

KVH *journal*

RING FREI

*Bereiten Sie
jetzt Ihre Kandidatur
für die
Vertreterversammlung
vor!*



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

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 1/2016 (Januar 2016)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Bei allem Ärger über eine Ideologie-gesteuerte Gesundheitspolitik und ein selbstzerstörerisches Auftreten eines Teils der KBV: Die KV Hamburg kann zufrieden auf die vergangenen zwölf Monate zurückblicken. Sowohl die Art und Weise als auch das Ergebnis der Diskussion um die Weiterentwicklung der Honorarverteilung in Hamburg haben Maßstäbe gesetzt – für die Qualität der Selbstverwaltung und für die Zusammenarbeit mit der KV-Verwaltung.

Die Ärzte lobten unisono die Kompetenz und das Engagement der KV-Mitarbeiter, konnten sich mit allen Fragen und Kalkulationswünschen an diese wenden. Der schon vor längerer Zeit angestoßene Umstrukturierungsprozess der KV-Arbeit trug Früchte. Die Umstrukturierung wird fortgesetzt, wir werden alte Zöpfe abschneiden und neue Services bieten, vor allem in der Bereitstellung von Informationen.

Darauf kann sich die Selbstverwaltung stützen und dies hilft ihr, die übertragenen Aufgaben wahrzunehmen. Die Hamburger haben das auch nie in Frage gestellt. In Berlin muss man sich daran erst einmal wieder erinnern.

Wir danken für die angenehme Zusammenarbeit, wünschen Ihnen einen guten Start in das nächste Jahr und freuen uns darauf, das „Erfolgsmodell Selbstverwaltung“ weiterhin unterstützen zu können.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Welche Beschlüsse der Vertreterversammlung waren Ihnen besonders wichtig?
- 08_ Selbstverwaltung: Warum wir zeigen sollten, dass wir dahinterstehen
- 10_ Stellen Sie sich zur Wahl! Eine Gebrauchsanleitung für potenzielle Kandidaten

GESUNDHEITSPOLITIK

- 13_ HEK kündigt Diabetes-DMP: Ärztevertreter reagieren mit scharfer Kritik
- 14_ „Größe-Sprechstunden“ und Portalpraxen: Was steckt hinter den gesundheitspolitischen Entscheidungen der Großen Koalition?
- 16_ Einführung der Terminservicestelle in Hamburg

FORUM

- 17_ Wundversorgung: Die fragwürdigen Methoden von Home-Care-Unternehmen
- 18_ Interview: Warum der Harburger Chirurg Dr. Manfred Giensch auf eigene Faust einen Behandlungs-Container für Flüchtlinge organisierte

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_** Fragen und Antworten
- 22_** "Spezialsprechstunden" im Krankenhaus: Einweisung oder Überweisung?
- 23_** Telematik: Vertreterversammlung beschließt Förderung von SafeNet
- 27_** Sprechstundenbedarf: Liste regressgefährdeter Mittel im Internet

ABRECHNUNG

- 24_** Behandlungsschein für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
- 25_** "24-Stunden-Bescheinigung" für Asylbewerber
- 26_** Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2015

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 28_** Verordnung der neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs)

PANORAMA

- 32_** Bündnis für gezielte Antibiotika-Therapie: Dritte Fallkonferenz in Hamburg

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 26_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 30_** Warum randomisiert-kontrollierte Studien unverzichtbar bleiben: das Beispiel Digitalis

KOLUMNE

- 33_** Plassmanns Tagebuch

KV INTERN

- 34_** Steckbrief:
Dr. Heide Lueb
- 35_** Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Seite 3, 6, 7: Michael Zapf; Seite 9: Sandra Kaiser;
 Seite 13: Jeanette Dietl/Fotolia; Seite 18: Michael Zapf;
 Seite 21: Felix Faller/Alinea; Seite 23: Hywards/Fotolia;
 Seite 31: EbM-Netzwerk; Seite 32: Dr. Jochen Kriens;
 Seite 33: Michael Zapf; Seite 36: Felix Faller/Alinea;
 Icons: iStockfoto

Welche Beschlüsse der Vertreterversammlung waren Ihnen besonders wichtig?

Wir haben drei in der Selbstverwaltung engagierte Ärzte um eine Stellungnahme gebeten



Dr. Michael Späth

Mitglied der Vertreterversammlung,
ehemaliger Vorsitzender der
Vertreterversammlung und
Ehrenvorsitzender der KV Hamburg

Ärzteprotest

Im Gesundheitswesen werden viele Entscheidungen in Unkenntnis der ärztlichen Arbeitsbedingungen getroffen. Über die Selbstverwaltung haben wir die Möglichkeit, unseren Sachverstand einzubringen und Druck zu erzeugen. Eine der Voraussetzungen für die Ärzteproteste in Hamburg beispielsweise war, dass die Vertreterversammlung und die Berufsverbände gegen die Unterfinanzierung des ambulanten Bereichs eindeutig Position bezogen. **Damit war klar: Es gab eine robuste Legitimation für die Durchführung von öffentlichkeitswirksamen Großveranstaltungen und Aktionen.** Und die Proteste waren erfolgreich: Hamburg war die erste KV-Region, in der es gelang, die überdurchschnittlichen Praxiskosten im Schiedsamt geltend zu machen und einen höheren regionalen Punktwert zu erreichen. Seit 2013 gilt eine „Hamburger Gebührenordnung“ mit Preisen, die über dem Bundesdurchschnitt liegen. ■



Dr. Frank Stüven

Mitglied der Vertreterversammlung
und stellv. Mitglied des Beratenden
Fachausschusses Hausärzte



Dr. Eckhard von Bock

Mitglied der Vertreterversammlung,
Sprecher des Finanzausschusses
und des Bauausschusses

Honorarverteilung

Der ab 1. Oktober 2013 geltende neue EBM ließ die Vertreterversammlung einen neuen Honorarverteilungsmaßstab beschließen. Der Vorstand der KV Hamburg empfahl den Mitgliedern der Vertreterversammlung eine neue Systematik mit individuellen Leistungsbudgets. Wir Hausärzte waren skeptisch, da wir zu pRVV-Zeiten die negativen Auswirkungen individuell festgezurter Budgets schon einmal erlitten hatten. Wir trugen die Entscheidung jedoch mit, da uns zugesagt wurde, die Entwicklung eng zu überwachen. Wie befürchtet, bildeten die ILBs die Verschiebungen der Patientenströme nicht gut genug ab: Das Geld blieb bei dem Kollegen, der im Referenzjahr viele Patienten behandelt hatte und nicht bei jenem, der die Arbeitsmenge aktuell machte. **Nach intensiven Berechnungen und Gesprächen mit der Honorarabteilung konnten wir Hausärzte als erste Gruppe unsere ILB-Systematik ab Anfang 2015 so ändern, dass die Dynamik zeitnah abgebildet wird. Darauf sind wir stolz. Sehr stolz!** ■

Hausbau

Eines vorweg: Ich bin seit 30 Jahren niedergelassen und seit über zehn Jahren in der KV engagiert. **Ich halte die Selbstverwaltung für unbedingt notwendig. Wenn es sie nicht gäbe, müsste sie erfunden werden.**

Mit dem Neubau des Ärztehauses habe ich intensiv zu tun, weil ich Sprecher des Finanzausschusses bin, der mittlerweile auch als Bauausschuss fungiert. Seit der Jahrtausendwende stellten wir fest, dass die Kosten für die Instandhaltung und Klimatisierung des alten Ärztehauses immer weiter anstiegen. Wir standen vor der Entscheidung, grundlegend zu sanieren, ein anderes Gebäude zu mieten oder neu zu bauen. In den Gremien und in der Vertreterversammlung habe ich mich für einen Neubau eingesetzt – vor allem aufgrund finanzieller Erwägungen, aber auch, weil das Ärztehaus eine Manifestation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung ist. **Ich werde im Sommer 2016 auf jeden Fall wieder für einen Sitz in der Vertreterversammlung kandidieren – schon weil ich das von uns angestoßene Bauprojekt gerne weiter begleiten möchte.** ■



VON DR. DIRK HEINRICH UND
DR. SILKE LÜDER

Flagge zeigen!



Im Sommer werden die
Mitglieder der Vertreterversammlung
neu gewählt. Die Selbstverwaltung
ist eine hart erkämpfte Errungenschaft.
Wir sollten uns engagieren
und deutlich machen, dass wir
dahinterstehen.



Die vertragsärztliche Selbstverwaltung ist eine Errungenschaft, die wir dem Kampfgeist und der Hartnäckigkeit der Ärztegenerationen vor uns verdanken. Wie jedes demokratische System ist allerdings auch die Selbstverwaltung stets gefährdet: Einerseits gibt es politische Kräfte, die demokratische Entscheidungsprozesse geringerschätzen und lieber straff durchregieren würden. Andererseits kann eine Demokratie austrocknen, wenn die Menschen, um deren Belange es geht, das Interesse am Engagement verlieren und ihre Gestaltungsmöglichkeiten nicht mehr wahrnehmen.

Obwohl sie immer wieder damit droht: Die Politik will die Selbstverwaltung nicht abschaffen. Sie hat das System in den vergangenen Jahrzehnten aber immer weiter eingeengt. Der Selbstverwaltung wurden unangenehme Aufgaben übertragen. Sie muss gesetzlich vorgeschriebene Regelungen durchsetzen, die unsinnig oder schädlich sind, und wird dafür bisweilen auch noch verantwortlich gemacht. Hinzu kommt, dass wir aufgrund der Budgetierung eine Managerverwaltung betreiben müssen.

Doch gerade weil die Strategie, die Selbstverwaltung zu schwächen, derart offensichtlich ist, sollten wir Flagge zeigen. Die Vertreterversammlung der KV ist das einzige Gremium, in dem die Vertreter aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zusammenkommen und gemeinsame Positionen finden können. Wir müssen demonstrieren, dass wir uns nicht gegeneinander ausspielen lassen. Wir brauchen eine hohe Wahlbeteiligung, wir brauchen Kollegen, die sich in den Ausschüssen und Gremien engagieren. Wir müssen deutlich machen, dass das System nach wie vor seine Gültigkeit hat und von den Ärzten und Psychotherapeuten geschätzt wird.

Warum sollte man für die Wahlen zur Vertreterversammlung kandidieren? Weil man als Arzt oder Psychotherapeut die Möglichkeit hat, Einfluss auf seine eigenen Belange zu nehmen – und weil man diese Möglichkeit nutzen sollte. Wer in der Berufspolitik Akzente setzen will, kann sich bestehenden Listen anschließen oder eine neue Liste gründen. Es gibt keinen „KV-Beton“: Bei der vorangegangenen

Wahl im Jahr 2010 ist drei neuen Listen der Einzug in die Vertreterversammlung gelungen.

Viele Frauen haben das Gefühl, die kassenärztliche Selbstverwaltung sei eine reine Männergesellschaft. Auch das ist unzutreffend. Zwei der Listenführer sind Frauen, und eine von ihnen wurde auf den Posten der stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung gewählt.

Selbstverwaltung erfordert persönlichen Einsatz. Es ist wichtig, sich zu engagieren und sich einzubringen, auch wenn es manchmal anstrengend, zeitraubend und kompliziert ist. Doch man sollte sich überlegen: Was hätten wir, wenn es keine Selbstverwaltung gäbe? Wir hätten eine Behörde, die uns die Regeln von oben herab oktroyiert, ohne dass wir Einfluss nehmen könnten. Diese Alternative will niemand von uns. ■

DR. DIRK HEINRICH, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg

DR. SILKE LÜDER, stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg

Stellen Sie sich zur Wahl!

Wer in der Vertreterversammlung mitentscheiden will, muss kandidieren.
Doch wie funktioniert das eigentlich?
Eine Gebrauchsanweisung.

WANN FINDET DIE WAHL ZUR VERTRETERVERSAMMLUNG STATT?

