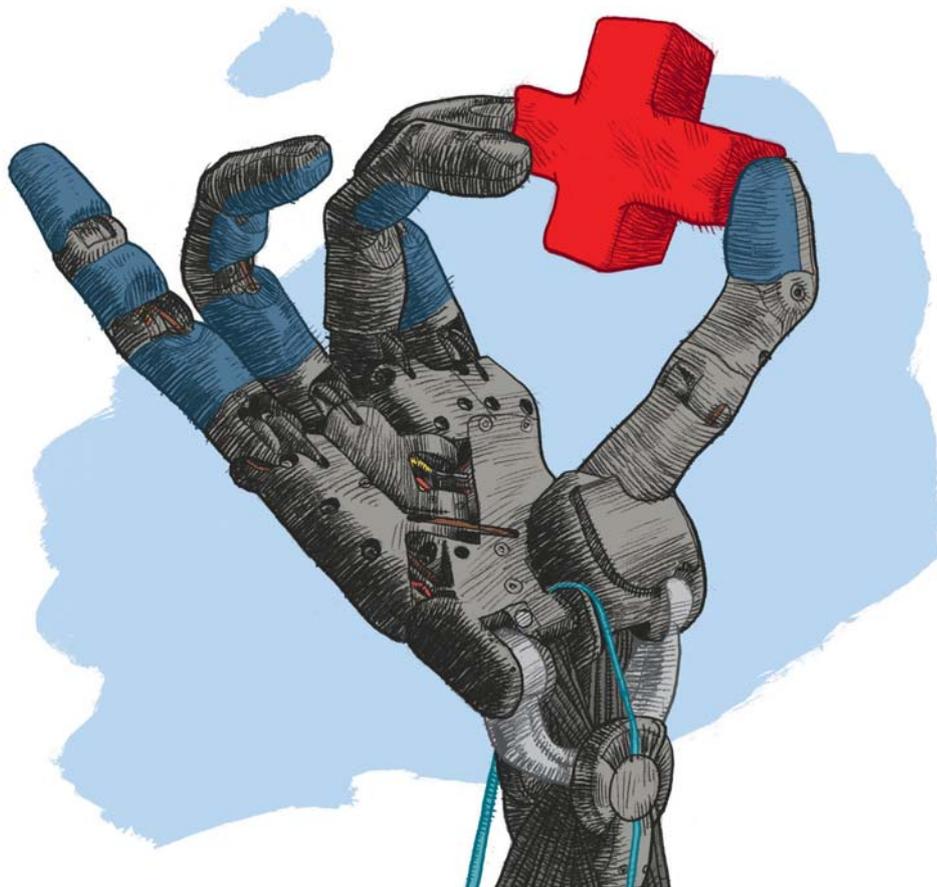


# KVH *journal*

## GKV 2060

*Wie zukunftsicher ist unser  
Gesundheitssystem?*



**KREBSREGISTER**

*Das Meldeverfahren im Überblick*

**ARZNEIMITTEL**

*Volumen und Richtgrößen für 2016*

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

## IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit  
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,  
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg  
Tel: 040 / 22802 - 655  
E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 2/2016 (Februar 2016)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Richtgrößen für die Verordnung von Arzneimitteln werden im Jahr 2016 nach Altersgruppen differenziert. Diese Neuerung haben wir nicht freiwillig eingeführt – sie steht schon lange im Gesetz, und unsere Argumente, warum diese Änderung nicht eingeführt werden könnte, sind uns mit einem höchstrichterlichen Urteil aus der Hand genommen worden. Eigentlich sind altersadaptierte Richtgrößen durchaus eine Verbesserung: Denn natürlich war es ungerecht, dass ein Arzt, der überdurchschnittlich viele alte und kranke Patienten versorgte, schneller an seine Budgetgrenzen stieß. Jetzt wird genauer unterschieden: Die Altersgruppen bekommen je nach ihrem Versorgungsbedarf unterschiedliche Werte zugewiesen (siehe Artikel auf Seite 22).

Das Problem ist: Wir nehmen Detailverbesserungen an einem System vor, das sein Verfallsdatum längst überschritten hat – ab 2017 kann es durch regionale Lösungen abgelöst werden. Richtgrößen sind problematisch, egal wie man sie zuschneidet. Soll der Arzt seine therapeutischen Entscheidungen bei einem bestimmten Patienten tatsächlich davon abhängig machen, wie teuer die Arzneimittelversorgung seiner anderen Patienten ist? Das ist die Logik des Budgets – und dass dies aus fachlicher Sicht nicht sachgemäß ist, liegt auf der Hand.

Natürlich kommt ein Solidarsystem nicht ohne einschränkende Regelungen aus. Über die Frage, wie der Umfang der Arzneimittelversorgung auf sinnvolle Weise zu begrenzen wäre, müssen wir diskutieren – innerhalb der Ärzteschaft, aber auch mit den Krankenkassen. Wir planen, in diesem Jahr einen Anlauf zur Reform des Systems zu nehmen und hoffen, hierzu in den Krankenkassen einen konstruktiven Gesprächspartner zu finden.

