgleich mit dem Antrag auf Förderung vorgelegt werden, kann der Antrag dennoch als vollständig gewertet werden, wobei die sog. Formale Zeitenbestätigung in diesem Fall nachzureichen wäre.

Zudem weisen wir darauf hin, dass aufgrund der Begrenztheit der förderungsfähigen Weiterbildungsstellen ggf. nicht alle eingehenden Anträge auf Förderung positiv beschieden werden können.

Weitere Informationen zum Vergabeverfahren:

www.kvhh.de → Recht & Verträge → Rechtsquellen → Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung Fachärzte
www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter "A": Assistenten → Förderung der Weiterbildung → "Hinweise zur Förderung der Weiterbildung für grundversorgende Fachärzte"

Ansprechpartner:
Abteilung Arztregister
Katrin Benedickt, Tel: 22802-661
Sonja Schütt, Tel: 22802-626



Barmer GEK fusioniert mit Deutsche BKK

Die Barmer GEK und die Deutsche BKK werden zum 1. Januar 2017 fusionieren. Die zusammengelegte Krankenkasse wird den Namen „Barmer“ tragen.

Die Versichertenkarten der bisherigen Deutsche-BKK-Versicherten sollen im Verlauf des Jahres 2017 ausgetauscht werden. Bis dies erfolgt ist, behalten die vorhandenen Karten ihre Gültigkeit.

WEITERBESTEHENDE SONDERVERTRÄGE

Folgende mit der Barmer GEK abgeschlossenen Verträge bleiben bestehen:

- Vertrag über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens zwischen der Barmer GEK und der KV Hamburg
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung der Tonsillotomie zwischen der Barmer GEK und der KV Hamburg
- Vertrag zu Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen bei der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) zwischen der Barmer GEK und der KV Hamburg
- Vertrag über ein strukturiertes Arzneimittel-Management von Biologika und Biosimilars (Biolike) in Hamburg nach § 84

Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen der Barmer GEK und der KV Hamburg
Diese Verträge gelten ab 1. Januar 2017 für alle Versicherten der dann fusionierten „Barmer“ – egal, ob sie ursprünglich in der Barmer GEK oder der Deutschen BKK versichert waren.

GEKÜNDIGTE SONDERVERTRÄGE

Im Zuge der Fusion wurden folgende Verträge zum 31.12.2016 gekündigt:

- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen (Impfvereinbarung-Ausland) zwischen der Deutschen BKK und der KV Hamburg
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73 c SGB V zwischen der Securvita BKK und der KV Hamburg, Beitrittserklärung Deutsche BKK zum 1.07.2015
- Pflegeheim-Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen der Barmer GEK, dem BKK-Landesverband Nordwest, der Knappschaft und der KV Hamburg

STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME (DMP)

Alle DMP-Teilnehmer bleiben durchgehend im Behandlungsprogramm eingeschrieben. Aufgrund der Fusion sind keine Neueinschreibungen der bisherigen DMP-Teilnehmer erforderlich. ■

Ansprechpartner Infocenter
Tel: 22802 – 900

Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2016

Abgabefrist:
2. bis 13. Januar 2017

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 einem Datenträger in die KV bringen und dort in einem 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



Verordnung von Heilmitteln

Was Sie über die Neuregelungen ab 2017 wissen müssen

PRAXISBESONDERHEITEN: ÜBERARBEITETE DIAGNOSELISTE

Die Vereinbarung über Praxisbesonderheiten wird zum Jahresende von einer neuen Diagnoseliste „Besondere Ordnungsbedarfe“ abgelöst. Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband verständigt. Die Diagnoseliste wurde um einige Diagnosen ergänzt und tritt als Anhang der neuen bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen zum 1. Januar 2017 in Kraft.

In den Verhandlungen mit den Krankenkassen konnte die KBV erreichen, dass ab 2017 bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen zusätzliche Diagnosen als besonderer Ordnungsbedarf zugunsten der Ärzte berücksichtigt werden. Unter der Kategorie „Geriatrische Syndrome“ wurde eine Reihe von Diagnosen aufgenommen, die ab dem 70. Lebensjahr einen besonderen Ordnungsbedarf darstellen – etwa Demenz und Osteoporose mit pathologischer Fraktur. Ebenfalls hinzugekommen ist die Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (vor dem 65. Lebensjahr).

Darüber hinaus wurden spezifische Diagnosen aus den folgenden Bereichen in die Liste aufgenommen: Entwicklungsstörungen bei Kindern, sekundäres Parkinson-Syndrom, chronische Atemwegserkrankungen

mit Ursprung in der Perinatalperiode, Versorgung von Schulterläsionen, Systemkrankheiten des Bindegewebes, Kyphosen, Skoliosen sowie juvenile Osteochondrosen.

Alle Diagnosen, die ab 2017 einen besonderen Ordnungsbedarf darstellen, sind im Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgabe Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgeführt. Die Diagnosen, für die ein langfristiger Heilmittelbedarf anzunehmen ist, werden künftig vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen und als Anlage in die Heilmittel-Richtlinie integriert.

LANGFRISTIGER HEILMITTEL-BEDARF: VERFAHREN WIRD VEREINFACHT

Die komplexen Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf werden zum 1. Januar 2017 vereinfacht. Der G-BA hat die Heilmittel-Richtlinie angepasst und damit auch auf Kritik von Ärzten an dem bisherigen Verfahren reagiert.

Künftig werden in einer Anlage zur Heilmittel-Richtlinie diejenigen Diagnosen gelistet, bei denen von einem langfristigen Heilmittelbedarf auszugehen ist. Damit ist ab 2017 klar geregelt, dass Versicherte sich einen langfristigen Heilmittelbedarf nicht mehr von ihrer Krankenkassen genehmigen lassen müssen, wenn ihre Erkrankung in

der Heilmittel-Richtlinie aufgeführt ist.

