

KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 7-8/2013

Zum Ende der Ära Späth



Selbstverwaltung

Wechsel an der Spitze der
KV Hamburg

Honorarkonflikt

Ärztedemonstration vor
DAK-Gebäude

EBM-Kalkulation

Punktwert auf 10 Cent
gehoben

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Kommt der Wechsel an der Spitze der KV Hamburg nicht zu einem ungünstigen Zeitpunkt? Immerhin befinden wir uns gerade in harten Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen. Dazu kann ich sagen: Wir haben in Hamburg stets ein teamorientiertes Verständnis von Vorstandsarbeit gepflegt, und das Team bleibt. So wird es keine Brüche geben, wenn Walter Plassmann ab Juli 2013 an die Spitze der KV rückt und ich den Vertreterposten übernehme, und es wird Kontinuität geben, wenn ich Anfang nächsten Jahres gänzlich aus dem Vorstand ausscheide. Der Honorarkonflikt 2013 wird dann beendet sein, der Kampf um angemessene Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung allerdings weitergehen. Und er liegt weiterhin in guten Händen.

Mit Dr. Dirk Heinrich hat die Vertreterversammlung einen bundesweit profilierten Standesvertreter an ihre Spitze gewählt. Seinem Vorgänger Dr. Michael Späth widmen wir dieses Heft. Das Cover ist die Arbeit einer Künstlerin, die ihm besonders nahesteht: Dass wir Julia Späth für diese (unentgeltliche) Würdigung ihres Vaters gewinnen konnten, freut uns sehr.



A stylized, handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Dieter Bollmann'.

*Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, E-Mail: redaktion@kvvh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

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

Titelbild: Julia Späth

Doppelausgabe 7-8/2013 (1. Juli 2013)

Redaktionsschluss: 17. Juni 2013

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: Zum Rücktritt von Dr. Michael Späth _____ 4

Zwanzig Jahre stand Dr. Michael Späth an der Spitze der KV Hamburg –
was hat ihn und seine standespolitische Haltung geprägt? _____ 5

Die Vertreterversammlung hat gewählt: Wechsel an der KV-Spitze _____ 9

Gesundheitspolitik

Honorarkonflikt: Ärztedemonstration vor dem DAK-Gebäude _____ 10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____ 12

Arbeitsunfähigkeit wegen Organspende: Ärzte müssen AU-Bescheinigung ausstellen /
Knochendichtemessung künftig bei weiteren Indikationen Kassenleistung _____ 14

Qualitätsmanagement

Seminare im Ärztehaus: QEP-Refresher, Arbeitsschutz _____ 15

Neu nach QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen _____ 15

Abrechnung

Punktwert wird auf 10 Cent angehoben – Preise bleiben gleich _____ 16

Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2013 _____ 17

Amtliche Veröffentlichung

Bekanntmachungen im Internet _____ 17

Arznei- und Heilmittel

Screening auf Vitamin D _____ 18

In welchen Fällen ist Vitamin D3 verordnungsfähig? _____ 22

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente _____ 23

Forum

KBV lehnt kassenzentrierte Online-Vernetzung ab _____ 24

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik _____ 25

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Selbstverwaltung _____ 26

Terminkalender _____ 27

Nachgefragt

■ Zum Rücktritt von Dr. Michael Späth



Mit Dr. Michael Späth verbindet mich ein über zwei Jahrzehnte gemeinsam verfolgtes Ziel: die Gestaltung und Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in Hamburg. Die Interessen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten standen bei Dr. Späth immer im Vordergrund. Seine regionalen Argumente hat er offen und kompromisslos gegenüber bundesweiten Interessen von Krankenkassen vertreten. Bei den zahlreichen Reformgesetzen der Bundesgesundheitspolitik hat er engagiert und emotional, auch gemeinsam mit den Krankenkassen, gegen die negativen Auswirkungen für Hamburger Ärzte und Patienten gekämpft. Dr. Späth hat die Verantwortung von Selbstverwaltung gelebt und jeden Raum von Gestaltungsmöglichkeiten genutzt. Ich danke Dr. Michael Späth für die erfolgreiche Zusammenarbeit.

*Angelika Schwabe,
ehemalige Leiterin der
Landesvertretung Hamburg der
Techniker Krankenkasse*



Dr. Michael Späth wird uns nicht in Erinnerung – er wird uns erhalten bleiben. Vater Chirurg, Mutter Kauffrau, sechs Geschwister, in Berlin geboren – also Medizin, Ökonomie, Teamfähigkeit und keine Angst vor Metropolen. Das „Modell der Zukunft“ waren für ihn „Praxisnetze und Ärztehäuser mit mehreren Praxen, guter apparativer Ausstattung und der Chance zu ambulanten Operationen“. Nur selten verließ er die gemeinsame Verhandlungsfreundlichkeit mit der HKG gegenüber den Leistungsträgern. Am Ende siegte immer seine Fähigkeit zur konstruktiven Diskussion. Es ist unvorstellbar, dass Dr. Späth künftig als einfaches Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg und der Delegiertenversammlung der Hamburger Ärztekammer weniger die Interessen der Hamburger Ärzte vertreten wird als bisher. Vielleicht kommt nun die mütterliche Neigung zum Unternehmertum wieder stärker in den Fokus.

*Dr. Hans-Martin Stubbe,
Geschäftsführer der
Asklepios MVZ Nord und
Asklepios MVZ SH GmbH*



Michael Späth und die KV Hamburg – das schienen untrennbare Größen zu sein. Und so trifft es wohl nicht nur mich überraschend, dass diese Jahrzehnte währende Symbiose nun enden soll. Mit seinem Talent zur politischen Kondensation, aber auch Polarisierung, hat er die Interessen von niedergelassenen Ärzten vehement vertreten und vielfach durchgesetzt. Ich verrate kein Geheimnis, wenn ich sage, dass wir nicht immer einer Meinung waren. Aber Michael Späth hat ganz ohne Zweifel viel für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erreicht – dazu gehört auch die Geschlossenheit im Protest, die wir zurzeit erleben. Seinem Nachfolger wünsche ich das richtige Gefühl für eine gute Mischung von Kontinuität und Neuanfang.

*Dr. Klaus Beelmann,
Geschäftsführender Arzt
der Ärztekammer Hamburg*

Ende einer Ära

■ Zwanzig Jahre lang stand Dr. Michael Späth an der Spitze der KV Hamburg. Was hat ihn und seine standespolitische Haltung geprägt? Eine Würdigung anlässlich seines Rücktritts am 13. Juni 2013.

In der ärztlichen Selbstverwaltung ist es wie in anderen demokratischen Strukturen dieser Gesellschaft auch: Wer des Lamentierens überdrüssig ist, kann Einfluss nehmen – muss aber Arbeit investieren und die mühsamen Prozesse der Kompromissfindung ertragen. Ein wenig Streitlust kann ebenfalls nicht schaden, und die spürte Dr. Michael Späth deutlich in sich, als er vor zwanzig Jahren zum stellvertretenden Vorsitzenden der KV Hamburg gewählt wurde. „Ich dachte: Mensch, wessen Interessen vertritt die KV eigentlich?“, so Späth im Rückblick. „Ich wollte, dass wir offen über unsere Bedürfnisse sprechen. Das wurde bis dahin tunlichst ver-

mieden - als befürchte man, dass dann die Aufsichtsbehörde einschreitet und einen Kommissar stellt.“

Den Ärzten ging es finanziell noch deutlich besser als heute, doch die Reallöhne sanken bereits, und die Krankenkassen gerieten unter Spardruck. Längst vorbei die Zeiten des bundesrepublikanischen Wirtschafts-Booms, als sich ein KV-Vorsitzender mit dem maßgeblichen Hamburger Kassenchef zum Essen traf und bei einem guten Glas Wein darüber plauderte, ob die Ärzte nun 12 oder 14 Prozent Honorarzuschlag bekommen sollten. Doch auch von der Armut jener Ärzte, die in den Jahrzehnten zuvor ver-

suchten, die Versorgung der in den zerbombten Städten wohnenden Bevölkerung aufrecht zu erhalten, hatte Späth eine Vorstellung.

„Mein Vater war Chirurg in Berlin“, erzählt Späth. „In den Anfangsjahren, nach dem Krieg, musste er seine Praxis bei uns in der Wohnung betreiben. Ich kann mich erinnern, dass die Patienten im Flur warteten. Da saß beispielsweise ein Polizist, der mir seine Pistole zeigte. Ich war drei oder vier Jahre alt und fand das alles unglaublich spannend.“ Sieben Kinder hatte die Familie – Michael war das dritte, und immer mittendrin im Geschehen.

Fortsetzung auf S. 6 ■■■



Foto: Michael Zapf

Der neue Arzt: „Waschechter“ Berliner mit viel Humor

Michael Späth übernahm in Stollhamm die Praxis Dr. Mehlers

Stollhamm. Wer in diesen Tagen als eingefleischter „Mehler-Kunde“ mehr oder minder ahnungslos die Stollhammer Arztpraxis betritt, erlebt spätestens auf der Schwelle des Sprechzimmers eine Überraschung. Der unbekannte junge Mann, der hier verschmitzt lächelnd auf einem Lederfauteuil sitzt, hat sich nicht, wie man glauben könnte, in der Tür geirrt. Im Gegenteil: Michael Späth, der so recht gar nichts vom „Halbgott in Weiß“ an sich hat, übernahm vor zwei Wochen die Praxis des nach Cuxhaven abgewanderten Dr. Mehler.

