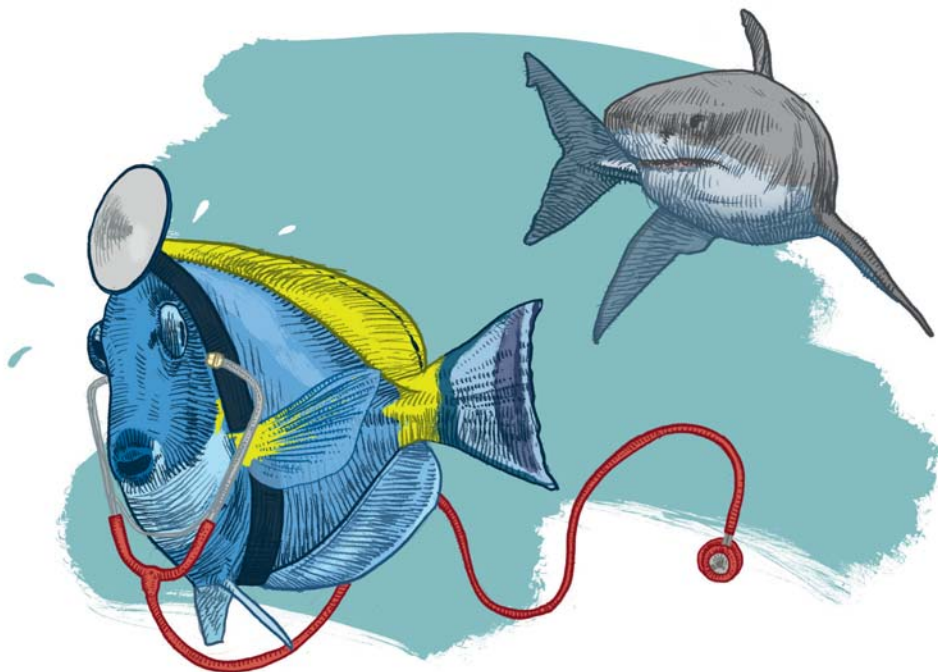


KVH *journal*

DIE KONZERNE KOMMEN

*Warum Wettbewerb der Versorgung
nicht immer guttut*



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 5/2017 (Mai 2017)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Psychotherapie ist volljährig geworden. Jedenfalls die in das KV-System integrierte. Seit 18 Jahren arbeiten die psychologischen Psychotherapeuten unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigungen. Und wie das so ist bei Volljährigen: Es stehen grundlegende Veränderungen an.

Zum 1. April traten neue Psychotherapie-Richtlinien in Kraft. Die sind nicht immer zum Wohlgefallen der Psychotherapeuten ausgefallen, auch wenn es ihre Vertreter waren, die eine Überarbeitung der alten Richtlinien initiiert hatten. Aber ein Diskussions- und Entscheidungsprozess wie der beim Gemeinsamen Bundesausschuss lässt sich nicht vorherbestimmen.

Die neuen Richtlinien schieben die Psychotherapeuten noch ein Stück weiter in die KV-Welt. Sie werden mit deutlich erweiterter telefonischer Erreichbarkeit und regulären Sprechstunden gezwungen, ihre Praxen und ihre Arbeit der Struktur anzunähern, die im Bereich der somatischen Medizin gang und gäbe ist. Künftig sollen Patienten auch beim Psychotherapeuten „einfach so“ in die Sprechstunde kommen können, müssen Psychotherapeuten im Rahmen der „Terminservicestelle“ (TSS) kurzfristig Termine bereitstellen.

Der Unmut vieler Therapeuten über die neuen Richtlinien und vor allem die Regelungen der TSS sind nachvollziehbar, auch wenn es durchaus reiz- und wertvoll ist, die neuen Praxisstrukturen einem „Test im Alltag“ auszusetzen. Was aber gar nicht geht, ist die finanzielle Behandlung durch den erweiterten Bewertungsausschuss.

Man fragt sich schon, was den unparteiischen Vorsitzenden, Prof. Jürgen Wasem, geritten hat, eine derart skandalöse Entscheidung zu fällen. Statt die unbestreitbar aufwendigere Praxisführung mit zusätzlichen Mitteln auszustatten, legte er die Honorare für die neuen Leistungen unterhalb der Preise für Richtlinien-Psychotherapie fest.

Dass die Krankenkassen dies mit dreisten Rechentrickereien als zusätzliche Honorare verkaufen wollen, ist wohl unvermeidlich. Dass die Kassen durch den erwarteten Wegfall der Kostenerstattungs-Psychotherapie auch noch Windfall-Profits einfahren, ohne diese an diejenigen weiterzugeben, die die Arbeit erledigen müssen, ist empörend.

So muss die „erwachsene“ KV-Psychotherapie gleich ihren ersten großen Kampf bestehen. Die KV Hamburg wird an ihrer Seite sein.

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: Asklepios dominiert die Hamburger Krankenhauslandschaft. Ist es der Versorgung zuträglich, wenn solch ein Konzern in den ambulanten Bereich vorstößt?
- 08_ Onkologie: Wie der unfaire Wettbewerb zwischen Praxen und Konzernen bewährte Strukturen gefährdet
- 12_ Überblick: Krankenhausträger in der Hamburger Versorgung

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 17_ Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)
- 18_ Fragen und Antworten

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.



- 20_** Unmut über die Honorierung der neuen psychotherapeutischen Leistungen
QEP-Manual: Umsetzungshilfe für die Psychotherapie-Reform
- 21_** Unbegleitete Flüchtlingskinder: Nachholuntersuchungen zur Statusfeststellung
Abrechnungs-Newsletter im Internet
Lymphödeme des Stadiums II und III rechtfertigen langfristigen Heilmittelbedarf

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 22_** Cannabis für Schwerkranke auf Rezept

SELBSTVERWALTUNG

- 26_** Aus den Kreisen: Versammlung des Kreises 9
- 28_** Steckbrief Dr. Wolfgang Cremer: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 16_** Hontschiks „Diagnose“

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 24_** Wissenschaftsmüll: Auch ein Thema für die Arztpraxen

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 27_** Bekanntmachungen im Internet

TERMINKALENDER

- 30_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 9: Hamburger Abendblatt/ Michael Rauhe; Seite 13: Lesniewski/Fotolia;
Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 23: Eskymaks/Fotolia; Seite 27: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 28: Michael Zapf;
Seite 30: Michael Zapf, Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

HAMBURGER KRANKENHAUS-LANDSCHAFT

Ist es der Versorgung zuträglich, wenn ein so dominanter Konzern wie Aklepios in den ambulanten Bereich vorstößt?



Christoph Kranich,
Abteilung Gesundheit und Patientenschutz der
Verbraucherzentrale Hamburg

Das sagt die Verbraucherzentrale

Erstens ist die Privatisierung von Krankenhäusern grundsätzlich schlecht für Patienten, denn sie führt dazu, dass immer mehr nach wirtschaftlichen Kriterien behandelt wird statt nach medizinischen. Lukrative Operationen werden bevorzugt, Problempatienten nicht gern gesehen. Außerdem ist bei Aktiengesellschaften zu erwarten, dass ein Teil des Geldes, das die Versicherten über die Krankenkassen für ihre Behandlung bezahlen, an Aktionäre verteilt wird und damit der Gesundheitsversorgung verloren geht. Zweites Problem ist die Verflechtung privater Krankenhäuser mit Polikliniken (MVZ) desselben Konzerns. **Die freie Arztwahl wird ausgehöhlt, die Patienten werden bevormundet.** Drittens: Zu viel Geld fließt in Werbung statt in die Versorgung, wenn sich Krankenhäuser gegenseitig die Patienten abzuwerben versuchen. Diesen Nachteilen stehen nur wenige Vorteilsversprechen gegenüber, die genauso ohne Privatisierung erreichbar sein sollten: zum Beispiel schlanke Hierarchien, effizienter Betrieb, effektives Qualitäts- und Beschwerdemanagement oder auch gute Selbstdarstellung nach außen. ■



Dr. Michael Coenen,

Geschäftsführer des Düsseldorf Institute for Competition Economics der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und einer der Autoren der Studie „Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung“

Pressestelle Asklepios

Das sagt ein Wettbewerbsexperte

Krankenhausunternehmen haben im Wettbewerb um die ambulante Versorgung überlegene Möglichkeiten: Neben sämtlichen stationären Behandlungen können sie heute auch sämtliche ambulanten Behandlungen unter ihrem Dach anbieten. Und sie profitieren über ihre Krankenhausapotheken gegebenenfalls direkt von der Verabreichung von Arzneimitteln. Krankenhausunternehmen haben Anreize, Patientinnen und Patienten nach wirtschaftlichen Kriterien gezielt über die heute im Krankenhausangebot vollständig integrierte Behandlungskette zu steuern. Damit aber die wirtschaftlichen Anreize für Krankenhausunternehmen in dieselbe Richtung gehen wie das Versorgungsinteresse, müssen die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb von Krankenhausunternehmen mit den Vertragsärzten sektorübergreifend richtig gesetzt werden. **Ich sehe sonst die Gefahr, dass Krankenhausunternehmen ihre Vorzugsposition im Wettbewerb in den kritischen Facharzt Disziplinen zur Verdrängung selbstständiger Vertragsärzte ausnutzen.** ■

Und das sagt Asklepios

Die Übernahme der Kliniken des LBK durch Asklepios hat zu keiner grundsätzlichen Änderung der Rolle der Kliniken mit Bezug auf Angebot und Nachfrage medizinischer Leistungen geführt. Die ehemalige Dominanz des LBK wurde lediglich auf einen neuen Klinikträger übertragen, und dessen Marktposition ist bekanntlich kartellrechtlich geregelt, das heißt klar begrenzt (siehe den Verkauf der ehemaligen LBK-Klinik in Eilbek an die Schön Kliniken Gruppe). Asklepios hat den medizinischen Standort seit der Übernahme des LBK konsequent und nachhaltig gestärkt; insgesamt wurden mehr als 1,2 Milliarden Euro investiert. **Auch das Engagement von Asklepios im ambulanten Bereich, welches nunmehr schon über sechs Jahre andauert, hat sicherlich zu keiner Verschlechterung der Gesundheitsversorgung in der Stadt geführt, zumal Asklepios immer bemüht war und ist, einen kooperativen und kollegialen Umgang mit allen niedergelassenen Ärzten zu pflegen.** Allein die Tatsache, dass uns fast monatlich KV-Praxen von ihren bisherigen Praxisinhabern im Zuge der Altersnachfolge angeboten werden, zeigt, dass wir nicht selten einen Beitrag zur Fortführung der Praxen und damit auch der besseren medizinischen Versorgung der Menschen vor Ort liefern können. Wilhelmsburg und die pädiatrische Versorgung ist hier ein besonders prägnantes Beispiel. ■

VON DR. ERIK ENGEL

Was auf dem Spiel steht

Krankenhausbetreiber drängen
massiv in die ambulante Versorgung vor.
Damit hätten die freiberuflichen
Vertragsärzte kein Problem – wenn es denn
faire Wettbewerbsbedingungen gäbe.
Ein Erfahrungsbericht
aus der Onkologie.

