

KVH *journal*

MANNSCHAFTS- LEISTUNG

*Wie Ärzte in
der ASV zusammenarbeiten*



HONORARVERTEILUNG

Erste Erfahrungen mit dem Hausarzt-HVM

ZULASSUNGS-AUSSCHUSS

Anträge müssen früher abgegeben werden

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

Doppelausgabe 7-8/2015 (Juli-August 2015)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Viel wird über den Niedergang des ambulanten Gesundheitswesens, getragen von mehrheitlich selbständigen freiberuflichen Ärzten und Psychotherapeuten, und einer durch diese gewählten Selbstverwaltung sinniert – sicher zu Recht, es gibt bedenkliche Entwicklungen und erhebliche destruktive Tendenzen von innen und außen.

Umso mehr freut es mich, dass in Hamburg, entgegen dem Trend, deutliche Lebenszeichen einer vitalen Selbstverwaltung wahrzunehmen sind. Die Berufsverbände engagieren sich derzeit unter reger Beteiligung ihrer Mitglieder bei der Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabs. Sie ringen, unterstützt durch die Verwaltung, um Anpassungen, die den jeweiligen Fachgruppen in ihrem Tun möglichst gerecht werden (leider natürlich weiterhin unter den unschönen Budgetbedingungen). Dieses Engagement ist ein ideales Beispiel für die Bedeutung von Selbstverwaltung im Wortsinn, für die Möglichkeiten, selber zu gestalten, das eigene Umfeld zu beeinflussen. Welcher Berufsstand kann das sonst noch? Man spürt, dass bei diesem Engagement der „Appetit mit dem Essen kommt“. Seit Beginn dieses Prozesses ist das Interesse an einer Mitarbeit deutlich gewachsen. Diese braucht es, da die Verwaltung nur durch das kritische und konstruktive Engagement der Selbstverwaltung zu optimalen Ergebnissen kommen kann.

Die KV Hamburg freut sich über dieses „Lebenszeichen“ entgegen dem allgemeinen Trend und möchte durch bestmögliche Transparenz und offene Kommunikation mit der Selbstverwaltung dieses „Pflänzchen“ pflegen, um daraus wieder einen starken Baum werden zu lassen.

Fühlen Sie sich herzlich eingeladen mitzumachen!

Ihr Dr. Stephan Hofmeister,
stellvertretender 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: Wie stehen Sie zur neuen spezialfachärztlichen Versorgung?
- 08_** Gleiche Augenhöhe: Die schlimmsten Wettbewerbsverzerrungen des alten § 116b werden beseitigt
- 12_** Im Überblick: Was Ärzte im Praxisalltag über die ASV wissen müssen
- 13_** Streit um die Eingrenzung von Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen auf „schwere Verlaufsformen“

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten
- 18_** Aktion zur Masernimpfung: KBV stellt Informationsmaterial zur Verfügung
- 19_** Kinder-Vorsorgeuntersuchungen: Behörde bittet um Rückmeldung
- 20_** Bedarfsplanung: Längere Bearbeitungszeit für Anträge an den Zulassungsausschuss
- 21_** Deutsche BKK reduziert Impfangebot
DMP Diabetes mellitus Typ 1: Neue Schulung ab Juli 2015 / Neue Abrechnungsziffer Gestationsdiabetes
- 22_** Techniker Krankenkasse: Zwei Wochen Rückstand bei der Postbearbeitung?
- 23_** Einladung zum KV-Symposium „Suchtmedizin“



QUALITÄT

20_ QM-Seminare: „Hygiene“ und „Personalmanagement“

ARZNEI- UND HEILMITTEL

23_ Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

24_ Parasiten: In welchen Fällen können Mittel gegen Wurmbefall und Kopfläuse zu Lasten der GKV verordnet werden?

ABRECHNUNG

26_ Mehr Leistungsgerechtigkeit: Erste Erfahrungen mit dem neuen Honorarverteilungssystem der Hausärzte

27_ Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2015

FORUM

28_ Debatte: Erwiderung auf den Artikel „Erhebliche Mängel“ zur Hausarztstudie der Verbraucherzentrale

30_ Antwort der Autoren

32_ Festakt für Fokko ter Haseborg zur Verabschiedung in den Ruhestand

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

14_ Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

33_ Plassmanns Tagebuch

KV INTERN

34_ Steckbrief:
Dr. Christoph Bäumer

35_ Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelbild: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 11: Tournée/Fotolia;
Seite 14: G-BA; Seite 17: Felix Faller/Alinea; Seite 19:
Tiero/Fotolia; Seite 21: Eisenhans/Fotolia; Seite
24,25: United States Department of Health and
Human Services; Seite 32: Johannes Arlt; Seite 36:
Felix Faller/Alinea;
Icons: iStockfoto

Wie stehen Sie zur neuen spezialfachärztlichen Versorgung?



Dr. Wolfgang Cremer

Gynäkologe in Eppendorf und
Hamburger Landesvorsitzender des
Berufsverbandes der Frauenärzte

Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin wird untergraben

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) hat aus gynäkologischer Sicht kaum Vorteile. **Flächen- deckende Brust- beziehungsweise Genitalzentren gewährleisten schon über viele Jahre eine leitlinien- konforme Betreuung. Zusätzlich bestehen die Onko- logie-Vereinbarung und das DMP Mammakarzinom.** Frauenärzte wissen, dass die ASV das Arzt-Patientin- Verhältnis untergräbt. Der wichtige, enge Kontakt der Patientin zu ihrem behandelnden Arzt, zu dem sie über viele Jahre ein enges Vertrauensverhältnis aufgebaut hat, wird durch den alten und neuen § 116b untermi- niert. Nach der letzten Novelle des GKV VSG sollen nicht nur die schweren Verlaufsformen, sondern alle gynäkologischen Tumoren, deren ambulante Behand- lung gerade im gynäkologischen Fach hervorragend umzusetzen war, im Rahmen der ASV betreut wer- den. Die vorgegebene Überweisung für vier Quartale schließt die Karzinompatientinnen so lange von der Betreuung durch ihre Niedergelassenen aus. Das ist bei

den leichten Verlaufsformen unter anderem wegen der Compliance und der Wiedereingliederung kontra- produktiv. Bei einer Mammakarzinom-Patientin T1NoMo zum Beispiel sind Operation und Bestrahlung nach zehn Wochen beendet. Aus gynäkologischer Sicht müssen Überweisungsdauer und -vorbehalt, die Fallzahl für die ASV und die Qualifikation für das Kernteam geändert werden. Die ungeklärte Honorar- Bereinigung sorgt zusätzlich für Unruhe. ■



Dr. Rüdiger Bock
Internist und Pneumologe in
Poppenbüttel

Erste Erfahrungen sind positiv

Nach Jahrzehnten einer rückläufigen Prävalenz wird erstmals eine Zunahme der Tbc-Zahlen in Deutschland beschrieben, wobei Hamburg traditionell den ersten Platz bundesweit belegt. **Daher begrüße ich die mit dem ASV-System intendierte Verbesserung der Versorgung der an TBC-Erkrankten.**

Obwohl ich mit meinem Antrag in Hamburg sowohl durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses (ELA), die Zulassungsinstanz ELA als auch seitens der ASV-Servicestelle auf Bundesebene nur hilfreiche Unterstützung erfuhr (dies scheint in anderen Bundesländer deutlich anders auszusehen!), ist mit der Beantragung doch ein Wust von Bürokratie verbunden. Nicht nur ich hatte einen zwölfseitigen Antrag mit acht Seiten Anhang auszufüllen, ähnliches mussten auch alle weiteren neun Facharztkolleginnen und -kollegen leisten, ohne die das ASV-Team nicht starten kann. Auch wenn ich noch keine Abrechnung meiner Leistungen erhalten habe, sind meine ersten Erfahrungen positiv. ■



Dr. Klaus Becker
Hämatologe und internistischer
Onkologe in Uhlenhorst

Einführung kann eine Chance sein

Die Einführung der ASV kann für das Gesundheitssystem eine Chance sein. **Weil sich die Teams aus Vertragsärzten und Krankenhausärzten zusammensetzen, werden möglicherweise die Sektorengrenzen aufgebrochen.** Außerdem gibt es einigermaßen faire Wettbewerbsbedingungen: Die Leistungen innerhalb der ASV werden für die beteiligten Ärzte extrabudgetär bezahlt. Und der Verbotsvorbehalt gilt auch für uns Vertragsärzte. Das heißt: Wir können ebenso wie die Krankenhäuser neue Methoden anwenden, die den Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zur Verfügung stehen, zum Beispiel PET-CT. Der bürokratische Aufwand, den Ärzte betreiben müssen, um an der ASV teilzunehmen, ist allerdings sehr hoch. Ob er zu hoch ist und eine Entwicklung der ASV verhindert, wird sich zeigen. ■

Der dritte Versorgungsbereich

Was bringt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) für das Gesundheitssystem?
Die schlimmsten Wettbewerbsverzerrungen des alten § 116b werden beseitigt.
Das jedenfalls ist ein Fortschritt.



Will die Gesundheitspolitik den Praxen das Wasser abgraben und die ambulante fachärztliche Versorgung an die Kliniken verlegen? Diese Sorge wurde auch durch das Vorläufermodell der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) genährt, in dem viele Ärzte den Ausgangspunkt einer rabiaten Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sahen. Erst mit dem Versorgungsstrukturgesetz versuchte der Gesetzgeber, gleiche Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser bei der ambulanten Versorgung von Patien-

ten mit schweren oder seltenen Erkrankungen herzustellen.

Dass eine solche Gleichstellung erreicht werden könnte, war anfangs keineswegs sicher. Nach der Jahrtausendwende bekamen Krankenhäuser die Möglichkeit, direkt mit den Krankenkassen Verträge abzuschließen über die ambulante Erbringung von hochspezialisierten Leistungen für Patienten mit seltenen oder besonders schwer verlaufenden Krankheiten. Solche Verträge kamen aber nur in wenigen Ausnahmefällen zustande, weil die Kassen hierfür keinen Bedarf sahen.

Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2007 wurden Vertragsabschlüsse überflüssig gemacht. Nach § 116b SGB V reichte es für eine Klinik aus, mit ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen zu werden. Die vertragsärztliche Bedarfsplanung spielte bei der Genehmigung durch die Gesundheitsbehörde keine Rolle.

Das sorgte für gesundheitspolitischen Zündstoff. Denn im sich daraus entwickelnden Wettbewerb mit den Vertragsärzten hatten die Krankenhäuser einige Vorteile: Sie unter-

lagen weder der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung noch einer personalisierten Qualitätssicherung. Sie wurden für ihre Leistungen unbudgetiert bezahlt. Und sie erhielten Investitionsförderung durch die duale Krankenhausfinanzierung. Die Vertragsärzte hingegen hatten in den Jahrzehnten zuvor unter hohem persönlichen Risiko Geld in den Aufbau effizienter medizinischer Strukturen investiert, die nun dem Bestreben der Politik, ambulante Versorgung an den Krankenhäusern aufzubauen, geopfert zu werden drohten.

KBV, KVen und Berufsverbände protestierten heftig und mahn-ten gleiche Rahmenbedingungen an. Dass Wettbewerb den Patienten nur nutzt, wenn er unter fairen Voraussetzungen stattfindet, leuchtete schließlich auch der Gesundheitspolitik ein. Im Jahr 2012 zog die schwarz-gelbe Regierung mit dem Versorgungsstrukturgesetz die Notbremse. § 116b SGB V wurde überarbeitet. Der Geltungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wurde erstmals auf die Vertragsärzte ausgedehnt. Krankenhaus und Vertragsärzte sollen nun in einem neu geschaffenen Versorgungsbereich unter gleichen Bedingungen zusammenarbeiten.

