

KVH *journal*

BEDARFSPLANUNG

*Sind die Praxen sinnvoll
über das Stadtgebiet verteilt?*



KLINIK-MVZ

KV fordert strengere Zulassungskriterien

GRIPPE

Wie die Impfstoffe bestellt 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
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Layout und Infografik: Sandra Kaiser, Maïke Dunkhase
www.BueroSandraKaiser.de, www.dunkhase.eu

Ausgabe 5/2014 (1. Mai 2014)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Auf dem Deutschen Ärztetag 2013 wurde die Notwendigkeit einer Stärkung der ambulanten Weiterbildung festgestellt: Wegen der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich sei es sinnvoll, dass mehr Weiterbildung in den Praxen der niedergelassener Ärzte stattfindet, heißt es im Beschluss.

Tatsächlich sehen wir, dass ganze Teilbereiche der Medizin im Krankenhausalltag gar nicht mehr stattfinden - und deshalb dort weder gelehrt noch gelernt werden können. Wenn ein Arzt nach sechs Jahren Klinik-Weiterbildung in den ambulanten Bereich wechselt, trifft er auf Krankheitsbilder, mit denen er möglicherweise kaum oder noch nie zuvor konfrontiert war. Das ist ein unhaltbarer Zustand. Ein ärztliches Fach umfasst deutlich mehr als den immer hochspezialisierten werdenden Bereich, der im Krankenhaus erledigt wird. Deshalb darf sich auch die Weiterbildung nicht alleine auf den stationären Bereich beschränken.

Eine Assistentenzeit in der ambulanten Versorgung muss ein obligater, standardisierter, strukturierter und qualitätsgesicherter Abschnitt der Weiterbildung in fast allen Fächern werden. Zunächst müssen wir uns darüber Klarheit verschaffen, was wir aus ärztlicher Sicht für sinnvoll und geboten halten, danach müssen wir eine Finanzierung durchsetzen. Ohne diese ist die Aufgabe nicht zu bewältigen. Das ist die richtige Reihenfolge, und wer sie umkehrt, gefährdet den Erfolg des Projekts.

Der Ärztetag 2013 stellte klar, dass die Ärztekammern für die Inhalte der Weiterbildung verantwortlich bleiben. Das halten wir für richtig. Gleichzeitig muss es inhaltlich und organisatorisch eine enge Abstimmung mit den KVen und der KBV als Träger der ambulanten Versorgung geben.

In wenigen Wochen findet der nächste Ärztetag statt – Lösungen sind bisher nicht in Sicht. Es wird Zeit nun einen echten Schritt voranzukommen. Aus unserer Sicht bleibt die Stärkung der ambulanten Weiterbildung ein brennendes Thema.

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: Halten Sie eine stärkere Steuerung der Arztsitze für notwendig?
- 08_** Bedarfsplanung: Warum die Praxen in Hamburg rational verteilt sind
- 12_** Hotspots: Für punktuelle Probleme brauchen wir maßgeschneiderte Lösungen!

VERSORGUNG

- 15_** Notfallbehandlung in Asylbewerber-Unterkunft: Bitte Patientendaten sofort einem Mitarbeiter der Einrichtung übergeben
- 16_** KV Hamburg fordert schärfere Zulassungsbedingungen für Klinik-MVZ
KBV-Kampagne geht in die zweite Runde

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_** Fragen und Antworten
- 19_** Heilmittel:
Bei Langfristverordnungen und Praxisbesonderheiten muss künftig der ICD-Code angegeben werden
- 20_** Krankengeld:
Lückenloser AU-Nachweis auf Muster 17 notwendig
Asylbewerber: Kostenübernahmeerklärung der Stadt behält der Patient
MRSA-Leistungen werden über EBM vergütet

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie **Formulare, Anträge und Verträge** herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, KV-Veröffentlichungen und eine **erweiterte Arztsuche** für Mitglieder.



ABRECHNUNG

- 21_** Fragen und Antworten zur elektronischen Sammelerklärung

ARZNEIMITTEL

- 22_** AOK Rheinland/Hamburg übernimmt zusätzliche Impfungen
- 23_** Bestellung von Grippeimpfstoffen: Ausschreibungsgewinner ist Xanaflu
Thilorbin-Augentropfen: Alternative aus der Schweiz
- 24_** Praxen erhalten keine Trendmeldung
Ärzte gesucht für Netzwerk zur Versorgung Contergangeschädigter

QUALITÄT

- 25_** „Mein Praxis-Check“: Selbsttest zu Hygiene und Datenschutz
- 26_** Vorsicht vor falschen Datenschützern
Qualitätsmanagement-Seminare im Ärztehaus:
„Fit am Empfang“ und „Datenschutz“

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

BEKANNTMACHUNGEN

- 17_** Amtliche Veröffentlichungen
Änderung des Gebührenverzeichnisses

KOLUMNE

- 29_** Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

KV INTERN

- 27_** Leserbrief
30_ Steckbrief: Dr. Wolfgang Herzog
31_ Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelbild: blojfo/fotolia
Seite 9, 10, 11: Michael Zapf, Seite 23: Felix Faller/Alinea, Seite 16: Miriam Doerr/fotolia, Seite 19: oksun70/fotolia, Seite 22: Michal Komorniczak/wikipedia, Seite 27: Jochen Kriens, Fotografci/fotolia, Seite 28: Jochen Kriens, Seite 29: Barbara Klemm, Seite 32: Felix Faller/Alinea, Icons: iStockfoto

Halten Sie eine stärkere Steuerung der Arztsitze für notwendig?



Dr. Matthias Gruhl

Leiter des Amtes für Gesundheit
der Behörde für Gesundheit und
Verbraucherschutz

Es gilt genauer hinzusehen

Die heutige Verteilung von Arztpraxen in Hamburg entspricht nicht dem tatsächlichen Bedarf. Zum Beispiel liegen bei der hausärztlichen Versorgung einige Stadtteile im Bereich der offiziellen Unterversorgung. Wir brauchen also auch in Städten wie Hamburg, die als insgesamt überversorgt gelten, langfristig Verbesserungen. Es gilt genauer hinzusehen, wo es Versorgungslücken gibt. Insbesondere Haus- und Kinderärzte müssen nahe bei Patientinnen und Patienten sein. Dabei sollten auch zumutbare Verkehrsverbindungen berücksichtigt werden, soweit sie beispielsweise von Eltern mit Kinderwagen oder älteren Menschen mit Rollatoren erreicht werden können. **Was wir brauchen, sind verlässliche und flexible Möglichkeiten, die in überversorgten Gebieten frei werdenden Arztsitze dort künftig neu einzurichten, wo der höchste Bedarf ist.** ■



Christoph Kranich

Leiter der Fachabteilung Gesundheit
und Patientenschutz der
Verbraucherzentrale Hamburg



Matthias Mohrmann

Vorstandsmitglied der
AOK Rheinland/Hamburg

Wir brauchen mehr Lenkung

Innerhalb Hamburgs sind die Ärzte völlig ungleich verteilt. Sie sind überwiegend dort anzutreffen, wo reiche Leute wohnen, die weniger krank sind. Insofern brauchen wir mehr Lenkung, damit Ärzte sich verstärkt dort niederlassen, wo Menschen ärmer und damit auch kränker sind. **Die ärztliche Selbstverwaltung muss sich ihrer Verantwortung stellen und für eine bessere Verteilung der Ärzte sorgen. Falls dies der Ärzteschaft nicht gelingt, muss es eben mit Zwang von außen geregelt werden – auch wenn dies den Ärzten als Freiberuflern verständlicherweise nicht gefällt.** Zwang wird immer gleich als ‚Sozialismus‘ geißelt. Doch unter Umständen funktioniert es nicht anders, denn bloße Anreizsysteme dürften nicht ausreichen, um mehr Ärzte zur Niederlassung in einkommensschwächeren Stadtteilen zu bewegen. ■

Es gibt keine Standardlösung

Wir wollen, dass alle Bewohner Hamburgs unabhängig von ihrem Wohnort ohne lange Wartezeiten ärztlich versorgt werden. Im Vergleich zu anderen Regionen in Deutschland sind die Wege innerhalb Hamburgs zwar relativ kurz. Dennoch sind einige Stadtteile weniger gut versorgt als andere, wie uns konkrete Patientenbeschwerden, aber auch regional unterschiedliche Krankenhaushäufigkeiten zeigen. Wir wollen gemeinsam mit der KV und der Behörde analysieren, wie die Engpässe schnell beseitigt werden können. Auf welche Art und Weise dies geschieht, ist für uns dabei zunächst sekundär – es gibt keine Standardlösung für alle Versorgungsprobleme. Eine kleinräumigere Bedarfsplanung wäre eine von mehreren Optionen, aber nicht die einzige. Andere Maßnahmen wie Sonderbedarfszulassungen, Zweigpraxen etc. können ebenfalls Abhilfe schaffen. ■

VON WALTER PLASSMANN

Ist Hamburg gut versorgt?

Politiker fordern mehr Steuerung bei der Verteilung von Arztsitzen. Doch eine Änderung der Bedarfsplanung hat der Gesetzgeber an Bedingungen geknüpft – und die sind nirgendwo in Hamburg erfüllt.



Manchmal ist es schwer, die Anspruchshaltung nachzuvollziehen, mit der in Deutschland über medizinische Versorgung gesprochen wird. Die Wartezeiten auf einen Arzttermin sind im internationalen Vergleich sensationell kurz. Die Ärzte sind regional gleichmäßiger verteilt als in fast allen anderen OECD-Ländern. Dennoch sieht die Politik Handlungsbedarf und versucht, die Regulierungsschraube weiter anzuziehen.

Hamburg ist eine Medizinmetropole mit einer exzellenten ambulanten Versorgung. Alle Fachgruppen sind mehr als ausreichend vertreten und mit öffentlichen Verkehrsmit-

teln für die Patienten gut erreichbar. Dennoch wurden KV-Vertreter in mehreren Bezirksversammlungen lautstark und teilweise sehr emotionsgeladen mit dem Vorwurf konfrontiert, es gebe eine punktuelle medizinische Unterversorgung. Stadtteilpolitiker forderten die KV dazu auf, kleinräumig zu planen und die Verteilung der Praxen stärker zu steuern. Höhepunkt ist die Forderung nach einer bezirklichen Planung der Mammographie.

Es gibt in der öffentlichen Diskussion viele Missverständnisse darüber, wie die Bedarfsplanung geregelt ist. Der Handlungsspielraum der KV ist eingeschränkt durch eine

kaskadenartige Regulierung. Nur wer sich diese Regulierungskaskade bewußt macht, kann mitreden, welche Stellschrauben genutzt werden können. Die höchste Regulierungsebene stellt das Sozialgesetzbuch dar. Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, die Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung auszuarbeiten. In der dabei entstandenen Richtlinie sind die Planungsbereiche und die Arztgruppen festgelegt. Außerdem wird vorgegeben, wie das Verhältnis der Patientenzahl pro Arzt einer bestimmten Fachgruppe auszuwählen hat und bei welchem Versorgungsgrad ein Planungsbereich

als unterversorgt, als voll versorgt und als überversorgt zu werten ist.