**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](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**SCHWERPUNKT**

- 06\_ Nachgefragt: Wie muss sich das Gesundheitssystem verändern, um zukunftsfähig zu werden?
- 08\_ “Wir brauchen mehr Ehrlichkeit“ – Interview mit Gesundheits-systemforscher Fritz Beske

**FORUM**

- 12\_ HNO für Ruanda: Wie sich Dr. Dirk Heinrich in Afrika engagiert

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 14\_ Fragen und Antworten
  - 16\_ Krebsregister: Was Sie über das Meldeverfahren wissen müssen
  - 18\_ SSB und Impfstoffe nur noch zu Lasten der Rezeptprüfstelle Duderstadt
- Barmer GEK: Versorgung mit Badenwannenliftern

**WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE**

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



## QUALITÄT

- 20\_** Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in der Praxis
- 21\_** Seminar: Datenschutz in der Praxis  
Qualitätssicherung: Stichprobenprüfung in der Kernspintomographie wird ausgesetzt

## ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 22\_** Arznei- und Heilmittelvereinbarung für 2016

## HISTORIE

- 28\_** IT: Vor 50 Jahren nahm die KV Hamburg ihre erste elektronische Datenverarbeitungsanlage in Betrieb

## RUBRIKEN

- 02\_** Impressum  
**03\_** Editorial

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 19\_** Verwaltungskostensätze; Bekanntmachungen im Internet

## NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 26\_** Gute Gesundheitsinformationen: Patienten bei der Orientierung im Dschungel helfen

## KOLUMNE

- 29\_** Hofmeisters Tagebuch

## KV INTERN

- 30\_** Steckbrief:  
Dr. Sandra Quantz  
**31\_** Terminkalender

## BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3: Michael Zapf; Seite 8: IGSF; Seite 12: ZDF; Seite 15: Felix Faller/Alinea; Seite 23, 24, 25: refresh(PiX); Seite 27: IQWiG; Seite 28: ZUSE, Hamburger Ärzteblatt; Seite 29: Felix Faller/Alinea;  
Icons: iStockfoto

## Wie muss sich das Gesundheitssystem verändern, um zukunftsfähig zu werden?

Wir haben drei Hamburger Ärztinnen um eine Stellungnahme gebeten



**Dr. Sabine Berninghaus**  
Fachärztin für Innere Medizin und  
für Kardiologie in Othmarschen

### Mehr Kooperation und Vernetzung

Mein besonderes Anliegen ist die intensive Betreuung und Beratung meiner Patienten im Sinne der „Sprechenden Medizin“. **Das vertrauensvolle Arzt-Patientenverhältnis ist und bleibt Kern einer zukunftsfähigen medizinischen Versorgung.** Großes Potential sehe ich in der Kooperation und dem Austausch zwischen Praxen und Kliniken: Die persönliche und digitale Vernetzung gewinnt an Bedeutung. So hat unsere Praxis im Rahmen einer Kooperation mit dem Klinikum Altona eine Hotline zu diensthabenden Ärzten und Oberärzten. Wir können uns direkt, von Kollege zu Kollege, austauschen. Das funktioniert sehr gut. Unsere Teams unterstützen sich auch personell. Für ambulante Herzkatheter-Untersuchungen, die wir am Klinikum durchführen, begleiten „Katheterschwestern“ aus unserem Praxisteam die Patienten, eine wichtige vertrauensbildende Maßnahme. Umgekehrt können zeitaufwändige Untersuchungen aus dem Klinikum zu uns in die Praxis verlagert werden. **Strukturen zu schaffen, die Kommunikation und Kooperation zwischen den einzelnen Akteuren fördern, das wird Aufgabe eines Gesundheitssystems für die Zukunft bleiben.** ■



**Dr. Petra Kapaun**

Fachärztin für  
Kinder- und Jugendmedizin  
in Eppendorf

## Mehr Prävention und Beratung

Das Gesundheitssystem muss sich den Anforderungen der modernen Gesellschaft anpassen. Heute werden wir Ärzte vor allem für die Behandlung von Krankheiten bezahlt. In Zukunft sollte die Erhaltung der Gesundheit als gleichberechtigte Aufgabe hinzukommen. Ich bin Kinder- und Jugendärztin, und das prägt meine Perspektive: Meine Patienten stehen am Anfang ihres Lebens und sind noch zu über 90 Prozent gesund. Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung stehen Prävention und Beratung. **Wir sehen, wie nützlich es ist, vorbeugend tätig zu sein und Krankheiten zu verhindern. Natürlich muss ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem für die Erkrankten sorgen, für Intensivpatienten und Notfälle. Doch es muss in zunehmendem Maße auch die Gesunden in den Mittelpunkt rücken.** Es muss Anlaufstellen einrichten und den Menschen helfen, mit ihren Ressourcen gut umzugehen, Stress und Krisen zu bewältigen – und gesund zu bleiben. ■