Der mit 29 Jahren bislang der jüngste Arzt Butjadingens stammt aus „der schönsten Stadt der Welt“. Selbst wenn es in seiner Absicht läge, könnte er dank seiner „originalen Kodderschнауze“ wohl kaum lange verheimlichen, daß sich hinter dieser Urnachreibung Berlin verbirgt. Michael Späth studier-

drei und neun Jahren lebt er seit kurzer Zeit auf einem mit viel Mühe umgebauten Bauernhof in der Wisch.

Als Michael Späth durch Dr. Mehler auf einem Fortbildungskursus die Übernahme einer Landpraxis angeboten wurde, war er sich bereits darüber im klaren, daß dieser Posten längst nichts mehr von der Romantik vergangener Tage an sich hat. Vor allem auf Grund seines Alters, das hat der junge Mann bereits zur Genüge zu spüren bekommen, ist es schwierig, bei seinen Butjenter Patienten anerkannt zu werden.

Nicht nur einmal während seiner kurzen Wirkungszeit sah sich Michael Späth mit der Frage konfrontiert, wann er denn sein Studium beenden und ein „richtiger Arzt“ werden würde. Bei einem Hausbesuch speiste man ihn kürzlich nach Nennung seines Namens sogar mit



Der junge Arzt Michael Späth richtete in Stollhamm an die

GESUND

erende Sitzung der Vertreterversammlung

Hamburgs Vertragsärzte zum Vorsitzenden

n der Vertreterversamm-
langer Vertragsärzte eine
ter gab, änderte sich im

soll. Es sei en-
alten Vorstand.
chende Informa-

Fortsetzung von S. 5

Später mietete der Vater eine Nachbarwohnung an und baute sie zur Praxis um. Außerdem arbeitete er in einer Belegklinik. Es ging wirtschaftlich bergauf. Doch einen organisierten Notdienst gab es nicht, und den Kindern blieb nicht verborgen, dass der Vater bisweilen auch abends, an Feiertagen oder nachts ausrücken musste, wenn es Komplikationen gab. „Mein Vater war ein Vollblutarzt“, sagt Späth. „Seine Begeisterung für den Beruf hat uns fasziniert.“

Dennoch schwankte Späth zunächst, ob auch er sich für den Arztberuf entscheiden sollte – oder lieber für die Musik. Er spielte sehr gut Klavier, und eine Karriere als Konzertpianist erschien erfolversprechend. Um die medizinische Kärnerarbeit kennen zu lernen, arbeitete er nach dem Abitur als Pfleger im Krankenhaus. „Eine der ersten Tätigkeiten, die ich im OP verrichten musste, war, ein abgesägtes, amputiertes

Bein zu halten“, so Späth. Doch nach Ablauf eines Jahres war klar: Die Medizin hatte ihn gepackt, er wollte Arzt werden.

Dann ging alles Schlag auf Schlag: Heirat und Familiengründung noch während der Studienzeit an der Freien Universität Berlin, 1977 ärztliche Approbation, Weiterbildung in der Inneren, Urologie und Chirurgie, später Facharzt für Allgemeinmedizin. Umzug mit der Familie aufs Land, um am St. Johannes-Stift Varel in Niedersachsen eine Stelle als Stationsarzt anzutreten. Volles OP-Programm, drei Mal in der Woche Nachtdienst, jedes zweite Wochenende durchgehender Dienst. „Das war sehr spannend“, so Späth, „allerdings sah ich meine Familie fast gar nicht mehr.“

Als ihm in Stollhamm im Nordwesten Niedersachsens eine große Landpraxis angeboten wurde, griff er zu. Geruhsamer ging es allerdings auch dort nicht zu. Späth war der einzige niedergelassene Arzt weit und

breit. Fachärztliche Versorgung gab es nur in der nächsten größeren Stadt, in Nordenham. Die war gut zwanzig Kilometer entfernt, für die Dorfbevölkerung damals schwer erreichbar. „Ich war völlig auf mich selbst gestellt“, so Späth. „Wenn ich zum Herzinfarkt rausgerufen wurde und einen Bauern im Stroh liegend antraf, brauchte der Notarztwagen seinerzeit eine Dreiviertelstunde, bis er ankam.“

Der 29-jährige mit der Berliner Kodderschнауze habe „gar nichts von einem Halbgott in Weiß an sich“, berichtete die Regionalzeitung damals. Immer wieder habe es erstaunte Reaktionen der Patienten darüber gegeben, dass ein so junger Mann schon fertig ausgebildeter Arzt sein könne.

Späth hatte 14-Stunden-Tage: Es gab lange Sprechzeiten, zur Mittagszeit fuhr er zwanzig Hausbesuche, und wenn er Pech hatte, musste er auch nachts raus. Nebenbei renovierte er den Resthof, auf dem er mit seiner Familie lebte - und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg am 16. Januar 1997:

te wählen Dr. Michael Späth des Vorstandes der KVH

standen aus der Kritik am „Keine Gruppierung bevorzugen“
Dem warf er eine unzurei- Ein Vorstand unter seiner
tionspolitik und Mißmanage- werde keine Gruppierung bevorzug
berücksichtigte Interessen wahrnehmen



Dr. Michael Späth bei seiner ersten
Rede als neuer Vorsitzender der KVH

Dr. Br
Hans F
Na
auf A
Peterse
Stimm
schend
mitglie

Stichw
Die
ten du
den, d
Stimm
Ha
und E
schließ
sterwa
Au
glieder

arbeitete an seiner Dissertation, deren Thema sich ihm gewissermaßen aufdrängte: Auf den Weiden in der Nähe von Nordenham verendeten Kühe, weil aus den Schloten des nahegelegenen Preussag-Werks eine Bleiverbindung entwichen war, die sich auf den Weiden abgelagert hatte. Da die belastete Milch auch in der Umgebung verkauft worden war, stellte sich die Frage: Bestand Gefahr für Kinder, die giftige Milch getrunken hatten? Zusammen mit dem Institut für Wasser-, Boden-, und Lufthygiene in Berlin untersuchte Späth die Haarproben von über 1.300 Kindern und standardisierte diese Methode im medizinischen Bereich. Ergebnis: „Es gab keine gesundheitsgefährdenden, durch die Preussag verursachten Bleibelastungen“, so Späth. „Wissenschaftlich interessant: Es gab eine signifikante Korrelation zwischen Haar- und Blutbleigehalten. Unter den Kindern mit der höchsten Blei-Belastung waren auch jene, die in Häusern mit alten Wasserleitungen aus Blei lebten.“

Insgesamt vier Jahre lang arbeitete Späth auf dem Land, dann hatte er genug. „Meine Kinder waren so weit, dass sie in die Schule kamen“, so Späth. „Wir mussten uns entscheiden, wo wir langfristig leben wollten. Und ich bin ein Großstadt-Mensch.“ Nach zweijährigem Zwischenspiel als medizinischer Direktor bei einem Pharmaunternehmen in Hamburg übernahm Späth eine hausärztliche Praxis in Altona.

Späth besuchte die Sitzungen des KV-Kreises Altona, war einer derjenigen, die regelmäßig kamen und sich engagiert beteiligten. Als der damalige Kreisvorsitzende im Jahr 1988 aufhören wollte, entschloss Späth sich, zu kandidieren. Er erhielt auf Anhieb die meisten Stimmen in Altona, wurde Kreisvorsitzender und bekam nach damaligem Wahlrecht automatisch einen Platz in der KV-Vertreterversammlung. Schon in seiner ersten Amtsperiode als Vertreter wurde er praktisch in jeden Ausschuss gewählt. Ob Finanzausschuss,

Honorarverteilungsausschuss oder Satzungsausschuss – Späth war immer mit dabei. „Auf diese Weise habe ich das KV-Geschäft innerhalb von vier Jahren gut kennengelernt“, so Späth.

Auch in anderer Hinsicht war 1988 für Späth ein entscheidendes Jahr. Kurz vor Weihnachten wurde er von der Laborgemeinschaft, in der er Mitglied war, zum neuen Geschäftsführer gewählt. Offenbar machte er seine Sache gut: Die Laborgemeinschaft wuchs, tat sich mit anderen Laborgemeinschaften zusammen. „Die Kollegen fühlten sich gut betreut, weil wir uns als Dienstleister verstanden“, so Späth. Ein serviceorientiertes Reformprogramm verfolgte Späth auch in der KV, als er 1993 zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt wurde. „Wir wollen die KV zu einer Einrichtung für die Hamburger Ärzte machen“, zitierte ihn damals das *Hamburger Ärzteblatt*.