Für die Versorgungsebenen gelten unterschiedliche Planungsbereiche: Die Basisversorgung soll wohnortnah sein. Je spezialisierter die Versorgung ist, desto größer kann der Einzugsbereich der Praxen sein. In Bayern beispielsweise gibt es für Hausärzte 200 Planungsbereiche, für Laborärzte hingegen nur einen einzigen. Bei den Stadtstaaten ist der kleinste Planungsbereich gleichzeitig das gesamte Stadtgebiet: Es gibt also nur einen einzigen Planungsbereich für alle Versorgungsebenen.

Anhand der vom G-BA vorgegebenen Rahmenbedingungen erstellen KV und Krankenkassen einen Bedarfsplan für ihre jeweilige Region. Auf dessen Grundlage entscheidet schließlich der Zulassungsausschuss über die Anträge von Ärzten und Psychotherapeuten, die sich niederlassen wollen. Im Zulassungsausschuss sitzen zu gleichen Teilen

Ärzte und Krankenkassenvertreter. Die KV kann Empfehlungen abgeben, doch der Zulassungsausschuss entscheidet völlig autonom – und tut dies auch, wie die KV häufig und durchaus auch schmerzhaft erfahren muss.

KV und Krankenkassen könnten seit der jüngsten Reform der Bedarfsplanung 2013 gemeinsam beschließen, bei der Erstellung des Bedarfsplans von den Vorgaben des G-BA abzuweichen, wenn dies aufgrund regionaler Besonderheiten erforderlich ist. Man könnte also beispielsweise die Bedarfsplanungsbereiche kleiner machen oder die Verhältniszahlen verändern. Dieser Handlungsspielraum auf regionaler Ebene ist aber an objektive Voraussetzungen gebunden – beispielsweise eine höhere Krankheitslast der betreffenden Bevölkerung. In Bergedorf, wo die Stadtteilpolitiker vehement ein Eingreifen der KV für mehr Arztstühle

gefordert haben, gibt es zwar weniger Ärzte als im Hamburger Durchschnitt. Doch weil die Einwohner in Bergedorf gleichzeitig gesünder sind als der Hamburger Durchschnitt, hätte man kein Argument, um auf bezirklicher Ebene weitere Ärzte zuzulassen. In der Gesamtbetrachtung ist Bergedorf bedarfsplanungsrechtlich korrekt versorgt.

Es ist wichtig zu verstehen: Man kann die Bedarfsplanung nicht alleine deshalb ändern, weil Bürgerinitiativen und Regionalmedien dies fordern, weil es die Bürgerschaft beschließt oder weil es der KV gerade gefällt. Man braucht eine sachliche Begründung – und die objektiven Voraussetzungen für eine Änderung der Bedarfsplanung sind derzeit nach unserem aktuellen Wissensstand nirgendwo in Hamburg gegeben.

Aufs ganze Stadtgebiet gesehen weisen alle Arztgruppen einen Versorgungsgrad von über 110 Prozent auf (Abbildung 1). Doch welches Bild

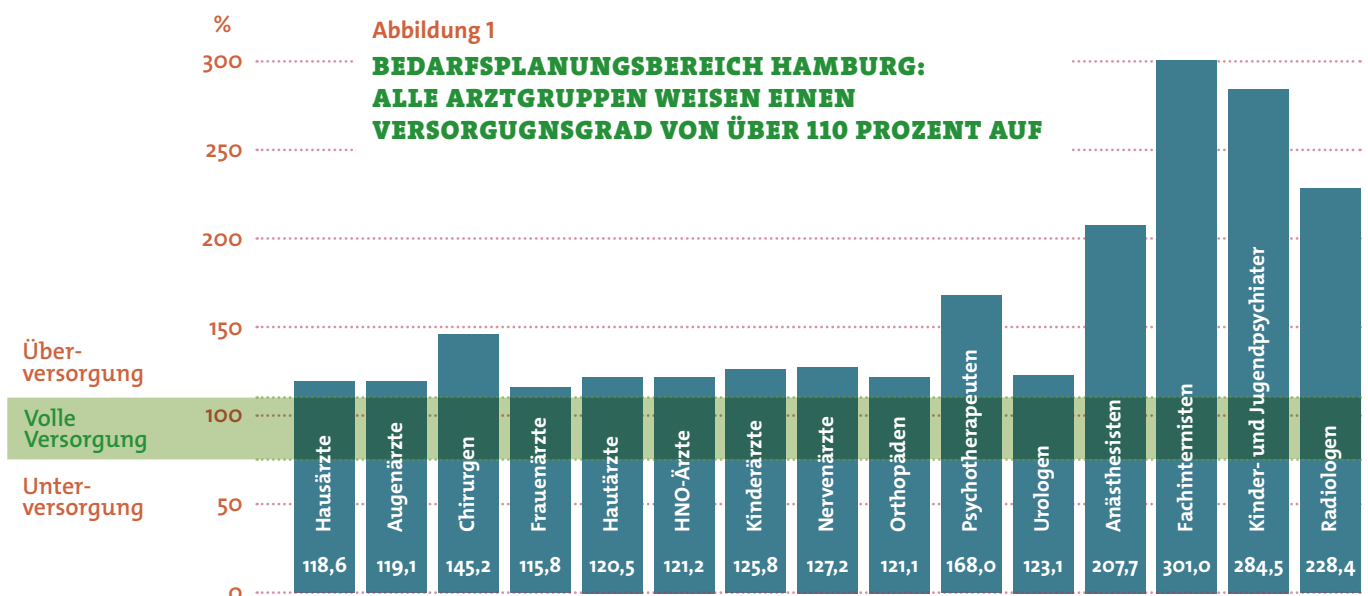


Abbildung 2

VERSORGUNGSGRAD HAUSÄRZTE

Gleichmäßige Verteilung: Von einer Unterversorgung im hausärztlichen Bereich sind alle Hamburger Bezirke weit entfernt.

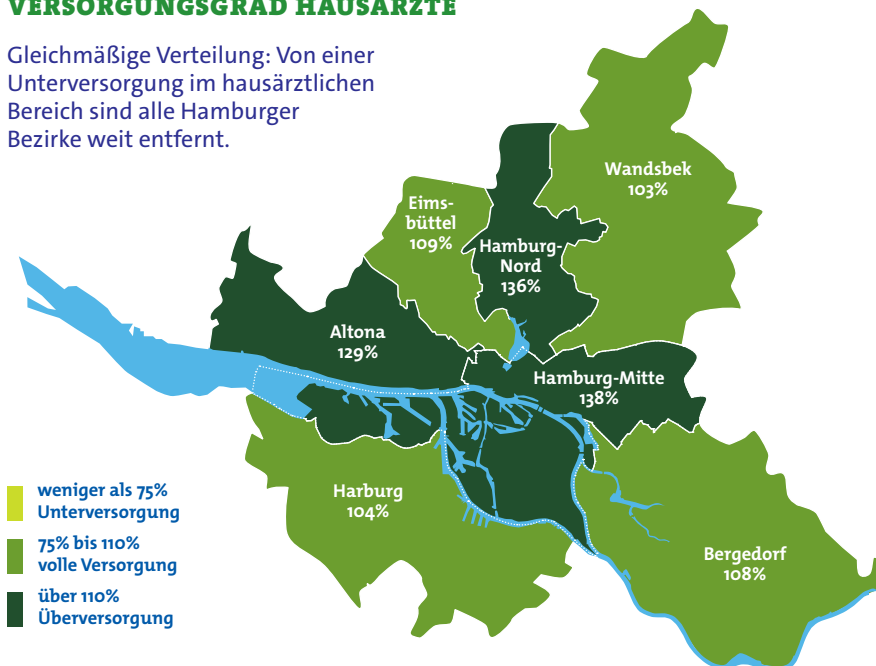
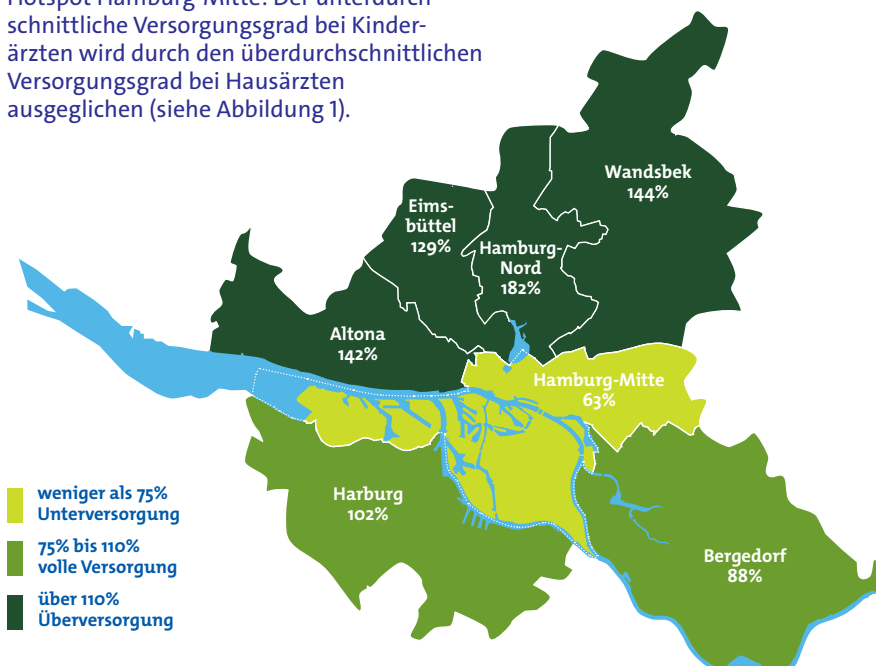


Abbildung 3

VERSORGUNGSGRAD KINDERÄRZTE

Hotspot Hamburg-Mitte: Der unterdurchschnittliche Versorgungsgrad bei Kinderärzten wird durch den überdurchschnittlichen Versorgungsgrad bei Hausärzten ausgeglichen (siehe Abbildung 1).



bekommt man, wenn man sich die Grundversorgung auf Bezirksebene ansieht?

Die Hausärzte (Abbildung 2) sind über die Bezirke hinweg gut verteilt. Den höchsten Versorgungsgrad weist Hamburg-Mitte mit 138 Prozent auf. Am niedrigsten ist die Quote in Wandsbek mit 103 Prozent. Von einer hausärztlichen Unterversorgung sind wir also in allen Hamburger Bezirken weit entfernt.

Bei den Kinderärzten (Abbildung 3) sind die Unterschiede größer: Die Bezirke nördlich der Elbe weisen einen höheren Versorgungsgrad auf als die Bezirke im Süden. Bergedorf liegt mit 88 Prozent noch im Bereich der vollen Versorgung (75 bis 110 Prozent). In Hamburg Mitte liegt die Quote allerdings bei lediglich 63 Prozent. Wir beobachten diese Situation genau: Bereits vor einigen Jahren haben wir eine Sonderbedarfszulassung für einen kinderärztlichen Sitz in Wilhelmsburg befürwortet, und der Zulassungsausschuss ist dem gefolgt. Wir würden sicherlich auch noch ein oder zwei weitere kinderärztliche Sonderbedarfszulassungen befürworten, doch wir wissen von keinem Kinderarzt, der sich dort niederlassen möchte. Eine kleinräumige Bedarfsplanung würde an diesem Mangel an Bewerbern nichts ändern.