**Dr. Marianne Bartsch**

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
in Wilhelmsburg

## Mehr Zeit für die Patienten

Um unser Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen, müsste man vor allem eine Fehlentwicklung stoppen: die ständige Zunahme der Bürokratie. Wir werden dazu gezwungen, immer mehr zu dokumentieren. Einen großen Teil unserer Zeit und Energie wenden wir dafür auf, Zettel auszufüllen und Listen zu erstellen. Dafür gibt es Aufwandsentschädigungen, doch medizinische Leistungen sind in der Pauschale versenkt. Statt um den Patienten „als Papier“ würde ich mich lieber um den Patienten „als Mensch“ kümmern. Mit einer schnellen Tablette ist es ja in den seltensten Fällen getan. **Wenn ich einen Patienten angemessen versorgen will, muss ich die Möglichkeit haben, mich bei Bedarf mit ihm zusammzusetzen und in Ruhe zu überlegen: Was kann er tun, um seine Lebenssituation zu verbessern?** Persönliche Zuwendung dieser Art ist eine der Hauptaufgaben von Ärzten im Internet-Zeitalter. Doch welcher Arzt hat heute noch genug Freiraum für seine Patienten? Und wollen wir tatsächlich, dass dieser Freiraum künftig noch weiter eingeengt wird? ■

**PROFESSOR DR. FRITZ BESKE**

gilt als Nestor der Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Er studierte Medizin und Public Health, arbeitete für die WHO in Kopenhagen und war Staatssekretär des Sozialministeriums Schleswig-Holstein. Im Jahr 1975 gründete er das "Institut für Gesundheits-System-Forschung

Kiel" (IGSF) als gemeinnützige Stiftung, das er bis zu dessen Auflösung 2013 als Direktor führte. Im Jahr 2008 wurde er mit der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet. Soeben hat der 93-Jährige sein neuestes Buch ("Perspektiven des Gesundheitswesens") vorgelegt.

## INTERVIEW

# "Mehr Ehrlichkeit"

Ist unser Gesundheitssystem zukunftsfest? Der renommierte Wissenschaftler **Fritz Beske** erläutert, warum wir jetzt gegensteuern müssen, um die notwendige Versorgung auf Dauer sicherstellen zu können.

**Sie zeichnen in Ihrem neuen Buch ein ziemlich düsteres Bild von der Zukunft des deutschen Gesundheitssystems ...**

**Beske:** Ich zeichne ein realistisches Bild.

**Was ist das Problem?**

**Beske:** Das Hauptproblem ist der demographische Wandel. Die Bevölkerung altert und schrumpft. Bis zum Jahr 2060 werden in Deutschland etwa 13 Millionen Menschen weniger leben als heute. Diese Prognose bleibt nach Auffassung des statistischen Bundesamtes trotz des Zuzugs von Flüchtlingen im Wesentlichen gültig. Besonders kritisch ist die Entwicklung der Gruppe von Menschen im erwerbsfähigen Alter, also von 20 bis 66 Jahren. Diese Altersgruppe erarbeitet das Bruttoinlandsprodukt, zahlt die Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung. Die Größe dieser Gruppe verringert sich um 30 Prozent. Die nachwachsende Generation der unter 19-Jährigen

verringert sich um 25 Prozent. Einen Anstieg werden wir lediglich bei den über 67-Jährigen verzeichnen können: Die Größe dieser Gruppe nimmt um 36 Prozent zu.

**Was bedeutet das für unser Gesundheitssystem?**

**Beske:** Wir altern nicht bei besserer Gesundheit und sterben dann plötzlich. Der Preis für die längere Lebenszeit ist eine reduzierte Gesundheit. Das heißt: Der Versorgungsbedarf steigt. Gleichzeitig geht die Zahl derjenigen, die Beiträge zahlen, rapide zurück. Mehr Leistungen, weniger Geld – das ist eine ganz einfache Rechnung. Hinzu kommt ein gravierender Rückgang an medizinischen Fachkräften.

**Noch befindet sich das Gesundheitssystem auf Wachstumskurs ...**

**Beske:** Ja. Die Praxen sind voll, die Fallzahlen steigen. Die Medien bestärken die Patienten in ihrer Anspruchshaltung und zeigen, wie

sie diese Ansprüche durchsetzen können – notfalls vor Gericht. Wir haben in Deutschland den umfangreichsten Leistungskatalog der Welt, und es kommen immer mehr Leistungen hinzu. Das ist keine vorausschauende Politik. Wir sollten die Bevölkerung darauf vorbereiten, dass die Zeiten, in denen wir den Leistungskatalog immer mehr ausweiten konnten, bald vorbei sein werden.

**Welcher Politiker würde eine derart unpopuläre Diskussion anzetteln?**

**Beske:** Es hilft nichts: Wir brauchen ein öffentliches Bekenntnis der Politik, dass Einschränkungen unvermeidbar sind. In anderen Ländern ist das zur Verfügung stehende Geld schon heute wesentlich knapper, und man diskutiert ganz offen darüber, was sich die Solidargemeinschaft leisten kann.

**Wollen Sie tatsächlich Diskussionen wie in Großbritannien, wo**

man darüber streitet, was es kosten darf, einen Patienten einen Monat oder ein halbes Jahr länger am Leben zu erhalten?

**Beske:** Davon sind wir in Deutschland noch weit entfernt. Doch gerade beim Einsatz von Innovationen wird es schwierige ethische Debatten geben. Nehmen wir das Beispiel Krebs – das ist die zweithäufigste Krankheit. Die Arzneimittelkosten pro Fall liegen heute bei vielen Krebserkrankungen bei über 100.000 Euro pro Jahr. Und natürlich muss man darüber diskutieren: Welche Kriterien sind anzulegen, wenn es um die Kostenübernahme für neue, teure Medikamente und Therapien geht?