Fortsetzung auf S. 8

Was Honorarpolitik und die ärztliche Interessensvertretung anging, musste er nach einiger Zeit feststellen, dass die Handlungsfreiheit der Hamburger KV-Spitze durch die Rahmenbedingungen der Bundesebene stark eingeengt war. „Ich habe vor vier Jahren an dieser Stelle aus Unkenntnis über die tatsächliche KV-Arbeit viel kritisiert, zum Teil auch sehr hart“, räumte Späth in einer Rede kurz vor seiner Wahl zum ersten Vorsitzenden im Jahr 1997 ein. Soweit er damit den vorherigen, vier Jahre zuvor abgelösten Vorstand persönlich getroffen habe, so tue ihm dies leid.

In derselben Rede kündigte Späth an, er werde sich stärker auf Bundesebene engagieren. Tatsächlich wurde er für eine Amtsperiode auch in den KBV-Vorstand gewählt, wo er eine stärkere Berücksichtigung Hamburgs beim Fremdkassenzahlungsausgleich durchsetzte. Außerdem arbeitete er zusammen mit dem späteren KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm am EBM 2000 plus und an der damaligen Laborreform. „Er hat sich vehement dafür eingesetzt, dass das praxisnahe Labor des Laborarztes eine Chance gegen die großen Laborfabriken bekommt“, sagt Richter-Reichhelm. „Das hat sich in der Reform auch niedergeschlagen.“

In Hamburg blieb Späth erster Vorsitzender der KV, bis der

Gesetzgeber 2004 eine Änderung der Organisationsstruktur beschloss: Die KV-Vorsitzenden sollten ihre Posten hauptamtlich ausüben. „Hintergedanke der Politik war es, die KV zu schwächen und sie vom Alltag der Ärzte und Psychotherapeuten zu entfremden“, sagt Späth. „Wir haben uns damals zusammengesetzt und überlegt: Wie können wir das unterlaufen?“ So entstand das „Hamburger Modell“: Die ehemaligen Hauptgeschäftsführer (Dieter Bollmann und Walter Plassmann) wurden KV-Vorsitzende. Im Gegenzug dazu wurde die nicht-hauptamtliche Selbstverwaltungsebene gestärkt: Die Ärzte und Psychotherapeuten bringen ihren Sachverstand über die Vertreterversammlung, die beratenden Fachausschüsse und den neu geschaffenen Beirat ein. „Diese Rechnung ist voll aufgegangen“, sagt Späth, der seither die Geschicke der KV als Vorsitzender der Vertreterversammlung lenkte. Auch dieses Gremium hat sich seit 2004 stark verändert: Es ist drastisch verkleinert worden – und hat die Aufgaben eines Aufsichtsrates übernommen. „Wir haben in Hamburg großes Glück gehabt“, sagt Späth, „dass es immer sehr engagierte, kluge und besonnene Mitglieder gab, die bereit waren, die Selbstverwaltungsarbeit zu machen.“

Am meisten geprägt habe seine Zeit als KV-Funktionär die weitere Verlagerung von hochspezialisierten Leistungen aus

dem stationären in den vertragsärztlichen Bereich, sagt Späth. Alles, was teuer war, wurde im Lauf der Jahre zunehmend ambulant erledigt. Doch das Geld folgte nicht den Leistungen. Nicht ein Euro ist aus dem Krankenhausbudget zu uns gekommen, wir mussten das alles innerhalb des KV-Budgets auffangen.“ Der technische Fortschritt galoppierte vor allem in der spezialisierten Medizin davon, und diese Entwicklung ging auf Kosten der Basisversorgung. Konflikte waren programmiert, zumal der Kostendruck von Jahr zu Jahr größer wurde. „Das Beste, was man bei der Verteilung des Mangels erreichen kann, ist, dass sich am Ende alle Arztgruppen ungefähr gleich ungerecht behandelt fühlen“, sagt Späth.

Auch das Verhältnis zu den Krankenkassen hat sich verändert. Harte Verhandlungen gab es bereits zu jenen Zeiten, als Späth an die Spitze der KV rückte. „Man konnte sich mit den Kassenchefs fetzen, doch es war klar: Beide Seiten wussten um ihre Verantwortung und versuchten, zu einem fairen Ausgleich zu kommen. Das ist heute anders.“

Die Unversöhnlichkeit, von der die vergangenen Honorar-Verhandlungsrunden geprägt waren, hat nach Späths Eindruck auch strukturelle Gründe: Die Politik schürt einen absurden Wettbewerb unter den Kassen und zwingt sie gleichzeitig, einheitlich und gemeinsam zu



Dr. Dirk Heinrich (links) löst Dr. Michael Späth als Vorsitzender der Vertreterversammlung ab.



Walter Plassmann (links) und Dieter Bollmann tauschen die Vorstandsposten.

Fotos: Michael Zapf

Wechsel an der KV-Spitze

Die Vertreterversammlung entschied am 13. Juni 2013 über die Führungspositionen der KV Hamburg. Der 54-jährige HNO-Arzt und Allgemeinmediziner Dr. Dirk Heinrich wurde zum Nachfolger von Dr. Michael Späth gewählt. Mit Heinrich rückt ein Standespolitiker an die Spitze der Vertretersammlung auf, der sich bereits bundesweit als Interessenvertreter der Ärzteschaft profiliert hat. Er ist Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes und Vorsitzender des deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte.

Zuvor war der bisherige stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann, zum Vorstandsvorsitzenden gewählt worden. Der bisherige KV-Chef Dieter Bollmann wechselte auf den Stellvertreterposten und wird Anfang nächsten Jahres ausscheiden. Über seinen Nachfolger als KV-Vizechef wird die Vertreterversammlung am 26. September 2013 entscheiden.

(Ein ausführlicher Bericht zur Wahl der neuen KV-Spitze erscheint im *Hamburger Ärzteblatt*.)

verhandeln. „Damit wird der kleinste gemeinsame Nenner unter den Kassen zur Obergrenze, deren Überschreitung nicht verhandelbar ist“, so Späth. Hinzu kommt, dass in den Kassen eine neue Generation das Ruder übernommen hat, deren Vertreter sich als Gewinnmaximierer profilieren wollen. „Niemals zuvor während meiner Zeit als Standespolitiker saßen die Kassen auf einem derart großen Berg von Geld“, sagt Späth. „Wir reden jetzt von über 20 Milliarden

Euro Rücklagen. Dennoch geben sich die Kassenvertreter härter und unerbittlicher als je zuvor.“

Selbst aus buchhalterischer Sicht hält Späth die Blockadehaltung der neuen Kassenchefs für kontraproduktiv. „Man muss doch in die Zukunft schauen: Für die langfristige Effektivität des Systems brauchen wir eine starke Grundversorgung. Jetzt könnten die Kassen wirklich etwas für die Hausärzte tun – sie tun es nicht, aus Sturheit.“

Leichter wird die Aufgabe der KV auch in Zukunft nicht werden. Dass sie auch in fünfzig Jahren noch gebraucht wird, davon ist Späth überzeugt. „Besser als die ärztliche Selbstverwaltung kann niemand die ambulante Versorgung organisieren“, so Späth, „weder der Staat noch ein entfesselter Wettbewerb. Die Ärzte und Psychotherapeuten werden jeden Tag mit der Versorgungsrealität konfrontiert. Sie wissen, wo die Probleme liegen. Und sie wissen, wie man sie beheben kann.“



Der Pegel des Unmuts steigt: Ärzte und Praxismitarbeiter kritisieren die Verweigerungshaltung der Kassen.

„Das gehört sich nicht!“

■ Eklat bei Ärzte-Demonstration vor der Hamburger DAK-Zentrale

Über 600 Hamburger Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxismitarbeiter haben am 5. Juni 2013 gegen die rigide Sparpolitik der Krankenkassen demonstriert. Auf dem Platz vor der DAK-Zentrale am Nagelsweg forderte das Aktionskomitee der ärztlichen Selbstverwaltung die Krankenkassen auf, endlich adäquat Verantwortung für die medizinische Versorgung der Hamburger Bevölkerung zu übernehmen.

„Es ist nicht zu erklären, dass die Kassen auf Milliarden-Überschüssen sitzen und gleichzeitig den Hamburger Vertragsärzten und -psychotherapeuten ein gerechtes Honorar verweigern“, sagte Dr.

Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg. „Steigende Kosten, geringere Einnahmen und mehr Bürokratie – dazu sagen wir Nein!“

Auch Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, kritisierte in seinem Vortrag „Verantwortung für Versorgung“, dass die Krankenkassen ihrer Pflicht als gleichberechtigte Vertragspartner nicht nachkämen. „Die Kassen bestreiten uns! Anstatt für eine angemessene Finanzierung der ambulanten Versorgung zu sorgen, wollen sie die Honorare sogar noch kürzen.“ Nun habe der Wasserpegel des Unmuts der Ärzte das Niveau der Donau

in Passau erreicht, bekräftigte Volker Lambert, Ehrenvorsitzender des Hausärzteverbandes Hamburg.

