KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Nr. 7/2010

Online-Abrechnung

Welche Möglichkeiten gibt es?
Was brauche ich dafür?
Was kostet es?

Honorar

Nullrunde für die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten

Umfrage

Was wünscht sich der medizinische Nachwuchs?

Migranten

Frühere Duldung bei Schwangerschaft

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die KV Hamburg hat sich deutlich gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGk) positioniert. Wir wollen kein Telematik-System, dessen Sicherheit wir nicht kontrollieren können und dessen Hauptzweck es ist, Verwaltungsaufgaben der Krankenkassen in die Praxen zu verlagern. Was wir wollen, ist eine innerärztliche Vernetzung - auf freiwilliger Basis. Mit KV SafeNet* schaffen wir die Strukturen, um Abrechnungsprozesse zu vereinfachen und Patientendaten schnell und sicher zwischen den Ärzten auszutauschen. Ein solches Netz ist sinnvoll - und auf Dauer unumgänglich.

Ihr Dieter Bollmann

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
Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvhh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, www.hqhh.de

Titelbild: iStockphoto

Ausgabe 7 / 2010 (1. November 2010)

Redaktionsschluss: 15. Oktober 2010

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 bringt die digitale Vernetzung? 4
Countdown für die Online-Abrechnung 5
Förderung durch die KV 6

Gesundheitspolitik

Honorar: Nullrunde per Gesetz? 8

Berliner Seite

Umfrage unter Studierenden: Was wünscht sich der ärztliche Nachwuchs? 10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten 11
Vereinbarung zur Neuen Influenza endet 12
Zahlung der Kassengebühr beim Psychotherapeuten – Merkblatt für Patienten 13

Amtliche Veröffentlichung

Anpassungen der Notfalldienstordnung / Vierter Nachtrag zur Honorarvereinbarung 12

Brennpunkt Arznei

Therapiehinweis für Prasugrel 14
Off-Label-Use: Octreotid beim hepatozellulären Karzinom nicht mehr verordnungsfähig 16
Erweiterte Verordnungsfähigkeit für Antidiarrhoika 17

Forum

Praxisfiliale: Kinderarzt bietet Sprechstunden in Finkenwerder an 18
Innenbehörde lenkt ein: Schwangere Flüchtlinge bekommen früher eine Duldung – und werden nicht mehr „umverteilt“ 21
Beratungsstelle Charon: Hilfe für die Angehörigen von Palliativ-Patienten 21

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung 22
Terminkalender 23

Nachgefragt

Was bringt die digitale Vernetzung?

Ich habe bereits eine erste Abrechnung über das KV-SafeNet* geschickt, und das lief erstaunlich reibungslos. Der Weg zur KV in der Humboldtstraße bleibt mir dennoch nicht erspart, denn ich muss Unterlagen und Formulare abholen. Eine Zeitersparnis hätte ich erst, wenn ich all das per Post zugeschickt bekäme.
Ich bin kein Computerfreak, aber die Möglichkeit, auf sicherem Wege online mit Kollegen kommunizieren und Arztbriefe und Befunde austauschen zu können, halte ich für sinnvoll. Das käme der Patientenversorgung zugute.

Dr. Karsten Sperling,
hausärztlicher Internist
in Winterhude

Ich weiß nicht, weshalb in einem Stadtstaat wie Hamburg die Notwendigkeit bestehen sollte, Abrechnungsdateien online zu schicken. Vier Mal im Jahr kann ich gut selbst zum Ärztehaus fahren – da brauche ich keinen eigenen, aufwändig gesicherten Internet-Anschluss für meinen Praxisrechner. Ich lehne es ab, für meine Abrechnung mit der KV noch mehr Geld zu bezahlen. Wenn ich zwei Mal pro Jahr nach Mallorca fliege, kaufe ich mir dafür doch auch kein eigenes Flugzeug.
Neben dem Missverhältnis zwischen Aufwand und Nutzen gibt es noch einen weiteren Grund zur Skepsis: Die verpflichtende Online-Anbindung könnte der Einstieg ins E-Card-Projekt sein. Kommt die E-Card, müssen wir die Stammdaten der Versicherten online abgleichen und werden so zu Kontrolleuren für die Krankenkassen.

Dr. Klaus Stelter,
hausärztlicher Internist
in Neugraben

Wenn das der Abrechnungsweg der Zukunft ist – von mir aus gerne. Ich könnte mir vorstellen, auch andere Anwendungen von KV-SafeNet* zu nutzen. Wir schicken beispielsweise schon jetzt Arztbriefe aus dem Computer per Fax an Kollegen. Über eine geschützte SafeNet-Verbindung wäre das natürlich noch sicherer.

Dr. Michael Kurtze,
Facharzt für Kinder- und
Jugendmedizin, manuelle Medizin
in Duvenstedt

Countdown für die Online-Abrechnung

2011 kommt die Online-Abrechung. Die Ärzte und Psychotherapeuten können zwischen zwei Anbindungsvarianten an die KV wählen. Wir erläutern die Vor- und Nachteile.

Abrechnen per Mausklick – bundesweit übermittelt bereits jede fünfte Praxis ihre Quartalsabrechnung elektronisch an die KV. Ab 2011 wird die Online-Abrechnung auch Pflicht. Die Abrechnung des ersten Quartals 2011 im April müssen also alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten online bei der KV einreichen.
An der Erstellung der Abrechnungsdaten im Praxiscomputer ändert sich dadurch nichts. Nur die Abgabe der Abrechnung bei der KV wird einfacher: Die Abrechnungs-Daten finden den Weg in die KV, wann immer Sie gerade Zeit haben – auch abends oder am Wochenende. Die Empfangsbestätigung aus dem KV-Rechenzentrum kommt etwa 15 Minuten später. Eventuelle Übertragungsfehler können Sie sofort beheben.

Voraussetzung für die Online-Abrechnung ist eine Anbindung an das Rechenzentrum der KV. Für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten bedeutet das, dass sie spätestens im Laufe des ersten Quartals 2011 eine Entscheidung über eine Online-Anbindungsvariante an die KV treffen müssen, damit der technische Rahmen für die Weiterleitung der Daten gegeben ist.

Für Ihren Einstieg in die Online-Abrechnung bietet die KV folgende Möglichkeiten zur Auswahl:

Variante 1: Zugang mit KV-SafeNet*

Der KV-SafeNet*-Anschluss ist der Gold-Standard. Er ermöglicht eine datenschutzgerechte und professionelle Anbindung aller Rechner der Praxis und einen gesicherten Datentransfer zur KV.
Ein speziell konfiguriertes Zusatzgerät, die sogenannte Blackbox, die an das Praxisnetz angeschlossen wird, baut einen elektronischen „Tunnel" zur KV, dessen Nutzung eine Identifizierung mittels Name / Passwort oder Signaturkarte voraussetzt. (siehe Kasten Seite 7 unten).
Die Blackbox schützt das interne Netz der Praxis vor unerlaubten Zugriffen von außen und nutzt dabei die modernsten Sicherheitstechnologien. Ein separater Rechner für die Online-Abrechnung ist daher nicht erforderlich.
KV-SafeNet* steht für einen sicheren und datenschutzrechtlich unbedenklichen Austausch von sensiblen Daten – nicht nur zur

Fortsetzung auf S. 6

*Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Fortsetzung von S. 5

KV, sondern auch zu anderen Ärzten oder Kliniken. Arztbriefe oder Befunde können schnell und sicher mit Kollegen aus ganz Deutschland ausgetauscht werden. Da auch die Krankenhäuser zukünftig über das sichere Netz Dienste anbieten wollen, kann dann eine stärkere Vernetzung mit den Klinikärzten erfolgen. Wegen der hohen Sicherheitsstandards wird KV-SafeNet* von Landesdatenschützern zur Kommunikation von Sozialdaten empfohlen.