**Ist eine Rationierung von medizinischen Leistungen nicht ziemlich unsozial?**

**Beske:** Wir müssen sicherstellen, dass alle Menschen in Deutschland die notwendige Gesundheitsversorgung bekommen. Es darf niemand bevorzugt oder benachteiligt werden, doch die Betonung liegt auf „notwendig“. Das heißt: Wir müssen verhindern, dass einem Patienten das medizinisch Notwendige versagt wird, weil anderswo zu viele Leistungen erbracht werden, die medizinisch nicht begründet sind. Die ungerechteste und unsozialste Lösung wäre, wenn der Zufall über die Gewährung oder Ablehnung von Leistungen entscheidet. Solche Entscheidungen müssen von der Gesamtgesellschaft getroffen werden.

**Welche Leistungen wären verzichtbar?**

**Beske:** Man könnte beispielsweise freiwillige Leistungen der Krankenkassen begrenzen, die manchmal vor allem zu Werbezwecken angeboten werden und eher dem Wellnessbereich zuzuordnen sind. Wenn die Krankenkassen Früherkennungsuntersuchungen finanzieren, ist das gerechtfertigt. Es ist aber absurd, dass man den Krankenkassen das Geld entzieht, um Prävention zu bezahlen. Prävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe und muss aus Steuermitteln finanziert werden. Des Weiteren sollte man sich Leistungen ansehen, die der GKV von der Politik übertragen wurden, aber als eindeutig „versicherungsfremd“ zu bezeichnen

Wir sollten die Bevölkerung darauf vorbereiten, dass die Zeiten, in denen wir den Leistungskatalog immer mehr ausweiten konnten, bald vorbei sein werden.

sind: Förderung der Selbsthilfe beispielsweise oder der Patientenberatung, Kuren, Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes. Das alles gehört nicht zum Kernbereich der Gesundheitsversorgung. Eine wichtige Prämisse bei der Neubestimmung des Leistungskatalogs ist allerdings: Es darf überhaupt keine Leistung innerhalb der GKV geben, die nicht zur Disposition gestellt und nicht einer Güterabwägung unterzogen werden kann – abgesehen von der Notfallversorgung.

**Wer sollte über Leistungseinschränkungen entscheiden?**

**Beske:** Die Kunst der Politik besteht darin, eine kleine Expertengruppe zu bilden, die unabhängig ist und sich nur dem System verantwortlich fühlt und einen detaillierten Vorschlag zur Kürzung von Leistungen vorlegt. Dieser Expertengruppe sollten vor allem Ärzte angehören, die beurteilen können, was notwendig ist und wo eingespart werden kann. Die Entscheidung muss aber am Ende die Politik treffen.

**Denken Sie, die Ärzteschaft würde eine Regelung durch die Politik befürworten?**

**Beske:** Ich glaube, dass die Ärzte eine politische Entscheidung wünschen. Sie wissen, dass es künftig nicht mehr möglich sein wird, den Patienten alles zu bieten.

**Welche Steuerungsmöglichkeiten gäbe es sonst noch, um die Mittel sinnvoller einzusetzen?**

**Beske:** Es gab ja mal eine Art „Eintrittsgebühr“ für die ambulante Versorgung. Ich denke, etwas Ähnliches sollten wir wieder einführen. Wir haben zu viele Patienten in den Praxen – und durch eine Eintrittsgebühr könnte man sicherstellen, dass der Gang zum Arzt nicht gedankenlos erfolgt. Ein weiteres Steuerungsinstrument ist die Honorierung der Ärzte. Eine Pauschal-Vergütung setzt den Anreiz, dass Ärzte möglichst gesunde Patienten versorgen, die keinen hohen Aufwand machen. Ich würde vorschlagen, die Honorierung auf eine Einzelleistungsvergütung

umzustellen. Die Zahl der behandelten Patienten würde vermutlich von heute auf morgen auf die Hälfte sinken. Es gäbe weniger Wiedereinbestellungen. Die Ärzte hätten mehr Zeit für den einzelnen Patienten. Das würde nicht unbedingt zur Kostenersparnis beitragen. Es würde aber dafür sorgen, dass die Ressourcen gezielter eingesetzt werden.

### Brauchen wir eine bessere Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung?

**Beske:** Was Qualitätssicherung betrifft, sind wir im ambulanten Bereich wesentlich weiter als im stationären Bereich. In den Krankenhäusern herrscht diesbezüglich noch immer eine große Beliebigkeit: Es gibt zu wenig verbindliche Normen, zu wenig Kontrolle, kaum Sanktionierung bei Nicht-Einhaltung. Bis heute ist beispielsweise keine Mindestmenge für Geburten festgelegt worden. Die Krankenhausgesellschaft sitzt im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – und man kann vermuten, dass sie keinen Mindestmengen für Geburten zustimmt, weil dann eine Reihe von Krankenhäusern in ihrer Existenz gefährdet würde. Die Festsetzung von Mindestmengen darf aber nicht den Einzelinteressen der im G-BA vertretenen Akteure unterworfen sein. Wenn die Interessen der Träger des G-BA tangiert sind, sollte die Entscheidung grundsätzlich vom Staat getroffen werden. Zu seiner Unterstützung sollte das Bundesgesundheitsamt neu gegründet werden.