Am Ende der Veranstaltung kam es zu einem Eklat: Mit dem Satz „Die brauchen wir nicht!“ lehnte Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg, die Teilnahme von Hannelore König, der Vorsitzenden des Verbandes medizinischer Fachberufe, an einem Gespräch zwischen Kassenvertretern und einer Delegation der Demonstranten ab.

„Das gehört sich nicht“, kommentierte Dr. Michael Späth den Vorfall. „Wir wollten Frau König als Repräsentantin der Praxismitarbeiter bei diesem



Fotos: Melanie Vollmert



Protest gegen die DAK, stellvertretend für die Hamburger Krankenkassen



Unterstützung durch Hannelore König, Vorsitzende des Verbandes medizinischer Fachberufe



Gespräch dabei haben.“ Auch Dr. Dirk Heinrich reagierte entrüstet: „Dieses Verhalten zeigt mehr als deutlich, dass die Kassen nicht nur ihre Verantwortung für die Versorgung der Patienten nicht adäquat wahrnehmen, sondern auch an der oftmals schwierigen Situation der Praxismitarbeiterinnen und

-mitarbeiter kein Interesse haben.“ Während des Gesprächs sollte dem Vorstand der DAK ein Korb Zitronen überreicht werden – als Sinnbild dafür, wie die Praxen wirtschaftlich ausgepresst werden. Doch nach dem Affront gegen die Vertreterin der Praxismitar-

beiter ließ die Ärztedelegation das Treffen platzen und verließ das Gebäude der DAK. In einer Resolution kündigten die Demonstrationsteilnehmer an, weitere Protestmaßnahmen folgen zu lassen, sollten sich die Krankenkassen nicht bewegen.

Jochen Kriens



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

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 *Gibt es für die Anforderung des diesjährigen Grippe-impfstoffs 2013/2014 wieder ein Bestellformular von der KV Hamburg?*

Nein, ein Bestellformular ist nicht vorgesehen. Der diesjährige Grippe-Impfstoff Vaxigrip Fertigspritzen ohne Kanüle wird auf dem Muster 16 (Kassenrezept) verordnet. Die Vorbestellung sollte 65 Prozent Ihrer Bestellung aus dem letzten Jahr umfassen.

2 *Wir möchten für einen Patienten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung rückwirkend ausstellen. Wie viele Tage dürfen wir rückdatieren?*

Laut Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA ist eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen

vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag nur ausnahmsweise nach gewissenhafter Prüfung zulässig - und in der Regel nur für bis zu zwei Tage. Dasselbe gilt für eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit.

3 *Müssen wir die Dokumentation der Gesundheitsuntersuchung in Papierform festhalten oder reicht eine elektronische Dokumentation aus?*

Die Dokumentation kann wahlweise in Papierform oder in elektronischer Form erfolgen. Wichtig ist die inhaltliche Vollständigkeit. Wenn sie die Papierform wählen, verbleibt der Berichtsvordruck beim Arzt.

4 *Wie wird der Impfstoff gegen Tetanus im Verletzungsfall bezogen und welche Leistungen können wir abrechnen?*

Der Bezug der Impfstoffe gegen Tetanus im Verletzungsfall unterscheidet sich je nach Behandlungssituation:

Hat sich ein Patient verletzt und es ist bekannt, dass er früher bereits gegen Tetanus geimpft wurde, wird das Immunglobulin Tetagam gegeben. Das Tetagam wird über Sprechstundenbedarf (Markierung Feld 9) bezogen. Hat sich ein Patient verletzt und es ist nicht bekannt, ob er früher bereits gegen Tetanus geimpft wurde, wird das Immunglobulin Tetagam gegeben. Zusätzlich wird ein Impfzyklus mit Tetanol begonnen. Das Tetagam wird über Sprechstundenbedarf (Markierung Feld 9) und das

Tetanol zu Lasten der Krankenkasse auf Namen des Patienten verordnet.

In beiden Fällen handelt es sich um eine Postexpositionsprophylaxe. Dies bedeutet, dass die Gabe des Tetagams und/oder des Tetanols mit der Versicherten- beziehungsweise der Grundpauschale abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig ist.

5 *Wie verfahren wir mit Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen, wenn der Arzt, der die Patienten eingeschrieben hat, nicht mehr tätig ist?*

Der Vertrag mit der AOK zur hausarztzentrierten Versorgung sieht vor, dass der Hausarzt im Falle der Beendigung der Teilnahme die bei ihm eingeschriebenen Patienten unverzüglich in Kenntnis zu setzen hat. Die AOK informiert dann ihre Versicherten über eine weitere Möglichkeit zur Teilnahme. Wenn Sie die Weiterbehandlung des Patienten im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung übernehmen, dann müs-

sen Sie den Patienten neu einschreiben.

6 *Wie rechnen wir die Jugendarbeitsschutzuntersuchung vor Antritt einer Ausbildung oder einer Lehre ab?*

Bei dieser Untersuchung handelt es sich nicht um eine Kassenleistung. Die Patienten müssen sich beim Amt für Arbeitsschutz einen Berechtigungsschein für die Untersuchung aushändigen lassen. Über diesen Berechtigungsschein rechnen Sie die Untersuchung direkt mit dem Amt für Arbeitsschutz ab. Die Formulare für die Untersuchungsergebnisse (Untersuchungsbogen, ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber etc.), erhalten Sie im Formularraum der KV Hamburg.

7 *Ein Patient möchte von uns eine Patientenquittung. Was verbirgt sich dahinter?*

Seit 2004 hat der Patient das Recht auf eine kostenpflichtige Aufstellung aller Leistungen und Kosten, die vom behandelnden Arzt in einem Quartal über die Kasse abgerechnet werden. Es

handelt sich um eine reine Information über die in Anspruch genommenen Sachleistungen des Patienten. Die gewünschte Patientenquittung kann unmittelbar im Anschluss an die Behandlung ausgehändigt werden oder innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende dem Patienten zugesandt werden. Für die Quittung wird eine Aufwandspauschale von 1 Euro (gegebenfalls plus Portokosten) erhoben. Die Patientenquittung muss unter anderem folgende Angaben beinhalten:

- Patientendaten
 - Absender (Praxisadresse/ Arztstempel)
 - Ausstellungsdatum
 - Aufstellung der abgerechneten Leistungen (Tag oder Quartal)
 - Kosten der ärztlichen Leistung in €
 - den aktuellen Punktwert
 - Behandlungszeitraum
 - Summe der Erstattung durch die Krankenkasse
 - Hinweis auf die Quotierung
- Die Patientenquittung ist in allen Praxisverwaltungssystemen hinterlegt – in jeweils verschiedenen Varianten, aber inhaltsgleich.

Psychiater für die Versorgung Wohnungsloser gesucht

Im Rahmen des zweijährigen hausärztlichen und psychiatrischen Projektes "Schwerpunktpraxen für Wohnungslose" wird für den Standort Johanniswall (Innenstadt) in den Räumen des Caritasverbandes ab sofort noch ein/e Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie gesucht. Die Sprechstunde sollte einmal pro Woche durchgeführt werden und umfasst jeweils drei Stunden. Es erfolgt eine Stundenvergütung. Haben Sie Interesse, an diesem Projekt mitzuarbeiten?

Kontakt: Dr. Frauke Ishorst-Witte, E-Mail: ishorst-witte@diakonie-hamburg.de

Arbeitsunfähigkeit wegen Organspende

■ Ärzte müssen AU-Bescheinigung ausstellen

Kann ein Angestellter wegen einer Organspende nicht arbeiten, gilt dies nach neuer Gesetzeslage als unverschuldete Arbeitsunfähigkeit. Der Arzt hat dem Organspender in diesen Fällen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen.

Der Organspender hat Anspruch auf Entgeltfortzahlung für sechs Wochen. Dem Ar-

beitgeber des Organspenders wird von der Krankenkasse des Organempfängers (gegebenenfalls anteilig mit der Beihilfe) das fortgezahlte Arbeitsentgelt einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge auf Antrag erstattet.

Im KVV-Journal 5/2013 (Seite 17) heißt es, in der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie sei geregelt, dass keine Arbeitsunfähigkeit

vorliege, wenn ein Organspender wegen seiner Spende der beruflichen Tätigkeit nicht nachkommen kann. Allerdings wurden im Rahmen der Gesetzgebung zur Neuregelung der Organspende sowohl das Entgeltfortzahlungsgesetz als auch das SGB V geändert – und diese Gesetze haben Vorrang vor der (noch nicht angepassten) Richtlinie.

Knochendichtemessung künftig bei weiteren Indikationen Kassenleistung

Die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um eine Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) zu Lasten der GKV veranlassen bzw. durchführen zu können, wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erweitert.

Bislang konnte eine Osteodensitometrie nur dann zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn

Patienten einen Knochenbruch ohne die normalerweise dafür erforderliche Belastung (adäquates Trauma) erlitten hatten und gleichzeitig ein begründeter Verdacht auf eine Osteoporose bestand. Nach Auswertung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse ist der G-BA zu dem Ergebnis gekommen, dass die Osteo-

densitometrie künftig dann zu Lasten der GKV durchgeführt werden kann, wenn aufgrund konkreter Befunde die Absicht besteht, eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose durchzuführen. Als ein derartiger Befund gilt zwar weiterhin eine klinisch erkennbare Fraktur ohne adäquates Trauma, beispielsweise eines Wirbelkörpers. Eine solche Konstellation muss jedoch nicht mehr zwingend vorliegen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Messung der Knochendichte zum Zweck der Überprüfung der laufenden Therapie wiederholt werden soll.

