

## WIE ZIELGENAU IST DIE BEDARFSPLANUNG?

*Erfahrungsberichte aus dem Zulassungsausschuss*



### MEDIZINISCHE TESTS

*Überdiagnosen durch Früherkennung*

### ÄRZTEHAUS

*Eröffnung mit Straßenfest*

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,  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg  
Tel: 040 / 22802 - 655  
E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 10/2017 (Oktober 2017)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Die KV Hamburg hat in den vergangenen Wochen ganz schön viel Staub aufgewirbelt. Das gilt ganz wörtlich, weil die Baumaßnahmen am neuen Ärztehaus in der Humboldtstraße beendet werden konnten, und im übertragenen Sinne, weil die KV ihre Vorstellungen zur Eindämmung der fälschlichen Inanspruchnahme von Notfalleinrichtungen vorgestellt hat.

Sechs Jahre waren es insgesamt und drei Jahre aktives Bauen, die es gebraucht hat, um das neue Ärztehaus zu errichten. Mit einer Vielzahl von Veranstaltungen im Rahmen eines Straßenfestes haben wir es eingeweiht und es den Eigentümern, den Hamburger Ärzten und Psychotherapeuten übergeben (siehe Seite 40). Mittlerweile kehrt der Alltag in das Haus ein; die Veranstaltungsräume werden schon eifrig genutzt – und der spontane Eindruck der Besucher am Eröffnungstag hat sich verfestigt: Wir haben ein Gebäude errichtet, das eine gelungene Mischung darstellt aus Effektivität und Schönheit, Platz und Zurückhaltung, Modernität und Tradition. Es ist ein Gebäude, das gut zu Hamburg und der KV passt.

Auch eine andere Tradition haben wir aufgenommen: modern und klar denken. Wir haben uns bereits vor drei Jahren gefragt, wie wir dem anhaltenden Druck auf die Notfall- und Bereitschaftsversorgung begegnen sollen. Mit einem immer größeren Aufwand? Mit immer mehr von allem? Wir haben uns entschlossen, erst einmal zu fragen, was sich da abspielt und Prof. Dr. Martin Scherer vom UKE – gemeinsam mit der KV Schleswig-Holstein – einen Gutachtenauftrag erteilt.

Und siehe – es geht nicht um Notfall. Es geht darum, dass der Wandel im Verhalten der Bevölkerung – vor allem ausgelöst durch die digitalen Möglichkeiten – nun auch das Gesundheitswesen erreicht hat. Also macht es überhaupt keinen Sinn, die teuren Notfalleinrichtungen auszubauen, wir müssen auf diesen Wandel reagieren. Dazu haben wir ein Paket geschnürt, das versucht, dem Wandel möglichst effizient zu begegnen, denn die ärztliche Arbeitskraft ist kostbar.

Unsere Ideen haben Staub aufgewirbelt, sind positiv aufgenommen worden. Wie unser Ärztehaus. Jetzt wird es hanseatisch weitergehen: Wir werden in Ruhe und mit Augenmaß die Pläne umsetzen. Und etwas mehr Zeit steht jetzt auch zur Verfügung. Der Neubau ist ja fertig.

**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](mailto:redaktion@kvhh.de)**



## SCHWERPUNKT

- 06** \_ Nachgefragt: Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Zulassungsverfahren gemacht?
- 08** \_ „Unabhängiges Gremium“: Der ärztliche Vorsitzende über seine Erfahrungen im Zulassungsausschuss
- 08** \_ „Maßnahmenpapier“: Was die Selbstverwaltung gegen Versorgungsengpässe tut
- 14** \_ „Wir müssen diskutieren“: Der psychotherapeutische Vorsitzende des Zulassungsausschusses kritisiert realitätsferne Zulassungskriterien

## AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16** \_ Fragen und Antworten  
Dolmetscher-Pool für Psychotherapeuten und Psychiater
- 18** \_ KKH tritt Vertrag über „Diabetes-Begleiterkrankungen“ bei  
Neue Teilnahmeformulare im HzV-Vertrag der Knappschaft  
Höhere Vergütungen im U10/U11- und im J2-Vertrag der Knappschaft  
Verlängerung der Teilnahmedauer auf zehn Jahre für DMP-Brustkrebs-Patientinnen
- 19** \_ Verordnung von Soziotherapie: Änderung der Formulare 26 und 28
- 20** \_ Laborüberweisungen: Seit Juli 2017 auch digital

## ABRECHNUNG

- 20** \_ Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2017
- 21** \_ Honorar: Kostenlose Zusatzinfos mit KV SafeNet  
Neuer Honorarbericht demnächst im Online-Portal
- 22** \_ Vergütung palliativmedizinischer Leistungen



## QUALITÄT

- 24\_** Änderung der QS-Vereinbarung zu Strahlendiagnostik und -therapie  
Neu nach QEP (re-)zertifizierte Praxen
- 25\_** Einladung zur Veranstaltung des MRE-Netzwerks Hamburg

## ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 26\_** Einsparpotentiale bei der Verordnung von Biologika
- 29\_** Rabattverträge für Blutzuckerteststreifen: Übersicht im Internet

## SELBSTVERWALTUNG

- 36\_** Versammlung des Kreises 6
- 37\_** Versammlung des Kreises 14
- 38\_** Für Sie in der Vertreterversammlung: Steckbrief Dr. Dirk Heinrich

## KV INTERN

- 40\_** Eröffnung des neuen Ärztehauses

## RUBRIKEN

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

## NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 30\_** Überdiagnosen durch Krebsfrüherkennung

## KOLUMNE

- 34\_** Hontschiks „Diagnose“

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 38\_** Bekanntmachungen im Internet

## TERMINKALENDER

- 42\_** Termine und geplante Veranstaltungen

## BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3, 13, 14, 39, 42: Michael Zapf; Seite 9, 11: Easy Map; Seite 17, 40, 41: Felix Faller/Alinea; Seite 23: Kaarsten/Fotolia.com; Seite 25: Aktion Meditech; Seite 28: Tunedin/Fotolia; Seite 34: Raymond D'Addario; Seite 35 (li): KZ-Gedenkstätte Dachau; Seite 35 (re): Picture Alliance/Sueddeutsche Zeitung Foto; Seite 41 (re,u): Benjamin Thomas; Icons: iStockfoto

## Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Zulassungsverfahren gemacht?



**Ole Bonnemeier**  
Hausarzt auf der Veddel

### Positives Votum

Dass es auf der Veddel eine echte Versorgungslücke gab, war schon lange bekannt, bevor ich dort Anfang 2017 eine Praxis eröffnen konnte. Es leben etwa 5.000 Menschen auf der Elbinsel. Seit Jahren hatte sich hier kein/e Arzt/Ärztin mehr niedergelassen. Ein Kollege war in den Ruhestand gegangen, ohne eine Nachfolge gefunden zu haben, und die verbliebene Ärztin hatte den Bedarf nicht mehr decken können. Ich beschäftigte mich über ein Jahr lang mit der Situation im Stadtteil. Ich führte Gespräche mit Lokalpolitikern, diversen Menschen aus der Sozial- und Stadtteilarbeit. **All diese Informationen flossen mit Daten aus dem Hamburger Morbiditätsatlas in einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung ein. Ich weiß nicht, ob es an meinem ausführlich begründeten Antrag oder am positiven Votum der umliegenden Praxen lag:** Jedenfalls gehöre ich zu den sehr wenigen Ärzten, deren Sonderbedarfs-Antrag positiv beschieden wurde. Solange die Versorgungssicherungsstruktur unverändert bleibt, bin ich der Ansicht, dass der Zulassungsausschuss vom Instrument der Sonderbedarfszulassung öfter Gebrauch machen sollte, um adäquater auf Versorgungslücken zu reagieren. ■



**Dr. Werner Frank**  
HNO-Arzt in Billstedt



**Wiebke Kenkel**  
psychologische Psychotherapeutin  
in Horn

## Keine Unterstützung

**Meine Erfahrung ist: Das Bedarfsprüfungsverfahren bildet das Inanspruchnahme-Verhalten der Patienten nicht ab.** Ich habe eine HNO-Praxis in Billstedt mit etwa 2.300 Scheinen. Damit behandle ich etwa 900 Patienten pro Quartal mehr als eine durchschnittliche HNO-Praxis. Ich könnte also durchaus Unterstützung gebrauchen. Auf Anraten des KV-Vorstandes stellte ich vergangenes Jahr den Antrag, eine halbe Angestellten-Stelle als Sonderbedarf genehmigt zu bekommen. Daraufhin wurden alle HNO-Ärzte im Umkreis von 12 Kilometern befragt. Eine Praxis gab an, noch 300 zusätzliche Patienten aufnehmen zu können, eine andere hatte noch Kapazitäten für weitere 450 Patienten frei und eine dritte und vierte für je 600. (Man fragt sich, wieso gibt es dort noch Probleme bei der Terminvergabe?) Aber damit war klar: Es wird keine Sonderbedarfszulassung geben. Ich mache sprechende Medizin und betreue die Patienten. Bei OP-Indikationen weise ich ins Krankenhaus ein, bin also tatsächlich in der Praxis anwesend. Termine gibt es, wenn auch mit teils erheblicher Wartezeit am selben Tag. Und ich habe noch nie einen Euro für IGEL-Leistungen genommen. Die Patienten stimmen mit den Füßen ab. Schade, dass der Erfolg einer Praxis von der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt wird. ■

## Seltsame Rechnung

Seit April 2017 bin ich als Vertragspsychotherapeutin niedergelassen. Die Verhandlung im Zulassungsausschuss dauerte nur ein paar Minuten. Ich stand seit 14 Jahren auf der Warteliste, und es war klar, dass ich nun zum Zuge kommen würde. Der Ablösepreis für den halben Sitz, den ich übernommen habe, war sicherlich fair und entsprach dem Ergebnis der offiziellen Berechnungsformel. Doch ich fragte mich: **Was genau wird da eigentlich verkauft? Wir übernehmen ja kein Material und keinen Patientenstamm, wie das bei Arztpraxen der Fall ist. Und auch der gute Ruf einer Praxis stellt keinen finanziellen Wert dar, denn angesichts der Knappheit von Psychotherapieplätzen wäre auch eine völlig neue Praxis in kürzester Zeit ausgelastet.** Ich bin gespannt, ob das derzeitige Verfahren Gültigkeit behält und ich meinen Sitz in 20 Jahren weiterverkaufen kann. ■

VON HENNING BRUNCKHORST

# »Nicht an Weisungen gebunden«

Wer hat das Sagen im Zulassungsausschuss?  
Und nach welchen Kriterien wird entschieden?  
Der ärztliche Vorsitzende gewährt einen Blick  
hinter die Kulissen des Gremiums, dem er  
seit fast drei Jahrzehnten angehört.

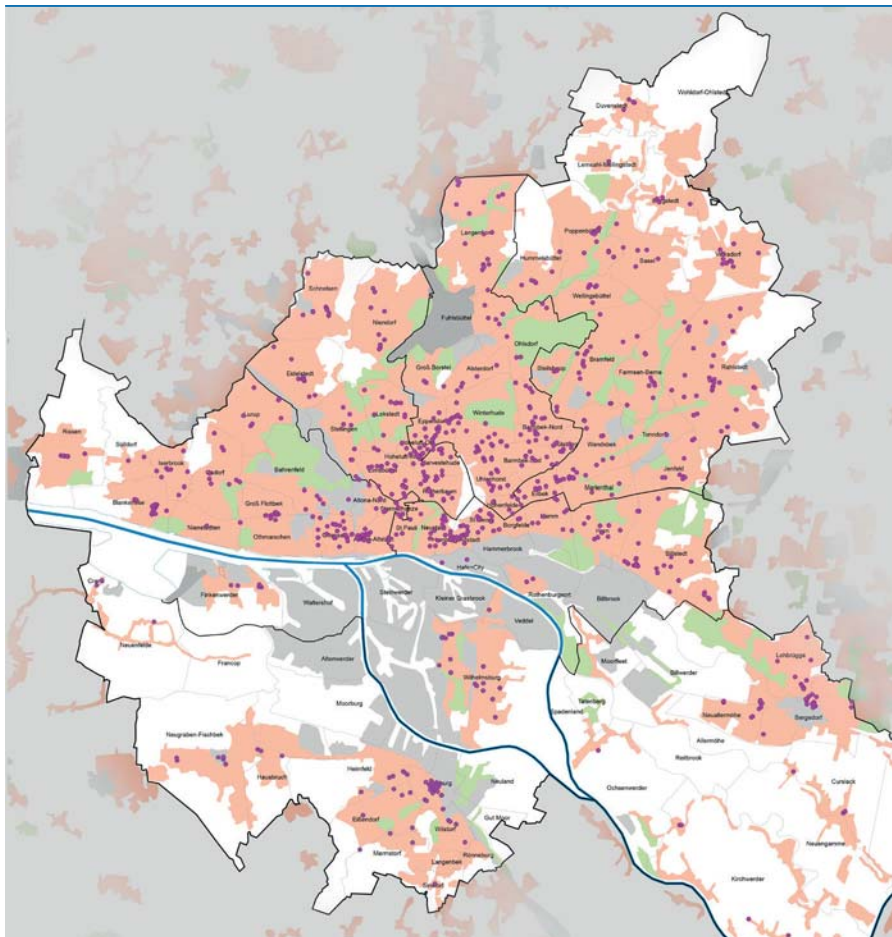


**D**ie Arbeit des Hamburger Zulassungsausschusses hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verändert. Früher gab es manchmal fünf Bewerber auf einen Praxissitz. Die Verhandlungen waren für die Ärzte eine schwierige und emotionale Angelegenheit, denn es ging um ihre zukünftige berufliche Existenz: Wer würde den Zuschlag für die Praxis bekommen? Heute finden solche Verfahren mit mehreren Bewerbern und offenem Ausgang nur noch selten statt. Viele Kassenarztsitze werden ohne Nachbesetzungsverfahren abgegeben – indem der Praxisinhaber

beispielsweise auf seine Zulassung verzichtet, um sich anstellen zu lassen oder indem die Praxis von einem Angestellten übernommen wird. Solche Sonderregelungen sind mittlerweile beinahe zum Normalfall geworden. Die abgebenden Ärzte bekommen damit mehr Sicherheit und Kontrolle über die Auswahl ihrer Nachfolger. Doch für Bewerber, die von außerhalb des Systems kommen, sind die Chancen auf Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch diese Entwicklung geringer geworden. Einige der klassischen Auswahlkriterien wie die Dauer der

Facharztstätigkeit und die Position auf der Warteliste spielen keine Rolle, wenn Praxen nach den Sonderregelungen abgegeben werden.