Eine weitere, für Ärzte und für Patienten wichtige Änderung ist die Erweiterung der Diagnoseliste. So müssen künftig beispielsweise auch Patienten mit Systemischem Lupus erythematoses oder schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) keine aufwendigen individuellen Anträge mehr stellen. Insgesamt wurden 14 Erkrankungen neu auf die Diagnoseliste gesetzt. Darunter sind einige Diagnosen, die bislang als Praxisbesonderheiten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannt werden.

Patienten, bei denen keine der gelisteten Diagnosen vorliegt, können bei ihrer Krankenkasse eine langfristige Heilmittelgenehmigung beantragen. Als Grundlage für die Genehmigung patientenindividueller Anträge benötigt die Krankenkasse den Antrag des Versicherten sowie die Kopie einer gültigen Heilmittelverordnung (Original verbleibt beim Patienten).

Für die Genehmigung ist entscheidend, dass die Schädigung in Bezug auf die Schwere und Dauerhaftigkeit der funktionellen/strukturellen Einschränkung vergleichbar sein muss mit denen der Diagnoseliste. Ziel der neuen Vorgaben ist es, eine einheitliche Genehmigungspraxis der Krankenkassen und eine medizinische



Auseinandersetzung mit individuellen Anträgen zu erreichen. Ärzte hatten bemängelt, dass die Begründungen für abgelehnte Anträge oftmals medizinisch nicht nachvollziehbar seien. Künftig kann eine Krankenkasse einen Antrag beispielsweise nicht allein deswegen ablehnen, weil sich das Heilmittel oder die Behandlungsfrequenz im Genehmigungszeitraum ändern könnte.

Deutlicher formuliert wurde, dass eine Genehmigung unbefristet beziehungsweise für mehrere Jahre befristet ausgesprochen werden kann. Bisher werden Genehmigungen der Krankenkassen zumeist auf ein Jahr befristet, obwohl die Erkrankungen vielfach irreversible Schädigungen hervorrufen, bei denen keine Verbesserung zu erwarten ist.

Klargestellt wurde auch, dass Ärzte für Patienten mit langfristigen Heilmittelbedarf (ob laut Diagnoseliste oder mit individueller

Genehmigung der Krankenkasse) sofort eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen dürfen. Das heißt, sie müssen sich nicht an die Begrenzung der Regelfallmengen halten, sondern können die Verordnungsmenge gleich in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf festlegen. Dabei darf jedoch ein Behandlungszeitraum von zwölf Wochen nicht überschritten werden.

NEUE VERORDNUNGS-FORMULARE: ALTE VORDRUCKE WERDEN UNGÜLTIG

Ab 1. Januar 2017 gelten neue Heilmittel-Verordnungsformulare.

Es geht um folgende Muster:

- Muster 13 (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie)
- Muster 14 (Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)
- Muster 18 (Maßnahmen der Ergotherapie)

Die neuen Formulare haben zwei statt wie bisher ein Feld für den ICD-10-Code. Ansonsten bleibt alles beim Alten. Bei einigen wenigen Diagnosen war für die Anerkennung als Praxisbesonderheit bisher schon die Spezifizierung mittels eines zweiten ICD-10-Codes erforderlich (z.B. postoperative Versorgung einer chronischen Instabilität des Kniegelenkes). Um zukünftig die Identifikation der besonderen Verordnungsbedarfe im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eindeutig sicherzustellen, haben sich die Verhandlungspartner darauf verständigt, ein zweites elektronisch lesbares ICD-10-Feld auf die Verordnungsformulare aufzubringen.

Für den Arzt besteht keine Verpflichtung, dieses zweite ICD-10-Feld zu befüllen. Möchte er aber bestimmte besondere Verordnungsbedarfe geltend machen, ist der zweite ICD-10-Code erforderlich. Dies betrifft nur Indikationen im Zusammenhang mit postoperativer Versorgung sowie Myelopathie oder Radikulopathie bei Bandscheibenschäden.

Ab dem 1. Januar 2017 dürfen nur noch die neuen Muster verwendet werden. Alte Vordrucke werden ungültig. ■

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



Lipidsenker: Verordnungsausschluss für Repatha und Praluent

Die PCSK9-Hemmer Evolocumab (Repatha®) und Alirocumab (Praluent®) sind bis auf wenige Ausnahmen nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Die beiden Wirkstoffe können nur noch für eng gefasste Patientenpopulationen und von einigen Facharztgruppen verordnet werden.

Evolocumab (Repatha®) ist schon seit dem 13. August 2008 nur noch eingeschränkt verordnungsfähig (siehe *KV Journal* 9/2016, Seite 24). Am 25. Oktober 2016 ist nun auch eine Verordnungseinschränkung von Alirocumab (Praluent®) in Kraft getreten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) konnte für beide Wirkstoffe keinen Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie (Statine und/oder andere Lipidsenker) feststellen. Angesichts des enormen Kostenunterschieds zwischen diesen monoklonalen Antikörpern und den bisher eingesetzten Lipidsenkern sieht der G-BA die Behandlung mit diesen Präparaten als unwirtschaftlich an und hat sie deshalb grundsätzlich von der Verordnungsbarkeit ausgeschlossen.

Welche Patientengruppen sind vom Verordnungsausschluss ausgenommen?

Evolocumab (Repatha®) und Alirocumab (Praluent®) sind nur noch verordnungsfähig für Patienten mit heterozygot familiärer oder nichtfamiliärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie bei therapierefraktären Verläufen, bei denen grundsätzlich trotz einer über einen Zeitraum von zwölf Monaten dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen lipidsenkenden Therapie (Statine und/oder andere Lipidsenker bei Statin-Kontraindikation) der LDL-C-Wert nicht ausreichend gesenkt werden kann und daher davon ausgegangen wird, dass die Indikation zur Durchführung einer LDL-Apherese besteht. Es kommen nur Patienten mit gesicherter vaskulärer Erkrank-

kung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) sowie regelhaft weiteren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse (z.B. Diabetes mellitus, Nierenfunktion GFR unter 60 ml/min) infrage sowie Patienten mit gesicherter familiärer heterozygoter Hypercholesterinämie unter Berücksichtigung des Gesamtrisikos familiärer Belastung.