Mittlerweile nimmt die ASV konkrete Formen an. Im März 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Richtlinie vorgelegt, in der alle wichtigen Grundlagen geregelt werden. Im April 2014 sind die Detailregelungen für Tuberkulose oder atypische Mykobakteriose in Kraft getreten. Im Juli 2014 folgten Konkretisierungen für gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle. Die Regelungen für

Zusammenarbeit im ASV-Team

TEAMLEITUNG

Der Leiter des ASV-Teams übernimmt die fachliche und organisatorische Koordination. Er ist für die Patienten der erste Ansprechpartner. Die Aufgabe des Teamleiters übernimmt in der Regel ein Facharzt, der die Patienten aufgrund seiner Fachkunde schwerpunktmäßig betreut, zum Beispiel bei der Tuberkulose der Pneumologe.

KERNTEAM

Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärzte, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen bei der Behandlung der jeweiligen Krankheit mitwirken. Sie arbeiten eng mit dem Teamleiter zusammen. Die Mitglieder des Kernteams sollen an mindestens einem Tag in der Woche eine Sprechstunde in der Praxis des Teamleiters anbieten. Die Mitglieder sollen in angemessener Nähe zum Teamleiter praktizieren.

HINZUZUZIEHENDE FACHÄRZTE

Hinzuzuziehende Fachärzte und Psychotherapeuten sind Experten, deren Kenntnisse und Erfahrungen typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden. Ihr Tätigkeitsort muss in angemessener Entfernung von der Praxis des Teamleiters liegen.

das Marfan-Syndrom und gynäkologische Tumore sind ausformuliert, aber noch nicht in Kraft.

Ärzte, die zusammen mit einem interdisziplinär aufgestellten Team an der ASV teilnehmen wollen, zeigen dies dem erweiterten Landesausschuss an. Das Team kann aus Praxis- und Klinikärzten bestehen. Bei der Behandlung von Krebspatienten schreibt die ASV-Richtlinie den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit dem jeweils anderen Sektor vor. In diesen Fällen müssen Ärzte aus beiden Sektoren in das Team mit einbezogen werden.

Die Behandlung erfolgt in den Praxen der jeweiligen ASV-Ärzte

oder in den Räumen der teilnehmenden Krankenhäuser. Die Teammitglieder müssen nicht unter einem Dach tätig sein. Um den Patienten lange Wege zu ersparen, sollen die Mitglieder des Kernteams allerdings in angemessener Nähe zum Tätigkeitsort des Teamleiters praktizieren und dort einmal pro Woche eine Sprechstunde anbieten.

Anders als beim alten § 116b gilt innerhalb der ASV der Facharztstatus: Die Teammitglieder müssen allesamt Fachärzte sein und sind verpflichtet, die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen persönlich zu treffen. Die Qualitätsanforderungen und die Vergü-

tungsregeln sind für alle Ärzte gleich – egal, ob sie aus dem vertragsärztlichen Bereich oder aus dem Krankenhaus kommen.

Den Leistungsumfang für die jeweilige ASV-Indikation legt der G-BA fest. Die Ärzte dürfen in der ASV auch ausgewählte neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen durchführen, die nicht Bestandteil des EBM sind. Es gibt keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen, doch auch innerhalb der ASV gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Bezahlt wird unbudgetiert und ohne Mengenbegrenzung. Öffentlich geförderte Krankenhäuser bekommen pauschal fünf Prozent weniger

Der komplexe Weg zur Bereinigung

Wie bei allen Sonderverträgen, in denen eine extrabudgetäre Honorierung vorgesehen ist, muss auch in der ASV eine Bereinigung des Budgets vorgenommen werden. Das ist auch logisch, denn die Leistungen, die nun extrabudgetär honoriert werden, sind ja nicht mehr im Budget enthalten.

Allerdings ist die Bereinigung in der ASV sehr komplex, weil ja nicht die gesamte Behandlung des Patienten in der ASV stattfindet, sondern nur die Behandlung der schweren oder seltenen Erkrankung. Deswegen mussten KBV und Krankenkassen ein Verfahren entwickeln, wie dieses „Teilhonorar“ identifiziert werden kann.

Aus bereits abgerechneten Quartalen ermittelt das „Institut des Bewertungsausschusses“ (InBA) die Ausgaben, die die ASV betreffen – getrennt für jede Anlage, also getrennt für jede ASV-Indikation. Diese Summe wird geteilt durch die Anzahl der ASV-Patienten, so dass ein „ASV-Fallwert“ pro Indikation entsteht.

Dieser Fallwert wird regional an die „HVV-Quote“ (also der Auszahlungsquote) angepasst. Gegebenenfalls können in der Region weitere Anpassungen

vorgenommen werden. Über eine Höchstzahlregelung bei den Fallzahlen wird sichergestellt, dass nicht mehr bereinigt wird, als die Kassen tatsächlich gezahlt haben – also nur das quotierte Honorar (netto), nicht das nach der Gebührenordnung mögliche (brutto).

Modellrechnungen der KBV haben ergeben, dass für die Anlage Tuberkulose bundesweit rund 800.000 Euro bereinigt werden müssten, für die Anlage gastrointestinale Tumoren 41,6 Millionen Euro. Diese Zahlen gelten für die Bundesrepublik; der jeweils auf die Region entfallende Anteil wird vom InBA errechnet und mitgeteilt. Eine Reihe von ergänzenden Regelungen ist noch mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Die Bereinigung wird ausschließlich im fachärztlichen Honorarvolumen stattfinden. Das Gesetz schützt das hausärztliche Honorarvolumen komplett und die Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung vor der ASV-Bereinigung. Um dies umsetzen zu können, ist es allerdings noch erforderlich, die Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung zu definieren. Hierzu ist eine Arbeitsgruppe bei der KBV eingesetzt worden.

ausbezahlt, um die Investitionsförderung der dualen Finanzierung auszugleichen. Mittelfristig soll eine eigene Vergütungssystematik für die ASV entwickelt werden.

Jeder Arzt rechnet seine ASV-Leistungen selbst ab. Mit dem „Versorgungsstärkungsgesetz“ soll der Abrechnungsweg auf öffentlich-rechtliche Stellen beschränkt werden, die KVen könnten auch die Abrechnungen der Krankenhäuser übernehmen.

Wählt der Arzt die KV als Dienstleister, kann er die ASV-Abrechnung unter Angabe der Teamnummer zusammen mit der regulären Quartalsabrechnung erledigen. Das Praxis-Verwaltungssystem ist auf diesen Abrechnungsweg eingestellt.

Derzeit gibt es viele Krankenhäuser, die noch für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach dem alten § 116b zugelassen sind. Im Referentenentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes war vorgesehen, diese Zulassungen unbefristet weiterlaufen zu lassen. Wäre dies umgesetzt worden, hätten die Krankenhäuser keinen Grund mehr gehabt, sich um Kooperationen mit Vertragsärzten zu bemühen.

„Der Grundgedanke des Versorgungsstärkungsgesetzes, nicht lediglich Krankenhäuser für ambulante Leistungen zu öffnen, sondern die Vertragsärzte mit ins Boot zu nehmen und an der Schnittstelle ambulant-stationär sektorenübergreifend einheitliche und faire Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu schaffen, ist meines Erachtens richtig und zukunftsweisend“, sagt Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA. „Im Interesse der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unserer Patien-

Gemeinsam den Mitgliedern helfen



Die ASV ist kompliziert, aber chancenreich. Letzteres finden jedenfalls die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg und Schleswig-Holstein. Damit die Vertragsärzte aber auch in der Lage sind, die Chancen dieser hochkomplexen Versorgungsform wahrnehmen zu können, benötigen sie Unterstützung. Denn sie haben keinen Apparat hinter sich, wie es bei den Krankenhäusern der Fall ist.

Um insofern „gleiche Augenhöhe“ herzustellen, haben die Vorstände aus Hamburg und Bad Segeberg beschlossen, eine gemeinsame Tochter zu gründen, die solche Beratungsleistungen anbietet. Die grundsätzliche Zustimmung haben die hamburgische Vertreterversammlung und die schleswig-holsteinische Abgeordnetenversammlung be-

reits gegeben. Doch warum eine Tochter, warum machen das die KVen nicht selbst?

Die Antwort ist einfach: Weil der Beratungsumfang über das hinausgeht, was eine KV tun dürfte. Die KV darf natürlich über die Zulassungsvoraussetzungen beraten und zu Abrechnungsfragen. Aber bei der ASV sind auch steuerliche Aspekte zu berücksichtigen und Fragen der „Team-bildung“. Das eine darf die KV nicht machen, das andere sollte sie nicht machen.

Die gemeinsame Tochter soll diese Beratungsleistungen auf qualitativ hohem und preislich akzeptablem Niveau zur Verfügung stellen. Noch sind die Vorbereitungsarbeiten nicht abgeschlossen, noch haben die Aufsichten kein „grünes Licht“ gegeben, noch steht der endgültige Beschluss der Gremien aus. Aber die Arbeiten gehen zügig voran. Die Beschlüsse sollen im September gefasst werden.

Ob diese Gesellschaft auch Abrechnungsleistungen anbieten können, kann erst gesagt werden, wenn der endgültige Gesetzestext des „Versorgungsstärkungsgesetzes“ vorliegt. Allerdings stand die Abrechnung nie im Fokus der Planungen; insoweit ist es für die Gründung unerheblich, ob auch die Abrechnung – quasi als Annex – angeboten werden kann, oder ob es bei den reinen Beratungsleistungen bleibt.

ASV im Praxisalltag

Auch Ärzte, die nicht selbst in der ASV tätig werden, sollten das neue Angebot kennen. Hier erfahren Sie, was Sie wissen müssen, wenn Ihre Patienten spezialfachärztlich versorgt werden.

ASV-PATIENTEN

Im neuen Versorgungsbereich werden nur Patienten behandelt, die an einer seltenen oder schweren Erkrankung mit besonderem Verlauf leiden und deshalb über einen längeren Zeitraum umfangreiche, interdisziplinäre Behandlung benötigen.

BEHANDLUNG

Es wird „nur“ die ASV-Erkrankung des Patienten behandelt, zum Beispiel ein Magenkrebs, der bereits Metastasen gebildet hat. Alle anderen Erkrankungen, die nichts mit dem Tumor zu tun haben, zum Beispiel ein grippaler Infekt oder ein Beinbruch, werden behandelt wie bisher – außerhalb der ASV.

ÜBERWEISUNG/ ÜBERWEISUNGSSCHEIN

Patienten, die in der ASV behandelt werden, benötigen in der Regel eine Überweisung des behandelnden Arztes. Für die Überweisung in die ASV verwenden Ärzte wie gewohnt den gelben Überweisungsschein (Muster 6) und machen dort die Angaben zu Diagnose / Verdachtsdiagnose, Befund / Medikation, Auftrag. Die zugelassenen Teams finden Sie im Internet unter: www.asv-servicestelle.de → ASV-Verzeichnis

TEILNAHME

Die ASV stellt ein Angebot dar. Patienten, die sich dafür entscheiden, erklären sich bereit, die Ärzte des jeweiligen ASV-Teams zu konsultieren. Eine Teilnahmeerklärung müssen sie nicht unterschreiben. Sie können die Behandlung im ASV-Team auch ablehnen.

GESICHERTE DIAGNOSE/ VERDACHTSDIAGNOSE

Zum Zeitpunkt der Überweisung in den neuen Versorgungsbereich muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Bei seltenen Erkrankungen reicht eine Verdachtsdiagnose.