KV-SafeNet*-Nutzer können nicht nur online abrechnen, sondern auch alle anderen Online-Dienste der KV nutzen – etwa die elektronische Dokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung oder das elektronische Bestellen, Ausfüllen und Versenden von Formularen oder einen Dienstplantausch im Notdienst. Nach und nach bauen wir unsere Dienste aus. Möglichst viel von dem, was derzeit zwischen KV und KV-Mitgliedern physisch hin- und hertransportiert wird, soll zukünftig online erledigt werden, um den Verwaltungsaufwand in den Praxen zu vermindern.

Die vielfältigen Online-Dienste lassen sich dabei ganz unkompliziert in den Praxisablauf einbinden. Mit KV-SafeNet* kann die Praxis permanent mit allen Rechnern gleichzeitig online sein – und das bei optimalem Schutz, um den sich Ärzte und Psychotherapeuten selbst nicht kümmern müssen. Die Datensicherheit wird von den KV-SafeNet*-Anbietern – speziell hierfür von der KBV zertifizierten Providern – gewährleistet.

Eine Liste der in Frage kommenden KV-SafeNet*-Anbieter finden

Sie im Internet: *www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste) Online-Abrechnung → Variante 1: SafeNet → Übersicht der in Frage kommenden KV-SafeNet-Anbieter*

Wir stellen Ihnen die Liste auch gern in Papierform zur Verfügung.

Kosten: Die Betriebskosten für das KV-SafeNet* variieren je nach Anbieter zwischen etwa 13 und 80 Euro pro Monat (ohne Leitungskosten). In der Regel kommen noch einmalige Anschaffungskosten zwischen 150 und 450 Euro und gegebenenfalls Installationskosten hinzu. Die Online-Dienste der KV sind kostenfrei.

Variante 2: Zugang übers „normale" Internet (KV WebNet)

KV-WebNet ist eine kostengünstige Alternative, um das Portal der KV zu erreichen. Der Zugang erfolgt über das „normale" Internet – ähnlich wie beim Online-Banking.

Allerdings sind auf diesem Weg die Praxisdaten anders als bei der Nutzung von KV-SafeNet* nicht automatisch vor externen Zugriffen geschützt. Für die Absicherung der Praxisrechner sind die Praxen selbst verantwortlich.

Für den Datentransfer an die KV baut sich zwar eine sichere Verbindung auf. Dennoch müssen die Online-Dienste stets von einem separaten, vom Praxisverwaltungssystem getrennten Rechner genutzt werden.

Der Service der KV ist bei dieser Variante auf bestimmte regionale Anwendungen beschränkt.

Förderung durch die KV

Sie wollen Ihre Praxis über KV-SafeNet* an die KV anbinden lassen? Bis Ende März 2011 unterstützen wir Sie einmalig mit einer finanziellen Förderung von 300 Euro. Ist die Honorareinheit zur Online-Anbindung angemeldet und freigeschaltet, zahlt die KV das Geld automatisch auf das Honorarkonto.

Auch die Anschaffung einer Signaturkarte, die eine qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz ermöglicht, wird von der KV gefördert. Mit dieser Signaturkarte kann man die Sammelerklärung und andere Dokumente elektronisch „unterschreiben" (siehe Kasten rechts). Jeder Hamburger Vertragsarzt oder -psychotherapeut, der sich mit einer solchen Signaturkarte am KV-Portal anmeldet, bekommt einmalig 60 Euro auf das Konto seiner Honorareinheit ausgezahlt.

Der elektronische Versand von Befunden und Arztbriefen und eine Inanspruchnahme von KV-übergreifenden Angeboten ist nicht möglich.
Praxen, die sich für die Anbindung über das „normale" Internet entscheiden, können sich direkt am Portal der KV Hamburg registrieren: *https://www.ekvhh.de*
Auch bei dieser Anbindungsvariante hat man die Wahl, sich mittels Name / Passwort oder mit einer Signaturkarte zu identifizieren (siehe Kasten unten).
Die WebNet-Lösung mit Name / Passwort-Identifizierung ist auf die Übermittlung der Abrechnungsdatei und von elektronischen Dokumentationen (EHKS, eDialyse, eKoloskopie) beschränkt. Diese Lösung ist noch nicht betriebsbereit. Die technische Umsetzung ist aber bis zum ersten Quartal 2011 abgeschlossen.

Kosten: Wenn Sie bereits einen Internetzugang haben und der Rechner gut geschützt ist, fallen keine weitere Kosten an.

Ansprechpartner:
Bereich Beratung und Information
Ghislain Kouematchoua
Tel: 22802-309
Infocenter
Tel.: 22802-900

Die Alternative

Ich will keine Online-Verbindung zur KV. Was tun?
Sie können Ihrer Pflicht zur Online-Abrechnung auch nachkommen, indem Sie Ihre Abrechnung wie bisher auf einem Datenträger in die KV bringen. Wir stellen für Sie einen PC bereit, mit dem Sie die Daten einlesen können. Diese Variante ist völlig kostenfrei.

Wie kann ich mich identifizieren?

Um KV-Online-Dienste in Anspruch nehmen zu können, muss man sich am Portal der KV registrieren - egal ob man über KV-SafeNet* oder über das „normale" Internet angebunden ist. Bei der Registrierung kann man wählen, ob man sich künftig mittels Name / Passwort oder mit Hilfe einer Signaturkarte identifizieren will.

Die **Zugangsdaten (Benutzername / Passwort)** bekommt man per Post von der KV zugeschickt, nachdem man sich am Online-Portal registriert hat.

Für die **Signaturkarte** gibt es verschiedene Anbieter – eine Liste der zertifizierten Anbieter ist zu finden unter: *www.nrca-ds.de → (linke Navigationsleiste) Akkreditierte ZDA: Übersicht*
Die Karten können beispielsweise bei der Ärztekammer („Elektronischer Arztausweis"), der Apo-Bank („MediSign") und Telemed eCard („S-Trust") bestellt werden.
Signaturkarten sind vielseitig nutzbar und können auch als Schlüssel für andere Online-Angebote verwendet werden. Ermöglicht die Karte eine qualifizierte elektronische Signatur, kann man Dokumente (zum Beispiel Befunde oder Erklärungen) mit einer elektronischen Unterschrift versehen und online verschicken. Die finanzielle Förderung der KV von 60 Euro (siehe Kasten linke Seite) gilt nur für Signaturkarten mit qualifizierter elektronischer Signatur.
Die Anschaffung einer Signaturkarte samt Zubehör kostet zwischen 60 und 180 Euro. Weil man mit der Karte auch Onlinebanking und die privatärztliche Online-Abrechnung durchführen kann, wird sie von der Apotheker- und Ärztebank und der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) mit jeweils fünf Euro monatlich gesponsert – für zwei beziehungsweise vier Jahre. Damit wären für mehrere Jahre auch die laufenden Kosten gedeckt.

