

# **KVH** *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 1/2012

Im Fokus: Das neue Versorgungsstrukturgesetz

## Was kommt auf uns zu?



### **Honorar**

Mehr Autonomie für die  
Hamburger Selbstverwaltung

### **Bedarfsplanung**

Die zwiespältigen Effekte  
der Niederlassungssteuerung

### **Wettbewerb**

Ein neuer Sektor entsteht:  
Spezialfachärztliche Versorgung

# Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Der Schwerpunkt dieses Heftes liegt natürlich auf den Regelungen des „Versorgungsstrukturgesetzes“. Auch wenn viele der entscheidenden Details erst im Laufe dieses Jahres festgelegt werden, lässt sich schon jetzt absehen, daß wir in Hamburg die KV-Politik wieder in die eigene Hand nehmen können. Ihre wahre Stärke hat die KV schon gezeigt: Die Regelungen, welche Hamburg spezifisch belastet hätten, sind allesamt gestrichen. Dies ist der geschlossenen Position der Hamburger Ärzteschaft zu verdanken und dem intelligent und originell durchgeführten Protest. Engagement lohnt sich halt – auch in der KV!



*Ihr Walter Plassmann,  
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg*

## Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg  
Tel: (040) 22802-655, eMail: [redaktion@kvvh.de](mailto:redaktion@kvvh.de)

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

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, [www.hqhh.de](http://www.hqhh.de)

Titelbild: Andreas Haertle/fotolia.de

Ausgabe 1/2012 vom 1. Januar 2012

[Redaktionsschluss: 13. Dezember 2011]

## Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

# Inhalt

## Schwerpunkt

Nachgefragt: Was erwarten Sie von der Einführung des spezialärztlichen Versorgungsbereichs? _____	4
Versorgungsstrukturgesetz: Mehr Honorarhoheit für die Regionen _____	5
Die Tücken der neuen Bedarfsplanung _____	8
Wie die spezialfachärztliche Versorgung konstruiert ist _____	11

## Gesundheitspolitik

Abschied vom pädiatrischen Grundversorger? _____	12
--	----

## Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	14
Verlängerte Aufbewahrungsfristen für DMP-Dokumentationen / Handbuch für das Gesundheitswesen: Schwerpunktpraxen müssen Eintrag ausdrücklich erlauben / Sonographie-Gerät zur Behandlung von Obdachlosen gesucht _____	18

## Abrechnung

Pleite der BKK für Heilberufe: Karte kann noch bis Ende März eingeleistet werden / Abrechnungsmodalitäten bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften _____	16
Abgabe der Abrechnungsunterlagen für das 4. Quartal 2011 / Sonstige Kostenträger: Überweisungsscheine Muster 10 müssen vor Einreichen bei der KV gestempelt werden _____	17

## Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet _____	19
------------------------------------	----

## Qualitätssicherung

Erweiterung der Qualitätssicherungsrichtlinie für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen _____	19
--	----

## Brennpunkt Arznei

Neues Arzneimittel: Stellungnahme der Arzneimittelkommission zu Pradaxa® (neu zugelassene Indikation) _____	20
---	----

## Forum

Das „Wundsiegel“ – Zertifikat für qualitätsgesicherte Wundversorgung _____	21
--	----

## Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik _____	25
---	----

## KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung _____	26
Terminkalender _____	27

# Nachgefragt

## ■ Was erwarten Sie von der Einführung des spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs?



Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen fand nach dem alten §116b in wettbewerbsverzerrender Weise und einseitig zu Lasten der Vertragsärzte statt. Nun sieht es so aus, als würden diese Fehlentwicklungen teilweise korrigiert. Der neue spezialfachärztliche Versorgungsbereich bietet viele Gestaltungsmöglichkeiten auch für Vertragsärzte mit allerdings auch neuen Herausforderungen im direkten Wettbewerb mit anderen sektorenübergreifenden Leistungsanbietern. Angesichts der sehr effizienten und leistungsfähigen Medizin durch Vertragsärzte brauchen wir uns davor keinesfalls zu fürchten, sind aber weiterhin zu höchster Qualität in der Versorgung aufgerufen. Und das ist es wohl, was der Gesetzgeber prinzipiell beabsichtigt hat.

*Dr. Erik Engel,  
Hämatologe und internistischer  
Onkologe in Altona*



Unsere Ambulanz praktiziert bei der Mukoviszidose-Behandlung von Kindern schon seit 1987 eine Art „spezialfachärztliche Versorgung“. Wir haben seit 2009 einen von der KV-Hamburg verhandelten Sondervertrag mit allen Kassen, der die sektorenübergreifende Kooperation einfordert und außerdem eine eigene Ambulanz-Vergütung regelt. Der nun neu geschaffene spezialfachärztliche Versorgungsbereich macht eine solche Versorgung auch bei weiteren Diagnosen möglich. Das Spannende ist, dass auch hier alle Diagnose- und Behandlungsmethoden erlaubt und finanziert werden müssen, die nicht ausdrücklich vom G-BA abgelehnt wurden. Insofern könnte eine Gleichstellung mit dem Klinikbereich erlangt werden. Ob eine faire Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Kliniken gelingt, wird maßgeblich von den Beschlüssen des G-BA abhängen.

*Dr. Christoph Runge,  
Pädiatrischer Pneumologe und  
Allergologe in Bahrenfeld*



In der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sollen die Leistungen unbudgetiert honoriert werden. Ganz wesentlich ist, dass eine wie auch immer erfolgte Bereinigung der Facharzttöpfe nicht zum Nachteil der niedergelassenen Fachärzte erfolgen darf. Das heißt: Der Leistungsmehrbedarf muss von den Krankenkassen finanziert werden. In welchem Umfang die ASV für die kardiologische Versorgung eine Rolle spielen wird, ist noch nicht abzusehen. Möglicherweise kämen Teilbereiche der Invasiven Kardiologie in Frage. Damit könnte dann die Hoffnung auf eine bessere Vergütung verbunden sein in einem Bereich, der im derzeitigen budgetierten ambulanten System völlig unterfinanziert ist.

*Dr. Heinz-Hubert Breuer,  
Internist und Kardiologe  
in Wandsbek*

# Im Ganzen gut

■ Bei aller Kritik: Das „Versorgungsstrukturgesetz“ ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die KVen haben ihre Honorarhoheit zurückbekommen. Und: Viele der Hamburg benachteiligenden Regelungen wurden gestrichen.

Da musste man Karl Lauterbach mal recht geben. In altbekannter Manier nölte der Professor im Bundestag, das „Versorgungsstrukturgesetz“ (VStG) stärke vor allem die Ärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen. Stimmt – doch damit stärkt es auch die Patienten. Deshalb konnte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr auch kühl kontern: "Hören Sie auf zu glauben, der Patient werde besser versorgt, wenn der Arzt demotiviert ist."

## Einzigartige Struktur

Welch deletäre Auswirkungen es hat, wenn in Berlin unter

auch politischen Gesichtspunkten Detail-Regelungen beispielsweise auch zur Honorarverteilung getroffen werden, die bundesweite Geltung haben, ist in den vergangenen Jahren schmerzhaft deutlich geworden. Eine vom Durchschnitt so stark abweichende Versorgungsstruktur wie die in Hamburg ist regelrecht unter die Räder gekommen.

Mit schiefen Vergleichen wurde Neid auf die angeblich so reichen Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten geschürt, und damit erreicht, dass in diesem Jahr die Hansestadt beim Honorarzuwachs außen vor

blieb: „Asymmetrische Verteilung“ wurde dieser Willkürakt genannt.

## Falsche Hoffnung

Auch wollten die Stimmen nicht verstummen, die in Hamburg eine dramatische Überversorgung erkennen und deshalb Geld streichen wollen, in der Hoffnung, dass die gestrichenen Praxen im märkischen Sand oder dem Thüringer Wald wieder auferstehen. Diese Hoffnung wird sich nicht erfüllen: Denn es ist mittlerweile vielfach bewiesen, dass die Einkommens-Situation nur ein (und nicht einmal der wichtigste) Parameter ist bei der Entscheidung über Wohn- und Arbeitsort. Schon heute können Vertragsärzte in Thüringen mehr Geld verdienen als in Eimsbüttel.

Erfreulicherweise hat sich die Politik der Bundesregierung von der lautstarken Lobbyistenarbeit nicht beeindruckt lassen. Das VStG hat keine Wiederauflage der „asymmetrischen Verteilung“ unter welchem neuen Namen auch immer zugelassen und auch keine plat-



Zurück in die Zukunft:  
Die Regionalisierung betrifft  
auch die Honorarverteilung

Foto: Fineas/fotolia.de

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

te Umverteilung vorgenommen von "überversorgten" in "unterversorgte" Gebiete. Und es sind auch alle Regelungen entfernt worden, die Hamburg direkt benachteiligt hätten.

Flexibilität und Regionalität – das sind die zentralen Elemente des VStG. Der KV-Vorsitzende, Dieter Bollmann, erläutert auf den folgenden Seiten die Auswirkungen auf Bedarfsplanung und Zulassung (siehe Seite 8). Aber auch im Honorarbereich wird der Schwerpunkt wieder in die Regionen zurückgegeben.

Da sind zunächst einmal die Honorarverhandlungen. In den vergangenen Jahren war uns vor Ort nicht sehr viel mehr geblieben, als Lücken auszu-

### *Das Gesetz stärkt die KV und ihre Mitglieder – und damit auch die Patienten.*

füllen, die auf der Bundesebene gelassen wurden. Bis ins Detail gaben die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vor, wie der Honorarvertrag mit den Krankenkassen abzuschließen ist. Dies wird nun wieder anders werden.