ARZTBRIEF

Der überweisende Arzt erhält nach Abschluss der Behandlung in der ASV einen Überleitungsbrief für seinen Patienten. Dieser enthält Angaben zu Diagnosen, Therapievor schlägen inklusive Medikation, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Häusliche Krankenpflege sowie Kontrolltermine. Auch über die Aufnahme eines Patienten in die ASV wird der Arzt, der die Überweisung ausgestellt hat, informiert.

Quelle: "KBV PraxisWissen ASV" (siehe rechts)

tinnen und Patienten müssen wir willens sein, die sektorale Abschottung zu überwinden.“ Ein etwaiger Dauerbestandsschutz für Krankenhäuser, die ASV nach der alten Regelung erbringen, wäre ein Signal in die falsche Richtung gewesen. „Vor Ort hat allein die bloße Ankündigung dieser Möglichkeit zum sofortigen Stillstand bereits aufgenommener Kooperationsgespräche zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten geführt“, so Klakow-Franck.

Mitte Mai 2015 einigten sich die Regierungsfractionen darauf, den Bestandsschutz auf drei Jahre zu begrenzen. Damit wäre das Ende der Wettbewerbsverzerrung zwischen Krankenhäusern und Praxen noch nicht erreicht – aber immerhin absehbar. ■

Weitere Informationen im Internet: www.kbv.de → (obere Navigationsleiste) Service → Service für die Praxis → Ambulante Leistungen → ASV

In der rechten Spalte steht eine Informationsbroschüre zum Herunterladen zur Verfügung: "KBV PraxisWissen ASV - Interdisziplinär in Praxen und Kliniken". Berlin 2014



Schwer zu definieren

Der Vorschlag des KBV-Chefs, „schwere Verlaufsformen“ als Zugangsvoraussetzung für die ASV zu streichen, sorgte für Streit. Die unparteiischen Mitglieder des G-BA hatten zuvor eine ähnliche Position bezogen – aus gutem Grund.

Viel Aufregung hat es gegeben um eine Initiative des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, und des Geschäftsführers der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, zur Streichung der Voraussetzung „schwere Verlaufsform“ im Gesetzestext. Gassen hatte dieses Zugeständnis gemacht im Gegenzug auf den Verzicht der Entfristung der alten § 116b-Genehmigungen – allerdings ohne Rücksprache mit den Gremien, was sicherlich ein politischer Fehler war.

Inhaltlich hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) allerdings bereits signalisiert, dass er sich im-

mer schwerer tue, bei den ja schon per definitionem schweren Erkrankungen auch noch einen besonders schweren Verlauf (nachprüfbar) zu definieren. In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes empfahlen die unparteiischen Mitglieder des G-BA am 20. März 2015, die von der ASV umfassten Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nicht mehr auf schwere Verlaufsformen einzugrenzen. Grund: Für diese Erkrankungen „fehlen, mit Ausnahme der Diagnose Herzinsuffizienz, medizinische Klassifikationen, die jeweils eine eindeutige Definition einer schweren Verlaufsform erlauben

würden“. Eine Ungleichbehandlung der Versicherten trotz derselben Erkrankung sei nicht auszuschließen.

Im Mai 2015 verständigten sich die Regierungsfractionen darauf, die Einschränkung auf schwere Verlaufsformen zu streichen – allerdings nur bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen. Bei allen anderen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen muss weiterhin ein schwerer Verlauf vorliegen.

Onkologische und rheumatologische Erkrankungen werden mit dieser Änderung aber nicht schrankenlos für die ASV geöffnet. „Auch künftig wird die ASV ein unter →

Um welche Krankheiten geht es ?

In den Anlagen der ASV-Richtlinie konkretisiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sukzessive für einzelne Krankheitsbilder, wie der Behandlungsumfang aussieht und welche Anforderungen es an Teilnehmer, Ausstattung und Qualitätssicherung gibt. Für die Erarbeitung der Anlagen wurde folgende Reihenfolge festgelegt:

(Schwere Verlaufsformen von) Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:

1. Gastrointestinale Tumoren / Tumoren der Bauchhöhle (seit dem 26. Juli 2014 in Kraft)
2. Gynäkologische Tumoren (Beschluss vom 22. Januar 2015, noch nicht in Kraft)
3. Rheumatologische Erkrankungen
4. Herzinsuffizienz

Weil die Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen bei den onkologischen Erkrankungen wegfällt, müssen die Anlagen zu den gastrointestinalen Tumoren / Tumoren der Bauchhöhle und zu den gynäkologischen Tumoren angepasst werden.

Seltene Erkrankungen:

1. Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (seit dem 24. April 2014 in Kraft)
2. Marfan-Syndrom (Beschluss vom 22. Januar 2015, noch nicht in Kraft)
3. Pulmonale Hypertonie
4. Mukoviszidose
5. Primär sklerosierende Cholangitis

→ Überweisungsvorbehalt stehendes Leistungsangebot ausschließlich für jene Patientinnen und Patienten mit onkologischen oder rheumatologischen Erkrankungen sein, für die ein Bedarf an interdisziplinär abgestimmter Diagnostik und Therapie besteht“, sagt Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende jenes G-BA-Unterausschusses, der Indikationen, Diagnostik und Behandlung in der ASV definiert.

„Die Versorgung durch ein interdisziplinär zusammengesetztes Team ist für mich das ASV-Leitkriterium der Zukunft“, sagt Klakow-Franck. „Besteht dieser Versorgungsbedarf nicht oder – zum Beispiel nach erfolgreich abgeschlossener multimodaler Therapie – nicht mehr, ist für mich auch zukünftig keine Indikation zur ASV gegeben.“

Dass die ASV als enger und sehr spezieller Versorgungsbereich konzipiert wird, ist medizinisch sinnvoll – und auch im Interesse der Krankenkassen, die mit Sicherheit dafür sorgen werden, dass dies auch so bleibt. ■

Das gesamte Interview mit Dr. Regina Klakow-Franck finden Sie im Internet unter: www.kvhh.de → KVH-Journale → Nr. 7-8 / Juli 2015 → Interview



"Versorgung durch ein interdisziplinäres Team ist für mich das ASV-Leitkriterium der Zukunft": Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA

Amtliche Veröffentlichung

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

Hinweis: Verträge

- 2. Ergänzung zur Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V zwischen der KV Hamburg und der Deutschen BKK über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen (Impfvereinbarung - Ausland) und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV) nach § 20d Abs. 2 SGB V. (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 10. Nachtrag zum 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 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt).

Hinweis: Beitritt neuer Kassen

- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V zwischen der SECURVITA BKK und der AG Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Die Deutsche BKK tritt dem o.g. Vertrag zum 1. Juli 2015 bei.

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- zum 6. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg zum 1. Januar 2015:

Im KVH-Journal 3/2015 wurde der 6. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg zum 1. Januar 2015 unter dem Vorbehalt der unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 3/2015 wurde die Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2015 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu dieser Vereinbarung ist abgeschlossen und damit der Vorbehalt gegenstandslos.

KBV-Vorgaben

Anpassung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b SGB V mit Wirkung zum 01.01.2015

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

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802 - 900

Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.*

initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de

www.bitte-substituieren-sie.de



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



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

Infocenter Tel: 22802-900

PODOLOGIE FÜR DIABETES-PATIENTEN

Kann ich einem Diabetes-Patienten eine podologische Behandlung verordnen?

Die Diagnose Diabetes reicht als Verordnungsgrund nicht aus. Laut der Heilmittel-Richtlinie kann eine Verordnung für Podologie nur bei einem diabetischen Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie im Stadium Wagner 0 ausgestellt werden. Die podologische Therapie soll unumkehrbaren Folgeschädigungen der Füße, wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen, vorbeugen.

AKUPUNKTUR BEI ZWEI INDIKATIONEN

Wir haben einen Patienten vor einem halben Jahr wegen chronischer Schmerzen der Lendenwirbelsäule mit Akupunktur behandelt. Die Behandlung ist mittlerweile abgeschlossen. Jetzt leidet er an chronischen Schmerzen aufgrund von Gonarthrose im Kniegelenk, die wir ebenfalls mit Akupunktur behandeln möchten. Können wir das abrechnen?

Ja. In der Regel ist eine erneute Behandlung mit Akupunktur frühestens 12 Monate nach Abschluss einer Akupunkturbehandlung möglich. Da es sich hierbei aber um eine andere Indikation handelt, können Sie sofort mit der Akupunkturbehandlung der Kniegelenke beginnen.

BETREUUNG EINER SCHWANGEREN

Darf man die GOP 01770 EBM (Betreuung einer Schwangeren) abrechnen, wenn die Patientin innerhalb desselben Quartals bereits von einem anderen Gynäkologen betreut wurde?

NEIN Die GOP 01770 EBM kann im laufenden Quartal nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung eingebunden sind. Diese Regelung für die Gebührenordnungsposition 01770 EBM hat das Bundessozialgericht bestätigt. Sie gelte auch, wenn der Frauenarzt nicht wisse, dass die Schwangere bereits durch einen Kollegen betreut wird. Laut Bundessozialgericht (BSG) können Frauenärzte durch eine Befragung abklären, ob die Schwangere im laufenden Quartal bereits von einem anderen Vertragsarzt betreut wird oder wurde.

ANGABE DER DIAGNOSE AUF MUSTER 16

Wir werden immer wieder von Apotheken aufgefordert, auf Arzneimittelverordnungsblättern (Muster 16) Diagnosen zu schreiben, wenn wir Arzneimittel nach der OTC-Liste verordnen. Ist diese Forderung berechtigt?

Bei der Verordnung von Arzneimitteln ist eine Angabe der Diagnose, die dieser Verordnung zu Grunde liegt, weder als ICD-Code noch in Klar-



schrift vorgesehen. Dies gilt auch bei der Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die für Kinder ab 12 Jahren und Erwachsenen nur bei Indikationen nach Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (OTC-Liste) verordnet werden dürfen. Die Apotheke hat nicht die Aufgabe zu prüfen, ob die entsprechende Indikation der Ausnahmeliste vorliegt.

Allerdings muss die Diagnose unbedingt bei der Abrechnung des Patienten im Quartal der Verordnung angegeben werden.

Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist die Angabe der Diagnose auf dem Muster 16 hingegen unbedingt erforderlich – neben anderen Pflichtangaben wie der Bezeichnung des Hilfsmittels, der Anzahl und weiteren Hinweisen (beispielsweise über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten.

KRANKENGYMNASTIK ALS HAUSBESUCH

Ich behandle eine ältere Patientin, die in ihrer Mobilität sehr eingeschränkt ist. Nun will ich ihr Krankengymnastik verordnen. Darf der Physiotherapeut die Anwendungen auch bei der Patientin zu Hause erbringen?

Die Verordnung der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis des Therapeuten ist nur dann zulässig, wenn ein Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann.

Ist dies der Fall, können Sie die Notwendigkeit des Hausbesuches auf der Verordnung (Muster 13, 14 oder 18) entsprechend kennzeichnen.

URLAUBSVERTRETUNG DURCH NACHBARPRAXEN

Ich plane gerade meinen Sommerurlaub. Kann ich meinen Patienten eine Übersicht mitgeben, auf der die Ärzte in der Umgebung aufgeführt sind, die mich vertreten könnten?

Wenn Sie die Vertretung mit den betreffenden Ärzten konkret abgesprochen haben, ist das möglich. Welche Ärzte die Vertretung während Ihres Urlaubs übernehmen, können Sie Ihren Patienten aber auch zum Beispiel anhand eines Praxisaushanges kenntlich machen. Sollte Ihre Abwesenheit länger als eine Woche dauern, müssen Sie die Vertretung darüber hinaus gegenüber der KV anzeigen. Das Formular finden Sie auf unserer Homepage (www.kvhh.de → **Formulare** → **Praxisvertretungsformular**). Sollten mehrere Ärzte in der Umgebung Ihre Vertretung übernehmen, füllen Sie bitte für jeden Arzt, der Sie vertritt, ein eigenes Formular aus. Dies ist notwendig, da der Vertretungsarzt das Formular ebenfalls unterschreiben muss. Wir möchten im Übrigen darauf hinweisen, dass es nicht zulässig ist, als Vertretung den organisierten Notfalldienst anzugeben.