Evolocumab (Repatha®) ist darüber hinaus verordnungsfähig für Patienten mit familiärer, homozygoter Hypercholesterinämie, bei denen medikamentöse und diätetische Optionen zur Lipidsenkung ausgeschöpft sind.

Welche Facharztgruppen dürfen behandeln?

Der G-BA hat festgelegt, dass die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Evolocumab (Repatha®) und Alirocumab (Praluent®) nur durch Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie oder durch Fachärzte, die in Ambulanzen für Lipidstoffwechselstörungen tätig sind, erfolgen darf. ■

(Quelle: Anlage III; Arzneimittelrichtlinie – www.g-ba.de)

Otologika: Bundessozialgericht bestätigt Verordnungsausschluss von Otovowen

Das Bundessozialgericht (BSG) hat bestätigt, dass das nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel Otovowen vom generellen Verordnungsausschluss von Otologika erfasst ist (Az.: B 6 KA 25/15 R). Darauf hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Pressemitteilung hingewiesen: „Im Rechtsstreit gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss hatte der Hersteller des homöopathischen Arzneimittels die Auffassung vertreten, dass Otovowen® für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verordnungsfähig sei. (...). Der G-BA hatte mit Beschluss vom Dezember 2008 Otologika (Arzneimittel zur Behandlung von Ohrenleiden) wegen eines nicht nachgewiesenen medizinischen Nutzens generell von der Verordnungsfähigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenkassen – und damit auch für Kinder und

Jugendliche – ausgeschlossen. Von diesem Verordnungsausschluss in Nr. 38 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie ist nach - nun höchstrichterlich bestätigter - Auffassung des G-BA auch Otovowen als oral einzunehmendes Arzneimittel umfasst“.

(www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen)

HINTERGRUND

Nach Nr. 38 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie sind verschreibungspflichtige Otologika generell von der Verordnung ausgeschlossen.

Von dieser Regelung gibt es zwei Ausnahmen. Verordnet werden dürfen:

- Antibiotika und Corticosteroide auch in fixer Kombination untereinander zur lokalen Anwendung bei Entzündungen des äußeren Gehörganges
 - Ciprofloxacin zur lokalen Anwendung als alleinige Therapie bei chronisch eitriger Entzündung des Mittelohrs mit Trommelfelldefekt (mit Trommelfellperforation)
- Bei nicht-verschreibungs-



pflichtigen Arzneimitteln ist, von den genannten Ausnahmen abgesehen, eine Verordnung auch für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr unwirtschaftlich. Das gilt, wie das BSG nun klar gestellt hat, auch für Otovowen. ■

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



Behandlung der gewöhnlichen Krätze

Welche Antiscabiosa sind verordnungsfähig?

Ziel der Behandlung einer Erkrankung an einer gewöhnlichen Skabies ist die Abtötung der Skabiesmilben sowie der Larven und Eier. Nach dem Ärzt Ratgeber des Robert-Koch-Instituts (RKI) ist prinzipiell eine Behandlung mit topisch applizierten Antiscabiosa oder eine systemische Behandlung möglich. Derzeit in Deutschland verfügbare Antiscabiosa enthalten Permethrin, Benzylbenzoat und Crothamiton zur topischen Anwendung sowie – seit Februar 2016 für diese Indikation zugelassen – Ivermectin zur oralen Anwendung.

Mittel der Wahl

Das RKI empfiehlt grundsätzlich Permethrin topisch als Mittel der ersten Wahl. Wenn wegen nicht zu beeinflussender Rahmenbedingungen eine bestimmungsmäßige Anwendung von Permethrin nicht möglich ist, wird Ivermectin oral empfohlen.



Krätzmilbe

Weiterhin muss die Therapie der Krankheitsform, dem Alter des Patienten, dem gleichzeitigen Vorliegen von anderen (Infektions-)Krankheiten, bestehenden Kontraindikationen und der epidemiologischen Situation angepasst werden.

Verordnungsfähigkeit

Bei den zugelassenen permethrin- und ivermectinhaltigen Antiscabiosa handelt es sich um verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei entsprechender Indikation zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnungsfähig sind (siehe Tabelle rechts).

Die nichtverschreibungspflichtigen Mittel Antiscabiosum® und Crothamitex® können auf einem Kassenrezept nur für Kinder bis zum 12. Geburtstag und für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag verordnet werden.

Die Frage der Übernahme der Kosten für die prophylaktische Behandlung von symptomfreien engen Kontaktpersonen stellt sich häufig. Grundsätzlich übernehmen gesetzliche Krankenkassen die Kosten für Arzneimittel nur für die kurative Behandlung der (nachgewiesenen) Infektion mit Krätzmilben, nicht jedoch für eine präventive Anwendung bei Kontaktpersonen. In pflegerischen Einrichtungen, Gemeinschaftseinrichtungen und Sammelunterkünften empfiehlt es sich daher frühzeitig – am besten bereits bei der Erstellung von Vorgehensplänen –, diesen Aspekt mit dem zuständigen Gesundheitsamt zu erörtern. ■

Weitere Informationen zu Vorkommen, Diagnostik, Therapie sowie zu Infektionsschutz und Hygienemaßnahmen – insbesondere auch zum Umgang mit Kontaktpersonen – finden Sie im RKI-Ratgeber für Ärzte „Skabies (Krätze)“ (Vollständig aktualisierte Fassung vom Juni 2016). www.rki.de → Infektionsschutz → Ratgeber für Ärzte