Die ärztlichen Mitglieder des Zulassungsausschusses werden von der KV-Vertreterversammlung in ihr Amt gewählt. Seit den 1980er Jahren bin ich stellvertretendes Mitglied, seit 2014 der ärztliche Vorsitzende des Gremiums. Der Vorsitz wechselt von Sitzung zu Sitzung: Mal leitet die Kassenseite die Sitzung, das nächste Mal die Ärzteseite. Auch die Zusammensetzung des Ausschusses ist paritätisch: Es gibt drei Krankenkas-



"Genauer hinsehen": Verteilung der haus- und kinderärztlichen Praxen über das Hamburger Stadtgebiet

senvertreter und drei Ärztevertreter. Bei den mündlichen Verhandlungen sind auch Patientenvertreter anwesend, die allerdings kein Stimmrecht haben.

Als ich in den Zulassungsausschuss kam, handelte es sich bei den Ärztevertretern tatsächlich ausschließlich um Ärzte. Heute sitzen auf Ärzteseite im Zulassungsausschuss ein Arzt und zwei Mitarbeiter der KV-Verwaltung, darunter ein Jurist oder eine Juristin. Das ist hilfreich. Die Zulassung wird immer komplizierter, sie ist zu einem lukrativen Betätigungsfeld für Anwälte geworden, die mit allen juristischen Kniffen für den Erfolg ihrer Mandanten arbeiten. Der Zulassungsausschuss muss sich wappnen, damit er von den hoch-

spezialisierten Anwälten nicht über den Tisch gezogen wird.

Ich bin der einzige Arzt im Zulassungsausschuss. Mindestens ein Arzt sollte aber auch weiterhin im Zulassungsausschuss vertreten sein. Das ist wichtig, um die Bewerber auf Augenhöhe als Kollegen ansprechen zu können. Der Zulassungsausschuss ist

### Den Vorschlägen der KV folgt der Zulassungsausschuss in etwa 75 bis 80 Prozent der Fälle.

schließlich ein Teil der Selbstverwaltung, keine anonyme bürokratische Institution. Außerdem ist medizinisches Fachwissen vonnöten, beispielsweise wenn es um Ermächtigungen geht. Da muss man sich vorher Grundkenntnisse über das betreffende medi-

zinische Fachgebiet erarbeiten, um in der Verhandlung die richtigen Fragen stellen zu können.

Viele Kollegen glauben, der Zulassungsausschuss sei ein Teil der KV. Das ist falsch. Es handelt sich um ein unabhängiges Gremium. In § 96 SGB V heißt es: „Die Mitglieder sind nicht an Weisungen gebunden.“ Darauf lege ich Wert. Wäre ich weisungsgebunden, würde ich mein Amt niederlegen. Bei meiner Tätigkeit fühle ich mich natürlich solidarisch mit den Interessen der niedergelassenen Kollegen, nicht aber unbedingt gegenüber den Stellungnahmen der KV. Die KV kann Vorschläge unterbreiten, doch der Zulassungsausschuss trifft eigenständige und durchaus auch abweichende Entscheidungen. Ich schätze, dass die Vorschläge der KV in etwa 75 bis 80 Prozent der Fälle befolgt werden.

Es ist auch schon vorgekommen, dass ich mich bei der Abstimmung auf die Seite der Kassen geschlagen habe. Oder dass ich anders abgestimmt habe, als ich es mir zu Beginn einer Verhandlung vorgenommen hatte.

Man kennt zwar die Aktenlage. Doch wenn der Bewerber sein Anliegen mündlich vorträgt, kann er den Ausschuss durch gute und überzeugende Argumente auf seine Seite ziehen.

Die Zusammenarbeit mit den Kassenvertretern im Zulassungsausschuss ist respektvoll und konstruktiv, zumal auch auf deren Seite viel kompetentes Sachwissen eingebracht wird. Natürlich wollen die Krankenkassen nicht mehr Geld ausgeben als

nötig. Und auch die Ärzteseite hat kein Interesse daran, die Versorgung unnötig auszuweiten. Hamburg ist in fast allen Bereichen überversorgt, und wenn man zusätzliche Teilnehmer in die vertragsärztliche Versorgung holt (beispielsweise durch Sonderbedarf und Ermächtigungen), wird der Anteil des Honorarkuchens für den einzelnen Vertragsarzt kleiner. Das ist für die im System arbeitenden Ärzte ein

wichtiger Aspekt, deswegen gehen wir mit der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen sparsam um. Außerdem versuchen wir darauf zu achten, dass die Interessen der abgebenden Ärzte gewahrt bleiben. Eine Praxis darf nicht verramscht werden. Wenn ein Bewerber zu wenig Geld für eine Praxis bietet, gehen wir davon aus, dass er nicht wirklich interessiert ist.

Meinungsverschiedenheiten zwischen Kassenseite und Ärzteseite gibt es vor allem bei der Frage, ob ein bestimmter Arztsitz aufgekauft werden sollte oder nicht. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurde eine Regelung ins SGB V aufgenommen, wonach Praxissitze eines Fachbereichs mit einem Versorgungsgrad von 140 Prozent nur noch nachbesetzt werden sollen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Die Kassenseite plädiert seither in einigen Fällen dafür, Praxen stillzulegen und den Eigentümern eine Entschädigung zu zahlen – den Arztsitz also von der KV „aufkaufen“ zu lassen.

Ein Beispiel: Nehmen wir an, ein Internist, der seine Praxistätigkeit aus Altersgründen bereits reduziert hat,

will seine Praxis an einen Nachfolger abgeben. Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses arbeitet den Fall nun auf und stellt die relevanten Informationen für den Zulassungsausschuss zusammen: Demnach hat die Praxis nur noch 500 Patienten

## Meinungsverschiedenheiten gibt es vor allem bei der Frage, ob eine Praxis stillgelegt werden sollte.

(normalerweise ist die Patientenzahl einer Internistenpraxis doppelt so hoch). Selbst wenn die Praxis wegfiele, läge der Versorgungsgrad im Umkreis noch immer deutlich über dem Durchschnitt. Die Kassenvertreter im Zulassungsausschuss sagen nun: „Den Arztsitz brauchen wir nicht.“ Die Ärztevertreter hingegen plädieren dafür, dass die Praxis weitergeführt wird – weil die Patienten dann am selben Ort weiterversorgt werden können und weil die KV das für die Versorgung gedachte Geld lieber für die Versorgung ausgeben soll als für den Aufkauf von Arztsitzen.

Stimmen die Ärztevertreter für eine Nachbesetzung und die Kassenvertreter dagegen, muss dem Antrag laut SGB V stattgegeben werden. Das ist eine Besonderheit, denn in allen anderen Fällen gilt ein Antrag bei Stimmengleichheit im Zulassungsausschuss als abgelehnt.

Den Vorteil dieser besonderen Abstimmungsregelung auszunutzen, um unsere Position strikt durchzusetzen, wäre allerdings keine gute Strategie. Das könnte zu einer weiteren Gesetzesänderung führen, die einen Praxisaufkauf bei Stimmengleichheit

ermöglicht. Deshalb kommen wir den Kassen wenn möglich entgegen. Im oben beschriebenen Beispielfall würde man dem Internisten sagen: „Lieber Kollege, Sie haben nur noch so wenig Patienten. Wir stimmen einer Nachbesetzung zu, aber nur für einen halben Versorgungsauftrag.“ Das ist eine Kompromisslösung, die seit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes öfter umgesetzt wird: dass ein Praxissitz, den die Krankenkassen eigentlich stilllegen wollten, auf die Hälfte reduziert wird.

So sehr sich die Interessenslage der Kassen und der Ärzte im Detail unterscheiden: Beide Seiten sind an einer guten Versorgung interessiert. Das steht meiner Ansicht nach ganz klar im Vordergrund. Seit 2014 gibt es das Hamburger Maßnahmenpapier, eine Anlage zum Hamburger Bedarfsplan, in dem die Kriterien für eine Beurteilung der lokalen Versorgungssituation und mögliche Maßnahmen gegen Versorgungsengpässe festgelegt wurden (siehe Kastentext).

Die Frage, ob die Patienten überall im Stadtgebiet guten Zugang zur ambulanten Versorgung haben, bekommt heute sehr viel mehr Aufmerksamkeit als früher. Lokalpolitiker sagen: „In unserem Stadtteil fehlen Kinderärzte!“ Bürgerinitiativen fordern: „Wir brauchen einen Gynäkologen!“ Auch Ärzte melden sich bei uns und sagen: „Ich bin völlig überlaufen, das schaffe ich nicht mehr. Ich brauche einen Angestellten!“

Solche Initiativen haben allerdings nur selten Erfolg. Die von der KV durchgeführte Bedarfsanalyse

zeigt meistens, dass es in der Nähe andere Ärzte gleicher Fachrichtung mit freien Kapazitäten gibt und die Kriterien für eine Ausweitung des Angebots nicht erfüllt sind. Doch wenn es einen echten Versorgungsengpass gibt, wird er behoben – da ziehen Krankenkassenvertreter und Ärztevertreter an einem Strang. Ein echter Versorgungsengpass wird

nur sehr selten festgestellt, doch es kommt vor. In Lohbrügge und in Finkenwerder beispielsweise wurden in den vergangenen Jahren Sonderbedarfszulassungen genehmigt.

Die Verlegung von Praxen in besser versorgte Gegenden ist schwieriger geworden. Früher konnte ein Arzt umstandslos mit seiner Praxis von Billstedt nach Blankenese um-

ziehen. Heute wird genau geprüft: Wie ist der Versorgungsgrad in den beiden Gegenden? Würde der Umzug die Versorgung am derzeitigen Standort spürbar ausdünnen? Ist dies der Fall, wird der Antrag nicht genehmigt. Die durch das Maßnahmenpapier eröffnete Möglichkeit, die Verlegung von Arztsitzen zu untersagen, entschärfte auch ein Pro-

## Das »Maßnahmenpapier«: Was die Selbstverwaltung gegen Versorgungsengpässe tut

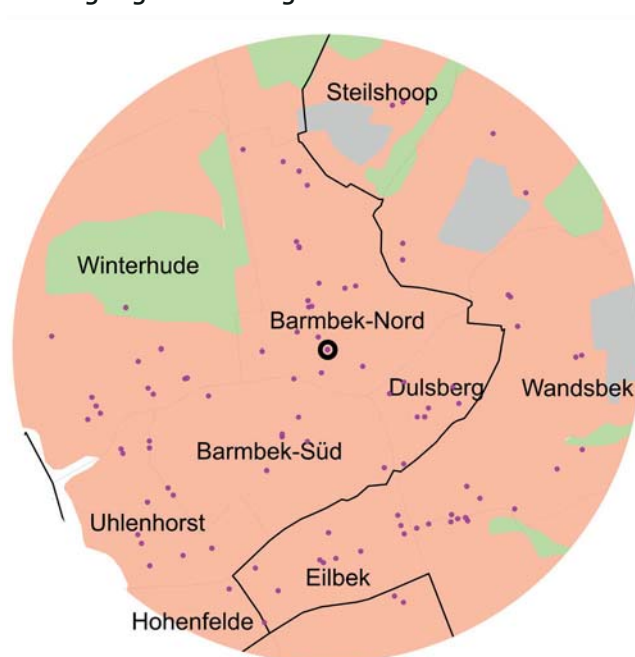
**I**m Jahr 2014 hat die Landeskonzferenz Versorgung ein „Maßnahmenpapier“ erarbeitet, das Kriterien zur Beurteilung der lokalen Versorgungssituation und ein Bündel von Handlungsoptionen festlegt. Das Papier wurde dem Hamburger Bedarfsplan als Anlage beigelegt.

Seither wird stärker darauf geachtet, wie eine Entscheidung des Zulassungsausschusses die lokale Versorgungssituation beeinflusst. Um die Versorgungssituation an einem bestimmten Standort zu analysieren, wird ein Raum mit einem Radius von drei Kilometern bei Hausärzten und von vier Kilometern bei Kinderärzten in den Blick genommen. Das Gebiet nördlich und südlich der Elbe wird dabei jeweils gesondert betrachtet. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gilt ein Radius von 12 Kilometern. Geprüft wird: Wie ist der Versorgungsgrad (Einwohner-Arzt-Verhältnis) in diesem Gebiet für die betreffende Fachgruppe? Wie hoch ist der bisherige Versorgungsbedarf? Welches Tätigkeitsspektrum haben die dortigen Praxen? Außerdem werden die im betreffenden Radius praktizierenden Ärzte gefragt, welche zusätzlichen Aufnahmekapazitäten sie haben und wie lange ihre Wartezeiten sind.

Stellt man anhand dieser Analyse einen (drohenden) Versorgungsengpass fest, können Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Dazu zählen beispielsweise die Ablehnung von Praxisverlegungen, die Unterstützung

von Sonderbedarfszulassungen oder die Unterstützung der Eröffnung von Zweigpraxen.

Das Maßnahmenpapier im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)  
→ (linke Navigationsleiste) Zulassung → Bedarfsplanung → Anlage zum Hamburger Bedarfsplan: Maßnahmen zur flexiblen Gestaltung der ambulanten Versorgung in Hamburg

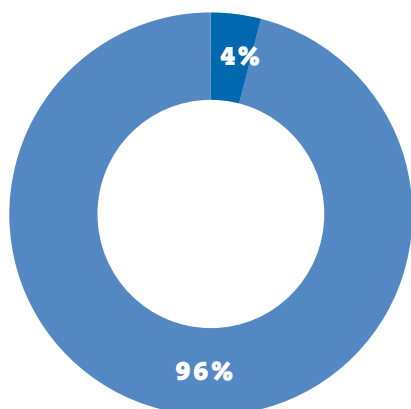


Hausärztliche Versorgungssituation: Analysiert wird der umliegende Raum im Radius von drei Kilometern

## Wie hat der Zulassungsausschuss entschieden?

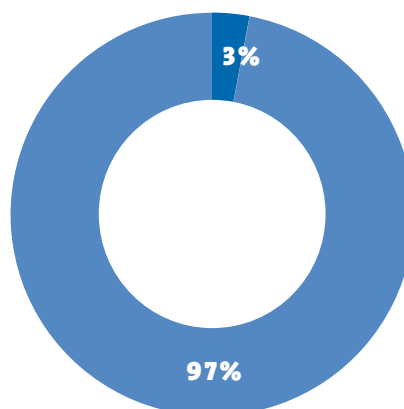
### ANTRAG AUF VERLEGUNG DES PRAXISSITZES

177 Anträge gesamt  
 170 genehmigte Anträge  
 7 abgelehnte Anträge



### VERZICHT ZUGUNSTEN EINER ANSTELLUNG

112 Anträge gesamt  
 109 genehmigte Anträge  
 3 abgelehnte Anträge



blem, das noch vor einigen Jahren unter Ärzten heftig diskutiert wurde: der „Aufkauf“ von Arztsitzen durch Krankenhauskonzerne. Wenn ein Praxisinhaber auf seine Zulassung zugunsten eines Krankenhaus-MVZ verzichtete und sich dort anstellen ließ, wurde der Arztsitz oftmals vom ursprünglichen Standort abgezogen und direkt an das Krankenhaus verlegt. Auch eine solche Verlegung von Arztsitzen ist heute nicht mehr ohne Prüfung der Auswirkung auf die Versorgungssituation möglich. In dieser Hinsicht hat der Zulassungsausschuss durch das Maßnahmenpapier ein wirkungsvolles Kontrollinstrument an die Hand bekommen.