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

Infocenter Tel: 22802-900



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

Aktion zur Masernimpfung

KBV stellt Informationsmaterial für Ärzte und Patienten zur Verfügung

Angesichts der aktuellen Masernwelle haben KBV und KVen eine Informationskampagne zur Masernimpfung gestartet. Der Appell richtet sich vor allem an nach 1970 geborene Erwachsene, die häufig keinen ausreichenden Impfschutz besitzen. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts haben nur knapp 60 Prozent der 18- bis 44-Jährigen die erste Masernimpfung erhalten, bei der zweiten Impfung ist die Prozentzahl noch niedriger.

Im Rahmen der Kampagne hat die KBV eine Wartezimmer-Infokarte im Pop-Art-Stil erstellt, die sich insbesondere an Erwachsene richtet und darüber informiert, wer sich gegen Masern impfen lassen sollte. Zudem gibt es zwei ausführliche Patienteninformationen zum Thema – einmal zur Nachholimpfung für Erwachsene und einmal zur Impfung von Kindern. Die Informationsblätter erklären, was Masern sind, welche Folgen eine Erkrankung haben kann, wie die Impfung wirkt und welche Nebenwirkungen dabei auftreten können.

Für Ärzte hat die KBV außerdem eine Praxisinformation zur Masern-Schutzimpfung mit Tipps und Hinweisen erstellt. ■

INFORMATIONSMATERIAL

für Patienten

- Wartezimmer-Infokarte zur Masern-Schutzimpfung
- Patienteninformation: Masernimpfung bei Kindern – was Sie wissen sollten
- Patienteninformation: Nachholimpfung – bin ich vor Masern geschützt?

für Ärzte

- Praxisinfo: Masern-Schutzimpfung – Wissenswertes für Ihren Praxisalltag

Ein Formular, mit dem Sie das Informationsmaterial in Papierform bei der KV bestellen können, finden Sie im Internet:

www.kvhh.de → Presse → KVH-Infomaterial

PDF-Versionen des Infomaterials zum Herunterladen und Ausdrucken finden Sie unter:

www.kbv.de → Service → Ambulante Leistungen → Prävention → Infos für Ärzte → Masern-Schutzimpfung



Wartezimmer-Infokarte zur Masern-Schutzimpfung



Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen

Behörde bittet darum, jede bei Hamburger Kindern durchgeführte U6 oder U7 zu melden

SEIT SOMMER vergangenen Jahres werden gezielt Hamburger Eltern angeschrieben, um sie an die Kinder-Vorsorgeuntersuchungen U6 und U7 zu erinnern. Die Gesundheitsbehörde bittet die Kinderärzte um eine Rückmeldung, wenn diese Untersuchungen in Anspruch genommen werden.

DAS EINLADUNGSWESEN ist ein wichtiger Baustein des Hamburger Landeskonzeptes „Frühe Hilfen: Guter Start für Hamburgs Kinder“. Den von der Zentralen Stelle (Landesfamilienbüro) in Neumünster verschickten Einladungsschreiben liegt eine kodierte und frankierte Karte bei, die von den Eltern zum Untersuchungstermin mitzubringen ist. Die Kinderärzte werden gebeten, die Teilnahme auf dieser Karte mit ihrem Praxisstempel zu bestätigen und sie an die Zentrale Stelle zurückschicken. Wenn Eltern diese Karte nicht dabei haben, steht eine Ersatzbestätigung im Internet zur Verfügung: <http://www.hamburg.de/kindergesundheit/4335442/neues-einladungswesen-u6-u7>

Grundsätzlich sollte jede U6 und U7, die bei Hamburger Kindern durchgeführt wird, an die Zentrale Stelle gemeldet werden.



DIE ZENTRALE ROLLE der Kinderärzte bei der Rückmeldung ist eine Konsequenz aus den Erfahrungen, die während eines Modellversuchs in den Jahren 2010 bis 2012 gemacht wurden. Etliche Eltern hatten den Rückmeldebogen nicht zurückgeschickt, obwohl die Untersuchung durchgeführt worden war. Wissenschaftler des UKE empfahlen deshalb, dass Kinderärzte die Rückmeldung übernehmen, weil dies im Praxisablauf zuverlässiger zu organisieren ist.

DIE RÜCKMELDUNG ist wichtig für einen effektiven Ablauf des Einladungswesens. Geht bei der Zentralen Stelle bis zu einem festgelegten Termin keine abgestempelte Karte oder Ersatzbescheinigung ein, meldet sie das betreffende Kind dem zuständigen Bezirkssamt als „Nichtteilnehmer“.

Die Bezirksämter schreiben die Eltern von „Nichtteilnehmern“ erneut an und führen gegebenenfalls Hausbesuche durch. Im Nachhinein stellt sich bisweilen heraus, dass diese Maßnahmen überflüssig waren, weil die Kinder bereits an den Untersuchungen teilgenommen haben.

ALS KINDERÄRZTINNEN und Kinderärzte können wir unseren Teil dazu beitragen, das Hamburger Einladungswesen zu verbessern und noch mehr Kindern die Teilnahme an den wichtigen Vorsorgeuntersuchungen zu ermöglichen. ■

Dr. Stefan Renz,
Hamburger
Landesvorsitzender
des Berufsverbandes der
Kinder- und Jugendärzte

Zielgerichtet gegen Versorgungsengpässe

Längere Bearbeitungszeit für Anträge an den Zulassungsausschuss

Der Hamburger Zulassungsausschuss wird künftig systematischer prüfen, ob es auf lokaler Ebene zu Engpässen bei der vertragsärztlichen Versorgung kommen könnte. Dadurch wird die Bearbeitung der von Ärzten eingereichten Anträge mehr Zeit in Anspruch nehmen.

Der Landesausschuss hat einen Maßnahmenkatalog zur Gestaltung der ambulanten Versorgung beschlossen, der als Anlage in den Hamburger Bedarfsplan aufgenommen wird. Der Zulassungsausschuss prüft anhand eines standardisierten Verfahrens die Versorgungssituation im Umfeld eines zur Debatte stehenden Praxisstandortes. Bei Hausärzten beträgt dieser Radius drei Kilometer, bei Kinderärzten vier Kilometer. Dabei soll das lokale Arzt-Einwohner-Verhältnis, der Versorgungsbedarf, das bestehende medizinische Angebotsspektrum sowie die zusätzlichen Aufnahmekapazitäten von Ärzten derselben Fachgruppe vor Ort berücksichtigt werden.

Im allgemein-fachärztlichen Bereich kann die Versorgungssituation im Radius von 12 Kilometern um den Praxisstandort herum untersucht werden.

Bei der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung ist die Betrachtung einzelner Stadtteile nicht sinnvoll.

Droht ein lokaler Versorgungsengpass, kann die Gemeinsame Selbstverwaltung konkrete Maßnahmen ergreifen – beispielsweise eine finanzielle Förderung von Praxen, Unterstützung bei der Eröffnung einer Zweigpraxis, Unterstützung oder Ablehnung einer Praxisverlegung oder die Unterstützung einer Sonderbedarfszulassung. ■

Die geänderten Abgabefristen für Anträge an den Zulassungsausschuss finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Zulassung

Die neue Anlage zum Bedarfsplan („Maßnahmen zur flexiblen Gestaltung der ambulanten Versorgung in Hamburg“) im Wortlaut: www.kvhh.de → (linke Navigationsleiste) Zulassung → Bedarfsplanung

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

Hygiene-Seminar

In den meisten Praxen muss ein Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellt werden. Was dessen Aufgaben sind, wird in einem QM-Seminar in der KV Hamburg vermittelt. Die Teilnehmer erhalten einen Überblick über alle wichtigen Aspekte, die im Hygienemanagement der Praxis eine Rolle spielen. Das Seminar richtet sich an Praxisinhaber und -mitarbeiter. Es sind noch wenige Restplätze frei.

**Mi, 9.9.2015 (9:30 - 17 Uhr)
€ 149 inkl. Verpflegung
Ort: KV Hamburg,
Heidenkampsweg 99
Fortbildungspunkte: 10**

Personalmanagement

Ein zeiteffizientes, ergebnisorientiertes Personalmanagement ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine Arztpraxis. Im Rahmen dieses Seminars werden Grundsätze und Regeln der Führung vorgestellt und praxistypische Situationen diskutiert. Das Seminar ist für Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsaufgaben konzipiert.

**Mi, 23.9.2015 (9.30 bis 17 Uhr)
€ 149 (inkl. Verpflegung)
Ort: KV Hamburg,
Heidenkampsweg 99
Fortbildungspunkte: 10**

**Ansprechpartnerinnen für
Fragen zu Qualitätsmanagement:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889**



Deutsche BKK reduziert Impfangebot

Bei der Deutschen BKK versicherte Frauen im Alter vom 18. bis vollendeten 26. Lebensjahr haben ab 1. Juli 2015 keinen Anspruch mehr auf eine HPV-Impfung. Begonnene Impfzyklen können beendet werden und werden von der Deutschen BKK vergütet.

Versicherte der Deutschen BKK haben nunmehr bei den Impfungen gegen HPV und Rotaviren keinen über die Schutzimpfungs-Richtlinie hinausgehenden Anspruch mehr.

Die ab 1. Juli 2015 gültige „Impfvereinbarung Ausland“ mit der Deutschen BKK finden Sie auf der Internetseite der KV Hamburg. ■

www.kvhh.de → Recht und Verträge

Ansprechpartner
Infocenter: Tel: 22802 - 900

DMP Diabetes mellitus Typ 1

NEUE SCHULUNG AB JULI 2015

Im DMP Diabetes mellitus Typ 1 kann ab dem 1. Juli 2015 die Schulung PRIMAS erbracht und abgerechnet werden.

Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Min.)	Abrechnungsziffer
PRIMAS – „Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1–Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie“	pro Patient	12 UE à 25 EUR	97008
Schulungsmaterial	pro Patient	14,00 EUR	97009

NEUE ABRECHNUNGSZIFFER GESTATIONS-DIABETES

Wie bisher können die diabetologischen Schwerpunktpraxen Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes im Rahmen des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 1 auch ohne Einschreibung versorgen - entsprechend des Leistungskatalogs für die Betreuung einer schwangeren Diabetikerin. Diese Leistung ist ab dem 1. Juli 2015 mit der neuen Abrechnungsziffer 97029 über die KV Hamburg abrechenbar.

	Abrechnungsziffer alt	Abrechnungsziffer neu
Betreuung Gestationsdiabetikerin zu erbringender Leistungsinhalt analog des § 31 Abs. 2 des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 1, Abrechnungsnummer 97005 (Betreuung einer schwangeren Diabetikerin)	97005	97029

Zwei Wochen Rückstand?

Techniker Krankenkasse lässt sich Zeit bei der Postbearbeitung

Die Krankenkassen wollen ihren Versicherten zügiger zu Behandlungsplätzen verhelfen, indem sie dafür eine Vermittlungsstelle einrichten. Im Wissen um diesen Umstand möchte ich von folgender Erfahrung berichten.

Am 10. Mai 2015 habe ich den ersten Fortsetzungsantrag innerhalb einer Langzeit-Psychotherapie an die Technikerkasse in den Briefkasten der Post geworfen, der am Folgetag geleert werden sollte. Wie ich es üblicherweise tue, bat ich meine Patientin, dass sie nach gut einer Woche bei ihrer Kasse telefonisch erfrage, mit welchem Datum der Antrag zum Gutachter raus ging.