### Wäre ein größerer Einfluss des Staates tatsächlich besser?

**Beske:** Ich gebe Ihnen ein anderes

Beispiel: Bei einem Drittel der Entbindungen in Deutschland handelt es sich mittlerweile um Schnittentbindungen. Allerdings sind Schnittentbindungen ein Risiko für Mutter und Kind, und nur zehn Prozent der ausgeführten Schnittentbindungen sind medizinisch zwingend geboten. Viele Geburtshelfer sagen mir: Die Frauen wünschen einen Kaiserschnitt als „selbstbestimmte Entbindung“. Hinzu kommt aber: Die Schnittentbindung bringt einem Krankenhaus 1000 Euro mehr Honorar als eine normale Geburt. Und: Die Schnittentbindung kann geplant in der Kern-Arbeitszeit durchgeführt werden. Normale Geburten finden auch nachts oder am Wochenende statt.

Hier fehlt eine klare Richtlinie der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Der Staat sollte die Gesellschaft beauftragen, kurzfristig eine solche Leitlinie vorzulegen. Tut sie das nicht, muss der Staat handeln.

### Bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen plädieren Sie allerdings für mehr Freiraum für die regionalen Akteure. Warum?

**Beske:** Bei der Sicherstellung und Bedarfsplanung ist es nicht hilfreich, wenn die Politik zentralistisch durchregiert und detaillierte Vorgaben macht. Die Situation im Schwarzwald ist anders als an der Ostseeküste oder in München. Die Sicherstellung können die Akteure direkt vor Ort am besten organisieren: die KVen, die Gemeinden oder die Verbände. Es gibt dieses schöne Zitat von Ludwig Ehrhard: „Lasst sie doch machen!“ Das ist, was Deutschland groß gemacht hat: Man gibt den Beteiligten die

Möglichkeit zu handeln. Die KVen müssen sich allerdings in Zukunft verstärkt zu einem wertorientierten Handeln bekennen und eingreifen, wo eingegriffen werden muss. Mehr gestalten, weniger verwalten! Das erfordert Mut und Konsequenz.

### Wie lange dauert es Ihrer Meinung nach noch, bis sich die Überzeugung durchsetzt, dass das Gesundheitssystem dem demographischen Wandel angepasst werden muss?

**Beske:** Im persönlichen Gespräch bestreitet niemand, dass wir möglichst bald handeln müssen. In der öffentlichen Debatte brauchen wir allerdings mehr Ehrlichkeit. Je schneller wir den Kurswechsel im Gesundheitswesen vollziehen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die schmelzenden Ressourcen künftig nicht per Zufall, sondern medizinisch begründet und gerecht eingesetzt werden. ■

*Interview: Martin Niggeschmidt*



„Das ist wirklich mein allerletztes Buch, aber auch das brisanteste.“  
(Prof. Dr. Fritz Beske)

# Mit wenig Mitteln viel bewirken

Dr. Dirk Heinrich ist den meisten Ärzten vor allem als Berufspolitiker ein Begriff. Bei der TV-Gala zugunsten von „Ein Herz für Kinder“ erfuhr die Öffentlichkeit auch von seinem Engagement in Ruanda.

**D**er Hamburger HNO-Arzt Dr. Dirk Heinrich saß schon etliche Male vor Fernsehkameras, um sich den Fragen von TV-Journalisten oder Moderatoren zu stellen. Doch bislang war es bei diesen Auftritten immer um seine Expertise als berufspolitisch aktiver Arzt gegangen – schließlich ist Heinrich nicht nur Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, sondern auch Präsident des Berufsverbandes der HNO-Ärzte, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes und Vorstandsvorsitzender des bundesweit tätigen Spitzenverbandes Fachärzte (SpiFa).

Doch bei seinem Auftritt in der ZDF-Gala mit Johannes B. Kerner zugunsten von „Ein Herz für Kinder“, die am 5. Dezember 2015 live übertragen wurde, spielte Berufspolitik ausnahmsweise einmal gar keine



Dr. Dirk Heinrich und die Schauspielerin Christine Neubauer in einem TV-Beitrag über das Hilfsprojekt "HNO für Ruanda"

Rolle. Stattdessen ging es um das Hilfsprojekt „HNO für Ruanda“, das Heinrich bereits seit 2009 engagiert begleitet. Für die Produktion eines kurzen Films, der während der Spendengala eingeblendet wurde, hatte ihn die Schauspielerin Christine Neubauer in das ostafrikanische Land begleitet. Im Filmbeitrag sieht

man, wie Dr. Dirk Heinrich ein vierjähriges Mädchen untersucht und operiert. Das Kind war infolge wiederholter Mittelohrentzündungen sehr schwerhörig und hatte infolge seiner Schwerhörigkeit nicht richtig sprechen gelernt. „Man kann das Problem mit einem kleinen Schnitt ins Trommelfell beheben“, erklärt Heinrich im Film. Und Christine Neubauer wirbt um Spenden aus Deutschland: „Eine OP für 50 Euro kann das Leben eines Kindes für immer verändern.“