Hamburg hat eine über 40-jährige Tradition in der anspruchsvollen vertragsärztlichen Krebsmedizin, die mit der Gründung der ersten onkologischen Schwerpunktpraxis 1976 begann und rasch zu einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung Hamburgs und des Umlandes führte. Das Ziel, dem Patienten die bestmögliche Behandlung im häuslichen Umfeld ambulant zur Verfügung zu stellen, konnte auf diese Weise eindrucksvoll erreicht werden.

Dabei war diese Arbeit in der Vergangenheit durch reibungslos funktionierende Abstimmungen mit den Krankenhausärzten gekennzeichnet, die diese Patienten im Falle der gelegentlich notwendig werden-

den, meist kurzzeitigen stationären Behandlungsphasen gemeinsam versorgt haben.

Dieses Versorgungsmodell, das sich über Jahrzehnte entwickelt und bewährt hat, erlaubte den niederschweligen Zugang jedes Patienten zu einer hochwertigen Versorgung, trug der Prämisse „ambulant vor stationär“ Rechnung und wurde damit dem Sicherstellungsauftrag gerade für die am schwersten erkrankten Menschen auf besondere Weise gerecht.

NEUE SPIELREGELN

Allerdings sehen sich die vertragsärztlichen Spezialisten seit 2004 einem durchgreifenden Prozess gegenüber, in dem der Gesetzgeber

sukzessive wettbewerbliche Strukturen in die fachärztliche Leistungserbringung eingeführt hat. Dies erfolgte ursprünglich in der Hoffnung, Effizienzsteigerungen und Kostenersparnis herbeizuführen.

Die Motive mögen ehrenwert gewesen sein: Man wollte die Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor durchlässiger gestalten. Und man glaubte, es sei qualitätssteigernd, vertragsärztliche Versorgungseinheiten direkt mit Krankenhäusern konkurrieren zu lassen.

Wären die Spielregeln der Krankenhäuser denen der Vertragsärzte halbwegs ähnlich, wäre das nicht zu kritisieren. Tatsächlich ist die Behandlungskette, die ein Krankenhaus

mit allen integrierten Leistungen erbringen kann, jedoch eine vollständig andere als die des niedergelassenen Arztes. Zudem verbleibt der Sicherstellungsauftrag allein auf Seiten der Vertragsärzte.

Diese strukturelle Neuausrichtung des ambulanten Systems hat zu einer beispiellosen Ökonomisierung in der Gesundheitsversorgung geführt, deren Tragweite den handelnden Politikern offenbar noch nicht klargeworden ist.

UNFAIRER WETTBEWERB

Zur objektiven Beurteilung dieser dramatischen Situation hat der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO) eine Analyse zur wettbewerblichen Situation in der ambulanten onkologischen Versorgung in Auftrag gegeben. Hierzu wurde mit dem Institut für Wettbewerbsökonomie in Düsseldorf (DICE) bewusst eine Einrichtung ausgewählt, die in Europa als führend für wettbewerbs- und regulierungsökonomische Fragestellungen gilt.

Das hochkarätige Gutachten wurde unter der Leitung des Institutsdirektors Prof. Dr. Justus Haucap, ehemaliger Vorsitzender der Monopolkommission der Bundesregierung, erstellt und 2016 veröffentlicht.

Das Ergebnis des Gutachtens, das unter www.bnho.de zum Herunterladen zur Verfügung steht, ist eindeutig: Praxen und Krankenhäuser agieren in der ambulanten Versorgung unter vollständig ungleichen Bedingungen. Ein fairer Wettbewerb findet nicht statt!

Selbstständige Vertragsärzte sind auf das Honorar angewiesen, das sie für ihre persönlich erbrachten medizinischen Leistungen erarbeiten. Von diesem Geld bauen sie ihre Praxen oder MVZ auf, bezahlen qualifi-

zierte Mitarbeiter und tagesklinische Strukturen, und von diesem Geld leben sie.

Ein Krankenhauskonzern, der ein MVZ betreibt, bekommt ebenfalls Geld für die dort erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Doch verfügt der Konzern dem Gutachten zufolge über eine umfängliche nachgelagerte Wertschöpfungskette: Er kann zusätzlich Einnahmen generieren, die bei der Versorgung des Tumorpatienten an ganz anderer Stelle anfallen: Dies betrifft die Bereiche Chirurgie, Strahlentherapie oder auch diagnostische Verfahren zum Beispiel im Bereich der Radiologie oder Nuklearmedizin. Als wichtigen Teil der Wertschöpfungskette für Krankenhäuser nennt das Gutach-

ten die Arzneimittelversorgung: In der Onkologie gebe es ambulante Therapien, bei denen Krankenhäuser durch ihre Medikamentengewinne ein Vielfaches dessen einnehmen, was das Honorar für die medizinische Leistung ausmacht.

Eine unfaire Quersubventionierung der Krankenhaus-MVZ sehen die Gutachter auch in der „dualen Finanzierung“. Ein Teil der Krankenhausstrukturen wird aus öffentlichen Geldern bezahlt. „Die duale Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern führt zu einer Benachteiligung der Vertragsärzte“, heißt es im DICE-Gutachten. „Obwohl die staatliche Investitionsförderung vom Grundsatz her ausschließlich an Projekte im stationären Bereich



Onkologe Dr. Erik Engel: "Wir sind keine Kaufleute, sondern Ärzte."

gebunden ist, ist die stationäre Versorgung mitunter untrennbar mit dem ambulanten Leistungsangebot eines Krankenhauses verbunden. Wo Vertragsärzte ihre Investitionen gänzlich aus der Vergütung durch die Krankenkassen finanzieren müssen, fließt den Krankenhäusern eine doppelte Investitionsförderung zu.“

Den Krankenhäusern sei es möglich, ein MVZ defizitär zu betreiben, wenn dies durch andere Bereiche ausgeglichen werde. Zudem könne über eine solche Struktur eine Zuweisung der Patienten in die nachgelagerte stationäre Behandlungsmöglichkeit erfolgen. Auf diese Weise könnten geschlossene Versorgungskreisläufe zwischen dem Krankenhaus und dem konzerneigenen MVZ entstehen.

Die vertragsärztliche Praxis hingegen kann sich nicht auf Quersubventionen aus anderen Bereichen stützen. Sie muss sich selbst tragen. Wenn Vertragsärzte an radiologische, strahlentherapeutische oder chirurgische Praxen überweisen oder hochpreisige Arzneimittel einsetzen, haben sie dadurch selbstverständlich keine finanziellen Vorteile.

Solche Zuweisungen gegen Entgelt sind berufsrechtlich verboten und werden seit Inkrafttreten des sogenannten Antikorruptionsgesetzes am 4. Juni 2016 sogar als Straftatbestand geahndet.

Gegenüber Krankenhauskonzernen, die ambulante Medizin unter kaufmännisch-wirtschaftlichen Gesichtspunkten als Teil eines geschlossenen Versorgungskreislaufs betrachten und deren Strukturen

noch dazu teilweise mit öffentlichen Mitteln subventioniert werden, erfahren die selbstständigen Vertragsärzte eine systematische Benachteiligung.

Die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs sind nicht fair. Das ist ein Problem für die selbstständigen Vertragsärzte, doch es ist auch ein gesundheitspolitisches Problem: Wettbewerb ist für die Patienten nur dann von Vorteil, wenn er unter fairen Bedingungen stattfindet.

Die jetzt bestehende Situation bedeutet also eine wissentliche Benachteiligung der Vertragsärzte.

Das KV-System wird immer wieder als Monopolist gescholten. Doch unter den vertragsärztlichen Praxen herrscht jener faire, für die Patienten nützliche und für die Behandlungsqualität förderliche Wettbewerb, der jetzt durch die Politik ausgehebelt wird. Und eines steht fest: Wenn ein

Wenn Versorgungsmonopole entstehen, gibt es keinen Wettbewerb und keine freie Arztwahl.

Krankenhauskonzern geschlossene Versorgungskreisläufe etabliert und dabei eine monopolartige Stellung erreicht, gibt es weder Wettbewerb noch freie Arztwahl.

LOGIK DER WERTSCHÖPFUNG

Dabei kann man den Krankenhauskonzernen aus ihrer Handlungsweise keinen Vorwurf machen; sie ist ja sogar genau in dieser Weise zu erwarten: Es handelt sich um profitorientierte Unternehmen, die innerhalb des von der Politik erlaubten Rah-

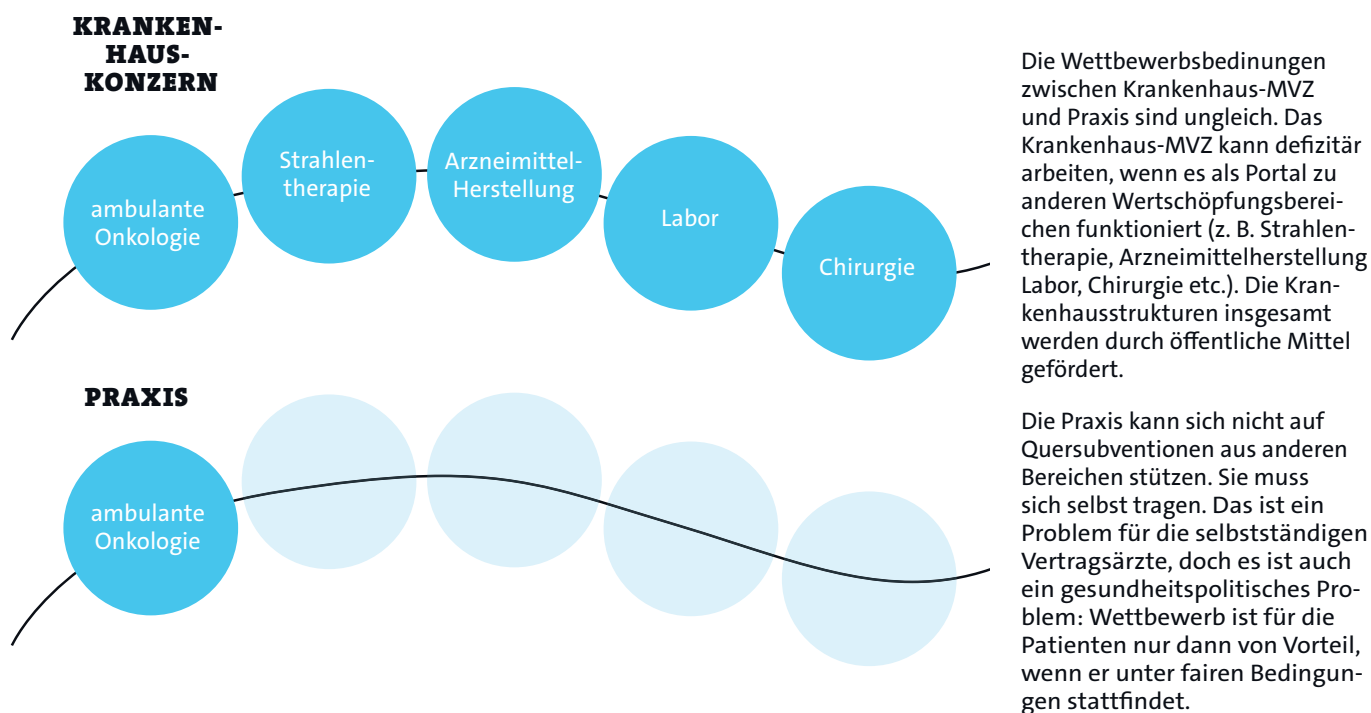
mens agieren. Sie nutzen dabei die ihnen gebotenen Möglichkeiten im Sinne ihres Unternehmensziels, des Erreichens ihrer Gewinnerwartung.