Nullrunden per Gesetz?

Die KBV plant, das Honorar nach geänderten Kriterien auf die Regionen zu verteilen. Die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten können dabei nur verlieren.

Ein neues Gespenst geht durch die gesundheitspolitische Diskussion: die „asymmetrische Verteilung". Dahinter steht die Forderung einiger KVen, behauptete Ungerechtigkeiten bei der Honorarreform aus 2009 ausgeglichen zu bekommen. Vor allem die KVen in Nordrhein-Westfalen und aus dem Osten verlangen, dass nur sie vom Honorarzuwachs in 2011 profitieren sollen. Allein: Die Argumentation steht auf tönernen Füßen, denn sie stützt sich allein auf den „Behandlungsbedarf", also die Geldmittel, die im Durchschnitt nötig sind, um einen Versicherten in der betreffenden KV zu versorgen. Dieser ist in der Medizinmetropole Hamburg traditionell überdurchschnittlich hoch, in Westfalen-Lippe beispielsweise unter dem Durchschnitt. Da die Praxen an Ruhr und Lippe aber erheblich mehr Fälle versorgen, stehen die Ärzte dieser KV auf Platz zwei der Einkommens-Skala. Trotzdem soll vor allem Hamburg jetzt Gelder unter anderem an die Westfalen abtreten.

Das hohe Versorgungsniveau in Hamburg wird durch Verteilungskämpfe bedroht.

Doch der Reihe nach: Die Honorarreform zum Januar 2009 hat zu einem unterschiedlich hohen Zuwachs in den KVen geführt. Das in einer Region zur Verfügung stehende Finanzvolumen berechnet sich nach der Formel „Behandlungsbedarf (vulgo Kopfpauschale) mal Versicherten". Dieser Behandlungsbedarf ist in den KVen unterschiedlich hoch, was sich aus Versorgungsnotwendigkeiten erklärt. Irgendwo muss die hoch- und höchstspezialisierte Versorgung ja stattfinden – idealerweise tut sie dies in verkehrsmäßig gut erreichbaren Zentren. Da eine Medizinmetropole wie Hamburg traditionell viele Patienten aus ganz Norddeutschland anzieht, ist es möglich, hier höchstspezialisierte Praxen zu betreiben. Dies ginge mangels „Nachfrage" in anderen KVen gar nicht.

Die Bedarfe - die in Punkten ausgedrückt werden - haben ihre „historischen Wurzeln" in Zeiten, in denen die Gebührenordnung noch sehr viel stärker danach differenzierte, welche Leistungen ein Arzt erbrachte. Die heutige Definition des Behandlungsbedarfs basiert auf diesen Zahlen, denn sie wurden immer wieder fortgeschrieben. Heute bildet sich die unterschiedliche Versorgung aber nicht mehr in der Abrechnung ab, weil diese kaum noch Einzelleistungen kennt, sondern alles in Pauschalen zusammengefasst ist. Deswegen gelingt es beispielsweise Politikern aus Westfalen, auf den ersten Blick glaubhaft zu behaupten, dass für den Versicherten in Lemgo weniger Geld zur Verfügung steht als für den Versicherten in Hamburg. Dass der Arzt in Lemgo eine völlig andere Versorgung durchführt, als sein Kollege in Hamburg, wird unterschlagen, lässt sich aber mit Abrechnungsdaten auch nicht mehr widerlegen.

Dass viele Leistungen, die in Medizinmetropolen wie Hamburg zum Standard gehören, in anderen KVen gar nicht erbracht werden, droht in der innerärztlichen Debatte unterzugehen. Dr. Axel Munte, der KV-Vorsitzende aus Bayern, brachte dies kürzlich - etwas erbost - gegenüber einer Kollegin aus einer ostdeutschen KV so zum Ausdruck: „Wenn Sie mir meine Strahlentherapeuten abnehmen, komme ich auch mit Ihrem Behandlungsbedarf klar." Das ist zwar überspitzt, zeigt das Problem aber sehr deutlich: Die KVen, die derzeit die „asymmetrische Versorgung" so nach-

haltig einfordern, müssen gar nicht die Versorgungsstruktur bedienen, die beispielsweise in Hamburg aufgebaut wurde.
In der Diskussion weitgehend ausgeblendet werden auch soziokulturelle Faktoren. So gibt es nach Untersuchungen des „Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung" einen signifikanten Zusammenhang von Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Versorgung und der Zahl der Ein-Personen-Haushalte – völlig unabhängig von der Wohn- oder Arztdichte. In Hamburg, wo es eine deutlich überdurchschnittliche Zahl solcher Haushalte gibt, führt auch dies zu einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme. Faktoren wie Wohnort, soziale Schicht oder Migrationshintergrund beeinflussen ebenfalls das Inanspruchnahmeverhalten. Es stimmt: Der Behandlungsbedarf liegt in Hamburg etwa 13 Prozent über dem Durchschnitt. Doch Deutschland ist uneinheitlich, es besteht aus Großstädten und Dörfern, ländlichen Idyllen und Brennpunkten. Vergleicht man Hamburg mit Regionen, die eine ähnliche soziokulturelle Einwohnerschaft aufweisen, liegt unser Behandlungsbedarf im Durchschnitt.

Ein bundesweit auf einen bestimmten Wert festgezurrter Behandlungsbedarf, wie er von einigen KVen gefordert wird, hätte mit der tatsächlichen Inanspruchnahme und den tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten also nichts zu tun.

Bleibt die Frage nach den Gewinnern und Verlierern der Honorarreform. In der offiziellen KBV-Statistik steht die KV Hamburg mit rund 15 Prozent Honorarzuwachs für 2009 mit an der Spitze der West-KVen.
Doch diese Zahlen sind zu hoch gegriffen: Die KV Hamburg kehrte im Jahr 2009 dramatisch mehr Geld an die Ärzte und Psychotherapeuten aus, als sie von den Krankenkassen schlussendlich erstattet bekam.
Der Grund: Die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte immer wieder betont, dass die Krankenkassen ab 2009 das Morbiditätsrisiko übernähmen und das alte Budget abgeschafft sei. Wir haben uns in Hamburg darauf verlassen und die Zuweisungen der Regelleistungsvolumina entsprechend den Bedarfsnotwendigkeiten kalkuliert. Doch Ende 2009 war von den Schmidt'schen Versprechungen nichts mehr übrig. Das alte Budget war wieder nach allen Regeln der Kunst festgezurrt. Hätte die KV Hamburg nur das ausgezahlt, was die Krankenkassen am Ende zu zahlen bereit waren, hätte der Anstieg von 2008 auf 2009 gerade mal bei etwa drei Prozent gelegen.
Und es gibt ein weiteres Problem: Die KBV hat rückwirkend (!) den Mechanismus des Fremdkassenzahlungsausgleichs verändert, so dass unsere Forderungen gegenüber anderen KVen nicht mehr voll bedient werden. In die Kalkulation der Gesamtvergütung floss aber der volle Betrag ein, so wie es auch das Gesetz vorsieht. Wir haben die KBV wegen dieses Beschlusses verklagt, das Geld fehlt aber aktuell und rückwirkend.
Die aus diesen Gründen zu viel ausgezahlten Honorare in 2009 müssen wir in 2010 wieder zurückführen und die getätigte Vorfinanzierung ausgleichen. Aus diesem Grund sind die Regelleistungsvolumina in diesem Jahr gegenüber 2009 im Durchschnitt um rund 20 Prozent zurückgegangen, so dass wir das Honorarniveau von 2008 wieder erreicht haben.