Tatsächlich kann man in Ruanda als Arzt mit wenig Mitteln viel bewirken. Weil es in Ruanda für eine Million Kinder nur einen HNO-Arzt gibt, werden HNO-Erkrankungen bei den meisten Kindern nicht behandelt. „Alle Krankheitsbilder sind sehr ausgeprägt. Ich habe bei meinem ersten Aufenthalt in Ruanda in nur einer Woche sämtliche Komplikationen einer Mittelohrentzündung

gesehen, viele davon kannte ich zuvor nur aus dem Lehrbuch“, erzählt Dr. Heinrich, „da gab es Kinder, die an einer einfachen Mittelohrentzündung beinahe gestorben wären.“ Diese Eindrücke ließen ihn nicht mehr los: „Einfach zurückzukehren in meine gut ausgestattete Praxis in Hamburg und weiterzuarbeiten wie bisher, das wäre nicht in Frage gekommen.“

Zweimal pro Jahr fliegt Dr. Dirk Heinrich deshalb nach Ruanda, um für den eigens gegründeten Verein „HNO für Ruanda“ Kinder zu operieren, Krankenhäuser besser auszustatten und sich an der Ausbildung von Assistenzärzten zu beteiligen. Gemeinsam mit den ruandischen Behörden, mit den wenigen vorhandenen HNO-Ärzten, mit der nationalen Universität und mit der Regierung hat der Verein ein vierjähriges Curriculum entwickelt, nach dem seit 2010 HNO-Ärzte in Ruanda ausgebildet werden. Die deutschen Kollegen helfen bei der technischen Ausstattung und bei der Ausbildung des Nachwuchses. „Dabei handelt es sich in der Regel um Ärzte, die zuvor schon etliche Jahre als Allgemeinmediziner gearbeitet haben. Sie müssen sich verpflichten, nach ihrer HNO-Weiterbildung mindestens fünf Jahre in Ruanda zu arbeiten“, erzählt Dr. Heinrich.

Die ruandische Regierung wiederum hat sich verpflichtet, jedes Jahr zwei bis drei Assistenzärzte einzustellen und auch zu bezahlen. „Das haben sie bislang auch getan“, berichtet Heinrich. Er freut sich über

### HNO für Ruanda

Hier können Sie spenden:  
**HNO für Ruanda**  
**Dt. Apotheker und Ärztebank**  
**Kto.-Nr. 0003702286**  
**BLZ 300 606 01**

Der Verein „HNO für Ruanda“ wurde vom Präsidium des Berufsverbandes der HNO-Ärzte ([www.hno-aerzte.de](http://www.hno-aerzte.de)), dem Dozentenkanzler, dem Direktor des Wissenschaftlichen Instituts für angewandte HNO-Heilkunde (WIAHNO) und dem Justiziar des HNO-Verbandes gegründet. Er dient ausschließlich dem Zweck, alle gespendeten Gelder dem Projekt zukommen zu lassen.

den Rückhalt, den sein Verein bei den staatlichen Stellen hat: „Neben unseren medizinischen haben wir hier auch diplomatische Aufgaben. Immerhin war Deutschland einmal Kolonialmacht in Ruanda. Und am Genozid von 1994 waren auch staatliche Stellen beteiligt. Der Umgang mit den ruandischen Behörden erfordert also in vielerlei Hinsicht großes Fingerspitzengefühl.“ Das umsichtige Vorgehen der deutschen Kollegen trägt mittlerweile erste Früchte: 2014 hat das Weiterbildungsprogramm die ersten Absolventen hervorgebracht, wodurch sich die Zahl der HNO-Ärzte in Ruanda verdoppelt hat.

Doch dieser Erfolg ist nicht der einzige Grund, warum es Dr. Heinrich und seine HNO-Kollegen immer wieder nach Ruanda zieht. „Dort kann man ganz einfach so ärztlich tätig sein, wie man es sich ursprünglich einmal vorgestellt hat, und man lernt unglaublich viel“, sagt er. „Außerdem gewinnt man

einen ganz anderen Blick auf unser hiesiges Gesundheitssystem, in dem wir uns mit so vielen ‚Luxusproblemen‘ beschäftigen müssen, die eigentlich gar keine Probleme sind.“ Als Beispiel nennt Dr. Heinrich die Terminservicestellen, die ab 2016 von den KVen eingerichtet werden müssen, um die vermeintlich zu langen Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen: „Würden die 30 Millionen Euro, die von den KVen jetzt in den Aufbau völlig unsinniger Terminservicestellen gesteckt werden müssen, in die ärztliche Weiterbildung in Afrika fließen, dann wären das pro Staat etwa eine halbe Million Euro. Damit wäre dort so viel gewonnen.“