Wären wir nicht Ärzte, sondern Kaufleute, würden wir es möglicherweise ähnlich machen. Doch als Ärzte fühlen wir uns in besonderer Weise dem Patientenwohl verpflichtet, und deshalb sei es uns gestattet, unsere Sorgen zu äußern: Die kaufmännische Wertschöpfungslogik ist mit einer an medizinischen Notwendigkeiten orientierten Versorgung nicht immer in Übereinstimmung zu bringen und bedeutet nicht automatisch, dass die Qualität der Patientenversorgung höchste Priorität genießen kann.

Im DICE-Gutachten heißt es dazu: „Durch die weitreichende Integration der gesamten Behandlungskette ... im Krankenhaus besteht ein Interessenkonflikt bei der Auswahl der Therapie zwischen wirtschaftlichen und medizinischen Interessen.“

Demgegenüber ist die vertragsärztliche Versorgung bislang von freiberuflichen Strukturen geprägt. Freiberufler können selbst entscheiden, wie sie ihre ärztliche Professionalität interpretieren und ausgestalten. Sie üben ihre Tätigkeit eigenverantwortlich und fachlich unabhängig aus und erbringen ihre Dienstleistung im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit (§1 Abs. 2 PartGG) unter der Aufsicht der KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Deshalb ist es sehr wohl ein Unterschied, ob medizinische Versorgungseinheiten ärztlich oder kaufmännisch geführt werden.

Wertschöpfungsketten im Vergleich



DER ONKOLOGE ALS BEHANDLUNGSFÜHRENDER ARZT

In Hamburg haben die Vertragsärzte eine leistungsfähige ambulante onkologische Versorgung aufgebaut – ohne staatliche Subventionen für die Strukturen, mit eigenem Geld. Die Schwerpunktpraxen arbeiten hoch effektiv und auf höchstem fachlichen Niveau.

Es ist daher sinnvoll, dass der Hausarzt seinen Patienten bei Verdacht auf eine Krebserkrankung direkt zum niedergelassenen Onkologen schickt. Er ist der Fachmann für diese Erkrankungen und er ist der Fachmann für die ambulante Therapie, die in der Hämatologie und Onkologie in mehr als 90 Prozent der Fälle die geeignete Versorgungsform

darstellt. Nur ausnahmsweise ist im Verlauf der Erkrankung – und dann meist nur kurz – eine stationäre Versorgung erforderlich.

In den Praxen bekommt der Patient einen fachärztlichen Ansprechpartner, der die Diagnostik und die Therapie seiner Krankheit persönlich koordiniert. Er bleibt oft viele Jahre lang der Ansprechpartner des Patienten und begleitet ihn intensiv. Während dieser Zeit ist der Patient meist nur kurzfristig im Krankenhaus, beispielsweise wenn eine Operation oder Hochdosistherapie mit Stammzellsupport durchgeführt werden muss.

Der niedergelassene Onkologe steuert dabei die Versorgung als Lotse für den Patienten. Er ist sein be-

handlungsführender Arzt und zieht gegebenenfalls andere Spezialisten nach deren fachlicher Eignung hinzu. Er sucht Krankenhäuser nach der jeweils erforderlichen Spezialisierung aus. In besonders schwierigen Fällen kommt es gelegentlich sogar vor, dass Patienten zur Operation zum Beispiel nach Berlin oder Heidelberg geschickt werden. Und danach wird der Patient weiter ambulant und wohnungsnah versorgt. Während des gesamten Verlaufs hält der Onkologe Kontakt zum Hausarzt, dem er regelmäßig über die Krankheit berichtet, damit dieser in die weitere Betreuung seines Patienten eingebettet bleibt.

Neue Herausforderungen ergeben sich zudem durch neue so-

Krankenhäuser in der stationären Versorgung

Asklepios hat im Stadtgebiet mehr Betten als die fünf nächstkleineren Träger zusammen

ASKLEPIOS-KLINIKEN

(AK Altona, AK Barmbek, AK Nord, AK St. Georg, AK Wandsbek, AK Harburg, Asklepios Westklinikum)
5087 Betten

UNIVERSITÄTSKLINIKUM EPPENDORF

1436 Betten

ALBERTINEN DIAKONIEWERK

(Albertinen-Krankenhaus, Amalie-Siebeking-Krankenhaus)
998 Betten

ANSGAR-GRUPPE

(Katholisches Marienkrankenhaus, Kinderkrankenhaus Wilhelmstift)
813 Betten

SCHÖN-KLINIK HAMBURG EILBEK

754 Betten

HELIOS

(Endo-Klinik, Maria-Hilf-Klinik)
371 Betten

Krankenhausträger mit den meisten Betten (TOP 6)
Quelle: Krankenhausplan der Freien und Hansestadt Hamburg
(Anlage 23: Planbettenbedarf zum 1.1.2016)

Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung

Asklepios hat im Stadtgebiet die meisten KV-Arztstellen (Vollzeitäquivalente) – und die meisten MVZ

ASKLEPIOS (AGZ Altona, AGZ Barmbek, MVZ Onkologie Barmbek, AGZ Wilhelmsburg/Bergedorf, AGZ Harburg, AGZ Heidberg & Ochsenzoll, AGZ Mitte, AGZ Ulmenhof, AGZ Volksdorf, AGZ West)
70 Arztstellen

UNIVERSITÄTSKLINIKUM EPPENDORF

(Ambulanzzentrum)
62 Arztstellen

KATHOLISCHES MARIENKRANKENHAUS

(MVZ am Marienkrankenhaus, MVZ Groß Sand)
16 Arztstellen

ENDO-KLINIK HAMBURG

(MVZ arGon)
10 Arztstellen

SKH STADTTEILKLINIK HAMBURG

(MVZ Immunologie Lokstedt, VivaQ MVZ Mümmelmannsberg)
6 Arztstellen

KINDERKRANKENHAUS WILHELMSTIFT

(Kindermedizinisches Versorgungszentrum)
5 Arztstellen

Krankenhaus-MVZ-Träger mit den meisten angestellten Ärzten (TOP 6).
Offene Stellen sind nicht mitgerechnet.
Quelle: KV Hamburg (Stand: 29.3.2017)

nannte zielgerichtete orale Therapieverfahren, bei denen der Patient intensiv betreut werden muss, während er die Arzneimittel selbst einnimmt. Diese Therapien erfordern eine besonders vertrauensvolle Nähe zum Patienten, um dessen Therapie-Adhärenz im Blick zu behalten und sein soziales Umfeld in die Behandlung mit einbeziehen zu können. Hierfür sind teils spezielle Pflegesprechstunden eingerichtet.

Die Ernsthaftigkeit, mit der die vertragsärztlichen Onkologen Ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen, wird besonders dann deutlich, wenn ursächliche Therapieverfahren für die Behandlung der Krebserkran-

kung nicht mehr zur Verfügung stehen.

Wir entsprechen bestmöglich dem Wunsche des Patienten, bei weiterhin optimaler medizinischer Versorgung im häuslichen Umfeld zu versterben. Hierzu haben die Onkologen gemeinsam mit anderen Fach- und Hausärzten interprofessionelle Teams der "spezialisierten ambulanten Palliativversorgung" (SAPV) strukturiert, die einen schnittstellenlosen Übergang von der spezifischen Therapie zur medizinischen Begleitung der letzten Lebenszeit zu Hause gewährleisten. Wird der Patient hingegen bei Verdacht auf Krebs sofort ins Kranken-

haus eingewiesen, kann es unter den neuen wettbewerblichen Gegebenheiten durchaus passieren, dass er nicht mehr in die Versorgung durch selbstständige Vertragsärzte zurückkehrt.

Übernimmt das Krankenhaus die Steuerung, hat der Patient nicht immer einen konstanten fachärztlichen Ansprechpartner, der ihn während des gesamten Krankheitsverlaufes begleitet, da die Ärzte ganz überwiegend nur auf hälftigen oder sogar geviertelten Versorgungsaufträgen angestellt sind.

Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor der stationären Aufnahme, wenn das Behandlungsziel auch

mit den Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden kann. „Im Netzwerk Krankenhaus bestehen jedoch Fehlanreize, die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung auch nach wirtschaftlichen Aspekten zu treffen“, heißt es im oben erwähnten Gutachten. Und es ist nicht ganz abwegig zu vermuten, dass ein Krankenhaus-MVZ nicht unbedingt in das fachlich geeignete, sondern bevorzugt in das konzerneigene Krankenhaus einweist – weil dies der Logik optimierter, geschlossener Wertschöpfungsketten entspricht.

Auch die Versorgung am Lebensende unterscheidet sich grundlegend: Wenn der Patient nicht von einem SAPV-Team betreut wird, sind seine Chancen wesentlich geringer,

die letzten Stunden seines Lebens zu Hause in vertrauter Umgebung verbringen zu können.

EXPANSIVE STRATEGIEN

In Hamburg findet sich darüber hinaus noch eine besondere Situation: Laut Krankenhausplan hat der größte Krankenhausbetreiber in der Stadt

Den Krankenhauskonzernen kann man keinen Vorwurf machen. Sie agieren innerhalb des gesetzlichen Rahmens.

mehr Betten als die fünf nächstkleineren Träger zusammen (siehe Grafik linke Seite). Eine derart dominante Stellung eines Krankenhauskonzerns gibt es vermutlich nirgendwo sonst in Deutschland.

Da weiteres wirtschaftliches Wachstum im stationären Bereich nicht mehr möglich ist, hat zum Beispiel die Asklepios MVZ Nord GmbH im Jahr 2010 angekündigt, weiter in die ambulante Versorgung zu expandieren: „Auch künftig wird das Unternehmen innerhalb der selbst gesetzten und der vom Gesetzgeber vorgegebenen Regeln weiterwachsen – ohne die Interessen niedergelassener Ärzte oder anderer Krankenhäuser zu verletzen.“ (Medtropole, Ausgabe 22, Juli 2010).