Bei drei solcher Nachfragen – die letzte erfolgte zwei Wochen nach dem anzunehmenden Eingang bei der Kasse – erhielt meine Patientin die Antwort: Da nichts im Computer zu sehen sei, könne man ihr keinerlei Auskunft geben, aber vermutlich liege die Verzögerung am Poststreik.

Als ich der Sache telefonisch nachging, erhielt auch ich zunächst die Antwort: Es sei nichts im Computer, und mehr könne nun nicht getan werden. Ich forderte eine Suche in der Poststelle der Kasse, um zu prüfen, ob der Brief überhaupt eingegangen ist. Mir wurde ein Rückruf versprochen, den ich auch eine Stunde später erhielt: Man sehe sich außerstande, die Poststelle zu durchsuchen, werde aber zunächst ungeprüft zehn weitere Leistungen bewilligen.

Bei genauerem - durchaus ärgerlichem - Nachfragen meinerseits erfuhr ich: Die TK habe einen Bearbeitungsrückstand ihrer Post von 14 Tagen. Derzeit – am 28. Mai 2015 – sei man bis zu den Eingängen vom 13. Mai 2015 vorgedrungen. Daran sei leider nichts zu ändern, aber im kommenden Jahr (!!!) solle es besser werden.

Auf meine ärgerliche Kritik, dass so ein Bearbeitungs-Problem dann ja doch wohl einem Versicherten mitgeteilt werden müss-

te, wenn er dreimal nach dem Eingang seines Antrags fragt und keinerlei Auskunft erhält – außer dem Verweis auf die streikende deutsche Post – erhielt ich erneut die hilflose Antwort, man könne daran nichts ändern, außer es weiterzuleiten und diesen Einzelfall nun im Auge zu behalten, so dass der Antrag dann an den Gutachter raus gehen werde.

Nach langjähriger Erfahrung mit Psychotherapie-Kassenanträgen war ich zunächst geneigt, die Angelegenheit für eine unglücklich gelaufene Verzögerung zu halten. Aber die hier nun notierten Details lassen mich doch eher vermuten, dass die Kassen zwar großspurig Wartezeiten bei den Behandlern bemängeln und reduzieren wollen, aber selber nicht mal ihre Posteingangsbearbeitung zügig meistern. Und außerdem verdient die Technikerkasse in diesem Fall auch ein "Armutzeugnis" bezüglich Kunden-Service.

Das Problem scheint nicht auf Hamburg begrenzt zu sein. Von einem Berliner Kollegen höre ich sogar, dass die Kasse durchschnittlich drei Wochen brauche, um überhaupt einen Antrag in Bearbeitung zu nehmen.

Dorothea Jaekel-Ewald,
Psychologische
Psychotherapeutin in Altona

Das KVH-Journal hat die Techniker Krankenkasse um eine Stellungnahme gebeten. Die Pressestelle der TK teilte mit, einen allgemeinen Bearbeitungsrückstand der Post von 14 Tagen könne man so nicht bestätigen.



Einladung zum KV-Symposium „Suchtmedizin“

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN, hiermit möchten wir Sie herzlich zum diesjährigen KV-Symposium „Suchtmedizin“ einladen. Themenschwerpunkt werden aktuelle Entwicklungen in der Suchtmedizin sein. Insbesondere freuen wir uns auf **REFERATE DES KOLLEGEN DR. JÖRG GÖLZ (BERLIN)** über sozialmedizinische Aspekte der Hepatitis C und der Kollegin **CHRISTEL LÜDECKE (GÖTTINGEN)** über Trauma, Sucht und differenzierte Therapie dieser wichtigen und häufig unterdiagnostizierten psychiatrischen Komorbidität.

Weitere Vorträge werden zu hören sein zu Behandlungsmöglichkeiten der Schlafstörung, dem Einsatz von retardiertem Morphin in der Substitution, Verordnung von Benzodiazepinen und Umgang mit ADHS bei süchtig erkrankten Menschen.

Als geeigneten Rahmen haben wir in diesem Jahr eine Sondersitzung des Arbeitskreises Suchtmedizin von KV und Ärztekammer gewählt. Das macht Sinn, wird doch hier seit langem der medizinisch inhaltliche Diskurs geführt. Im Anschluss an das wissenschaftliche Programm wird es ausreichend Möglichkeit zum kollegialen Austausch geben. **WIR FREUEN UNS AUF IHR KOMMEN!**

**Dr. Jochen Brack, Herbert Görne,
Peter Zamory**

Termin: Mi. 16.9.2015 (ab 16 Uhr)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99,
20097 Hamburg

Anmeldung: Sabine Daub / KV Hamburg
Tel: 22802 - 659, Fax: 22802 - 420
Sabine.Daub@kvhh.de

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

Die Nutzenbewertung ist die Entscheidungsgrundlage dafür, wie viel die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff zahlt und ist als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage XII) für alle Vertragsärzte zu berücksichtigen.

Wirkstoffe und/oder Indikationen, die gegenüber der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie keinen Zusatznutzen aufweisen und für die noch kein Erstattungsbetrag vereinbart wurde, könnten gegebenenfalls als unwirtschaftlich gelten. Verordnungen unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall sind möglich, müssen jedoch gegebenenfalls auch in einem Prüfverfahren plausibel begründet werden können. Diese Präparate sollten daher (zumindest) bis zum Abschluss des Verfahrens zurückhaltend eingesetzt werden.

Aktuell hat der G-BA zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst: Aflibercept (Eylea®), Sucroferric Oxyhydroxide (Velp-horo®), Sipuleucel-T (Provenge®), Idelalisib (Zydelig®), Dolutegravir/Abacavir/Lamivudin (Triumeq®), Albiglutid (Eperzan®), Lurasidon (Latuda®), Ibrutinib (Imbruvica®), Alipogentiparvo-vec (Glybera®), Simoctocog alfa (Nuwiq®), Vildagliptin (erneute Nutzenbewertung, Galvus®, Jalra®, Xiliarx®), Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni®), Ataluren (Translarna™)

Eine aktuelle Übersicht über alle Wirkstoffe, für die das Verfahren der frühen Nutzenbewertung abgeschlossen ist oder derzeit durchgeführt wird, finden Sie auf den Internet-Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dort ist auf einen Blick zu erkennen, ob die bewerteten Wirkstoffe gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen aufweisen. Ärzte erhalten Hinweise zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung, sowie zur Wirtschaftlichkeit und erfahren außerdem, ob die Wirkstoffe bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheiten anerkannt sind.

Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Frühen Nutzenbewertung: www.kbv.de → Service → Verordnungen → Arzneimittel → Frühe Nutzenbewertung

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



Bekämpfung von Parasiten

In welchen Fällen können Mittel gegen Wurmbefall und Kopfläuse zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden? Hier eine Übersicht.

Wurmmittel (Anthelmintika)

Bei den zugelassenen Anthelmintika handelt es sich überwiegend um verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei entsprechender Indikation zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnungsfähig sind (siehe Tabelle).

Das nicht-verschreibungspflichtige Molevac® ist zugelassen bei Infektionen durch *Enterobius vermicularis* (Oxyuriasis). Die Suspension ist für Kinder ab einem Jahr zugelassen, die Kautabletten für Kinder ab drei Jahren sowie für Jugendliche und Erwachsene. Auf Kassenrezept kann Molevac® nur für Kinder bis zum 12. Geburtstag

und für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag verordnet werden.

Ist die Therapie mit nicht-verschreibungspflichtigen Mitteln wie Molevac® nicht indiziert oder nicht ausreichend wirksam, können die verschreibungspflichtigen Mittel verordnet werden. Die Tabelle zeigt, in welchen Indikationen diese Mittel zugelassen und damit zu Lasten der Kasse verordnungsfähig sind. Weitere Informationen zu den Anwendungsvoraussetzungen finden sich in den Fachinformationen der jeweiligen Präparate.

VERORDNUNGSFÄHIGE ANTHELMINTIKA (BEISPIELE)

Name des Arzneimittels	Wirkstoff	Indikation (Angaben nach Fachinformation)	Anmerkungen
Eskazole Tabletten (rezeptpflichtig)	Albendazol	Behandlung bei inoperablen bzw. nicht radikal operierbaren Helminthosen: <ul style="list-style-type: none"> • Hundebandwurmbefall • Fuchsbandwurmbefall • Trichinenbefall 	
Helmex Kautabletten; Suspension (rezeptpflichtig)	Pyrantel	Behandlung von Infektionen bei Befall mit: <ul style="list-style-type: none"> • Ascaris (Spulwürmer) • Oxyuris (Madenwürmer) • Ancylostoma (Hakenwürmer) • Necator americanus (amerikanische Hakenwürmer) • Trichostrongylus colubriformis und orientalis (Fadenwürmer) 	Kautabletten: Für Erwachsene und Kinder ab 2 Jahren Suspension: Für Erwachsene und Kinder ab 6 Monaten
Vermox Tabl. 100mg (rezeptpflichtig)	Mebendazol	Behandlung bei Befall mit: <ul style="list-style-type: none"> • Ascaris (Spulwürmer) • Oxyuris (Madenwürmer) • Ancylostoma (Hakenwürmer) • Cestoden (Bandwürmer) und Trichinose. 	Für Kinder ab 2 Jahren und für Erwachsene
Vermox Tabl. Forte 500mg (rezeptpflichtig)	Mebendazol	Behandlung bei inoperablem bzw. nicht radikal operierbarem: <ul style="list-style-type: none"> • Hundebandwurmbefall • Fuchsbandwurmbefall • Trichinenbefall 	Für Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren

Spulwurm



Mittel zur Therapie bei Kopflausbefall

Die Behandlung bei Kopflausbefall besteht nach heutiger Auffassung aus einer Kombination chemischer, mechanischer und physikalischer Wirkprinzipien, so dass synergistische Effekte genutzt werden können.

Zur topischen Behandlung werden Medizinprodukte, aber auch einzelne Arzneimittel verwendet:

- Die als Medizinprodukte im Handel befindlichen Läusemittel können nur zu Lasten der Kassen verordnet werden, wenn sie in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie gelistet sind – und auch dann nur für Kinder bis zum 12. Geburtstag und für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag.
- Die Arzneimittel (z.B. Goldgeist forte) sind nicht verschreibungspflichtig und damit ebenfalls nur für Kinder bis zum 12. Geburtstag oder für Kinder mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig.

Da Kopflausmittel nicht zuverlässig alle Eier abtöten und in Abhängigkeit vom Mittel und von dessen Anwendung Larven nach der Erstbehandlung nachschlüpfen können, muss innerhalb eines engen Zeitfensters

eine Wiederholungsbehandlung durchgeführt werden (optimal: am Tag 9 oder 10 nach der Erstbehandlung). Dieser enge zeitliche Rahmen ergibt sich, weil bis zum 7. oder 8. Tag noch Larven nachschlüpfen und ab dem 11. Tag junge Weibchen bereits neue Eier ablegen können.

Der Läuse- beziehungsweise Nissenkamm zum unbedingt notwendigen „nassen Auskämmen“ ist nach Auffassung der Kassen keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse und kann auch nicht für Kinder verordnet werden. Präparate, die zusätzlich einen Nissenkamm enthalten, werden von Kassen als unwirtschaftlich angesehen und sollten nicht verordnet werden.