Dem unterdurchschnittlichen Versorgungsgrad mit Kinderärzten in Hamburg-Mitte steht, wie wir in Abbildung 2 gesehen haben, ein überdurchschnittlicher Versorgungsgrad an Hausärzten gegenüber. Der vom Hamburger Senat in Auftrag gegebene Morbiditätsatlas zeigt, dass es eine Arbeitsteilung zwischen Kinderärzten und Hausärzten gibt: Wo weniger pädiatrische Leistungen

in Anspruch genommen werden als erwartet, wird dies durch die hausärztliche Versorgung ausgeglichen (siehe KVH-Journal 1/2014, Seite 14, Abb. 3). In Wilhelmsburg werden die Kinder in besonders starkem Maße von Hausärzten versorgt. Die Kinder werden dort also nicht schlechter versorgt – sondern anders.

Ein anderes Verteilungsmuster zeigt sich bei den Gynäkologen (Abbildung 4). Dass der Versorgungsgrad von Gynäkologen in Wandsbek unterdurchschnittlich ist, hat uns überrascht. Allerdings sind uns keine Klagen über eine gynäkologische Unterversorgung in Wandsbek zu Ohren gekommen. Wir vermuten, dass Gynäkologen (ebenso wie andere Fachärzte) weniger am Wohnort, sondern eher am Arbeitsort aufgesucht werden. Das korrespondiert mit der hohen Arztdichte um die Alster und in der City Süd. Dort arbeiten die Menschen und dort gehen sie in der Pause oder nach Feierabend zum Facharzt.

Über das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten wissen wir bislang noch zu wenig. Unsere These ist: Patienten wählen nicht unbedingt den Arzt, der bei ihnen vor der Haustür praktiziert. Sehr viel wichtiger als die Wohnortnähe sind möglicherweise Empfehlungen. Liegt die betreffende Praxis am anderen Ende der Stadt, fahren die Patienten auch dorthin. Auch die alltäglichen Wege der Patienten spielen eine Rolle: Arztbesuche werden oftmals dort erledigt, wo man seine Bedarfsgüter beschafft oder wo man zur Arbeit geht.

Fest steht: Es gibt rationale Gründe für die derzeitige Verteilung der Arztpraxen über das Stadtgebiet. Ärzte, die sich niederlassen wollen, über-

Abbildung 4

VERSORGUNGSGRAD GYNÄKOLOGEN

Konzentration in der Mitte:
Gynäkologen (ebenso wie andere Fachärzte) werden weniger am Wohnort, sondern eher am Arbeitsort aufgesucht.



legen sich: Wo muss meine Praxis liegen, damit die Patienten leicht zu mir finden? Wo bin ich gut erreichbar? Wo gibt es Nachfrage, die noch nicht durch andere Praxen gedeckt wird? Dieses Eigeninteresse führt dazu, dass sich die Praxen zum Nutzen der größtmöglichen Anzahl von Patienten über die Fläche anordnen. Unter diesen Gesichtspunkten ist die derzeitige Verteilung der Hamburger Ärzte rational und nachvollziehbar.

Wo punktuelle Probleme auftreten, müssen sie punktuell gelöst werden. Starre und dirigistische Regularien, wie sie derzeit von Stadtteilpolitikern gefordert werden, würden keine bessere, sondern eine schlechtere Verteilung der Praxen zur Folge haben.

Zu dieser Wahrheit gehört eine zweite: Natürlich lässt sich über pekuniä-

re Anreizsysteme nachdenken, um Ärzten eine Niederlassung in weniger gut versorgten Stadtteilen schmackhaft zu machen. Aber dazu muss die KV dann auch in die Lage versetzt werden. Derzeit reicht das von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Budget noch nicht einmal aus, um die aktuelle Honorarforderung der Ärzte in einem akzeptablen Umfang zu bedienen. Solange dieser Zustand nicht geändert wird, sind finanzielle Umverteilungsmaßnahmen nicht möglich. ■

WALTER PLASSMANN,

Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

BILDNACHWEIS

Konzeption der Grafiken: Eva Schiffmann
Grafische Umsetzung: © Maike Dunkhase
Kartengrundlage: © Lutum+Tappert

VON DR. STEPHAN HOFMEISTER

Flexible Lösungen sind gefragt

Eine kleinräumige Bedarfsplanung macht nichts besser. Im Gegenteil: Die tatsächlichen Patientenströme bleiben unberücksichtigt. Das schafft Probleme, wo derzeit gar keine sind.

Auf den ersten Blick erscheint die Idee ja durchaus plausibel: Um punktuelle Unterversorgung zu vermeiden, muss man kleinräumiger planen. Die Frage ist nur: Welche Planungsräume soll man zugrunde legen? Bezirke und Stadtteile sind Verwaltungsbereiche, die mit den tatsächlichen Patientenströmen nichts zu tun haben. Das Einzugsgebiet einer Praxis macht nicht an Verwaltungsgrenzen halt, sondern ist von vielen Interdependenzen abhängig. Dazu gehören die Arbeits- und Einkaufswege der Patienten ebenso wie der Verlauf von S-Bahnlinien und Straßen. In dünn besiedelten Gebieten ist auch die Infrastruktur ausgedünnt. Das öffentliche Leben findet in den Zentren statt, hier sind Einkaufsstraßen, Bürokomplexe, Schulen, Cafés und Kinos. Und auch die Arztpraxen ballen sich an Orten, wo sie von möglichst vielen Patienten möglichst gut erreicht werden können.

Künstliche Grenzziehungen sind im Alltag weder für die Ärzte noch für die Patienten relevant, führen aber zu alarmierend aussehenden Farbkontrasten auf einem Plan, der kleinräumig die Verhältniszahlen ausweist. Das Stadtviertel X scheint dann stark überversorgt zu sein, das Stadtviertel Y ist offenbar entsetzlich unterversorgt. Direkt daneben findet man Stadtviertel Z, einen normal versorgten Bereich. Was ist da los?

Abbildung 6
STEILSHOOP

In Steilshoop gibt es wenige Ärzte. Doch das Sub-Zentrum Barmbek-Nord ist nicht weit entfernt – und entlang der Bramfelder Chaussee sind die Ärzte wie auf einer Perlenkette aufgereiht.

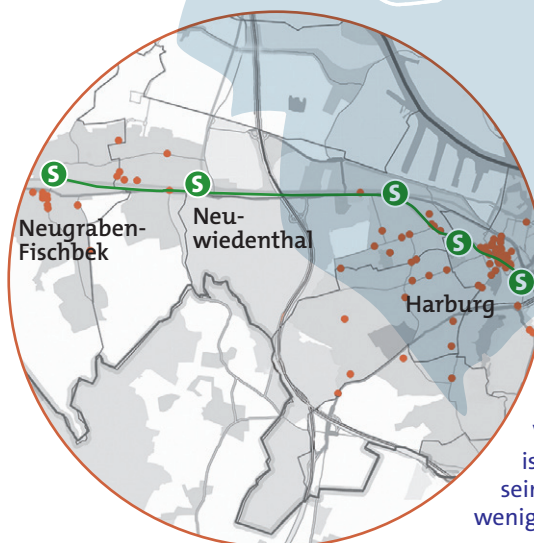
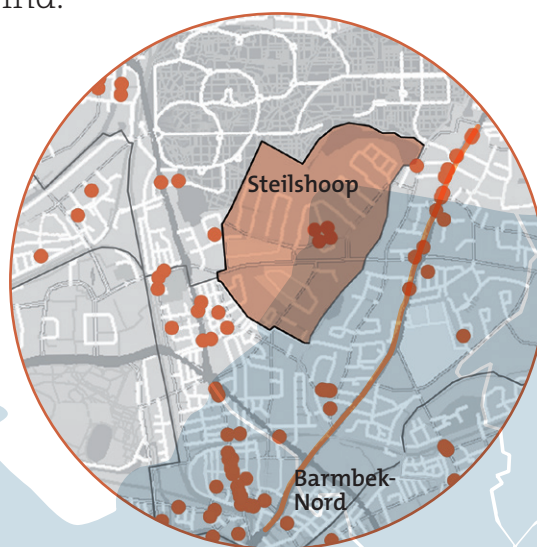


Abbildung 7
HARBURG

Von Neugraben und Neuwiedenthal ist das Stadtzentrum Harburg mit seiner guten ärztlichen Versorgung nur wenige S-Bahn-Stationen entfernt.

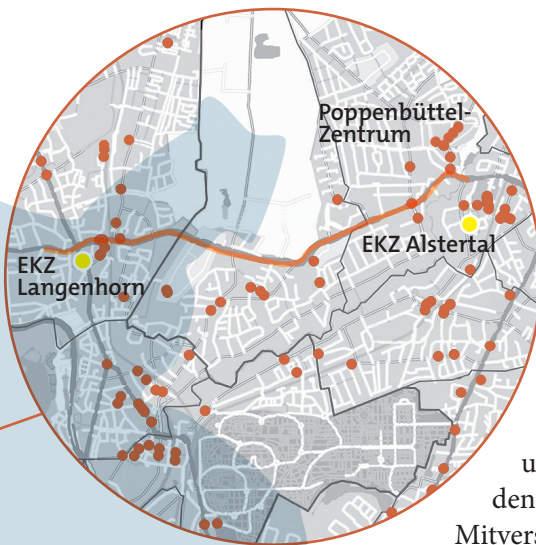


Abbildung 5

POPPENBÜTTEL

Im Bereich Poppenbüttel findet man zwei Praxis-Konglomerate: im alten Ortskern und am Alster-Einkaufszentrum. Auch am Einkaufszentrum Langenhorn haben sich Ärzte angesiedelt.

Wer die tatsächlichen Patientenströme außer Acht lässt, bekommt ein falsches Bild der Versorgungsrealität. Ob jenseits der Verwaltungsgrenze einige Praxen liegen, die hauptsächlich Patienten diesseits der Grenze versorgen, bleibt unberücksichtigt, wenn man den Fokus allzu eng zieht. Doch Mitversorgungseffekte zwischen den Bezirken sind in Städten ganz alltäglich, da die Wege kurz und das Verkehrsnetz und der öffentliche Personennahverkehr gut ausgebaut sind.

Wer mit Hilfe der kleinräumigen Bedarfsplanung eine exakt gleiche Verteilung der Arztpraxen über das Stadtgebiet durchsetzen will, plant am Bedarf vorbei. Viele der unter diesen Bedingungen neu zugelassenen Praxen wären gar nicht überlebensfähig.

Wenn man davon ausgeht, dass sich die Verteilung der Praxen vor allem an der Erreichbarkeit durch die Patienten orientiert, ist es nicht

erstaunlich, dass die meisten Praxen in der Innenstadt rund um die Alster zu finden sind. Weitere Konglomerate von Praxen bilden sich in den Subzentren der Stadtteile.

Schauen wir uns den Bereich Poppenbüttel an (Abbildung 5). Auf der Grafik werden die Arztpraxen durch rote Punkte symbolisiert. Es gibt zwei Konglomerate – zum einen im alten Ortskern und zum anderen am 1970 eröffneten Alster-Einkaufszentrum. Auch am weiter westlich gelegenen Einkaufszentrum Langenhorn haben sich Praxen angesiedelt. Die Verteilung der Praxen ist also vor allem ein Abbild der städtischen Struktur.

Nehmen wir Steilshoop – ein Stadtviertel, das mit Sorge betrachtet wird (Abbildung 6). Das Sub-Zentrum Barmbek-Nord ist allerdings gar nicht weit entfernt. Und entlang der Bramfelder Chaussee sind die Ärzte wie auf einer Perlenschnur aufgereiht – auch auf Höhe Steilshoops, allerdings auf der anderen Straßenseite.