ÜBERSICHT: VERORDNUNGSFÄHIGKEIT VON ANTISCABIOSA

Wirkstoff	Fertigarzneimittel (Beispiele)	Indikation (Angaben nach Fachinformation / Auszüge)	Anmerkungen	Verordnungsfähigkeit
Permethrin	Infectoscab 5% Creme; Permethrin bio-mo 5% Creme	Zur Behandlung der Scabies bei Erwachsenen und Kindern nach dem vollendeten 2. Lebensmonat	Nach RKI: Mittel der ersten Wahl	verschreibungspflichtig / zu Lasten der GKV ordnungsfähig
Benzylbenzoat	Antiscabiosum Emulsion 10% und 25%	Behandlung der Scabies (Krätze) als weniger toxisches Mittel, alternativ zu ausreichend untersuchten Antiscabiosa	Emulsion 10% für Kinder über 6 Jahre / Emulsion 25% nur für Erwachsene	apothekenpflichtig / zu Lasten der GKV nur ordnungsfähig für Kinder bis zum 12. Geburtstag und für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag
Crotamiton	Crotamitex Gel, Lotio, Salbe	Behandlung der Skabies		apothekenpflichtig / zu Lasten der GKV nur ordnungsfähig für Kinder bis zum 12. Geburtstag und für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag
Ivermectin	Scabioral 3mg Tabletten	Behandlung der Skabies (verursacht durch <i>Sarcoptes scabiei</i>) beim Menschen. Die Behandlung ist gerechtfertigt, wenn die Skabies-Diagnose klinisch und/oder durch parasitologische Untersuchungen gesichert ist. Ohne eine gesicherte Diagnose stellt ein Pruritus allein keine Indikation dar.	Empfohlen wird die einmalige orale Gabe von 200 Mikrogramm Ivermectin pro kg Körpergewicht. Die Sicherheit bei Kindern und Jugendlichen unter 15 kg Körpergewicht ist nicht erwiesen.	verschreibungspflichtig / zu Lasten der GKV ordnungsfähig

Ausführliche Informationen zu den Arzneimitteln entnehmen Sie bitte der jeweiligen Fachinformation in der aktuell gültigen Fassung.

Hinweis: Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit Arzneimitteln zur Therapie der gewöhnlichen Skabies. Bei Auftreten von Scabies crustosa gelten abweichende beziehungsweise erweiterte Empfehlungen. ■

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

Grippeimpfung: STIKO setzt präferentielle Empfehlung des nasalen Impfstoffs aus

Die Ständige Impfkommision (STIKO) empfiehlt, in dieser Saison (2016/2017) für die Altersgruppe von 2 bis 17 Jahren entweder den nasalen Lebendimpfstoff (z.B. Fluenz Tetra®) oder einen inaktivierten Influenza-Impfstoff zu verwenden.

Die bisherige präferentielle Empfehlung für die Verwendung des nasalen Impfstoffs in der Altersgruppe von 2 bis 6 Jahren (nur wenn infolge eines Grundleidens eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung durch eine Influenzavirus-Infektion vorliegt) wird für diese Saison ausgesetzt.

Die präferentielle Empfehlung für die 2 bis 6-jährigen „Indikations“-Kinder hatte der Bundesausschuss in die Schutzimpfungsrichtlinie übernommen. Diese regelt die Leistungspflicht der Krankenkassen für Impfungen. Bis zu einer Änderung der Richtlinie können die gesundheitlich gefährdeten Kinder im entsprechenden Alter weiterhin mit dem kostenintensiven Impfstoff Fluenz Tetra® zulasten der Kassen geimpft werden. Die Gründe für die ge-



änderte Empfehlung finden Sie im *Epidemiologischen Bulletin* 39/2016; S. 442. (www.rki.de)

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

Zur Erinnerung:

- Säuglinge und Kleinkinder im Alter von 6 bis 23 Monaten können nur mit einem inaktivierten Impfstoff geimpft werden.
- In Hamburg übernehmen die Kassen die Grippeimpfung auch für Kinder ohne erhöhte gesundheitliche Gefährdung. Diese sind aber mit einem der rabattierten (trivalenten/inaktivierten) Grippeimpfstoffe zu impfen. ■

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:

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Eintritt von Versicherten nach §§ 63, 73b, 140a SGB i. V. m. §§ 87a Abs. 3 S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2017 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)).
- 48. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit dem vdek: Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes im Falle KV-bereichs-übergreifender Inanspruchnahme mit Gültigkeit für das Jahr 2017 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 1. Nachtrag zur Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V i. V. m. § 20i Abs. 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen als Satzungsleistung mit der AOK Rheinland/Hamburg ab 1. Januar 2017

Erratum:

Erratum zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit: Die Anlage 9 in den amtlichen Veröffentlichungen war fehlerhaft und wird entsprechend ausgetauscht.

Hinweis: aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

- Anlage 1 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 - Stand: 6. Oktober 2016

Die Listen wurden wie folgt aktualisiert:

Ende zum 30.06.2016:

BKK Beiersdorf

Kündigung zum 31.12.2016:

Vereinigte BKK

Ende zum 31.12.2016:

BKK Braun-Gillette

E.ON Betriebskrankenkasse

Fusionen zum 01.01.2017:

• BKK VBU → mit Vereinigte BKK zur „neuen“ BKK VBU

• energie-BKK → mit E.ON Betriebskrankenkasse zur „neuen“ energie BKK

• pronova BKK → mit BKK Braun-Gillette zur „neuen“ pronova BKK

- Vertrag zur Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg mit dem BKK-Landesverband NORDWEST:

Die BKK PWC tritt dem o. g. Vertrag zum 1. Januar 2017 bei und lässt die Anlage 2b gegen sich gelten.