Diese und weitere Informationen finden Sie auf der Seite des Robert-Koch-Instituts: www.rki.de → Infektionsschutz → RKI-Ratgeber für Ärzte → Kopflausbefall (Pediculosis capitis)

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

VERORDNUNGSFÄHIGKEIT VON MITTELN GEGEN KOPFLÄUSE (BEISPIELE)

Name des Mittels	Verordnungsfähig bis zum 12. Geburtstag und für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag
Dimet 20	Ja, da Medizinprodukt nach Anlage V
EtoPril Lösung	Ja, da Medizinprodukt nach Anlage V
EtoPril Läuse Schaum	Nein, da kein Medizinprodukt nach Anlage V
Goldgeist forte Lösung	Ja, da apothekenpflichtiges Arzneimittel
InfectoPedicul mit Nissenkamm	Nein, obwohl apothekenpflichtiges Arzneimittel, aber unwirtschaftlich, da der Nissenkamm keine Kassenleistung ist
InfectoPedicul ohne Nissenkamm	Ja, da apothekenpflichtiges Arzneimittel
Aesculo Gel L	Nein, da kein Medizinprodukt nach Anlage V
Jacutin Pedicul Fluid Lösung	Ja, aber in Kürze Streichung von Anlage V (BSG-Urteil) und dann keine Kassenleistung mehr
Jacutin Pedicul Spray	Ja, da apothekenpflichtiges Arzneimittel
Nyda gegen Läuse Pumpspray	Ja, da Medizinprodukt nach Anlage V
Nyda plus gegen Läuse und Nissen mit Kammappikator / Lösung	Nein, da kein Medizinprodukt nach Anlage V
Mosquito med Läuse Shampoo	Nein, da kein Medizinprodukt nach Anlage V



Kopflaus

Mehr Leistungsgerechtigkeit

Erste Erfahrungen zeigen: Neue Vergütungssystematik der Hausärzte zeigt Wirkung

Wurden die Effekte, die man sich von der neuen Honorarverteilung der Hausärzte erhofft hat, tatsächlich erreicht? Eine Hochrechnung der Abrechnung des ersten Quartals nach Inkrafttreten der Neuerungen liegt nun vor.

Rückblick: Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 beschloss die Vertreterversammlung der KV Hamburg zwei wichtige Änderungen in der Honorarverteilung der Hausärzte. Neben der Erhöhung des Vorwegabzugs von bisher 3 Prozent auf nunmehr 30 Prozent wurde die hausärztliche Strukturpauschale (GOP 03040 EBM) aus dem ILB herausgelöst (siehe *KVH-Journal* 2/2015, Seite 8 ff).

Ziel dieser Neuerungen war es,

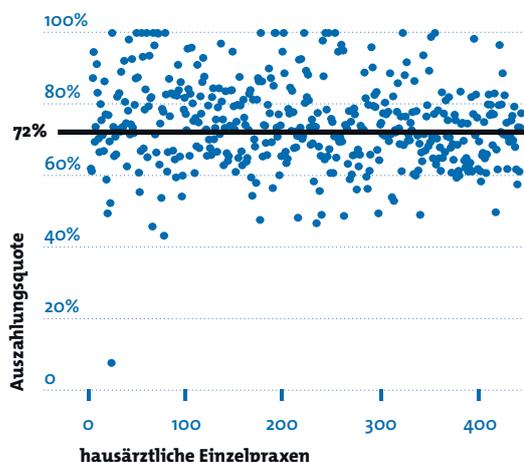
- die Vergütung schneller dem tatsächlichen Leistungsgeschehen folgen zu lassen,
- ein höheres Finanzvolumen bei kurzfristiger Fallzahlsteigerung auszahlen zu können,

- „kleinen“ Praxen innerhalb eines angemessenen Zeitraums ein Wachstum auf den Durchschnitt der Gruppe zu ermöglichen
- und eine größere Leistungsgerechtigkeit durch Angleichung der Vergütungsquoten zu erreichen.

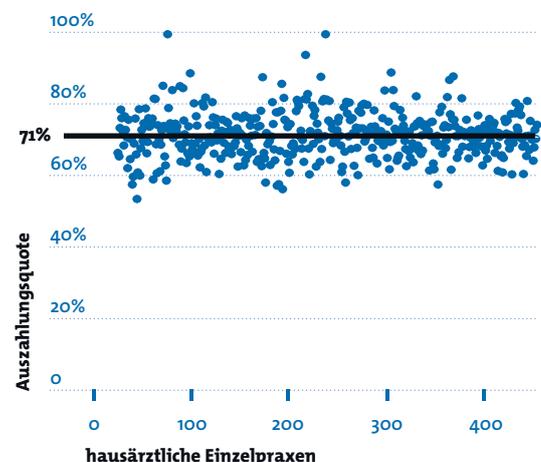
Die Honorarabteilung der KV Hamburg hat die Abrechnungen hinsichtlich der avisierten Ziele näher untersucht. Als Grundlage der Analyse diente eine etwa 450 hausärztliche Einzelpraxen umfassende Stichprobe aus dem Quartal 1/2015 im Vergleich zum Vorjahresquartal. Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ wurden hier außer Acht gelassen, da die Verrechnung der ILB arztgruppengleicher Ärzte einer Praxis zum Zeitpunkt der Analyse noch nicht abgeschlossen war.

Die Auswertung zeigt einen fallzahlbedingten Zuwachs des Leistungsbedarfs für die Strukturpauschale gegenüber dem des Vorjahresquartals.

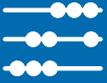
**AUSZAHLUNGSQUOTE 1/2014
ILB (INKL. STRUKTURPAUSCHALE)**



**AUSZAHLUNGSQUOTE 1/2015
ILB UND STRUKTURPAUSCHALE**



Jeder Punkt repräsentiert die Auszahlungsquote einer hausärztlichen Einzelpraxis. Während die Streuung der Quoten im Quartal 1/2014 noch zwischen 40 Prozent und 100 Prozent lag, verringerte sie sich im Quartal 1/2015 auf den Bereich zwischen 60 Prozent bis 80 Prozent. Die Leistungsgerechtigkeit ("gleiches Geld für gleiche Leistung") nimmt zu.



Damit die Vergütung der Strukturpauschale dennoch zum vollen Preis des EBM erfolgen kann, werden die Rückstellungen (30 Prozent Vorwegabzug) um die benötigten Mittel gemindert.

Trotz dieser Minderung bleibt ein deutlich größeres Volumen für die Vergütung der über die ILB hinaus angeforderten Leistungen übrig. Im Vergleich zum Vorjahresquartal steigt die Überschreitungsquote auf etwa das Dreifache.

Grundsätzlich erreichen Ärzte mit einem hohen Anteil der Strukturpauschale am Gesamtumsatz durch die hundertprozentige Vergütung einen Auszahlungszuwachs. Umgekehrt kann ein geringer Anteil, bedingt durch den Ansatz vieler Leistungen, die die Strukturpauschale ausschließen (z. B. Akupunktur), zu einem Rückgang in der Auszahlung führen.

Insgesamt erzielen jedoch drei Viertel der Ärzte einen Auszahlungszuwachs. Lediglich ein Viertel erfährt einen Verlust, welcher durch die größere Umverteilung im Zuge des erhöhten Vorwegabzugs verursacht wird. Das bedeutet: Von Verlusten werden vor allem Ärzte mit einer weit überdurchschnittlichen Vergütungsquote im Vorjahresquartal betroffen sein.

Auch zeigt sich deutlich die angestrebte Leistungsgerechtigkeit: Während die Streuung der Quoten im Quartal 1/2014 noch zwischen 40 Prozent und 100 Prozent lag, so nähern sich die Quoten im Quartal 1/2015 an – im Gros auf nunmehr 60 Prozent bis 80 Prozent (siehe Grafiken).

Die vorliegenden Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die mit den Änderungen der Honorarverteilung angestrebten Effekte erreicht werden – wobei nicht vergessen werden darf, dass es sich hier um die Analyse einer Stichprobe von Einzelpraxen handelt. Aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten von Einzelpraxen im Vergleich zu Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ kann eine Übertragung von Ergebnissen auf die Gesamtheit der Hausärzte zu ungenauen Schlussfolgerungen führen.

Eine genaue Analyse aller Hausärzte erfolgt nach Vorliegen der vollständigen Abrechnungsergebnisse im September. ■

Ansprechpartner
Honorarabteilung, Tel: 22802 - 350

Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2015

Abgabefrist: 1. Juli bis 15. Juli 2015

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



ERWIDERUNG

Missglückte Studie?

Eine von der Verbraucherzentrale durchgeführte Studie kam zu dem Schluss, Hamburger Hausärzte seien "gerade mal mittelmäßig". UKE-Wissenschaftler bescheinigten der Studie daraufhin erhebliche methodische Mängel (KVH-Journal 4/2015, S. 23). Hier die Erwiderung der Verbraucherzentrale – und ab Seite 30 die abschließende Antwort der Wissenschaftler.

Im Februar veröffentlichte die Verbraucherzentrale Hamburg das Ergebnis einer Reihe systematischer Zweitmeinungen. Zwei Patientinnen mit Rückenschmerzen hatten insgesamt 60 Allgemeinmediziner aufgesucht und sich untersuchen und beraten lassen.

„Diese Untersuchung hält seriösen wissenschaftlichen Kriterien nicht stand“, wird der Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE, Prof. Martin Scherer, im *KVH-Journal* zitiert. Hier die Kritikpunkte seines Mitarbeiters Dr. med. Hans-Otto Wagner und unsere Antworten.

1. UNSER KRITERIENKATALOG UND DIE BEWERTUNG DER ERGEBNISSE MIT PUNKTEN SEIEN „WILLKÜRLICH UND IN KEINER WEISE VALIDIERT“.

Unser Kriterienkatalog ist nicht willkürlich zustande gekommen. Wir haben ihn aufgrund mehrerer Leitlinien – nicht nur der als „abgelauften“ kritisierten Leitlinie der Fachgesellschaft unserer Kritiker (siehe weiter unten Nr. 4) – sowie mithilfe zweier erfahrener Referenzärzte erstellt. Die Entscheidung, Anamnese, Untersuchung und Aufklärung/Beratung jeweils einen Anteil von zehn Punkten zu geben, haben wir mit den Referenzärzten abgestimmt. Dass wir die Vorstellung aller konkret in Frage kommenden Therapiemöglichkeiten mit fünf Punkten und die Möglichkeit, dass sich die Patientin selbst für eine passende Therapie entscheidet, mit zwei Punkten bewerteten, war unsere sachgerechte Entscheidung. Das Paradigma des Shared Decision Making, des partnerschaft-



Die Hausarzt-Studie der Verbraucherzentrale im Internet: www.vzhh.de/gesundheit/367003/allgemeinmediziner-gerade-mal-mittelmass.aspx

lichen und gemeinsamen Entscheidens statt des früher üblichen, von oben diktierten „So machen Sie das“, halten übrigens nicht nur wir für eine zeitgemäße, moderne Form des Arzt-Patient-Verhältnisses. Es setzt sich auch in Deutschland in der Medizin langsam durch, und das ist gut so.

2. WIR BEWERTETEN JEDES KRITERIUM EINZELN STATT „ALGORITHMISCH“.

Als Beispiel für diesen kritisierten Punkt wird angeführt, eine psychologische Schmerztherapie müsse gar nicht angeboten werden, wenn keine Chronifizierung der Rückenschmerzen drohe. (Hinweise auf eine mögliche Chronifizierung sind die sogenannten „yellow flags“.) Doch in unserer Veröffentlichung wird an keiner Stelle gesagt, eine solche Therapie müsse jeder Patientin angeboten werden. Wir sprechen davon, dass „alle in Frage kommenden Therapiemöglichkeiten“ vorgestellt und erläutert werden sollen, und damit meinen wir alle für die konkrete Patientin in Frage kommenden Therapien.

Wir fordern und bewerten keine unsinnigen, sondern nur passende Therapievorschläge.

3. DIE KRANKENGESCHICHTE EINER DER PATIENTEN ERSCHEINE „SEHR KONSTRUIERT UND NEBULÖS UND DAMIT IN KEINSTER WEISE TYPISCH“.