Solche expansiven Strategien nahm der Hamburger BNHO 2011 zum Anlass, sich in einem Brief an den Geschäftsführenden Direktor der Asklepios-Klinik Barmbek zu wenden: „Das AK Barmbek bemüht sich aggressiv um eine MVZ-Struktur, in der Ihnen allein die sektorenübergreifende Versorgung onkologischer Patienten möglich ist, ohne dass eine Berücksichtigung der heutigen vertragsärztlichen Versorgung, geschweige denn eine konzeptionelle Abstimmung stattgefunden hätte“, heißt es in dem Brief. Trotz des mit dem Brief übermittelten Gesprächsangebotes wurde das Schreiben nicht einmal beantwortet.

Mittlerweile betreibt Asklepios im Hamburger Stadtgebiet 14 MVZ-Standorte mit insgesamt 70 angestellten Ärzten (Quelle: siehe nebenstehende Grafiken). Tendenz steigend.

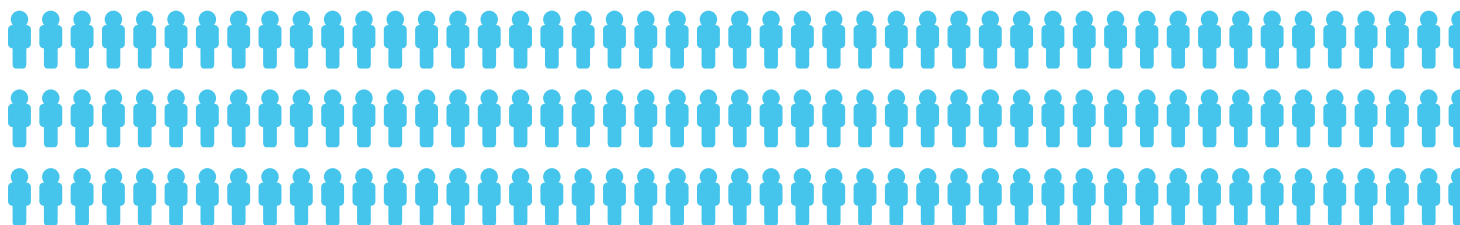
Die Konzernstrategie zur Expansion und zur Etablierung geschlossener Versorgungskreisläufe zeigt sich jüngst auch im Bereich der sogenannten Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Mit Schaffung dieses Modells wollte der

Asklepios-MVZ in Hamburg: 14 Standorte



Quelle: http://www.asklepios.de/mvznord_Standorte.Asklepios

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)



Gesetzgeber eigentlich die Sektorengrenzen bei der Versorgung schwerwiegender Krebserkrankungen überwinden. An den ASV-Teams müssen daher sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte teilnehmen.

Allerdings hatte der Gesetzgeber nicht ausreichend bedacht, dass Krankenhauskonzerne nun ihre eigenen MVZ als vertragsärztliche Kooperationspartner in die SAPV einbringen und damit geschlossene Versorgungskreisläufe etablieren können, die unter den neuen Bedingungen der Ökonomisierung nicht automatisch zu besserer Versorgungsqualität führen müssen.

Von den in der ASV gastrointestinalen Tumoren des AK Barmbek bislang versorgten 278 Patienten sind lediglich fünf Patienten in Kooperation mit Vertragsärzten behandelt worden, der Rest im geschlossenen Versorgungskreislauf des Konzerns. Ernstgemeinte sektorenverbindende Versorgung ist also nicht gewollt und findet nicht statt.

Obwohl eine solche Vorgehensweise ursprünglich politisch nicht beabsichtigt war, hat der Gesetzgeber dennoch für eine solche ökonomische Optimierung alle politischen

Voraussetzungen geschaffen. Hier wird es allerhöchste Zeit, dass solche Kooperationen mit konzerneigenen MVZ gesetzlich unterbunden werden. Diese verhindern ja geradezu die sektorenverbindende Versorgung, die ursprünglich mit der ASV erreicht werden sollte.

PARADOXE EFFEKTE

Die Politik wollte mit ihren gesetzlichen Vorstößen ein Problem lösen, das bezüglich der Versorgung Krebskranker gar nicht vorhanden war. Solange der Autor in der Onko-

sorgender Kollegen. Das waren arztgeführte, von gegenseitigem Respekt geprägte Fall-Diskussionen.

Mit dem Vorstoß der Krankenhäuser in den ambulanten Versorgungsbereich verändert sich nun die einstmals kooperative und ärztlich geführte Arbeitsatmosphäre nachhaltig und zu Lasten der Patientenversorgung.

Die ehemaligen medizinischen Kooperationspartner entfremden sich zusehends voneinander und begegnen sich wie wirtschaftliche Konkurrenten. Das ist eine besorgniserregende Entwicklung.

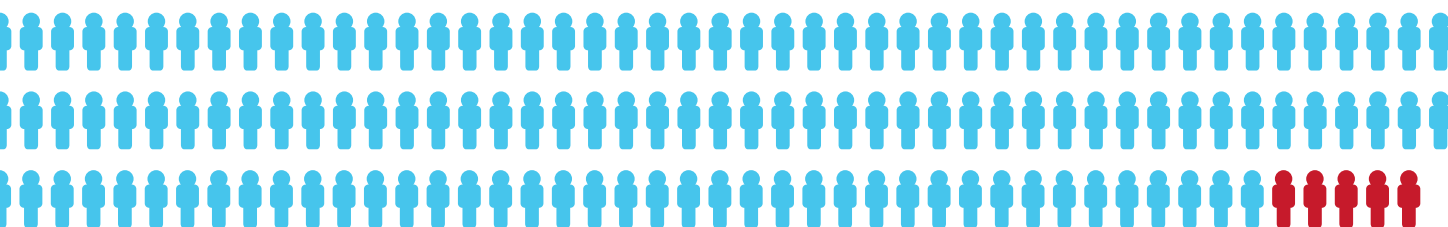
Diese ist paradoxerweise durch die Veränderung politischer Rahmenbedingungen verursacht, die angeblich gerade die Überwindung sektoraler Versorgungsgrenzen zum Ziel hatten. In

Wirklichkeit hat sie diese Grenzen neu aufgeworfen.

Dabei ist die Hamburger Onkologie mit der hohen Dichte an ambulanten Versorgungseinrichtungen durch Krankenhausbetreiber nur die Speerspitze dieser Entwicklung, die sukzessive auch viele andere Fachbereiche und Ballungsräume in der Bundesrepublik in gleicher Weise erfassen wird.

Ehemalige Kooperationspartner begegnen sich nun wie wirtschaftliche Konkurrenten. Das ist besorgniserregend.

logie arbeitet, gab es keine Effizienzverluste an der Grenze zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Die Onkologie war immer ein interdisziplinäres und sektorenübergreifendes Fach. An den erforderlichen Fallkonferenzen nahmen stets Ärzte mehrerer Fachrichtungen teil – in einem selbstverständlichen sachlichen Miteinander sowohl vertragsärztlich wie auch stationär ver-



Allerdings lässt sich hier zuerst besichtigen, was auf die ambulante Versorgung in Deutschland insgesamt zukommen wird, wenn nicht gegengesteuert wird.

Um es nochmals zu betonen: Dass ein Krankenhauskonzern versucht, möglichst hohe Gewinne zu erwirtschaften ist weder verwerflich noch lobenswert. Es ist zu erwarten.

Das Problem sind schlecht gemachte und kontraproduktive Vorgaben der Politik. Kein Politiker hat beabsichtigt, die Gräben zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor aufzureißen. Doch genau das ist ein Effekt der immer wieder misslungenen Versuche, die Versorgungsbereiche regulatorisch zu verstärkter Kooperation anzuhalten.

Kein Politiker wollte die Entstehung von Versorgungsmonopolen befördern. Doch wenn man selbstständige Vertragsärzte in einen unfairen Wettbewerb mit Krankenhauskonzernen schickt, wird die Entwicklung unweigerlich in diese Richtung führen.

Diese politischen Fehlentwicklungen müssen sofort und energisch korrigiert werden, wenn wir die erstklassige ambulante Versorgung und den niederschweligen Zugang der Bürger hierzu in Deutschland erhalten und die Versorgung sicherstellen wollen.

Denn die wesentliche Herausforderung in der Onkologie besteht darin, dass künftig zu wenig hochqualifizierte Onkologen zur Verfügung stehen werden, um dem drastisch steigenden Versorgungsbedarf in der Krebsmedizin gerecht zu werden. Dieser begründet sich durch die demographische Entwicklung mit einer Zunahme der Krebserkrankungen zum einen und die eindrucksvollen Fortschritte in der Behandlung dieser meist chronischen Erkrankungen zum anderen.

Und diese ernste Situation wird nicht dadurch verbessert, dass die Versorgungssektoren politisch gegeneinander in Stellung gebracht werden.

Daher bedarf es umgehend der Korrektur der im DICE-Gutachten beschriebenen Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung, um die Versorgung Krebskranker nicht zu gefährden.

Die im Gutachten vorgestellten Korrekturvorschläge reichen von Modellen, in denen der Gesetzgeber die ambulante Versorgung wieder in ärztliche Hände legt, bis hin zu neuen Strukturen, in denen sich regional überschaubare Versorgungsnetzwerke unter Erhalt mittelständischer Strukturen mit selbständigen Ärzten bilden dürfen, die sich dann in einer

ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN KRANKENHÄU- SERN UND VERTRAGSÄRZTEN WIRD UNTERLAUFEN

Krankenhäuser kooperieren mit ihren eigenen MVZ: Von den in der ASV gastrointestinaler Tumoren der AK Barmbek bislang versorgten 278 Patienten sind lediglich fünf Patienten in Kooperation mit Vertragsärzten behandelt worden. Der Rest blieb im geschlossenen Versorgungskreislauf des Konzerns.

Quelle: BNHO Hamburg, Stand: 4.4.2017

fairen wettbewerblichen Situation wiederfinden müssen. Nur eines darf ganz sicher nicht so bleiben: dass nämlich politische Rahmenbedingungen eine unfaire wettbewerbliche Situation herbeiführen, die auf der einen Seite wissentlich und systematisch den vertragsärztlichen Versorgungsbereich benachteiligen, und auf der anderen Seite die Bildung konzerngetragener und ertragsorientierter geschlossener Versorgungskreisläufe befördert. ■

DR. ERIK ENGEL, Vorsitzender des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO) in Hamburg und Gesellschafter der Hämatologisch-Onkologischen Praxis Altona (HOPA)



Medizin und Moral

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

Viele Patienten glauben, dass ihr Arzt, dass ihre Ärztin nach dem Medizinstudium den Eid des Hippokrates geschworen hat. Sie glauben, das sei eine Voraussetzung, um den Beruf einer Ärztin und eines Arztes ausüben zu dürfen. Weit gefehlt. Die meisten Ärztinnen und Ärzte wissen nicht einmal, was im Eid des Hippokrates eigentlich steht. Und die Approbationsurkunde kommt per Post, wenn die Gebühr eingezahlt ist.