Hinweis: Aufhebung eines Vorbehaltes

- Honorarvereinbarung 2017:

Die Honorarvereinbarung 2017 wurde im Hamburger Ärzteblatt 9/2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- Vertrag - Multimorbidität / chronische Erkrankungen - zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte mit besonderem Versorgungsbedarf mit der DAK-Gesundheit:

Der Vertrag - Multimorbidität / chronische Erkrankungen - zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte mit besonderem Versorgungsbedarf wurde im Telegramm Nr. 36 vom 29. Juni 2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Hamburg mit der Techniker Krankenkasse:

Der Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Hamburg wurde im Telegramm Nr. 36 vom 29. Juni 2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- 40. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit dem BKK-Landesverband NORDWEST über die Zahlung der Gesamtvergütung:

Der 40. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit dem BKK-Landesverband NORDWEST über die Zahlung der Gesamtvergütung wurde im KVH-Journal 10/2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 10/2016 wurde der Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages veröffentlicht.

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

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



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Im indirekten Vergleich

Das Beispiel medikamentöser
Behandlungsoptionen der Gonarthrose zeigt:
Netzwerk-Metaanalysen können zu
Erkenntnissen führen, die auf anderem
Wege kaum zu erhalten sind

**VON DAGMAR LÜHMANN IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
(DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)**

W

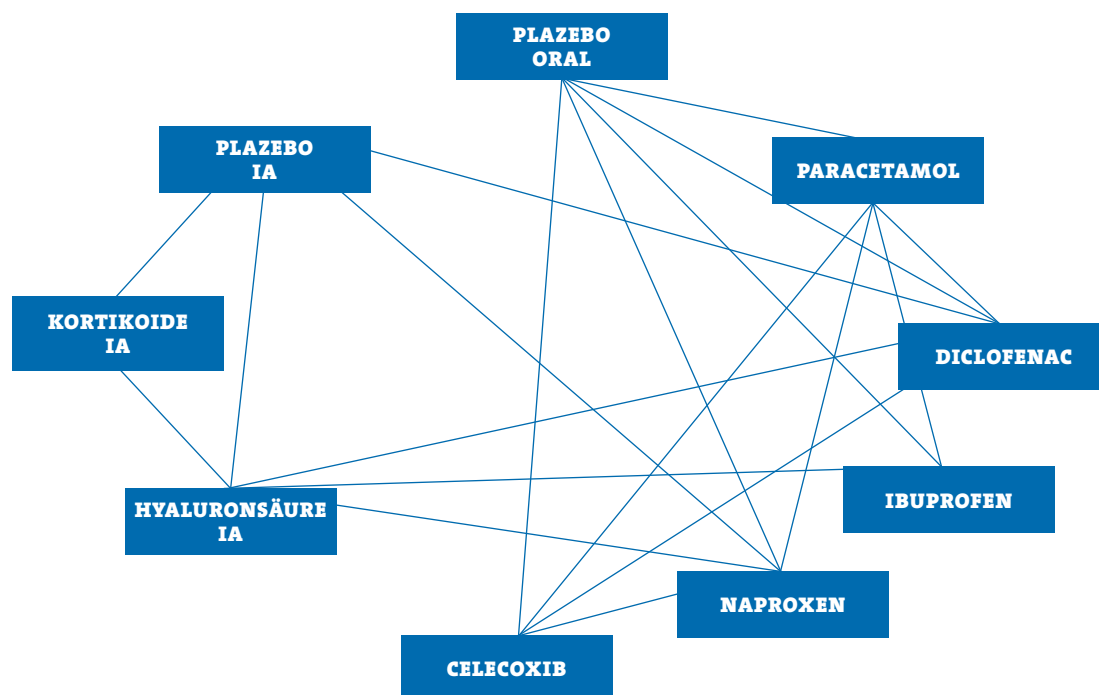
Was ist die wirksamste medikamentöse Behandlung der Gonarthrose? Dieser Frage sind Wissenschaftler des Tufts Medical Center in Boston/USA nachgegangen (Bannuru 2015). Beim Endpunkt „Schmerzminderung nach drei Monaten“ schneidet dieser Analyse zufolge die intraartikuläre Injektion von Hyaluronsäure am besten ab. Und es gibt ein weiteres interessantes Ergebnis: Die Effektstärke der Intervention lässt sich nicht nur auf die Wirkung der aktiven Substanz, sondern auch auf den Placeboeffekt der Applikationsmethode (intraartikuläre Injektion) zurückführen.

Mit Hilfe einer (konventionellen) Metaanalyse der vorliegenden randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) hätte man solche Schlüsse nicht ziehen können. In einer RCT werden die Effekte der zu bewertenden

Behandlungsmethode meist mit denjenigen der bisherigen Standardtherapie oder einer Plazaboapplikation verglichen. Liegen zur selben Fragestellung mehrere RCTs vor, kann man ihre Ergebnisse mittels Metaanalysen zu einem Gesamtergebnis zusammenzufassen – vorausgesetzt, die einzelnen RCT sind sich in ihren klinischen (v.a. Patienten, Interventionen, Vergleichsbehandlung, Endpunkte) und methodischen (v.a. randomisiertes Design, Beobachtungszeitraum, verwendete Ergebnismaße) Charakteristika ausreichend ähnlich. Das Metaanalyseergebnis erlaubt eine präzisere Schätzung des Behandlungseffektes im direkten Vergleich, da es auf den Ergebnissen aller in die Studien eingeschlossenen Patienten beruht.

Doch die Ergebnisse solcher (konventionellen) Metaanalysen helfen nicht unbedingt weiter, wenn man verschiedene Behandlungsoptionen für eine Erkrankung oder ein Symptom vergleichen will, für die es keine direkten Vergleichsstudien gibt. Deshalb gewinnen so genannte indirekte Vergleiche und auch Netzwerk-Metaanalysen an Bedeutung. Sie erlauben es, auch die Effekte von Interventionen zu vergleichen, die nicht in den gleichen Studien geprüft wurden.