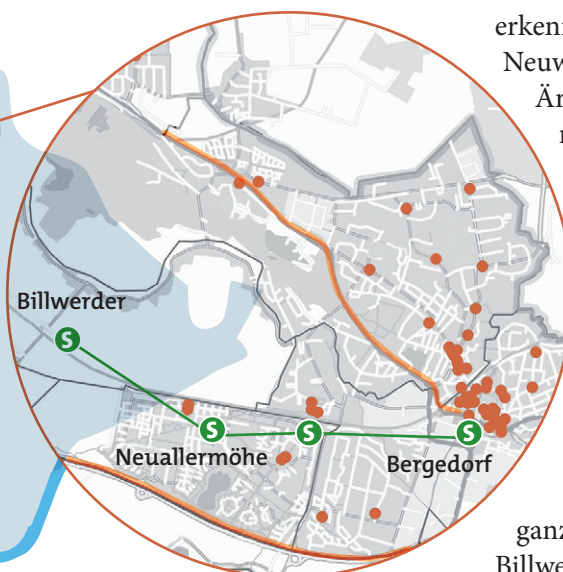
Ein weiteres Beispiel ist der Bereich Harburg (Abbildung 7). Man erkennt gleich: In Neugraben und Neuwiedenthal gibt es nur wenige Ärzte, doch das Harburger Zentrum mit seiner guten haus- und fachärztlichen Versorgung ist nur wenige S-Bahn-Stationen entfernt. Die Distanz von 14 Kilometern nach Harburg-Zentrum ist für das Stadtgebiet bereits ungewöhnlich groß, doch der öffentliche Nahverkehr sorgt für eine gute Erreichbarkeit.

Im Bereich Bergedorf ist es ganz ähnlich (Abbildung 8). Von Billwerder fährt man drei Stationen

Abbildung 8

BERGEDORF

Straßen und S-Bahn weisen ins Zentrum von Bergedorf hinein, wo sich die Arztpraxen konzentrieren.



mit der S-Bahn ins Stadtzentrum Bergedorf. Die B5 aus Lohbrügge und andere Straßen weisen ebenfalls ins Stadtzentrum hinein und durchqueren das Einzugsgebiet, aus dem sich die Patienten zu den Ärzten hinbewegen. Um die Düne herum wohnen wenige Menschen, und dementsprechend ausgedünnt ist die medizinische Versorgung.

Wenn im Bayerischen Wald über die Zumutbarkeit von Entfernungen gesprochen wird, geht es um 20 oder 30 Kilometer – nicht wie in Hamburg um einige S-Bahn-Stationen. Fast kein Patient geht in den Großstädten zum nächst erreichbaren Hausarzt. Viel wichtiger ist, dass die Chemie stimmt zwischen Arzt und Patient. Ob ein Arzt überlaufen ist, hat deshalb nicht immer mit dem Versorgungsstand des Stadtteils zu tun. Vielleicht ist er besonders nett und beliebt – und das spricht sich herum.

In den Flächen-KVen macht sich langsam der Ärztemangel bemerkbar. Die jungen Ärzte können sich ihre Jobs heutzutage aussuchen. Wenn die Arbeitsbedingungen in Deutschland nicht stimmen, gehen sie nach Schweden oder nach Frankreich. Sie sind sehr viel zögerlicher bei der Übernahme einer Einzelpraxis in einem Gebiet, das ihnen nicht gefällt, in dem sie nicht leben wollen. Hamburg ist für Ärzte allerdings noch immer attraktiv. Und wer in einem großstädtischen Brennpunkt arbeitet, muss nicht unbedingt auch dort leben. Insofern haben wir beim Werben um Nachwuchsärzte einen Vorteil gegenüber den Flächenländern.

Um es deutlich zu sagen: Hamburg ist gut versorgt, und die Praxen sind gut verteilt. Dass es die Ärzte nur zu den Privatpatienten zieht, ist ein Mythos. Im Hamburger Westen, wo man viele zahlungskräftige PKV-Patienten vermuten würde, gibt es gar nicht so viele Praxen (Abbildung 2 und 4 auf Seite 10/11).

Ein Arzt, der bei der Wahl des Praxisstandorts auf die aussterbende PKV-Landschaft setzt, macht unter-

Auf dem Land spricht man über Entfernungen von 30 Kilometern, nicht über einige S-Bahn-Stationen.

nehmensstrategisch einen Fehler. PKV-Patienten werden immer weniger. Und von denen, die noch in die Praxen kommen, hat ein großer Teil den Basistarif. Nicht zuletzt fordert eine der an der Regierung beteiligten Parteien weiterhin mit Nachdruck die Abschaffung der Privatversicherung. Die angebliche Fehlverteilung durch Anreize aus dem PKV-Bereich ist also ein Argument mit Schwind sucht.

Wird nun lokal eine besondere Situation identifiziert, die Handlungsbedarf im Sinne einer Versorgung auch SGB V aufzeigt, haben wir Instrumente zum Gegensteuern, die wir intensiv nutzen. Natürlich versuchen wir in bestimmten Regionen Hamburgs, eine weitere Abwanderung von Ärzten gezielt zu verhindern. Für Praxen, die einen besonderen Beitrag zur Versorgung leisten, haben wir Stellschrauben im finanziellen und personellen Bereich, die wir auch nutzen. Wir unterstüt-

zen zum Beispiel die Eröffnung von Filialpraxen. In Finkenwerder könnte sich keine Augenarztpraxis halten. Aber es hilft den Patienten, wenn dort an einem Tag pro Woche augenärztliche Sprechstunden angeboten werden. Bislang gibt es in Hamburg eine Anzahl von Filialen im dreistelligen Bereich. An solchen Modellen, die sich unterhalb der Zulassungsebene realisieren lassen, arbeiten wir mit Nachdruck. Wirksam sind allerdings nur auf den Einzelfall abgestimmte, maßgeschneiderte Lösungen.

Wovor wir dringend warnen, ist eine starre, kleinräumige Betrachtung und Planung. Damit würden wir eine Flickenkarte voller kleiner Mikrokosmen bekommen, die das tatsächliche Versorgungsgeschehen und die tatsächlichen Patientenströme gar nicht erfasst. Eine rigide Niederlassungssteuerung im Blindflug kann in niemandes Interesse sein. Wir brauchen keine sinnlosen Zwangsmaßnahmen. Was wir brauchen, sind attraktive Arbeitsbedingungen für die nachfolgenden Ärztegenerationen, die wir davon überzeugen müssen, mit uns gemeinsam die Versorgung so zu gestalten und so auszufächern, dass die Bevölkerung zufrieden ist. ■

DR. STEPHAN HOFMEISTER,
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

BILDNACHWEIS

Konzeption der Grafiken: Eva Schiffmann
Grafische Umsetzung: Maike Dunkhase
Kartengrundlage: © Lutum+Tappert



„Stadt darf sich nicht vor Verantwortung drücken!“

Die Sozialbehörde weigert sich, eine grundsätzliche Leistungspflicht für die Behandlung von Patienten in städtischen Unterkünften anzuerkennen

Immer wieder bleiben Notfalldienst-Ärzte auf ihren Honorarforderungen sitzen, wenn sie Patienten in städtischen Unterkünften behandeln. Vor allem in der zentralen Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbewerber in der Sportallee ist die Arbeitssituation für die Notfalldienst-Ärzte problematisch. Ärzte berichten, die kleinen Wohnräume seien vollgestellt mit Hochbetten, zwischen denen man kaum hindurchkomme. Die beengten Verhältnisse seien vor allem für die dort untergebrachten Kinder belastend. Viele der Patienten seien traumatisiert; man treffe auf schwer Kranke.

In dieser schwierigen Situation wird von den Ärzten erwartet, dass sie die Personendaten des Patienten ermitteln, um ihre Leistungen bezahlt zu bekommen. Normalerweise sind Asylbewerber über die AOK Bremen/Bremerhaven versichert. Doch wenn die Behörde mit der Registrierung im Verzug ist, wenn die Patienten bereits auf andere Bundesländer „weiterverteilt“ wurden oder wenn die korrekten Personendaten nicht zu ermitteln waren, kann es vorkommen, dass die Honorierung der medizinischen Leistungen von der Stadt verweigert wird. Der Patient sei „nicht bekannt“, heißt es dann im Behördenschreiben. „Ein Anspruch auf Leistungen kann daher weder geprüft noch unterstellt werden.“

Dass die Leistungen in städtischen Einrichtungen erbracht wurden und dass der Arzt möglicherweise sogar von Mitarbeitern dieser Einrichtungen gerufen wurde, spielt bei dieser Rechtsauffassung keine Rolle. Das bestätigt ein aktuelles Schreiben

der Sozialbehörde an die KV, in dem den Nofalldienst-Ärzten empfohlen wird, sofort nach ihrem Einsatz alle notwendigen Informationen (zum Beispiel persönliche Daten des Betroffenen, Art und Umfang der medizinischen Leistungen etc.) an die Mitarbeiter der zentralen Erstaufnahmeeinrichtung zu übergeben, damit bereits zu diesem Zeitpunkt die für die spätere Abrechnung der Leistung notwendigen Daten festgehalten werden können.

Dieses Prozedere erhöht möglicherweise die Chance, dass die Behörde eine Leistungspflicht anerkennt. Eine Garantie ist es nicht. „Die Prüfung einer Kostenübernahme ist immer eine Einzelfallprüfung“, erklärt die Sozialbehörde. „Kostenerstattungsforderungen können nur dann übernommen werden, wenn die Leistungsberechtigungsprüfung eine Leistungspflicht für die Stadt ergibt.“ Und weiter: „Die Ärzte bzw. die Kassenärztliche Vereinigung tragen die Beweislast für den von ihnen geltend gemachten Anspruch auf Kostenerstattung.“

Viele Ärzte in Hamburg behandeln unentgeltlich nicht-versicherte Patienten. Sie tun das freiwillig und sozialer Verantwortung. „Die Behörden dürfen das ärztliche Ethos aber nicht einkalkulieren und ausnutzen“, sagt Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg. „Die Kosten für die Versorgung der hier lebenden Menschen hat die Solidargemeinschaft zu tragen. Und wenn eine Behandlung in städtischen Einrichtungen stattfindet, darf sich die Stadt erst recht nicht vor ihrer Verantwortung drücken.“ ■



Klinik-MVZ: Plassmann fordert Einschränkung der Zulassungsmöglichkeiten

Angesichts der schlechten Erfahrungen, die Hamburg bislang mit Krankenhaus-MVZ gemacht hat, fordert die KV politische Konsequenzen. „Wir wollen durchsetzen, dass solche Versorgungszentren nur noch in unterversorgten Gegenden gegründet werden dürfen“, sagte KV-Hamburg-Chef Walter Plassmann auf der Vertreterversammlung am 27. März 2014.

Die Schließung und Verlegung des Bergedorfer Asklepios-MVZ hatte eine Diskussion darüber entfacht, ob Gesundheitskonzerne lediglich deshalb Arztsitze in Großstädten aufkaufen, um sie als „Ansaugstutzen“ für ihre Kliniken zu nutzen. „Fest steht: In Hamburg haben Krankenhaus-MVZ die Versorgung

nicht verbessert, sondern verschlechtert“, so Plassmann. „Nach der Eingliederung von Praxen in einen Klinikkonzern war mitunter ein dramatischer Kapazitätsrückgang festzustellen.“ Ein Grund dafür sei, dass Versorgungszentren mit angestellten Ärzten weniger effizient arbeiten als klassischen, von selbstständigen Ärzten betriebenen Praxen. Hinzu komme jedoch, dass die Personal- und Standortpolitik dieser Einrichtungen den Konzerninteressen folge und nicht dem medizinischen Versorgungsbedarf der Patienten. „Das ist eine Gefahr für die ambulante Versorgung in Hamburg“, so Plassmann.