Die Vertreterversammlung wird alle sechs Jahre neu gewählt – das nächste Mal in der Zeit vom 6. bis 19. Juli 2016. Wer sich selbst zur Wahl stellen möchte, sollte frühzeitig mit den Vorbereitungen beginnen.

WIE KANN ICH MICH ZUR WAHL STELLEN?

Zulässig sind Listen- oder Einzelwahlvorschläge. Normalerweise tun sich Gruppen zusammen und stellen Listen auf. Ähnlich wie bei der Bundestagswahl ziehen die Gruppen entsprechend des jeweils erzielten Stimmenanteils in die Vertreterversammlung ein. Ein Weg, sich zur Wahl zu stellen, ist also, sich auf eine dieser Listen setzen zu lassen.

WELCHE LISTEN GIBT ES? Es gibt spezifisch hausärztliche und fachärztliche Listen – und es gibt Listen, die sich keinem Versorgungsbereich zuordnen lassen (derzeitige Sitzverteilung: siehe nebenstehende Grafik.) Drei der insgesamt 30 Sitze in der Vertreterversammlung sind für psychotherapeutische Listen reserviert.

WIE KANN ICH ZU EINER DIESER LISTEN KONTAKT AUFNEHMEN?

Die Geschäftsstelle der Selbstverwaltung (Tel: 22802 – 314 oder E-mail: petra.marbs@kvhh.de) vermittelt die Ansprechpartner.

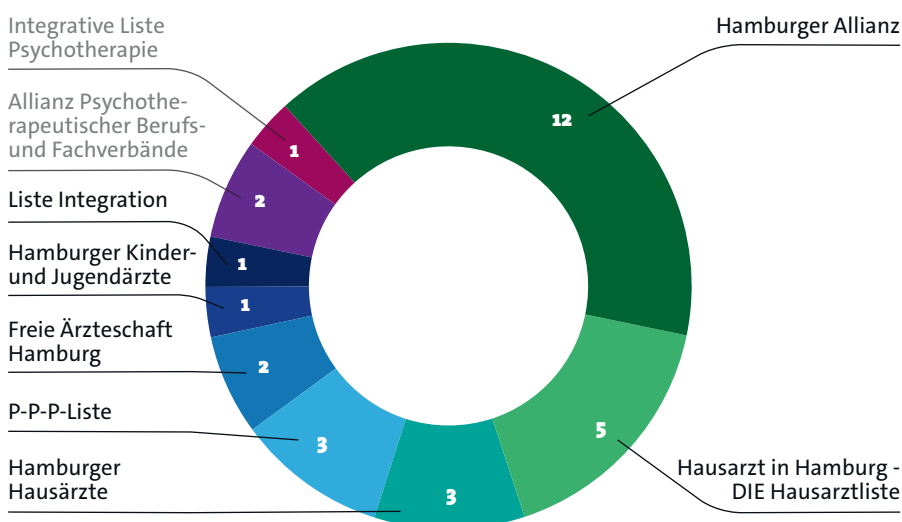
UND WENN MIR KEINE DER EXISTIERENDEN LISTEN ZUSAGT?

Dann kann man eine eigene Liste gründen oder sich alleine zur Wahl stellen. In beiden Fällen muss man die Unterschriften von 50 Unterstützern zusammenbekommen.

WIE BEKOMME ICH DIE FORMULARE FÜR DIE WAHLVORSCHLÄGE?

Die Formulare für die Wahlvorschläge bekommt man im Internet (www.kvhh.de → Politik → VV-Wahlen 2016) oder in der Geschäftsstelle des Landeswahlausschusses: Andreas List, Tel: 22802 – 506 E-mail: andreas.list@kvhh.de Auf diesen Formularen müssen die Unterschriften gesammelt werden.

SITZVERTEILUNG IN DER AKTUELLEN VERTRETERVERSAMMLUNG



DARF EIN WÄHLER MEHRERE LISTEN MIT SEINER UNTERSCHRIFT UNTERSTÜTZEN?

Jeder Unterstützer darf nur einmal pro Liste unterschreiben. Doch die Satzung verbietet nicht, dass man mehrere Listen mit seiner Unterschrift unterstützt.

BIS WANN MUSS ICH DIE WAHLVORSCHLÄGE ABGEBEN?

Die Wahlvorschläge können ab 7. März 2016 um 9.30 Uhr und bis spätestens 20. April 2016 um 16 Uhr in der Geschäftsstelle des Landeswahlausschusses eingereicht werden.

WIE KANN MAN SICH UND SEINE LISTE DEN KOLLEGEN VORSTELLEN, WENN MAN IN DIE VERTRETERVERSAMMLUNG GEWÄHLT WERDEN WILL? GIBT ES EINE ART WAHLKAMPF?

In der Juni-Ausgabe des *Hamburger Ärzteblattes*, die vor der Wahl erscheint, bekommen die Listen jeweils eine Seite kostenlos zur Verfügung gestellt, auf der sie sich und ihre politischen Positionen vorstellen können. Wer mehr Platz zur Selbstdarstellung benötigt, kann weitere Seiten zum normalen Anzeigenpreis kaufen. Wenn eine Gruppierung Briefe oder gedrucktes Info-Material verschicken will, übernimmt die KV Adressierung, Verpackung und Versand an den von der Liste gewünschten Adressatenkreis. Das Porto muss sie selbst zahlen.

IN WELCHER REIHENFOLGE ERSCHEINEN DIE LISTEN AUF DEN STIMMZETTELN? Es gilt das Windhundprinzip: Je eher die Wahlvorschläge beim Landeswahlausschuss eingehen, desto weiter oben erscheinen sie auf dem Stimmzettel. Bei gleichzeitiger Abgabe entscheidet das Los.

WELCHE MACHT HAT DIE VER- TRETERVERSAMMLUNG? Die Vertreterversammlung ist das wichtigste Gremium der kassenärztlichen Selbstverwaltung. Hier werden die Grundsatzdiskussionen geführt, und hier fallen die politischen Entscheidungen. Die Vertreterversammlung hat die Macht über die Satzung, den Haushalt und die Finanzen. Und sie hat die Macht, den Vorstand zu wählen – und ihn gegebenenfalls vorzeitig abzuberufen. Deshalb ist es im ureigensten Interesse des Vorstandes, im Einklang mit der Vertreterversammlung und im Interesse aller Hamburger KV-Mitglieder zu handeln.

WIE VIEL ZEIT MUSS MAN ALS GEWÄHLTER VERTRETER FÜR DIE SITZUNGEN EINPLANEN? Die Vertreterversammlung findet in der Regel einmal im Quartal an einem Donnerstagabend statt und dauert drei bis vier Stunden. Um sich auf die Sitzung vorzubereiten und die Unterlagen zu lesen, sollte man eine weitere Stunde veranschlagen. Das Engagement in der Vertreterversammlung ist also durchaus sozial- und familienverträglich. Einige Mitglieder der Vertreterversammlung sind darüber hinaus in den Beratenden Fachausschüssen tätig, die einmal pro Monat tagen.

WELCHE ROLLE SPIELEN DIE BERATENDEN FACHAUSSCHÜSSE? Die Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse werden von der Vertreterversammlung gewählt. Sie beraten den Vorstand zu den versorgungsspezifischen Fragestellungen. Gesetzlich vorgeschrieben ist nur der Beratende Fachausschuss Psychotherapie. Weil es sich aber

um ein bewährtes Modell handelt, um den Sachverstand der Basis ins operative Geschäft einfließen zu lassen, gibt es bei uns in Hamburg außerdem einen Beratenden Fachausschuss für Hausärzte und einen für Fachärzte. In der nächsten Amtsperiode wird noch ein Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte hinzukommen.

WELCHE AUFGABE HAT DER BEIRAT? Auch der Beirat ist ein beratendes Organ des Vorstandes. Im Beirat sitzen neben den Vorsitzenden der Vertreterversammlung die drei Sprecher der Beratenden Fachausschüsse. Der Beirat trifft sich mindestens einmal im Monat, um versorgungsbereichsübergreifende Themen zu diskutieren.

BIN ICH ALS MITGLIED DER VER- TRETERVERSAMMLUNG MEINEN WÄHLERN RECHENSCHAFT SCHULDIG? Die Mitglieder der Vertreterversammlung haben eine Verantwortung für alle Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Jedes KV-Mitglied kann die Vertreter deshalb immer ansprechen und zu wichtigen Entscheidungen und Vorhaben befragen; oder sie auffordern, in der Vertreterversammlung bestimmte Anträge zur Abstimmung einzubringen.

KANN ICH ZU EINER VERTRETERVERSAMMLUNG KOMMEN, OHNE GEWÄHLT ZU SEIN? Ja. Es gibt eine Mitgliederöffentlichkeit. Die Hamburger Vertragsärzte- und psychotherapeuten sind immer herzlich eingeladen, den Versammlungen beizuwohnen. Den Termin der jeweils nächsten Sitzung finden Sie im Terminkalender des *KVH-Journals* (hintere Umschlagseite innen). ■

Kreisobleute: Selbstorganisation an der Basis

Es gibt in Hamburg 22 Kreise. Die Kreise stellen den einfachsten Zugang zur Selbstverwaltung dar, weil sie vor Ort tagen. Eigentlich wollte die Politik die Kreisversammlungen abschaffen. Die KV Hamburg hat sie als Gremien erhalten, weil dort am besten kreisbezogene Themen behandelt und die Kontakte unter den Kollegen vor Ort gepflegt werden können. Die Kreisobleute werden zeitgleich mit den Mitgliedern der Vertreterversammlung, aber gesondert gewählt. Anders als früher ziehen Kreisobleute nicht mehr automatisch in die Vertreterversammlung ein. Heute fungieren sie als Bindeglieder zwischen den Repräsentanten der Selbstverwaltung und der

Basis in den Kreisen. Viele Kreisobleute sind aber über eine Liste auch Mitglied der Vertreterversammlung.

Wer als Kreisobmann kandidieren will, muss 20 Unterschriften von Unterstützern aus seinem Kreis sammeln, um zugelassen zu werden. Auch diese Wahlvorschläge müssen in der Zeit zwischen dem 7. März und dem 20. April 2016 beim Landeswahlausschuss eingereicht werden.

Viele Angelegenheiten werden auf Kreisebene geregelt - zum Beispiel die Notfallversorgung und die Organisation gegenseitiger Vertretung. Auch die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten findet oft eher auf Kreisebene

statt. Wenn sich ein Arzt oder Psychotherapeut neu niederlässt, kann er sich in der Kreisversammlung den Kollegen vorstellen. Die Kreisversammlungen verabschieden Resolutionen und leiten sie an den Vorstand oder die Vertreterversammlung weiter. KV-Vorstände, Fachbereichsleiter und Mitglieder der Selbstverwaltung werden in die Kreisversammlungen eingeladen, um aktuelle Informationen weiterzugeben oder um bestimmte Themen zu vertiefen. Es gibt sehr aktive Kreise, die ihre Zusammenkünfte wie Fortbildungsveranstaltungen konzipieren und über fachlich-medizinische, organisatorische oder politische Themen sprechen. ■

Alsterdorf, Winterhude Nord, Ohlsdorf, Fuhlsbüttel, Langenhorn (1)

Lokstedt, Niendorf, Schnelsen (5)

Hoheluft-West, Hoheluft-Ost, Eppendorf, Gr. Borstel (3)

Altona, Altona-Nord, Ottensen, Bahrenfeld, Eidelstedt, Stellingen (14)

Harvestehude (6)

Eimsbüttel (4)

Rotherbaum (7)

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

Bahrenfeld, Gr. Flottbek, Othmarschen (15)

St. Pauli, Waltershof, Finkenwerder (8)

Hamburg-Altstadt, Neustadt, Sternschanze (9)

Veddel, Wilhelmsburg, Kl. Grasbrook, Steinwerder (18)

Harburg, Neuland, Gut Moor, Wilstorf, Rönneburg, Langenbek, Sinstorf, Marmstorf, Eißendorf, Heimfeld, Altenwerder, Moorburg, Hausbruch, Neugraben-Fischbek, Francop, Neuenfelde, Cranz (17)

Bramfeld, Steilshoop, Wellingsbüttel, Sasel, Poppenbüttel, Hummelsbüttel, Lemsahl-Mellingstedt, Duvenstedt, Wohldorf-Ohlstedt, Bergstedt (22)

Farmsen-Berne, Volksdorf, Rahlstedt (21)

Winterhude Süd (2)

Dulsberg, Barmbek-Nord (13)

Uhlenhorst, Hohenfelde, Barmbek-Süd, Eilbek (12)

Wandsbek, Marienthal, Jenfeld, Tonndorf (20)

Hafencity, St. Georg, Hammerbrook, Borgfelde, Hamm-Nord, Hamm-Mitte, Hamm-Süd, Rothenburgsort Nord (10)

Horn, Billstedt, Billbrook, Rothenburgsort Süd (11)

Lohbrügge, Bergedorf, Curslack, Altengamme, Neuengamme, Kirchwerder, Ochsenwerder, Reitbrook, Allermöhe, Billwerder, Moorfleth, Tatenberg, Spadenland (19)

HEK kündigt Diabetes-DMP

Ärztevertreter kritisieren eine „Fehlentscheidung zu Lasten der Patienten“

Mit Verwunderung und Unverständnis haben die Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen e.V. und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg auf die Kündigung der DMP-Verträge Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 durch die Hanseatische Krankenkasse (HEK) reagiert.