Die Ärzte und Psychotherapeuten der KV Hamburg können stolz sein auf das Versorgungsniveau, das sie in den vergangenen Jahren aufgebaut haben. Es wird nun bedroht durch einen Verteilungskampf, den andere KVen angezettelt haben. Setzen diese sich durch, wird nicht nur die Versorgung in Hamburg gefährdet, sondern das gesamte System.

Walter Plassmann, stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

Umfrage: Was wünscht sich der Nachwuchs?

Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte steigt. Um die Versorgung zu sichern, muss die Niederlassung für junge Ärzte attraktiver werden.

Knapp 52 Jahre hat ein niedergelassener Arzt in Deutschland durchschnittlich auf dem Buckel. Daraus ergibt sich rein rechnerisch, dass bis zum Jahr 2020 allein im ambulanten Bereich 51.774 Ärzte ersetzt werden müssten, darunter fast 23.768 Hausärzte. Dies ist das Ergebnis der neuen Arztzahlstudie, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) Mitte September 2010 vorgestellt haben.

Politik und Selbstverwaltung tun also gut daran, dem dringend benötigten Nachwuchs Anreize zu bieten: Anreize, das Studium zu beenden, in Deutschland zu bleiben, den Arztberuf zu ergreifen und sich niederzulassen – nach Möglichkeit genau dort, wo Ärzte besonders knapp sind. Um zu erfahren, was Medizinstudenten wichtig ist und welche Erwartungen sie an ihr Berufsleben haben, hat die KBV zusammen mit der Universität Trier und dem Medizinischen Fakultätentag eine Online-Umfrage unter mehr als 12.500 Studierenden der Medizin durchgeführt.

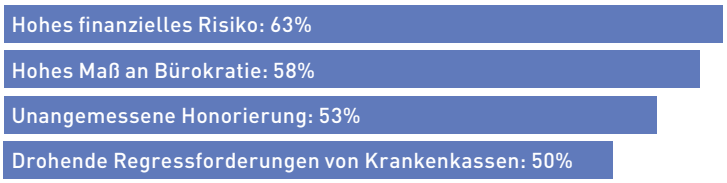
Dabei stellte sich heraus, dass es für 74 Prozent des ärztlichen Nachwuchses grundsätzlich denkbar ist, sich als Facharzt in einer eigenen Praxis niederzulassen. Die Niederlassung als Hausarzt ist mit 36 (Frauen) und 39 Prozent (Männer) für deutlich weniger Studierende attraktiv. Zwar wünschen sich die meisten Befragten, in ihrem Heimatbundesland (86 Prozent) zu arbeiten, dennoch spielen 63 Prozent zumindest mit dem Gedanken, eine Stelle im Ausland anzunehmen. KBV-Vize Dr. Carl-Heinz Müller mahnte hierzu: „Das muss uns ein Warnzeichen sein."

Für 96 Prozent der Befragten ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie von entscheidender Bedeutung. Nur sechs Prozent der Medizinstudenten sind bereits Eltern, doch 89 Prozent wünschen sich Kinder. Dies mag ein wichtiger Grund dafür sein, warum 54 Prozent nicht in einem ländlichen Ort mit weniger als 2.000 Einwohnern arbeiten wollen – hier gibt es bekanntlich kaum Betreuungsmöglichkeiten und weniger Bildungsangebote als in städtischen Regionen. Gegen eine Niederlassung spricht für die Befragten in erster Linie das hohe finanzielle Risiko, dicht gefolgt von Bürokratie, unangemessener Honorierung und Regressrisiko (siehe Grafik).

Die Erhebung gibt auch Aufschluss darüber, was die künftige Ärztegeneration unter „angemessener Honorierung" versteht: So meinen die Befragten, im Schnitt sollte ein angestellter Arzt mit fünf Jahren Berufserfahrung ein Nettoeinkommen von gut 4.350 Euro erhalten. Für einen niedergelassenen Arzt halten sie rund 5.400 Euro Nettoverdienst für angemessen. Für Müller sind diese Zahlen ein Beleg, dass angehende Mediziner „durchaus vernünftige Vorstellungen von ihrem künftigen Verdienst" haben. Die Umfrage zeige aber auch, dass diese Erwartungen mit den heute gezahlten Honoraren nicht erfüllt würden. „Die mit der Honorarreform eingeleiteten Verbesserungen in der Vergütung müssen konsequent weitergeführt werden, wenn genügend ärztlicher Nachwuchs für die Patientenversorgung rekrutiert werden soll", forderte der KBV-Vize.

as

Befragung von Medizinstudierenden: Was spricht gegen die Niederlassung?



(Quelle: KBV und Universität Trier / Befragung von 12.500 Medizinstudierenden)

Foto: Felix Faller

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 *Ich bin in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Muss ich auf die Rezepte, die ich für meine Patienten ausstelle, meinen Namen schreiben? Oder reicht es, wenn im Stammdatenfeld meine lebenslange Arztnummer und unten meine Unterschrift erscheint?*

Auf einem Kassenrezept müssen unter anderem der Name, die Berufsbezeichnung und die Anschrift des verschreibenden Arztes stehen. Wenn der Stempel Ihrer Berufsausübungsgemeinschaft die einzelnen Arztnamen enthält, reicht es, wenn Sie Ihren Namen dort ankreuzen. Andernfalls müssen Sie Ihren Namen zusätzlich zur Unterschrift noch einmal auf dem Rezept angeben. An dieser Vorschrift hat sich auch durch die Einführung der LANR nichts geändert. (Quelle: Arzneimittelverschreibungsverordnung, § 2)

2 *Wir sind eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Standorten innerhalb Hamburgs. Über welche Betriebsstättennummer müssen wir Sprechstundenbedarf anfordern?*

Es ist Ihnen überlassen, ob Sie für jede Betriebsstätte ein eigenes Rezept über den Sprechstundenbedarf erstellen oder ob Sie alles über eine Betriebsstätte anfordern und die Artikel im Anschluss auf die einzelnen Praxen verteilen.

3 *Welche Leistungen kann ich über die Krankenkasse abrechnen, wenn ich zur Feststellung des Todes eines Patienten gerufen werde?*

Die Untersuchung eines Toten einschließlich der Feststellung des Todes und des Ausstellen der Todesbescheinigung können nicht über die gesetzliche Krankenkasse abgerechnet werden, sondern müssen den Hinterbliebenen privat nach GOÄ in Rechnung gestellt werden.
Der Hausbesuch und die Wegepauschale hingegen können über die Krankenkasse des Verstorbenen abgerechnet werden – es sei denn, der Leichnam wies bei Ihrem Eintreffen bereits sichere Todeszeichen auf (zum Beispiel bereits eingesetzte Totenstarre). In diesem Fall werden auch Hausbesuch und Wegepauschale nach GOÄ abgerechnet.