Der G-BA-Beschluss ist am 11. Mai 2013 in Kraft getreten.

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



Foto: MBq Wikipedia Common

QEP-Seminar zum Arbeitsschutz

Auch in (kleinen) Arztpraxen gelten die Arbeitsschutzgesetze - und ihre Einhaltung wird von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) überprüft. Die Schutzmaßnahmen dienen dazu, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle in der Praxis zu vermeiden.

In dem von der KV Hamburg angebotenen QEP-Seminar „Arbeitsschutz“ lernen die Teilnehmer, wie sie sich, ihre Mitarbeiter und die Patienten

wirksam vor Unfällen schützen können. Anhand von Beispielen wird verdeutlicht, wie Gefahrenquellen in der Praxis zuverlässig vom Praxisinhaber selbst zu erkennen und zu beheben sind.

Darüber hinaus wird in diesem Seminar aufgezeigt, wie man Maßnahmen des Arbeitsschutzes in das Qualitätsmanagement integrieren und so einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zum Sicherheits-

und Gesundheitsmanagement etablieren kann.

Das Seminar richtet sich an Ärzte aller Fachrichtungen sowie an alle für den Arbeitsschutz verantwortlichen Personen in der Praxis.

Termin: Mittwoch, 28.8.2013 (9:30-17:00 Uhr)

Ort: Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56

Teilnahmegebühr: 149 Euro inkl. Verpflegung

Fortbildungspunkte: 10

QEP-Refresher-Seminar

Die KV Hamburg bietet wieder ein Refresher-Seminar zum Qualitätsmanagementsystem QEP im Ärztehaus an. Es soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den

Teilnehmern dabei helfen, ihre Praxis auf die QEP-Version 2010 umzustellen.

Das Seminar eignet sich für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen. Ideal ist

die gemeinsame Teilnahme des für Qualitätsmanagement verantwortlichen Arztes und des für Qualitätsmanagement zuständigen Mitarbeiters, um die Umsetzung von QEP im Team zu erleichtern.

Termin: Mittwoch, 18.9.2013 (9:30-17:00 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer Praxis 180 Euro,

jeder weitere 130 Euro, inkl. Verpflegung und neuer

QEP-Unterlagen

Fortbildungspunkte: 10

Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Qualitätsmanagement: Neu nach QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Praxis	Fachrichtung	QEP-Zertifizierung	QEP-Rezertifizierung
Dr. med. Christian Weiß	Innere Medizin		Februar 2013
Conradia im Phönix-Center	Radiologie	Februar 2013	
Dr. med. Kirsten Hellner	Diabetologie	April 2013	

Anhebung der Punktwerte auf 10 Cent

■ Preise für EBM-Leistungen bleiben unverändert

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, den Orientierungswert und den kalkulatorischen Punktwert zum 1. Oktober 2013 auf 10 Cent anzuheben. Die Preise für die Leistungen bleiben dennoch gleich, weil die im EBM für die Gebührenordnungspositionen hinterlegten Punktzahlen entsprechend abgesenkt werden. Die KBV hofft allerdings, durch die Angleichung der Punktwerte nach der Neukalkulation des EBM in eine bessere Verhandlungsposition zu kommen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat bereits vor vier Jahren eine Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen des EBM in die Wege geleitet. Die Überprüfung konnte allerdings bis heute nicht abgeschlossen werden. Sie soll nunmehr mit der zweiten Stufe der Weiterentwicklung des EBM bis Juli 2014 erfolgen.

Bislang werden die Punktzahlen zu den einzelnen Gebührenordnungspositionen mit Hilfe einer betriebswirtschaftlichen Kalkulationssystematik berechnet. Empirisch festgestellte (kalkulatorische) Kosten einer Arztpraxis in Euro werden unter Berücksichtigung des Zeitaufwands auf die einzelnen Gebührenordnungspositionen umgelegt. Der Wert

einer Leistung in Euro wird anschließend mit einem kalkulatorischen Punktwert in Höhe von 5,11 Cent in eine Punktzahl umgerechnet.

Für die Ermittlung der im EBM ausgewiesenen Euro-Preise wird diese Punktzahl mit dem vom Bewertungsausschuss festgelegten Orientierungswert von derzeit 3,5363 Cent multipliziert. Damit liegt der Euro-Preis, der im EBM einer bestimmten Gebührenordnungsposition zugeordnet wird, deutlich unter dem Betrag, der bei der Kalkulation zugrunde gelegt wurde.

Durch die Angleichung der Höhe des kalkulatorischen Punktwerts und des Orientierungswerts auf jeweils 10 Cent entspricht der in der Euro-Gebührenordnung ausgewiesene Preis erstmals dem Preis, der aus der betriebswirtschaftlichen Kalkulation resultiert. Die Punktzahlen werden überflüssig, da die entsprechenden rechnerischen Zwischenschritte entfallen.

Zunächst bleibt die Bewertung der Gebührenordnungspositionen in Euro zwar unverändert. Doch die KBV setzt darauf, mit Abschluss der Neukalkulation die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung besser verdeutlichen zu können. Denn statt auf zwei Ebenen argumentieren zu müssen (niedrigerer Preis als betriebswirtschaftlich kalkuliert einerseits und abgestaffelte Bezahlung andererseits) kann man sich auf die sachfremde Abstufung konzentrieren und transparent vorrechnen, wie viel Prozent des nach objektiven Kriterien kalkulierten Honorars nicht bezahlt wurde.

„Das stärkt unsere Position“, sagt KBV-Chef Andreas Köhler. „Die Angleichung der Punktwerte untermauert unsere Forderung nach festen Preisen und zeigt den Widerspruch zwischen der begrenzten Geldmenge und der unbegrenzten Leistungsanspruchnahme.“



Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2013

Abgabefrist: 1. Juli bis 15. Juli 2013

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

Abgabe in der KV

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

Ort: In Ihrer Abrechnungsabteilung AB 1 bis AB 5, Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist von Mo. bis Fr. zwischen 7.30 und 16.00 Uhr nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter.

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen. Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802 – 900

Amtliche Veröffentlichung

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

I. Verteilungsmaßstab:

- **3. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab gem. § 87b SGB V ab dem 1. Juli 2012 mit Wirkung zum 1. Juli 2013**

II. Verträge:

- **2. Änderungsvereinbarung zum Vertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit der BARMER GEK**

III. Hinweis: Das Unterschriftenverfahren für den folgenden Vertrag ist jetzt abgeschlossen:

- **Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2013**

IV. Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz für folgende Verträge ist jetzt abgelaufen:

- **2. Nachtrag zur Vereinbarung über die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten vom 28. Februar 1995 mit Wirkung ab dem 1. April 2013 mit der AOK Rheinland / Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) und der Knappschaft.**
- **16. Nachtrag zum Gesamtvertrag zwischen der KV Hamburg und der See-Krankenkasse vom 18. April 1996 zur Vergütungsvereinbarung für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007 mit der Knappschaft (als Rechtsnachfolgerin der See-Krankenkasse).**
- **3. Nachtrag zur Ergänzungsvereinbarung vom 14. September 2007 über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV) mit der Techniker Krankenkasse ab 1. April 2013.**

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



SCREENING AUF VITAMIN D?

- In letzter Zeit bekomme ich gehäuft Anfragen nach Vitamin-D-Laboruntersuchungen, auch von jungen gesunden Patienten. Ist ein Screening sinnvoll?

Von Dr. Heidrun Sauer

In westlichen Ländern ist es in den letzten Jahren zu einer eklatanten Zunahme von Tests auf Vitamin D gekommen.¹⁻³ Auch in Deutschland haben sich die Untersuchungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen allein zwischen 2009 und 2011 nahezu verdoppelt. Die damit verbundenen Kosten stiegen von elf Millionen Euro auf über 21 Millionen Euro pro Jahr.⁴ Hintergrund dürfte die derzeitige Karriere von Vitamin

D als Wundermittel gegen eine breite Palette von Krankheiten sein (vgl. Arznei-Telegramm 2010; 41: 127-9).