Ab dem 1. Januar 2016 werden an Diabetes erkrankte HEK-Versicherte nun nicht mehr im Rahmen der strukturierten Versorgung in Hamburg betreut werden können.

Die Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen e. V. und die KV haben die HEK aufgefordert, diese Kündigung im Interesse der betroffenen Patienten unverzüglich zurückzunehmen.

„Diese Entscheidung der HEK“, so der KV-Hamburg-Vorstandsvorsitzende Walter Plassmann, „nimmt den HEK-versicherten Diabetes-Patienten die bewährte medizinische Versorgung.“ Er könne den Alleingang der HEK nicht verstehen. „Alle anderen Kassen stehen zu den geschlossenen Verträgen, die schließlich im Sinne einer bestmöglichen integrierten, disziplinenübergreifen-



Diabetes-Patientin beim Arzt: Verzicht auf bundeseinheitliche, strukturierte Versorgung?

den Versorgung geschlossen worden sind.“ Es sei auch falsch, wenn die HEK behaupte, in Hamburg würden für die Behandlung von DMP-Versicherten höhere Honorare bezahlt als in allen anderen Bundesländern. Im Übrigen seien die Honorarsätze in Hamburg seit zwölf Jahren unverändert. Plassmann: „Es gibt keinen nachvollziehbaren Grund für diese Entscheidung der HEK.“ Die HEK sei offenbar auf dem Weg zur „Economy-K(l)asse“.

Dr. Andreas Klinge, der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen, sagt: „Die DMP sind für Menschen mit Typ 1- und Typ 2-Diabetes seit mehr als zehn Jahren die erfolgreiche Grundlage für die struk-

turierte Versorgung. Sie stellt eine bundeseinheitliche Betreuung dieser großen Patientengruppe sicher. Besonders in der engen Kooperation aller beteiligten Ärzte, Diabetesberaterinnen und -assistentinnen liegt das Erfolgsgeheimnis dieser Versorgungsstruktur.“

Nach Angaben der HEK und einer Erhebung der Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen sind insgesamt 2.300 Versicherte in Hamburg betroffen, von denen allein über 1.300 als Patienten in den Schwerpunktpraxen betreut werden. ■

VON DR. SILKE LÜDER

Die „Gröhe-Sprechstunde“

Ob Terminservicestelle oder Portalpraxis –
die Gesundheitsreformen der Großen Koalition laufen ausnahmslos gegen
die Interessen der Vertragsärzte. Was steckt dahinter?

Die Große Koalition (Groko) macht Nägel mit Köpfen. Wegen ihrer großen Mehrheit im Bundestag rauschen gerade alle möglichen Reformen durch, die von Politikern wie Karl Lauterbach lange gefordert wurden, in den aufwändigen Gesetzesverfahren und im Clinch der widerstreitenden Interessen des Gesundheitswesens jedoch bisher steckengeblieben sind.

Die "Groko" kann durchregieren. Die verfasste Ärzteschaft ist wegen ständig neu inszenierter Querelen an der KBV-Spitze als ernstzunehmende Widerstandsquelle ausgeschaltet, endlich kann man in Berlin die Weichen vollständig in Richtung vorgeschriebener Behandlungspfade, angestellter MVZ-Ärzte, staatlich vorgeschriebener totaler Datenüberwachung und hoher Renditeerwirtschaftung international agierender großer Gesundheitswirtschaftskonzerne stellen.

KNALLHART GEDECKELT

Ambulant vor stationär? Wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung? Das ist alles Schnee von gestern. Ist Ihnen schon aufgefallen, dass unsere Gesundheitspolitiker davon schon eine ganze Weile gar nicht mehr sprechen? Wozu in den Arztpraxen bleiben, wenn doch die Kliniken jeden behandeln können? Hier schlägt das neue „Krankenhausstrukturgesetz“ ordentlich Pflöcke

ein. An jeder für die Notfallbehandlung zugelassenen Klinik soll eine Portalpraxis eingerichtet werden, entweder von der KV mit KV-Ärzten oder von der Klinik mit Klinikärzten besetzt. Alles wird aus unserem Honorar-Topf oder aus dem Verwaltungshaushalt bezahlt – aber nicht wie bei uns knallhart gedeckelt und budgetiert, nein, unbudgetiert, ungedeckelt. Und es sollen nicht die Billigpreise sein, die wir für die Behandlung eines Patienten in drei Monaten bekommen, nein, die Kliniken fordern 120 Euro für jeden Fall. Die Voraussetzungen des Facharztstatus und der persönlichen Leistungserbringung durch den Facharzt wollen sie aber nicht garantieren.

Und wozu wohnortnah versorgen? Wir können doch alles per Telemedizin richten. Schließlich will die Telemedizin-Industrie ja auch etwas verdienen. Und weil das alles noch nicht reicht, wurde vorher schon im „Versorgungsstärkungsgesetz“ (VSG) die „Gröhe-Sprechstunde“ eingeführt. Die Terminservicestellen sollen ab 23. Januar 2016 eingeführt werden.

Was wir immer schon wussten, hat die OECD in ihrer jüngsten Auswertung bestätigt: Im internationalen Vergleich sind die Wartezeiten in Deutschland „sehr gering“. Die Wartezeitendebatte bezeichnete die OECD daher als „Phantomdebatte“. Überdurchschnittlich hoch ist in

Deutschland aber die Inanspruchnahme des Systems, vor allem in Bezug auf Arztkonsultationen und Arzneimittelkonsum. Außerdem ist die Anzahl der Klinikbetten viel zu hoch. (*Deutsches Ärzteblatt*, 4.11.2015). Ob Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe solche statistischen Auswertungen liest? Den Eindruck hat man nicht – eher das Gefühl, dass Gröhe und Lauterbach ein gut funktionierendes System schleifen und durch staatsmedizinische Strukturen ersetzen möchten. Hier schlägt Ideologie Realität. Und zwar bei CDU/CSU und SPD gleichermaßen.

WARTEZEIT VERKÜRZEN

„So nutzen Sie ihren Hausarzt als Turbo für rasche Termine“, schrieb die *Bunte* am 19. November 2015. Zwischen Berichten über die Garderoben von Heidi Klum und Otto Waalkes bei der letzten Bambi-Verleihung findet sich ein seitenlanger Artikel zur Frage: Wie kommt man am besten an einen schnellen Arzttermin? *Bunte* weiß Rat: „Bitten Sie ihren Hausarzt, dass er in der Praxis des Facharztes anruft und den Termin für Sie (persönlich) vereinbart. Das kann die Wartezeit um Wochen verkürzen.“

Außerdem gäbe es ab 2016 ja spezielle Servicestellen, die dem Patienten binnen vier Wochen zum Arzttermin verhelfen. Allerdings sei

fraglich, ob die Telefonhotlines wie geplant an den Start gingen.

Aha, die "Gröhe-Sprechstunde" im Anmarsch. Stimmt, auch die *Bunte* hat schon gehört, dass die KBV und die Praxissoftwarefirmen es bis zum Stichtag wohl nicht schaffen werden, die ganze Sache „online“ zu schalten.

Auf die Idee, zu fragen, warum die Termine in den Facharztpraxen oft ein bisschen dauern, wenn man als Wahlgeschenk die Praxisgebühr ersatzlos abschafft, kommen weder die *Bunte* noch Gröhe. Die Erkenntnisstufe scheint bei beiden in etwa gleich niedrig zu sein.

FRAGEN ÜBER FRAGEN

Die Inanspruchnahme der Klinikambulanzen für Bagatellfälle ist bundesweit massiv angestiegen. Die Fallzahlen bei Hamburger Haus- und Facharztpraxen sind in den letzten Jahren ebenfalls gestiegen (von 1/2012 bis 1/2015 um neun Prozent), natürlich für das gleiche Geld. Dass die weniger als zehn Prozent Privatpatienten in den Fachgruppen mit längeren Wartezeiten wie Psychotherapie, Kardiologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Pneumologie, Orthopädie, Haut und Augen alle Termine verstopfen, kann man niemandem weismachen, der des logischen Denkens mächtig ist.

1970 war der Anteil der GKV-Ausgaben für Praxen und Kliniken in Deutschland übrigens nahezu gleich. Seither sind viele besonders kosten-trächtige Bereiche aus den Kliniken in die Arztpraxen gewandert. Onkologie, Infektiologie, Diabetologie, Rheumatologie, Strahlentherapie und

andere mehr. Die Zahl der Krankenhausbetten ist zurückgegangen. Trotzdem geben die GKV-Kassen heute für die Praxen nicht einmal mehr halb so viel aus wie für die Kliniken (Quelle: BfG, Kennzahlen für die GKV).

Das ist die Realität, und trotzdem tun unsere Politiker gerade alles, aber auch alles dafür, den freiberuflichen Arztpraxen ihre Wirtschaftsgrundlage zu entziehen. Alles Geld für die politischen Planungen soll aus dem gedeckelten Topf der Praxisärzte entzogen werden. Das Geld für die Portalpraxen wird als Vorwegabzug aus der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) genommen – vor der Aufteilung in Haus- und Facharzttopf. Die Kosten für die „Gröhe-Sprechstunde“ werden als Strafmaßnahme dem jeweiligen Topf der Fachgruppe entzogen werden. Das Callcenter, welches die Termine vermittelt, wird natürlich

Wollen Gröhe und Lauterbach ein gut funktionierendes System schleifen und es durch staatsmedizinische Strukturen ersetzen?

von uns bezahlt. Wenn es nicht gelingt, innerhalb von einer Woche einen Termin für den Versicherten in den nächsten vier Wochen zu organisieren, geht der Patient in die Klinik. Auf Kosten der Fachgruppe.

Die meisten Kliniken haben keine Fachabteilungen für Haut, Neurologie, HNO, Augenheilkunde, Rheuma oder Lungenkrankheiten. Wer also wird die Patienten dort behandeln? Der Assistenzarzt aus der Inneren Abteilung? Fragen über Fragen.

Völlig klar ist: Hier droht eine ganz eklatante Ungleichbehandlung zwischen Kliniken und Praxen. Wenn in der Praxis eine EBM-Ziffer aus dem Fachgebiet abgerechnet wird, darf das nur der zugelassene Facharzt für das Fachgebiet abrechnen. Anderenfalls ist das „Abrechnungsbetrug“. In den Kliniken soll das alles plötzlich nicht mehr gelten. Wann wird es hier die ersten berechtigten Klagen geben?