Für indirekte Vergleiche benötigt man einen gemeinsamen Komparator. Häufig können hierzu die Placeboarme von kontrollierten Studien herangezogen werden. Aus den Ergebnissen von Studien „Medikament A



Netzwerk von verfügbaren Therapieoptionen zur medikamentösen Behandlung der Gonarthrose für den Endpunkt „Schmerz“. Blaue Linien zeigen vorhandene direkte Vergleichsdaten an. Gibt es keine Linie zwischen zwei Therapieoptionen, bedeutet das: Es sind keine Ergebnisse aus direkt vergleichenden Studien verfügbar. (Nach Bannuru 2015)

vs. Placebo“ und „Medikament B vs. Placebo“ kann im indirekten Vergleich berechnet werden, wie sich die Wirksamkeit von Medikament A im Vergleich zu Medikament B darstellt. In Situationen, in denen multiple Therapieoptionen vorliegen, die nicht notwendigerweise über einen gemeinsamen Komparator verfügen, lässt sich die verfügbare Evidenz in einer Netzwerkstruktur abbilden (siehe Abbildung).

Über den Einbezug von direkten und indirekten Vergleichsdaten kann mithilfe von speziellen Netzwerkmetaanalyseverfahren nun berechnet werden, wie sich die relative Wirksamkeit der einzelnen Therapieoptionen untereinander oder in Bezug auf einen ausgewählten Komparator darstellt. Netzwerkmetaanalysen setzen voraus, dass: 1. die Studien sich im Hinblick auf

die oben bereits genannten klinischen und methodischen Charakteristika ähnlich sind, 2. dass Studien mit den gleichen paarweisen Vergleichen zu vergleichbaren Ergebnissen kommen und dass 3. die Ergebnisse indirekter und direkter Vergleiche keine bedeutsame Diskrepanz aufweisen (Kiefer 2015).

Sind diese Voraussetzungen gegeben, können Netzwerkmetaanalysen zu manchmal erstaunlichen Erkenntnissen führen, die auf anderem Wege kaum zu erhalten sind.

So auch im Fall des von den US-Forschern publizierten Reviews mit Netzwerkmetaanalyse zur relativen Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung von Gonarthrose (Bannuru 2015). Die Übersichtsarbeit beruht auf einer Analyse von 137 RCTs, die zwischen 1980



und 2014 publiziert wurden und die Daten von 33243 Teilnehmern berichten. Eingeschlossen wurden Studien an Patienten mit symptomatischer, klinisch und/oder radiologisch diagnostizierter Gonarthrose, die die Wirksamkeit von mindestens zwei der folgenden Interventionen im randomisierten kontrollierten Design verglichen:

- **oral:** Acetaminophen (Paracetamol), Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Celecoxib, Placebo
- **intraartikulär:** Glukokortikosteroide, Hyaluronsäure, Placebo

Interessierende Endpunkte waren Schmerz, Funktionsfähigkeit und Steifigkeit (mit validierten Instrumenten gemessen, ausgedrückt als Effektstärken). Die Grundvoraussetzungen für die Durchführung einer Netzwerkmetaanalyse waren erfüllt.

Bemerkenswert sind die Ergebnisse für den Endpunkt „Schmerz nach drei Monaten“. Hier erwiesen sich alle geprüften Interventionen wirksamer als orales Placebo, wobei die für Paracetamol gemessene Effektstärke unterhalb der Schwelle für klinisch relevante Wirksamkeit lag. Die Wirksamkeit von Celecoxib war nicht statistisch signifikant unterschiedlich zu Paracetamol.

Überrascht hat das Abschneiden der intraartikulären Placeboinjektionen. Ihre Wirksamkeit war oralem Placebo statistisch signifikant und klinisch relevant überle-

gen, die Wirkstärke unterschied sich nicht signifikant von der Wirkstärke der nichtsteroidalen Antirheumatika (Ibuprofen, Diclofenac).

Die höchsten Effektstärken wurden für die intraartikulären Behandlungen mit Hyaluronsäure und Kortikosteroiden berichtet, wobei der Vorteil gegenüber Naproxen und Celecoxib statistisch signifikant und klinisch relevant war, nicht jedoch gegenüber Ibuprofen und Diclofenac. Die Ergebnisse der Netzwerkmetaanalyse legen jedoch nahe, dass ein großer Teil dieser Wirksamkeit weniger auf die Wirkung der aktiven Substanz als auf den Placeboeffekt der intraartikulären Injektion an sich zurückzuführen ist.

In ihrer Bedeutung am stärksten limitiert werden die Ergebnisse der Arbeit sicher durch den kurzen Beobachtungszeitraum von drei Monaten. Gleichzeitig konnten aber erst die Resultate der Netzwerkmetaanalyse klar aufzeigen, dass es sinnvoll ist, Placeboeffekte unterschiedlicher Applikationswege bei der Wahl von Behandlungsstrategien mit zu berücksichtigen.

Dr. med. Dagmar Lühmann
 Institut für Allgemeinmedizin
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 E-Mail: d.luehmann@uke.de
 Tel: 040 7410 56782

Literatur

- Bannuru RR, Schmid CH, Kent DM, Vaysbrot EE, Wong JB, McAlindon TE. Comparative effectiveness of pharmacologic interventions for knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015; 162(1):46-54.
- Kiefer C, Sturtz S, Bender R. Indirect Comparisons and Network Meta-Analyses. *Dtsch Arztebl Int.* 2015 Nov 20;112(47):803-8.



VERANSTALTUNGSHINWEIS

Zweiter Hamburger Versorgungsforschungstag

Die Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg und Schleswig-Holstein veranstalten am 8. Februar 2017 den „2. Hamburger Versorgungsforschungstag“. Nach der ersten erfolgreichen Tagung zur Versorgungsforschung vor eineinhalb Jahren, die sich mit den Leistungsverchiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor befasste, wird sich die Folgeveranstaltung im Sinne einer Selbstreflektion der Zukunft der ambulanten Versorgung insgesamt und ihrer Organisation widmen.