Patienten-Merkblatt – Quittung für beim Psychotherapeuten gezahlte Kassengebühr

Quittung genügt

■ Hat ein Patient die Kassengebühr in einer Psychotherapeutenpraxis entrichtet, muss er beim Arzt nicht nochmals zahlen.

Auch psychologische Psychotherapeuten ziehen zehn Euro Kassengebühr ein, wenn ein Patient erstmals im laufenden Quartal in die Praxis kommt und keinen Überweisungsschein vorlegen kann.
Allerdings dürfen Psychologen keine Überweisungen ausstellen. Deshalb geben sie dem Patienten eine Quittung mit, die belegt, dass die Kassengebühr gezahlt wurde.
Besucht der Patient im selben Quartal eine Arztpraxis und zeigt die Quittung vor, muss er die Kassengebühr nicht nochmals zahlen. Die Arztpraxis legt einen ambulanten Abrechnungsschein in der EDV an und trägt die Pseudonummer 80033 ein („keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung vorgelegt wurde"). Die Quittung muss dann mit dem Praxisstempel „entwertet" werden, da der Patient sie nur in *einer* Arztpraxis vorlegen kann. Wenn nötig, kann die Praxis dann weitere Überweisungsscheine für das Quartal ausstellen.

Da dieses Prozedere nicht allen Ärzten bekannt ist, stellt die KV ein Merkblatt als Kopiervorlage zur Verfügung, das psychologische Psychotherapeuten ihren Patienten zusammen mit der Quittung mitgeben können (siehe gegenüberliegende Seite).

Vereinbarung zur Neuen Influenza endet

Die Vereinbarung zur Finanzierung von Leistungen im Zusammenhang mit der Neuen Influenza (A/H1N1) ist zum 30. September 2010 ausgelaufen. Die WHO hatte die Pandemie im August für beendet erklärt. Die entsprechenden Abrechnungsziffern verlieren damit ihre Gültigkeit.

Amtliche Veröffentlichung

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

- **4. Nachtrag vom 22.09.2010 zur Honorarvereinbarung vom 27.11.2009**
  Hinweis: Das Unterschriftenverfahren ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgeschlossen.
- **Anpassungen der Notdienstordnung (NDO) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**
  Zum 1. Oktober treten nach Beschluss der Vertreterversammlung Anpassungen der Notfalldienstordnung, neben redaktionellen Änderungen die Höchstzahl der Dienste und den Diensttausch betreffend, in Kraft.

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

Infocenter Tel.: 22802-900

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Liebe Patientin,
lieber Patient,

Sie haben gerade von Ihrer Psychotherapeutin/ Ihrem Psychotherapeuten eine Quittung darüber erhalten, dass Sie die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Kassengebühr gezahlt haben. Diese Quittung können Sie bei Ihrem nächsten Arztbesuch vorlegen; dann müssen Sie die Kassengebühr nicht erneut entrichten.

Diese Quittung gilt nur in dem Quartal, in dem Ihre Psychotherapeutin/ Ihr Psychotherapeut diese ausgestellt hat. Diese Quittung können Sie nur einmal bei einem Arzt vorlegen. Danach benötigen Sie für weitere Arztbesuche eine Überweisung.

Bitte zeigen Sie dieses Schreiben gegebenenfalls an der Anmeldung vor, wenn Sie Ihren Arzt aufsuchen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg | Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 76 06 20 | Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel.: 040 / 22 802 - 0 | Fax: 040 / 22 802 - 420 | E-Mail: kvhamburg@kvhh.de | Internet: www.kvhh.de

Foto: iStockphoto

Therapiehinweis für Prasugrel

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat einen Therapiehinweis zu Prasugrel herausgegeben. Er ist am 11. September 2010 in Kraft getreten und muss von allen Vertragsärzten beachtet werden. Wir haben die wesentlichen Inhalte für Sie zusammengefasst.

Zugelassene Anwendungsgebiete

Prasugrel ist in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) zugelassen zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom, bei denen eine primäre oder verzögerte perkutane Koronarintervention (PCI) erfolgt.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Gesamtmortalität und kardiovaskuläre Mortalität werden durch eine duale Thrombozytenaggregationshemmung mit Prasugrel und ASS im Vergleich zu Clopidogrel und ASS nicht signifikant verringert. Ein Vorteil zeigt sich in erster Linie durch eine signifikante Reduktion nicht-tödlicher Herzinfarkte. Dem steht ein signifikant erhöhtes Risiko für schwerwiegende Blutungen gegenüber, darunter auch tödlich verlaufende.

Die Behandlung ist laut Zulassung auf 12 Monate zu beschränken, da das Blutungsrisiko darüber hinaus weiter zunimmt, ein vorteilhafter klinischer Effekt durch die klinischen Daten aber nicht gestützt wird.

Der Vorteil von Prasugrel ist in der akuten Phase der Behandlung am größten. Insbesondere beim ST-Hebungsinfarkt (STEMI) wird der maximale Effekt in der dritten bis vierten Woche nach PCI erzielt und nimmt danach gegenüber Clopidogrel nicht mehr weiter zu. Bei Patienten mit instabiler Angina Pectoris oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt (UA/NSTEMI) wird der maximale Effekt ebenfalls im ersten Monat der Behandlung gesehen. Im Gegensatz zum STEMI nimmt er

darüber hinaus im Verlauf von 12 Monaten gegenüber Clopidogrel noch etwas zu.
In der einzigen Zulassungsstudie der Phase III, der TRITON-38-Studie, wurden Patienten mit einem erhöhten Blutungsrisiko ausgeschlossen (zum Beispiel Patienten unter Langzeittherapie mit nichtsteroidalen Antiphlogistika beziehungsweise Coxiben oder Vitamin-K Antagonisten sowie Patienten, die kürzlich eine gastrointestinale Blutung, ein Magengeschwür oder ein Trauma erlitten hatten). In diesem selektierten Patientengut mussten dennoch gegenüber Clopidogrel je 1.000 Patienten fünf zusätzliche schwerwiegende Blutungen (darunter zwei tödliche) in Kauf genommen werden, um 22 nichttödliche Herzinfarkte zu verhindern.

- Die Therapie sollte daher auf Patienten mit hohem Risiko für kardiovaskuläre Mortalität und niedrigem Blutungsrisiko beschränkt bleiben (zum Beispiel Körpergewicht über 60 kg; Alter unter 75 Jahre; keine Blutungsneigung; keine Medikation mit oralen Antikoagulantien, Clopidogrel, nicht- steroidalen Antiphlogistika oder Fibrinolytika; kein Trauma; keine Operation; keine gastrointestinale Blutung oder Ulceration in der kürzlich zurückliegenden Vorgeschichte). Eine besonders kritische individuelle Risiko-Abwägung muss bei Patienten nach STEMI, die über 30 Tage hinaus behandelt werden sollen, erfolgen. Es gibt in diesem Zusammenhang auch keinen Beleg dafür, dass die Umstellung einer Therapie mit Clopidogrel auf eine Therapie mit Prasugrel einen Vorteil besitzt. Eine Umstellung wird deshalb nicht empfohlen.