Wir fragen uns schon lange: Warum wird langsam aber sicher ein System erodiert, um welches uns immer noch die ganze Welt beneidet? Will man keine ärztlichen Freiberufler mehr, weil sie als persönlich Verantwortliche für ihren Betrieb schlecht staatlich zu steuern sind? Weil sie seit zehn Jahren nicht bereit sind, die ärztlichen Arbeitsergebnisse namens „Patientendaten“ herauszurücken und damit ihre Schweigepflicht aufzugeben? Weil gerade die hocheffizienten Facharztpraxen eine ganz große Konkurrenz zu den vier privaten Klinikkonzernen sind, die inzwischen die kommunalen Kliniken aufgekauft haben und sich zusätzlich noch ein Stück vom ambulanten Kuchen sichern wollen?

Wie viel Lobby-Einfluss haben die Klinikvertreter im Bundestag, und wie schwach sind wir inzwischen? Unsere Spaltung in eine Unzahl von konkurrierenden Verbänden und das Berliner KBV-Theater haben inzwischen tiefe Spuren hinterlassen.

STOPPSCHILD AUFSTELLEN

Es liegt ganz alleine an uns! Jeder von uns Hausärzten hat nervtötende Patienten, die egozentrisch denken und die glauben, sie seien allein auf

der Welt und bräuchten auf der Stelle einen Facharzttermin für seit Monaten bestehende Befindlichkeitsstörungen. Die fordern, dass wir als Hausarzt diesen Termin auf der Stelle organisieren sollen. Was wir sonst gerne tun, aber nicht entsprechend dem Grad des Nervens, sondern nur (!) im Falle einer wirklichen Dringlichkeit. Über die wir bisher ganz alleine entscheiden konnten. Und das sollten wir als Hausärzte auch weiter so halten.

Es liegt ganz allein an uns, ob wir aus Bequemlichkeit den Patienten eine Überweisung mit einem Aufkleber in die Hand drücken, der ihn als „dringlich“ genug qualifiziert, um einen „Gröhe-Termin“ zu bekommen - auch wenn es sachlich nicht ange-

bracht ist und wir damit ein System stärken, welches auch die Abschaffung unserer eigenen Freiberuflichkeit zum Ziel hat.

Es liegt an uns! Wir müssen diese Entwertung und Entmachtung unserer verantwortlichen ärztlichen Entscheidung nicht mitmachen! Wir sollten hier genau wie bei der geplanten Einrichtung von „Portalpraxen“ ein Stoppschild aufstellen! Denn wenn an jeder Klinik eine Portalpraxis von uns finanziert wird, wird der Topf, aus dem unsere Grundleistungen bezahlt werden, ganz schnell in sich zusammenfallen.

Und hier geht es genau wie bei der „Gröhe-Sprechstunde“ um uns alle. Wir müssen niemanden an die „Gröhe-Sprechstunde“ überwei-

sen! Die Patienten werden ohnehin schnell merken, dass sie weder einen Wunschtermin noch einen Wunscharzt bekommen werden.

Nicht spalten lassen! Getrennt werden wir gemeinsam untergehen. Die „Gröhe-Sprechstunde“ ist staatlich induzierter Unsinn. Und die Portalpraxen gefährden unsere Praxen und ein augenblicklich in Hamburg noch sehr gut funktionierendes Notdienstsystem. Nur gemeinsam können wir den geplanten politischen Nonsens auf ein Minimum beschränken. Tun wir es also. ■

DR. SILKE LÜDER, Hausärztin in Bergedorf und stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg

Einführung der Terminservicestelle in Hamburg

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu, bis zum 23. Januar 2016 eine Terminservicestelle (TSS) einzurichten. Voraussetzung für die Terminvermittlung ist ein dringlicher Überweisungsschein zum Facharzt. Nur wenn es um Termine beim Augenarzt und beim Gynäkologen geht, kann sich ein Patient auch ohne Überweisung direkt an die TSS wenden. Rahmenvorgaben zur Dringlichkeit werden auf der Bundesebene noch festgelegt.

Die TSS soll innerhalb von einer Woche einen Termin vermitteln, der innerhalb eines Zeitfensters von vier Wochen liegt. Der Patient hat keinen Anspruch auf einen Termin bei seinem Wunscharzt oder zu

einer von ihm bevorzugten Zeit. Das Gesetz sieht vor, dass die zu vermittelnde Praxis in zumutbarer Entfernung zu liegen hat. Was als zumutbar gilt, muss noch im Bundesmantelvertrag geregelt werden. Kann der Facharzttermin nicht fristgerecht vermittelt werden, hat die TSS dem Patienten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Die Kosten für die Behandlung gehen zu Lasten der Honorare der betreffenden Facharztgruppe.

Die KV Hamburg bittet die Ärzte darum, die bisherige Überweisungspraxis auch nach Einführung der TSS beizubehalten und in dringenden Fällen für die eigenen Patienten selbst Termine

bei weiterbehandelnden Ärzten zu vereinbaren. So wird gewährleistet, dass die TSS nur in Ausnahmefällen genutzt werden muss.

Will der Arzt einen Patienten für eine Inanspruchnahme der TSS legitimieren, kennzeichnet er die Überweisung mit einer Kennnummer als „dringlich“. Mit diesem Überweisungsschein wendet sich der Patient anschließend an die TSS. Jeder Hamburger Facharzt wird verpflichtet, eine bestimmte Anzahl von Terminen pro Quartal für die TSS zur Verfügung zu stellen.

Zu Redaktionsschluss dieser Ausgabe standen die Details des Verfahrens noch nicht fest. Die Ärzte werden darüber rechtzeitig auf direktem Wege informiert.

Fragwürdige Methode

Home-Care-Unternehmen liefern Verbandmaterial an Patienten – und versuchen im Nachhinein, das dazugehörige Rezept zu bekommen.

Es kommt immer wieder vor, dass Patienten mit chronischen Wunden, die soeben aus dem Krankenhaus entlassen wurden, unverlangt größere Mengen Verbandmaterial ins Haus geschickt bekommen. Absender sind Home-Care-Unternehmen, die offenbar kurze Informationswege ins Krankenhaus haben.

Die weiterbehandelnden Hausärzte erhalten von den Home-Care-Unternehmen eine Aufforderung, im Nachhinein Rezepte für das gelieferte Material auszustellen. Um Druck zu machen, wird bisweilen sogar behauptet, die Patienten müssten das Material (häufig im Wert von mehreren hundert Euro) selbst bezahlen, falls der Hausarzt das Rezept verweigert.

Das Wundzentrum Hamburg e.V. stellt hierzu fest:

- **DER PATIENT MUSS** für unverlangt gelieferte Ware nichts bezahlen. Das Unternehmen ist verpflichtet, die Sendung zurückzunehmen.
- **WIRD EIN PATIENT** aus dem Krankenhaus entlassen, liegt die Therapiehoheit beim weiterbehandelnden Arzt. Dieser kann bei seiner

Entscheidung die Empfehlungen mit einbeziehen, die sich in den ärztlichen Entlassungsberichten beziehungsweise in den pflegerischen Überleitungsbögen der Krankenhäuser finden. Home-Care-Unternehmen hingegen steht es nicht zu, den Ärzten Therapieempfehlungen zu geben oder ihnen gar Anforderungsformulare zu schicken. Es läuft andersherum: Wenn die Ärzte eine unabhängige Entscheidung zur Wundtherapie getroffen haben, gehen die Rezepte an Home-Care-Unternehmen, die eine Materialversorgung (aber keine Wundversorgung) durchführen.

Die Ärzte müssen ihre gesetzlich garantierte Therapiehoheit nutzen, um eine kostspielige, überflüssige und im Extremfall unsinnige Versorgung der Patienten zu verhindern - und auch, um Regressen vorzubeugen. Denn das verschriebene Verbandmaterial geht zu Lasten des ärztlichen Budgets.

Wundzentrum Hamburg

Das Wundzentrum Hamburg ist ein gemeinnütziger Verein, der sich seit mehr als 12 Jahren mit der Versorgung chronischer Wunden beschäftigt. Unter den insgesamt etwa 460 Mitgliedern sind Krankenhäuser, Ärzte, Praxen, Pflegedienste, Pflegefachkräfte, Hersteller und auch Home-Care-Unternehmen, die mit den hier in Frage stehenden Praktiken nichts zu tun haben.

Deshalb unsere Empfehlung: Gehen Sie auf Rezeptanforderungen von Home-Care-Unternehmen nicht ein. Und informieren Sie Ihre Patienten darüber, dass sie unverlangt zugeschickte Ware möglichst nicht annehmen sollten. Falls das Material bereits im Haus ist, sollten die Patienten das Home-Care-Unternehmen auffordern, es innerhalb einer bestimmten Frist (beispielsweise 10 Tage) zurückzunehmen. (Weitere Informationen für Patienten: Patientenberatung der Ärztekammer und der KV Hamburg, Tel: 202299-222) ■

DR. MED. K.-C. MÜNTER

Vorsitzender, Wundzentrum Hamburg e.V.,
Gemeinschaftspraxis Bramfeld

PROF. DR. MED. M. AUGUSTIN

Stellvertretender Vorsitzender Wundzentrum Hamburg e.V.,
Universitätskrankenhaus Eppendorf

Ansprechpartner

für Nachfragen:
Expertenhotline des
Wundzentrum Hamburg e.V.,
www.Wundzentrum-hamburg.de

„So geht das nicht“

Der Harburger Chirurg Dr. Manfred Giensch ärgerte sich über die Schwierigkeiten bei der Versorgung von Flüchtlingen im Notfalldienst – und stellte der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung einen Untersuchungscontainer aufs Gelände.



Dr. Manfred Giensch
niedergelassener Chirurg in
Hamburg-Harburg

Wie kamen Sie auf die Idee, einen Container für die Versorgung von Flüchtlingen zu besorgen?

GIENSCH: Ich fahre seit vielen Jahren im kassenärztlichen Notfalldienst. Im Juni 2014 wurde die Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende in die Harburger Poststraße und damit in unser Versorgungsgebiet verlegt. Zunächst konnte man dort gut arbeiten. Doch im September und Oktober 2015 stieg die Zahl der Flüchtlinge an – und es wurde eng. Sie

müssen sich vorstellen: In der großen Halle der Einrichtung wohnen weit über hundert Menschen. Viele von ihnen sind erschöpft, teilweise gerade erst angekommen nach einem langen Weg aus Eritrea oder Syrien oder Pakistan. Es gibt wenige Toiletten und wenige Duschräume, die hygienischen Verhältnisse sind ungenügend. Sie kommen als Arzt nachts in diese Halle, es schlägt Ihnen ein fürchterlicher Geruch entgegen, und Sie finden keinen Ort, an den Sie sich mit Ihrem Patienten zurückziehen können. Ich musste eine Frau mit Nierenbeckenentzündung auf dem Gang zur Toilette untersuchen. In einem anderen Fall hatte ich die Wahl, ein kleines Kind für die Untersuchung auf den Fußboden oder auf einen schmutzigen Papierstapel zu legen.

Haben Sie sich nicht beschwert?

GIENSCH: Natürlich. Doch ich bekam keine Antworten. Immer wieder musste ich Patienten im Stehen oder auf dem Fußboden unter-

suchen. Da habe ich mir gesagt: So geht das nicht. Ich überlegte mir, welche Möglichkeiten es gäbe, die Situation auf eigene Faust zu verbessern – und sprach mit einem alten Freund, der ebenso wie ich Mitglied des Rotary-Clubs Haake ist. Heinrich Weseloh ist Bauunternehmer, und er bot mir an, einen der Container zur Verfügung zu stellen, die von seinen Architekten als Büro genutzt werden.

Das ging ja einfach ...