Auf derartige Summen kann das HNO-Hilfsprojekt leider nicht zurückgreifen. Doch immerhin kamen nach der Spendengala im Fernsehen einige tausend Euro zusätzlich für den Verein „HNO für Ruanda“ zusammen. Außerdem hat die Initiative „Ein Herz für Kinder“ inzwischen regelmäßige Zuwendungen aus ihrem allgemeinen Spendentopf für das Projekt bewilligt: „Davon können wir zum Beispiel Untersuchungsmikroskope anschaffen“, erklärt Dr. Heinrich, „denn wo wir HNO-Ärzte arbeiten – in Ohr, Nase und Hals – da ist es dunkel. Es ist unsere Aufgabe, Licht ins Dunkel zu bringen.“ ■

**ANTJE THIEL**

# 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

## IMFPUNGEN

**Brauche ich eine schriftliche Einverständniserklärung von Patienten, die geimpft werden sollen? Und in welchem Umfang muss ich die Patienten vor der Impfung aufklären?**

Es genügt, wenn die Patienten der Impfung mündlich zustimmen. Auch bei Kindern wäre die mündliche Zustimmung eines anwesenden Erziehungsberechtigten ausreichend. Es ist aber empfehlenswert, eine Einverständniserklärung für die Impfung des Kindes von einem Erziehungsberechtigten unterschreiben zu lassen. Die Aufklärung vor einer Impfung umfasst folgende Punkte (s. Schutzimpfungs-Richtlinie III. Pflichten der Beteiligten § 7 Aufklärungspflichten der impfenden Ärzte):

- Informationen über den Nutzen der Impfung und die zu verhütende Krankheit,
- Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen, Komplikationen und Kontraindikationen,
- Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung,
- Informationen über Beginn und Dauer der Schutzwirkung,
- Hinweise zu Auffrischimpfungen.

## PSYCHOTHERAPIE

**Darf ein psychologischer Psychotherapeut einen Hausbesuch abrechnen?**

Grundsätzlich sollen Psychotherapien in der vertragsärztlichen Versorgung in den Praxisräumen des Psychotherapeuten abgehalten werden. Wenn ein Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht in der Praxis aufsuchen kann, ist ein Hausbesuch durch den Therapeuten möglich. In diesen Fällen können die GOPs 01410 bis 01413 und 01415 EBM und die dazugehörige Wegepauschale abgerechnet werden. Besuche aus Gefälligkeit, wegen örtlicher Gegebenheit oder aufgrund sonstiger, nicht durch die Art der Erkrankung bedingter Umstände können nicht abgerechnet werden.

## EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERTENKARTE

**Es kommt vor, dass wir Patienten behandeln, die eine europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) vorlegen. In diesen Fällen füllen wir für die aushelfende deutsche Krankenkasse das Muster 80 und 81 aus. Ist dies auch notwendig, wenn der Patient einen Überweisungsschein vorlegt?**

Ja. Auch der Arzt, der die Überweisung annimmt, muss das Muster 80 und 81 ausfüllen.

Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) →  
Beratung und  
Information → Fragen  
und Antworten



#### IMPFAUSWEISE

### Stimmt es, dass die Impfausweise für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen über den Paul-Albrechts-Verlag zu beziehen sind?

Ja. Seit dem 1. Januar 2016 werden diese Impfausweise kostenfrei direkt beim Paul-Albrechts-Verlag bestellt. Hierfür nutzen Sie bitte das übliche Bestellformular des Paul-Albrechts-Verlages.

#### ABRECHNUNGSUNTERLAGEN

### Welche Dokumente müssen bei der Quartalsabrechnung noch in Papierform eingereicht werden?

Folgende Dokumente werden in Papierform eingereicht:

- die im Online-Portal ausgefüllte und unterzeichnete Sammelerklärung
- die abgestempelten und unterzeichneten Original- bzw. Überweisungsscheine der Sozialbehörde (Sozi) und der Asylstellen (AS)
- Behandlungsscheine von Patienten aus dem Ausland, die nicht über die europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) abgerechnet werden
- sofern die elektronische Gesundheitskarte nicht eingelesen wurde, müssen die provisorischen Ersatzbescheinigungen mit eingereicht werden

Laborärzte müssen auch die Überweisungsscheine von Patienten aus dem Ausland einreichen, die über die europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) abgerechnet werden.

#### RÖNTGENBILDER

### Dürfen Röntgenbilder an den Patienten oder an den weiterbehandelnden Arzt weitergegeben werden?

Ja, wenn dadurch eine weitere Untersuchung mit Röntgenstrahlung vermieden werden kann. Der weiterbehandelnde Arzt muss die Röntgenbilder jedoch wieder an den Erstbehandler zurückgeben, wenn er sie nicht mehr benötigt. Die Aufbewahrungspflicht fällt jenem Arzt zu, der die Röntgenbilder erstellt hat.

#### IMMUNOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

### Ist es richtig, dass eine Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline (GOP 32427) nur durchgeführt werden darf, wenn das Ergebnis eines Haut- und/oder Provokationstests vorliegt?

Ja, die Partner der Bundesmantelverträge haben das mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 beschlossen. Die Regelung gilt allerdings nicht für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

Infocenter Tel: 22802-900



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



# Meldungspflicht zu Krebserkrankungen

Ärzte, die Krebspatienten versorgen, müssen Behandlungsdaten an das Krebsregister melden. Wie das funktioniert und was es zu beachten gibt – hier das Wichtigste im Überblick.