Ich würde sagen: Hamburg ist insgesamt nahezu optimal versorgt. Wer keine Praxis direkt vor der Tür hat, kann den gut ausgebauten öf-

fentlichen Nahverkehr nutzen. Natürlich ist es mühsam für eine Mutter, wenn sie mit drei Kindern (eines davon im Kinderwagen) per Bus von Billstedt nach Altona zum Arzt fahren muss. Doch damit die Maßstäbe nicht durcheinandergeraten, sollte

### Beim Ankauf von Arztsitzen durch Krankenhäuser gibt es nun bessere Kontrollinstrumente.

man sich vor Augen führen, welche Wege die Menschen auf dem Land zurücklegen müssen.

Der Zulassungsausschuss muss nicht nur die Versorgung der Stadtteile im Blick behalten, sondern ist beispielsweise auch für ein ausreichendes Angebot von (hoch-)spezialisierten Leistungen im Stadtgebiet

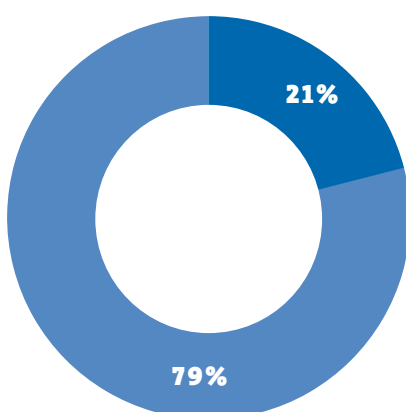
zuständig. Wenn ein Antragsteller den Zulassungsausschuss davon überzeugen kann, dass es bei bestimmten Leistungen eine Versorgungslücke gibt und er selbst sie schließen kann, gewähren wir eine Ermächtigung. Ermächtigte Ärzte wünschen sich natürlich einen möglichst großen Zuweiserkreis. Doch man kann den „Flaschenhals“ auch enger machen und den Zuweiser-

kreis auf die niedergelassenen Ärzte des betreffenden Fachbereiches beschränken. Dann überweisen zunächst die Hausärzte an die niedergelassenen Fachärzte – und diese überweisen nur an die ermächtigten Ärzte, wenn sie selbst nicht mehr weiterkommen. So wird eine sinnvolle Patientensteuerung durch die

Erhebungszeitraum 1.7.2015 - 30.6.2016

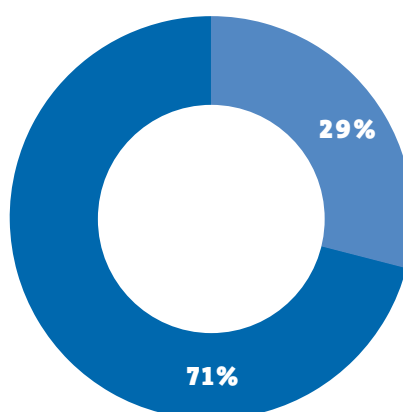
### ANTRÄGE AUF GENEHMIGUNG EINER ZWEIGPRAXIS

72 Anträge gesamt  
 57 genehmigte Anträge  
 15 abgelehnte Anträge



### ANTRÄGE AUF SONDERBEDARF (Anstellungsgenehmigungen und Zulassungen)

7 Anträge gesamt  
 2 genehmigte Anträge  
 5 abgelehnte Anträge



Spezialisierungsebenen gewährleistet. Die Ermächtigungen gelten in der Regel jeweils für drei Jahre. Dann wird erneut geprüft. Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass sich die Versorgungssituation ändert und eine Ermächtigung ein paar Jahre später gar nicht mehr nötig ist.

Die Antragsteller sind dem Zulassungsausschuss natürlich nicht hilflos ausgeliefert. Wer unsere Entscheidungen anfechten will, kann sich an den Berufungsausschuss und dann in nächster Instanz an das Sozialgericht wenden. Ich würde schätzen, dass unsere Entscheidungen in mehr als 90 Prozent der Fälle bestätigt werden. Der Rest wird auf höherer Ebene anders entschieden.

Ich mache immer wieder die Erfahrung, dass sich Ärzte, die mit dem Zulassungsausschuss zu tun haben, nicht intensiv genug mit dem Verfahren auseinandersetzen. Das gilt

auch für die Praxisabgabe. Mein Rat ist: Kümmern Sie sich um das Thema bereits einige Jahre, bevor Sie aufhören. Machen Sie sich mit der Rechtslage vertraut. Wenn Sie den Praxissitz an einen angestellten Arzt übergeben oder selbst auf die Zulassung verzichten und sich in der Praxis anstellen lassen wollen, findet keine Versorgungsbedarfsprüfung statt. Die Weichen für die Inanspruchnahme dieser Sonderregelungen müssen aber rechtzeitig gestellt werden. Im normalen Verfahren dauert die Praxisübergabe immer noch mindestens ein Dreivierteljahr. Darauf muss man sich einstellen.

Über die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhält man umfangreiches Informationsmaterial. Es lohnt sich, das aufmerksam durchzuarbeiten. Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle sind freundlich und kompetent. Sie bieten eine telefoni-

sche oder persönliche Beratung an – nicht nur zur Praxisabgabe, sondern beispielsweise auch zum Thema Anstellung, zu den Praxis-Betriebsformen und allen anderen Themen, mit denen sich der Zulassungsausschuss beschäftigt. Dieses Angebot sollte man für sich nutzen. Weitere Informationen: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → (linke Navigationsleiste) Zulassung ■



**HENNING BRUNCK-HORST** ist seit 2014 ärztlicher Vorsitzender des Zulassungsausschusses Ärzte.

Er war Teilhaber der HNO-Gemeinschaftspraxis an der Oper und ist dort noch in geringem Umfang auf Jobsharing-Basis tätig.

**Ansprechpartner:**  
 Geschäftsstelle des  
 Zulassungsausschusses,  
 Tel: 22 80 2 – 672 / -387 / -472

# »Wir müssen weiter diskutieren«

Der psychotherapeutische Vorsitzende  
des Zulassungsausschusses, **Claus Gieseke**,  
über die Auswirkungen des „Maßnahmenpapiers“  
und die unrealistischen Grundannahmen  
der Bedarfsplanung

**F**ür die psychotherapeutische Versorgung ist das „Maßnahmenpapier“ eher nicht sachgerecht. Zur Prüfung der lokalen Versorgungssituation wird bei Psychotherapeuten ein Umkreis von 12 Kilometern betrachtet, bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Umkreis von vier Kilometern.

Das führt bisweilen zu absurden Ergebnissen. Will beispielsweise ein (Erwachsenen-)Psychotherapeut seine Praxis von Volksdorf nach Sasel verlegen, kann das möglicherweise nicht genehmigt werden. Denn während der betreffende 12-Kilometer-Umkreis in Volksdorf rechnerisch unterversorgt ist, wird im 12-Kilometer-Umkreis des geplanten Standorts in Sasel eine Überversorgung festgestellt.

Eine Praxisverlegung von Harburg nach Altona hingegen ist problemlos möglich, obwohl Harburg insgesamt unterdurchschnittlich versorgt ist und Altona insgesamt Überversorgt. Es wird aber nicht der Stadtteil betrachtet, sondern ein Kreis mit einem Radius von 12 Kilometern, der keine funktionellen Räume abbildet und je nach Lage mehr als zwei Drittel der Hamburger Bevölkerung umfassen kann.

Wie könnte eine sachgerechte Bedarfsplanung aussehen? Viele Patienten suchen ihren Psychotherapeuten nicht in der Nähe ihres Wohnortes auf, sondern beispielsweise in der Nähe ihrer Arbeitsstätte. Das spräche für eine Bedarfsplanung, die sich an urbanen Subzentren, Ortsteilen und Verkehrswegen orientiert.

Andererseits gibt es eine kleine Minderheit von Patienten, die in prekären sozialen Verhältnissen leben und sich keine Fahrkarte leisten können. Oder die störungsbedingt öffentliche Verkehrsmittel nicht oder nur innerhalb der nächsten Umgebung nutzen können. Um diesen Patienten gerecht zu werden, wäre eine wohnortnahe Versorgung sinnvoll. Man müsste den Fokus allerdings sehr viel enger ziehen, als dies gegenwärtig der Fall ist. Die Betrachtung eines 12-Kilometer-Umkreises ist für diese Patienten nicht hilfreich. Zu bedenken ist auch, dass Psychotherapiepatienten die Praxis sehr viel häufiger im Quartal aufsuchen als beispielsweise Facharztpatienten.

Vielleicht würde das Konzept der KBV zur kleinräumigen Bedarfsplanung bessere Ergebnisse bringen. Wir sollten über das Problem jedenfalls weiter diskutieren.

Einen „Aufkauf“ von psychotherapeutischen Praxen durch die KV hat es in Hamburg noch nicht gegeben. Es kommt vor, dass Krankenkassenvertreter im Zulassungsausschuss auf die 140-Prozent-Regelung verweisen und ein restriktiveres Vorgehen bei Nachbesetzungsanträgen fordern. Dabei geht es aber meist um Praxen, die erheblich geringere Fallzahlen aufweisen als der Fachgruppendurchschnitt. Teilausschreibungen hat der Zulassungsausschuss bereits abgelehnt. In diesen Fällen gab es keine Entschädigungszahlungen durch die KV, weil „kein Praxissubstrat“ vorlag.

Angesichts der langen Wartezeiten für Patienten ist aber kaum zu bestreiten, dass es in Hamburg unterm Strich einen Mangel an Psychotherapieplätzen gibt. Die Überschreitung der 140-Prozent-Versorgungsgrad-Grenze in der psychotherapeutischen Versorgung zeigt, wie weit die Bedarfsplanungskriterien von der Realität entfernt sind. ■



**CLAUS GIESEKE**, psychologischer Psychotherapeut in Barmbek-Dulsberg und psychotherapeutischer Vorsitzender des Zulassungsausschusses für Psychotherapeuten

# Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke  
Drogenabhängige zu  
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung  
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,  
liebe Kollegen.*

[initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de](mailto:initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de)

[www.bitte-substituieren-sie.de](http://www.bitte-substituieren-sie.de)



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



# 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**

## DMP-TEILNAHMEERKLÄRUNG

**In welchen Fällen soll man das Formular für die Teilnahmeerklärung bei indikationsübergreifenden DMPs verwenden?**

Praxen können mit diesem Formular multimorbide Patienten mit nur einer Teilnahmeerklärung gleichzeitig in mehrere DMP einschreiben. Eine Teilnahmeerklärung für jedes einzelne DMP ist somit nicht erforderlich.

## BEZUG VON FORMULAREN

**Wir haben gehört, dass es im neuen Ärztehaus wieder einen Formularraum gibt. Stimmt das?**

Nein, der Bezug von Formularen läuft weiterhin über den Paul Albrechts Verlag. So können Sie Formulare bequem und kostenfrei über das aktuelle Bestellformular beziehen. Die bestellten Formulare werden Ihnen direkt vom Verlag in die Praxis geschickt.

## ÜBERWEISUNGSSCHEIN

**Ist der Überweisungsschein ausschließlich für das laufende Quartal gültig?**

Ein Überweisungsschein kann auch im Folgequartal verwendet werden, sofern der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann.

## EU-VERSICHERTENKARTE

**Wir möchten einen Patienten mit einer gültigen EU-Versichertenkarte behandeln. Was hat sich seit dem 1. Juli 2017 geändert?**

Zum 1. Juli entfiel das Muster 80 zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs ersatzlos. Ebenso entfällt die Verpflichtung des Arztes, den Personalausweis oder Reisepass des Versicherten zu kopieren. Das Muster 81 wird durch das neue Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ersetzt. Dieses Formular ist direkt in Ihrem Praxisverwaltungssystem in 13 Sprachen hinterlegt und kann bei Bedarf in der jeweiligen Sprache ausgedruckt werden.

Falls Sie Schwierigkeiten haben, die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ auszudrucken, wenden Sie sich bitte direkt an Ihr Softwarehaus. Bei einigen Programmen muss die Funktion erst freigeschaltet werden. Weitere Informationen zu den Neuerungen (u.a. eine KBV-Praxisinformation) finden Sie unter: kvhh.net → Abrechnung → Auslandsversicherte

## STUHLTEST

**Welche Altersgruppen haben Anspruch auf Früherkennungssuntersuchungen des kolorektalen Karzinoms mittels des Stuhltests „iFOBT“?**

Ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vervollendung des 55. Lebensjahres haben Versicherte Anspruch auf die jährliche Durchführung des Tests auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT). Versi-



cherte ab dem Alter von 55 Jahren haben die Wahl: Sie können den iFOBT-Stuhltest fortan alle zwei Jahre durchführen lassen. Oder sie können sich für die Durchführung einer Koloskopie entscheiden. Zehn Jahre nach der ersten Koloskopie haben die Patienten Anspruch auf eine weitere Koloskopie. Wird die zweite Koloskopie innerhalb der Zehn-Jahresfrist nicht in Anspruch genommen, haben die Patienten wieder Anspruch auf die zweijährige Durchführung des iFOBT-Stuhltests. Wird die erste Koloskopie erst ab dem Alter von 65 Jahren durchgeführt, besteht kein weiterer Anspruch auf eine zweite Koloskopie oder auf die Durchführung des iFOBT-Stuhltests.

#### SUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN

### Können Substitutionsbehandlungen auch bei Flüchtlingen erbracht und über die KV Hamburg abgerechnet werden?

Ja. Flüchtlinge mit einer gültigen Krankenversicherungskarte können Substitutionsbehandlungen zu Lasten ihrer Kasse in Anspruch nehmen, wenn dies eindeutig nach § 5 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung indiziert ist. Die Abrechnung erfolgt wie gewohnt über die KV Hamburg.

Für Flüchtlinge, die ihren Anspruch anhand einer Kostenübernahmeerklärung der Behörde oder einer 24h-Bescheinigung der Zentralen Erstaufnahme nachweisen, gilt dies nicht.

#### Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung

### »Sprachmittler-Pool« für Flüchtlinge und Migranten

In Hamburg niedergelassene Psychotherapeuten und Psychiater können sich bei der Behandlung von nicht deutschsprachigen Patienten durch einen Sprachmittler unterstützen lassen.

Die Hamburgische Bürgerschaft hatte im Herbst 2016 beschlossen, Mittel in Höhe von 200.000 Euro für einen Dolmetscher-Pool zur Verfügung zu stellen. Der gemeinnützige Verein „SEGEMI Seelische Gesundheit - Migration und Flucht e.V.“ hat hierzu in Kooperation mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband und der Psychotherapeutenkammer Hamburg ein Konzept entwickelt. Nun geht das Projekt an den Start. Es hat zunächst eine Laufzeit von einem Jahr und wird in dieser Zeit begleitend wissenschaftlich evaluiert.

**Informationen zum Antragsverfahren:**  
[www.segemi.org](http://www.segemi.org) → (obere Navigationsleiste) Sprachmittlerpool

Infocenter Tel: 22802-900



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



## KKH tritt Vertrag »Diabetes-Begleiterkrankung« bei

Die KKH ist mit Wirkung zum 1.10.2017 dem DAK-Vertrag „Diabetes-Begleiterkrankung“ beigetreten. Für die Teilnahme am Vertrag ist für Versicherte und Ärzte die Abgabe einer Teilnahmeerklärung erforderlich. Beide Formulare - Teilnah-

meerklärungen für KKH-Versicherte und Ärzte - sind auf der Homepage der KV Hamburg eingestellt. [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Formulare & Infomaterial** → **KVH-Formulare** → **Downloadbereich** → unter D: „Diabetes Mellitus“ ■

## Höhere Vergütungen im U10/U11- und im J2-Vertrag der Knappschaft

Im Vertrag zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordination zur Durchführung der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11 sowie im Vertrag

zur Durchführung der J2-Untersuchung konnte rückwirkend zum 1.7.2017 eine Erhöhung der Vergütungspauschalen von 50 EUR auf jeweils 53 EUR vereinbart werden. ■

GOP	Leistung	Vergütung ab 1.7.2017
81102	Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10	53 EUR
81120	Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11	53 EUR
81121	Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2	53 EUR

## Neue Teilnahmeformulare im HZV-Vertrag der Knappschaft

Ab dem 1.10.2017 gelten im HZV-Vertrag zwischen Knappschaft und AG Vertragskoordination neue Teilnahmeformulare für Versicherte. Die Formulare mussten aufgrund gesetzlicher Vorgaben um den Hinweis auf das bestehende Widerrufsrecht der Versicherten ergänzt werden.

Es ist keine erneute Einschreibung der bereits teilnehmenden Versicherten erforderlich. Die neue Teilnahmeerklärung ist nur für Neueinschreibungen ab dem 1.10.2017 zu verwenden.

Die neuen Formulare werden auf dem üblichen Weg per Bestellschein beim Paul Albrechts Verlag angefordert. ■

## Verlängerung der Teilnahmedauer auf zehn Jahre für DMP-Brustkrebs-Patientinnen

Die umfassende Aktualisierung der Vorgaben zum DMP Brustkrebs durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist zum 1.10.2017 in Kraft getreten. Eine wesentliche Änderung stellt die Verlängerung der Teilnahmedauer für DMP-Patientinnen dar. Diese wurde von fünf Jahren Rezidivfreiheit nach abgeschlossener Primärtherapie (sechs Monate nach histologischer Sicherung des Brustkrebses) auf zehn Jahre nach histologischer Sicherung des Primärtumors beziehungsweise Rezidivs ausgeweitet. Die verlängerte DMP-Teilnahmedauer gilt für die Patientinnen bereits ab dem 1.10.2017. Fallbeispiele finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg. [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Qualität** → **Qualitätssicherung** → **Genehmigungen** / unter D: „DMP Brustkrebs“

Die übrigen Aktualisierungen des DMP Brustkrebs werden die KV Hamburg und die Hamburger Krankenkassen binnen der zur Verfügung stehenden gesetzlichen Jahresfrist bis zum 30.09.2018 verhandeln. ■

**Ansprechpartner: Infocenter,**  
**Tel: 22802 – 900**

# Verordnung von Soziotherapie: Änderung der Muster 26 und 28

**M**it Wirkung zum 1. Oktober 2017 sind die Vordruckmuster zur Verordnung von Soziotherapie angepasst worden. Hauptgrund dafür ist, dass der Indikationsbereich für die Soziotherapie durch eine Änderung der Richtlinie im Jahr 2015 erweitert wurde. Außerdem wurden die Muster übersichtlicher gestaltet und redaktionell angepasst.

## **MUSTER 26: VERORDNUNG VON SOZIO-THERAPIE**

Auf dem Muster 26 wird künftig dargestellt, dass Soziotherapie außerhalb des Bereichs des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen auch für alle anderen Erkrankungen aus dem Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen" des ICD-10 (F00 bis F99) verordnet werden kann. Zukünftig ist bei diesen Diagnosen explizit die Angabe von "Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten" und der "sonstigen (Fähigkeits-) Einschränkungen" erforderlich. Diese Angaben sind Voraussetzung für die Verordnung von Soziotherapie außerhalb der Regelfallversorgung. Angaben in diesem zusätzlichen Feld sollen Nachfragen der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung beim verordnenden Arzt/Psychotherapeuten reduzieren.

Außerdem wurde die Angabe "Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen zehn Jahren" aus dem Vordruck herausgenommen, so dass der verordnende Arzt/Psychotherapeut hierfür nicht mehr recherchieren muss. Seit wann die Erkrankung besteht, muss nur noch eingetragen werden, wenn dies dem Arzt/Psychotherapeuten bekannt ist. Darüber hinaus wurde auf dem Vordruck ein Hinweis auf die nach dem EBM abrechenbaren Ziffern aufgenommen.

peuten bekannt ist. Darüber hinaus wurde auf dem Vordruck ein Hinweis auf die nach dem EBM abrechenbaren Ziffern aufgenommen.

## **MUSTER 28: VERORDNUNG BEI ÜBERWEISUNG ZUR INDIKATIONSSTELLUNG FÜR SOZIO-THERAPIE**

Auf dem Muster zur Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie wurde die Erklärung des verordnenden Arztes ergänzt, dass auch zur Überweisung an einen Psychotherapeuten ein Soziotherapeut hinzugezogen werden kann. Diese Ergänzung ist notwendig, da zukünftig auch Vertragspsychotherapeuten Soziotherapie verordnen dürfen.

Auch auf diesem Formular wurde der Hinweis auf die abrechenbare EBM-Ziffer aufgenommen. Künftig muss die Angabe erfolgen, seit wann die Erkrankung besteht, sofern es dem verordnenden Arzt/Psychotherapeut bekannt ist.

Da seit der Änderung der Soziotherapie-Richtlinie bis zu fünf Therapieeinheiten für die soziotherapeutische Unterstützung der Überweisung zur Verfügung stehen, wurden für die "Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers" die entsprechenden Felder hinzugefügt.

## **EINFÜHRUNG MIT STICHTAGSREGELUNG**

Ab dem 1. Oktober 2017 dürfen nur noch die neuen Muster 26 und 28 verwendet werden. Die alten Muster dürfen nicht aufgebraucht werden.

Die neuen Formulare sind ab diesem Stichtag auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt. Das Muster 27 für den soziotherapeutischen Behandlungsplan bleibt unverändert.

Bitte beachten Sie, dass die Verordnung von Soziotherapie genehmigungspflichtig ist. ■

**Ansprechpartner: Infocenter,**  
**Tel: 22802 – 900**



# Laborüberweisungen: Seit Juli 2017 auch digital

Welche Regeln für digitale Vordrucke gelten und was Praxen dafür benötigen

Laborüberweisungen (Muster 10) und Anforderungsscheine (Muster 10 A) für Laboruntersuchungen lassen sich seit dem 1. Juli 2017 auch digital erstellen und austauschen. Darauf haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband in der neuen Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke (Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag - Ärzte) geeinigt.

Die digitalen Muster sind nicht verpflichtend. Arztpraxen können selbst entscheiden, ob die Vordrucke für Laboraufträge und Laboranforderungen konventionell bedruckt, per Blankoformularbedruckung oder digital erstellt, übermittelt und empfangen werden.

Auch Labore sind nicht dazu verpflichtet, Laborüberweisungen digital zu empfangen. Daher sollten sich Arztpraxen vor dem digitalen Versand der Aufträge mit dem gewählten Labor in Verbindung setzen.

## Praxisinformation zur digitalen Laborüberweisung

Was Praxen dafür benötigen und was es zu beachten gibt, stellt die KBV in einer neuen Praxisinformation vor. Diese Übersicht und viele weitere nützliche Informationen zum Thema digitale Formulare finden Sie auf der KBV-Homepage: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) → Mediathek → Publikationen - Praxisinformationen → Praxisinfos aktuell: „Laborüberweisungen digital versenden und empfangen“ ■

# Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2017

Abgabefrist:  
2. bis 16. Oktober 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:** **Humboldtstraße 56, 22083 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.

Hinweis: Das Online-Portal für die Abgabe der Abrechnung wird jeweils etwa eine Woche vor dem Beginn der offiziellen Abgabefrist geöffnet. ■

**Ansprechpartner:**  
**Infocenter,**  
**Tel: 22802 - 900**

## Honorar: Kostenlose Zusatzinfos mit KV-SafeNet

**M**it einem KV-SafeNet-Anschluss können Sie Ihren Honorarbescheid, die ILB-Informationen und die Leistungsobergrenze (LOG) jederzeit im sicheren Netz der KV Hamburg abrufen. Darüber hinaus bekommen Sie direkten Zugang zu Informationen, die eigentlich kostenpflichtig sind: Die Daten des Honorarbescheides werden differenziert nach der jeweiligen Betriebsstätte und nach dem jeweiligen Leistungserbringer dargestellt. Diese für MVZ und Gemeinschaftspraxen interessante Aufschlüsselung kostet ohne KV-SafeNet-Anschluss eine Gebühr von 160 Euro.

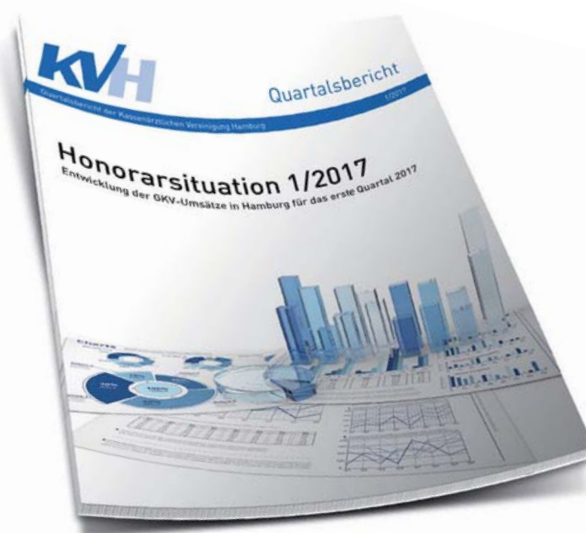
Mit dem Quartal 3/2017 gibt es für KV-SafeNet-Anwender ein weiteres Angebot: Wir stellen eine Erläuterung zur ILB-Information zur Verfügung. In der Erläuterung wird die ILB-Berechnung vereinfacht anhand Ihrer individuellen Abrechnungsdaten aus dem Vorjahresquartal und den aktuellen Arztgruppenwerten dargestellt. Ziel soll es sein, das komplexe Thema der ILB-Berechnung für Sie verständlicher und transparenter zu machen.

Sollten Sie darüber hinausgehende Fragen haben, hilft Ihnen der/die Sachbearbeiter/in der Honorarabteilung gern weiter. Die direkte Durchwahl finden Sie ebenfalls in der Erläuterung. ■

### Anschluss an digitales Gesundheitsnetzwerk

Falls Sie noch kein KV-SaveNet haben und über eine Anschaffung nachdenken: Die Installation einer sicheren Online-Anbindung kommt demnächst auf die Tagesordnung. Spätestens ab Juli 2018 müssen die Hamburger Praxen an ein digitales Gesundheitsnetzwerk angeschlossen sein – entweder an die Telematikinfrastruktur oder per SafeNet ans sichere Netz der KVen (siehe KVH-Journal 9/2017, Seite 28).

## Neuer Honorarbericht demnächst im Online-Portal



**S**eit einem Jahr veröffentlicht die KV Hamburg Quartersberichte zur Honorarverteilung. Der neueste Bericht über das 1. Quartal 2017 erscheint am 6. Oktober 2017 im Online-Portal. In den Berichten werden sowohl die Rahmenbedingungen beschrieben, die für alle Mitglieder der KV gelten, als auch die spezifischen Bedingungen für einen Versorgungsbereich oder eine Arztgruppe. Außerdem gibt es arztgruppenspezifische Leistungsstatistiken, denen neben der Anzahl der abgerechneten Leistungen auch die Anzahl der abrechnenden Ärzte einer GOP zu entnehmen ist. Den Bericht sowie die Leistungsstatistiken finden Sie im Online-Portal der KV Hamburg (Anmeldung notwendig; Navigationspunkte "Honorarberichte" und "Leistungsstatistiken"). Ein SafeNet-Zugang ist nicht erforderlich. ■

**Ansprechpartner:**  
**Abteilung IT**  
**Tel: 22802 - 539 / - 588**



# Vergütung palliativmedizinischer Leistungen

**I**m Juli 2017 ist die Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung in Kraft getreten (siehe KVH-Journal 7/8 2017). Zum damaligen Zeitpunkt

war die Vergütung der palliativmedizinischen Leistungen noch nicht im EBM geregelt. Ab dem 1. Oktober 2017 erfolgt die Vergütung mit nachstehend aufgeführten Gebührenordnungspositionen.