#### **Nur eine Empfehlung**

Vom Bewertungsausschuss erhalten die KVen jetzt nur noch eine „Veränderungsrate“, in der errechnet wurde, wie sich Morbidität und Demographie in der Region entwickelt hat. Diese Veränderungsrate ist allerdings nur eine Empfehlung; die Region

kann davon abweichen, wenn sie andere oder weitere Parameter belegen kann. Dies sind beispielsweise ungewöhnliche Kostensituationen oder eine überdurchschnittlich starke Verlagerung des Leistungsgeschehens vom stationären auf den ambulanten Bereich. Im übrigen haben die Vertragspartner auf der Landesebene vergleichsweise freie Hand – auch bei der Gewährung von Zuschlägen auf EBM-Preise oder der Ausbudgetierung von Leistungen.

#### **Geregelte Situation**

Allerdings gibt es hierbei zwei Einschränkungen: Zum Einen muss die KV nach wie vor mit allen Krankenkassen „gemeinsam und einheitlich“ abschließen. Wir können also

nicht Gesamtverträge abschließen, die auf die spezifische Situation der jeweiligen Krankenkasse zugeschnitten sind.

Zum Zweiten werden alle Regelungen erst 2013 greifen. Denn vor dem VStG hatte diese Koalition bereits eine andere Gesundheitsreform verabschiedet: Das „GKV-Finanzierungsgesetz“ (GKV-FinG). Und dieses Gesetz hat die Honorarsituation in 2012 bereits geregelt: Es soll in allen KVen einen Anstieg der Gesamtvergütung geben um 1,25 Prozent. Ein stärkerer Anstieg, den man beispielsweise mit erhöhter

Morbidität begründen könnte, ist ausdrücklich untersagt.

In einem Punkt hat das VStG aber seinen Vorgänger verändert: Die Deckelung der Leistungen, die außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung gezahlt werden – vor allem Präventionsleistungen und das ambulante Operieren –, sollen in 2013 wieder reine Einzelleistungen werden.

Die Regionalisierung betrifft aber nicht nur die Honorarverträge, sondern vor allem die Honorarverteilung. Sie musste bislang in Verträgen mit allen Krankenkassen vereinbart werden und dabei strikte Bundesvorgaben einhalten, die immer wieder zu unerwünschten Verwerfungen – gerade in Hamburg – geführt hatten. Jetzt legt die Kassenärztliche Vereinigung wieder allein den „Honorarverteilungsmaßstab“ fest, die Krankenkassen müssen nur angehört werden („Benehmen“).

#### **Ausführliche Diskussion**

Von der Bundesebene soll es lediglich Vorgaben geben für den Rechenweg der Trennung in haus- und fachärztliche Vergütung, für die Berechnung des Mindestpunktwertes für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie, für die Bereinigung von Selektivverträgen und für die Art der Mengengrenzung. Letzteres könnte zwar theoretisch eine Aushöhlung der KV-Hoheit nach sich ziehen, die Kassenärztliche Bundes-

vereinigung hat aber bereits angekündigt, dass sie sehr weiten Handlungsspielraum lassen wird.

Damit kann die KV Hamburg wieder selbst entscheiden, nach welchem System und welchen Detailregelungen das Honorar verteilt werden soll. Hierzu wird es ausführliche Diskussionen in den Gremien der Selbstverwaltung geben. Vorläufig wird aber – das ist bereits absehbar – das System der „Regelleistungsvolumina“ wenigstens grundsätzlich weitergeführt werden. Allerdings könnte es sinnvoll sein zu prüfen, inwieweit es entschlackt und im Detail vernünftiger gestaltet werden könnte.

Diese Regionalisierung von Honorarvertrag und -verteilung ist allerdings keine Rückkehr in die „guten alten Zeiten“. Denn künftig müssen Forderungen nach Honorarsteigerungen, die über die Empfehlung des Bewertungsausschusses hinausgehen, sehr genau begründet werden. Und es gibt natürlich auch eine Kehrseite der Medaille: Die Krankenkassen haben durchaus die Möglichkeit, ihrerseits Gründe anzuführen, die eine Absenkung der Empfehlung zur Folge hätten.

### Gründliche Analysen

Damit werden sich die Honorarverhandlungen deutlich von denen früherer Jahre unterscheiden. Wir werden sie sehr gründlich mit Analysen vorbereiten und unsere Forderungen nachvollziehbar belegen müssen. Hierzu ist es unabdingbar

notwendig, dass wir von unseren Mitgliedern das notwendige Mittel erhalten, um diese Belege errechnen zu können: Eine genaue und realistische Kodierung der Diagnosen. Die KV wird zur Unterstützung dieser Arbeit weitere Hilfen zur Verfügung stellen. Aber grundsätzlich bleibt es dabei: Je genauer die Krankheitslast abgebildet wird, umso größer ist die Chance auf ein realistisches Honorar.

### Mehr Selbstbestimmung

Neben diesen großen Entscheidungen konnte sich allerdings auch diese Regierung nicht zurückhalten, in Details der KV-Arbeit einzugreifen. So wurden ein weiteres Mal Vorgaben für eine EBM-Reform gemacht. Jetzt sollen die Pauschalen zurückgeführt werden auf Leistungskomplexe und Einzelleistungen – das begrüßt die KV Hamburg, denn nur so lässt sich die Leistung eines Arztes und einer Arztgruppe auch über die Abrechnung belegen. Darüber hinaus sollen die Grundpauschalen danach gewichtet werden, ob ein Erstkontakt stattfindet oder ob es sich um einen bekannten Patienten handelt; auch sollen Morbiditätsgewichtungen eingeführt werden.

Man sieht also: Lauterbach hat schon recht. Das Gesetz stärkt die KV und ihre Mitglieder. Sie können ihre Geschicke wieder in stärkerem Maße selbst bestimmen. Das wird nicht ein-

facher werden und auch keine automatische Geldvermehrung zur Folge haben. Aber es bietet in jedem Fall die große Chance, dass nun wieder vernünftige und nachvollziehbare Beschlüsse gefaßt werden. Das Engagement in der KV lohnt sich wieder!

*Walter Plassmann,  
stellvertretender Vorstands  
vorsitzender der KV Hamburg*



Foto: Tomo Jesenicnik / fotolia.de

**Die Kodierung wird zum Dreh- und Angelpunkt: Je genauer die Krankheitslast abgebildet ist, desto größer die Chance auf realistisches Honorar.**

# Bedarfsgerechte Versorgung

- Die Instrumente der Bedarfsplanung werden sich deutlich verändern. Bis sie erarbeitet und in Kraft getreten sind, wird aber mindestens ein Jahr vergangen sein.

Die vom Versorgungsstrukturgesetz angestoßenen Änderungen der Bedarfsplanung werden unter Ärzten und Psychotherapeuten intensiv diskutiert. Laut Versorgungsstrukturgesetz wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Festlegung neuer Planungsbereiche beauftragt. Dies führt dazu, dass auch die Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt) angepasst werden müssen. Zudem findet eine Diskussion

über die Arztgruppeneinteilung in der Bedarfsplanung statt. Diese Arbeit soll bis Mitte 2012 abgeschlossen sein. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie soll Anfang 2013 in Kraft treten. Es bleibt also noch ein Jahr Zeit, bis die Änderungen umgesetzt werden.

Ziel der Reform ist es, ambulante Versorgungsangebote bedarfsgerecht über die Räume zu verteilen. In der hausärztlichen

Versorgung soll die Verhältniszahl zwischen Arzt und Einwohnern überall gleich sein – egal ob es sich um eine Großstadt oder eine flächige Gemeinde handelt. Für die fachärztliche Grundversorgung, die fachärztliche speziellere Versorgung und den fachärztlichen Sonderbereich wird es unterschiedliche, auf den jeweiligen Bedarf abgestimmte Verhältniszahlen und Planungsbereiche geben. Der G-BA wird Hamburg auch

## Die Tücken der Planung

**Warum wir lieber die neuen Möglichkeiten der Honorarverteilung nutzen sollten, um die Versorgung zu steuern.**

Das Versorgungsstrukturgesetz gibt den KVen einen größeren Werkzeugkasten an die Hand, um die Verteilung von Praxen zu steuern. Doch die Instrumente der neuen Bedarfsplanung sind oftmals zweischneidig.

Nicht die KV, sondern der Zulassungsausschuss hat das Recht, Praxissitze aufzukaufen. Da dieser kein eigenes Geld hat, müssen die KVen die Sitze jedoch bezahlen. Hier ist der Streit über den „Verkehrswert“ der Praxis programmiert. Eine weitere Verdichtung von Praxisstandorten in überdurch-

schnittlich versorgten Gegenden wird man damit verhindern können, und eine Verknappung des Angebots mag in einigen Fachbereichen zu einer Entspannung der Honorarsituation für die im System verbliebenen Ärzte beitragen. Für den hausärztlichen Bereich in Hamburg wird dieses Instrument aber kaum zum Tragen kommen. Schon die Regeln für die Bedarfsplanung, die einer solchen Möglichkeit zugrunde liegen, indem sie Überversorgung definierten, sind noch nicht geklärt. Klar ist nur, dass nicht die KV, sondern ein Landesausschuss

den Bedarf nach Bundesvorgaben feststellt. Die Feststellung einer Unterversorgung nach dem Gesetz ist aber in Hamburg in keinem Fall zu erwarten. Mit Hilfe der von der KBV entwickelten „kleinräumlichen Bedarfsanalyse“ lässt sich abbilden, wie die Patientenströme in den Stadtvierteln und Regionen verlaufen. Man kann also feststellen, wo die Menschen einen Hausarzt tatsächlich benötigen - und könnte die Basisversorgung dementsprechend kleinräumig planen. Gelänge es, Praxen vermehrt in unterdurchschnittlich versorgten

in Zukunft als einheitliches Planungsgebiet definieren. Doch die Politik wird möglicherweise die Forderung erheben, die Stadt in kleinere Planungseinheiten zu unterteilen. Das dürfte vor allem die haus- und kinderärztliche Grundversorgung betreffen.