GIENSCH: Naja, der komplizierte Teil kam erst noch. Ich benötigte die Erlaubnis, den Container auf das Gelände zu stellen. Zunächst fragte ich bei Fördern und Wohnen an, dem Betreiber der Einrichtung. Die Angestellten vor Ort arbeiteten wirklich bis zur Erschöpfung. Auch die Führungskräfte waren überlastet. Ich konnte niemanden dingfest machen, der sich als für mein Anliegen zuständig erklärte. Dann kam eines Abends der Harburger Bezirksamtsleiter in unseren Rotary-Club, um einen Vortrag über die Zukunft des Stadtteils zu halten. Ich sprach ihn auf mein Vorhaben an, und er sagte mir: „Zuständig ist das Bauaufsichtsamt. Ruf dort mal an.“ Das tat ich, und die Dame dort war sehr kooperativ. Sie gab mir eine mündliche Zusage – und fuhr danach in den Urlaub. Andere Behörden hatten von meinem Projekt erfahren und meldeten kurze Zeit später Bedenken an: „Wir können doch nicht einen Container in die Harburger Poststraße stellen – und die anderen Erstaufnahmeeinrichtungen bekommen gar nichts.“ Es verging eine volle Woche, in der ich nochmals mühsam Überzeugungsarbeit leisten musste. Ich sagte: „Ich bin froh, dass ich einen Container habe. Nun lasst uns doch mal damit anfangen.“ „Naja“, hieß es dann. „Machen Sie mal.“

Wie haben Sie den Container zur Erstaufnahmeeinrichtung transportiert?

GIENSCH: Mein Freund hat ihn auf einen LKW geladen, und wir sind in die Harburger Poststraße gefahren. Als wir ihn abladen wollten, kam der Hausmeister und sagte: „Nichts da! Zeigen Sie erst mal Ihre Genehmigung.“ Als Mannschaftsarzt der deutschen Olympiareiter besitze ich eine Jacke mit einem deutschen Adler darauf, die ich zufällig gerade trug. Ich machte ein offizielles Gesicht und sagte: „Ich bin vom kassenärztlichen Notfalldienst. Ich habe die mündliche Zusage, und der Container bleibt hier!“ Wir redeten dem Hausmeister gut zu, bis er schließlich einwilligte.

Wie ist der Container ausgestattet?

GIENSCH: Es gibt eine Untersuchungs- und Liege, die aus meiner Praxis stammt. Schränke waren bereits vorhanden, denn es handelt sich ja um einen Bürocontainer. Auch für Medikamente ist gesorgt. Der Chef der Harburger Weber-Apotheken – ebenfalls ein Rotarier – überlässt uns die Medikamente zum Einkaufspreis. Meinem eigenen Rotary-Club habe ich gesagt: „Nun könnt ihr auch mal die Kosten für die Medikamente übernehmen.“ Dazu haben sich die Rotarier sofort bereit erklärt. Ich hatte ihnen Fotos von meiner Arbeit in der Erstaufnahmeeinrichtung gezeigt. Die Bereitschaft zu helfen war groß.

In den Erstaufnahmeeinrichtungen gibt es Honorarärzte, die für die Grundversorgung der Flüchtlinge zuständig sind. Warum können die Notfalldienst-Ärzte nicht deren Sprechzimmer nutzen?

GIENSCH: In der Harburger Poststraße ist Dr. Refmir Tadzic für die Erst- und Grundversorgung zuständig. Ich habe ihn kennengelernt, und ich bewundere seine Arbeit. Ich kann verstehen, dass er die Notfalldienst-Ärzte nicht in seinen Behandlungsraum lässt. Dort lagert wertvolles Material, es gibt Medikamente und Impfstoffe. Mit den Notfalldienst-Ärzten kämen Wachleute, Patienten und möglicherweise noch Familienangehörige oder Dolmetscher mit in den Raum – viele unbekannte Men-



Schwierige Arbeitsbedingungen im Notfalldienst: Kein Rückzugsort für die Behandlung, keine geregelte Medikamentenversorgung

schen. Man hätte gar keine Kontrolle mehr darüber, wer dort ein- und ausgeht.

Und wer kann den von Ihnen organisierten Container benutzen?

GIENSCH: Alle Notfalldienst-Ärzte. In den drei Notfalldienst-Autos, die im Hamburger Süden unterwegs sind, befinden sich Schlüssel für den Container.

Mittlerweile gibt es in Hamburg 33 Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende. Wie könnte das Problem fehlender Rückzugsorte für die Notfalldienst-Ärzte in den anderen Einrichtungen gelöst werden?

GIENSCH: Man bräuchte an allen Standorten einen Raum oder einen Container, um sich für die ärztliche Konsultation zurückziehen zu können. In den Erstaufnahmeeinrichtungen, wo die Menschen ja gerade erst ankommen, sollte man einige wichtige Standardmedikamente vorhalten und auch nachts oder am Wochenende mit einer Antibiotikatherapie beginnen können. Bei der Organisation der Versorgung gibt es also noch einiges zu tun. ■

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

REHABILITATION

Stimmt es, dass das Muster 60 („Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“) zum 1. April 2016 wegfällt?

Ja, das Formular 60 wird es dann nicht mehr geben. Bisher wurde dieses Formular genutzt, um vor der Verordnung prüfen zu lassen, ob die Krankenkassen leistungrechtlich zuständig sind. Diese Prüfung ist künftig nicht mehr vorgeschrieben. Ab April 2016 können Vertragsärzte Rehabilitationsleistungen direkt auf dem Formular 61 verordnen. Zudem kann künftig jeder Vertragsarzt eine medizinische Rehabilitation verordnen. Der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich. Damit entfällt die bislang notwendige Abrechnungsgenehmigung.

FREIE HEILFÜRSORGE

Wie stellen wir Impfstoffanforderungen für einen Patienten aus, der bei der Freien Heilfürsorge versichert ist?

Bei Versicherten der Freien Heilfürsorge (zum Beispiel Polizeibeamte) wird der Impfstoff auf den Namen des Patienten zu Lasten des Kostenträgers des Patienten verordnet. Eine Anforderung über die Rezeptprüfstelle Duderstadt ist nicht zulässig.

HPV-IMPFZYKLUS

Wir haben eine 20-jährige Patientin, bei der im Alter von 14 Jahren ein Impfzyklus gegen HPV begonnen wurde. Der Zyklus wurde jedoch nie beendet. Können wir den Impfzyklus jetzt zu Lasten der Krankenkasse vervollständigen?

Nein. Die restlichen Impfdosen können nicht über die gesetzliche Krankenkasse abgerechnet werden, da die Patientin schon über 18 Jahre alt ist (siehe Schutzimpfungs-Richtlinie §11 Abs. 2). Eine Ausnahme besteht bei Patientinnen, die bei der Pronova BKK versichert sind. Hier wurde eine Ergänzungsvereinbarung geschlossen, wonach HPV-Impfungen bis zum 27. Lebensjahr vorgenommen werden können.

HEILMITTEL ALS HAUSBESUCH

In welchen Fällen kann man einen Hausbesuch für eine physiotherapeutische Leistung verordnen?

Ein Hausbesuch kann verordnet werden, wenn der Patient (zum Beispiel aufgrund einer Behinderung) nicht in der Lage ist, in die Praxis des Heilmittelerbringers zu kommen. Die Verordnung eines Heilmittels als Hausbesuch muss immer medizinisch begründet werden.



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

NETZHAUT-UNTERSUCHUNG

Ist die Untersuchung der Netzhaut (Augenhintergrund, Funduskopie) eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse?

Ohne medizinischen Grund ist die Untersuchung der Netzhaut (Augenhintergrund, Funduskopie) keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein medizinischer Grund ist das Vorliegen eines Diabetes mellitus. Auch die im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) einmal jährlich vorgesehene ophthalmologische Netzhautuntersuchung in Mydriasis oder Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) ist eine Kassenleistung. Es muss auf der Überweisung kenntlich gemacht sein, dass die Untersuchung im Rahmen des DMP-Programms oder zur Abklärung eines Krankheitsverdachts bei Diabetikern stattfindet. Unter diesen Umständen kann die Untersuchung dem Patienten nicht privat in Rechnung gestellt werden. Berechnet der Augenarzt die Grundpauschale wegen eines Krankheitsverdachts, sind die Tonometrie und die Funduskopie in der Pauschale enthalten.

PFLEGE-NOTWENDIGKEIT

Ich behandle einen pflegebedürftigen Patienten, der künftig von einem Angehörigen gepflegt werden soll. Hierfür soll man einen Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld stellen können. Mit welchem Formular kann ich die Notwendigkeit der Pflege bescheinigen?

Es gibt kein vertragsärztliches Formular für diesen Fall. Der Arzt des zu pflegenden Patienten muss eine ärztliche Bescheinigung (Attest) über die Pflege-Notwendigkeit ausstellen. Diese Bescheinigung wird zusammen mit dem Antrag für das Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegekasse oder der Krankenkasse der pflegebedürftigen Person eingereicht. Das Ausfüllen dieser Bescheinigung (Attest) ist nach GOÄ Nr. 70 privat in Rechnung zu stellen.

Infocenter Tel: 22802-900



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

Impfpausweise: Bitte künftig beim Paul Albrechts Verlag bestellen

Ab 1. Januar 2016 können Sie Impfpausweise kostenlos über den Paul Albrechts Verlag bestellen. Der Bestellschein wird entsprechend ergänzt.

www.kvhh.de → Formulare → Bestellschein

„Spezialsprechstunde“ im Krankenhaus

In der Regel kann weder Einweisung noch Überweisung ausgestellt werden

Immer wieder kommen Patienten in die Praxen, die Einweisungen für eine ambulante „Spezialsprechstunde“ im Krankenhaus (Adipositas-Sprechstunde, Hand-Sprechstunde) erhalten möchten. Das ist unzulässig. Der Vertragsarzt darf für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus keine Einweisung ausstellen. Die Krankenhauseinweisung ist Fällen vorbehalten, in denen nach Auffassung des Vertragsarztes ein stationärer Aufenthalt notwendig ist.

Etwas komplizierter ist es, wenn eine Überweisung ins Krankenhaus ausgestellt werden soll. Es gibt drei Fälle, in denen das möglich ist:

- Erstens: Wenn die betreffende Krankenhausabteilung oder der betreffende Krankenhausarzt für die zu erbringenden Leistungen eine Ermächtigung hat. Ob dies der Fall ist, können Vertragsärzte beim Krankenhaus erfragen oder mit Hilfe der Ärztsuche im internen Bereich der KV-Website herausfinden: **www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Im Mitgliederbereich anmelden → Ärztsuche → Ermächtigungen**
- Zweitens: Wenn der Patient im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach §116b SGB V behandelt werden soll. Dabei geht es um schwere oder seltene Erkrankungen (zum Beispiel Tuberkulose, gastrointestinale Tumoren, Marfan-Syndrom).
- Drittens: Wenn der Patient an der Hochschulambulanz (Poliklinik) des UKE behandelt werden soll.

Handelt es sich um keinen der drei genannten Fälle, darf der Arzt auch keine Überweisung ausstellen.

„Spezialsprechstunden“ am Krankenhaus, die weder per Einweisung noch per Überweisung in Anspruch genommen werden können, gehören nicht zum Leistungsspektrum der GKV.

Sind die im Rahmen der „Spezialsprechstunde“ angebotenen Leistungen sinnvoll und notwendig, kann man allerdings davon ausgehen, dass sie auch im vertragsärztlichen Bereich erbracht werden. Vertragsärzte, die entsprechende Leistungen in ihrer Praxis anbieten, findet man in der Ärztsuche mit Hilfe der Auswahlmöglichkeiten „Fachgebiet“, „Schwerpunkt“ oder „Zusatz/Bereich“.