## EBM-Leistungen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung ab 1. Oktober 2017:

GOP	KURZLEGENDE
37300	<b>Palliativmedizinische Ersterhebung</b> Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten; Ersterhebung des Patientenstatus im Rahmen eines standardisierten palliativmedizinischen Assessments in mindestens fünf Bereichen; Erstellung und/oder Aktualisierung eines Behandlungsplans und/oder Schmerztherapieplans und/oder Notfallplans in Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten, Hinweis: 1x im Krankheitsfall (= 4 Quartale)
37302	<b>Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt</b> Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, Hinweis: 1x im Behandlungsfall (= 1 Quartal)
37317	<b>Zuschlag Erreichbarkeit/Besuchsbereitschaft</b> Zuschlag zur GOP 37302 für die Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft des koordinierenden Arztes in Abstimmung zwischen dem Arzt und dem Patienten und/oder den Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter in kritischen Phasen, die nicht über die Maßnahmen des qualifizierten Schmerztherapie-, Therapie-, und/oder Notfallplans zu beheben sind, Hinweise: 1x im Krankheitsfall/außerhalb der Sprechstundenzeiten, am Wochenende (Sa/So), an gesetzlichen Feiertagen und am 24./31. Dezember
37318	<b>Telefonische Beratung</b> von mind. 5 Min. Dauer Telefonischer Kontakt des Arztes mit dem Pflegepersonal oder dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Angehörigen des Patienten oder dem Krankenhaus, Hinweise: je Telefonat werktags zwischen 19 Uhr und 7 Uhr sowie ganztägig am Wochenende (Sa/So), an gesetzlichen Feiertagen und am 24./31. Dezember

## GOP, die nur konsiliarisch tätige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin abrechnen dürfen:

GOP	KURZLEGENDE
37314	<b>Pauschale</b> für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen Konsiliararzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin Hinweise: 1x im Behandlungsfall/im selben Arztfall nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale



### GOP, die alle an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligten Vertragsärzte abrechnen dürfen:

GOP	KURZLEGENDE
37305	<p><b>Zuschlag zum Hausbesuch*</b> bei einem Patienten (GOP 01410) oder bei einem Mitbesuch (GOP 01413)</p> <p>Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle) von mind. 15 Minuten Dauer, Hinweise: je vollendete 15 Min./höchstens 90 Min. am Behandlungstag (Höchstwert 744 Punkte)</p> <p>* Häuslichkeit umfasst hier auch Pflege- und Hospizeinrichtungen sowie beschützende Wohnheime bzw. Einrichtungen.</p>
37306	<p><b>Zuschlag zu einem dringenden Hausbesuch*</b> bei einem Patienten (GOP 01411, 01412, 01415)</p> <p>Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle)</p> <p>Hinweis: je Besuch/ nicht im Rahmen des Not(fall)dienstes, der Notfallversorgung oder dringender Visiten auf der Belegstation</p> <p>* Häuslichkeit umfasst hier auch Pflege- und Hospizeinrichtungen sowie beschützende Wohnheime bzw. Einrichtungen.</p>
37320	<p><b>Fallkonferenz (gemäß Anlage 30 BMV-Ä)</b></p> <p>Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind, Hinweise: höchstens 5x im Krankheitsfall/auch bei telefonischer Konferenz</p>

**Abrechnungsausschlüsse:** Die GOP des Abschnitts 37.3 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die gleichzeitig Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erhalten (Ausnahme: SAPV-Beratungsleistung).

**Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.**

**Ansprechpartnerinnen:**  
**Abteilung Qualitätssicherung**  
**Janine Ohse, Tel: 22802-573**  
**Inga Beitz, Tel: 22802-451**  
**Sarah Dreyer, Tel: 22802-781**

# Änderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

**D**ie Partner des Bundesmantelvertrages haben sich auf Änderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V verständigt. Die Änderungen betreffen die technischen Anforderungen im Bereich der diagnostischen Radiologie und sollen unter anderem das Genehmigungsverfahren vereinfachen. Die bisherige Anlage I der Vereinbarung wird vollständig gestrichen.

## Bestehende Genehmigung

Für Ärzte, die bereits eine Abrechnungsgenehmigung haben, ändert sich nichts.

## Antrag auf Genehmigung

Bei der Antragstellung entfällt künftig die Notwendigkeit, eine Gewährleistungserklärung des Herstellers beziehungsweise Vertreibers der Anlage einzureichen. Stattdessen ist die behördliche Genehmigung nach § 3 Abs. 1 der Röntgenverordnung (RöV) beziehungsweise

se die Anzeigebestätigung nach § 4 Abs. 1 RöV der KVH vorzulegen. Zusätzlich kann die KV weitere Unterlagen anfordern. Dazu zählt zum Beispiel der Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach Röntgenverordnung (RöV). Diese Anpassungen sollen voraussichtlich zum 1. Oktober 2017 in Kraft treten. ■

**Ansprechpartnerinnen:**  
Abteilung Qualitätssicherung /  
Kristin Frommelt, Tel: 22802-449  
und Sindy Richter, Tel: 22802-551

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Praxis	Fachrichtung	Adresse	
Orthopädie-Zentrum Altona – OZA Sönke Drischmann, Prof. Dr. Jasper Neidel, Dr. Stefan Gödde, Dr. Stefan Herlein	Orthopädie/ Rheumatologie	Paul-Neumann-Platz 5 22765 Hamburg	2. QEP®- Rezertifizierung 3.6.2017
Dr. Timur Schlüter	Kinder- und Jugend- psychiatrie und -psychotherapie	Spitaler Straße 32 20095 Hamburg	QEP®- Zertifizierung 3.5.2017
MVZ Asklepios Gesundheitszentrum Mitte Dr. Ulrich Peschel et al.	Physikalische und Rehabilitative Medizin	Lohmühlenstraße 5 Haus O 20099 Hamburg	1. QEP®- Rezertifizierung 24.6.2017
Dr. med. Karl-Christian Münter et al.	Innere/ Allgemeinmedizin	Bramfelder Chaussee 200, 22177 Hamburg	2. QEP®- Zertifizierung 9.6.2017
Dr. med. Volker Ahrens Dr. med. Dag-Alexander Keilhau Dr. med. Heike Gatermann, Werner Petersen Maren Sommer	Innere/ Allgemeinmedizin	Lerchenfeld 14 22081 Hamburg	2. QEP®- Rezertifizierung 12.7.2017

Stand September 2017



## EINLADUNG ZUR VERANSTALTUNG DES MRE-NETZWERKS HAMBURG

# Gemeinsam gegen resistente Erreger!

**U**nter der Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden bundesweit regionale Netzwerke zum Umgang mit multiresistenten Erregern (MRE) gegründet. Hier in Hamburg treffen sich seit 2011 im „MRE-Netzwerk Hamburg“ Akteure der verschiedenen medizinischen und sozialen Einrichtungen unter Leitung des Gesundheitsamtes Hamburg Nord. In regelmäßigen Treffen werden Erfahrungen und Informationen zusammengetragen und Handlungskonzepte (wie zum Beispiel Hygienepläne und Kommunikationsstrukturen zur Verbesserung der Patientensicherheit) weiterentwickelt und abgestimmt.

Nach der Auftaktveranstaltung im Jahr 2013 wollen wir in einer weiteren Veranstaltung am 15. November 2017 aktuelle Entwicklungen diskutieren und den Aufbau unseres MRE-

Netzwerkes vorstellen. Eingeladen sind alle, die aus pflegerischen oder medizinischen Gründen Umgang mit von MRE betroffenen Menschen haben. Die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks wird das Grußwort sprechen. Das Hauptreferat hält der Arzt und Fernsehmoderator Dr. Johannes Wimmer. Außerdem ist eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der Netzwerkgruppen und Fragen aus dem Publikum geplant.

Erreger mit Mehrfachresistenzen gegen Antibiotika und der teilweise ungezielte Einsatz von Antibiotika sind Probleme, die fachübergreifende Relevanz und negative Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft haben. Jeder Arzt und jede Ärztin kann – ohne es zu bemerken und ohne es zu wissen – mit MRE in Berührung kommen. Der Entstehung und Weiterverbreitung von MRE entgegenzuwirken, stellt eine der größten Herausforderungen unseres Gesundheitssystems dar.

Fortbildungspunkte für beruflich Pflegende und Ärzte sind beantragt. ■

Termin: **Mi, 15.11.2017 (14 bis 18 Uhr)**

Ort: **Ärztehaus, Humboldtstr. 56  
22083 Hamburg**

**Ansprechpartnerinnen:**

**MRE-Netzwerk**

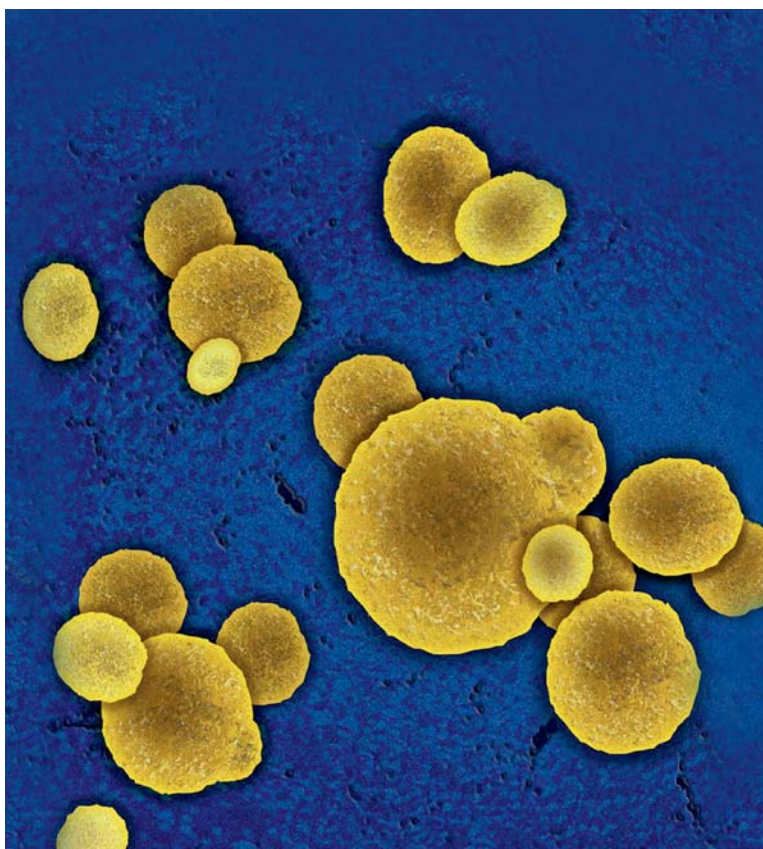
**Dr. Kirsten Bollongino, Monika Maaß**

**c/o Gesundheitsamt Hamburg Nord**

**E-Mail: [mre-mrsa@hamburg-nord.hamburg.de](mailto:mre-mrsa@hamburg-nord.hamburg.de)**



**MRE-NETZWERK  
HAMBURG**





# Einsparpotentiale bei der Verordnung von Biologika

In den vergangenen Jahren sind etliche Biosimilars (Nachahmer biotechnologisch hergestellter Arzneimittel) zugelassen worden, deren Referenzprodukte einen hohen Stellenwert im Behandlungsgeschehen haben. Durch den Einsatz dieser Biosimilars können bei gleichbleibender Versorgungsqualität erhebliche Kosten eingespart werden. Trotzdem bleiben nach Angaben des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (Wido) drei Viertel dieses Einsparpotentials ungenutzt.

In Deutschland sind zahlreiche Biosimilars verfügbar, die therapeutisch als Wachstumshormone, Insuline, Granulo- oder Erythropoese-stimulierende Faktoren, TNF-alpha-Inhibitoren und monoklonale Antikörper eingesetzt werden.

## Neuer Leitfaden „Biosimilar“ der AkdÄ

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat im Juli 2017 ihren aktualisierten Leitfaden „Biosimilar“ veröffent-

licht. Experten der AkdÄ haben den aktuellen Erkenntnisstand zum Thema analysiert und geben Empfehlungen zum Einsatz von Biosimilars im Praxisalltag.

Hinsichtlich der Fragestellung, warum die Ärzte bei der Verordnung der Biosimilar eine so erkennbare Zurückhaltung an den Tag legen, kommen die Autoren zu folgendem Ergebnis:

„Obwohl Biologika seit 1982 und Biosimilars seit 2006 verfügbar sind und damit langjährige Erfahrungen zu ihrer Zulassung, Überwachung und Pharmakovigilanz vorliegen, sind Ärzte mit den Grundprinzipien wie Extrapolation und Sicherheit des Wechsels von Referenzarzneimitteln auf Biosimilars nicht ausreichend vertraut. Daraus resultiert eine Verunsicherung, die zu einer nicht evidenzbasierten Zurückhaltung gegenüber dem Einsatz von Biosimilars führt.“

**Der Leitfaden soll Ärzte unterstützen und informieren – zum Beispiel über Besonderheiten**

## WIE SEHEN VERORDNUNGSANTEILE FÜR BIOSIMILARS IN HAMBURG AUS?

Verordnungsanteile Biosimilars (nach DDD in %)

■ Hamburg  
■ Durchschnitt der KVen  
■ Maximal in einer KV erreichter Wert

### Infliximab



### Etanercept



### Filgrastim



### Epoetin



Im 2. Quartal 2017 lag der Biosimilaranteil für Infliximab und Etanercept in Hamburg unter dem Durchschnitt der KVen. Für die im Rahmen der neuen Wirkstoffvereinbarung gesteuerten Filgrastim- und Epoetin-Biosimilars erreichte Hamburg einen Wert über dem Durchschnitt. Doch der jeweils maximal in einer KV erreichte Wert zeigt, dass es noch Einsparpotentiale gibt.

(Quelle: Arbeitsgemeinschaft Pro Biosimilars: [www.probiosimilars.de](http://www.probiosimilars.de))

**BIOSIMILARS, DIE NICHT TEIL DER HAMBURGER WIRKSTOFFVEREINBARUNG SIND**

Auch im nicht von der Wirkstoffvereinbarung abgedeckten Bereich ist die Wirtschaftlichkeit zu beachten. Wir empfehlen, insbesondere bei Ersteinstellungen Biosimilars vorrangig zu verordnen.

Handelsname	Wirkstoff (INN)	Indikation	Referenzarzneimittel
-------------	-----------------	------------	----------------------

**TUMORNEKROSEFAKTOR ALPHA (TNF-ALPHA)-INHIBITOREN**

Flixabi® (Samsung Bioepis)	Infliximab	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rheumatoide Arthritis zusammen mit Methotrexat</li> <li>• Morbus Crohn, wenn die Erkrankung mittelschwer bis schwer oder mit Fistelbildung verläuft</li> <li>• Colitis ulcerosa</li> <li>• axiale Spondyloarthritis</li> <li>• Psoriasis-Arthritis</li> <li>• Psoriasis</li> <li>• Patienten im Alter zwischen 6 und 17 Jahren mit schwerem Morbus Crohn oder mit schwerer Colitis ulcerosa, wenn sie auf andere Arzneimittel oder Behandlungen nicht ansprechen bzw. diese nicht einnehmen können</li> </ul>	Remicade® (MSD)
Inflectra® (Hospira)			
Remsima® (Celltrion)			
Benepali® (Samsung)	Etanercept	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rheumatoide Arthritis</li> <li>• Psoriasis-Arthritis</li> <li>• axiale Spondyloarthritis</li> <li>• Plaque-Psoriasis</li> </ul>	Enbrel® (Pfizer)
Erelzi® (Sandoz)			

**WACHSTUMSHORMON (SOMATOTROPIN)**

Omnitrope® (Sandoz)	Somatropin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachstumsstörungen bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen</li> <li>• Substitutionstherapie bei Erwachsenen</li> </ul>	Genotropin® (Pfizer)
------------------------	------------	--	-------------------------

Quelle: Leitfaden „Biosimilar“; [www.akdae.de](http://www.akdae.de) / Im „Leitfaden“ finden Sie eine vollständige Liste aller in Deutschland zugelassenen Biosimilars.

von Biosimilars und ihrer Zulassung sowie über die Austauschbarkeit von Referenzarzneimitteln und Biosimilars. Hierzu werden die bereits in zahlreichen Studien gesammelten Erfahrungen zur Patientenumstellung (sogenannter „Switch“) dargestellt.