Die KBV hat in ihr Positionspapier zum Koalitionsvertrag die Forderung

aufgenommen, die Gründung von Klinik-MVZ auf schlecht versorgte Regionen zu beschränken. „Diese Zulassungen dürfen zudem nur grundversorgende Fächer betreffen“, heißt es im Positionspapier. Die Trägerschaft durch Krankenhäuser, die unter einem beherrschenden Einfluss eines Eigentümers stehen, der als Hilfs- oder Heilmittelerbringer oder als pharmazeutischer oder medizintechnischer Hersteller an der Versorgung teilnimmt, müsse generell ausgeschlossen werden. Man müsse vermeiden, dass die für eine gute ärztliche Versorgung notwendige Trennung von ärztlicher Leistung und ärztlicher Verordnung aufgehoben werde, so die Autoren des KBV-Positionspapiers. ■

Junge Mediziner im Blick

KBV-Kampagne geht in die zweite Runde

Mittlerweile kennt sie jeder fünfte Bürger in Deutschland: die große KBV-Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ Im Frühjahr 2014 wird die zweite Runde eingeläutet. Dieses Mal steht neben der Qualität in der ambulanten Versorgung in Deutschland auch der Ärztenachwuchs im Fokus.

Immer weniger junge Ärzte wollen ambulant in eigener Praxis tätig werden. Ein Warnsignal in Zeiten des größer werdenden Ärztemangels. Die KBV hat sich deshalb mit Vertretern der Medizinstudierenden getroffen, um auch ihre Wünsche

und Anmerkungen in das neue Konzept der Kampagne einfließen zu lassen.

Während des Studiums bekommen Medizinstudierende nur wenige Einblicke in die ambulante Versorgung. Viele der jungen Ärzte wissen derzeit noch zu wenig über den Praxisalltag. Der hohe bürokratische Aufwand und die finanziellen Risiken einer Praxisgründung lassen sie zurückschrecken. Medizinstudierende gehören daher mit zu den neuen Botschaftern der KBV-Kampagne. Mitte März waren sie zu einem Fotoshooting in Düsseldorf

eingeladen. Bereits Ende Februar standen wieder 30 Ärzte und Psychotherapeuten vor der Kamera, die die neuen Gesichter der Kampagne sein werden. Neben neuen Plakattmotiven erweitert die KBV auch ihr Angebot im Internet.

Auf der neuen Webseite www.lass-dich-nieder.de finden Studierende alle Informationen über den Weg in die Niederlassung. Die bereits etablierte Internetseite www.ihre-aerzte.de bleibt bestehen. ■

ALEXANDRA BUKOWSKI / KBV



Änderung des Gebührenverzeichnisses

Abschlägig entschiedene Widersprüche kosten künftig 100 Euro

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat beschlossen, das Gebührenverzeichnis zu ändern. Seit Anfang Mai 2014 sind Widersprüche gegen den Honorarbescheid nur noch dann kostenfrei, wenn sie sich als begründet erweisen. Für einen in vollem Umfang abschlägig beschiedenen Widerspruch wird eine Gebühr von 100 Euro erhoben.

Betrifft die Prüfung eines Sachverhalts eine Vielzahl von Ärzten oder Psychotherapeuten, kann der Vorstand mit der betroffenen Gruppe ein Musterverfahren vereinbaren. Für die Widersprüche von Ärzten und Psychotherapeuten, die sich absprachegemäß dem Musterverfahren anschließen, wird keine Gebühr erhoben.

Ein Infoblatt mit näheren Informationen finden Sie unter:

www.kvhh.de → Recht und Verträge

Das neue Gebührenverzeichnis im Volltext:

www.kvhh.de → Recht und Verträge →

Rechtsquellen → Gebührenverzeichnis ■

Ansprechpartner

Infocenter: Tel: 22802-900

PATIENTENBERATUNG

HILFE FÜR IHRE PATIENTEN



Eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
www.patientenberatung-hamburg.de
 Tel: 040 / 202 299 222

ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

KVH

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

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST mit Gültigkeit für das Jahr 2014 (Vorbehalt: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Vergütungsregelung des Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung Hamburg ab 1. Januar 2014 (Vorbehalt: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 10 der Schiedsamtsverordnung unter dem Vorbehalt der Zustimmung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 31. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg zur Vereinbarung über die Mitteilung der Feststellung einer Schwangerschaft (Vorbehalt: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V i.V.m. § 20d Abs. 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen als Satzungsleistung mit der AOK Rheinland/Hamburg (Vorbehalt: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- 1. Nachtrag zum DMP Brustkrebs.

Hinweis: Übersicht der beigetretenen Betriebskrankenkassen:

- Strukturvertrag nach § 73a SGB V mit der BARMER GEK, dem BKK-Landesverband NORDWEST und der Knappschaft:

Am Ende des Vertrages finden Sie eine Übersicht mit den beigetretenen Betriebskrankenkassen.

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

Infocenter, Tel: 22 802-900

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

IMPFUNG JAPANISCHE ENZEPHALITIS

Kann die Impfung gegen die Japanische Enzephalitis zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden?

Grundsätzlich handelt es sich bei der Impfung gegen Japanische Enzephalitis nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Lediglich die Pronova BKK und die AOK Rheinland/Hamburg bieten diese Impfung als Satzungsleistung an. Abgerechnet wird sie mit der Codiernummer 89711 (Pronova BKK) beziehungsweise 89727 (AOK Rheinland/Hamburg).

ANTI-D-IMMUNGLOBULIN

Eine Rhesus-negative Schwangere soll gemäß der Mutterschafts-Richtlinie zwischen der 28. Und 30. Schwangerschaftswoche eine passive Immunisierung mit Anti-D-Immunglobulin erhalten. Können wir die Kosten für das Anti-D-Immunglobulin über Sachkosten abrechnen?

Nein, dies ist nicht mehr möglich. Im Falle einer vorhersehbaren Behandlung wird das Anti-D-Immunglobulin auf den Namen der Patientin verordnet. Für nicht planbare Akutfälle werden die Anti-D-Immunglobuline über den Sprechstundenbedarf bezogen.

HYPOSENSIBILISIERUNG

Ist es richtig, dass es eine neue Codiernummer für die Hyposensibilisierung gibt?

Ja. In der Honorarvereinbarung 2014 wurde die neue Codiernummer 98000 vereinbart. Hierbei handelt es sich um einen Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 30130 und 30131 EBM (Hyposensibilisierungsbehandlung), der nach drei Jahren Behandlungsdauer einmal in Ansatz gebracht werden kann. Die Leistung wird mit 100 Euro extrabudgetär vergütet. Für die Behandlungen von Insektenstichallergien ist der Zuschlag jedoch nicht berechnungsfähig.

BESCHWERDEN ÜBER KRANKENHÄUSER

Wo kann ich mich als Arzt über ein Krankenhaus oder einen Krankenhausarzt beschweren, wenn die Behandlung eines Patienten abgelehnt oder dieser nicht aufgenommen wurde?

Beschwerden zu diesem Thema werden an die Aufsichtsbehörde für Hamburger Krankenhäuser gerichtet:

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg

Billstraße 80

20539 Hamburg

Telefon: 040 / 42 837-0

Fax: 040 / 42 837-2421

E-Mail: gesundheit-verbraucherschutz

@bgv.hamburg.de

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



DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Ich bin Hausarzt und nehme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung der AOK teil. Kann ich die Codiernummer 93302 (Zuschlag zur Betreuungspauschale für Patienten zu Beginn der Teilnahme an Disease-Management-Programmen) bzw. die Codiernummer 93301 (Zuschlag zur Betreuungspauschale für Patienten, die gleichzeitig an Disease-Management-Programmen teilnehmen) mehrfach abrechnen, wenn der Patient in mehreren DMPs eingeschrieben ist?

Die Codiernummern 93301 bzw. 93302 sind - unabhängig davon, in wie vielen DMPs der Patient eingeschrieben ist - nur einmal berechnungsfähig.

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ist es bei einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) zwingend notwendig, dass wir die Diagnose als ICD-10-Code eintragen?

Ja, die Diagnose muss auf dem Muster 1 codiert sein. Die Bescheinigung ist stets mit allen aktuell die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen auszustellen. (Quelle § 295 SGB V)

KRANKENHAUSENTLASSUNG

Ein Patient wird aus dem Krankenhaus entlassen und bekommt für diesen Tag Medikamente. Der darauffolgende Tag ist ein Feiertag. Wer ist für die Verordnung der Medikamente zuständig, die der Patient am Feiertag benötigt?

Die zur Überbrückung benötigte Menge an Medikamenten ist vom Krankenhaus zu stellen, wenn im Anschluss an den Entlassungstag des Patienten ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. (Apothekengesetz § 14 Abs. 7)

Infocenter Tel: 22802-900



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

**Heilmittel:
Bei Langfristverordnungen
und Praxisbesonderheiten
muss künftig der ICD-Code
angegeben werden**

Seit dem 1. April 2013 ist es zwingend erforderlich, für Langfristverordnungen und bei Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich einen ICD-10-Code anzugeben. Die Muster 13 (VO für Physikalische Therapie), Muster 14 (VO Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) sowie Muster 18 (VO Ergotherapie) wurden um ein Feld für die ICD-Codierung ergänzt. Bitte beachten Sie, dass ab dem 01.07.2014 die Angabe des therapierelevanten ICD-10-Codes auch für alle anderen Heilmittelverordnungen auf den oben genannten Formularen verpflichtend ist. Dafür kann die ausformulierte Diagnose im Klartext entfallen.

Krankengeldbezug: Lückenloser AU-Nachweis auf Muster 17 notwendig

Im KVH-Journal wurde darüber berichtet, dass Patienten ihre Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Krankenkasse lückenlos nachweisen müssen, um keine Nachteile beim Krankengeldbezug zu riskieren. (Ausgabe 2/2014, Seite 20: „AU: Strenge Regeln beim Krankengeld“). Hintergrund ist ein Beschluss des Bundessozialgerichtes vom 6. November 2013.

Auf Grund der vielen Nachfragen zu diesem Thema möchten wir klarstellen, dass sich der lückenlose Nachweis auf die Bescheinigung zur Krankengeldzahlung (Muster 17; „Zahlschein“) bezieht. Im Hinblick auf die Gewährung von Krankengeld muss eine weitere Ar-

beitsunfähigkeit spätestens am letzten Gültigkeitstag des Musters 17 festgestellt werden.