Zu diesen Vertragsärzten können Patienten gehen, wenn sie die Leistungen nicht selbst bezahlen wollen. ■

www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste)

Arztsuche

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



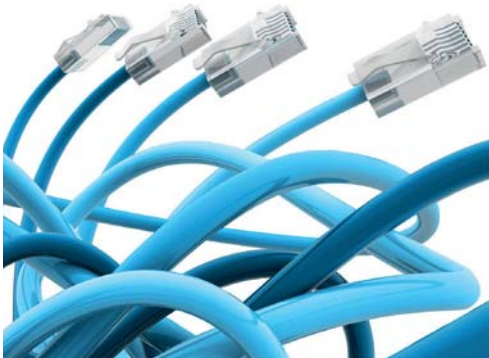
INFOFLYER

Die KV Hamburg hat einen Patienten-Flyer erstellt, in dem der Unterschied zwischen Einweisung und Überweisung ins Krankenhaus erläutert wird. Sie können den Flyer im Internet bestellen oder herunterladen: **www.kvhh.de → (obere Navigationsleiste) Presse → KVH Infomaterial → Einweisung oder Überweisung?**



SafeNet wird finanziell gefördert

Vertreterversammlung beschließt Zuschuss für Anschaffung und Nutzung



Die Anschaffung der Hardware zur Nutzung des sicheren Übertragungsweges über das „Sichere Netz der KVen“ – SafeNet – wird von der KV Hamburg bezuschusst. Einen entsprechenden Beschluss hat die Vertreterversammlung gefasst. Die nachgewiesenen Gerätekosten werden sukzessive über Zuschüsse bei der Nutzung von SafeNet für die Übertragung der Abrechnung oder das Einstellen von Terminen bei der Terminservicestelle erstattet.

SafeNet ist eine speziell für ärztliche und psychotherapeutische Zwecke entwickelte Verschlüsselungstechnologie, die die aktuell höchsten Sicherheitsstandards garantiert. Der Anschluss der Praxen via SafeNet an das „Sichere Netz der KVen“ ist von höchster strategischer Bedeutung, damit die ärztliche Kommunikation in der

Hand der vertragsärztlichen Körperschaften bleibt und nicht im Netz der „Telematikinfrastruktur“ aufgeht, welche technisch von einer Bertelsmann-Tochterfirma betrieben wird.

Neben diesem wichtigen strategischen Aspekt gibt es in zunehmender Zahl auch Mehrwertdienste, die nur über SafeNet genutzt werden können. Hierzu zählt vor allem die sichere elektronische Versendung von Befunden, Briefen etc. von Praxis

zu Praxis, von Praxis zu Labor sowie von Praxis zu Krankenhaus und retour. Die KV verhandelt aktuell die flächendeckende Ausrüstung der Hamburger Kliniken mit der SafeNet-Technologie.

Bis auf weiteres bleibt die bloße Übermittlung der Abrechnung über das „Web-Net“ (Name/Passwort) möglich ■

Ansprechpartner:
Infocenter
Tel: 22802-900

WIE BEKOMME ICH DIE FÖRDERUNG?

Die KV Hamburg fördert SafeNet in zweierlei Hinsicht:

- Es gibt einen Zuschlag, wenn SafeNet bei der Übertragung der Abrechnung via KVH-Portal oder KV Connect genutzt wird. Der Zuschlag beträgt 20 Euro bei Ärzten und 50 Euro bei Psychotherapeuten.
- Und es werden 20 Euro pro Monat an jeden Facharzt gezahlt, der SafeNet nutzt, um Termine in das Servicetool der Terminservicestelle einzustellen. (Sie werden darüber informiert, sobald dieses Servicetool nutzbar ist.)

Voraussetzung für die Förderung ist der Nachweis, dass der Arzt oder Psychotherapeut die Hardware für SafeNet angeschafft hat. Bitte faxen Sie die Rechnung für die SafeNet-Hardware (bei Leihgeräten: Beleg der monatlichen Mietkosten) an die KV.

Fax-Nr: 22802-420

Die Zuschläge werden gezahlt, bis die Summe erreicht ist, die der Arzt oder Psychotherapeut nachgewiesenermaßen für die Anschaffung der Hardware ausgegeben hat. Installationskosten und Gebührenzahlungen werden nicht erstattet.

Der Zuschlag wird automatisch mit dem Honorar überwiesen. Praxisgemeinschaften mit nur einem Anschluss müssen sich den Zuschlag teilen.

Die Förderung ist zeitlich begrenzt bis zum 1. Juli 2018.



LEB-Behandlungsschein für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Ab Januar gilt ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren

Bei minderjährigen Flüchtlingen, die unbegleitet nach Deutschland einreisen, erfolgt die Erstaufnahme beim Kinder- und Jugendnotdienst. Dieser ist Teil des Landesbetriebs Erziehung und Beratung (LEB). Auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden mit einer normalen Versichertenkarte einer Krankenkasse ausgestattet. Wird schon vorher eine Behandlung beim Vertragsarzt erforderlich, gilt ab 1. Januar 2016 folgendes Verfahren:

Die minderjährigen Flüchtlinge erhalten einen vom LEB ausgestellten Behandlungsschein, der in der Arztpraxis abgegeben wird. Der Leistungsumfang richtet sich nach dem Sozialhilfeträgervertrag – entspricht also dem Leistungsanspruch eines normalen AOK-Rheinland/Hamburg-Versicherten. Die Leistungen werden extrabudgetär zu den Vergütungssätzen gezahlt, wie sie mit der AOK Rheinland/Hamburg vereinbart sind.

Die anhand des Behandlungsscheins erbrachten Leistungen werden über die KV abgerechnet. Die Arztpraxis legt im PVS-System ein Ersatzverfahren an und trägt folgende Daten ein:

- Kostenträger: VKNR 02803 (FHH LEB Kinder/Jugendnotdienst)
- Kostenträgerabrechnungsbereich: Inhalt 06 (Sozialhilfeträger)

Der Behandlungsschein wird im Original der Abrechnung beigelegt.

Die Veranlassung von Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel) erfolgt auf Privatrezept.

Eine Ausstellung von Überweisungsscheinen ist möglich. Geben Sie in diesen Fällen in das Feld „Krankenkassen bzw. Kostenträger“ die Kennung „02803“ ein. Bitte beachten Sie jedoch, dass einer Überweisung immer auch eine Kopie des Behandlungsscheins mitgegeben werden muss. Die alleinige Vorlage des Überweisungsscheins reicht nicht aus. ■

Landesbetrieb Erziehung und Beratung	Hamburg
FREIE UND HANSESTADT HAMBURG BEHANDLUNGSSCHEIN für ambulante ärztliche Behandlung	
Ausgestellt für:	Stempel KJND: Datum, Unterschrift Name:
Gültig für das Quartal: /	
Vers. Nr.:	
Kostenträgerkennung (VKNR): 02803	
Angaben auf Überweisungen und Verordnungen unbedingt erforderlich Gültig nur im Bereich der Freien und Hansestadt Hamburg!	
Ausgestellt von: Freie und Hansestadt Hamburg Landesbetrieb Erziehung und Beratung Kinder- und Jugendnotdienst	

Behandlungsschein des LEB für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, die noch keine Versichertenkarte einer Krankenkasse haben

„24-Stunden-Bescheinigung“ für Asylbewerber

Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden beginnen

Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Personen in der ZEA, die noch nicht auf ein anderes Bundesland verteilt oder bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet worden sind

Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Personen in der ZEA, die noch nicht auf ein anderes Bundesland verteilt oder bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet worden sind

Angaben zur Person – Bitte KOPIE der NOTAUFNAHMEKARTE bzw. des ZEA-HAUSAUSWEISES beifügen.	
Name	
Vorname(n)	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort und -land	

"24-Stunden-Bescheinigung" zur Sicherstellung der Versorgung von Asylbewerbern, die noch nicht bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet sind

Es gibt immer wieder Nachfragen zur sogenannten „24-Stunden-Bescheinigung“ für Flüchtlinge. Wenn ein Flüchtling durch Vertragsärzte medizinisch versorgt werden muss, der noch nicht bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet wurde, bekommt er eine provisorische Bescheinigung von der Erstaufnahme-Einrichtung. Die Bescheinigung trägt die Überschrift: „Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Personen in der ZEA ...“.

Patienten, die eine solche Bescheinigung vorlegen, haben ein Recht darauf, behandelt zu werden. Dabei sind die für Asylbewerber geltenden Leistungseinschränkungen zu beachten. Die Behandlung muss innerhalb von 24 Stunden nach Ausstellung des Scheines beginnen. Folgetermine beim selben Arzt, die denselben Vorstellungsanlass betreffen, sind nach Auskunft der Sozialbehörde von der Bescheinigung abgedeckt. Bei Schwangerschaft, ernsthaften

Erkrankungen oder sonstigen Fällen, in denen ein längerer Behandlungsbedarf absehbar ist, empfiehlt es sich jedoch, Kontakt mit der Zentralen Erstaufnahme aufzunehmen, damit der Patient zügig einen Versichertennachweis der AOK Bremen/Bremerhaven erhält. Die genannten Fallgruppen werden in der Regel in der Bearbeitung vorgezogen.

Die anhand der „24-Stunden-Bescheinigung“ erbrachten Leistungen werden über die KV abgerechnet. Die Arztpraxis legt im PVS-System ein Ersatzverfahren an und trägt folgende Daten ein:

- Kostenträger: VKNR 03101 (AOK Bremen/Bremerhaven)
- Kostenträgerabrechnungsbereich: Inhalt 00 (Primärabrechnung)
- Versichertenart: besondere Personengruppe 4

Die Praxis fertigt eine Kopie der Bescheinigung an (das Original verbleibt beim Patienten). Diese Kopie sowie der Behandlungsschein werden dann der Abrechnung beigelegt werden. ■

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900



Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2015

Abgabefrist: 2. Januar bis 15. Januar 2016

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

Abgabezeiten in der KV

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

Ort: Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

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

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

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

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900

Amtliche Veröffentlichung

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

I. Verträge:

- 2. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J 2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der Techniker Krankenkasse und der AG Vertragskoordination mit Wirkung zum 1. Januar 2016.
- 2. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der Techniker Krankenkasse und der AG Vertragskoordination mit Wirkung zum 1. Januar 2016.

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten:

- zum 42. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996: Anlage M - Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem vdek:

Der 42. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996: Anlage M - Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem vdek wurde im Hamburger Ärzteblatt 09/2015 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

Hinweis: Kündigung der Teilnahme am Vertrag:

- Vertrag vom 10. Juni 2008 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 auf der Grundlage von § 83 SGB V sowie
- Vertrag vom 1. April 2006 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern nach § 137f SGB V auf der Grundlage von § 73a SGB V:

Die HEK - Hanseatische Krankenkasse hat ihre Teilnahme an den o.g. Verträgen zum 31. Dezember 2015 gekündigt.

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

Infocenter, Tel: 22802-900

Regressgefahr beim Sprechstundenbedarf

Liste regressgefährdeter Mittel künftig online abrufbar

Die Krankenkassen haben der Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) nicht nur die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs, sondern auch die Prüfung („sachlich-rechnerische Richtigstellung“) der SSB-Verordnungen übertragen. Das erste durch die RPD geprüfte Quartal ist das Verordnungsquartal 02/2014, die entsprechenden Anträge und Bescheide liegen mittlerweile vor. Da sich aufgrund dieser neuen Konstellation Verschiebungen im Prüfungsschwerpunkt ergeben könnten, stellen wir künftig, beginnend mit den derzeitigen Erfahrungen aus dem Prüfquartal 02/2014, auf unserer Homepage eine Liste zur Verfügung, die den Ärzten zeigt, welche Mittel am häufigsten beanstandet werden. Ergänzend zu den verbindlichen Regelungen der regionalen SSB-Vereinbarung soll diese Liste als Orientierungshilfe dienen, um kurzfristig das Ordnungsverhalten anpassen und so Regresse vermeiden zu können.

Bitte beachten Sie: Diese Aufzählung potentiell regressgefährdeter Mittel ist nicht abschließend – es gibt derzeit eine Vielzahl von Regressen wegen Verstößen gegen die Sprechstundenbedarfsvereinbarung. Es ist daher zwingend notwendig, sich zudem mit den Inhalten der Sprechstundenbedarfsvereinbarung vollständig vertraut zu machen und den genauen Wortlaut zu beachten. Bitte stellen Sie die Unterlagen auch Ihren dafür verantwortlichen Mitarbeiterinnen zur Verfügung. Die Anforderung von Artikeln oder Medikamenten, die nicht explizit in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung genannt werden, führt unweigerlich zum Regress.