Nach Auswertung der vorhandenen Evidenz von Biosimilars gibt die AkdÄ folgende Empfehlungen für den Einsatz dieser Arzneimittel:

● Biosimilars sind bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit, der Verträglichkeit und der Sicherheit in allen zugelassenen Indikationen gleichwertig gegenüber dem jeweiligen

Referenzarzneimittel und können wie diese eingesetzt werden. (Biosimilars gleichen der Referenzarznei in dem Maße, wie sich unterschiedliche Chargen der Referenzarznei untereinander gleichen.) Die AkdÄ empfiehlt daher, sowohl bei der Erstverordnung von Biologika als auch bei der Folgeverordnung zur Fortsetzung der Therapie jeweils die wirtschaftlichere Verordnungsalternative auszusuchen.

● Voraussetzung hierfür ist, dass eine praxistaugliche Einzeldosisstärke (zur Vermeidung von Kosten durch Verwurf) und eine für die Behandlung geeignete Darreichungsform (z. B. Applikationssystem wie Injektor, Pen, →



→ Fertigspritze) zur Verfügung steht. Außerdem muss das Präparat für die zu behandelnde Erkrankung zugelassen sein.

- **Pharmakovigilanz** (Überwachung der Sicherheit) ist bei allen biologischen Arzneimitteln wichtig (Anm.: nicht nur bei Biosimilars). Nebenwirkungen sollten unbedingt unter Angabe auch der Chargennummer des Arzneimittels der AkdÄ gemeldet werden.

Seit der Zulassung des ersten Biosimilars im Jahr 2006 sind bei keinem einzigen Biosimilar unbekannte Sicherheitsprobleme, wie beispielsweise schwere Nebenwirkungen, aufgetreten. In zahlreichen Switch-Studien zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich des therapeutischen Effektes oder der Art, Häufigkeit und Schwere von Nebenwirkungen beim Wechsel von einem Referenzarzneimittel auf ein Biosimilar.

- Eine ausführliche Patienteninformation und -beratung durch den Arzt ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verordnung beziehungsweise den Einsatz von Biosimilars. Andernfalls könnten sachlich unbegründete Ängste zur Verminderung der Adhärenz führen und den therapeutischen Erfolg bei den Patienten gefährden. Aus diesem Grund lehnt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft eine Substitution von Referenzprodukt und Biosimilar im Sinne einer „automatischen Substitution“ in der Apotheke ab. ■

Quelle: Leitfaden „Biosimilar“  
Arzneimittelkommission der deutschen  
Ärzteschaft; [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

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

## Rabattverträge für Blutzuckerteststreifen

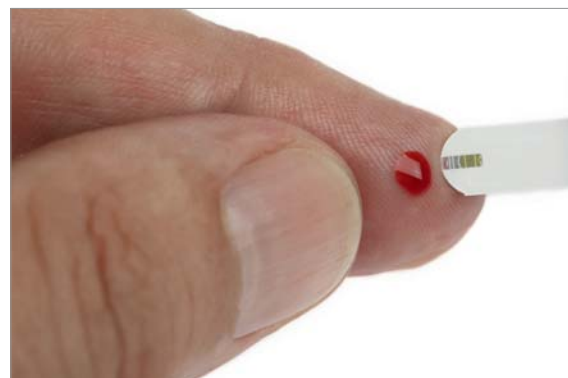
Aktuelle Übersicht auf der Website der KV

**Z**u Beginn des Jahres 2017 haben die Ersatzkassen (außer Barmer GEK) Rabattverträge für Blutzuckerteststreifen abgeschlossen. Die AOK Rheinland/Hamburg hat solche Verträge bereits seit 2015.

Mit diesen Vereinbarungen soll eine wirtschaftliche und gleichzeitig hohe Versorgungsqualität sichergestellt werden. Es wurden nur Rabattverträge für Blutzuckerteststreifen abgeschlossen, deren zugehörige Blutzuckermesssysteme die aktuellen Qualitätsstandards nach EN ISO 15197:2015 erfüllen. Da es sich um sogenannte Open-House-Verträge handelt, können fortlaufend weitere Hersteller hinzukommen.

Soweit es medizinisch vertretbar ist, sollen die Ärzte nun bei Neueinstellungen oder notwendigen Umstellungen die rabattierten Blutzuckerteststreifen und die zugehörigen Blutzuckermesssysteme einsetzen.

Auf unserer Homepage finden Sie eine Übersicht zu den aktuell rabattierten Blutzuckerteststreifen je Kassenart. Die meisten Teststreifen sind bei beiden Kassenarten rabattiert. Diese Produkte auszuwählen könnte eine pragmatische Lösung für die Praxis sein. ■



Sie finden die aktuelle Liste unter [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)  
→ Verordnungen → Arzneimittel →  
Basisinformation



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!



---

**AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

---

# Überdiagnosen durch Krebsfrüherkennung

Ein komplexes, oft unterschätztes Problem

---

**VON STEFAN SAUERLAND UND ANNE RUMMER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS  
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (DNEBM – [WWW.EBM-NETZWERK.DE](http://WWW.EBM-NETZWERK.DE))**

# W

Wenn ein Patient bei einer Früherkennungsuntersuchung eine Krebsdiagnose erhält, ist er zuerst erschüttert, tröstet sich aber meist mit dem Gedanken, dass es besser war, den Krebs jetzt in noch frühem Stadium als später in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt zu haben. Auch aus ärztlicher Sicht ist es meist berechtigt, aufgrund der früheren Diagnose eine weniger invasive Behandlung und eine bessere Prognose zu erwarten. Daher neigt man dazu, solche Verläufe in jedem Fall als Erfolg der Früherkennung zu werten. Dennoch kann eine solche Sichtweise zu gefährlichen Trugschlüssen in der Bewertung von Früherkennungsuntersuchungen führen.

Denn selbst wenn eine Krebserkrankung im Rahmen der Früherkennung korrekt festgestellt und danach offensichtlich „erfolgreich“ behandelt wird, kann es passieren, dass der Patient später – also noch

bevor Symptome aufgetreten wären – an einer ganz anderen Erkrankung verstirbt. Manche Formen von Krebs wachsen sogar so langsam, dass der Krebs auch bei Erreichen eines hohen Alters nicht zu Symptomen führt. In diesen Fällen verursacht die Früherkennung eine belastende Diagnose und eine nebenwirkungsreiche Therapie, auf die der Patient ohne Früherkennung vollständig und vor allem ohne jeden Nachteil hätte verzichten können. Ein solcher Fall wird als Überdiagnose bezeichnet. Eine Überdiagnose ist definiert als die Diagnose einer Erkrankung, die zu Lebzeiten des Patienten keine Symptome verursacht hätte und daher ohne Früherkennungsuntersuchung undiagnostiziert geblieben wäre. In der Regel führen Überdiagnosen zu einer Behandlung, die unter diesen Bedingungen als Übertherapie bezeichnet wird. Nicht verwechselt werden dürfen Überdiagnosen mit Falschdiagnosen, also falsch-positiven Befunden.

Medizinisch erklären lässt sich das Auftreten von Überdiagnosen meist dadurch, dass es Krebserkrankungen gibt, die nur sehr langsam progredient sind oder sich gar spontan zurückbilden. Und je sensitiver eine Diagnostik ist, umso mehr werden solche eher wenig bedrohlichen Krebsformen entdeckt. Das Konzept der Überdiagnose ist schwer greifbar, weil es zum Zeitpunkt einer Früherkennungsuntersuchung kaum vorhersehbar ist, ob ein möglicher Tumor progredient sein wird, und ob der Patient lang genug leben wird, um die Vorteile einer frühen Behandlung eines pro-

gradienten Tumors nutzen zu können. Dennoch ist es erforderlich, die Wahrscheinlichkeit von Überdiagnosen zu berücksichtigen und die Patienten hierüber aufzuklären, wenn man sie zu Früherkennungsuntersuchungen berät.

Im ärztlichen Alltag sind Überdiagnosen nicht direkt beobachtbar, weil im Einzelfall nie feststellbar ist, ob ein Patient ohne die Früherkennung lange genug gelebt hätte, dass die Erkrankung symptomatisch geworden wäre. Weil aber Überdiagnosen nicht direkt beobachtbar sind, wird ihre Bedeutung im ärztlichen Denken meist deutlich unterschätzt. Manchmal fällt erst viele Jahre nach Einführung einer Früherkennungsuntersuchung anhand von Krebsregisterdaten auf, dass sich die Anzahl der Krebsdiagnosen in einem Land vervielfacht hat, dass aber die Krebssterblichkeit

nahezu unverändert ist. So hat sich beispielsweise nach Verfügbarkeit von Früherkennungsuntersuchungen binnen weniger Jahre in Südkorea die altersstandardisierte Häufigkeit von Schilddrüsenkrebs bei Frauen vervierfacht, ohne dass es externe Gründe (z.B. Strahlenexposition) gibt, die diesen Anstieg erklären können [1]. Auch die Mortalität aufgrund von Schilddrüsenkrebs veränderte sich nicht. Das Argument, dass ein Krebs in der Bevölkerung häufiger auftritt, taugt daher oft wenig, um Krebsfrüherkennung zu begründen. Eine rasch steigende Krebsinzidenz spricht daher manchmal eher gegen als für Früherkennungsuntersuchungen.

Auch in randomisiert kontrollierten Studien lässt sich bei geeigneter Studiendauer erfassen, wie viele der richtig-positiven Befunde in einer Früherkennung tatsächlich Überdiagnosen sind. Wenn die Früherkennung

## GESCHÄTZTER ANTEIL VON ÜBERDIAGNOSEN IN DER KREBSFRÜHERKENNUNG

Krebs- erkrankung	Früherkennungs- untersuchung	Anteil Überdiagnosen	Quelle(n)
Neuroblastom	Urintest auf Vanillinmandelsäure (bei Kleinkindern)	50 bis 90%	Schilling 2002 [2], Woods 2002 [3], Hiyama 2008 [4]
Mammakarzinom	Mammografie	15% bis 20%	Independent UK Panel on Breast Cancer Screening [5]
Prostatakarzinom	PSA-Serumspiegel	30% bis 40%	Independent UK Panel on Breast Cancer Screening [5]
Schilddrüsen- karzinom	Sonografie	50% bis 70%	Vaccarella 2016 [1]
Lungenkarzinom	Computertomografie (bei Rauchern)	ca. 20%	Patz 2014 [8]

Die Prozentangaben beziehen sich auf die durch Früherkennung gefundenen Fälle (nicht auf *alle* neu diagnostizierten Erkrankungsfälle).



im Interventionsarm 100 Krebserkrankungen findet, dann müssten auch im Vergleichsarm ohne Früherkennung etwa 100 Krebserkrankungen auftreten, sofern man den Vergleichsarm lange genug nachbeobachtet. Es gibt aber viele Beispiele, in denen ohne Früherkennungsuntersuchung weniger Krebsfälle auftreten, obwohl man die Studienpopulation mehrere Jahre nachverfolgt. Aus der Differenz zwischen den Studienarmen lässt sich der Anteil der Überdiagnosen an allen Diagnosen errechnen.

In der Diskussion um Früherkennungsuntersuchungen haben die Überdiagnosen in der letzten Zeit mehr Aufmerksamkeit erhalten. Kritiker warnen davor, durch immer mehr und immer feinere Diagnostik immer mehr Überdiagnosen zu produzieren. Wie in der Tabelle (Seite 31) dargestellt, ist der Anteil der Überdiagnosen an allen durch Früherkennung erreichten Krebsdiagnosen erheblich. Die Schätzungen sind jedoch oft variabel. Dies liegt daran, dass die Berechnungen teilweise unsicher sind (z. T. Modellierung anhand nicht randomisierter Studien) und stark von der genauen Ausgestaltung

eines Früherkennungsprogramms (z.B. Altersgruppe) beeinflusst werden.

Für die ärztliche Praxis ergibt sich als Fazit, dass Überdiagnose und Übertherapie als wichtige Nachteile von Früherkennungsuntersuchungen mitbedacht und mit dem Patienten besprochen werden müssen. In manchen Fällen wird das Problem der möglichen Überdiagnose die feine Balance zwischen Vor- und Nachteilen der Krebsfrüherkennung zum Kippen bringen, sodass eine Früherkennungsuntersuchung nicht mehr sinnvoll erscheint. ■

#### Korrespondenz:

**PD Dr. med. Stefan Sauerland**

Institut für Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),

Im Mediapark 8

D-50670 Köln;

Tel.: 0221 / 356 85 - 359

E-Mail: [stefan.sauerland@iqwig.de](mailto:stefan.sauerland@iqwig.de)

1. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N Engl J Med* 2016; 375(7): 614-617.
2. Schilling FH, Spix C, Berthold F, Erttmann R, Fehse N, Hero B et al. Neuroblastoma screening at one year of age. *N Engl J Med* 2002; 346(14): 1047-1053.
3. Woods WG, Gao RN, Shuster JJ, Robison LL, Bernstein M, Weitzman S et al. Screening of infants and mortality due to neuroblastoma. *N Engl J Med* 2002; 346(14): 1041-1046.
4. Hiyama E, Iehara T, Sugimoto T, Fukuzawa M, Hayashi Y, Sasaki F et al. Effectiveness of screening for neuroblastoma at 6 months of age: a retrospective population-based cohort study. *Lancet* 2008; 371(9619): 1173-1180.
5. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer* 2013; 108(11): 2205-2240.
6. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014; 384(9959): 2027-2035.
7. Kilpeläinen TP, Tammela TL, Malila N, Hakama M, Santti H, Maattanen L et al. Prostate cancer mortality in the Finnish randomized screening trial. *J Natl Cancer Inst* 2013; 105(10): 719-725.
8. Patz EF, Jr., Pinsky P, Gatsonis C, Sicks JD, Kramer BS, Tammemagi MC et al. Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. *JAMA Intern Med* 2014; 174(2): 269-274.