Hippokrates von Kos lebte etwa vierhundert Jahre vor unserer Zeitrechnung und gilt als einer der berühmtesten Ärzte des Altertums. Das „Corpus hippocraticum“, ein 61 Schriften umfassendes Werk, wird

Wie könnte der hippokratische Eid aktualisiert und erneuert werden?

heute als Begründung der modernen Medizin bezeichnet. In ihm wird die genaue Beobachtung, die sorgfältige Untersuchung und das gezielte Befragen als Grundlage jeder ärztlichen Tätigkeit gefordert. Außerdem wird persönliche Integrität, körperliche und geistige Klarheit und das Einfühlen in die Situation der Kranken verlangt. Die Schriften stammen aber wohl gar nicht nur von Hippokrates.

Auch den „Eid des Hippokrates“ als Teil des Corpus hippocraticum hat er wahrscheinlich nicht selbst

verfasst. Der Wortlaut des hippokratischen Eides enthält zu Beginn eine Art von berufsinterner Lebens- und Krankenversicherung: „Der mich diese Kunst lehrte“ soll geachtet und versorgt werden wie die eigenen Eltern, ebenso sind seine Nachkommen den eigenen Geschwistern gleichzustellen, wenn sie Not leiden. Auch Sterbehilfe und Schwangerschaftsabbruch waren vor über 2000 Jahren schon ein Thema, beides im hippokratischen Eid strikt verboten. Aber die Gebote, Kranken niemals Schaden zuzufügen, niemals „Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern“ zu verüben und niemals das Schweigen zu brechen darüber, „was ich bei der Behandlung sehe oder höre“, könnte man so auch in einer modernen Formulierung ärztlicher Ethik wiederfinden.

Insgesamt ist der hippokratische Eid also nur noch von historischer Bedeutung. Er müsste erneuert werden. Eine Kommission der Bundesärztekammer beschäftigt sich damit schon seit Jahren. Als Vorbild gäbe es beispielsweise das Genfer Gelöbnis, eine modernisierte Form des hippokratischen Textes, die der Weltärztebund 1948 beschlossen hat, oder die Charta zur ärztlichen Berufsethik von 2002, in der medizinische Fachgesellschaften Prinzipien formuliert haben wie das Primat des Wohlergehens des Kranken, das Prinzip der Autonomie des Patienten und die Bedeutung der sozialen Gerechtigkeit. Alle Versuche der Erneuerung scheitern aber daran, was ärztliche Arbeit heute wirklich

zerstört. Wie soll man sich in einem Umfeld ethisch korrekt verhalten, in dem Investoren eine Rendite anstreben, bis hin zu obszönen zehn Prozent. Wie soll man das ethisch korrekt formulieren?

Vielleicht so: Ich will keine fragwürdigen Rückenoperationen vornehmen, auch wenn sie sehr gut bezahlt werden. Ich will keine schwerwiegenden Diagnosen erfinden, damit die Krankenkassen mehr Geld bezahlen müssen. Ich will nie eine Behandlung zerteilen, um sie mehrfach abrechnen zu können. Ich will nie für unnötige medizinische Handlungen werben, die ich dann selbst in Rechnung stellen kann. Ich will mich niemals an der Abschiebung von Flüchtlingen in Kriegsgebiete beteiligen, auch wenn der Staat mich dafür gut bezahlt. Ich will keine Chefarztverträge unterschreiben, in denen mir ein Bonus für erfolgreiches Wirtschaften versprochen wird. Ich will immer für die Priorität der Medizin gegenüber jedweden Geschäftsinteressen kämpfen. Ich will der Verwandlung des Gesundheitswesens in einen Wirtschaftszweig mit allen Mitteln entgegentreten.

„Unter der jetzigen, von der Politik gewollten Kommerzialisierung des Gesundheitswesens kann es keine funktionierende ärztliche Ethik geben. Erst kommt das Fressen und dann die Moral – so einfach ist das“, sagt kein Geringerer als der Präsident der Ärztekammer Berlin, der Chirurg Günther Jonitz. Da lassen wir es doch lieber dabei, dass keiner einen Eid schwört. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

Als Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfs der patienten-nahen ambulanten fachärztlichen Versorgung wird die fachärztliche Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und zugelassener MVZ unter definierten Voraussetzungen gefördert (vgl. § 75 a SGB V i.V.m. § 1 Abs. 2 „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung 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**. Die Anzahl der zu fördernden fachärztlichen Weiterbildungsstellen in Hamburg beträgt insgesamt 21,75 Stellen (verteilt auf 5,56 augenärztliche Weiterbildungsstellen, 5,23 Pädiatrische Weiterbildungsstellen und 10,96 Gynäkologische Weiterbildungsstellen); Stand 01.07.2016.

FREIE FÖRDERUNGSFÄHIGE WEITERBILDUNGSSTELLEN

Nach zwei erfolgten Ausschreibungen und teilweiser Vergabe der o. g. Stellen (alte Bewerbungsfristen 15.12.2016 bis 11.01.2017 und 03.03.2017 bis 31.03.2017) können nunmehr noch folgende freien Weiterbildungsstellen vergeben werden:

- Augenärztliche Weiterbildungsstellen: 2,94
- Gynäkologische Weiterbildungsstellen: 6,71

BEWERBUNGSFRIST

Ein Antrag auf Förderung kann bei der KV Hamburg im Zeitraum

2. MAI 2017 BIS 30. MAI 2017

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

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

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

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

Weitere Informationen zum Vergabeverfahren:

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

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

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

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

ANGABE VON DIAGNOSEN

Wenn ich ein Arzneimittel der OTC-Liste verordne, wird von der Apotheke oftmals verlangt, dass ich eine Diagnose auf dem Rezept angebe. Darf ich das?

Nein. Auf einem Arzneimittelrezept sollten aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Diagnosen angegeben werden. Sie müssen die Diagnose allerdings in Ihrer Patientenakte dokumentieren, um die in der OTC-Liste genannten Voraussetzungen für die Verordnung gegebenenfalls belegen zu können.

KODAN ALS SPRECHSTUNDENBEDARF

Unsere Apotheke sagt, dass wir kein Kodan mehr über den Sprechstundenbedarf bestellen dürfen. Stimmt das?

Nein. Hier liegt ein Missverständnis vor. Apotheken dürfen ab 2017 ohne Zulassung keinen Isopropylalkohol 70% mehr herstellen. Desinfektionsmittel zur Anwendung am Patienten in flüssiger Form, das heißt gebrauchsfertige Produkte, sind als Sprechstundenbedarf weiterhin anforderbar.

DMP-Datenstelle: Inter-Forum heißt jetzt Davaso

Die DMP-Datenannahmestelle Inter-Forum GmbH und die Syntela IT-Dienstleistungs GmbH sind zum 21. März 2017 verschmolzen. Das dabei entstandene Unternehmen heißt Davaso GmbH. Alle bestehenden Vertragsverhältnisse werden durch die Davaso GmbH fortgesetzt.

Weitere Informationen: www.kvhh.de
→ aktuelle Meldungen → Meldung vom 3.4.2017

IMPFUNG NACH HUNDEBISS

Eine Patientin wurde von einem Hund gebissen und verletzt. Ist eine Impfung gegen Tollwut in diesem Fall eine Kassenleistung?

Ja, wenn eine Indikation zur Tollwutprophylaxe besteht (weitere Informationen siehe www.rki.de – RKI Ratgeber für Ärzte). Es handelt sich in diesem Fall um eine postexpositionelle Impfung und nicht um eine Schutzimpfung im Sinne der Schutzimpfung-Richtlinie. Deshalb muss der Impfstoff auf den Namen der Patientin zulasten ihrer Kasse verordnet werden. Die Leistung ist nicht gesondert abrechnungsfähig, sondern mit der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale abgegolten.



HEILMITTEL ALS DOPPELBEHANDLUNG

Kann ein Heilmittel als Doppelstunde verordnet werden?

In seltenen Fällen kann der Arzt auch eine Doppelbehandlung verordnen. Sind zum Beispiel im Feld "Verordnungsmenge" sechs Einheiten angegeben und der Arzt verordnet Doppelbehandlung (zum Beispiel: „KG als Doppelbehandlung“), können drei Doppelbehandlungen durchgeführt werden. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich die im Katalog genannte diagnosebezogene "Verordnungsmenge im Regelfall" nicht.

KONSILIARBERICHT VOR PSYCHOTHERAPIE

Bin ich als Vertragsarzt verpflichtet, einen Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie zu erstellen?

Ja, der Konsiliarbericht ist vor Einleitung einer Richtlinien-Psychotherapie notwendig, um mögliche organische Ursachen der Erkrankung auszuschließen. Der Bericht muss laut Psychotherapie-Richtlinie möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung an den Psychotherapeuten übermittelt werden. Von der Erstellung eines Konsiliarberichtes sind die Fachrichtungen ausgenommen, die ausschließlich auf Überweisung tätig werden dürfen (z. B. Radiologen, Strahlentherapeuten).

NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL

Gibt es einen Vordruck, auf dem nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnet werden können? Wo können wir diese Vordrucke beziehen?

Sie können nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel auf einem sogenannten „grünen Rezept“ notieren. Die Vordrucke erhalten Sie hier:

Paul Albrechts Verlag
Hamburger Str. 6
22952 Lütjensee
Tel.: 04154-799 166
Fax.: 04154-799 173
E-Mail: info@pavcard.de

Nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel können auch ohne die Vorlage eines Formulars vom Patienten in der Apotheke gekauft 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

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

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

"Skandalöser Beschluss"

Unmut über die Honorierung der neuen psychotherapeutischen Leistungen

Die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Vergütung der neuen psychotherapeutischen Leistungen hat für Proteste gesorgt. Mehrere psychotherapeutische Berufsverbände (DPTV, bvpv und VAKJP) haben Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in einem Brief aufgefordert, den „für die Versorgung schädlichen Beschluss“ zu beanstanden. Die KBV

war im Erweiterten Bewertungsausschuss von den Krankenkassen und dem unabhängigen Vorsitzenden überstimmt worden und hatte schon einen Tag später juristische Schritte angekündigt. Der Vorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann, bezeichnete den Beschluss in einer Pressemitteilung als „skandalös“. Die Krankenkassen hätten in unverantwortlicher Weise

die Tatsache zur Seite geschoben, dass die neuen Leistungen teilweise umfangreiche Investitionen in die Praxis mit sich bringen und ganz allgemein die Praxiskosten erhöhen werden.

Trotz aller Proteste ist der Beschluss zum 1. April in Kraft getreten. Die psychotherapeutische Sprechstunde und die psychotherapeutische Akutbehandlung werden schlechter bezahlt als die Richtlinien-therapie. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erhalten für die neuen Leistungen 42,75 Euro (Dauer: 25 Min.). Zum Vergleich: 25 Minuten Richtlinien-Therapie werden mit 44,28 Euro vergütet.