Die aktuelle Liste regressgefährdeter Mittel im SSB finden Sie unter: www.kvvh.de → Verordnungen → Sprechstundenbedarf ■

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

PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG DER KV HAMBURG

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurechtzukommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxisspezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

Alle Hamburger Vertragsärzte sind herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!
Tel: 22802-572 oder 22802-571





Verordnung der neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs)

Immer wieder erhalten wir Anfragen, ob und in welchen Fällen die neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) für gesetzlich versicherte Patienten verordnet werden können. Ärzte berichten uns, dass besonders Patienten mit Vorhofflimmern, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, fast immer auf die neuen Wirkstoffe (meist Rivaroxaban®) eingestellt sind. Wir haben im Folgenden die wichtigsten Informationen für Ihre Verordnungsentscheidung zusammengestellt.

Zu den NOAKs zählen derzeit Rivaroxaban-Xarelto®, Apixaban-Eliquis®, Edoxaban-Lixiana® und Dabigatran-Pradaxa®. Grundsätzlich gilt: Die NOAKs können im Rahmen ihrer Zulassungsindikation verordnet werden, wenn dies im patientenindividuellen Fall notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist (Wirtschaftlichkeitsgebot). Das in den Arzneimittelrichtlinien konkretisierte Wirtschaftlichkeitsgebot sieht vor, dass bei Arzneimitteln mit vergleichbarer Wirkung (Behandlungsziel, Nebenwirkungen) für den Patienten das kostengünstigere zu verordnen ist.

Die KV Hamburg schließt sich den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zum Einsatz der neuen Antikoagulantien an (1,2). Für nutzenbewerzte Wirkstoffe (bisher nur Apixaban – Bewertung von Edoxaban steht noch aus) sollten die Inhalte der Beschlüsse des Bundesausschusses beachtet werden (Anlage 12, Arzneimittelrichtlinie). Ist ein „neues Antikoagulant“ indiziert, so sollten neben patientenindividuellen Aspekten auch Evidenz und Preis (siehe Tabellen 1 und 3) berücksichtigt werden.

Was heißt das konkret?

VITAMIN K-ANTAGONISTEN ALS STANDARD: Die AkdÄ sieht für die orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern die Behandlung mit einem Vitamin-K-Antagonisten wie z.B. Phenprocoumon (Marcumar®, Falithrom®, Generika) als Standard an (1;2). Dies bedeutet, dass alle bereits gut eingestellten beziehungsweise gut einstellbaren Patienten mit Vitamin-K-Antagonisten wie z.B. Phenprocoumon behandelt werden sollten.

GERINGE EFFEKTE: Der vermeintliche Vorteil (siehe Tabelle 1) der neuen Wirkstoffe relativiert sich in den Studien stark, wenn die Patienten mit Vitamin-K-Antagonisten ausreichend gut eingestellt wurden (INR-Werte mehr als 70 % im therapeutischen Bereich). Das Ausmaß der Effekte der neuen Wirkstoffe ist gering. So ergibt sich zum Beispiel für den Effekt "Hirnblutungen" in den Studien ein NNTB (NNT-Benefit) von 200 bis 500 (nach Berechnungen Dr. H. Wille).

TABELLE 1 (qualitative Darstellung nach Dr. H. Wille)

NOAK'S VERSUS WARFARIN	WELCHE EREIGNISSE TRETEN SELTENER (↓), GLEICH HÄUFIG (↔), HÄUFIGER (↑) AUF?			
	Insult+SEE	ischäm. Insult	Schwere Blutungen	Hirn- blutungen
Dabigatran 2x 110mg	↔	↔	↓	↓
Dabigatran 2x 150mg	↓	↓	↔	↓
Rivaroxaban 1x 20mg	↔	↔	↔	↓
Apixaban 2x 5mg	↓	↔	↓	↓
Edoxaban 1x 30mg	↔	↑	↓	↓
Edoxaban 1x 60mg	↔	↔	↓	↓

INTERAKTIONSPOTENTIALE: Auch die neuen Antikoagulantien besitzen deutliche Interaktionspotentiale, die es zu beachten gilt (Tabelle 2). Für alle gleich: Vorsicht bei Kombination mit TAH, NSAR, SSRI, Heparinen u.v.m. (Angaben gemäß Fachinformationen)

TABELLE 2 (nach Dr. H. Wille)

Arzneimittel	Interaktion
Dabigatran	Kontraindikation: Ciclosporin, Intra-/ Ketoconazol, Tacrolimus, Dronedaron Vorsicht: Clarithromycin, Chinidin, Amiodaron, Verapamil
Rivaroxaban	Kontraindikation: Ritonavir, Keto-, Itra-, Voriconazol Vorsicht: andere Azole, andere Proteasehemmer, Makrolide, Amiodaron, Dronedaron, Diltiazem Vorsicht: Rifampicin, Phenytoin, Carbamazepin, Hypericin
Apixaban	Kontraindikation: Ketoconazol, Itraconazol, Voriconazol, Posaconazol, HIV-Protease-Hemmer wie Ritonavir Vorsicht: Naproxen, Rifampicin, Phenytoin, Carbamazepin, Hypericin, Diltiazem, Amiodaron, Verapamil, Chinidin
Exoxaban	Dosisreduktion: Ciclosporin, Dronedaron, Erythromycin, Ketoconazol Vorsicht: Rifampicin, Phenytoin, Carbamazepin, Hypericin

GERINGERE KONTROLLE: Dem Vorteil der wegfallenden INR-Messungen bei den neuen Wirkstoffen steht das Risiko der geringeren Kontrolle der Therapie gegenüber (Problem bei mangelnder Compliance).

Die neuen Wirkstoffe sieht die AKdÄ als **OPTION FÜR PATIENTEN, DIE MIT VITAMIN-K-ANTAGONISTEN SCHWER EINZUSTELLEN SIND**. Dies wären z.B. Patienten, die mit einem erhöhten Risiko für Arzneimittel- oder Nahrungsmittelinteraktionen unter Vitamin-K-Antagonisten rechnen müssen, oder Patienten, für die eine regelmäßige Kontrolle des INR-Wertes schwierig ist.

Im Rahmen einer dualen Therapie oder einer Tripletherapie mit ASS bzw. Clopidogrel gilt **PHENPROCOUMON** weiter als Mittel der Wahl.

Bei **VALVULÄREN VORHOFFLIMMERN ODER KLAPPENERSATZ** dürfen die neuen Antikoagulantien nicht eingesetzt werden.

Ist die Therapieentscheidung des Krankenhauses für ein neues Antikoagulanzen medizinisch **NICHT NACHVOLLZIEHBAR**, so sollte nach Krankenhausentlassung eine Umstellung des Patienten erwogen werden. Dabei sind Sicherheit und Präferenz des Patienten zu berücksichtigen.

INFORMATIONEN ZUR KONKRETEN UMSTELLUNG sind den entsprechenden Fachinformationen zu entnehmen.

Bitte **BEACHTEN SIE AUCH DIE WIRTSCHAFTLICHKEIT**, wenn Sie eines der neuen Antikoagulationen verordnen müssen.

TABELLE 3

TAGESTHERAPIEKOSTEN FÜR NOAKS

Fertigarzneimittel®	TTK * €
Pradaxa 2 x 150mg	3,28
Xarelto 1 x 20mg	3,27
Eliquis 2 x 5 mg	2,83
Lixiana 1 x 60mg	2,98 **

* Tagestherapiekosten Preise N3 –Packungen; Lauer Taxe 15.11.15

** Preisverhandlungen nach AMNOG stehen noch aus

Literatur: (1) Leitfaden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®), Version 1.0, Stand: September 2012

(2) Antwort der AkdÄ auf die Kritik der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) am Leitfaden zum Einsatz der neuen Antikoagulantien; www.akdea.de

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



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Warum randomisiert-kontrollierte Studien unverzichtbar bleiben

Ein aktuelles Beispiel: Sicherheit von Digitalispräparaten

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



Aussagekräftige randomisierte kontrollierte Studien (RCT) sind aufwendig. Daher werden zunehmend andere Studiendesigns propagiert. Allen voran Beobachtungsstudien und Analysen von Routinedaten. Das sog. propensity score matching soll auch noch im Nachhinein aus gesammelten Daten Gruppenvergleiche ermöglichen. Das hier vorgestellte Beispiel zur Sicherheit von Digitalispräparaten zeigt, dass selbst ausgefeilte statistische Verfahren ein gutes RCT nicht ersetzen können.

Digitalispräparate werden seit Jahrzehnten zur Behandlung von Tachyarrhythmien und Herzinsuffizienz eingesetzt. Die Sicherheit dieser Medikamente wird jedoch zunehmend angezweifelt. Aktuelle Meta-Analysen von Beobachtungsstudien zeigen eine erhöhte Sterblichkeit von Patienten unter Behandlung mit Digitalispräparaten. In Leitlinien werden sie oft nur mehr als Reservepräparate gelistet.

Was ist die Evidenz?

Es gibt nur wenige RCT zum Einsatz von Digitalispräparaten bei Herzinsuffizienz und keine zu Vorhofflimmern auf den Ergebnisparameter Mortalität. Das einzige große und aussagekräftige RCT, die sogenannte DIG Studie, wurde 1997 im New England Journal of Medicine publiziert. Sie zeigte eine etwa 30-prozentige relative Abnahme von Krankenhausbehandlungen durch Herzinsuffizienz bei neutralem Effekt auf die Gesamtsterblichkeit. In einer Post-hoc-Analyse war auch die Mortalität reduziert, jedoch nur bei Patienten mit niedrigem Digitalisspiegel.

In einer aktuellen Meta-Analyse im *British Medical Journal* (1,2) versuchen die Autoren, die Diskrepanz der Ergebnisse zwischen RCT und anderen Studiendesigns aufzuklären. Sie haben 52 Studien zu Digoxin bei Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern mit mehr als 620.000 Patienten ausgewertet.

In den Beobachtungsstudien gab es auffallende Unterschiede der Merkmale von Patienten, die mit Digitalispräparaten behandelt wurden und den Patienten der Vergleichsgruppen. Patienten mit Digitalis waren älter, hatten häufiger Diabetes, eine schlechtere kardiale Auswurfraction und nahmen häufiger Diuretika und Antiarrhythmika. Das sind eindeutige Hinweise auf einen schlechteren Gesundheitszustand. Patienten, die kränker sind, erhalten also eher Digitalispräparate. Man spricht von einem Verordnungsbias (prescription bias) oder Verzerrung durch Indikationsstellung (bias by indication).

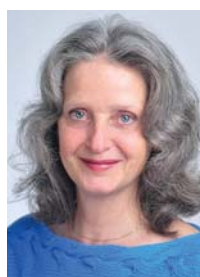
Die Frage ist nun, ob man diese Verzerrung durch entsprechende statistische Verfahren „herausrechnen“ kann. Dies haben die Autoren in ihrer Meta-Analyse untersucht. Sie haben die Ergebnisse der unterschiedlichen Studiendesigns verglichen. Keines der RCT fand einen signifikanten Einfluss auf die Sterblichkeit. Hingegen zeigten die Beobachtungsstudien ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko für Patienten mit Digitalis. Aber auch die neuen statistischen Verfahren wie propensity matching fanden ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Die Berücksichtigung der verfügbaren Störfaktoren (confounder) in sogenannten adjustierten Analysen resultierte zwar in einer geringeren, aber immer noch signifikanten Mortalitätserhöhung. Die Diskrepanz war umso größer, je schlechter die Qualität der Studien war. Die Autoren schlussfolgern, dass nur RCT verlässliche Aussagen zu Wirksamkeit und Sicherheit von Digitalis bei Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern erlauben.

Erhebliche Diskrepanzen zur Wirksamkeit von medizinischen Maßnahmen zwischen Kohortenstudien und RCT sind mehrfach beschrieben. So für die Hormontherapie in der (Post-)Menopause oder die Behandlung mit Vitaminpräparaten. Aus Kohortenstudien wurden hier große positive Effekte abgeleitet. Diese waren in den

RCT nicht mehr nachweisbar oder hatten sich sogar in negative Effekte verwandelt.