Für die Erstellung des Bedarfsplans sind künftig die Krankenkassen und die KV zuständig. Können sich die beiden Partner nicht einigen oder wollen sie von den zentralen G-BA-Vorgaben abweichen, um den Bedürfnissen vor Ort besser gerecht zu werden, rufen sie den Landesauschuss an. In diesem Gremium (gewissermaßen

ein G-BA auf Landesebene) hat die Gesundheitsbehörde Mitberatungsrecht: Sie kann an den Beratungen teilnehmen und Vorschläge einbringen. Mitentscheiden darf sie nicht. Doch sie kann die Entscheidungen des Landesauschusses beanstanden - und bekommt schon deshalb mehr Einfluss auf die Bedarfsplanung.

Der Zulassungsausschuss (bestehend aus drei Ärzte- und drei Kassenvertretern) setzt den Bedarfsplan im Einzelfall um. Neu ist, dass der Zulassungsausschuss künftig darüber entscheiden soll, ob ein Arztsitz nachbesetzt wird. Der ausscheidende Arzt oder seine

Erben müssen ein Nachbesetzungsverfahren beantragen, was vom Zulassungsausschuss abgelehnt werden kann, wenn „eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“. Wird der Arztsitz nicht nachbesetzt, muss die KV dem ausscheidenden Arzt oder seinen Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zahlen. Das Verfahren kommt nicht zur Anwendung, wenn ein Kind, die Ehefrau oder ein Praxispartner den Arztsitz übernehmen will.

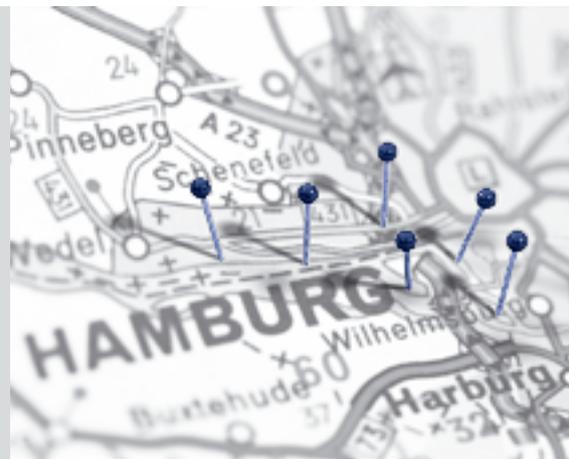
Im neuen Bedarfsplanungssystem sollen alle Arztgruppen

Fortsetzung auf S. 6

Gegenden anzusiedeln, könnte man auf Sonderbedarfszulassungen verzichten – was begrüßenswert wäre, da jede Sonderbedarfszulassung auf Kosten der übrigen Ärzte geht. Auch hier werden berechnete Interessen tangiert sein – in diesem Fall die Niederlassungsfreiheit eines neu ins System kommenden Arztes.

Die neue Bedarfsplanung gibt der Selbstverwaltung zusätzliche Instrumente an die Hand, die aber nicht unproblematisch sind und deshalb ausführlicher Diskussion der Vertreterversammlung bedürfen. Diese muss genaue „Spielregeln“ für den Gebrauch aufstellen. Mehr Bedeutung für Hamburg

könnte die neue Möglichkeit haben, den HVM (Honorarverteilungsmaßstab) regional zu gestalten. Die Steuerung des Honorarflusses bietet die Möglichkeit, originäres hausärztliches Arbeiten gezielt zu fördern. Hierzu muss die Definition hausärztlicher Versorgung in der Großstadt formuliert werden und das Honorar dieser Definition folgen. Die bisher bewusst breite Streuung ist angesichts der Honorarknappheit nicht länger durchhaltefähig. Schätzungen gehen davon aus, dass möglicherweise etwa 25 bis 30 Prozent der im hausärztlichen Sektor tätigen Ärzte nicht in der originären hausärztlichen



Versorgung tätig sind. Auch eine solche Diskussion muss auf breiter Basis erfolgen und setzt gute Versorgungsdaten voraus. Hieran arbeitet die KV Hamburg mit Nachdruck.

*Stephan Hofmeister,  
stellvertretender Vorsitzender  
der Vertreterversammlung  
der KV Hamburg*



Foto: BGV-Hamburg

*Cornelia Prüfer-Storcks,  
Senatorin für Gesundheit und  
Verbraucherschutz Hamburg*

## Behörde wird sektorenübergreifendes Planungsgremium einrichten

"Ich begrüße die Möglichkeit, ein gemeinsames Landesgremium zu bilden und habe vor, dies in Hamburg umzusetzen. Die Rahmenbedingungen dazu werden wir zusammen mit den Hamburger Akteuren, zum Beispiel dem Landesausschuss und der Kassenärztlichen Vereinigung, ausgestalten. Durch das sektorübergreifende Planungsgremium haben wir dann die Chance, die medizinische Versorgung dem tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf anzupassen und den ambulanten und stationären Bereich besser zu verzahnen."

Fortsetzung von S. 9

der Planung unterzogen werden – auch beispielsweise Laborärzte, Humangenetiker oder Strahlentherapeuten. Außerdem wird darüber diskutiert, Subspezialitäten getrennt zu planen. Patientenvertreter fordern beispielsweise, dass die internistischen Schwerpunkte (etwa Rheumatologen, Endokrinologen, Kardiologen) eigene Arztgruppen werden. Das mag medizinisch sinnvoll sein, hat aber eine äußerst problematische Kehrseite: Es würde zu einem massiven Mehrbedarf an internistischen Kapazitäten führen, ohne dass mehr Geld ins System käme.

Auch bei den Sonderbedarfszulassungen werden sich künftig die Bedingungen ändern. Heute entscheidet der Zulassungsausschuss anhand von Stellungnahmen der umliegenden Ärzte und der Berufsverbände, ob eine Sonderbedarfszulassung tatsächlich notwendig ist.

In Zukunft werden darüber hinaus objektivierbare Kriterien zugrunde gelegt: Der Standort muss eine gute Verkehrsanbindung haben; die neue Praxis muss sich tragen können; bestehende Praxen müssen wirtschaftlich attraktiv bleiben. Über die von der KBV entwickelte kleinräumliche Versorgungsanalyse kann man abbilden, wie Patientenströme sich in den Räumen und Regionen bewegen, welche Wege sie zurücklegen, um medizinische Versorgung verschiedener Ebenen in Anspruch zu nehmen.

Als neues Instrument ermöglicht das Versorgungsstrukturgesetz die Einrichtung eines „gemeinsamen Landesgremiums“, in dem sektorübergreifende Versorgungsfragen diskutiert werden sollen und alle betroffenen Akteure an einem Tisch sitzen: Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Krankenkassen und die Ge-

sundheitsbehörde, vielleicht auch Kammern und Patientenvertreter. Festlegen wird dies die Bürgerschaft. Dieses Gremium kann Empfehlungen zu den sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben, die dann im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten (Landesausschuss für die ambulante Versorgungsplanung, Behörde für die Krankenhausplanung) Eingang in die jeweiligen Planungsaktivitäten nehmen sollen.

Noch ist es für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu früh, um auf die Änderungen der Bedarfsplanung zu reagieren. Doch es empfiehlt sich, die Entwicklungen zu beobachten. Die Rahmenbedingungen werden sich deutlich verändern – und das kann für einige Praxen auch strukturelle Veränderungen notwendig machen.

*Dieter Bollmann,  
Vorstandsvorsitzender  
der KV Hamburg*

# Der dritte Versorgungssektor

- Eine weitere große Veränderung betrifft die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. In diesem Bereich sollen Vertragsärzte und Krankenhäuser tätig sein können - zu gleichen Bedingungen.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) umfasst seltene, schwer therapierbare Krankheiten, deren Diagnostik und Behandlung eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordert. Konkret gemeint sind damit die bisherigen Diagnosen des § 116b, die auf noch zu definierende schwere Verlaufsformen eingegrenzt werden.

Vertragsärzte und Krankenhäuser sollen in dieser Versorgungsform eng zusammenarbeiten. Wer im Bereich der Onkologie an der ASV teilnehmen will, muss eine entsprechende Kooperationsvereinbarung vorweisen können – es sei denn, im betreffenden Einzugsbereich gibt es keinen geeigneten oder kooperationsbereiten Partner. Für die ASV soll eine eigene Gebührenordnung entwickelt werden. Die Honorierung erfolgt leistungsfallbezogen und ohne Budgetierung - bei gleichen Bedingungen für ambulant und stationär. Um unfaire Vorteile durch die duale Finanzierung des Krankenhaussektors auszugleichen, sieht das Gesetz vor, dass die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um fünf Prozent gekürzt wird. Abgerechnet wird direkt mit

den Krankenkassen. Die Vertragsärzte bekommen aber die Möglichkeit, die Abrechnung an die KV zu delegieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll die Einzelheiten dieses neuen Bereichs bis zum 31. Dezember 2012 ausgestalten. Die fachärztlichen Berufsverbände haben klare Anforderungen gestellt: So muss aus unserer Sicht der Facharztstatus auf beiden Seiten, das heißt also im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich, gewährleistet sein. Dies ließe sich am einfachsten durch die persönliche Leistungserbringung mit Abrechnung unter der persönlichen Arztnummer erreichen. Des Weiteren müssen die sachlichen Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen sowohl für das Krankenhaus als auch für die Praxen gleich sein.

Das Zulassungsverfahren – es soll ja als Zulassungsvoraussetzung gelten: wer kann, der darf – wird vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenhäuser durchgeführt, der für die Wahrnehmung dieser Aufgabe um Vertreter der Krankenhäuser erweitert wird.