Die nachrückende Generation junger Mediziner und Therapeuten konfrontiert das traditionelle System der Gesundheitsversorgung mit neuen Vorstellungen von der beruflichen Tätigkeit und ihrer Vereinbarkeit mit Familie und Freizeit. Parallel dazu

verändern sich die Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten der Berufsausübung. Es entstehen neue Tätigkeitsformen, die es heute mehr denn je erlauben, den Beruf flexibel mit der eigenen Lebenssituation zu vereinbaren. Auch die wachsenden gesellschaftlichen Anforderungen an das ärztliche Tun und sich abzeichnende Nachwuchsprobleme in ländlichen Regionen gehören zu dem Spannungsfeld, in dem die Gesundheitsversorgung der Zukunft organisiert werden muss.

Diese Veränderungen stellen das System der ambulanten Versorgung vor neue Herausforderungen: In welcher Weise lassen sich innovative Ausgestaltungsideen mit dem traditionellen Eros und Ethos des ärztlichen Berufes, dem Begriff der Freiberuflichkeit und dem System der Selbstverwaltung in Einklang bringen? Wie können die Stärken des Systems zukunftsfähig gemacht und dadurch erhalten werden? Wie können ergänzend dazu neue Elemente umgesetzt werden, die aus Sicht des Nachwuchses die Attraktivität des Systems erhöhen und dazu beitragen, die hohe Qualität und Effizienz der Versorgung zu sichern?

In Vorbereitung auf den „2. Hamburger Versorgungsforschungstag“ führt die KV Hamburg derzeit unter Mitgliedern eine Befragung zu den Stärken und Schwächen der ambulanten Versorgung durch, deren Ergebnisse am 8. Februar 2017 exklusiv präsentiert und diskutiert werden. Alle Niedergelassenen und Interessierten sind herzlich zur Tagung eingeladen.

2. Hamburger Versorgungsforschungstag „Eros Arzt und Arbeitswelt 4.0 – neue Ansprüche an die ambulante Versorgung“

Termin: 8.2.2017

Programm und Anmeldung:
www.versorgungsforschungstag-hamburg.de

Anmeldeschluss: 13.1.2017

Veranstaltungsort:

Hotel Hafen Hamburg,
Seewartenstraße 9

Ansprechpartnerin:
Eva Schiffmann
Stabsstelle Analyse und Strategie des Vorstandes,
Tel: 22802-427



Versorgungsforschungstag 2015



KV Hamburg feiert Richtfest

Rohbau des neuen Ärztehauses steht

DIE KV HAMBURG HAT AM 19. Oktober 2016 das Richtfest ihres neuen Ärztehauses gefeiert. Sie dankte damit den Bauarbeitern, Zimmerleuten, Handwerkern und Architekten für ihre bisherige Arbeit.

Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg und damit Bauherr, sagte in seiner Rede, das entstehende Gebäude sei eine „Manifestation der Freiberuflichkeit der Vertragsärzte und -psychotherapeuten“. Die Selbstverwaltung schaffe

damit ihren Mitgliedern eine Stätte des lebendigen, selbstbestimmten Austausches, der Gremienarbeit und der Verwaltung.

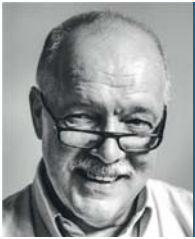
Das neue Hamburger Ärztehaus wird in der Humboldtstraße 56 gebaut. Dort stand bereits das alte Ärztehaus, das abgerissen wurde, weil es aus energetischen Gründen nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden konnte. Mit der Fertigstellung des Neubaus wird im Sommer 2017 gerechnet.



Bauherr Dr. Dirk Heinrich (linkes Bild), Bauleiter Stephan Storch mit Richtfestkrone (Mitte), Architekt Olaf Schindel mit Stephan Storch und Werkpolier Thomas Memmel (rechtes Bild)



Rohbau des neuen Ärztehauses (Straßenansicht)



Ist das nicht irre?

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

Vor einigen Wochen hat Doktor Jens Baas, der Chef der TKK, der mit fast zehn Millionen Mitgliedern größten deutschen Krankenkasse, einen Sturm im Blätterwald ausgelöst, sogar Staatsanwaltschaften hat er geweckt. Seine skandalträchtige Äußerung in einem Interview mit der *Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung* lautete, dass Krankenkassen ständig „schummeln“ würden. Man könnte auch sagen: Kassen halten Ärzte zu ständigem Betrug an. Der zugehörige Euphemismus heißt „Upcoding“. Was bedeutet das?

Vor acht Jahren wurde der Gesundheitsfonds erfunden. Der Krankenkassenbeitrag wird seitdem nicht mehr an die eigene Krankenkasse abgeführt, sondern an diesen Gesundheitsfonds. Der wiederum verteilt nun diese Einnahmen auf die über 100 Krankenkassen der Republik, und zwar nach Anzahl, Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand ihrer Mitglieder.

Einfach gesagt: Je kränker die Mitglieder einer Krankenkasse, desto mehr Geld erhält diese. Das nennt man morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich („Morbi-RSA“). Für diesen Morbi-RSA gibt es nun eine Liste von 80 schweren Krankheiten,

die zu einer signifikant erhöhten Geldzuweisung an die Kassen führen.

Während die Krankenkassen bis dato auf den jungen, gesunden Versicherten erpicht waren, der einen Überschuss garantierte, verursachten Kranke, also die sogenannten „schlechten Risiken“, einen Verlust. Nun war es aber genau umgekehrt: „gute Risiken“ bringen nichts, „schlechte Risiken“ sind gefragt, weil lukrativ! Was lag da für die Kassen näher, als Kontakt zu Ärzten aufzunehmen, welche ja die Codierung der Krankheiten täglich abertausendfach vornehmen?