Aus pragmatischen Gründen werden Kohortenstudien jedoch häufig zur Beurteilungen von unerwünschten Effekten herangezogen. Die vorliegende Metaanalyse zu Digoxin zeigt, dass auch bei der Interpretation dieser Ergebnisse Vorsicht geboten ist. Negative Effekte von Digoxinbehandlung auf die Mortalität wurden in Kohortenstudien beschrieben, diese ließen sich jedoch nicht in RCT nachweisen.

Wann immer man verlässliche Ergebnisse zu Wirksamkeit und Sicherheit haben möchte, sollten RCT genutzt werden. Beobachtungsstudien und Propensity-Analysen bleiben weiterhin durch die nicht quantifizierbaren Verzerrungen mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. ■



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

- 1) Ziff OJ, Lane DA, Samra M, et al. Safety and efficacy of digoxin: systematic review and meta-analysis of observational and controlled trial data. *BMJ*. 2015 Aug 30;351:h4451. doi: 10.1136/bmj.h4451.
2) Cole GD, Francis DP. Trials are best, ignore the rest: safety and efficacy of digoxin. *BMJ*. 2015 Aug 30;351:h4662. doi: 10.1136/bmj.h4662.



Erhöhte Relevanz

Fortbildungsveranstaltung zur Antibiotikaresistenz in Hamburg

Mitte November 2015 fand die dritte Fallkonferenz des „Bündnisses für gezielte Antibiotika-Therapie“ in den Räumen der KV statt. „Wir sind mit diesem Thema Vorreiter in Hamburg“, sagt KV-Chef Walter Plassmann. „Das Bündnis wurde 2013 gegründet und hat dafür gesorgt, dass die Problematik der Antibiotikaresistenz stärker ins Bewusstsein gerückt ist.“

Das Thema habe seither an Relevanz gewonnen, berichtete Dr. Katja Peters, Organisatorin der Fallkonferenz und Mitbegründerin des Bündnisses. Durch den Zuzug von Flüchtlingen könnten Ärzte vermehrt mit ungewöhnlichen Infektionskrankheiten konfrontiert werden. Welche Infektionen zu erwarten sind, erläuterte Prof. Dr. Christian G. Meyer vom Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin. Weitere Schwerpunkte der Veranstaltung waren „MRGN – die Grundlagen“ (Prof. Dr. Matthias Maaß), „multiresistente Erreger als Reisesouvenir“ (Dr. Katja Peters) und „Urosepsis mit fatalen Folgen nach urologischem Prostata-Routineeingriff“ (Dr. Thorsten Bruns).

In den vergangenen Jahren sind wichtige Strukturen für den Kampf gegen multire-



Dr. Katja Peters: „Es sind wichtige Strukturen im Kampf gegen multiresistente Erreger entstanden.“

sistente Erreger entstanden. „Mittlerweile gibt es ein MRE-Netz Hamburg“, so Dr. Katja Peters. „Dort ist auch die Gruppe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vertreten.“ Das MRSA-Screening im ambulanten Bereich wurde unbefristet in das extrabudgetäre Abrechnungssystem übernommen, und es besteht die Möglichkeit, im Rahmen eines Pilotprojekts bereits vor einem Krankenhausaufenthalt einen Risikopatienten auf MRGN zu screenen. Untersuchung, Beratungsgespräche und Telefonate werden extrabudgetär abgerechnet.

Mit dem Thema Antibiotikaresistenz beschäftigten sich an diesem Tag nicht nur Hamburger Ärzte. Die Veranstalter hatten die Fallkonferenz auf den 18. November 2015 gelegt – den „antibiotic awareness day“ der WHO. ■





Besinnlich ist anders

Tagebuch von **Walter Plassmann**, Vorsitzender der KV Hamburg

November und Dezember sind Jahr für Jahr die Monate, in denen sich die Termine in einer absurden Massivität ballen. Bei dieser regelmäßigen Jahresendpanik fragt man sich, ob der Jahreswechsel dieses Mal besonders überraschend gekommen ist oder ob die Angst vorherrscht, dass am 31. Dezember die Welt untergeht. Voll gepackte Tage, Abendtermine zu Hauf und viele Tage in Berlin – besinnliche Vorweihnachtszeit sieht anders aus.

FR., 13. NOVEMBER 2015

Gemeinsame Sitzung mit dem Vorstand der KV Schleswig-Holstein und den Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung. Seit vielen Jahren gibt es diese Runde. Der Austausch ist sehr befruchtend und hat schon viele erfolgreiche Projekte auf den Weg gebracht. Dieses Mal steht die verfahrenere Situation bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Mittelpunkt der Diskussion. Das Furchtbare ist, dass die hinter den Auseinandersetzungen stehenden sachlichen

DIE HAMBURGER KRANKENHAUSGESELLSCHAFT ÜBT ENOMREN DRUCK AUF DIE KV AUS, MIT IHREM NOTFALLDIENST AN DIE KLINIKEN ZU KOMMEN.

Fragen so kompliziert sind, dass ihre Erklärung deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen würde als die plakativen Vorwürfe, mit denen gearbeitet wird. Das Schlimmste ist aber die Bedrohung für das System insgesamt. Es muss schnell eine Lösung her, da waren wir uns einig – aber das Tableau ist ähnlich kompliziert wie manch internationaler Konflikt.

DO., 19. NOVEMBER 2015

Treffen mit der Spitze der Hamburgischen Krankenhaus-Gesellschaft (HKG). Dieser Termin war

vereinbart worden nach der Verabschiedung des „Versorgungsstärkungsgesetzes“. Dieses hatte KVen und Krankenhäuser verpflichtet, über eine Zusammenarbeit in der Notfallversorgung zu sprechen. Doch noch bevor wir überhaupt sprechen konnten, sollte dann das „Krankenhausstrukturgesetz“ minutiös vorgeben, was geschehen soll: Portalpraxen an allen Kliniken oder Einbindung in den vertragsärztlichen Notdienst. Dank heftiger Gegenwehr der KVen kam das dann zwar nur abgeschwächt in das Gesetz, aber die HKG übt enormen Druck auf die KV aus, mit ihrem Notfalldienst in die Kliniken zu kommen. Wir würden erst einmal gerne wissen, warum die Menschen lieber in einer Klinikambulanz sitzen als unseren fahrenden Notdienst zu rufen. Eine diesbezügliche wissenschaftliche Untersuchung haben wir in Auftrag gegeben. Aber so etwas braucht Zeit: Erst Ende 2016 werden wir die Ergebnisse haben.

FR., 27. NOVEMBER 2015

Sitzung des „Gemeinsamen Ausschusses“ in Berlin. Das ist das allerletzte Überbleibsel der alten Selbstverwaltungsherrslichkeit. In diesem „Gemeinsamen Ausschuss“ wurden früher zwischen KBV und Krankenkassen alle Themen verhandelt, die jetzt dem „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (GBA) obliegen. Vor dem Zugriff des GBA konnten nur die direkten Qualitätssicherungs-Vereinbarungen zwischen KBV und Kassen gerettet werden. Insofern ist beiden daran gelegen, diesen kleinen Saurier nicht aussterben zu lassen. Was allerdings nicht heißt, dass die Themen friedlich abgearbeitet würden. Es sind zähe Kämpfe, denn die Kassen (miss-)verstehen die Qualitätssicherung gerne als Kostendämpfungsinstrument. Und so ringen wir Stunden um Stunden. Gelebte Selbstverwaltung eben.



STECKBRIEF

Dr. Heide Lueb

Leiterin des Qualitätszirkels Diabetes und KHK, Wilhelmsburg

Name: Dr. Heide Lueb
Geburtsdatum: 4.7.1959
Familienstand: lebe in Partnerschaft
Fachrichtung: Innere, Diabetologie
Hobbys: Reisen, Lesen, Zeitgeschehen, Tango, Sport

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?

Im Großen und Ganzen ja. Ich habe mir einen vielseitigen und vor allen Dingen sinnvollen Beruf mit Gestaltungsspielraum gewünscht, in dem Ziele in einem Team mit engagierten Gleichgesinnten wohlwollend und ohne kontraproduktive hierarchische Brustschwellungen möglichst spielerisch zu erreichen sind, eher das kollegiale skandinavische Modell.

Gerade der letzte Aspekt der unfehlbaren und auch willkürlichen Autorität der oberen Etagen hat mir als Rebellin damals meine Krankenhauszeit leider ein wenig verleidet.

Jetzt in der Praxis bin ich meinem Ideal sehr viel näher.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Wir Ärzte in Wilhelmsburg waren wegen der besonderen sozioökonomischen Probleme auf der Insel ohnehin in näherem Kontakt. Der Qualitätszirkel, von uns als Diabetesschwerpunktpraxis seit Einführung der DMPs gegründet, bietet nun ein niedrigschwelliges Forum für Fortbildung und Austausch, wobei nicht nur Themen rund um Diabetes und Herz behandelt werden.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für die Diabetes-Versorgung in Wilhelmsburg? Da die Patienten größtenteils der Unterschicht angehören und darunter viele Migranten mit geringem Bildungsniveau sind, besteht die Herausforderung darin, diese Patienten zu schulen und zu motivieren, mit der Selbstwirksamkeit vertraut zu machen und mit möglichst einfachen Mitteln den größtmöglichen Benefit zu erzielen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Mir liegt der viel gepriesene zunehmende Wachstumsmarkt Gesundheit im Magen. Wir Ärzte demontieren unseren guten Ruf selbst, wenn wir uns zu Kaufleuten degradieren mittels IGeL etc. Die Patienten (nicht Kunden!) können nicht mehr klar unterscheiden, ob ihnen etwas nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen oder aus finanziellem Interesse des Arztes – meist dringend und mit Druck – angeraten wird. Also zurück zur ärztlichen Ethik!

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Neben Auszeiten für mehrmonatige Reisen, große Fortschritte im Spanischen und Tango, eine weiterhin enge Bindung an meine beiden 7-jährigen Schoko-Freundinnen (Patenkinder) wünsche ich mir unbedingt – gerade angesichts der jüngsten Ereignisse – Mohammed ungestraft hinterfragen zu dürfen, also nichts Geringeres als die Aufklärung des Islam! ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 25.2.2016 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Datenschutz für Fortgeschrittene Für alle, die bereits ein Datenschutzseminar besucht haben und sich über Änderungen und neue Urteile informieren wollen. Auch zum Auffrischen geeignet. 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 2.3.2016 (9.30 – 17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)	QEP-Einführungsseminar Ärzte und Praxispersonal werden befähigt, das von KBV und KVen entwickelte Qualitätsmanagement-System QEP ohne externe Hilfe einzuführen. 16 FORTBILDUNGSPUNKTE Fr. 8.4.2016 (15 – 21 Uhr) / Sa. 9.4.2016 (8.30 – 16.30 Uhr) € 220 (inkl. aller Unterlagen, Imbiss und Getränke)	QM aktuell Dieses Seminar richtet sich an alle Praxen, die wissen möchten, ob sie mit ihrem QM gut aufgestellt sind und ob sie die QM-Richtlinie erfüllen. 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 27.4.2016 (9.30 – 17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal - Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen Mi. 20.1.2016 (15-17 Uhr) Weitere Termine: Mi. 24.2.2016 (15-17 Uhr), Mi. 20.4.2016 (15-17 Uhr); € 25	DMP Patientenschulungen Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen Termine und weitere Infos: www.arztekammer-hamburg.de → Ärztinnen und Ärzte → Fortbildung → Veranstaltungsangebot → Akademieveranstaltungen → Suchbegriff „ZI-DMP“
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de Online-Anmeldung: www.fortbildung.aekhh.de	

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen; BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 17.2.2016 (15-20 Uhr), Weiterer Termin: Fr. 19.2.2016 (15-20 Uhr), € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial) Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, FAX: 2780 63 48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 4. QUARTAL 2015 VOM 2. BIS 15. JANUAR 2016

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg
Telefon: 22 802 - 900
Telefax: 22 802 - 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr



Infocenter der KVH
Telefon 040/22 802 900
infocenter@kvhh.de