Auch hier haben wir nirgends behauptet, „typische“ Patienten seien zu den Ärzten gegangen. Es waren ja gerade keine Schein-Patienten, die vielleicht leichter „typische“ Beschwerden hätten vortragen können, sondern echte Patienten mit ihren echten Sorgen und Nöten. Dass das den Wissenschaftlern „konstruiert und nebulös“ vorkommt, mag daran liegen, dass sie die Patienten ja nicht gesehen haben und wir in unserem Bericht schon aus Datenschutzgründen nicht die kompletten Krankengeschichten wiedergeben konnten.

4. DIE VON UNS VERWENDETE LEITLINIE DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN SEI MEHR ALS ZEHN JAHRE ALT UND LÄNGST ABGELAUFEN.

Unsere Kritiker haben übersehen, dass wir mehrere Leitlinien verwendet und auch ausgewiesen haben. Neben der tatsächlich von 2003 stammenden Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin DEGAM beziehen wir uns in den Fußnoten 4 bis 6 auf einen Leitlinien-Clearingbericht vieler Akteure von 2005, vor allem aber auf eine Nationale Versorgungsleitlinie von 2013 sowie eine Veröffentlichung der Bremer Ärzte aus demselben Jahr, die sich sowohl auf die – dort keineswegs als veraltet oder abgelaufen bezeichnete – DEGAM-Leitlinie von 2003 als auch auf die Nationale Versorgungsleitlinie von 2013 beruft.

5. DAS VERBESSERUNGSPOTENTIAL LIEGE WENIGER BEI DER QUALITÄT DER ALLGEMEINMEDIZINER, SONDERN EHER BEI DEN RAHMENBEDINGUNGEN.

Damit ist vor allem die den Ärzten zur Verfügung stehende Zeit gemeint. Denn wir hatten ja berichtet, dass bei der einen Patientin die

Qualität der Konsultation deutlich mit deren Länge korrelierte. Bei der anderen Patientin allerdings war dieser Effekt eher schwach zu sehen, woraus wir schlossen, dass gute Arbeit auch in weniger Zeit möglich sei.

Trotzdem haben die Kritiker an dieser Stelle Recht. Selbst unsere Referenzärzte hatten uns vorgehalten, ein so umfangreicher Kriterienkatalog könne nicht in den nur zehn Minuten abgearbeitet werden, die ein Hausarzt für seine Patienten – auch beim Erstbesuch! – übrig habe. Wir waren diesem Argument teilweise gefolgt und hatten die Aufklärung über Chancen und Risiken der verschiedenen vorgeschlagenen Therapiemöglichkeiten nicht in die Bewertung einbezogen, obwohl wir sie eigentlich für unerlässlich hielten. Wir wollten uns aber andererseits auch nicht völlig dem völlig unmedizinischen Zeitdiktat beugen, sondern eine aus medizinischer Sicht begründbare Kriterienliste zugrunde legen. Wenn Ärzte das nicht hinbekommen, weil sie zu wenig Zeit dafür haben – dann sind wir auf ihrer Seite und fordern mit ihnen zusammen mehr Zeit und damit auch mehr Geld für ausführliche Gespräche. Wenn beispielsweise die Techniker Krankenkasse 85 Prozent (!) der von Vertragsärzten bereits empfohlenen Rücken-Operationen durch gezielte Zweitmeinung von Schmerzzentren vermeiden kann, sollte das eingesparte Geld für ein Vielfaches an Gesprächsminuten reichen.

WAS BLEIBT VON DER KRITIK ÜBRIG?

Wir sehen in der Kritik der UKE-Wissenschaftler den Versuch, einer Verbraucherzentrale als nicht primär der Wissenschaft, sondern der Patientensicht verpflichteter Instanz die Berechtigung abzusprechen, die Qualität von Ärzten zu beurteilen. Nur Ärzte könnten und dürften ärztliches Handeln beurteilen und bewerten, so scheint die dahinter stehende Ideologie zu lauten.

Das sehen wir anders. Erstens haben wir deutlich gemacht und wiederholen es hier: Zwei konkrete Patienten sind zu 60 konkreten, zufällig ausgewählten Ärzten gegangen und



wir haben ihre Erfahrungen aufgrund einer Kriterienliste bewertet, die sich aus drei ärztlichen Leitlinien und der Beratung durch zwei als Gutachter erfahrene Referenzärzte speiste.

Eine solche „Versuchsanordnung“ mag nur eine begrenzte empirische Repräsentativität im Sinne einer wissenschaftlichen Studie aufweisen. Sie hat aber eine hohe Alltags-Repräsentativität. Denn sie spiegelt, was Patienten jeden Tag erleben: Sie gehen nicht selten zu einem zufällig ausgewählten Arzt und erhalten eine Leistung, die mehr oder weniger passt und sie mehr oder weniger befriedigt; vielleicht gehen sie zu einem zweiten und erhalten eine ganz andere Untersuchung und Empfehlung; und die wenigen, die noch einen dritten aufsuchen, sind dann möglicherweise komplett verwirrt, wenn die dritte Meinung wieder ganz anders ausfällt.

WIR WURDEN AUCH GELOBT

Seltsamerweise kritisieren die Wissenschaftler unsere Veröffentlichung nur dort, wo wir zu schlechte Qualität feststellten. Wo wir die Ärzte dagegen lobten, stimmen sie zu und finden unsere Aussagen nicht mehr unseriös und unwissenschaftlich. Beispielsweise dass 90 Prozent der Hausärzte schwierige Begriffe erklärten und alle Fragen beantworteten – dieses Ergebnis halten sie offenbar für mängelfrei. Könnte das ein Zeichen dafür sein, dass sich Ärzte, auch wenn sie hochangesehene Wissenschaftler eines Universitätskrankenhauses sind, einfach nicht gern von Nichtärzten kritisieren lassen?

Wir freuen uns auf das Gespräch – nicht nur mit Wissenschaftlern...

**Christoph Kranich,
Abteilung Gesundheit und Patientenschutz
Verbraucherzentrale Hamburg e. V.**

ANTWORT DER AUTOREN

Wir freuen uns, dass die Verbraucherzentrale unsere Kritik an ihrer Hausarztstudie ernst nimmt. Schade ist nur, dass Sie sich mehr mit unserer vermeintlichen Motivation beschäftigt, sich dabei erneut in Mutmaßungen ergeht und sogar längst überholte Klischees dafür bemühen muss: „Könnte das ein Zeichen dafür sein, dass sich Ärzte ... einfach nicht gern von Nichtärzten kritisieren lassen?“

Das wird noch unverständlicher, da Sie uns am Schluss Recht geben: „Eine solche ‚Versuchsanordnung‘ mag nur eine begrenzte empirische Repräsentativität im Sinne einer wissenschaftlichen Studie aufweisen.“ Allerdings schränken Sie dann ein: „... sie hat aber eine hohe Alltags-Repräsentativität.“ „Ja was denn nun?“, möchte man da fragen.

Es wurde für die Studie mit sogenannten Referenzärzten eine Checkliste aus verschiedenen Leitlinien konstruiert, die der Arzt nach Ansicht der Verbraucherzentrale bei der ersten Konsultation möglichst komplett abzuarbeiten hat. Diese Vorgabe repräsentiert den hausärztlichen Alltag keinesfalls. Der Sinn von Leitlinien und der Charakter der hausärztlichen Arzt-Patient-Beziehung wurden offenbar nicht verstanden. Ferner möchte man in der Replik mithilfe des populären Schlagwortes Shared Decision Making (SDM) suggerieren, dass der Arzt alle Optionen auf den Tisch legen müsse, von denen der Patient sich dann bedienen kann wie am kalten Büffet. Wenn Allgemeinmedizin so einfach wäre, dann könnte der Patient auch gleich die Suchmaschine seines Vertrauens befragen.

Wir möchten unsere Kritik an einem Beispiel verdeutlichen: Ihrer 26-jährigen Patientin, die seit über fünf Jahren unter starken chronische Rückenschmerzen leidet.

Es kann hier durchaus angebracht sein, bei der ersten Konsultation überhaupt keine Untersuchung durchzuführen. Bei einer solchen

Vorgeschichte liegt der Verdacht nahe, dass der demonstrierte Bandscheibenvorfall für die Rückenschmerzen möglicherweise nicht ursächlich ist und es eher indiziert ist – völlig leitlinienkonform – die möglichen psychosomatischen Ursachen in den Blick zu nehmen. Dazu sollte der Hausarzt mithilfe bestimmter Schlüsselfragen, die in Ihrer Checkliste bezeichnenderweise gar nicht vorkommen, das subjektive Krank-

heitsverständnis der Patientin erforschen. Gerade bei der ersten Konsultation soll damit ein Raum geschaffen werden für die unmittelbaren

Gefühle der Patientin, um von einer möglichen somatischen Fixierung los zu kommen. Insbesondere bei der ersten Konsultation, die beim Hausarzt immer der Beginn einer langfristigen Arzt-Patient-Beziehung sein sollte, kann es also durchaus geboten sein, die konstruierte Checkliste gänzlich außen vor zu lassen. Gerade diese Patientin war ja offensichtlich schon von mehreren Spezialisten im Versorgungsdschungel einer Großstadt erfolglos behandelt worden, und es geht auch darum, diese Enttäuschung aufzufangen und zu hinterfragen. Diese Patientin brauchte zunächst einen Hausarzt, der ihr zuhört, den ganzen Menschen im Blick hat und dessen Qualität nicht anhand Ihrer Checkliste beurteilt werden kann. Körperliche Untersuchung, eventuell noch fehlende diagnostische Schritte und eine sogenannte multimodale Therapie, die dann einen länger dauernden Prozess darstellt, kämen bei den nächsten Konsultationsterminen zur Anwendung.

Sie schreiben: „Für uns war es wichtig, dass die Ärzte möglichst viele Therapiemöglichkeiten empfehlen und anschließend den Patienten die Wahl überlassen.“ Genau das wäre hier falsch und würde eine weitere Enttäuschung hinzufügen. Entscheidungen, Wünsche

und Präferenzen entstehen und formen sich doch überhaupt erst im Laufe des kommunikativen Prozesses. Daran sind Hausarzt und Patient gleichermaßen beteiligt, und das braucht Zeit. Das verstehen wir unter SDM.

Das ist nur ein Beispiel, wie bei einer solchen Patientin die erste Konsultation verlaufen könnte und natürlich nicht so verlaufen wird,

wenn eindimensionalen Checklisten abschließend abgearbeitet werden müssen. Ganz abgesehen davon, dass hier auch noch Leitlinien der Schmerztherapie

und aus dem psychosomatischen Bereich zu berücksichtigen wären.

Liebe Verbraucherzentrale, wir vertragen Kritik sehr gut. Wir sind nicht „nur Wissenschaftler des UKE“, sondern in der Patientenversorgung tätige Allgemeinmediziner am UKE. Kritik von Nicht-Ärzten gehört zu unserem Alltag. Allerdings sollte sie bestimmten Qualitätskriterien standhalten, für die auch wir durchaus Checklisten parat haben. Wir sind aber vor allem nicht nachtragend und freuen uns ebenfalls auf gute Zusammenarbeit zum Wohle unserer Patienten.

**Dr. Hans-Otto Wagner,
Dr. Hans-Hermann Dubben,
Dr. Dagmar Lühmann,
Prof. Dr. Martin Scherer
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin**

Wenn Allgemeinmedizin so einfach wäre, könnt man auch die Suchmaschine seines Vertrauens befragen.