Diese Regelung gilt jedoch nicht für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach Muster 1 („gelber Schein“). Hier ist es durchaus möglich, dass der Patient am Tag nach dem Ende seiner voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit seine Tätigkeit wieder aufnimmt und den Versuch der Wiederaufnahme aus gesundheitlichen Gründen abrechnen muss. Die Arbeitsunfähigkeit besteht bis zur endgültigen Wiederaufnahme der Arbeit fort und muss entsprechend bescheinigt werden. ■

Asylbewerber: Kostenübernahmeerklärung behält der Patient

Asylbewerber, die zwar registriert sind, aber noch keine reguläre Krankenversicherungskarte haben, erhalten als provisorischen Behandlungsausweis eine Kostenübernahmeerklärung der

Stadt. Diese Kostenübernahmeerklärung wird von den behandelnden Ärzten immer wieder fälschlicherweise einbehalten. Das Schreiben dient lediglich zur Vorlage und muss im Original beim

Patienten verbleiben. Auch das Einreichen einer Kopie der Erklärung bei der KV für die Abrechnung der Behandlungskosten ist nicht notwendig. ■

MRSA-Leistungen werden über den EBM vergütet

Nach einer zweijährigen Einführungsphase wurden die Leistungen der MRSA-Vergütungsvereinbarung (Diagnostik und Eradikationstherapie) am 1. April 2014 in den neuen Abschnitt 30.12 des EBM aufgenommen. Die Leistungen werden zunächst weiterhin außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Die Gebührenordnungspositionen 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950 und 30952 können nur von Vertragsärzten mit

- einer Zusatzweiterbildung „Infektiologie“ und/oder

- einer „MRSA“-Zertifizierung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden.

Die Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 können nur von Vertragsärzten mit einer Genehmigung der zuständigen KV zur Abrechnung des Abschnitts 32.3.10 berechnet werden.

Alle weiteren Informationen zum Thema MRSA finden Sie unter:

www.kvhh.de → Beratung & Information → MRSA ■



Fragen und Antworten zur Sammelerklärung

Zum Ausfüllen und Übermitteln der neuen elektronischen Sammelerklärung gab es viele Fragen. Die wichtigsten Punkte haben wir im Folgenden für Sie zusammengestellt.

Was bedeutet das Sternchen (*) neben einigen der Felder, die in der Sammelerklärung ausgefüllt werden müssen?

Es handelt sich um Pflichtfelder, die zwingend ausgefüllt werden müssen.

In der Sammelerklärung muss die Anzahl der ambulant/belegärztlichen Behandlungsscheine und der Notfallscheine eingetragen werden. Darunter befindet sich ein Feld für die Gesamtsumme. Bei manueller Eingabe der Gesamtsumme wird der Vorgang abgebrochen und man muss wieder von vorn beginnen.

Warum ist das so?

Die Gesamtsumme der Behandlungsscheine wird automatisch vom System errechnet. Um deutlich zu machen, dass an dieser Stelle nichts manuell eingetragen werden darf, ist das Feld nun grau unterlegt.

Kann man die KV-Abrechnung übermitteln, ohne zuvor die Sammelerklärung erstellt zu haben?

Anfangs war das nicht möglich. Die beiden Vorgänge waren gekoppelt, damit man nicht vergisst, die Sammelerklärung zu erstellen. Jetzt ist diese Kopplung aufgehoben. Man kann die KV-Abrechnung also abschicken, ohne zuvor die Sammelerklärung erstellt zu haben. Die Abrechnung ist allerdings ohne Sammelerklärung nicht gültig. Deshalb unsere Bitte: Vergessen Sie nicht, die Sammelerklärung zu erstellen, auszudrucken, zu unterschreiben und per Post oder Fax an die KV zu schicken. Zusätzlich ist es notwendig, die Sammelerklärung elektronisch aus dem Online-Portal heraus an die KV zu übermitteln.

Warum ist es notwendig, die Sammelerklärung unterschrieben per Fax oder per Post an die KV zu schicken und zusätzlich elektronisch zu übermitteln?

Die Sammelerklärung bedarf einer rechtsgültigen Unterschrift. Damit die in der Sammelerklärung enthaltenen Daten in der KV weiterverarbeitet werden können, ist eine zusätzliche elektronische Übermittlung notwendig.

Wenn ich die Ansicht der Sammelerklärung als PDF-Format habe, soll ich eine E-Mail-Adresse angeben, an die das Dokument versendet wird. Welche E-Mail-Adresse muss ich dort eintragen?

Bei den neuesten Versionen des Adobe Readers besteht die Möglichkeit, PDF-Dokumente direkt per E-Mail zu versenden. Dies ist eine Funktion des Adobe Readers und hat nichts mit dem Versenden der Sammelerklärung an die KV zu tun. Die Sammelerklärung muss aus der PDF-Ansicht heraus gedruckt, unterschrieben und an die KV geschickt werden.

An welche Faxnummer kann die unterschriebene Sammelerklärung geschickt werden?

Die Sammelerklärung wird an die Faxnummer 22802-420 gefaxt.

Ist eine Unterzeichnung der Sammelerklärung auch mit einer qualifizierten Signaturkarte möglich?

Nein. Mit der qualifizierten Signaturkarte kann man sich lediglich auf dem Portal anmelden. Die Sammelerklärung elektronisch zu unterzeichnen, ist derzeit noch nicht möglich. Auch die Nutzer von Signaturkarten müssen die Sammelerklärung also per Hand unterschreiben und an die KV senden.

Erhält der Arzt eine Kopie der Sammelerklärung mit Unterschrift eines KV-Mitarbeiters als Beleg?

Nein.

Schickt die KV weiterhin zum Quartalswechsel Unterlagen (Fallzettel, Erklärung zur Abrechnung der GOP 01510 - 01531, 31501 - 31507 und 31600 - 31735 EBM) an die Praxen?

Nein. Alle relevanten Unterlagen sind inhaltlich in der Sammelerklärung enthalten.

Ansprechpartner:
Infocenter Tel: 22802-900

AOK Rheinland/Hamburg übernimmt zusätzliche Impfungen

Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt seit 1. April 2014 die Kosten für folgende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen (mit Ausnahme von beruflich bedingten Auslandsaufenthalten), sofern diese von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut empfohlen sind:

Einfachimpfungen:

- Cholera
- Gelbfieber (nur durch autorisierte Gelbfieberimpfstellen)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Typhus
- Japanische Enzephalitis

Mehrfach- und Simultan-Impfungen:

- Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)
- Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)

Die vorgenannten Impfungen sind Leistungen nach § 20 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 7 Absatz 4 b der Satzung der AOK Rheinland/Hamburg.

Die Abrechnung und Vergütung erfolgt mit folgenden Symbolnummern

Impfung gegen	Symbolnummer/ Vergütung	Symbolnummer/ Vergütung für jede weitere Impfung beim selben Arzt-Patientenkontakt
Cholera	89720 / 12 €	89720W / 6 €
Gelbfieber	89721 / 12 €	89721W / 6 €
Hepatitis A	89722 / 12 €	89722W / 6 €
Hepatitis B	89723 / 12 €	89723W / 6 €
Hepatitis A und B (Kombi-Impfstoff)	89724 / 21 €	89724W / 6 €
Typhus und Hepatitis A (Kombi-Impfstoff)	89725 / 21 €	89725W / 6 €
Typhus	89726 / 12 €	89726W / 6 €
Japanische Enzephalitis	89727 / 12 €	89727W / 6 €



Der jeweilige Impfstoff ist mit Muster 16 auf den Namen des Patienten/der Patientin zu Lasten der AOK Rheinland/Hamburg zu beziehen. Das Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Muster16 ist anzukreuzen. Ein Bezug zu Lasten des Sprechstundenbedarfs (SSB) oder der Vereinbarung zur Verordnung von Impfstoffen ist ausgeschlossen. Alternativ kann der Gelbfieberimpfstoff auch direkt durch die Gelbfieberimpfstelle bezogen werden; in diesen Fällen erfolgt eine Abrechnung der Impfstoffkosten unter Vorlage geeigneter Nachweise auf dem Behandlungsschein des Patienten.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für die Impfstoffe müssen vom Versicherten erbracht werden. (Siehe amtliche Veröffentlichung auf Seite 17.) ■

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900



Bestellung von Grippeimpfstoffen

Ausschreibungsgewinner für Hamburg ist Xanaflu

Auch für die Saison 2014/2015 haben die Krankenkassen die Versorgung mit Grippeimpfstoffen wieder ausgeschrieben. Ausschreibungsgewinner ist für Hamburg (auch für Schleswig-Holstein und Nordrhein) der Hersteller Abbott mit seinem Grippeimpfstoff Xanaflu® ohne Kanüle (10er Packung).

Vorbestellung und Folgebestellung erfolgen wie im vergangenen Jahr.

VORBESTELLUNG

Ab sofort bis spätestens zum 31. Mai 2014 sollen etwa 50 Prozent des Vorjahresbedarfs der Praxis auf einem Kassenrezept (Muster 16) in einer Apotheke vorbestellt werden. Notwendige Angaben auf dem Rezept lauten: Grippeimpfstoff 2014/2015 – Vorbestellung Hamburg - Xanaflu® ohne Kanüle (10er).

Alternative Grippeimpfstoffe können nur begründeten Ausnahmefällen angefordert werden. Hier ist vor allem Fluenz zu nennen, der gemäß der STIKO Empfehlung (für zwei- bis sechsjährige Indikationskinder) zu Lasten der Kassen anforderbar ist.

Die Kosten der zusätzlich benötigten Kanülen sind mit der Impfgebühr abgegolten. Deshalb können die Kanülen nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Abgerechnet werden diese Rezepte von der Apotheke erst nach Auslieferung der Impfstoffe an die Praxis.

FOLGEBESTELLUNGEN

Nach Auslieferung der vorbestellten Impfstoffe können Nachbestellungen ebenfalls auf dem Muster 16 entweder mit dem Zusatz Grippeimpfstoff 2014/2015 plus Menge oder direkt als Xanaflu® ohne Kanüle erfolgen. ■

Ansprechpartner:

Abteilung Praxisberatung, Tel: 22802-571 / -572

Thilorbin-Augentropfen: Alternative aus der Schweiz

Thilorbin Augentropfen (PZN 09535056) der Firma Omnivision-Pharma sind seit Ende Februar 2014 bis voraussichtlich September 2014 nicht mehr verfügbar. Da dies über den Sprechstundenbedarf zu beziehende Produkt in Deutschland von keinem anderen Hersteller angeboten wird, kann nach Auskunft der BEK/GEK ausnahmsweise das Schweizer Produkt „Fluoreszin Oxybuprocain SDU faure 20 EDOs zu 0,4ml“ über den SSB als Einzelimport bezogen werden.

Die Apotheke soll zur Genehmigung einen Kostenvoranschlag mit Verordnung per Fax an die BEK/GEK schicken.

Die Zusage gilt nur für Thilorbin und nur, solange dieses Produkt in Deutschland nicht verfügbar ist. Sie entfaltet keine Präjudiz auf ähnlich gelagerte Liefer-schwierigkeiten anderer Präparate oder etwaige zukünftige Lieferengpässe desselben Produktes. ■





Praxen erhalten keine Trendmeldung

Apothekenrechenzentrum weigert sich, notwendige Daten zu liefern.

Ungefähr sechs Wochen nach Quartalsende sollen Arztpraxen, denen Richtgrößen zugeordnet wurden, eine Trendmeldung über ihre Arzneimittelkosten erhalten. Für das erste Quartal 2014 kann die Trendmeldung nicht termingerecht (in diesem Fall: Mitte Mai) zugestellt werden.

Das norddeutsche Apothekenrechenzentrum weigert sich, die entsprechenden Verordnungsdaten vertragsgemäß an das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) zu liefern, das sie normalerweise an die KV Hamburg weitergibt. Ohne diese Daten kann die KV Hamburg keine Trendmeldungen erstellen.