Es soll niedergelassenen Ärzten sogar eine Geldsumme pro Patient geboten worden sein, wenn sie sich bei der Codierung von geschulten Kassenangestellten „beraten“ lassen. Ist ein chronischer Husten nicht vielleicht doch eine Lungenentzündung? Hinter ständigen Bauchschmerzen steckt doch sicher eine chronisch-fistelnde Darmentzündung? Und wer kann schon den Unterschied zwischen einem Verdacht auf Diabetes und einem manifesten Diabetes kontrollieren? Diese „Diagnoseoptimierung“ also ist es, die man „Upcoding“ nennt. Ist das nicht irre?

Auf meinem Schreibtisch ist eine Ablage, in die werfe ich Nachrichten, E-Mails und Zeitungsartikel, die mit dem Gesundheitswesen zu tun haben, oder mit der Medizin, oder mit beidem. Nun lag das Interview mit Jens Baas ganz obenauf, auch wenn doch der Gesundheitsfonds schon acht Jahre alt ist.

Was Jens Baas sagt, ist Eingeweihten ja längst bekannt. Aber dass er das als Chef der größten Krankenkasse offen zugibt, das ist das Besondere. In dieser Woche ist mir das Schreiben schwerer gefallen als sonst. Ich weiß, dass wir in einem wohlhabenden Land leben, und ich weiß auch, dass es den meisten Menschen auf dieser Welt schlechter geht als uns. Auch ich sehe jeden Abend die Bilder von Terror, Schrecken und Krieg im Fernsehen. Aber zurzeit wird in Syrien eine Grenze überschritten. Ein Tabu wird gebrochen: Krankenhäuser werden bombardiert. Selbst Ärzte ohne Grenzen mussten dieser Zerstörungssorgie weichen. Niemand kann mehr helfen. Da kommt mir eine Kolumne über das Upcoding in unserem ansonsten gut funktionierenden Gesundheitswesen irgendwie unwichtig vor.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Klaus Stelter**, Moderator im Qualitätszirkel des Hausärztkreises Harburg/Süderelbe HKHS

Name: **Dr. Klaus Stelter**

Geburtsdatum: **29.4.1954**

Fachrichtung: **Innere Medizin, Allgemeinmedizin**

Weiter Ämter: **Fachbeisitzer, Kuratorium Hausärztliche Fortbildung Hamburg**

Hobbys: **Segeln, Romane, Laufen, Theater, usw.**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, ich bin immer noch gern Arzt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Reiner Egoismus: Ich wollte von den Kollegen wissen, wie es geht. Später habe ich, als ein Moderator gesucht wurde, nicht laut genug nein gerufen. Jetzt bin ich es seit 13 Jahren.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen? Fachärztliche Fortbildungen sind zwar interessant, die dortigen Leitlinien sind aber oft nicht frei von Firmen-Interessen und mit der primärärztlichen Realität nicht kompatibel. Leitlinien der DEGAM helfen da weiter, müssen aber laufend neu erarbeitet werden. Wegen der großen Breite des Fachgebietes gibt es viel zu tun. Wir verstehen uns als Arbeitsgruppe und laden nur ausnahmsweise externe Referenten ein. Die Themen wählen und erarbeiten wir selbst. Wir haben einen Hausärzte-Verein gegründet (www.hausarzt-harburg.de), der den Qualitätszirkel trägt.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die ungesteuerte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit praktisch freier Wahl der Versorgungsebene durch den Patienten bei begrenzten Ressourcen ist nicht zukunftsfähig und führt zu Selbstbedienungsmentalität bei Patienten und Ärzten. Eine vernünftige Gliederung des Zugangs erfordert ein Mandat an gut ausgestattete und hervorragend ausgebildete Hausärzte. Auf Mandat und bessere Ausstattung warten wir schon lange, überwiegend vergeblich. Im Qualitätszirkel arbeiten wir erfolgreich an einer verbesserten Versorgungsqualität.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Irgendwann einmal gesund und fit in den (Un-)Ruhestand hinüberdriften. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 1.12.2016 (19 Uhr) / Do. 2.2.2017 (Konstituierende Sitzung der neuen VV - 18 Uhr)

KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Info zur neuen QM-Richtlinie Für Ärzte und Praxispersonal: Informationen zu den geänderten Vorgaben der QM-Richtlinie – insbesondere zu Mitarbeiterbefragungen und Risikomanagement 4 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 25.1.2017 (14.30-17.30 Uhr) € 65 inkl. Getränke und Imbiss	Hygiene in der Arztpraxis Für Ärzte und Praxispersonal. Themen sind: Aufgaben einer Hygienebeauftragten, Erstellung von Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungsplänen; Gesetzeslage; Begehung durch Behörden 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 15.2.2017 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Patientenrechte im Alltag Für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal: Das Seminar zeigt, welche Anforderungen sich aus dem Patientenrechtegesetz ergeben: Informationspflicht, Dokumentation, Einsicht in Patientenakte 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 22.2.2017 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer Für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 18.1.2017 (15-20 Uhr), weitere Termine: 20.1.2017, 25.1.2017, 27.1.2017 € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Fortsetzung Grundschulung für Unternehmer Fortbildung aufbauend auf die erste Grundschulung; BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Fr. 3.3.2017 (15-20 Uhr), weiterer Termin: 7.4.2017 € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Gefährdungsbeurteilung Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften Mi. 14.12.2016 (15-18 Uhr), weitere Termine: 15.2.2017, 26.4.2017 € 60 (inkl. Imbiss, und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldung bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Tel: 278063-47, Fax: 278063-48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de		

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen Termine und weitere Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „Zi-DMP“ eingeben	Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal – Vertiefung der Kenntnisse zum Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen Mi. 14.12.2016 (15-17 Uhr), weitere Termine: 25.1.2017, 15.2.2017 € 25
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b, Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de , Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html	

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 4. QUARTAL 2016 VOM 2. BIS 13. JANUAR 2017

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!