- Die Einnahme pH-Wert-hebender Medikamente wie H2-Blocker und Protonenpumpenhemmer (PPI) kann die Resorption von Prasugrel verzögern. Daher ist bei der Aufsättigungsdosis zu beachten, dass bei gleichzeitiger Behandlung mit einem PPI mit einem langsameren Wirkungseintritt zu rechnen ist.

- Patienten mit aktiven pathologischen Blutungen oder einer schweren Leberfunktionsstörung sind von einer Behandlung mit Prasugrel auszuschließen.

- Patienten mit einem ischämischen Schlaganfall oder einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) in der Vorgeschichte hatten unter Prasugrel und ASS nicht nur ein besonders hohes Risiko für schwerwiegende Blutungen, sondern außerdem ein signifikant erhöhtes Risiko für einen weiteren Schlaganfall. Bei diesen Patienten ist die Behandlung mit Prasugrel kontraindiziert.

- Ein signifikant erhöhtes Blutungsrisiko einschließlich letaler Blutungen bestand in der TRITON- 38-Studie für Patienten der Altersgruppe ≥ 75 Jahre oder mit einem Gewicht unter 60 Kg. In diesen Subgruppen wurde kein vorteilhafter klinischer Effekt festgestellt. Die Anzahl verhinderter primärer Endpunkte (im Wesentlichen nicht-tödliche Herzinfarkte) entsprach ungefähr der Anzahl lebensbedrohlicher Blutungen. Sie sollen deshalb nicht mit Prasugrel behandelt werden.

- Dessen ungeachtet wird in der Fachinformation im Einzelfall ausnahmsweise eine reduzierte Erhaltungsdosis von 5 mg empfohlen. Allerdings beruht die Evidenz für die 5 mg Dosis nur auf einer Analyse pharmakodynamischer und pharmakokinetischer Daten. Es fehlen klinische Daten dazu, ob bei dieser Dosis eine Überlegenheit gegenüber Clopidogrel besteht. Daher ist bei diesen Patienten der Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS oder dual mit Clopidogrel und ASS Vorrang zu geben und der Einsatz von Prasugrel in der Regel als unzweckmäßig anzusehen.

- Auch Patienten, bei denen bei unklarer Koronaranatomie die Notwendigkeit einer dringlichen Bypassoperation

Fortsetzung auf S. 16

Fortsetzung von S. 15

bestehen könnte, sollten kein Prasugrel erhalten. Blutungen traten in der TRITON-38-Studie mit erhöhter Häufigkeit (3-fach) und Schwere auf, wenn koronare Bypass-Operationen innerhalb von 7 Tagen nach Beendigung der Prasugrel-Einnahme vorgenommen wurden.

Kosten

Die Kosten einer dualen Thrombozytenaggregationshemmung bei akutem Koronarsyndrom mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention sind bei Einsatz von Prasugrel anstelle von Clopidogrel deutlich höher. Deshalb ist die Therapie mit Prasugrel für Patienten der Altersgruppe ≥ 75 Jahre oder mit einem Gewicht unter 60 Kg auch als unwirtschaftlich anzusehen.

Thrombozytenaggregationshemmer	Tagestherapiekosten	Therapiezyklus über 12 Monate
Prasugrel plus ASS	2,98 €	1087 €
Clopidogrel plus ASS	0,54 € - 2,83 €	197 € - 1034 €
Ticlopidin	0,74 €	271 €
ASS	0,03 €	13 €

Berechnung auf Basis der größten verfügbaren Packung bzw. Festbetrag; Stand Lauer Taxe 15. August 2010

Den vollständigen Therapiehinweis zu Prasugrel finden Sie in Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie (Therapiehinweise gemäß § 92 Abs. 2 Satz 7 SGB V in Verbindung mit § 17 AM-RL zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln).

Internet: www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Beschlüsse

Off-Label-Use: Octreotid beim hepatozellulären Karzinom nicht mehr verordnungsfähig

Einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zufolge ist der Off-Label-Use von Octreotid beim hepatozellulären Karzinom nicht mehr zu Lasten der GKV möglich (Teil B der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie, Bundesanzeiger Nr. 133, S. 3016 vom 03.09.2010). „Hochwertige Studien konnten keine klinisch relevante Wirksamkeit durch Octreotid belegen", so die zuständige Expertengruppe. „Auch konnte bezüglich einer Verbesserung von Lebensqualität bzw. Performancestatus keine Wirksamkeit von Octreotid belegt werden."

Den Beschluss zu Octreotid und die tragenden Gründe finden Sie im Internet.

www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Beschlüsse

Ansprechpartnerinnen bei Fragen zu Arzneimitteln:

Barbara Spies
Tel: 22802-564
Regina Lilje
Tel: 22802-498

Foto: iStockphoto

Erweiterte Verordnungsfähigkeit für Antidiarrhoika

Motilitätshemmer zur Behandlung von Durchfallerkrankungen (Antidiarrhoika) sind nicht mehr nur nach bestimmten Darmoperationen, sondern auch bei anderen schweren und länger andauernden Diarrhöen verordnungsfähig, wenn eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist.

Ein entsprechender Beschluss des G-BA ist am 4. September 2010 in Kraft getreten (Bundesanzeiger Nr. 133, S. 3015 vom 03.09.2010).

In Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie wird Nummer 12 wie folgt gefasst (Änderungen sind kursiv gedruckt):

12. Antidiarrhoika,

a) ausgenommen Elektrolytpräparate zur Rehydratation bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
b) ausgenommen Saccharomyzes boulardii nur bei Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen
c) ausgenommen Motilitätshemmer
aa) *nach kolorektalen Resektionen in der post-operativen Adaptationsphase,*
bb) *bei schweren und länger andauernden Diarrhöen, auch wenn diese therapieinduziert sind, sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist.*

Eine längerfristige Anwendung (über 4 Wochen) bedarf der besonderen Dokumentation und Verlaufsbeobachtung.

Internet:
www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Beschlüsse

Pharmakotherapieberatung der KVH

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

Alle Hamburger Vertragsärzte sind in der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!

Tel. 22802-572
oder 22802-571

Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung:
Dr. Klaus Voelker (l.) und Dr. Hartmut Horst

Foto: Melanie Vollmert

„Für die meisten Untersuchungen brauche ich nicht mehr als ein Stethoskop und eine Untersuchungsliege." Dr. Klaus Haroske im schlicht ausgestatteten Behandlungsraum.

Praxisfiliale in der Elternschule

Im Hamburger Stadtteil Finkenwerder gibt es keine Kinderarztpraxis. Aber es gibt Dr. Klaus Haroske, der zweimal pro Woche eine kinder- und jugendärztliche Sprechstunde anbietet.