Fokko ter Haseborg in den Ruhestand verabschiedet

Nachfolger als Chef des Albertinen-Diakoniewerks kommt von der Berliner Charité

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerks seit 1996, ist Ende Mai 2015 mit einem Festakt in den Ruhestand verabschiedet worden. Über 400 Gäste aus Politik, Kirche und Gesundheitswesen kamen in die Kirche am Krankenhaus in Hamburg-Schnelsen; darunter Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, KV-Chef Walter Plassmann, DAK-Gesundheits-Chef Prof. Dr. Herbert Rebscher und Dr. Ulrich Wandschneider, Vorsitzender der Asklepios-Konzerngeschäftsführung. Die evangelische Bischöfin des Sprengels Hamburg/Lübeck, Kirsten Fehrs, sprach die Andachtsworte.

Fokko ter Haseborg war von 1990 bis 2000 Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Hamburg und geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Handel und Marketing. Mitglied im Albertinen-Diakoniewerk ist ter Haseborg seit 1992, drei Jahre später wurde er zum stellvertretenden Vorsitzenden des Kuratoriums gewählt. Im Jahr darauf übernahm ter Haseborg den Vorstandsvorsitz des Albertinen-Diakoniewerkes. Gesundheitspolitisch engagierte er sich seit 2000 als Vorsitzender in der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft sowie als stellvertretender Vorsitzender im Verband der freigemeinnützigen Krankenhäuser Hamburgs.

In seiner Laudatio hob Dr. Manfred Radtke, Kuratoriumsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerks, die besonderen Verdienste ter Haseborgs um das freikirchliche Diakoniewerk hervor, das 1907 von der Oberin Albertine Assor in Hamburg-Eimsbüttel gegründet worden war. „Professor ter Haseborg steht für den entschiedenen Aufbruch des Albertinen-Diakoniewerks



Prof. Dr. Fokko ter Haseborg (links) mit Nachfolger Matthias Scheller, der den Vorstandsvorsitz im September übernimmt.

ins 21. Jahrhundert: Aus dem Krankenhaus am Rande der Stadt formte er einen Diakoniekonzern, den größten konfessionellen Krankenhaus-träger Hamburgs, einen Leuchtturm für moderne, dem Menschen zugewandte Medizin und Pflege und nicht zuletzt einen der Top 20-Arbeitgeber Hamburgs.“ Entstanden sei ein leistungsfähiger Gesundheitsdienstleister, der dreieinhalb mal größer sei als zum Amtsantritt von ter Haseborg. Die diakonische Identität des Unternehmens sei dabei auf besondere Weise gewahrt worden.

Nachfolger im Amt des Vorstandsvorsitzenden des Albertinen-Diakoniewerks wird ab September 2015 der 51jährige Diplomkaufmann Matthias Scheller. Derzeit ist Scheller Vorstand der Charité und Direktor des Klinikums der Charité in Berlin. ■



Rückführung der „Schulden“

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

MONTAG, 4. MAI 2015

Sitzung des Finanzausschusses. Das Problem ist komplex. In den Jahren 2009 und 2010 hat die KV Hamburg an ihre Mitglieder mehr Honorar ausgeschüttet, als die Krankenkassen zur Verfügung gestellt hatten. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer (ETL) hat der KV Hamburg bestätigt, dass nicht sie hierfür ursächlich war, sondern strikte Verteilungsvorgaben aus Berlin, die für Hamburg hinten und vorne nicht passten: Erst musste zu viel Geld ausgezahlt werden. Dann konnten diese „Schulden“ im fachärztlichen Bereich nicht wieder zurückgeführt werden. (Bei den Hausärzten ist das gelungen, sie sind von dem Problem nicht mehr betroffen.)

2013 erhielt die KV Hamburg die Verteilungshoheit wieder zurück und ersetzte sofort die „Regelleistungsvolumina“ durch auf die Hamburger Verhältnisse zugeschnittenen „Individuellen Leistungsbudgets“. Jetzt ist wieder eine Kalkulation möglich. Und damit eine Rückfüh-

AM ENDE WIRD DER VORSCHLAG DES FINANZAUSCHUSSES ANGENOMMEN: STEIGERUNG DES FACHÄRZTLICHEN HONORARS UM MAXIMAL EIN PROZENT. DER REST GEHT IN DIE RÜCKFÜHRUNG.

rung der „Schulden“. Rund 40 Millionen Euro. Aber: Wie zurückführen? Der Beratende Fachausschuss Fachärzte hatte wenige Tage zuvor empfohlen, regelhaft fünf Millionen Euro pro Quartal zurückzulegen, selbst wenn es deshalb keine Honorarsteigerung geben sollte oder sogar eine „Minusrunde“. Begründung: Es müssten diejenigen Ärztinnen und Ärzte bezahlen, die das Geld auch erhalten hätten.

Der Finanzausschuss will vorsichtiger an das Thema herangehen: Steigerung des fachärztlichen Honorars um maximal ein Prozent, der

Rest soll in die Rückführung gehen. Der Nachteil: Es lässt sich nicht kalkulieren, wie lange es dauert, bis die Bilanz wieder in Ordnung ist.

DONNERSTAG, 28. MAI 2015

Sitzung des Beratenden Fachausschuss Fachärzte. Grundsätzlich bleibt der Ausschuss bei seiner Linie, übernimmt aber den Vorschlag der Ein-Prozent-Limitierung mit der Ergänzung, dass mindestens vier Millionen Euro pro Quartal zurückgelegt werden müssten.

DONNERSTAG, 11. JUNI 2015

Sitzung der Vertreterversammlung. Die Meinungen prallen noch einmal aufeinander. Schließlich findet der Vorschlag des Finanzausschusses eine Mehrheit. Es wird also bei einer regelhaften Steigerung im Facharztbereich von einem Prozent bleiben. In der Kalkulation für das 3. Quartal 2015 würden trotzdem rund fünf Millionen Euro zurückgeführt werden können. Vielleicht sind beide Wege ja gleich schnell.

FREITAG, 12. JUNI 2015

Die Vertreterversammlung hat besonders lange gedauert, es gab viel zu besprechen. Um 1 Uhr war ich zu Hause, 5.30 Uhr klingelt der Wecker, damit ich noch rechtzeitig zum Zug nach Berlin komme. Um 6.15 Uhr ist auf der Autobahn Schluss: Vollsperrung wegen Unfalls. Über drei Stunden später geht es erst weiter. Der Termin ist obsolet geworden. Egal, die Laune bleibt trotzdem gut, denn wir sind ein komplexes Problem in enger Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung angegangen. Ohne Streit und mit einem guten Ergebnis. Und der Schreibtisch in der KV hat sich auch gefreut.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Christoph Bäumer**
Röntgenkommission / Röntgenbild und DXA-Qualitätskontrollen, Durchführung von Kolloquien

Name: **Dr. Christoph Bäumer MSc paed ost**

Geburtsdatum: **9.4.1962**

Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder**

Fachrichtung: **Orthopädie**

Hobbys: **Radfahren, Karate, Motorradfahren, Segeln, Fotografie**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja. Der Beruf war und ist für mich der schönste der Welt. Die spezifisch deutschen wirtschaftlichen Begrenzungen des Berufes im Rahmen der planwirtschaftlichen Vorgaben sind durch Kassen und Politik bedingt und haben mit dem Beruf selbst nichts zu tun.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission? Meckern alleine hilft nicht. Wir brauchen eine starke KV, als starke Hamburger Stimme in Richtung Politik und KBV – offensichtlich gibt es widerstrebende Interessen in der großen Gruppe der Ärzte. KV- und Netzwerk-Mitarbeit sollte ein Anliegen aller Niedergelassenen sein. Zeit dafür haben wir alle nicht. Trotzdem machen!

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Die Orthopädie als Fach ist tot. Durch die Zusammenlegung mit der Chirurgie/Unfallchirurgie ist der konservative Bereich und die Schmerztherapie in unserem Fachgebiet so gut wie gekillt worden. Wer nicht operiert, verdient kein Geld. In unserem Land ist deshalb die Quote von OPs und interventionellen Eingriffen so hoch wie in kaum einem anderen Land.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Den Parteien (nicht der aktuellen Regierung) muss eine klare und nicht rücknehmbare Zusage abgerungen werden, dass der freie Arzt als tragendes Element des medizinischen Systems in Deutschland eine sichere Existenz haben wird!
Anständige Bezahlung der Ärzte auf dem Boden einer realistischen Gebührenordnung, weg von der Planwirtschaft und Bevorzugung technischer und operativer Inhalte. Weg mit der Misstrauenskultur und der nichtärztlichen Systemdominanz!

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mal länger als die üblichen zwei Wochen mit der gesamten Familie eine weite Reise unternehmen – am liebsten auf einem Segelboot. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 24.9.2015 (ab 20 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Risikomanagement	Hygiene	Personalmanagement
Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermanagementsystemen nach den neuen Mindeststandards	Aufgaben einer Hygienebeauftragten; Erstellung von Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungsplänen; Gesetzeslage	Für Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsaufgaben: Grundsätze und Regeln eines zeiteffizienten Personalmanagements
6 FORTBILDUNGSPUNKTE	10 FORTBILDUNGSPUNKTE	10 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi, 8.7.2015 (14-18 Uhr) € 98 (inkl. Imbiss und Getränke)	Mi, 9.9.2015 (9.30-17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)	Mi, 23.9.2015 (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

Für Mitarbeiter/innen: Sprechstundenbedarf	Für Mitarbeiter/innen: Formulare	DPM-Patientenschulungen
Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen	Umgang mit wichtigen vertragsärztlichen Formularen. Zielgruppe sind vorzugsweise Berufsanfänger oder Auszubildende	Für Ärzte und medizinisches Assistenzpersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen
Mi. 8.7.2015 (15-17 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 23.9.2015 (15-17 Uhr) € 20	Mi. 2.9.2015 (15-18 Uhr) Weiterer Termin: 4.11.2015 (15-18 Uhr) € 30	Termine und weitere Infos: www.arztekammer-hamburg.de → Ärztl. Fortbildung
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	Für Mitarbeiter/innen: „Gefährdungsbeurteilung I“
Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen, BGW-zertifiziertes Seminar	Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
8 FORTBILDUNGSPUNKTE	
Mi. 4.11.2015 (15-20 Uhr) € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Mi. 25.11.2015 (15-18 Uhr) € 60 (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 2. QUARTAL 2015 VOM 1. BIS 15. JULI 2015

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?

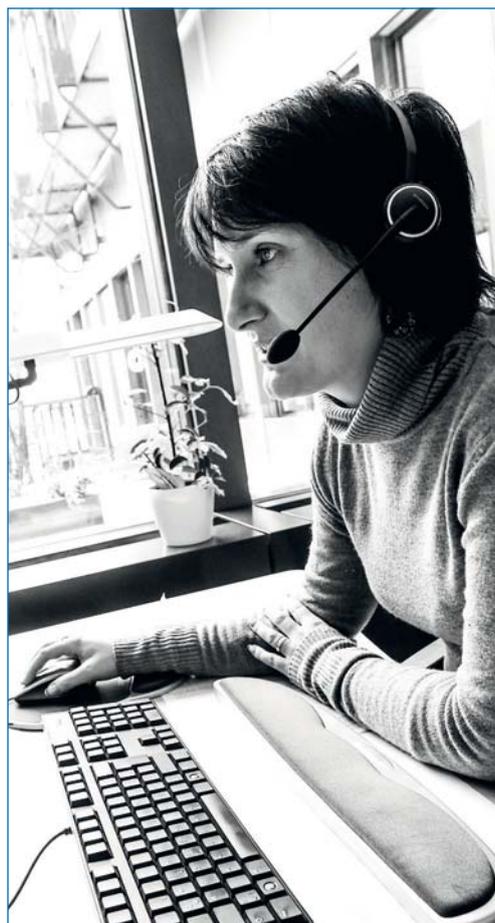
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

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



KVH

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