Als Grund für seine Weigerung gibt das Rechenzentrum datenschutzrechtliche Bedenken an. Wie lange diese Unterbrechung des Datenflusses noch anhalten wird, ist zurzeit nicht absehbar.

Ansprechpartner:

Abteilung Praxisberatung, Tel: 22802-571 / -572

Ärzte gesucht!

Gründung eines Netzwerks zur Versorgung Contergangeschädigter



Bundesweit besteht ein Mangel an Ärzten und Pflegekräften, die sich mit conterganspezifischen Schäden und Spätfolgen auskennen. Daher ist die Gründung eines interdisziplinären, unabhängigen medizinischen Netzwerks für Hamburg und gegebenenfalls Norddeutschland geplant.

Ärzte, die Interesse haben, sich näher mit dem Problem der medizinischen Versorgung Contergangeschädigter zu befassen oder bereits über Erfahrungen verfügen und an diesem Projekt mitarbeiten möchten, mögen sich bitte bei der KV Hamburg melden.

ANSPRECHPARTNERIN:

**EVA-ELISABETH ZUNKE,
TEL: 22802-402**

PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG DER KV HAMBURG

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 herzlich willkommen.

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





Testen Sie sich selbst!

KBV bietet Internet-Check an: Wie gut ist die eigene Praxis in den Bereichen Hygiene und Datenschutz aufgestellt?



Qualitätszielen aus QEP, dem Qualitätsmanagement-System der KBV.

HYGIENE

Kennen Sie und das gesamte Praxisteam die gesetzlichen Anforderungen an die Hygiene und den Infektionsschutz für Ihre Einrichtung? Sind alle Unterlagen dazu vollständig und aktuell? Haben Sie die Praxisabläufe und Arbeitsanweisungen so umgesetzt, dass der Schutz Ihrer Patienten und Mitarbeiter gewährleistet ist und Sie einer eventuellen Praxisbegehung ruhig entgegensehen können? Diese und weitere

Aspekte rund um das Hygienemanagement beinhaltet „Mein PraxisCheck“ zur Hygiene.

INFORMATIONSSICHERHEIT

Sind sensible Patientendaten in Ihrer Praxis sicher? Wie sind die Zugriffsrechte auf das EDV-System geregelt? Wie wird die Stromversorgung Ihres Datenservers gewährleistet? Überprüfen Sie hier die Informationssicherheit Ihrer Praxis mit „Mein PraxisCheck“ zum Datenschutz“. Die Fragen und Antworten wurden aus bestehenden normativen Vorgaben (u. a. Berufsordnung, Bundesdatenschutzgesetz, landesrechtliche Vorschriften, Sozialgesetzbuch V) abgeleitet. ■

Die beiden Selbsttests im Internet:
www.kbv.de/MeinPraxisCheck

Die KBV hat ein kostenloses Internet-Tool entwickelt, mit dessen Hilfe Ärzte eine kritische Selbstbewertung ihrer Praxis vornehmen können. Jeder Teilnehmer von „Mein PraxisCheck“ erhält einen schnellen Überblick, wie gut die eigene Praxis wichtige Anforderungen erfüllt und was noch verbessert werden kann. Zur Auswahl steht bisher je ein Selbsttest zur Informationssicherheit und zur Hygiene.

Der Praxis-Check funktioniert ganz einfach: Man klickt sich durch 19 Fragen und erhält sofort ein Ergebnis. Da es sich nicht um eine „Prüfung“ sondern um ein Serviceangebot handelt, kann man jede Antwortmöglichkeit ausprobieren und die jeweilige Bewertung ansehen. Man kann also mit den verschiedenen Antworten „spielen“, bevor man sich für eine Variante entscheidet. Zudem hat man am Ende die Möglichkeit, einen ausführlichen Auswertungsbogen herunterzuladen (PDF). Er fasst das Ergebnis zusammen und liefert konkrete Hinweise und praktische Tipps. Praxisteam können die Checkliste auch gemeinsam durchgehen und mögliche Verbesserungen besprechen.

Die Fragen, Bewertungen und Empfehlungen beruhen auf den gesetzlichen Anforderungen sowie den



Vorsicht vor falschen Datenschützern!

Hamburger Datenschutzbehörde führt keine Begehungen oder Kontrollen durch

In den letzten Monaten berichteten verschiedene Ärzte, es seien unangemeldet Personen in der Praxis erschienen, die sich als Datenschützer ausgegeben hätten. Diese Personen hätten angebliche Datenschutzmängel beanstandet – unter anderem im Bereich der Anmeldung.

Der zuständige Hamburger Datenschutzbeauftragte teilte auf Nachfrage mit, er habe niemanden in Arztpraxen entsandt. Es fänden keine Begehungen durch seine Behörde statt, auch externe Personen seien nicht damit beauftragt worden.

Bitte lassen Sie sich von Personen, die sich als Datenschützer vorstellen, die Ausweise zeigen. Außer der Datenschutzbehörde in Person des Datenschutzbeauftragten oder von ihm gegebenenfalls beauftragten Personen ist niemand berechtigt, diesbezügliche Kontrollen oder Begehungen vorzunehmen.

Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Qualitätsmanagement:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
Ursula.gonsch@kvhh.de

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
Birgit.gaumnitz@kvhh.de

Seminar: Fit am Empfang

Die Mitarbeiter am Empfang sind oftmals die ersten Kontaktpersonen für Patienten, die in eine Praxis kommen. Der Empfang ist das Aushängeschild der Praxis und das Spiegelbild des Unternehmens.

Von der professionellen Konversation über den Umgang mit Patientenbeschwerden bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung – in diesem Seminar lernt man, einen positiven Eindruck von sich und Ihrer Praxis zu vermitteln. Das Training macht alle fit, die täglich Umgang mit Patienten haben und dabei sicherer und souveräner werden wollen.

Termin: **Mi. 7.5.2014 (9:30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 149 (inkl. Verpflegung)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Seminar: Datenschutz

Die Wahrung der Schweigepflicht und der Datenschutz haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. Darüber hinaus regelt das Bundesdatenschutzgesetz, ob und unter welchen Voraussetzungen niedergelassene Ärzte verpflichtet sind, einen betrieblichen Datenschutzbeauftragten zu bestellen. In diesem Workshop im Hamburger Ärztehaus werden die Teilnehmer mit allen technischen und organisatorischen Aspekten des Datenschutzes vertraut gemacht. Sie erhalten darüber hinaus einen Überblick der Aufgaben des Datenschutzbeauftragten.

FOLGENDE THEMEN STEHEN IM MITTELPUNKT:

- Gesetzliche Grundlagen
- Datensicherung und Umgang mit Patientendaten
- Aufbewahrung
- EDV und Datenschutz
- Datenschutz innerhalb des Qualitätsmanagements
- Umgang mit sensiblen Informationen
- Diskretion in der Arztpraxis
- Mitarbeiterschulung

Die Teilnehmer erarbeiten außerdem alle im Rahmen eines ärztlichen Qualitätsmanagements relevanten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen im Bereich Datenschutz.

Termin: **Mi. 3.9.2014 (9:30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 149 (inkl. Verpflegung)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

10 FORTBILDUNGSPUNKTE



Leserbriefe

KVH-Journal Nr. 3/2014, S. 8: "Das Elend des Budgets"

In gewohnter Weise quotiert vergütet



KVH-Journal Nr. 3/2014:
Analyse der Honorarentwicklung

Sie mir ein Geheimnis: Wie findet die KV immer noch genügend Ärzte, die zu diesen Bedingungen arbeiten? Diese Anmerkung können Sie gerne als Leserbrief in Ihrer KV-Jubelbroschüre abdrucken (wenn Sie den Mut dazu haben).

Dr. Wolfgang Schafnitzl,
Kardiologe in Hamburg-Altstadt

KVH-Journal Nr. 12/2013, S. 3 „Editorial“

Zur medizinischen Versorgung in sozialen Brennpunkten

Im Vorwort zum KVH-Journal 12/2013 kommentiert der KV-Vorsitzende Walter Plassmann den Hamburger Morbiditätsatlas und die Überlegungen zu einer kleinräumigen Bedarfsplanung. Er spricht von der freien Arztwahl und davon, dass Patienten sich über die Grenzen ihres Sprengels hinweg zu einem Arzt ihrer Wahl begeben

können. Meiner Meinung nach ist dieses Argument realitätsfern und zynisch: Die Möglichkeit, einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen, hat eine durchschnittlich oder überdurchschnittlich verdienende Familie. Eine Familie mit mehreren Kindern und einer alleinerziehenden Mutter, die von Hartz IV leben muss, hat schlicht kein Geld, um sich eine Bus- oder Bahnfahrkarte zu leisten. Manche Familien haben nicht einmal einen eigenen Kinderwagen.

Andersherum finden gutsituierte Familien in ihren Sprengeln mehr als genug Ärzte, so dass sie sich nur selten auf den Weg zu einem Arzt in einer überfüllten Praxis in einem sozialen Brennpunkt machen. Die Verteilungsdichte von Arztpraxen der Grundversorgung sollte nicht allein von den Gesetzen des freien Marktes abhängig sein. Arztpraxen sind nicht zu vergleichen mit Boutiquen oder Juwelierläden.

Wir niedergelassene grundversorgende Ärzte in den sozial schlecht gestellten Stadtgebieten Hamburgs müssen den erhöhten Versorgungsbedarf der dort ansässigen Patienten (erhöhter Zeitaufwand wegen mangelnder Deutschkenntnisse, überdurchschnittlich häufige Arztbesuche, Bildungsferne) tragen. Wir tragen auch das damit verbundene erhebliche finanzielle Risiko. Kollegen in vermögenden Stadtteilen sehen sich ihre KV-Abrechnung nicht einmal an (!), ich aber bin bitter darauf angewiesen, meine Praxis aus dem Honorar der gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren. Mein Privatpatientenanteil beträgt sechs bis sieben Prozent und liegt damit weit unter dem Durchschnitt von 15 Prozent für Kinderärzte. Mit jedem Jahr seit meiner Niederlassung 2008 sinkt bei gleichbleibender Patientenzahl mein Honorar und steigen die Kosten, besonders im Personalbereich. Zurzeit bleibt mir bei ca. 55 Arbeitsstunden pro Woche und regelmäßigen Notdiensten ein monatliches Nettoeinkommen von 2000 Euro – hiervon muss ich noch meinen Praxisübernahmekredit (95.000 Euro) mit 1000 Euro pro Monat abzahlen. Ob ich später bei einer Praxisabgabe auch nur einen Teil dieses Geldes

LESERBRIEFE

KV Hamburg - Redaktion KVH-Journal - Humboldtstraße 56 - 22083 Hamburg
Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



zurückbekomme, steht in den Sternen.

Diese Bezahlung meiner Arbeit empfinde ich angesichts meiner hochqualifizierten Ausbildung, meiner langjährigen Berufserfahrung und meines Engagements für meine Patienten als unangemessen und unwürdig.

Von meiner KV muss ich erwarten dürfen, dass sie für meine angemessene Honorierung Sorge trägt. Lehrer, Polizisten, Feuerwehrleute oder Klinikärzte werden nicht schlechter bezahlt, wenn sie in sozialen Brennpunkten arbeiten.