Auf die Psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) und auf die Akutbehandlung (GOP 35152) wird ein Strukturzuschlag zur Deckung von Personalausgaben gezahlt. Allerdings ist der Zuschlag mit 7,27 Euro (69 Punkte) niedriger bewertet als der Zuschlag zur Richtlinien-Psychotherapie von 7,53 Euro. Wie bei der Richtlinien-Psychotherapie wird der Zuschlag erst ab einer bestimmten Leistungsmenge gewährt und dann von der KV automatisch zugesetzt. ■

Nähere Informationen:
www.kbv.de → Service → Service für die Praxis → ambulante Leistungen → Psychotherapie

Ansprechpartner: Infocenter
 Tel: 22 802 - 900

QEP-Manual: Umsetzungshilfe für die Psychotherapie-Reform

Das neu erschienene "QEP-Manual für Psychotherapeuten" bietet Tipps für die Anwendung des Qualitätsmanagementsystems QEP in psychotherapeutischen Praxen. Das Buch berücksichtigt eine Vielzahl an gesetzlichen und normativen Vorgaben und kann auch als Umsetzungshilfe für Neuerungen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie genutzt werden – beispielsweise für die Organisation der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe.

Franziska Diel/Bernhard Gibis (Hrsg.): „QEP-Manual für Psychotherapeuten“. 186 Seiten, mit CD-ROM. Preis: 99,99 Euro

Bestellmöglichkeit:
Im Internet unter
<http://shop.aerzteverlag.de>
Oder über folgende
Kontaktadresse:
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Versandbuchhandlung
Dieselstr. 2, 50859 Köln
Tel: 02234 / 7011- 322 oder -323
E-Mail: vsbh@aerzteverlag.de





Nachholuntersuchungen zur Statusfeststellung für unbegleitete Flüchtlingskinder

Kinderärzte und Hausärzte können bei minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen eine Nachholuntersuchung zur Statusfeststellung durchführen. Die neue Leistung wird über die KV abgerechnet (GOP 99501) und mit 60 Euro extrabudgetär vergütet. Kostenträger ist die Stadt Hamburg (Landesbetrieb Erziehung und Beratung: VKNR 02803).

Es gibt folgende Voraussetzungen für die Leistungserbringung:

- Der minderjährige unbegleitete Flüchtling kann einen Behandlungsschein vorlegen.
- Er hat keine Dokumentation über seinen Gesundheitsstatus bei sich (also kein gelbes Untersuchungsheft nach den Kinder-Richtlinien und kein „Gesundheitsheft für minderjährige Flüchtlinge“).
- Es ist bei ihm keine Untersuchung nach den Kinder-Richtlinien (U1, 2, 3 usw.) möglich – zum Beispiel weil er außerhalb der Toleranzzeiten die Praxis aufsucht.

Die Ergebnisse der strukturierten Untersuchung werden im "Hamburger Gesundheitsheft für minderjährige Flüchtlinge" dokumentiert. Das Heft wird den Kindern anschließend mitgegeben.

Die Regelung gilt derzeit nicht für alle Flüchtlingskinder, sondern nur für minderjährige unbegleitete Flüchtlinge mit Behandlungsschein.

Das „Hamburger Gesundheitsheft für minderjährige Flüchtlinge“ kann beim Infocenter bestellt werden. Die Stückzahl ist je Bestellung auf 30 begrenzt. ■

Weitere Informationen zur Abrechnung von Leistungen für Asylbewerber und Flüchtlinge im Internet: www.kvhh.de → Abrechnung → Asylbewerber

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22 802 - 900
E-Mail:
infocenter@kvhh.de

NEU: Abrechnungs-Newsletter im Internet

Die KV Hamburg stellt im vierteljährlichen Turnus eine Übersicht zu den Änderungen und Neuerungen der Abrechnung zusammen. Der Abrechnungs-Newsletter wird im Internet veröffentlicht. Sie können die einzelnen Themen direkt auf unserer Homepage durchklicken und lesen oder sich das gesamte Dokument im PDF-Format downloaden. Der Newsletter enthält alle relevanten Informationen zu den Leistungsziffern sowie den dazugehörigen Abrechnungsmodalitäten für das jeweils neue Quartal. ■
www.kvhh.de → Abrechnung → Newsletter

Ansprechpartner:
Abrechnungsabteilungen
Jasmin Hartmann, Tel: 22802-381
Jan-David Gräpel, Tel: 22802-868
Jenifer Hoffmann, Tel: 22802-510

Lymphödeme des Stadiums II und III rechtfertigen langfristigen Heilmittelbedarf

Der G-BA hat beschlossen, die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf im Bereich der Lymphödeme zu erweitern: Es sollen Lymphödeme des Stadiums II und III in die Diagnoseliste aufgenommen werden. Für Erkrankungen, die in dieser Diagnoseliste enthalten sind, entfällt das Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles. Wird der Beschluss nicht beanstandet, tritt er mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. ■

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



Cannabis für Schwerkranke auf Rezept

Haus- und Fachärzte haben seit März 2017 die Möglichkeit, Cannabis zu Lasten der GKV zu verordnen. Hier ein Überblick über den derzeitigen Stand der Regelungen.

Für wen ist Cannabis verordnungsfähig?

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen im Regelfall die Kosten für die Therapie. Voraussetzung ist, dass bei einer schwerwiegenden Erkrankung keine andere allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung steht oder angewendet werden kann. Es muss außerdem die Aussicht bestehen, dass mit den Cannabisarzneimitteln spürbar positiv auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome eingewirkt werden kann.

Was gilt als „schwerwiegende Erkrankung“?

Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt (§12 Abs. 3 Arzneimittel-Richtlinie). Der Gesetzgeber hat hier bewusst auf eine zu enge Definition verzichtet.

Genehmigung der Krankenkasse

Cannabisprodukte stehen in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten sowie als Rezeptur-Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabinol zur Verfügung. Ebenso gibt es die Fertigarzneimittel Sativex® und Canemes®.

Vor der Erstverordnung bedarf es einer Genehmigung durch die entsprechende Krankenkasse. Sie kann diesen Antrag nur in begründeten Ausnahmefällen ablehnen. Hier sind Bearbeitungszeiträume vorgesehen von drei Wochen – beziehungsweise von fünf Wochen, falls ein Gutachten erforderlich ist. Bei Palliativpatienten (SAPV) soll die Krankenkasse innerhalb von drei Tagen entscheiden.

Die Genehmigungspflicht gilt nicht für die Fertigarzneimittel (Sativex®, Canemes®), wenn

sie innerhalb ihrer Zulassungsindikation angewendet werden. Ob im Falle eines Wechsels des verordneten Präparates bei gleicher Indikation eine erneute Genehmigung beantragt werden muss, ist noch nicht abschließend geklärt.

Begleiterhebung: Arzt muss Daten ans BfArM übermitteln

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) führt eine nicht-interventionelle Begleiterhebung durch. Der verordnende Vertragsarzt ist verpflichtet, die für die Begleiterhebung erforderlichen Daten in anonymisierter Form an das BfArM zu übertragen.

Weitere Informationen finden Sie in der Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnung

Verordnung und Applikation

Die oben genannten Cannabisprodukte unterliegen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, die Verordnungen müssen deshalb auf einem BTM-Rezept erfolgen. Bei der Verordnung muss die genaue Sorte Cannabis und die individuelle Dosierung für den Patienten angegeben werden.

Laut der BtMVV liegt die verordnungsfähige Höchstmenge für Cannabisextrakt bei 1g (bezogen auf den Δ^9 -THC-Gehalt) und für Dronabinol bei 0,5g innerhalb von 30 Tagen.

Die verordnungsfähige Höchstmenge für Blüten liegt bei 100g für 30 Tage. Diese zulässige Höchstmenge kann in begründeten Einzelfällen überschritten werden (Kennzeichnung mit „A“). Verschiedene Cannabis-Sorten (mit unterschiedlichem Cannabinoid-Gehalt) können parallel verordnet werden, solange die Höchstmenge von 100g Cannabis-Blüten nicht überschritten wird.

Weiterführende Informationen der Bundesapothekerkammer, unter anderem Musterverordnungen und eine Tabelle der verfügbaren Importe, sowie auch eine Ausfüllhilfe für BTM-Rezepte, finden Sie auch auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnungen

Um sich Rückfragen aus der Apotheke zu ersparen, empfehlen wir bei der Verordnung von Rezeptur Arzneimitteln die Angabe der entsprechenden NRF-Nummer auf dem Rezept.

Das DAC/NRF (Deutscher Arzneimittel-Codex / Neues Rezeptur-Formularium) enthält standardisierte Rezepturformeln für die individuelle Patiententherapie.

Ärzte haben mit ihrem DocCheck-Passwort Zugang und können sich die möglichen Rezepturen ansehen.

Zur Verfügung stehende Rezepturvorschriften nach DAC/NRF:

- Dronabinol-Kapseln 2,5mg/ 5mg/ 10mg (NRF 22.7.)
- Ölige Dronabinol-Lösung 25mg/ml (NRF 22.8.)
- Ölige Cannabidiol-Lösung 50mg/ml (NRF 20.10.)
- Ölige Cannabisölharz-Lösung 25mg/ml Dronabinol (NRF 22.11.)
- Cannabisblüten zur Inhalation nach Verdampfung (NRF 22.12.)
- Cannabisblüten in Einzeldosen zur Inhalation nach Verdampfung (NRF 22.13.)
- Cannabisblüten zur Teezubereitung (NRF 22.14.)
- Cannabisblüten in Einzeldosen zu 0,25g/ 0,5g/ 0,75g/ 1g zur Teezubereitung (NRF 22.15.)
- Ethanolische Dronabinol-Lösung 10mg/ml zur Inhalation (NRF 22.16)

Quelle: DAC/NRF (<http://dacnrf.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=arzt>)

Zur Inhalation stehen spezielle Verdampfer zur Verfügung, mit deren Hilfe eine bestimmte Menge Cannabis erhitzt und so in die aktive Form überführt und inhaliert werden kann. Die Vaporisatoren sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnis-

ses, deshalb ist hier ein Einzelfallantrag bei der zuständigen Krankenkasse erforderlich.

Die Entscheidung, welche Darreichungsform und Dosierung gewählt und verordnet wird, trifft der Arzt unter Berücksichtigung insbesondere der Wirtschaftlichkeit und der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Möglichst Fertigarzneimittel verordnen

Cannabisprodukte haben ein breites pharmakologisches Potenzial, werden aber aufgrund fehlender valider Evidenz diskutiert. Im Gegensatz zu zugelassenen Arzneimitteln gibt es für Cannabisblüten und Cannabisextrakt keine verbindlichen Vorgaben zur Dosierung und Applikation. Daher sollte wenn möglich auf Fertigarzneimittel, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit bestätigt wurde, zurückgegriffen werden.