Ein Nutzen außerhalb der klassischen skelettalen Indikationen ist aber nach wie vor nicht belegt.^{5,6} Es besteht zudem beträchtliche Unsicherheit und Uneinigkeit im Hinblick auf die Definition eines Vitamin-D-Mangels. In konservativen Leitlinien wird als Schwelle für einen Vitamin-D-Mangel ein 25-Hydroxy-Vitamin-D-Spiegel

(25[OH]D) von 25 nmol/l (= 10 ng/ml) definiert.⁵ Bei Werten darunter steigt die Gefahr von Rachitis oder Osteomalazie, die aber auch dann nicht zwangsläufig auftreten müssen. Nach einer Hamburger Autopsiestudie an mehr als 600 Verstorbenen zwischen 20 und 100 Jahren finden sich bei einem Großteil derjenigen mit 25(OH) D-Spiegel unter 25 nmol/l keine pathologischen Mineralisationsstörungen.⁷ Möglicherweise kann eine ausreichende Kalziumzufuhr den Vitamin-D-

Mangel kompensieren.⁸ Nach britischen Daten wurden bei Kindern mit Rachitis Werte unter 20 nmol/l, bei Erwachsenen mit Osteomalazie Spiegel unter 10 nmol/l gefunden.⁹ Dennoch gelten Konzentrationen unter 25 nmol/l auch in konservativen Leitlinien als substitutionsbedürftiger Mangel.^{5,10} In Laboren wird allerdings vielfach als unterer Referenzwert für 25(OH)D bereits ein Spiegel von 50 nmol/l (= 20 ng/ml) angegeben.¹¹ Ob das Heraufsetzen der Schwelle für einen Vitamin-D-Mangel auf Werte oberhalb von 25 nmol/l einen klinischen Nutzen hat, ist jedoch nicht gesichert.^{5,12}

Qualitativ hochwertige evidenzbasierte Leitlinien zur Frage, wann Tests auf Vitamin D angezeigt sind, finden wir nicht. Ein allgemeines Screening auf Vitamin D bei gesunden Personen ohne Hinweis oder Risikokonstellation für einen Mangelzustand wird aber, soweit wir sehen, nirgends befürwortet, sondern in mehreren Stellungnahmen ausdrücklich abgelehnt.^{6,12,13}

Die internationale Endocrine Society empfiehlt ein Screening bei Risikogruppen, die allerdings entsprechend dem in dieser Leitlinie hoch angesetzten Schwellenwert für einen Mangelzustand (50 nmol/l) sehr weit gefasst werden.¹³ Dagegen ist nach einem im März publizierten Konsensusstatement des neuseeländischen Gesundheitsministeriums und

der neuseeländischen Krebsgesellschaft¹² die Untersuchung auf Vitamin D im Allgemeinen nur zur Abklärung des Verdachts auf Vitamin-D-Mangel angezeigt, so bei entsprechender klinischer Symptomatik wie unerklärte Knochenschmerzen oder ungewöhnliche Frakturen oder anderen Befunden wie unerklärter Anstieg der alkalischen Phosphatase oder niedrigen Kalzium- oder Phosphatspiegeln. Asymptomatische Risikogruppen für Vitamin-D-Mangel können nach Dafürhalten dieser Arbeitsgruppe unter Beachtung von Kontraindikationen und Vorsichtsmaßnahmen im Allgemeinen ohne Testung mit Vitamin-D-Supplementen behandelt werden.¹²

Als Risikogruppen für einen Vitamin-D-Mangel werden in verschiedenen aktuellen offiziellen Stellungnahmen neben den Kindern in den ersten Lebensjahren in erster Linie

- gebrechliche und in ihrer Mobilität eingeschränkte, an das Haus gebundene Menschen, insbesondere in Pflegeheimen,
- Menschen, die aus medizinischen (z.B. Hautkrebs) oder kulturellen Gründen (Vollverschleierung) Sonnenlicht vollständig meiden,
- und Menschen mit sehr dunkler Hautfarbe genannt.^{5,10,12,14}

Als weitere Umstände für ein möglicherweise erhöhtes Risiko eines Vitamin-D-Mangels werden Malabsorptionssyndrome, Einnahme von mit Vitamin

D interagierenden Arzneimitteln wie Phenytoin (Phenhydan, Generika), Schwangerschaft und Stillzeit oder Übergewicht angeführt.^{5,10,12,13} Diese Zuordnungen sind jedoch nicht alle unumstritten. So ist zwar erwiesen, dass für die Vitamin-D-Synthese in der Haut bei starker Pigmentierung mehr UV-Licht benötigt wird als bei heller Haut. Dunkelhäutige vollgestillte Säuglinge sind in der Tat besonders Rachitisgefährdet. Laut Autoren des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM), die Ende 2010 einen umfangreichen Bericht zum Vitamin-D- und Kalziumbedarf herausgegeben haben, besteht jedoch bei Afroamerikanern die Besonderheit, dass sie zwar niedrigere Vitamin-D-Spiegel aufweisen als hellhäutige Amerikaner, aber auch niedrigere Osteoporose- und Frakturraten. Nach einer Beobachtungsstudie könnten höhere Vitamin-D-Spiegel bei ihnen dagegen eher mit unerwünschten Effekten einhergehen.^{6,15,16}

Strittig ist auch die Frage, ob schwangere oder stillende Frauen ein erhöhtes Risiko eines Vitamin-D-Mangels haben. Nach Einschätzung der IOM-Autoren spricht die verfügbare Evidenz nicht dafür. Die bekanntermaßen geringen Vitamin-D-Spiegel in der Muttermilch lassen sich nach den bisherigen – auch randomisierten – Studien ohnehin nur anheben, wenn die Mütter exzessive Mengen

Fortsetzung auf S. 20 

von Vitamin D einnehmen (4.000 I.E. bis 6.000 I.E.), deren Sicherheit nicht gewährleistet ist. Eine Substitution des Neugeborenen über die stillende Mutter ist daher nicht ratsam. Auch für einen höheren Vitamin-D-Bedarf Übergewichtiger sehen die IOM-Autoren keine Evidenz.⁶ Nach deutschlandweiten Erhebungen des Robert Koch-Instituts finden sich bei 19 Prozent der Kinder und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre) und bei 16 Prozent der Erwachsenen bis 79 Jahre²⁵ (OH)D-Spiegel unter 25 nmol/L.¹⁷

Etwas höher ist dabei der Anteil mit Mangelzustand bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (zwischen 3 und 17 Jahren rund 30 Prozent versus 18 Prozent bei einheimischen).¹⁸ Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Untersuchungen mit einem Immunassay durchgeführt wurden, der den Vitamin-D-Spiegel tendenziell unterschätzt.^{19,20} Ein besonders hoher Anteil mit niedrigen Spiegeln zeigt sich bei Pflegeheimbewohnern: Hier haben 68 Prozent Werte unter 25 nmol/L. Nach einer kleinen, nicht repräsentativen Untersu-

chung an vorwiegend gesunden Menschen zwischen 66 und 96 Jahren können allerdings auch Ältere im Sommer und bei regelmäßigem Aufenthalt im Freien genügend Vitamin D synthetisieren: Serumspiegel unter 25 nmol/L finden sich hier bei keinem der Teilnehmer.¹⁷

Die Sonnenexposition, die für eine ausreichende Bildung von Vitamin D in der Haut gebraucht wird, ist typischerweise kurz und kürzer als die Zeit bis zur Hautrötung oder zum Sonnenbrand. Auch in unseren Breitengraden genügen üblicherweise regelmäßige kurzdauernde Betätigungen im Freien um die Mitte des Tages im Sommer, die den üblichen Alltagsaktivitäten wie Schulweg oder Weg zum Einkaufen entsprechen, um einem Mangel im Winter vorzubeugen. Sonnenbaden ist dafür nicht erforderlich, da eine längere Exposition zu keiner weiteren Synthese führt.^{5,21} Mit der Nahrung werden hierzulande nur etwa 10 Prozent bis 30 Prozent des Bedarfs gedeckt.¹⁷ Durch die Zulassung ist das Vorgehen, Risikogruppen empirisch zu behandeln, gedeckt: Vitamin-D-Präparate sind in Deutschland für die Vorbeugung eines Mangelzustands bei erkennbarem Risiko zugelassen. Die in den Fachinformationen für die Prophylaxe empfohlenen Tagesdosierungen bei Erwachsenen liegen, sofern keine Malabsorptionsstörung besteht, zwischen 400 I.E. und 700 I.E.²²⁻²⁴ Dies entspricht etwa dem vom IOM be-

Das Wichtigste in Kürze

- Von einem Screening auf Vitamin D bei gesunden Menschen ohne Hinweis oder Risikofaktoren für einen Vitamin-D-Mangel ist abzuraten.
- Tests auf Vitamin D haben andererseits eine klare Indikation zur Abklärung eines bestehenden Verdachts auf einen Mangelzustand, zum Beispiel bei klinischen Symptomen oder Befunden wie unerklärte niedrige Kalzium- oder Phosphatspiegel.
- Bei Risikogruppen für einen Vitamin-D-Mangel sollte individuell und insbesondere unter Einschätzung der Sonnenexposition entschieden werden, ob ohne Test substituiert wird oder nicht, oder ob im Zweifelsfall ein Test durchgeführt wird.
- Zu diesen Risikogruppen gehören in erster Linie gebrechliche und in ihrer Mobilität eingeschränkte, an das Haus gebundene Menschen, insbesondere in Pflegeheimen, sowie Menschen, die aus medizinischen (z.B. Hautkrebs) oder kulturellen Gründen (Vollverschleierung) Sonnenlicht vollständig meiden.
- Bei Kindern in den ersten 12 bis 18 Lebensmonaten ist eine routinemäßige Supplementierung von Vitamin D (VIGANTOLETTEN u.a.) seit langem Standard.