Die Chance des neuen Sektors der spezialfachärztlichen Ver-

sorgung liegt darin, dass nicht nur der ambulante Bereich für Krankenhäuser unter gleichen Bedingungen geöffnet wird, sondern sich auch der stationäre Sektor für die niedergelassenen Ärzte öffnen muss. Dies kann bedeuten, dass niedergelassene Ärzte in den Krankenhäusern kurzstationäre Versorgung übernehmen.

Wir konnten erreichen, dass die Honorararztstätigkeit in den Krankenhäusern, die jetzt durch das Bundessozialgerichtsurteil in der Gestaltung sehr schwierig geworden wäre, neu geregelt wird. Danach wird es möglich sein, als niedergelassener Arzt gegen Honorarzählung des Krankenhauses ambulante und stationäre Patienten zum Beispiel in einer Vollabteilung operieren zu können. Das Krankenhaus erhält die Möglichkeit, Teile seiner Versorgung an einen niedergelassenen Arzt abzugeben - und der darf diese Leistung dann auch explizit in seiner Praxis erbringen. Für uns bestünde die Chance, aus dem Krankenhausbereich zusätzliche Honoraranteile zu gewinnen.

*Dr. Dirk Heinrich,  
Sprecher des Beratenden  
Fachausschusses Fachärzte  
der KV Hamburg*



Foto: fotolia.de/ Anetta

## Der Pädiater - Hausarzt des Kindes?

- Auch die Kinder- und Jugendmedizin wird vom Trend zur Spezialisierung erfasst. Es ist Zeit, darüber nachzudenken, wie die pädiatrische Grundversorgung gesichert werden kann.

Die Pädiatrie ist im Wandel: Kämpften unsere Väter und Großväter noch gegen klassische Kinder- und Infektionskrankheiten, einschließlich Polio und Diphtherie, so sehen wir uns heutzutage stattdessen mit Entwicklungsstörungen und sozialpädiatrischen Fragen konfrontiert.

Viele chronische Erkrankungen sind heute zu heilen oder zumindest zu pallieren; viele Patienten, die früher im Kindesalter gestorben sind, erreichen heute das Erwachsenenalter. Erwachsene mit Mukoviszidose oder angeborenen Herzfehlern werden oft vom Kinder- und Jugendarzt betreut. Die Zusatzqualifikation EMAH (Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern) ist in der Kardiologie ein fester Begriff geworden. Aber auch die Zusammenarbeit von ambulanter und stationä-

rer Pädiatrie ist eine andere geworden: Die Verweildauer in den Kliniken wird immer kürzer, viele Geburten erfolgen ambulant, und die Frühgeborenen werden immer früher entlassen. Dies führt zu einer Verlagerung vieler diagnostischer und therapeutischer Eingriffe aus den Kliniken in die Praxen. Außerdem hat sich während der vergangenen Jahre eine zunehmende Spezialisierung vollzogen. Neben den Neuropädiatern und den Kinderkardiologen gibt es jetzt im Bereich der Pädiatrie auch Pneumologen, Gastroenterologen, Endokrinologen, Nephrologen, Rheumatologen und Neonatologen. Der größte Teil der fachärztlichen Pädiatrie wird in den Praxen erbracht, nur ein geringer Anteil entfällt auf die Polikliniken und Ermächtigungsambulanzen. Die Kassenvertreter fordern eine Umwandlung von Tageskliniken in MVZ – und damit eine

Verlagerung der Honorierung aus dem Krankenhausbereich in den Bereich der KV.

Dadurch ergibt sich eine Verschiebung der ambulanten Pädiatrie. Gab es vor 15 Jahren bundesweit gerade einmal 80 niedergelassene Kinderkardiologen und einige Neuropädiater, so ist die Fachärztdichte unter den Jugend- und Kinderärzten in einigen Ballungsräumen auf über 30 Prozent gestiegen.

Hausärztliche pädiatrische Sitze werden in fachärztliche umgewandelt, statt Basispädiatrie findet auf diesem Sitz dann beispielsweise Endokrinologie statt. Die finanziellen Mittel für diese Untersuchungen, die einstmals an den Kliniken durchgeführt wurden, sind aber im vertragsärztlichen Bereich nicht angekommen.

Wir stehen vor dem Phänomen einer zunehmenden „Ambulantisierung“ der spezialisierten Pädiatrie und werden auf lange

Sicht einen spürbaren Mangel an hausärztlichen Pädiatern beklagen.

In Berlin zum Beispiel führen nur noch zwei Drittel der Kinder- und Jugendärzte regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durch.

Wir müssen dafür sorgen, die Assistentinnen und Assistenten in den Kliniken so auszubilden, dass sie für die Tätigkeit in der Praxis gerüstet sind. Ein Großteil der Weiterbildungszeit findet auf neonatologischen Intensivstationen statt, das dort erworbene Wissen hilft aber bei der Diagnostik und Therapie eines 7-jährigen mit ADHS nicht weiter. Hier könnte eine Kooperation mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten hilfreich sein.

Es wird zunehmend schwierig, die hausärztliche pädiatrische Basisversorgung in sozialen Brennpunkten sicherzustellen. In Mümmelmannsberg und Billstedt ist dies nur durch die Schaffung von Sonderbedarfssitzen gelungen, die wir letztlich aus eigener Tasche bezahlen. Die wirtschaftliche Führung einer Praxis ist dort schwierig, die Patientenzahlen sind hoch, die Arbeitsbelastung ebenso. Und ohne ausreichenden Anteil an Privatpatienten sind diese Praxen quasi unverkäuflich.

Die Anzahl der Kinder wird in Hamburg (gegen den Bundestrend) zunehmen. Frauen stellen 85 Prozent der Weiterbildungsassistenten in den Kliniken. Von diesen ist die Mehrheit nach einer Umfrage auf

dem letzten Assistentenkongress willens, später in einer Praxis zu arbeiten, aber nicht mit eigenem Kassenarztsitz, sondern in Teilzeit angestellt. Dafür brauchen wir mehr ambulant tätige Ärzte, dies muss bei der Ausbildungsförderung und der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

So stellen sich für die Zukunft folgende Aufgaben:

- Die pädiatrische Ausbildung muss sich wandeln und sowohl auf die Tätigkeit in der Klinik wie auch in der Praxis vorbereiten. Dazu werden wir Kooperationsmodelle entwickeln, die ebenso wie bei der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner, finanziell unterstützt werden müssen.

- Die Rolle des Pädiaters als Hausarzt des Kindes muss gesichert sein. Es muss ein geregelter Miteinander von haus- und fachärztlicher Pädiatrie geschaffen werden. Die finanziellen Bedingungen müssen auch in einer Stadt wie Hamburg geschaffen werden, so dass eine Allgemeinpädiatrische Praxis wirtschaftlich geführt werden kann, auch ohne Privatanteil.

- Wir werden in Zukunft große Schwierigkeiten haben, Praxis-sitze an Nachfolger abzugeben. Der Kinderarzt der Zukunft wird weiblich sein und als Teilzeit-Kraft in einem MVZ arbeiten. Deshalb muss die Möglichkeit geschaffen werden, auch ein

MVZ mit Angehörigen einer Arztgruppe zu gründen.

- Die fachärztliche Pädiatrie wird die Schnittstelle zwischen der hausärztlichen und der stationären Pädiatrie darstellen. Da sich die spezialisierten Pädiater bevorzugt in Ballungsräumen niederlassen, wird man um eine Regulierung nicht umhin können.

- Und der letzte, aber wichtigste Punkt: Wir müssen sicherstellen, dass alle Hamburger Kinder auch weiterhin, egal wo sie wohnen und wie sie versichert sind, einen Kinder- und Jugendarzt in ihrer Nähe haben. Dies wird gerade in sozialen Brennpunkten eine große Herausforderung darstellen. Hier sind Phantasie und Mut für unkonventionelle Lösungen gefragt!



*Dr. Stefan Renz,  
Kinder- und Jugendarzt und  
Kinderkardiologe in Eimsbüttel  
und Landesverbandsvorsitzender  
der Kinder- und Jugendärzte  
in Hamburg*



Foto: Felix Falter

Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter (v.l.n.r.): Sandy Kupferschmidt, Monique Laloire, Fleur Priess, Katja Egbers und Heike Kühnel

## 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

**1** *Über welchen Kostenträger werden die Leistungen bei einem Patienten abgerechnet, der einen Arbeitsunfall hatte und über das Auslandsabkommen versichert ist?*

Für diesen Fall wurden für die einzelnen Mitgliedsstaaten Verbindungsstellen der gesetzlichen Unfallversicherung eingerichtet. Abgerechnet wird nach der UV-GOÄ zu Lasten der zuständigen Berufsgenossenschaft. (Link zur Internetseite der DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: [www.dguv.de/inhalt/adressen/verb\\_ausland/index.jsp](http://www.dguv.de/inhalt/adressen/verb_ausland/index.jsp))

**2** *Wie kann ich einer Patientin eine Ernährungsbera-*

*tung verordnen? Bietet jede gesetzliche Krankenversicherung diese Leistung an?*

Nein. Eine Vereinbarung zur Verordnung einer Ernährungsberatung gibt es nur zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Hamburg. Der entsprechende Vordruck liegt im Formularraum der KV aus. Die Abrechnung erfolgt über die Codiernummern:

**99009 1. Beratung und Ausstellung (12,02 €)**

**99010 weitere Beratung nach Wiedervorstellung (5,62 €)**

Für Patienten, die bei einer anderen Krankenkasse versichert sind, können Sie formlos eine

Empfehlung zur Ernährungsberatung ausstellen. Eine solche auf Wunsch eines Patienten ausgestellte Bescheinigung kann dann nach GOÄ liquidiert werden.