Aktuell im Handel befindliche Fertigarzneimittel sind:

- Sativex® (Mundspray) ist zugelassen zur Verbesserung von Symptomen bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von Multipler Sklerose (MS), die nicht angemessen auf eine andere antispastische Arzneimitteltherapie angesprochen haben und die eine klinisch erhebliche Verbesserung von mit der Spastik verbundenen Symptomen während eines Anfangstherapieversuchs aufzeigen.
- Canemes® (Kapseln) ist für die Behandlung von chemotherapiebedingter Erbrechen und Nausea bei jenen Krebs-Patienten zugelassen, die auf andere antiemetische Behandlungen nicht adäquat ansprechen. ■

Weiterführende Informationen finden

**Sie auf unserer Homepage:
www.kvhh.de → Verordnungen.**

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





AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Wissenschaftsmüll - auch ein Thema für die Arztpraxen

Welchen wissenschaftlichen Wert haben Postmarketingstudien?

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



„Klasse statt Masse – wider die wertlose Wissenschaft“ war das Thema der 18. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin, die vom 9. bis 11. März 2017 an der Universität Hamburg stattfand.

Nun ist ja das Lamento über schlechte medizinische Wissenschaft nicht neu. Der Missstand soll aber nicht mehr länger toleriert werden. Eine Gruppe internationaler Forscher hat mit einer Artikelserie 2014 in der renommierten Wissenschaftszeitschrift *The Lancet* zu einer konzertierten Aktion aufgerufen, der REWARD Initiative (1). Das DNEbM unterstützt diese Initiative (2).

Die *Lancet*-Autoren beklagen, dass 85 Prozent der finanziellen Mittel für biomedizinische Forschung Verschwendung sind. Die Forschung sei wertlos, die Ergebnisse seien nicht nutzbar. Es würden die falschen Forschungsfragen gestellt, die Methodik sei nicht angemessen, die Ergebnisse würden nicht oder

unvollständig publiziert. Zunehmend erkennbar wird, dass der Missstand nicht nur die klinische Forschung betrifft, sondern ganz besonders auch die präklinische Forschung oder anverwandte Wissenschaften wie die Psychologie. Die Studien sind nicht replizierbar (1).

Aussagekräftige Studien sind die Basis der Evidenzbasierten Medizin. Wenn die Evidenz, auf die wir uns verlassen, gar keine Evidenz ist, dann steht die gesamte Versorgung der Patienten und Patientinnen auf einem brüchigen Fundament.

Die Schlüsselrollen bei der Verbesserung der Qualität von medizinischer Wissenschaft haben Forschungsförderer, insbesondere aber die medizinischen Fakultäten und Ethikkommissionen. Ethikkommissionen müssen einen qualitätssichernden Auftrag wahrnehmen. Ein Ethikvotum für eine Studie ist leider keine Garantie, dass das Projekt nach aktuellen Standards der Wissenschaft geplant ist und durchgeführt wird. Medizinische Fakultäten und Projektförderer müssen ihre Anreizsysteme und Beurteilungsinstrumente anpassen. Auch ist es uns immer noch nicht gelungen, die wissenschaftsmethodische Ausbildung im Sinne der Evidenzbasierten Medizin strukturell in das Medizinstudium zu integrieren. Es fehlt den Ärzten daher oft an Kompetenzen, selbst den Faktencheck durchzuführen. Sie sind auf Expertenmeinung angewiesen (2).

Auch für die Ärzte und Ärztinnen im niedergelassenen Bereich ist das Thema Wissenschaftsmüll von Bedeutung. Einerseits sind sie Nutzer von Evidenz in

der täglichen Arbeit, andererseits beteiligen sie sich selbst an Forschung.

Im niedergelassenen Bereich werden oft sogenannte Postmarketingstudien durchgeführt, früher als Anwendungsbeobachtungen bezeichnet. Typischerweise werden sie von der Pharmaindustrie finanziert, geplant und geleitet. Vordergründig sollen sie der Überwachung der Sicherheit von neu zugelassenen Medikamenten dienen. Allerdings besteht seit langem der Verdacht, dass diese Studien eher die Verschreibung bestimmter Präparate befördern sollen.

Eine Autorengruppe aus Deutschland hat nun im *British Medical Journal* eine Arbeit publiziert, die den Beitrag dieser Postmarketingstudien analysiert hat (3).

In Deutschland müssen all diese Studien registriert werden. Der Zugriff auf die Daten und somit die Ergebnisse der Studien war den Wissenschaftlern anfangs jedoch nicht möglich. Erst durch ein Urteil des Verwaltungsgerichts Berlin konnten die Autoren die etwa 7000 Originaldokumente auswerten. In den Jahren 2008 bis 2010 wurden 558 Studien erfasst. Durchschnittlich nahmen an einer Postmarketingstudie 63 Ärzte und 600 Patienten teil, die mediane Vergütung des Arztes pro Patient betrug 200 Euro. Nur ein Drittel der getesteten Produkte waren kürzlich neu zugelassene Medikamente. Die meisten Ergebnisse waren strikt vertraulich. Insgesamt konnten zu den 558 Studien nur fünf wissenschaftliche Publikationen in medizinischen Datenbanken gefunden werden. Erstaunlicherweise konnte keine einzige Meldung zu einer unerwünschten Medikamentennebenwirkung aus all den 558 Postmarketingstudien identifiziert werden.

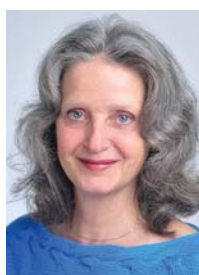
Die Autoren schlussfolgern, dass Postmarketingstudien die Medikamentensicherheit nicht verbessern. Die

Studienpopulationen sind zu klein, um seltene Ereignisse identifizieren zu können und viele teilnehmende Ärzte werden von den Sponsoren verpflichtet, Vertraulichkeit zu wahren.

Das *Arznei-Telegramm* weist in einem Begleitartikel zu dieser Studie neuerlich darauf hin, dass laut Arzneimittelgesetz Postmarketingstudien dem Erkenntnisgewinn nach der Zulassung und der Arzneimittelsicherheit dienen sollen (4). Nach der aktuellen Studie erfüllen die analysierten Postmarketingstudien in Deutschland diese gesetzlichen Aufgaben nicht. In Übereinstimmung mit den Autoren der Studie (4) ist zu fordern, dass

- die Sinnhaftigkeit einer jeden Postmarketingstudie sehr kritisch zu hinterfragen ist;
- die an Postmarketingstudien teilnehmenden Ärzte unerwünschte Wirkungen stets auch direkt den zuständigen Pharmakovigilanzstellen melden;
- Ethikkommissionen die Postmarketingstudien auf Vertraulichkeitsklauseln in den Verträgen prüfen;
- die Offenlegungsverpflichtungen für Zulassungsstudien auch für Studien nach der Zulassung gelten.

Diese Forderungen gelten in gleicher Weise auch für nicht-medikamentöse Interventionen.



**Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mühlhauser**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 42838 3988

Literatur

- (1) Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JP, Al-Shahi Salman R, Chan AW, Glasziou P. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet* 2014;383(9912):101–4.
- (2) Meyer G, Mühlhauser I. Klasse statt Masse! Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) im Druck (2017)
- (3) Spelsberg A, Prugger C, Doshi P, Ostrowski K, Witte T, Hüsken D, Keil U; Working Group on Health and Working Group on Freedom of Information, Transparency International Deutschland eV. Contribution of industry funded post-marketing studies to drug safety: survey of notifications submitted to regulatory agencies. *BMJ*. 2017 Feb 7;356:j337. doi: 10.1136/bmj.j337.
- (4) *Arznei-Telegramm*. Im Blickpunkt: Postmarketingstudien ohne nachvollziehbaren Nutzen. a-t 2017; 48: 17-8



VON DR. JOHANNES GÖCKSCHU

Versammlung des Kreises 9

KV-Experten referierten über Wirkstoffvereinbarung und Honorar

Wenn wir das Programm einer Kreisversammlung planen, fragen wir uns: Was beschäftigt die Kollegen in ihrem Arbeitsalltag? Was gibt es Neues und vielleicht auch Unbekanntes, das uns in den Praxen wirklich bewegt? Die von uns ausgesuchten Themen stießen auf reges Interesse. Mit 30 bis 40 Kollegen aus dem Kreis 9 (Altstadt und Neustadt) war die Kreisversammlung am Abend des 21. März 2017 gut besucht. Traditionell fand die Kreisversammlung in einem zentral gelegenen Vortragssaal des Labors Fenner statt.

In jeder Sitzung der Kreisversammlung geht es mit einer Vorstellungsrunde los, in der Neu-Niedergelassene und Neu-Angestellte Kollegen im Kreis begrüßt werden und die Möglichkeit bekommen, sich vorzustellen – und das waren diesmal einige. Die Kollegen schätzen es, sich persönlich kennenzulernen. Man baut ein Netzwerk auf, das man für die Patientenversorgung nutzen kann.

Der erste Vortrag wurde von der KV-Apothekerin Regina Lilje zur neuen Wirkstoffvereinbarung gehalten. Das Thema treibt natürlich den Blutdruck in die Höhe: Wenn man jahrelang ein Arzneimittelbudget hatte, damit

gut zurechtgekommen ist und nun plötzlich eine „Trendmeldung“ mit gelben oder roten Punkten zugeschickt bekommt, sorgt das für Unsicherheit. Regina Lilje ging sehr gut auf unsere Informationsbedürfnisse ein, erläuterte die Zweckhaftigkeit und immanente Logik der Wirkstoffvereinbarung und stellte die verschiedenen Wirkstoffgruppen vor. Sie wies darauf hin, dass nur etwa die Hälfte der Medikamentenverordnungen von der neuen Regelung betroffen ist und erklärte, wie eine „Trendmeldung“ zu deuten ist. Während des Vortrags und auch anschließend gab es eine lebhaft Diskussions. Wir stellten fest, dass man einige der Verordnungsziele

Zeit bekommen, uns an die neue Systematik zu gewöhnen, nimmt auf jeden Fall einigen Druck aus der Sache.