# 7. Tag der Allgemeinmedizin

Spezialisiert auf den ganzen Menschen

11.11.2017

UKE Hamburg

8:30 - 16:30 Uhr

Campus Lehre, N55

Anmeldung **verlängert**  
bis zum 22.10.2017  
[www.uke.de/tda](http://www.uke.de/tda)

Kontakt: Thomas Kloppe  
Institut und Poliklinik für  
Allgemeinmedizin, UKE  
Tel: 040 7410 - 56479 Fax: - 53681  
[tda@uke.de](mailto:tda@uke.de)

unabhängige Fortbildungen für  
das gesamte Praxisteam in über  
40 Workshops

Plenums-Highlight

Prof. Dr. med. David Klemperer

Übersorgung? Unterversorgung?

→ Gedanken zur richtigen  
Dosis Medizin

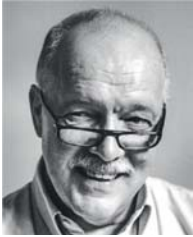
Wir laden Sie herzlich ein.

für das  
gesamte  
Praxisteam

UKE

Institut und Poliklinik  
für Allgemeinmedizin

DEGAM  
Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



# Eiskalt

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

**N**ach dem Nürnberger Kriegsverbrecherprozess gab es von 1946 bis 1949 zwölf Nachfolgeprozesse. In dem ersten von ihnen, dem Nürnberger Ärzteprozess, wurden vor siebzig Jahren die Urteile gesprochen. Angeklagt waren führende Vertreter der nationalsozialistischen Ärzteschaft, soweit sie noch am Leben waren: neunzehn Ärzte und eine Ärztin, zwei Verwaltungsbeamte und ein Jurist. Das amerikanische Militärtribunal verkündete sieben Todesurteile, die sofort vollstreckt wurden, fünf lebenslange Haftstrafen, viermal Haftstrafen zwischen zehn und zwanzig Jahren und sieben Freisprüche.

Der Nürnberger Ärzteprozess ist mit keinem anderen Gerichtsverfahren vergleichbar. In der Verhandlung ging es nicht allein um unvorstellbar brutale Menschenexperimente, um gnadenlose, als Euthanasie verbrämte Mordorgien und um puren Sadismus in hunderttausenden von Fällen, wie es sie bislang in der Geschichte unter der Aufsicht, Anleitung und direkter Durchführung von Ärztinnen und Ärzten nie zuvor gegeben hatte. Es ging gleichzeitig um ein System des Rassismus, der Herrenmenschen, des unwerten Lebens, dem die Angeklagten angehörten. Ihnen fehlte jedes Unrechtsbewusstsein. Sie alle erklärten sich vor Gericht als „unschuldig im Sinne der Anklage“, kein einziger äußerte auch nur den Anflug von Bedauern.

Ärzteprozess in  
Nürnberg:  
Vor 70 Jahren  
wurden die  
Urteile  
gesprochen.



Als ich vor über vierzig Jahren Lehrbücher wälzte, um mich auf mein Physikum vorzubereiten, las ich in meinem Physiologie-Lehrbuch den folgenden Abschnitt: „Nach den Erfahrungen des letzten Krieges kann der unbekleidete

**Keiner der  
angeklagten Ärzte  
äußerte auch nur  
den Anflug von  
Bedauern.**

Mensch in Luft von + 1 Grad nach vier Stunden noch eine normale Körpertemperatur aufweisen, bei einstündigem Aufenthalt in Wasser gleicher Temperatur tritt jedoch schon eine tödliche Auskühlung auf 25 Grad ein; die gleiche Ausküh-

lung kommt in Luft von - 6 Grad nach 14 Stunden zustande.“

Es gab an dieser Stelle keinen Literaturhinweis! Nach kurzem Stutzen wurde mir klar, dass solche Daten nicht durch normales wissenschaftliches Forschen gewonnen werden können. Diese Daten stammten aus dem KZ: Um das Überleben deutscher Kampfpiloten beim Absturz aus großer Höhe zu ermöglichen, wurden KZ-Häftlinge in Unterdruckkammern Verhältnissen wie in einer Höhe von 20 Kilometern ausgesetzt, um dann einen Absturz zu simulieren.

Es kam zu Krämpfen, Lähmungen, Hirnembolien und Tod. Um die Überlebenschancen ins Meer abgestürzter Piloten zu studieren, wurden Häftlinge in eiskaltes Wasser gezwungen. Herzfrequenz, Körpertemperatur, Blut-, Urin- und Rückenmarksveränderungen wurden gemessen bis



Medizinische Versuche an KZ-Häftlingen im Eiswasserbecken (links) und in einer Unterdruckkammer (rechts)

zum Eintreten des Todes nach sechs bis acht Stunden, danach wurden die Ermordeten sofort seziiert. Davon stand natürlich kein Wort in meinem Physiologie-Lehrbuch, dessen Autor Hermann Rein es in der Nazizeit als SS-Mitglied bis zum obersten Luftwaffenarzt gebracht hatte, und der dann nach dem Krieg Physiologie-Ordinarius der Universität Göttingen wurde.

Überhaupt verfuhr man mit den vielen Ärztinnen und Ärzten, die im Nationalsozialismus zu Tätern geworden waren, recht großzügig. Die zu Haftstrafen Verurteilten waren spätestens Mitte der fünfziger Jahre ausnahmslos alle wieder auf freiem Fuß und alsbald wieder in ihrem Beruf aktiv.

Einer dieser Täter namens Hans-Joachim Sewering wurde Professor an der TU München und war von 1973 bis 1978 Vorsitzender der Bundesärztekammer. Er erhielt den

Verdienstorden des Freistaates Bayern und den großen Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland mit Stern und Schulterband. Noch im Jahr 2008 wurde ihm vom Berufsverband der Internisten dessen höchste Auszeichnung verliehen, weil er sich wie kaum ein anderer „um die Freiheit des ärztlichen Berufsstandes“ verdient gemacht habe. Als Sewering 2010 im Alter von 94 Jahren starb, fand sich im Nachruf des deutschen Ärzteblattes seiner Präsidenten-Nachfolger Hoppe und Vilmar nicht ein einziges Wort über seine Beteiligung an der Euthanasie.

Den Namen Mengele kennt fast jeder. Was war das für ein Verbrecher, was hat er für unvorstellbare Gräueltaten in Auschwitz begangen! Wenigen das Etikett eines Ausnahmeverbrechers anzuheften dient aber dazu, die große Zahl der

Mitläufer, der namenlosen Täter dahinter zu verstecken.

Die Hälfte der deutschen Ärztinnen und Ärzte waren Mitglieder der NSDAP, drei Präsidenten der westdeutschen Bundesärztekammer waren Mitglied in der SA oder der SS.

Wenn heute wieder die Stimmen laut und lauter werden, die zwischen Menschen erster und zweiter Klasse unterscheiden und die offen dem Rassismus das Wort reden, dann muss man daran erinnern, wozu das schon einmal geführt hat – auch in der Medizin. ■



#### WEITERLESEN:

Alexander Mitscherlich und Fred Mielke: Medizin ohne Menschlichkeit - Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Fischer Taschenbuch 1989 (19. Auflage); 15,99 Euro

VON DR. FRITZ A. PIEPER

## Versammlung des Kreises 6

Verhaltener Neustart in eine neue Kreisversammlungskultur - eine (noch) kleine, aber schöne Veranstaltung

**Ü**ber viele Jahre haben im Kreis 6 keine Kreisversammlungen stattgefunden. Als neu gewählte Obleute des Kreises ist es uns ein Anliegen, die Kultur des informellen Gedankenaustausches über formelle, fachliche, aber auch persönliche Themen neu zu beleben. Wir möchten die Mitglieder unseres Kreises motivieren, trotz eines anstrengenden Tages in der Praxis mit uns in ansprechendem Ambiente Fragen und Probleme aus dem Berufsalltag zu diskutieren. Geladene Referenten sollen zu aktuellen Entwicklungen informieren und Tipps für die Umsetzung der allgegenwärtigen Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen in der täglichen Arbeit geben. Konflikte möchten wir aufnehmen und als Mittler zwischen den praktizierenden Kollegen und der Verwaltung tätig sein.

**W**ir werden in unserem Kreis künftig zu drei bis vier Veranstaltungen im Jahr einladen und wünschen uns eine rasch wachsende Zahl von Kolleginnen und Kollegen, die mit uns anregende und informative Abende verbringen.

**D**as erste Treffen unseres Kreises nach der Wahl der Obleute fand am 21. Juni 2017 in kleiner Runde in einem Lokal in Winterhude statt. Die geringe Beteiligung war sicherlich auch dem ausgespro-



chen schönen Wetter geschuldet. Die kleine Runde von neun Teilnehmern gab uns die Möglichkeit, an einem großen Tisch zusammenzukommen und einander vorzustellen. Einige Kollegen kannten sich natürlich schon persönlich – aber nicht alle. Frau Dr. Grazyna Kaiser, die stellvertretende Obfrau unseres Kreises, ist psychologische Psycho-

therapeutin, und ich bin Facharzt für gastroenterologische Chirurgie. Wir erläuterten, dass wir haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Aspekte der kassenärztlichen Tätigkeit gerne näher zusammenbringen möchten und hoffen, der persönliche Austausch auf den Kreisversammlungen werde zu kürzeren Kommunikationswegen für bestimmte Anliegen und Fragestellungen im Praxisalltag führen, was bei den anwesenden Kollegen auf ungeteilte Zustimmung stieß.

**A**ls Referentin hatten wir die Apothekerin Regina Lilje von der Kassenärztlichen Vereinigung eingeladen, die über die Grundprinzipien der neuen „Wirkstoffvereinbarung“ vortrug. Die Vereinbarung ermöglicht in einem weiten Rahmen, die Medikamentenverordnung selbst zu steuern, statt wie bisher rückwirkend nach vorgegebenen, nicht steuerbaren Richtgrößen geprüft zu werden und möglicherweise in Regresse zu kommen.

**D**araus entspann sich eine interessante Diskussion über einzelne Probleme, die sich mit dem neuen Modell im Praxisalltag der anwesenden Ärzte ergeben hatten. Regina Lilje bot an, uns nicht nur mit Rat, sondern auch mit Tat - wie zum Beispiel mit Anrufen bei den Apothekern

Dr. Fritz A. Pieper



Dr. Fritz A. Pieper, Facharzt für Viszeral- (gastroenterologische) Chirurgie in Harvestehude und Obmann des Kreises 6

im Falle von Unstimmigkeiten - zur Seite zu stehen. Die Möglichkeit, im kleinen Kreis auf die Kompetenz der KV zurückgreifen zu können, wurde von uns sehr positiv aufgenommen. Am Ende des Abends waren die meisten Teilnehmer wohl ganz froh, dass sie trotz des schönen Wetters zur Kreisversammlung gekommen waren.

Es war eine noch kleine, aber schöne Veranstaltung, und ich hoffe, dass sich dies unter den Kollegen des Kreises herumspricht - damit wir nächstes Mal in größerer Runde zusammenkommen. Anfang September wird Prof. Dr. Helmut Peter vom Verhaltenstherapie MVZ Falkenberg sprechen - ausgerichtet auf die Zielgruppe der Psychotherapeuten. Nach der Bundestagswahl planen wir, Politiker der dann designierten Koalition

einzuladen, um zu diskutieren, was wir zu erwarten oder auch zu befürchten haben und wie man am besten mit den kommenden Entwicklungen umgehen kann. Wir hoffen, damit interessante Themen anzubieten und freuen uns auf die nächste Versammlung in unserem Kreis. ■

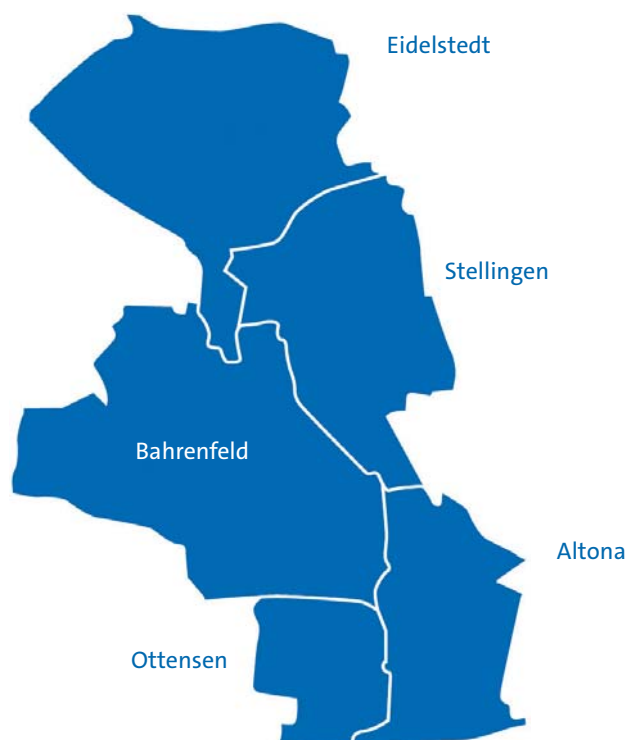
VON FRANK BETHGE

## Versammlung des Kreises 14

Es ist gut, dass die KV die Kreisebene stärken möchte

**E**s ist nun schon meine zweite Legislaturperiode als Kreisobmann im Kreis 14 (Altona, Altona-Nord, Ottensen, Bahrenfeld, Eidelstedt und Stellingen). Während meiner ersten Amtszeit haben wir insgesamt nur eine einzige Kreisversammlung abgehalten, weil das Interesse daran schlicht nicht vorhanden war. Inzwischen ist das anders, denn die KV möchte die Kreisebene stärken und stellt den Kreisversammlungen auf Anfrage gern Referenten zu aktuellen Themen zur Verfügung.

**D**eshalb wollen wir nun auch in unserem Kreis häufiger als bisher – sprich: zweimal pro Jahr – Kreisversammlungen abhalten. Neue Gesetze im Gesundheitswe-



sen treten heutzutage so schnell in Kraft, dass man sich eigentlich nur „learning by doing“ damit auseinandersetzen kann. Daher sehen wir eine Kreisversammlung mit einem KV-Referenten, der über ein aktuelles Thema spricht, als ein gutes Format an, bei dem sich die Kolleginnen und Kollegen über wichtige Themen austauschen und in kleinerem Kreis individuelle Fragen stellen können.

**B**ei unserer Kreisversammlung am 5. Juli 2017 ging es – wie bereits in etlichen anderer Kreisversammlungen in Hamburg – zum einen um die Wirkstoffvereinbarung, die uns von der KV-Apothekerin Regina Lilje näher erläutert wurde. Manche Ärztinnen und Ärzte im Kreis hatten ja schon ein bisschen kalte Füße bekommen, als in der Trendmeldung ihre Ampel rot zeigte, aber das System befindet sich ja derzeit noch im Probetrieb und wird erst 2018 „scharfgeschaltet“.