**3** *Stimmt es, dass ich als Hausarzt einem Patienten, der zurzeit in einer stationären Rehabilitationseinrichtung behandelt wird, kein Arzneimittelrezept ausstellen darf?*

Es kommt darauf an, ob die Verordnung im Zusammenhang mit der Erkrankung steht, wegen der der Patient in der stationären Reha Einrichtung behandelt wird. Ist dies der Fall, fällt die Versorgung des Patienten mit den benötigten

Medikamenten in die Zuständigkeit der Rehabilitationseinrichtung. Benötigt der Patient jedoch Arzneimittel, die auf Grund einer anderen Erkrankung notwendig sind, stellt der Hausarzt beziehungsweise Facharzt die Verordnung aus.

**4** *Nachdem durch die Medien ging, dass viele Deutsche unter Vitamin-D-Mangel leiden, kommen vermehrt Patienten in meine Praxis, die sich testen lassen wollen. Auch Vegetarier und Veganer stellen immer wieder die Frage, ob man sich vorsorglich auf Vitamin-Mangel (Vitamin-B12) testen lassen kann. Kann ich solche Laboruntersuchungen zu Lasten der GKV durchführen?*

Laboruntersuchungen auf Wunsch des Patienten oder im Rahmen von Screeninguntersuchungen sind keine Kassenleistung. Liegt jedoch ein klinisch begründeter Verdacht auf einen Vitaminmangel vor, können Sie selbstverständlich die Laborkontrolle zu Lasten der Kasse durchführen.

## Anforderung und Vernichtung von Impfstoffen

*Für welche Patienten dürfen die von der Barmer-GEK angeforderten Impfstoffe verwendet werden?*

Die Vereinbarung über den Bezug von Impfstoffen sieht vor, dass Impfstoffe (gemäß der gültigen Schutzimpfungsvereinbarung) für alle Versicherten der gesetzlichen Kassen einschließlich derjenigen, die über den Träger der Sozialhilfe Freie und Hansestadt Hamburg versichert sind, zu Lasten der Barmer-GEK (ohne Angabe des Namens) angefordert werden müssen.

Ausnahmen bilden hierbei die Versicherten der sonstigen Kostenträger (zum Beispiel Polizei Schleswig-Holstein, Landespolizei Hamburg, Postbeamtenkrankenkasse A), für die der Impfstoff auf den Namen des Patienten zu Lasten des Kostenträgers verordnet werden muss. Für Privatpatienten müssen die Impfstoffe ebenfalls auf den Namen des Patienten auf einem Privatrezept verordnet werden.

*Wie verhalte ich mich korrekt, wenn angeforderte Impfstoffe nicht verimpft werden konnten (zum Beispiel ein saisonaler Grippeimpfstoff)?*

Überschüssiger Impfstoff, der nicht mehr verwendet werden kann, muss wenn möglich zurückgegeben werden. Nimmt die Herstellerfirma den Impfstoff nicht zurück, muss er offiziell vernichtet werden. Dies muss in einem Vernichtungsprotokoll unter Nennung der vernichteten Impfstoffmenge festgehalten werden, damit zu einem späteren Zeitpunkt dargelegt werden kann, was mit den zuviel angeforderten Impfstoffdosen geschehen ist. Außerdem sollte die Menge bei der nächsten Impfstoffanforderung entsprechend angepasst werden.

## Patientenberatung

### Hilfe für Ihre Patienten

...eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Tel: 040/202 299 222

Montag-Dienstag	9-13 und 14-16 Uhr
Mittwoch	9-12 und 14-16 Uhr
Donnerstag	9-13 und 14-18 Uhr
Freitag	9-12 Uhr



## BKK für Heilberufe: Karte kann noch bis Ende März eingelesen werden

Die Krankenversichertenkarten der BKK für Heilberufe bleiben bis zum Ende des ersten Quartals 2012 gültig. Das haben KBV und GKV-Spitzenverband vereinbart, um eine möglichst unkomplizierte und geordnete Abwicklung der seit Ende 2011 insolventen Kasse zu gewährleisten.

Bereits Anfang November 2011 wurden die Mitglieder der BKK für Heilberufe darüber informiert, dass sie sich eine Nachfolge-Kasse suchen müssen. Sowohl die AOKen als auch die Ersatzkassen haben erklärt, dass sie den Mitgliedern der BKK für Heilberufe offen stehen.

Kommt nach dem Jahreswechsel dennoch ein ehemaliger Versicherter der BKK für Heilberufe in die Praxis, der noch keine neue Karte hat, können Ärzte und Psychotherapeuten die Behandlung vorläufig noch über die alte Karte abrechnen. Diese Regelung gilt bis zum 31. März 2012.

Wird in einer Praxis während des ersten Quartals 2012 für einen Patienten sowohl ein Fall der BKK für Heilberufe als auch ein Fall der Nachfolge-Kasse angelegt, führt die Praxissoftware die beiden Fälle zu Lasten der Nachfolge-Kasse zusammen.

Ab 1. April kann die Krankenversichertenkarte der BKK für Heilberufe nicht mehr eingelesen werden. Eine Abrechnung zu Lasten der BKK für Heilberufe ist dann (auch im Ersatzverfahren) nicht mehr möglich. Dies gilt auch für Behandlungen auf Grundlage von Überweisungsscheinen, die vor dem 31. März ausgestellt wurden, aber erst nach dem 1. April in Anspruch genommen werden. Vertragsärzte, zu denen ein Patient der BKK für Heilberufe überwiesen wird, brauchen von April an einen Überweisungsschein der Nachfolge-Kasse.

## Abrechnung bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften

Die KVen Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein haben sich auf Modalitäten zur Abrechnung bei KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (KV-ÜBAG) verständigt. Demnach errechnen die KVen jeweils nur für die in ihrem Bereich zugelassenen Ärzte der KV-ÜBAG ein RLV. Beim Kooperationszuschlag wird nur die Tätigkeit der zur jeweiligen KV gehörenden Ärzte berücksichtigt. Die Honorarvolumina der Ärzte werden dann jeweils von der KV, in der der Betriebsteil liegt, dem Hauptsitz der KV-ÜBAG zugewiesen.

Abgerechnet wird separat – und zwar bei jener KV, die für den Betriebsteil zuständig ist, in dem die Leistung erbracht wurde. Auch Leistungen von KV-fremden Ärzten werden also dem Ort der Leistungserbringung und der dafür zuständigen KV zugeordnet. Zur Verfügung steht das RLV des betroffenen Betriebsteils; es gibt keine Möglichkeit, RLV oder QZV von dem Betriebsteil einer KV in den Betriebsteil einer anderen zu übertragen. Es gelten die Abrechnungsbestimmungen der KV, bei der abgerechnet wird. Aufschläge auf Versicherten-

pauschalen und RLV-Zuschläge (Kooperationszuschläge) werden nur für die Ärzte berechnet, die der jeweiligen KV angehören. Auch die praxisbezogene Verrechnung der RLV/QZV findet nur unter den zur selben KV gehörenden Ärzten statt. Jeweils für die zum selben KV-Bereich gehörenden Betriebsteile werden vorläufige Abrechnungsbescheide erstellt und an den Hauptsitz der KV-ÜBAG geschickt. Die Bescheide werden endgültig, wenn die für den Hauptsitz zuständige KV eine übergreifende Richtigkeitsprüfung durchgeführt hat.

# Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2011

**Abgabefrist: 02. Januar bis 14. Januar 2012**

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 in der KV über einen bereitgestellten Computer einlesen. Bei Bedarf erhalten Sie dabei Unterstützung von KV-Mitarbeitern. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

**Ort: Im Forum des Ärztehauses, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg**

**Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo.– Fr. von 7:00 bis 16:30 Uhr und Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr**

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.

Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten kann die Abrech-

nung nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung in die KV gebracht werden.

*Ansprechpartner  
Infocenter: Tel: 22802 – 900*

# Überweisungsscheine Muster 10 bei sonstigen Kostenträgern: Bitte vor Einreichen bei der KV stempeln

Der ab Januar 2012 gültige Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung enthält nur noch ein Feld für den Vertragsarztstempel des überweisenden Arztes. Ein Stempelfeld für den abrechnenden Arzt ist nicht mehr vorhanden. Es gibt aber immer noch einige „Sonstige Kostenträger“ (insbesondere Sozialhilfeträger / Asyl), bei denen die Überweisungsscheine Muster 10 als rechnungsbegründende Unterlage in Papierform eingereicht werden müssen.

Um eine eindeutige Zuordnung zu gewährleisten, ist die KV

darauf angewiesen, dass alle noch in Papierform einzureichenden Überweisungsscheine Muster 10 den Arztstempel des abrechnenden Arztes tragen. Der Stempel kann ober-

halb des Feldes für den überweisenden Arzt angebracht werden.

*Ansprechpartner:  
Infocenter, Tel: 22802-900*

## Verlängerte Aufbewahrungsfristen für DMP-Dokumentationen

Wir möchten nochmals darauf hinweisen, dass mit der 23. RSA-ÄndV die Aufbewahrungs- und Lösungsfristen für DMP-Dokumentationsdaten

verlängert worden sind (siehe KVH-Journal 2/2011, S.11).

Daten aus dem Jahr 2003 müssen neun Jahre, Daten aus dem Jahr 2004 acht Jahre lang auf-

bewahrt werden (§ 28f Absatz 1a der RSAV). Die Daten aus dem Jahr 2003 dürfen somit erst mit Beginn des Jahres 2013 gelöscht werden.

## Aufnahme ins Handbuch für das Gesundheitswesen

### ■ Schwerpunktpraxen müssen Eintrag erlauben

Im von der Ärztekammer Hamburg herausgegebenen Handbuch für das Gesundheitswesen werden jährlich Adressen aus dem Hamburger Gesundheitswesen veröffentlicht.