rechneten täglichen Bedarf für Menschen mit minimaler Sonnenexposition.⁸ Der Kenntnisstand aus Endpunktstudien ist jedoch enttäuschend: Vitamin D allein hat bei gemeinsamer Auswertung der vorliegenden Studien mit älteren Erwachsenen keinen positiven Effekt auf Frakturen und in hohen jährlichen Einmaldosierungen sogar einen negativen. Der günstige Einfluss von Vitamin D plus Kalzium auf das Frakturrisiko ist praktisch ausschließlich bei im Heim lebenden älteren Frauen erkennbar.²⁵ Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die hier in Rede stehenden Risikogruppen in den Studien wahrscheinlich unzureichend repräsentiert sind. Soweit Daten vorliegen, hatten die Teilnehmer auch in den Studien, die in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt wurden, überwiegend ausreichende Vitamin-D-Spiegel (25[OH]D oberhalb von 25 nmol/ml).²⁵ Auch im Hinblick auf die Sturzprävention sind die Daten zu Vitamin D mit oder ohne Kalzium inkonsistent.⁸

Beim derzeitigen Kenntnisstand scheint uns folgendes Vorgehen sinnvoll: Bei gesunden Menschen ohne Hinweis oder Risikokonstellation für einen Vitamin-D-Mangel ist von einem Screening auf Vitamin D strikt abzuraten. Die Untersuchung hat andererseits ihre klare Indikation für die Abklärung oder den Ausschluss bei bestehendem Verdacht auf Vitamin-D-Mangel. Bei Risiko-

gruppen scheint es uns angebracht, individuell und unter Einschätzung insbesondere der Sonnenexposition zu entscheiden, ob ohne Test substituiert wird oder nicht, oder ob im Zweifelsfall ein Test durchgeführt wird. Ausnahmen hervor sind die Kinder in den ersten 12 bis 18 Lebensmonaten, bei denen die routinemäßige Vitamin-D-Supplementierung seit langem Standard ist. Bei allen Risikogruppen für einen Vitamin-D-Mangel ist außerdem für ausreichende Kalziumzufuhr zu sorgen. Die für die Prophylaxe zugelassenen Dosierungen von Vitamin D gelten im Allgemeinen und bei

Beachtung der Kontraindikationen als sicher. Während einer Langzeitprophylaxe sollen aber Kalziumspiegel im Serum und Urin und Nierenfunktion regelmäßig überwacht werden, insbesondere bei Älteren und bei Komedikation mit Diuretika oder Herzglykosiden.²²⁻²⁴

*Dr. Heidrun Sauer,
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Hamburg-Hoheluft*

Zuerst erschienen im Arznei-Telegramm 2012; 43; 84-6. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

- 1 SATTAR, N. et al.: Lancet 2012; 379: 95-6
- 2 GREY, A. et al.: Lancet 2012; 379: 1699
- 3 BILINSKI, K., BOYAGES, S.: BMJ 2012; 345: e4743 (2 Seiten)
- 4 STALLAUKE, M. (Wiss. Institut der AOK): Schreiben vom 2. Aug. 2012
- 5 British Association of Dermatologists et al.: Consensus Vitamin D position statement, Dez. 2010; http://info.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@sun/documents/generalcontent/cr_052628.pdf
- 6 ROSEN, C.J. et al.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 2012; 97: 1146-52
- 7 PRIEMEL, M. et al.: J. Bone Miner. Res. 2010; 25: 305-12
- 8 Institute of Medicine: Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D, 2010
- 9 Scientific Advisory Committee on Nutrition (UK): Update on vitamin D, 2007; http://www.sacn.gov.uk/pdfs/sacn_position_vitamin_d_2007_05_07.pdf
- 10 National Prescribing Service Limited (Australien): News 72, März 2011 http://www.nps.org.au/_data/assets/pdf_file/0020/122447/News72_vitamin_D_0411.pdf
- 11 Labor Limbach, Heidelberg: Leistungsverzeichnis, Stand Aug. 2012 [http://www.labor-limbach.de/Leistungsverzeichnis.leistungsverzeichnis.0.html?&no_cache=1&tx_laboraryeditor_pi1\[s_uid\]=1171](http://www.labor-limbach.de/Leistungsverzeichnis.leistungsverzeichnis.0.html?&no_cache=1&tx_laboraryeditor_pi1[s_uid]=1171)
- 12 Ministry of Health, Cancer Society (Neuseeland): Consensus Statement on Vitamin D and Sun Exposure in New Zealand, März 2012 <http://www.health.govt.nz/publication/consensus-statement-vitamin-d-and-sun-exposure-new-zealand>
- 13 HOLICK, M.F. et al.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 2011; 96: 1911-30
- 14 Robert Koch-Institut: Antworten des Robert Koch-Instituts auf häufig gestellte Fragen zu Vitamin D, ohne Datum; <http://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/vitaminD3/vitaminD3.html?nn=2408450#FAQId2437588>
- 15 ALOIA, J.F.: J. Clin. Endocrinol. Metab. 2011; 96: 2987-96
- 16 CAULEY, J.A. et al.: J. Bone Miner. Res. 2011; 26: 2378-88
- 17 Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Vitamin D und Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten, 2011 <http://www.dge.de/pdf/ws/DGE-Stellungnahme-VitD-111220.pdf>
- 18 HINTZPETER, B. et al.: J. Nutr. 2008; 138: 1482-90
- 19 ROTH, H.J.: Ann. Clin. Biochem. 2008; 45: 153-9
- 20 SNELLMAN, G. et al.: PLoS One 2010; 5: e11555 (7 Seiten)
- 21 National Radiological Protection Board (Großbritannien): Health Effects from Ultraviolet Radiation, 2002; 13 http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947340456
- 22 Merck: Fachinformation VIGANTOLETTEN 500 I.E./1.000 I.E., Stand März 2012
- 23 Merck: Fachinformation VIGANTOL Öl, Stand Sept. 2010
- 24 Mibe Arzneimittel: Fachinformation DEKRISTOL 400 I.E., Stand Juni 2012
- 25 AVENELL, A. et al.: Vitamin D and Vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and post-menopausal osteoporosis. Cochrane Database of Systematic Reviews, Stand Feb. 2008; Zugriff Okt. 2012



Foto: brostock/fotolia.com

In welchen Fällen ist Vitamin D3 verordnungsfähig?

Zur Verordnungsfähigkeit von Vitamin D3 gibt es immer wieder Nachfragen. Wir haben die wichtigsten Punkte für Sie zusammengefasst.

Von der Verschreibungspflicht befreit ist genuines Vitamin D3 (Colecalciferol) bis zu einer Tagesdosis von maximal 1.000 IE (entspricht 0,025 mg). Dazu zählen beispielsweise Präparate wie Vigantoletten® 500 IE/1000IE oder Dekristol® 400 IE.

Die Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Präparate werden grundsätzlich nicht von der GKV übernommen (§ 31 SGB V). Ausgenommen von dieser Regel sind Verschreibungen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Für diese Patientengruppen übernimmt die GKV die Kosten.

Nicht-verschreibungspflichtiges Vitamin D (als freie oder fixe Kombination oder als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr) kann darüber hinaus in folgenden Ausnahmefällen zu Lasten der GKV verordnet werden:

- zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
- zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
- bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation, wenn dies zwingend notwendig ist.

In Gänze der Verschreibungspflicht unterliegen höherdosiertes Colecalciferol (über 1.000 IE) sowie die therapeutisch eingesetzten Vitamin D-Derivate Calcitriol, Alfacalcidol, Paricalcitol und Dihydrotachysterol.

Verschreibungspflichtige Vitamin-D3-Präparate (zum Beispiel Dekristol® 20.000 IE, Vigantol® Öl) können bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Rahmen der zugelassenen Indikation zu Lasten der GKV verordnet werden.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot besagt, dass bei verschiedenen vergleichbaren Therapieoptionen das günstigste Präparat Mittel der Wahl ist, wenn dies medizinisch vertretbar ist. Außerdem soll nach der Arzneimittel-Richtlinie (§12, Abs. 11) „der behandelnde Arzt nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“

Das heißt: Die Verordnung von verschreibungspflichtigem Vitamin D3 bei einem klinisch nicht relevanten Vitamin-D-Mangel ist nur wirtschaftlich, wenn die nicht-verschreibungspflichtigen Alternativen aus medizinischen Gründen nicht eingesetzt werden können oder nicht ausreichend sind.

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

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

Die Nutzenbewertung als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage XII) ist für alle Vertragsärzte verbindlich. Indikationen, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie teurer sind, können bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrages als unwirtschaftlich angesehen werden. Verordnungen unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall sind möglich, müssen jedoch gegebenenfalls auch in einem Prüfverfahren plausibel begründet werden können. Diese Präparate sollten daher (zumindest) bis zum Abschluss des Verfahrens zurückhaltend eingesetzt werden.