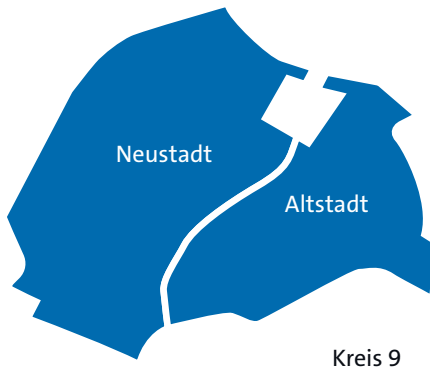
Ein weiteres Thema, das die Kollegen immer interessiert, ist die Honorarabrechnung. Obwohl wir alle in unseren Praxen von der Honorarentwicklung wesentlich wirtschaftlich abhängig sind, gibt es nur wenige Kollegen, die ihre Honorarabrechnung bis ins Detail verstehen und kaum jemand kann erklären, warum sich sein ILB verändert und wie sich sein Honorar im Vergleich zu seiner Fachgruppe entwickelt hat. Das darf eigentlich nicht sein. Die KV hat damit begonnen, mehr

Transparenz zu schaffen, indem sie die Quartalsberichte zur Honorarentwicklung ins Online-Portal stellt. Doch die Zahlen zur Verfügung zu stellen, ist nur der erste Schritt. Verständnis für die dahinter stehende

Systematik zu schaffen, ist der zweite. Deshalb haben wir die KV gebeten, für unseren Kreis zum Thema „Honorar“ eine Fortbildungsreihe zu konzipieren, die sich über die Kreisversammlungen der nächsten Jahre erstreckt. Ziel ist es, die Honorarabrechnung Schritt für Schritt zu erläutern und fortlaufend über die nächsten Jahre ein Verständnis für alle Aspekte der Honorarabrechnung zu entwickeln. Den

Von Spannungen zwischen den Versorgungsbereichen und Fachgruppen ist bei uns im Kreis nichts zu spüren.

nicht sofort erreichen kann, ohne ein bisschen zu steuern. Und es zeichnete sich ein Konsens darüber ab, dass die neue Systematik für uns Ärzte ein Vorteil sein kann. Nun muss man abwarten, ob die Ziele mit der Verordnungsrealität in Übereinstimmung zu bringen sind oder ob an einzelnen Stellen noch nachjustiert werden muss. Dass die Regelung in diesem Jahr noch nicht scharf geschaltet wird und wir die



Kreis 9

ersten Vortrag dieser Reihe hielt die Leiterin der Honorarabteilung, Frau Silke Denner-Strachanowski. Es folgte eine klare und kompakte Ausführung über den Aufbau des Honorarbescheids und die Bedeutung der vielen verschiedenen

Kennziffern hinter jeder Honorarreinheit. Die Kollegen hörten sehr aufmerksam zu und es gab das ein oder andere Aha-Erlebnis.

Der Kreis 9 umfasst die Hamburger Innenstadt. Die Patienten kommen aus ganz Hamburg, weil die Praxen in der Regel von überall her gut erreichbar sind. Wir haben ein buntes, sehr gemischtes Patientenklintel. Was mir hier in der Innenstadt besonders gut gefällt, ist das harmonische Zusammenspiel von Hausärzten und Fachärzten. Wir sind eine Gemeinschaft. Von den Spannungen zwischen den Versorgungsbereichen und Fachgruppen, die früher viel Platz einnahmen, spüren wir hier nichts.

In den Kreisversammlungen zeigt sich, was die Basis denkt. Wir haben einen kurzen Draht in die KV, denn unser stellvertretender Kreisobmann, Dr. Torsten Hemker, ist auch Mitglied der Vertreterversammlung. Es ist wichtig, dass die Stimme der Kreisversammlungen gehört wird, die hier geäußerten Anliegen sowie Sorgen aufgenommen und in die Berufspolitik eingebracht werden. ■



**DR. JOHANNES
GÖCKSCHU**

Urologe in der Altstadt
und Obmann des Kreises 9

Die Termine weiterer Kreisversammlungen finden Sie im Kalender auf Seite 30.

Amtliche Veröffentlichung

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

Mitteilungstafel:

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingerichtete Mitteilungstafel für die öffentliche Zustellung von Verwaltungsakten (Amtl. Bekanntmachung HÄB 06/93) befindet sich im Gebäude im Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg, im Eingangsbereich vor den Fahrstühlen.

Verträge:

- Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL), dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI), der GWQ ServicePlus AG und der Daimler

Betriebskrankenkasse mit der AG Vertragskoordination: Hier wurde dem Vertrag eine neue „Technische Anlage“ beigelegt.

- Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung („Amblyopiecreening“) mit der Knappschaft: Der Vertrag wurde von der Knappschaft zum 31. Dezember 2016 gekündigt.

- 3. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2016 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- 2. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2017 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbe-

anstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- 2. Anpassung der bestätigenden Schriftwechsel vom 26. November 2015 und 26. Januar 2016 zum Vertrag mit dem Sozialhilfeträger Freie und Hansestadt Hamburg vom 12. Februar 1993.

- Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag zur Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen bei der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) gem. § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V mit der BARMER.

- Ergänzungsvereinbarung zum Vertrag über ein strukturiertes Arzneimittel-Management von Biologika und Biosimilars (Biolike) in Hamburg gem. § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V mit der BARMER.

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

Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 – 900



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Wolfgang Cremer**
Mitglied der neuen Vertreterversammlung

Name: **Dr. med. Wolfgang Cremer**

Geburtsdatum: **13.4.1947**

Familienstand: **verheiratet, 1 Tochter, 1 Enkelkind**

Fachrichtung: **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

Weitere Ämter: **Landesvorsitzender Hamburg des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V. seit 2006; Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg seit 2011; Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg seit 2010; Sprecher der Fachbeisitzerkonferenz (FBSK) Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Hamburger Ärztekammer; Schriftführer der „Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg“; Facharztprüfer**

Hobbys: **Orgel spielen, Sport, Sprachen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? In ärztlicher Hinsicht ja.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Wir müssen uns schon selbst um unsere Belange kümmern, sonst bestimmen Andere über uns, und da fragt man sich manchmal schon, ob das die Richtigen sind.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

- Erhalt der Freiberuflichkeit
- Reform der Facharztweiterbildung als Verbundkonzept zwischen Klinik und Praxis, da viele Weiterbildungsinhalte heutzutage nicht mehr ausreichend an der Klinik vermittelt werden können
- Im Bereich der Frauenheilkunde: Erhalt der Einheit und Vielfalt des Faches, das wir ja doch in sehr ordentlichem Zustand von unseren Vorgängern übernommen haben. Frauenheilkunde als ganzheitliches Fach, keine Aufsplitterung in verschiedene Organfächer
- Im kollegialen Miteinander zwischen allen ärztlichen Fachgruppen: Mehr die gemeinsamen Interessen verfolgen als Partikularinteressen

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?

- In dem immer enger werdenden Korridor zwischen sozialrechtlichem Standard (ausreichend, notwendig, wirtschaftlich, zweckmäßig: § 12 SGB V - Wirtschaftlichkeitsgebot) und dem Haftungsstandard (mit den kaum erfüllbaren Forderungen aus der Rechtsprechung des VI. Zivilsenats des BGH, der keine ernsthafte Berücksichtigung sozialrechtlicher Wirtschaftlichkeitsgebote kennt, garantieähnliche Anforderungen an ärztliche Einrichtungen stellt und Leit- und Richtlinien allenfalls als Indiz, nicht jedoch als ärztlichen Standard anerkennt),
- der problematischen Rolle der medizinischen Sachverständigen hierzu und
- der öffentlichen Diffamierung von Ärztinnen und Ärzten, die Leistungen anbieten, die nicht von der GKV bezahlt werden, durch Krankenkassen und selbsternannte Experten.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? An der Cavallé-Coll-Orgel der Kirche St.-Sulpice in Paris, wo Charles-Marie Widor (*1844, +1937), der Orgellehrer von Albert Schweitzer (*1875, +1965), 64 Jahre lang (1870 bis 1934) bis zu seinem 90. Lebensjahr als Organist gewirkt hat, die Passacaglia von J.S. Bach zu spielen.



wir
regulieren
ihren

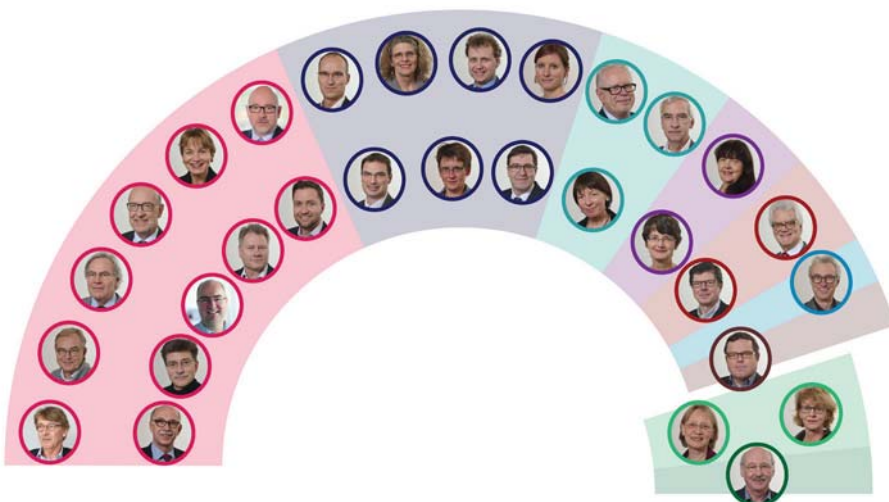
[p u l s • s c h l a g]

/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!

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 17.7.2017

3. QUARTAL 2017
VOM 2.10. BIS 16.10.2017

4. QUARTAL 2017
VOM 2.1. BIS 16.1.2018

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 10 (Hafencity, St. Georg, Hammerbrook, Borgfelde, Hamm, Rothenburgsort)
Kreisobmann: Dr. Hans Ramm
Stellvertreter: Dr. Wolfgang Herzog

zusammen mit

KREIS 12 (Uhlenhorst, Hohenfelde, Barmbek-Süd, Eilbek)
Kreisobfrau: Angela Deventer
Stellvertreter: Dr. Boris Brand
Mo. 8.5.2017 (ab 19.30 Uhr)
Programm: u.a. Vortrag von Dr. Martin Eichenlaub
Ort: Restaurant Jaipur, Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg

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: steht noch nicht fest

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: Klaus 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 Plasmann
Ort: Neurologie Winterhude, Hudtwalckerstr. 2-8, 22299 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Informationen zur neuen QM-Richtlinie

Aus der 2015 erfolgten Neufassung der QM-Richtlinie ergeben sich einige Änderungen für Praxen. Schwerpunkte der Veranstaltung sind die Umsetzung von Mitarbeiterbefragungen, die Einführung von Checklisten und der Aufbau eines Risikomanagements.

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 17.5.2017 (14.30 - 17.30 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 65 inkl. Getränke

QEP-Hygiene

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 14.6.2017 (9:30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Tatort Praxis

Unzufriedene oder frustrierte Patienten? Beschimpfungen und Aggressionen in Arztpraxen haben 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

Ort: KV Hamburg Heidenkampsweg 99

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

Ansprechpartner:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633 /
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

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

Mi. 10.5.2017 (15 - 20 Uhr),

Fr. 12.5.2017 (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 17.5.2017 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Ort: KV Hamburg Heidenkampsweg 99

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

90. Workshop Pharmakotherapieberatung

Programm: www.mcg-online.de → Termine

Do. 11.5.2017 (9.30 - 16 Uhr)

Anmeldung: bis 5. Mai 2017 bei Meinhardt Congress, Fax: 0341 / 48 06 842, E-Mail: s.wagner@mcg-online.de

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 – Kurs Teilnahme 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!