Es ist möglich, das Verbleiben oder die Neuansiedlung von Ärzten in sozialen Brennpunkten zu fördern; denkbar wäre eine Bonus-System oder so etwas wie ein Solidaritätszuschlag. Auch Schulen werden ihre finanziellen und personellen Mittel nach Einstufung ihres sozialen Umfeldes zugemessen.

Ich finde es unerträglich, dass man dumm und ein wirtschaftlicher Selbstmörder ist, wenn man sich in Hamburg dort niederlässt, wo man als Arzt am meisten gebraucht wird, und dass man andersherum nur dann klug handelt, wenn man den Privatpatienten in die reichen Stadtteile folgt oder gleich eine reine Privatpraxis aufmacht.

Ich fordere die KV dringend dazu auf, Maßnahmen zu ergreifen, um die existenzbedrohende Honorarungerechtigkeit für grundversorgende Ärzte in sozialen Brennpunkten zu beenden und damit die medizinische Versorgung der Schwächeren in unserer Stadt dauerhaft zu gewährleisten. Dann bekäme auch der Leitsatz der KV wieder Wahrheitsgehalt: „KV Hamburg – damit Ihnen nichts fehlt, wenn Ihnen etwas fehlt“.

Ulrike Pfeiffer-Maschmeyer,
Kinder- und Jugendärztin in Bergedorf-West

KVH-Journal Nr. 4/2014, S.31: Entgegnung von Prof. Dr. Peter S. Schönhöfer auf den Leserbrief „Vergebene Chance“

Unzutreffende Darstellung

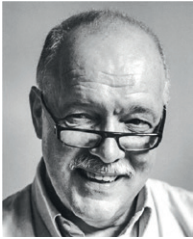
Die Entgegnung von Prof. Schönhöfer auf meinen Leserbrief bietet zum Thema keine neuen Aspekte, wartet dagegen aber mit unzutreffenden Darstellungen auf. Richtig ist:

- Das Zentrale ADHS-Netz ist ein initial mit Bundesmitteln gefördertes Netzwerkprojekt und führt keine eigenen klinischen Studien durch. Es ist nicht identisch mit dem ADHS-Kompetenznetz, einem universitären Forschungsverbund zu ADHS.
- Das von mir vertretene Kompetenznetzwerk (KNW) Hamburg „ADHS im Erwachsenenalter“ erhält keine finanziellen Fördermittel, weder vom Zentralen ADHS-Netz noch von Pharmafirmen.
- Die im Kommentar von Prof. Schönhöfer implizierte Unterstellung einer engen und unlauteren Verquickung des Kompetenznetzwerks (KNW) Hamburg und der Unterzeichnerin mit Pharmafirmen ist nicht gegeben.

Dr. med. Eveline Reich-Schulze,
Sprecherin und Koordinatorin des Kompetenznetzwerks (KNW) Hamburg
„ADHS im Erwachsenenalter“

Abriss des Ärztehauses wird von Profis übernommen

Bei der Meldung, das Ärztehaus werde von den KV-Mitgliedern teilweise selbst niedergerissen, handelt es sich um einen Aprilscherz (KVH-Journal 4/2014, Seite 32). Der Artikel wurde nicht von Dr. Primus A. Pril geschrieben, sondern ist eine Gemeinschaftsarbeit des Kinder- und Jugendarztes Dr. Stefan Renz und des Leiters der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit der KV Hamburg, Jochen Kriens. Es bleibt beim ursprünglich geplanten Vorgehen: Der Abriss des Ärztehauses wird von Profis übernommen. ■



Ungesund

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

Es sei die Gesundheitspolitik in unserem Land ganz ziellos und im Blindflug. Es werde seit Jahren nur noch von Problem zu Problem gestolpert. Kaum sei das eine Gesundheitsreformgesetz verabschiedet, werde schon das nächste nötig. Was dann dabei herauskäme, hinge nur von den zufällig wechselnden Einflussmöglichkeiten der Lobbyisten ab. Erfolge gäbe es keine. Die Eingriffe des Staates würden immer hektischer. Weder habe sich der Gesundheitszustand im Land verbessert noch sei es zu Verbesserungen der Strukturen im Gesundheitswesen gekommen. Kurz: Die ganze Gesundheitspolitik sei eine einzige Stümperei, ohne wirkliches Konzept.

Sollten Sie auch so denken, dann sind Sie auf eine große Show hereingefallen. Hinter all dem vermeintlichen Chaos steckt nämlich doch ein Ziel und ein System, und Stümperei findet sich höchstens im Detail, nicht aber im großen Konzept, dem Konzept der Industrialisierung.

In den Krankenhäusern sind in den letzten zehn Jahren über hunderttausend Stellen abgebaut worden, und in

keinem Land der Welt sind so viele Krankenhausbetten im Besitz privater Klinikkonzerne wie in Deutschland. Kleinere Krankenhäuser haben auf diesem Markt keine Chance mehr. Qualitätsmanagement, das Regime von Mindestzahlen und die Bezahlung nach Diagnosen sind die Synonyme für den Schrumpfungs- und Konzentrationsprozess. Das Krankenhauspersonal ist verbittert über die zunehmende

und Regelleistungsvolumen sind die Synonyme für den Zerstörungsprozess, bei dem am Ende nur noch wenige, dafür aber umso größere Behandlungszentren übrig sein werden, zertifiziert nach DIN-ISO, mit angestellten Ärzten, in Leitlinien festgelegten Behandlungskonzepten, wohnortfern und im Besitz großer Konzerne.

Neuerdings darf man ja wieder von Kapitalismus

Am Ende werden nur noch wenige, dafür aber umso größere Behandlungszentren übrig sein, mit angestellten Ärzten, wohnortfern und im Besitz großer Konzerne.

Arbeitshetze und Entmenschlichung der Arbeitssituation. Die Patienten spüren, dass sie nur noch als Krankheit, nicht mehr als Kranke behandelt werden. Schwarze Zahlen müssen sein.

Der einzeln arbeitende Hausarzt soll möglichst bald der Vergangenheit angehören. Arztpraxen können in vielen Regionen nicht mehr besetzt werden. Budget-Deckelungen

reden. Und deswegen muss man auch nicht mehr drum herumreden: Der Kapitalismus greift mit Macht, mit System und mit Erfolg nach einem bislang eher verschont gebliebenen gesellschaftlichen Bereich: nach dem Sozialen, und besonders nach dem Gesundheitswesen. Aber nur solange das Profit verspricht. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Wolfgang Herzog**
Stellvertretender Kreisobmann Kreis 10

Name: **Dr. Wolfgang Herzog**
Geburtsdatum: **8.11.1952**
Familienstand: **verheiratet**
Fachrichtung: **praktischer Arzt, hausärztliche Versorgung**
Weitere Ämter: **Moderator des Qualitätszirkels Hamburg-Hamm; stellv. Kassenprüfer des Hausärzterverbandes HH; Vorsitzender des medizinischen Qualitätsnetzes HH-Alster**
Hobbys: **Radfahren, Wandern, Tanzen; Beisitzer der 1. Wählergemeinschaft Niedorf St.; Organisator des Tanzkreises**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Die Versorgung der Patienten und häufig der Familien ist sehr befriedigend; Verläufe zu begleiten vom Kleinkindalter über die Schulzeit bis zum jugendlichen Alter mit Pubertät, ersten Partnerschaften und Berufswahl; bei Erwachsenen Krankheiten, Verlust des Partners, zunehmende Hinfälligkeit bis zur Heimaufnahme; bei Tumorerkrankungen Begleitung bis zum Tode. Nicht erwartet hatte ich die zunehmende Reglementierung mit ständigen Regressandrohungen und die ausufernde Bürokratie.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Verbesserung der Zusammenarbeit von Fach- und Hausärzten; bessere Vertretung hausärztlicher Interessen in der KV Hamburg; hausarztzentrierte Versorgung; bessere Information der Hausärzte durch Fachärzte.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Etablierung hausarztzentrierter Versorgung, da nur so Mehrfachuntersuchungen, Doppelmedikation und kontraindizierte Medikation verhindert werden kann; Reduktion des Einflusses der Krankenkassen. Die Rolle der KV sehe ich in der Verhandlung mit den Krankenkassen, der Verteilung der Gelder mit Offenlegung der Zahlen und nachvollziehbaren Aufteilungen; Vermittlung zwischen den Fachgruppen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Peter Maffay, weil ich sein soziales Engagement bewundere.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mit dem Wohnmobil durch Skandinavien. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

Do. 5.6.2014 (ab 20 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Fit am Empfang

Der Empfang ist das Spiegelbild der Praxis. Von der professionellen Konversation über den Umgang mit Patientenbeschwerden bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung - in diesem Seminar lernen medizinische Fachangestellte, einen positiven Eindruck von sich und Ihrer Praxis zu vermitteln.

Mi. 7.5.2014 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

10 PUNKTE

QEP-Datenschutz

Die Wahrung der Schweigepflicht und der Datenschutz haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. In diesem Seminar stehen folgende Themen im Mittelpunkt:

- gesetzliche Grundlagen
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- Datensicherung und Umgang mit Patientendaten
- Aufbewahrung
- Diskretion in der Arztpraxis

Mi. 3.9.2014 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

10 PUNKTE

Ausbildungskurs zur Qualitäts- und Praxismanagerin

Der fünftägige Kurs richtet sich an Medizinische Fachangestellte und Praxismitarbeiter, die sich zur „Qualitäts- und Praxismanagerin“ ausbilden lassen wollen. Es geht darum, zugewiesene Führungsaufgaben in der Praxis gut zu meistern und den Praxisinhaber wirkungsvoll zu entlasten. Themen sind unter anderem: Personalmanagement, Konfliktmanagement, ärztliches Qualitätsmanagement, Terminsystem, Kommunikationstraining.

Mo. 20.10.2014 bis Fr. 24.10.2014

Ort: Ärztehaus, Humboldtstrasse 56, 22083 Hamburg

(ab Mitte September: Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg)

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:
Ursula Gonsch Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

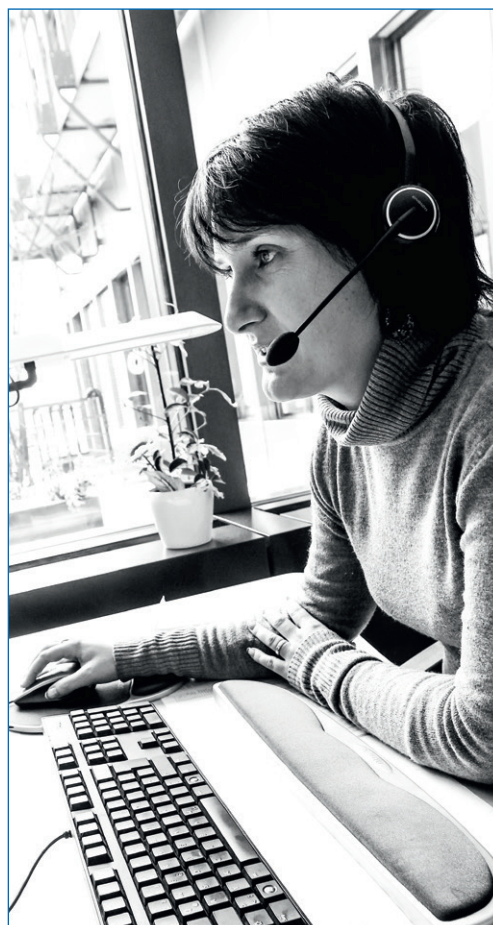
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 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