Die Halbinsel Finkenwerder im Westen Hamburgs hat knapp 12.000 Einwohner, davon rund 2.400 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Lange Zeit gab es im Stadtteil keine Kinderarztpraxis, in der kranke Kinder behandelt werden konnten oder in der sie Vorsorgetermine wahrnehmen konnten. Notgedrungen nahmen Eltern und Kinder lange Anfahrtswege zu Kinderärzten in anderen Stadtteilen in Kauf oder brachten ihre Kleinen zum Hausarzt vor Ort. Doch seit einem halben Jahr haben sie eine spezielle Anlaufstelle: die kinderärztliche Sprechstunde von Dr. Klaus Haroske, der im April 2010 in der Elternschule Finkenwerder eine Nebenbetriebsstätte eröffnet hat.

Jeden Montag- und Mittwochnachmittag kehrt Haroske seiner Stammpraxis in Neugraben, die er gemeinsam mit seiner Kollegin Anke Güssow betreibt, den Rücken und bezieht in der Elternschule Stellung. Dort bietet er neben der kurativen Medizin das gesamte Vorsorge- und Impfprogramm bis zur U7a an. Auch kinderärztliche Routineuntersuchungen sind in der Elternschule möglich: „Für die meisten Untersuchungen brauche ich ja nicht mehr als ein Stethoskop und eine Untersuchungsliege", erläutert der Kinderarzt. „Technische Untersuchungen wie Lungenfunktionstests oder Ultraschall kann ich hier allerdings nicht anbieten, die Anschaffung der Geräte würde sich nicht lohnen", sagt er und ergänzt: „Für diese Untersuchungen können wir dann aber Termine in Neugraben vereinbaren."

Die Infrastruktur seiner Zweigstelle in Finkenwerder ist überschaubar. Zum Team gehört neben Haroske eine Arzthelferin, die nur in Finkenwerder für ihn arbeitet. Für die Sprechstunden stehen den

beiden anderthalb Räume zur Verfügung: „Ein Zimmer haben wir als Arztzimmer eingerichtet. Übergangsweise funktionieren wir an den Sprechstundentagen den Töpferraum mit einem Tisch und einem Computerterminal zur Anmeldung um. Ich habe aber gerade einen mobilen Empfangstresen bestellt, der dann im Vorraum des Behandlungszimmers stehen soll", erzählt Haroske.
Manche Eltern seien zunächst etwas überrascht von den räumlichen Gegebenheiten, anderen gefiele genau dieses improvisierte Ambiente, „weil es nicht wie eine typische Arztpraxis aussieht", meint der Kinderarzt. Die Resonanz sei sehr positiv: „Die Eltern in Finkenwerder sind begeistert und finden es toll, dass ich da bin." Diese Begeisterung kommt nicht von ungefähr, denn immerhin hatte die Finkenwerder Bevölkerung lange um diese Form der kinderärztlichen Versorgung kämpfen müssen.

Die Leiterin der Elternschule, Inge Schneider, erinnert sich: „Vor zwei Jahren haben wir schon einmal Unterschriften gesammelt, damit wir hier zumindest stundenweise einen Kinderarzt bekommen." Dass sich die kinderärztliche Sprechstunde in der Elternschule ansiedeln würde, war von Anfang an klar: „Hierher kommen ja viele Eltern mit ihren Kindern, denn wir bieten diverse Eltern-Kind-Kurse an und können durch diese Vernetzung auch neue Patienten auf die Sprechstunde aufmerksam machen", erklärt Schneider.
Möglich wurde die Ausgründung einer Nebenbetriebsstätte durch die Liberalisierung des Vertagsarztrechts Mitte 2008. Haroske empfand die KV im Zulassungsverfahren als sehr kooperativ: „KV-Vize Walter Plassmann hat das Projekt sehr unterstützt und sich dafür eingesetzt, dass mir finanzielle Hilfen bewilligt wurden." Diese zusätzlichen Mittel sind auch nötig, denn in seiner Zweigpraxis kann Haroske längst nicht so effizient arbeiten wie an seinem Hauptsitz. „In meiner Praxis in Neugraben haben wir viele Behandlungsräume, ein hohes Patientenaufkommen und andere Terminstrukturen." In der Sprechstunde in Finkenwerder laufe allein aufgrund der begrenzten Räumlichkeiten alles etwas ruhiger, „der Ertrag aus meiner Stammpraxis lässt sich also nicht einfach auf die Zweigpraxis übertragen."

Die gänzlich anderen Abläufe sind für Haroske aber durchaus reizvoll: „Es war ein spannender Neuanfang mit einem neuen Patientenstamm, der mich herzlich begrüßt hat. Ich habe auch mehr Zeit für die einzelnen Patienten, die Arbeit macht viel Spaß." Allerdings gehe sein Engagement auch mit erheblichem Zeitaufwand einher: „Ich habe den Schritt nicht bereut, aber meine Arbeit in Finkenwerder kostet mich zehn bis zwölf Stunden pro Woche, das ist schon recht viel." Aus diesem Grund ist die Eröffnung einer Nebenbetriebsstätte in den Augen Haroskes, selbst 45 Jahre alt, eher eine Option für jüngere Vertragsärzte.

Die Bevölkerung von Finkenwerder hat lange Zeit um einen Kinderarzt kämpfen müssen.

Interessierten Kollegen, die ebenfalls über die Eröffnung einer Zweigstelle nachdenken, rät der Kinderarzt: „Man sollte sich fragen, welchen Anspruch man verfolgt und dann alles mit der KV besprechen und durchrechnen. Wenn die eigene Stammpraxis schon ausgelastet ist und ihr Budget ausgeschöpft hat, kann man sich mit einer Zweigstelle ein zweites Standbein aufbauen. Doch wirklich lukrativ ist so ein Projekt nicht. Man muss ja auch Geld mitbringen und in Räume, Angestellte und Infrastruktur investieren."

Nach seinem Geschmack könnten durchaus noch mehr Kinder und Jugendliche seine Sprechstunde besuchen: „An manchen Tagen kommen bis zu 35 Patienten an einem Nachmittag, an anderen Tagen sind es dann nur sieben." Haroske hat beobachtet, dass viele Eltern sich zwar sehr für einen Kinderarzt vor Ort eingesetzt hatten, nun aber dennoch weiterhin zu ihrem

Fortsetzung auf S. 20

Fortsetzung von S. 19

angestammten Kinder- oder Hausarzt gehen – selbst wenn dieser in einem anderen Stadtteil praktiziert. „Da bewegt sich dann doch nicht so schnell etwas. Und ich muss gestehen, dass ich anfangs dachte, meine Sprechstunde würde noch besser angenommen."

Eltern mit neugeborenen Kindern nähmen das Angebot allerdings dankbar an. „Es ist ja auch wichtig, dass Neugeborene in Wohnortnähe von einem qualifizierten Kinderarzt und nicht vom Hausarzt betreut werden", meint Haroske, „auch wenn die Hausärzte hier nicht unbedingt begeistert von der neuen Konkurrenz sind, weil ihnen die extrabudgetären Leistungen wie Impfungen und Vorsorge nun abhanden kommen."

Eine erste betriebswirtschaftliche Bilanz kann Haroske erst Ende November 2010 ziehen, wenn die Abrechnungsdaten der KV vorliegen. „Ich habe mir in jedem Fall ein Jahr Zeit gegeben, um mein Engagement in Finkenwerder zu bewerten", sagt Haroske, „bald kommt ja auch die kalte Jahreszeit, in der die Kinder häufiger krank sind und einen Kinderarzt brauchen."