Normalerweise werden Praxen automatisch in das Verzeichnis aufgenommen. Nur bei den Schwerpunktpraxen gibt es ein anderes Prozedere. Die Ärztekammer fordert deren Daten

von der KV an. Damit die Daten weitergegeben werden können, müssen die Schwerpunktpraxen ihr Einverständnis erklärt haben. Liegt diese Einverständniserklärung nicht vor, darf keine Datenweitergabe erfolgen.

Dies betrifft

- Diabetologische Spezialpraxen,
- Dialysepraxen,
- HIV-Vertragsärzte,

- Onkologisch verantwortliche Ärzte – Ärzte in Hamburg, die an der Onkologievereinbarung teilnehmen.

Falls Ihre Praxis einen solchen Schwerpunkt hat, bitten wir Sie, dem Arztregister der KV die Erlaubnis zur Datenweitergabe zu erteilen.

*Ansprechpartnerin:*

*Jana Runge Tel.: 22802-343*

## Sonografie-Gerät zur Behandlung von Obdachlosen gesucht

Die ärztliche Ambulanz in der Obdachlosen-Betreuungseinrichtung PIK AS sucht ein gebrauchtes, aber noch funktionstüchtiges Sonografie-Gerät. Benötigt werden Schallköpfe mit 5 und 7,5 MHz sowie ein Schallkopf von 7,0 MHz zur rektalen Untersuchung der Prostata.

Besonders willkommen wäre eine Abgabe des Gerätes als Spende an den Förderverein PIK AS (gerne gegen Spendenbescheinigung). Auch ein niedrigpreisiger Ankauf wäre möglich. Das PIK AS ist eine öffentlich-rechtliche Einrichtung, in der verarmte und obdachlose Mitbürger kostenlos betreut werden. Die Ärzte in der Ambulanz arbeiten ehrenamtlich.

*Ansprechpartner:*

*Dr. Eckhard Johannes (ärztliche Ambulanz), Tel. 556 7540, E-Mail: x.johannes@t-online.de oder  
Melanie Anger (Leiterin des PIK AS), Tel. 42841- 1702, E-Mail: Melanie.Anger@foedernundwohnen.de*

*Weitere Informationen über den Förderverein: [www.foederverein-pik-as.de](http://www.foederverein-pik-as.de)*

# Erweiterung der Qualitätssicherungsrichtlinie für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

Auf Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 23. September 2011 wurde die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ um folgende Teile ergänzt:

## **B 5 – Molekulargenetische und zytogenetische laboratoriumsmedizinische Untersuchungen**

In dem Teil B 5 wird ein Basisprogramm für die regelmäßige interne und externe Qualitätssicherung von molekular- und zytogenetischen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen vorgegeben. Konkret wird beschrieben, dass regelmäßig interne Kontrollen durchgeführt werden und bei Verletzung der vorgegebenen Grenzen Maßnahmen zur Beseitigung von Fehlerquellen getroffen werden müssen. Hinzu kommt die Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an Ringversuchen (externe Qualitätssicherung). Hierfür werden bestimmte Frequenzen für

die jeweiligen Untersuchungen vorgegeben.

## **D 5 – Fachgruppe „Qualitätssicherung molekulargenetischer und zytogenetischer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“**

Es wird eine Fachgruppe „Qualitätssicherung molekulargenetischer und zytogenetischer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ bei der Bundesärztekammer gebildet, die für die Teile B 5 und E 5 folgende Aufgaben übernimmt:

- Beratung der Bundesärztekammer
- Bearbeitung von Fragen in der Anwendung
- Sammlung, Bewertung und Erarbeitung von Vorschlägen

## **E 5 – Spezielle Anforderungen an Ringversuche bei molekulargenetischen und zytogenetischen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen**

In Teil E 5 werden die Anforderungen an die Referenzinstitute für die Durchführung von Ring-

versuchen bei molekular- und zytogenetischen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen konkretisiert.

Die neuen Richtlinienteile sind zum 1. Oktober 2011 in Kraft getreten. Die hierin festgelegten Anforderungen sind spätestens zum 30. September 2013 zu erfüllen.

Die Fachgruppe D 5 soll binnen zwölf Monaten nach Inkrafttreten konstituiert werden.

Mindestens eine Referenzinstitution gemäß E 5 soll binnen zwölf Monaten nach Inkrafttreten bestellt werden.

Bekanntmachung aus dem Deutschen Ärzteblatt, Jahrgang 108, Heft 43, 28.10.2011

Die Richtlinie im Volltext finden Sie unter:

[www.Bundesartztekammer.de](http://www.Bundesartztekammer.de)  
→ Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen → Richtlinien

*Ansprechpartner:*

*Michael Bauer, Tel: 22802-388*

### **Amtliche Veröffentlichung**

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

1. Nachtrag zum Gebührenverzeichnis vom 18.11.2010

1. Nachtrag zu den „Ausführungsbestimmungen zum Gebührenverzeichnis“ vom 5.4.2011

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

*Infocenter, Tel: 22 802 – 900*



## Nützlich? Überflüssig? Schädlich?

■ In dieser Rubrik informieren wir Sie über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln.

Neu zugelassene Arzneimittel werden von den Herstellerfirmen oftmals intensiv beworben. Zum Zeitpunkt der Markteinführung ist es für Ärzte aber noch schwierig, sich ein Urteil zu bilden. Es liegen lediglich die Ergebnisse der Zulassungsstudien vor. Die Beurteilung der klinischen Relevanz im Vergleich zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation ist schwierig. Außerdem fehlen Langzeitstudien, Erkenntnisse über unerwünschte Nebenwirkungen, Interaktionen oder ähnliches.

Um die zur Verfügung stehenden Informationen leichter zugänglich zu machen, berichten wir in dieser Rubrik über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln. Diese Stellungnahmen werden relativ schnell nach der Zulassung auf Grundlage des Europäischen öffentlichen Beurteilungsberichts (EPAR) über neu zugelassene Arzneimittel in der EU erarbeitet.

Wir kürzen diese Stellungnahmen auf die für den Alltag in der Praxis wichtigen Aussagen. Falls vorhanden, fügen wir außerdem Preisvergleiche hinzu, die von Prof. Dr. Ulrich Schwabe an der Universität Heidelberg erstellt wurden.

Wir bitten Sie, diese Informationen auch im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu berücksichtigen. Bei Arzneimitteln, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Nutzenbewertung abgibt, kann sich der Preis auch nach längerer Zeit nochmals ändern. Arzneimittel, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die gegenüber der Vergleichstherapie teurer sind, können bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrages als unwirtschaftlich angesehen werden. Außerdem kann es zu Verordnungseinschränkungen kommen.

Die kompletten Stellungnahmen der AKdÄ einschließlich der Literaturangaben finden Sie unter [www.akdae.de](http://www.akdae.de) → *Neue Arzneimittel*. Die öffentlichen Europäischen Beurteilungsberichte (EPAR), auf deren Grundlage die Stellungnahmen erarbeitet wurden, finden Sie unter [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu). Weitere Informationen zu den Arzneimitteln (unter anderem zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Risiken) entnehmen Sie bitte der Fachinformation in der jeweils aktuellen Fassung: [www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de)

*Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung, Tel: 22802-571 oder -572*



## Pradaxa® (Dabigatran) – neu zugelassene Indikation

### Indikation

Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:

- vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie,
- linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %,
- symptomatische Herzinsuffizienz  $\geq$  New York Heart Association (NYHA) Klasse 2,
- Alter  $\geq$  75 Jahre,
- Alter  $\geq$  65 Jahre, einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie.

### Bewertung

In der höheren Dosierung konnte Dabigatran bei Patienten mit Vorhofflimmern Schlaganfälle oder thrombotische Embolien (primärer Endpunkt) im Vergleich zu Warfarin signifikant reduzieren. Schwere Blutungen traten in dieser Dosierung genauso häufig auf wie unter Warfarin. In der niedrigeren Dosierung war Dabigatran ebenso wirksam wie Warfarin, schwere Blutungen traten seltener auf. Die kardiovaskuläre Mortalität wurde in beiden Dosierungen verringert. Bei der Gesamtmortalität gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Dabigatran und Warfarin. Unter beiden Dosierungen von Dabigatran nimmt die Herzinfarktrate zu. Es kann bei Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko und schwieriger INR-Einstellung mit Cumarinderivaten eine Alternative sein, aber nicht bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko. Da kein Antidot zur Verfügung steht, kann bei schweren Blutungen oder dringlicher Operation die Wirkung von Dabigatran nicht aufgehoben werden. Zudem sind Gerinnungstests wie INR oder PTT unter Dabigatran nicht bewertbar. Da bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion letale Blutungen auftreten können, sollte immer vor Beginn einer Behandlung mit Dabigatran eine Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) durchgeführt werden\*. Bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz (CrCl < 30 ml/min) ist Dabigatran kontraindiziert. (Stand 18.11. 2011)

\*Rote Hand Brief vom 27.10.2011 zur Bedeutung einer Überprüfung der Nierenfunktion von Patienten, die mit Pradaxa® (Dabigatranetexilat) behandelt werden

Bitte beachten Sie auch die Stellungnahme der KV Hamburg zu Pradaxa® im KVH-Journal 11/2011 (Seite 19) oder unter [www.kvhh.net/Verordnungen](http://www.kvhh.net/Verordnungen)



Foto: Anja Thiel

Praxischef Dr. Holger Kindel, Praxismanagerin Claudia Hoffmann: "Der Patient weiss, dass er es mit einer Praxis zu tun hat, die viel Routine mit chronischen Wunden hat."

## Anlaufstelle für Wundversorgung

- Die Praxis von Dr. Holger Kindel ist bundesweit die erste ambulante Einrichtung, die mit dem „Wundsiegel“ zertifiziert wurde. Dieses Zertifikat soll hohe, klar definierte Qualitätsstandards nach außen sichtbar machen.