**A**ls zweiten Programmpunkt hatten wir eigentlich einen Vortrag zur Laborreform vorgesehen, der jedoch entfallen musste, weil die Beschlüsse hierzu auf Bundesebene ins Stocken geraten sind. Ein Vortrag hierzu hätte unter diesen Umständen keinen Sinn gehabt. Stattdessen berichtete Laborchefin Ragna Ochwald vom Aesculabor, in dessen Räumlichkeiten wir auch unsere Versammlung abhalten konnten, über den seit 1. April 2017 als Kassenleistung abrechenbaren neuen Test auf okkultes Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge.

**D**ieser neue Test unterscheidet sich doch sehr von den bisherigen Briefchen, die für einen Stuhltest eingesetzt wurden, insbesondere was die Handhabung durch den Patienten angeht, und bedeutet auch einen erhöhten Erklärungsbedarf in der Praxis. Allerdings schilderte Ragna Ochwald ein-

drucksvoll, warum die Testmethode deutlich valide Ergebnisse als die herkömmlichen Stuhltests liefert, sodass die Kolleginnen und Kollegen praktische Hintergrundinformationen mit nach Hause nehmen konnten. ■

### Frank Bethge



Frank Bethge ist Internist in Bahrenfeld und Obmann des Kreises 14

## Amtliche Veröffentlichung

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

### Verträge

- Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V zwischen der AG Vertragskoordination und der Knappschaft.
- 3. Nachtrag zu den Verträgen nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (I2 sowie U10/U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der Knappschaft und der AG Vertragskoordination

- 4. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2017 (Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der ergänzenden Erklärung; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

- Ergänzende Erklärung zu den DMP Verträgen zu der Indikation Brustkrebs

### Hinweis: Beitritte zu Verträgen:

- Die KKH tritt dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Beglei-

terkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Hamburg und der DAK-Gesundheit zum 1. Oktober 2017 bei.

### Hinweis: Kündigung von Verträgen:

- Der Vertrag zur Integrierten Versorgung zur Verbesserung der onkologischen Versorgung durch angeleitetes Training wurde von der AOK Rheinland/Hamburg zum 31. Dezember 2017 gekündigt.

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Dirk Heinrich**  
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Dirk Heinrich**

Geburtsdatum: **1959**

Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**

Fachrichtung: **FA für HNO-Heilkunde und FA für Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **Vorstandsvorsitzender Spitzenverband Fachärzte Deutschlands, Bundesvorsitzender Berufsverband HNO und NAV-Virchowbund**

Hobbys: **Das HNO Weiterbildungsprojekt in Rwanda des HNO-Berufsverbandes. Wir bilden seit 2009 zusammen mit der Universität von Rwanda Ärzte zu HNO-Ärzten weiter.**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Ja, allerdings haben sich die Bedingungen in den letzten 20 Jahren zunehmend verschlechtert. Überbordende Bürokratie, eine völlig ungerechte Budgetierung, ein von Politik und Medien herangezüchtetes hohes Anspruchsverhalten der Patienten und die Unfähigkeit der Politik, den Menschen ehrlich zu sagen, dass nicht alles machbar und finanzierbar ist, machen einem das Arbeiten in der Praxis schwer.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Ich möchte die gefährdete Selbstverwaltung erhalten, damit wir Ärztinnen und Ärzte unsere Belange weiter selbst regeln können und damit versuchen können, die Arbeitsbedingungen für uns zu verbessern und unseren Patienten eine möglichst gute Behandlung zukommen zu lassen.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** Das Ende der ungerechten Budgetierung, feste Preise für unsere Leistungen und eine Entbürokratisierung des Systems. Eine bessere Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie eine bessere Verzahnung der Fachärzte in Klinik und Praxis. Und: Den Sinn und Zweck der Selbstverwaltung und der KV insgesamt den Bürgern und Ärzten nahezubringen und zu erklären.

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Die größte Herausforderung ist, Patientinnen und Patienten immer wieder die Beschränkung des Systems erklären zu müssen. Dabei lassen uns Krankenkassen und Politik fast immer allein. Des Weiteren geeignete Mitarbeiterinnen zu finden und die wirtschaftlichen Herausforderungen einer reinen Kassenpraxis zu meistern.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Einigkeit der Ärzteschaft herzustellen und damit der Politik gegenüber kraftvoll und wirkmächtig gegenüber zu treten. ■

# Einweihung des neuen Ärztehauses

KV-Mitglieder, Mitarbeiter und Anwohner feierten vor dem Gebäude ein Straßenfest

**M**it einem Straßenfest ist das neue Ärztehaus in der Humboldtstraße eröffnet worden. Rund 1000 Gäste feierten am Sonnabend, den 2. September 2017, bei strahlendem Sonnenschein. Es gab Würstchen, Kuchen und Zuckerwatte. Vor dem Gebäude spielten Bands. Daneben drehte sich ein Karussell.

Die Ärzte und Psychotherapeuten hatten die Gelegenheit, ihr neues Gebäude zu besichtigen und für sich in Besitz zu nehmen. „Hier kann die Geschichte der KV Hamburg, die bald ihren 100. Geburtstag feiert, erfolgreich fortgeschrieben werden“, sagte Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung, in seiner Ansprache.

Die Vertreterversammlung hatte sich 2013 für den Abriss des alten Hauses und einen Neubau am selben Platz entschieden. Die Bauphase dauerte drei Jahre. In dieser Zeit war die KV in einem gemieteten Gebäude am Heidenkampsweg untergebracht. „Nun verfügen unsere Mitglieder wieder über einen angemessenen Ort für ihre Gremienarbeit“, sagte Walter Plassmann, der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg. „Es gibt einen großen Versammlungssaal und unterschiedlich große Säle für Ausschusssitzungen und Veranstaltungen.“

Die etwa 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV Hamburg bekommen moderne Arbeitsplätze in einem schönen, lichtdurchfluteten Gebäude. „Wir haben großen Wert auf hohe Umwelt- und Ergonomiestandards gelegt“, so Olaf Schindel,

der als ausführender Architekt für die Gestaltung und den Bau des Gebäudes verantwortlich ist.

Viele KV-Mitarbeiter kamen mit ihren Kindern und Angehörigen zum Einweihungsfest. Auch die Nachbarn waren eingeladen. „Damit wollen wir uns für ihre Geduld bedanken“, so Plassmann. „Sie mussten viel Lärm ertragen. Und die enge Humboldtstraße war in den vergangenen Jahren

wegen der Bauarbeiten kaum zu benutzen.“

Am Nachmittag trafen sich die gewählten Vertreter der KV Hamburg und der KV Schleswig-Holstein zur ersten offiziellen Sitzung im neuen Versammlungssaal. Sie verabschiedeten eine Resolution, in der sie von der nächsten Bundesregierung ein klares Bekenntnis zur Sicherstellung der ambulanten Ver-



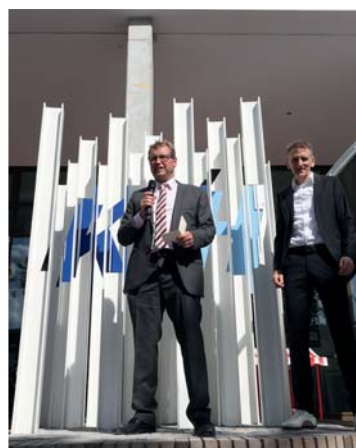
Eröffnungsansprache von Dr. Dirk Heinrich, dem Vorsitzenden der KV-Vertreterversammlung und Bauherrn, vor dem neuen Ärztehaus

sorgung durch freiberufliche Ärzte und Psychotherapeuten forderten. Dr. Christian Sellschopp, der Vorsitzende der Abgeordnetenversammlung der KV Schleswig-Holstein, betonte den gesamtgesellschaftlichen Nutzen der Freiberuflichkeit. Ihre tragenden Säulen seien die Freiheit von ökonomischen Zwängen, das Vertrauen der Patienten in die ärztlich therapeutische Unabhängigkeit

und die Übernahme von Verantwortung für jeden einzelnen Hilfsbedürftigen und für die gesamte Gesellschaft. Dies sei in freiberuflich inhabergeführten Praxen weit besser zu verwirklichen als in renditeorientierten Klinik-Konzernen.“

Abgeschlossen wurde der Eröffnungstag durch eine Podiumsdiskussion mit Gesundheitspolitikern aus Hamburg und Schleswig-Hol-

stein, in der das Thema „Freiberuflichkeit“ nochmals im Zusammenhang mit der ärztlichen Selbstverwaltung zur Sprache kam. Das neue Ärztehaus ist ja auch die Manifestation eines stolzen Selbstverständnisses, wie Dr. Dirk Heinrich betonte: „Niemand kann die ambulante Versorgung so gut organisieren wie die Ärzte und Psychotherapeuten selbst.“ ■

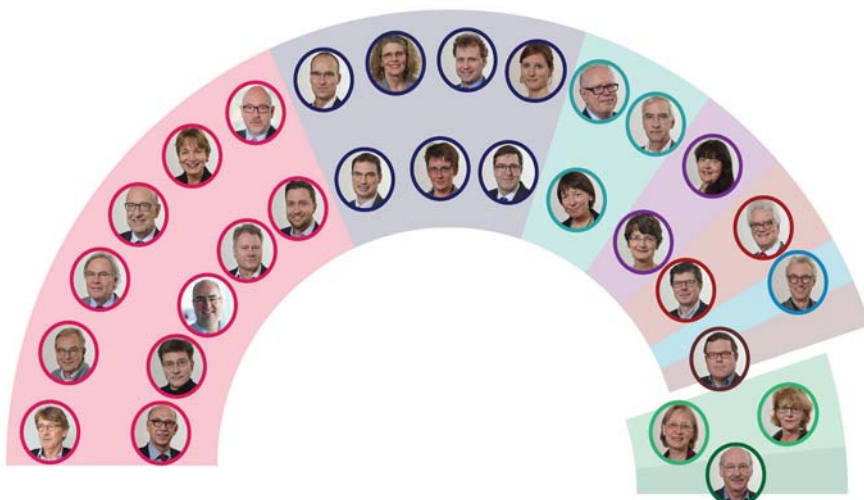


Straßenfest mit Karussell, Verpflegung und Musik

Enthüllung eines Kunstwerks im Eingangsbereich (oben)  
Erste offizielle Sitzung im großen Versammlungssaal

## VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 30.11.2017 (ab 19.30 Uhr) – Ärztehaus (Julius-Adam-Saal),  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



## KREISVERSAMMLUNG

**KREIS 16** (Lurup, Osdorf, Nienstedten,  
Blankenese, Iserbrook, Sülldorf, Rissen)

**Kreisobmann: Dr. Thorsten Bruns**

**Stellvertreterin: Dr. Cornelia Thies**

**Mi. 11.10.2017 (ab 18 Uhr ct)**

Programm: Vortrag der KV-Apothekerin  
Regina Lilje zur Wirkstoffvereinbarung.  
Außerdem: Fachvortrag aus dem Kreis

Ort: Cafeteria des Asklepios Westklinikums  
Suurheid 20, 22559 Hamburg



**KREIS 6** (Harvestehude)

**Kreisobmann: Dr. Fritz Pieper**

**Stellvertreterin: Dr. Grazyna Kaiser**

**Mi. 15.11.2017 (ab 19.30 Uhr)**

Programm: Telematik

Ort: Die Boutique, Poelchaukamp 22  
22301 Hamburg

## ABGABE DER ABRECHNUNG

**3. QUARTAL 2017**  
**VOM 2.10. BIS 16.10.2017**

**4. QUARTAL 2017**  
**VOM 2.1. BIS 16.1.2018**

## 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. 4.10.2017 (14.30 - 17.30 Uhr)**

Gebühr: € 65 inkl. Getränke

### QEP-Hygiene

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

### 13 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Mi. 11.10.2017 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

### QM leicht gemacht

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

### 13 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Mi. 15.11.2017 (9.30 - 17.00 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

**Ort: Ärztehaus  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)  
→ Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und  
Anmeldung:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

## ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

### Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 11.10.2017 (15 - 20 Uhr), Mi. 8.11.2017 (15-20 Uhr), Mi. 29.11.2017 (15-20 Uhr); Fr. 1.12.2017 (15-20 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

### Fortbildung Arbeits- und Gesundheitsschutz

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

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 13.10.2017 (15 - 20 Uhr), Fr. 10.11.2017 (15 - 20 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

### Gefährdungsbeurteilung

Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften

**Mi. 15.11.2017 (15 - 18 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 60 (inkl. Imbiss, und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

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

## FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

### Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen

Im Kurs werden theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgeräte-technik in Bezug auf die audiologischen Befunde vermittelt. Besuch des Kurses dient zur Abrechnung mit der KV.

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 29.11.2017 (14 - 19 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 110

### Seminar: Verordnung von Sprechstundenbedarf

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

**Mi. 18.10.2017 (15 - 17 Uhr),**

**Mi. 6.12.2017 (15 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 25

**Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b**

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300

E-Mail: akademie@aekhh.de / Online-Anmeldung:

[www.aerztehammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztehammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html)

### Medizinische und berufliche Rehabilitation

Alles was Sie schon immer rund ums Thema "Rehabilitation" wissen wollten. Hier geht es nicht um Paragraphen sondern um die tägliche Arbeit.

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 6.10.2017 (15 - 18 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 65

### DMP Patientenschulungen

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

**Termine und weitere Infos:**

[www.aerztehammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztehammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html) → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „Zi-DMP“ eingeben

## MRE-NETZWERK

### Veranstaltung

Aktuelle Informationen zu multiresistenten Erregern (MRE)  
Diskussion zum weiteren Aufbau des MRE-Netzwerks

**FORTBILDUNGSPUNKTE (BEANTRAGT)**

**Mi. 15.11.2017 (14 - 18 Uhr)**

**Ort: Ärztehaus  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)  
Ansprechpartner: MRE-Netzwerk  
Dr. Kirsten Bollongino, Monika Maaß  
c/o Gesundheitsamt Hamburg Nord  
E-Mail: mre-mrsa@hamburg-nord.hamburg.de

## PSYCHOTHERAPIE

### Neue sozialrechtliche Befugnisse für Psychotherapeuten

Krankenhauseinweisung, Verordnung von Krankentransporten: Dipl.-Psych. Dieter Best und KV-Jurist Jens Remmert geben Hinweise zum qualifizierten Einsatz der neuen Befugnisse.

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 27.10.2017 (ab 14:30 Uhr)**

**Ort: Ärztehaus (Julius-Adam-Saal)  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

Anmeldung übers Inernet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)  
Ansprechpartner: Abteilung Öffentlichkeitsarbeit / Stefanie Schäfer, Tel: 22802-866

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!