Zwischenzeitlich hing auch das Sparpaket des Hamburger Senats wie ein Damoklesschwert über der Kinderarztsprechstunde in Finkenwerder – weil im kommenden Haushalt 500 Millionen Euro fehlen, stand auch die Schließung sämtlicher Hamburger Elternschulen zur Debatte. Leiterin Schneider sagt hierzu: „Wenn die Elternschule geschlossen würde, dann wäre auch das Angebot von Dr. Haroske gestorben." Inzwischen können alle Beteiligten in Finkenwerder aufatmen. Am 22. September 2010 gab Bürgermeister Christoph Ahlhaus die geplante Streichliste des Haushalts für 2011 bekannt: Die Elternschulen sollen trotz des Sparzwangs in ganz Hamburg erhalten bleiben.

Antje Soleimanian

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

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

040/202 299 222

Montag bis Donnerstag:
9 - 13 Uhr und 14 - 16 Uhr
Freitag:
9 -12 Uhr

Innenbehörde reagiert auf scharfe Kritik

Schwangere Flüchtlinge bekommen früher eine Duldung - und werden nicht mehr auf andere Bundesländer „umverteilt“

Migrantinnen ohne Aufenthaltserlaubnis, deren Schwangerschaft die 26. Woche erreicht hat, bekommen in Hamburg künftig eine Duldung und werden nicht mehr auf andere Bundesländer verteilt. Das hat die Hamburger Innenbehörde schriftlich bestätigt.

„Wir freuen uns über das Ergebnis“, sagt Ärztekammer-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery, dessen Intervention bei der Innenbehörde den Anstoß für die Neuregelung gab. „Dass nun die Schwangeren-Vorsorge bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in Hamburg weiterhin durchgeführt werden kann, ist ein großer Vorteil.“ Bisher wurden Migrantinnen ohne Aufenthaltserlaubnis erst nach der 34. Schwangerschaftswoche geduldet. Zudem liefen sie Gefahr, auf Flüchtlingsheime außerhalb Hamburgs verteilt zu werden.

Die Hamburger Gynäkologin Cosima Vieth hatte der Ärztekammer vom tragischen Verlauf der Schwangerschaft einer ihrer Patientinnen berichtet: Die 41-jährige Ghanaerin wurde im April kurz vor dem Ende ihrer Schwangerschaft von Hamburg aus in das Flüchtlingsheim Nostorf/Horst in Mecklenburg-Vorpommern verlegt. Obwohl sie den Mitarbeitern der Krankenstation mitteilte, sie habe Fruchtwasser verloren, musste sie dann nochmals in eine andere Unterkunft umziehen. Am Tag nach der stundenlangen Busfahrt in den Landkreis Demmin brachte sie ihr Kind tot zur Welt.
Die Hamburger Ärztekammer kritisierte gegenüber der Innenbehörde den Umgang mit schwangeren Flüchtlingsfrauen aufs Schärfste. Auch wenn medizinisch ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Umverteilung und Schwangerschaftsverlauf nicht hergestellt werden könne, sei im Umgang mit schwangeren Frauen in einer solch besonderen und belasteten Lebenssituation gesteigerte Sorgfalt geboten.

Das Flüchtlingslager Nostorf/Horst wird von den Bundesländern Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern gemeinsam als zentrale Erstaufnahmeeinrichtung genutzt. Seit Jahren klagen Bewohner über eine mangelhafte Gesundheitsversorgung. Erst im September geriet das Lager wieder in die Schlagzeilen, weil Bewohner aus Protest in Hungerstreik getreten waren.

mn

Hilfe für die Angehörigen von Palliativ-Patienten

Die Beratungsstelle Charon bietet den Angehörigen von schwerstkranken Patienten psychosoziale Hilfe an. Der Umgang mit dem Sterben eines Menschen kann für Angehörige eine große Belastung darstellen. Hinzu kommt die Verantwortung, Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten im Sinne des sterbenden Menschen einzulösen.

Das von der Hamburger Sozialbehörde geförderte Beratungsangebot ist kostenlos und steht allen Hamburger Bürgern zur Verfügung. Ärzte, die Palliativ-Patienten versorgen, können die Angehörigen auf dieses Angebot aufmerksam machen.

Beratungsstelle Charon,
Raili Koivisto
Tel: 22630 300
www.hamburger-gesundheitshilfe.de

Steckbrief – Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

Dr. Heinz-Hubert Breuer

Geburtsdatum: 06.08.1951
Familienstand: verheiratet, zwei Töchter
Fachrichtung: Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie
Weitere Ämter: Mitglied der Radiologiekommission sowie der Kommission für Invasive Kardiologie, Fachbeisitzer der ÄK Hamburg für Angiologie

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?
In medizinischer Hinsicht und was die Freude an der Arbeit angeht, ja. Allerdings nicht, was die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen angeht.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?
Die Rahmenbedingungen für die Arbeit aller niedergelassenen Ärzte zu verbessern. Das heißt vor allem, eine Anerkennung unserer ärztlichen Arbeit zu erreichen, die sich in einer fairen Honorierung ausdrückt und dabei die Kostensituation von Niedergelassenen ÄrztInnen in freier Praxis angemessen berücksichtigt. Zu erreichen, dass die Politiker endlich aufhören, uns ÄrztInnnen mit immer wieder neuen Varianten zu betrügen.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?
Das Gesundheitssystem sollte in der Weise reformiert werden, dass die Rolle der KVen wieder gestärkt wird und dadurch vor allem wieder mehr regionale Gestaltungsmöglichkeiten entstehen. Dies ist eine Absage an jegliche Form des derzeit bestehenden Zentralismus, der zum Schaden der Hamburger ÄrztInnen versucht, in realitätsferner Weise uns bundeseinheitliche Standardvorgaben aufzubürden, die in keiner Weise für Hamburg passen und die die medizinische Versorgung hier gefährden.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?
Ich würde gerne Bundesminister Rösler treffen und ihn fragen, warum er das Konzept einer verstärkten Regionalisierung nicht endlich umsetzt, so wie es auch im Koalitionsvertrag steht - und wann endlich ärztliche Arbeit wieder anerkannt wird.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?
Ich wäre gerne nochmal umherziehender Landarzt in Kanada mit der Arzttasche auf meinem Pferd.

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do 18.11.2010 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare 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 10.12.2010 (15:00–21:00 Uhr) / Sa 11.12.2010 (08:30–16:30 Uhr)

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare 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 2011
Teil 1: Mi 22.06.2011 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 2: Mi 24.08.2011 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 3: Mi 28.09.2011 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 4: Mi 02.11.2011 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 5: Mi 07.12.2011 (15:00-20:00 Uhr)

34 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

Für Praxisinhaber und –mitarbeiter, deren QEP®-Einführungsseminar bereits etwas zurückliegt: Die wesentlichen Inhalte des QEP®-Kernzielkataloges werden hier nochmals aufgegriffen und so der Grundstein für die erfolgreiche QEP®-Einführung in der Praxis gefestigt.

Mi 03.11.2010 (9:30–17:00 Uhr)

10 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

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

Mi 06.04.2011 (9:30–17:00 Uhr)

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Fortbildung → Kalender

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

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: 040/22 802 885
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

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