Eine chirurgische Einzelpraxis wirkt heutzutage auf viele Menschen ein wenig anachronistisch. Finanzberater haben sie längst totgesagt, in ganz Hamburg sind von 101 Chirurgen nur noch 25 in einer Einzelpraxis niedergelassen. Dr. Holger Kindel aus Hamburg-Altona stört sich nicht daran, denn modern ist seine Praxis auch ohne Praxispartner oder schicke Designereinrichtung. Sie wurde nämlich als bundesweit erste Wundambulanz im niedergelassenen Bereich von der Initiative Chronische Wunden (ICW) mit dem neuen ICW e. V. Wundsiegel zertifiziert. Kindel und sein Team haben bereits in der Entstehungsphase intensiv am Wundsiegel mitgearbeitet.

„Die ICW bietet Wundspezialisten in ganz Deutschland eine hervorragende Plattform, um ihre Qualität darzustellen und sich untereinander zu vernetzen“, sagt Kindel. Knapp ein Jahr nach der Zertifizierung seiner Praxis ist der Chirurg mehr denn je vom Nutzen der Initiative überzeugt.

„Die poststationäre Behandlung ist nicht immer optimal“, meint Kindel. „Ein Herzinfarktpatient wird nach dem stationären Aufenthalt zum Kardiologen, ein Diabetiker zum Diabetologen geschickt. Doch Wundpatienten werden nach der stationären Behandlung nicht an den Wundspezialisten überwiesen. De facto übernimmt der Pfle-

gedienst die Weiterbehandlung, und der Hausarzt bekommt nur den Entlassungsbrief.“

In einer solchen Versorgungskette laufe die Weiterbehandlung leicht aus dem Ruder: „Häufig kehrt der Patient dann innerhalb weniger Wochen mit seiner chronischen Wunde ins Krankenhaus zurück – und in der Zwischenzeit hat der niedergelassene Wundspezialist ihn nicht einmal gesehen!“

Kindel setzt daher seit Langem auf Aufklärung und Information im Kollegenkreis: „Wir sprechen mit den Kollegen in den Krankenhäusern und weisen sie auf unsere Spezialisierung hin. In unserem direkten Um-

feld wissen auch die Hausärzte und die fachärztlichen Kollegen, dass wir ihnen keine Patienten abspenstig machen wollen. Deshalb funktioniert die Kooperation auf dieser Ebene auch.“ Doch jenseits seines direkten Umfeldes gelinge eine vergleichbare Zusammenarbeit eben nur selten.

Das offizielle Wundsiegel könnte nun Abhilfe schaffen: „Das Siegel ist ein Qualitätszertifikat, das Krankenhäusern, ärztlichen Kollegen und auch Patienten signalisiert: Hier gibt eine Anlaufstelle, wo die Leute viel Ahnung von der Materie haben.“

### Interprofessionelles Netzwerk

„Früher kannten wir nur drei Sorten chronischer Wunden, heute kann jede Fachrichtung unzählige Subtypen zur Klassifizierung beisteuern“, meint der Chirurg. „Ich bin der festen Überzeugung, dass die Spezialisierung in der Medizin immer weiter voranschreiten wird“, begründet Kindel sein Engagement. Die Zeit der Generalisten, die alles können und alles machen, sei vorbei, so Kindel. „Wundbehandlung funktioniert nur in einem interprofessionellen Netzwerk.“

Die Kriterien für die Zertifizierung haben Kindel und seine Mitstreiter aus den Leitlinien der Fachgesellschaften, aus ihrer eigenen praktischen Erfahrung im Umgang mit chronischen Wunden sowie in Zusammenarbeit mit dem Wundzentrum Hamburg, der

UKE-Wundambulanz und mit der Firma Mamedicon entwickelt. Für Wundambulanzen (siehe Seite 24), Pflegeheime und Pflegedienste gibt es jeweils eigene Leitfäden und Kriterienkataloge.

### Großes Interesse bei den Fachgesellschaften

„Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Dermatologie arbeiten ebenfalls mit uns und wollen ihre eigenen Wund- und Gefäßzentren nach diesen Standards zertifizieren“, sagt Kindel. Auf lange Sicht könnte das Siegel in seinen Augen ähnlich wie eine Zusatzbezeichnung fungieren und auch eine Einstufung als Praxisbesonderheit rechtfertigen.

„Die Anerkennung von qualifizierter Wundbehandlung als Praxisbesonderheit könnte die betroffenen Praxen vor Regressen schützen“, hofft Kindel. Denn die bisherigen Regelungen in Sachen Regress bezeichnet der Chirurg schlicht als schizophoren: „Ich habe zum Beispiel eine Weiterbildung in Lymphologie gemacht. Natürlich kommen jetzt auch mehr Patienten mit Lymphödemen in meine Praxis und möchten mit Lymphdrainage behandelt werden“, erzählt Kindel. „Diese Art der Behandlung entspricht den aktuellen Leitlinien – aber dennoch wird man zwei Jahre später mit Regress bedroht, weil die eigenen Abrechnungszahlen nicht mehr dem Fach-

gruppendurchschnitt entsprechen“, kritisiert Kindel.

Die breite Akzeptanz des Wundsiegels könnte zertifizierten Praxen auf längere Sicht auch wirtschaftliche Vorteile bescherten: „Bislang können die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht einzelne Wundzentren empfehlen, wenn Patienten bei ihnen anfragen. Noch hat unser Engagement den Stellenwert eines Hobbys, aber mit einem von den Fachgesellschaften anerkannten Qualitätssiegel könnte sich das ändern“, meint Kindel.

Auch gegenüber den Krankenkassen eröffnen sich durch das Wundsiegel neue Verhandlungsmöglichkeiten: „Sobald mehrere Wundambulanzen zertifiziert sind, könnten sie gemeinsam Verträge zur integrierten Versorgung ausarbeiten. Die Kassen sind sehr interessiert an nachvollziehbaren und überprüfbaren Qualitätskriterien“, berichtet der Hamburger Chirurg.

### Gehöriges Maß an Überwindung

Hauptnutznießer der Zertifizierung sind allerdings die Patienten – und zwar nicht nur, was die messbare Behandlungsqualität angeht, wie Kindels Praxismanagerin Claudia Hoffmann berichtet: „Für Patienten mit chronischen Wunden ist es beruhigend zu wissen, dass der Arzt und die Mitarbeiter in der

Fortsetzung auf S. 24 

zertifizierten Praxis Wunden dieser Art schon häufig gesehen haben – auch stinkende Wunden, die sie selbst als ekelregend empfinden.“

Immerhin koste es einen Patienten oft ein gehöriges Maß an Überwindung, jemandem seine Wunde überhaupt ein-

mal zu zeigen. „Es ist also besser, wenn auch der Patient weiß, dass er es mit einer zertifizierten Praxis zu tun hat, deren Mitarbeiter Routine mit chronischen Wunden haben“, betont Hoffmann.

Die Praxismanagerin hat die Zertifizierung mit dem Wundsiegel von Anfang an vorangetrieben, die Implementierung

aller Kriterien überwacht und mit dem bestehenden Qualitätsmanagement der Praxis synchronisiert. „All dies ist zwar mit viel Papierkram verbunden“, erinnert sie sich. „Doch wer bereits ein QM-Handbuch führt, ist gut vorbereitet und hat nicht mehr übermäßig viel Arbeit.“

*Antje Thiel*

## ICW e. V. Wundsiegel: Zertifizierte Strukturen, Prozesse und Ergebnisse

Mit ihrem Qualitätssiegel zur Zertifizierung von Wundmanagementsystemen honoriert die Initiative Chronische Wunden (ICW) die Implementierung von Behandlungsleitlinien auf der Basis eines Wundmanuals, die Integration bestehender Expertenstandards in der Wundversorgung und die Umsetzung von Kooperationen zwischen den einzelnen Versorgungspartnern.

Die Partner verpflichten sich, verbindliche Regeln zur Umsetzung eines Wundmanuals einzuhalten, Fallkonferenzen durchzuführen sowie gemeinsam als strukturierte „Organisation“ und Partnerschaft aufzutreten.

Steuerzentrale der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit nach den Kriterien der ICW ist die Wundambulanz. Ihr Team legt die Therapiepfade fest und er-

stellt eine Behandlungsplanung mit aktivem, terminiertem Casemanagement sowie Prozessevaluation. Die Wundambulanz stellt die basisdiagnostische Abklärung der Wunde sicher und ermöglicht alle weiteren notwendigen diagnostischen Schritte über Absprachen mit ambulanten Fachgruppen. Hierfür verfügt die Wundambulanz über folgende strukturelle Voraussetzungen:

- Mindestens zwei Möglichkeiten des Wunddebridements werden vorgehalten.
- Das Raumkonzept ermöglicht die Isolation von MRSA-Patienten und getrennte Behandlung von Risikopatienten.
- Die Wundambulanz muss festlegen, welche debridierenden, medikamentösen, gefäßchirurgischen und anästhesiologischen Verfahren sie selbst anbietet und mit welchen Einrichtungen sie bei Bedarf kooperiert.



Das Zertifikat lässt sich modular in bestehende Qualitätsmanagementverfahren integrieren. Bei der Zertifizierung arbeitet die ICW mit der Deutschen Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) zusammen. Alle zertifizierten Versorgungskooperationen werden von der ICW veröffentlicht und empfohlen.

Geplant sind unter anderem auch die Leistungsdarstellung und der Vergleich von Versorgungsdaten in Form eines deutschen Wundregisters.