Aktuell hat der G-BA zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst:

Axitinib (Inlyta®), Aclidiniumbromid (Eklira® Genuair® / Bretaris® Genuair®), Decitabin (Dacogen®), Saxagliptin/Metformin (Komboglyze®), Crizotinib (Xalkori®) Linagliptin (neues Anwendungsgebiet) (Trajenta®), Pixantron (Pixuvri®), Brentuximab Vedotin (Adcetris®)
Eine aktuelle tabellarische Zusammenfassung aller Be-

schlüsse zur Nutzenbewertung finden Sie unter:

www.kvhh.de → Verordnung → Arzneimittel → Basisinformation → „Frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente“

Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): www.kbv.de/ais → Nutzenbewertung

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



Foto: Schlierner/fotolia.com

Pharmakotherapie-beratung 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 praxis-spezifischen 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*



Keine kassenzentrierte Vernetzung!

- Die Vertreterversammlung der KBV fürchtet weiteren Bürokratiewuchs durch die Gesundheitskarte – und droht mit Auflösung der Gematik.



Foto: Jürgen Fäthle

Aktualisierung der Versicherungsstammdaten ist Aufgabe der Kassen – nicht der Praxen.

Die KBV hat sich nochmals eindeutig gegen ein verpflichtendes Versichertenstammdatenmanagement in den Arztpraxen ausgesprochen. „Die Aktualisierung der Versichertenstammdaten ist und bleibt eine Verwaltungsaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler auf der Vertreterversammlung der Körperschaft am 27. Mai 2013 in Hannover. Eine Lösung könnten sogenannte eKioske sein, bei denen die Versicherten in den Filialen der Krankenkassen ihre elektronischen Gesundheitskar-

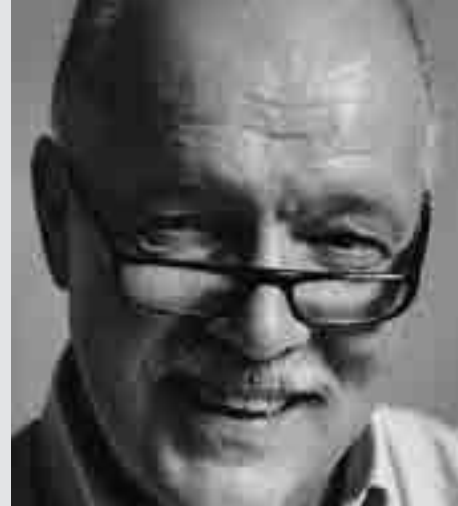
ten (eGK) an einem Terminal selbst aktualisieren können. „Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers ist der eGK schon lange nicht mehr anzusehen“, so Köhler. „Sie sollte die Kommunikation verbessern – zwischen Ärzten und Psychotherapeuten, zwischen Praxen und Krankenhäusern sowie mit den Versicherten. Aber das spielt kaum noch eine Rolle. Verfliegen ist auch unsere Hoffnung auf einen Bürokratieabbau in den vertragsärztlichen Praxen. Entstanden ist vielmehr eine rein kassenzen-

trierte Telematikinfrastruktur für Verwaltungsaufgaben wie das Versichertenstammdatenmanagement.“

Die Vertreterversammlung lehnte per Beschluss die Mitarbeit in der Gematik und in den Testregionen der eGK ab, wenn diese weiterhin nur an den Interessen der gesetzlichen Krankenkassen ausgerichtet sei. Notfalls solle die KBV auch die Auflösung der Gematik einfordern, beschlossen die Delegierten. Die Gematik wurde von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens gegründet, um gemäß gesetzlichem Auftrag die Einführung und Weiterentwicklung der eGK voranzutreiben. Auch die KBV ist an dieser Gesellschaft beteiligt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV wollen parallel zur Gematik bestehende Netzinfrastrukturen fördern und ausbauen, welche den ursprünglichen Zielen des Gesetzgebers besser gerecht werden. In erster Linie werden hier das sichere Netz der KVen sowie innovative medizinische Anwendungen in den Regionen genannt. „Wir bekennen uns damit klar für sichere elektronische Kommunikationswege im Gesundheitswesen“, sagte der KBV-Vorstandsvorsitzende.

Von Dr. Bernd Hontschik,
niedergelassener Chirurg in Frankfurt / Main



Doktor Pharma

Bisher war Allen Frances nur Eingeweihten bekannt. Auch unter Psychiatern wussten nur wenige, dass er die Kommission zur Erstellung des Handbuchs der Psychiatrie, des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, geleitet hat. Die Überarbeitung durch 38.000 führende amerikanische Psychiater zur fünften Version hatte die American Psychiatric Association 2010 ins Internet gestellt. Jetzt wird diese Fassung als DSM-5 erscheinen.

Allen Frances ist aber angestiegen und zu einem der schärfsten Kritiker des DSM, vom Saulus zum Paulus geworden. In allen großen Zeitungen konnte man seine Philippika gegen diese Art von Psychiatrie lesen: In den USA werden Antipsychotika für achtzehn Milliarden Dollar im Jahr verordnet, Antidepressiva für zwölf Milliarden, Stimulantien für neun Milliarden. Achtzig Prozent dieser Medikamente werden nicht von Psychiatern verordnet, sondern von Hausärzten, Kinderärzten

oder Internisten. Das Center for Disease Control in Atlanta berichtet von einem exorbitanten Anstieg der ADHS-Diagnosen bei inzwischen schon sechseinhalb Millionen US-amerikanischen Schulkindern: ein Anstieg von mehr als fünfzig Prozent in den letzten zehn Jahren. Das

Im DSM-5 eskaliert ein verhängnisvoller Trend: Das Auf und Ab des normalen Lebens bekommt medizinische Namen, Namen von Krankheiten.

bedeutet gleichzeitig, dass diese Kindern mit Psychopharmaka behandelt werden, bei uns bekannt unter dem Namen Ritalin.

Im DSM-5 eskaliert ein Trend, der längst zuvor erkennbar war: Des normalen Lebens Auf und Ab bekommt medizinische Namen, Namen von Krankheiten. Ein Wutanfall könnte Ausdruck einer Psychose sein („Intermittent Explosive Disorder“), verträumt sein heißt „Cognitive Tempo Disorder“, Trauer ist eine Depression, Sammler leiden unter dem „Hoarding Disorder“, überschießende Gefühlsäußerungen sind „Dysruption Mood Dysregulation Disorders“.

Krankheiten müssen behandelt werden. Was hat das für Folgen? Diese katastrophale Veränderung der Medizin, der Psychiatrie führt zu nichts anderem als zu einer Medikalisierung des Lebens, zu einem gigantischen Anstieg der Verordnungen von Psychopharmaka. Wem nützt das?

An der Verbesserung der Familienberatung, der Psychotherapie, der Sozialarbeit kann kein Pharmakonzern auch nur einen Cent verdienen. Krankheiten werden neuerdings nach der Verfügbarkeit von Medikamenten definiert. Oder käme vielleicht jemand auf die Idee, Fieber als eine Krankheit zu bezeichnen und nicht als ein Symptom, bloß weil es mit Aspirin gesenkt werden kann?

Was haben zwei Patienten mit Fieber gemeinsam – außer Fieber? Und was haben zwei Kinder mit „ADHS“ gemeinsam? Sie werden mit Ritalin behandelt.

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

Steckbrief – Für Sie in der Selbstverwaltung

Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung



Swetlana Rissling

Geburtstag: 26.11.1960

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Allgemeinmedizin / Geriatrie

Weitere Ämter: Lehrärztin am UKE

Hobbys: Lehrärztin am UKE

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja. Ich empfinde meine Berufswahl als Berufung und bin gerne Ärztin.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? 1) Angemessene Honorierung der niedergelassenen Ärzte, weniger Bürokratie, mehr Zeit für Patienten. 2) Auswahlverfahren zum Medizinstudium überprüfen, mehr Kriterien als die Abiturnote bei der Platzvergabe berücksichtigen.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Die ambulante wohnortnahe Versorgung muss gestärkt werden. Patienten wollen zum Hausarzt, der sie kennt, und nicht in die großen MVZ. Die KV soll als Vermittler für die ärztlichen Anliegen mit den Kassen bleiben.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Ich erwarte keine aufrichtigen Antworten von Politikern.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mein persönlicher Traum ist, dass meine Tochter einen Medizinstudienplatz bekommt.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 26.09.2013 (ab 19 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Arbeitsschutz

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

Mi. 28.08.2013 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Refresher-Seminar

Das Seminar soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr Praxis-QEP® auf die Version 2010 umzustellen.

Für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen geeignet.

Mi. 18.09.2013 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer

Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl.

Verpflegung und neuer QEP®-Unterlagen

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. 16.10.2013 (9:30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar

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.

Fr. 1.11.2013 (15:00-21:00 Uhr) / Sa. 2.11.2013 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Pro Teilnehmer 185 Euro (inkl. CD-gestütztes QM-Handbuch und Verpflegung)

16 Punkte

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

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

Fr. 29.11.2013 (15:00-21:00 Uhr) / Sa. 30.11.2013 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220,
jeder weitere € 160

16 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

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

Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2013

1. bis 15. Juli 2013

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 E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

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

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



Foto: Felix Faller