*Kontakt:*

*praxis@chirurgie-museumstrasse.de*

*Mehr Infos: [www.ic-wunden.de](http://www.ic-wunden.de)*

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

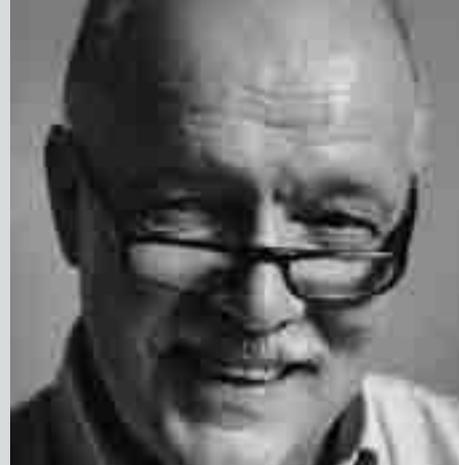


Foto: Barbara Klemm

## Lobbyarbeit

Es sind der Märchen so viele, die Lobbyisten über das Gesundheitswesen erzählen. Heute möchte ich mich auf das Märchen von den Doppeluntersuchungen beschränken, aus folgendem Grund: Der Vorsitzende des CDU-Wirtschaftsrates, Kurt Lauk, gab der Öffentlichkeit jüngst die Ehre einer Pressekonferenz. Er mahnte dringend weitere Reformen im Gesundheitswesen an. Besonders die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte müsse beschleunigt werden. Mit ihr könne Verschwendung verhindert werden. Wer sich dieser Karte verweigere, solle künftig die Kosten für "Doppeluntersuchungen" selbst bezahlen. Hart, aber Superidee!

Die Suche nach "Doppeluntersuchungen" ergibt im Internet über 95000 Treffer. Wenn man die ersten zehn Treffer nachgelesen hat, ergibt sich allerdings folgendes Bild: Ambulante Doppeluntersuchungen verursachen keinerlei Mehrkosten im Gesundheitswesen. Die Krankenkassen

bezahlen die Kassenärzte nämlich pauschaliert. Mehr Untersuchungen senken also die Vergütung für die einzelne Untersuchung: keine Mehrkosten. Stationäre Doppeluntersuchungen belasten nur den Etat der Krankenhäuser, denn diese erhalten nach dem Fallpauschalen-System eine diagnoseorientierte Vergü-

*Wer sich der elektronischen Gesundheitskarte verweigert, soll die Kosten für "Doppeluntersuchungen" selbst bezahlen. Hart, aber Superidee!*

derung, egal ob sie während des stationären Aufenthalts eine oder hundert Untersuchungen durchgeführt haben: keine Mehrkosten. Dazu kommt, wie jeder weiß, dass Krankheiten einen Verlauf haben. Beim Fiebermessen erstellt man eine Fieberkurve. Bei unklaren Diagnosen wird man wieder und wieder den Ultraschall, das Labor, das Röntgen oder die Kernspintomographie zu Rate ziehen. Die gleiche Untersuchung wird von verschiedenen Ärzten wiederholt, um sich ein Bild zu machen, um den Verlauf zu verstehen, um den Therapieerfolg zu kontrollieren.

Zurück zu Kurt Lauk. Er gehörte zu den vierzig Unterzeichnern des "Energiepolitischen Appells" und bezeichnete den Atomausstieg als "Lachnummer". Er möchte die Hartz-IV-Leistungen auf möglichst wenige Jahre beschränken. Er möchte Zahnersatz ganz aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherungen streichen. Und nun konzentriert sich seine Lobbyarbeit auf die elektronische Gesundheitskarte.

Warum nur? Zuerst dachte ich, es handele sich nur um Dummheit. Kurt Lauk aber wurde 2004, nach Vorstandstätigkeiten bei Audi, VEBA und Daimler, in die Direktorenriege einer Firma namens "Veritas Software" berufen. Ahnen Sie schon, wie es weitergeht? Natürlich: diese Firma hat das elektronische Lesegerät "Omnikey" für die neuen Karten im Programm. Alles klar?

[www.medizinHuman.de](http://www.medizinHuman.de)  
[chirurg@hontschik.de](mailto:chirurg@hontschik.de)

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau - nachgedruckt mit freundlicher Genehmigung des Autors

# Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. med. Silke Lüder



**Geburtsdatum:** 30.03.1953 in Lübeck

**Familienstand:** verheiratet, zwei nette Töchter die leider beide nicht Medizin studieren wollen

**Fachrichtung:** Fachärztin für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in Bergedorf

**Weitere Ämter:** Sprecherin der bundesweiten Aktion "Stoppt-die-e-Card", stellvertretende Sprecherin des Fachausschusses Hausärzte der KV Hamburg, Delegierte der Hamburger Ärztekammer, Vizepräsidentin der Freien Ärzteschaft

**Hobbys:** Reisen, Skilaufen

*Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?* Ja. Als Ärztin hat man einen schönen Beruf für das ganze Leben. Allgemeinmedizin ist auch nach Jahrzehnten noch interessant wegen der Vielseitigkeit und wegen des langjährigen Vertrauensverhältnisses zu den Patienten.

*Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?* Ich möchte, dass der freie Arztberuf erhalten bleibt. Frei vor allem im Sinne von freier Entscheidung für den individuellen Patienten. Die freiberuflichen Arztpraxen waren da bislang in Deutschland ein gutes Bollwerk gegen die Industrialisierung der Medizin, wie wir sie aus anderen Ländern wie zum Beispiel den USA schon kannten. Im Moment sollen die freiberuflichen Arztpraxen weitgehend abgeschafft werden, die Gesundheitsindustrie will uns als gut lenkbare Angestellte halten. Diese Entwicklung zu stoppen und gläserne Ärzte und Patienten zu verhindern, ist das Hauptziel meiner Arbeit. Wir sollten die weitere Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemeinsam verhindern. Wir sind Ärzte und keine Kassenclowns.

*Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?* Das Gesundheitswesen muss sich an guter Medizin orientieren. Um dieses Ziel zu erreichen sollte zuallererst die Behandlung der Kranken und die persönlich erbrachte ärztliche Leistung am Patienten angemessen und transparent bezahlt werden. Das Gegenteil ist im Augenblick der Fall. Billigpauschalen und Bürokratie-wahn zerstören die Medizinqualität. Deshalb gehen jüngere Ärzte ins Ausland und ältere vorzeitig in Pension. Die KV sollte eigentlich unsere Interessensvertretung sein. Sie ist in ihrer Rolle durch Gesetzesänderungen immer weiter eingeschränkt worden. Die KBV erinnert in Berlin an eine Unterbehörde des Gesundheitsministeriums. Sehr schade, dass es bei der Wahl zur KBV- Spitze in Berlin 2011 keinen personellen Neuanfang gegeben hat.

*Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?* Ich möchte den Gesundheitsminister Daniel Bahr fragen, was ihn dazu bewegt hat, sich in der Frage der elektronischen Gesundheitskarte um 180 Grad zu drehen.

*Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?* Die ärztliche Schweigepflicht zu schützen und zu zeigen, dass hier die Basisärzte mit zivilem Ungehorsam als David gegen Goliath (IT-Industrie und Kassen) gewinnen können. Später würde ich gerne mal als Schiffsärztin mit Greenpeace auf Expedition gehen.

# Terminkalender

## ■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 16.2.2012 (ab 20.00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

## ■ Qualitätsmanagement-Seminare

### QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

Nach einem bundesweit einheitlichen Schulungscurriculum werden Praxisinhaber und -mitarbeiter befähigt, das QM-System „QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ohne externe Hilfe einzuführen. Das Seminar wird von KBV-lizensierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr 11.05.2012 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 12.05.2012 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

### QEP®-Refresher-Kurs

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

Nach fünf Jahren Anwendung in der Praxis wurde das QM-System QEP überarbeitet. Das Seminar soll einerseits Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr QEP auf die neue Version umzustellen.

Mi 22.02.2012 (9:00-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 180,  
jeder weitere € 130

inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

### QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen

Unterstützt durch Mustervorlagen und anhand vieler Beispiele wird im Seminar ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach QEP® erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungsreife – wobei die Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

5-teiliges Blockseminar 2012

Teil 1: Mi 15.08.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 12.09.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

### QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

In diesem Seminar können Sie überprüfen, ob Ihre Praxis zertifizierungsreif ist und an welchen Stellen gegebenenfalls noch nachgebessert werden muss.

Mi 06.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### Datenschutz in der Praxis

Hier wird aufgezeigt, was in puncto Datenschutz in der Praxis zu beachten ist, wann ein Datenschutzbeauftragter benannt werden muss und welche Aufgaben er übernimmt.

Mi 21.03.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### QEP®-Arbeitsschutz

In einer Arztpraxis muss das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz beachtet werden. In diesem Workshop lernen Sie den Umgang mit Gefahrstoffen, wie Sie Personal und Patienten vor Unfällen schützen können und wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird.

Mi 13.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### QEP-Hygiene in der Arztpraxis

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert rundet das Thema dieses Seminars ab.

Mi 29.08.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### QEP®-Personalführung für Ärzte

Der Arzt ist in der Praxis gleichzeitig Führungskraft und muss sich mit Personalfragen wie beispielsweise Personalauswahl, Einstellungsmodalitäten, Motivation und Konfliktbewältigung auseinandersetzen. Hier erfahren Sie, wie Sie damit umgehen können und was beachtet werden muss.

Mi 31.10.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

Das Seminar zeigt, wie man mit Patientenbeschwerden souverän umgeht, diese schon im Vorfeld vermeiden kann – und wie ein Fehlermanagement in der Praxis aufgebaut wird.

Mi 28.11.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

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

## Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um  
Ihren Praxisalltag

### Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der  
KVH helfen Ihnen schnell und kompetent.

### Was bieten wir Ihnen?

- schnelle und verbindliche Auskünfte in  
allen Fragen, die die vertragsärztliche  
Tätigkeit und das Leistungsspektrum  
der KVH betreffen
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die  
gewünschte Information nicht sofort  
erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen  
Anfragen per Post, Fax oder eMail

### Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg  
Telefon: 040/22 802 900  
Telefax: 040/22 802 420  
E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto: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