Seit 1926 gibt es in Hamburg ein epidemiologisches Krebsregister, das Daten über Diagnosen, Todesfälle und ihre Verteilung nach Wohnort, Alter und Geschlecht sammelt. 2014 wurde zusätzlich mit der flächendeckenden klinischen Krebsregistrierung begonnen. Seither sind onkologisch tätige Ärzte verpflichtet, auch Behandlungsverläufe zu melden. Die Freie und Hansestadt Hamburg hat als erstes Bundesland ein Gesetz erlassen, das diese Verpflichtung für alle Ärzte festschreibt und mit drakonischen Maßnahmen droht, falls dieser Pflicht nicht nachgekommen wird. Auch wenn die erhobenen Daten es ermöglichen, Therapien und Heilungschancen zu vergleichen und die Versorgung von Krebspatienten zu optimieren, hält die KV Hamburg den von der Stadt Hamburg eingeschlagenen Weg für übertrieben und überreguliert. Gleichwohl – das Gesetz gilt und muss beachtet werden.

## WER MUSS MELDEN?

Zur Meldung verpflichtet sind nicht nur die onkologischen Spezialpraxen, sondern alle ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krebspatienten versorgen. Die Meldung ist gesetzlich vorgeschrieben. Eine Nichtbeachtung der Meldevorschrift gilt als Ordnungswidrigkeit und kann mit einer Geldbuße geahndet werden.

## WELCHE DATEN MÜSSEN ÜBERMITTELT WERDEN?

Es gibt bestimmte Ereignisse im Krankheitsverlauf, die im Hamburgischen Krebsregistergesetz als Meldeanlässe definiert wurden.

Meldeanlass	Vergütung
1. Stellung der Diagnose nach hinreichender klinischer Sicherung	18€
2. histologische, zytologische oder labortechnische Sicherung der Diagnose	4€
3. Beginn einer therapeutischen Maßnahme	5€
4. Abschluss einer therapeutischen Maßnahme	5€
5. Feststellung einer therapielevanten Änderung des Erkrankungsstatus	8€
6. Sterbefall	8€*

\*Die Vergütung von Sterbefallmeldungen als Verlaufsdaten mit 8€ oder als Abschlussdaten mit 5€ war bei Redaktionsschluss noch nicht abschließend geklärt.

Die Praxis meldet nur Angaben zu diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, die in ihrem Verantwortungsbereich geschehen: Die strahlentherapeutische Praxis meldet die von ihr durchgeführte Strahlentherapie, die chirurgische Praxis die von ihr durchgeführte Operation. (Dass hausärztliche Praxen melden, kommt vergleichsweise selten vor – nur dann beispielsweise, wenn dort die gesicherte Diagnose gestellt wurde.) Die Daten werden vom Krebsregister zu den jeweiligen Patienten und Erkrankungsfällen zusammengeführt. Grundsätzlich werden nur Therapien zur direkten Bekämpfung des Tumors gemeldet – keine symptomatischen Begleittherapien.

### WIE MELDE ICH?

Die Datenübermittlung soll innerhalb von acht Wochen nach dem Meldeanlass erfolgen. Dafür muss der bundeseinheitliche Datensatz verwendet werden, der auf der Website des Hamburgischen Krebsregisters zu finden ist ([www.hamburg.de/krebsregister](http://www.hamburg.de/krebsregister) → service). Dadurch werden die Daten erstmals standardisiert und sind bundesweit vergleichbar.

Die Meldung erfolgt elektronisch. Im ersten Quartal 2016 wird ein Meldeportal zur Verfügung stehen, das eine sichere Übermittlung der Daten gewährleistet.

### GIBT ES EINE AUFWANDSENTSCHÄDIGUNG?

Ja. Die Höhe der Vergütung für die jeweiligen Meldeanlässe finden Sie in der nebenstehenden Tabelle. Voraussetzung für eine Aufwandsentschädigung ist, dass bei der Meldung die Kasse und die Krankenversicherungsnummer des Patienten angegeben werden. Das Krebsregister zahlt das Geld nach Prüfung durch die Kassen direkt auf das Konto, das die Praxis bei der Übermittlung ihrer Kontaktdaten angegeben hat. Die Höhe der Vergütung wurde erst 2015 festgesetzt. Für die seit dem 1. Juli 2014 gelieferten Daten wird die Vergütung noch ausbezahlt.

### MUSS DER PATIENT MIT DER MELDUNG EINVERSTANDEN SEIN?

Der Patient muss schriftlich über die geplante Meldung, die Aufgaben des Hamburgischen Krebsregisters und über sein Widerspruchsrecht unterrichtet werden. Die entsprechen-

den Informationsflyer und Broschüren stellt das Hamburgische Krebsregister zur Verfügung ([www.hamburg.de/krebsregister](http://www.hamburg.de/krebsregister) → service). Der Patient kann einer Datenübermittlung generell widersprechen. Dann erhält das Krebsregister keine Information. Der Patient kann allerdings auch nur der Speicherung der personenidentifizierenden Klartextdaten (Namen, Anschrift, Geburtsdatum) widersprechen. Das ist dem Krebsregister bei der Meldung mitzuteilen.

### AN WEN KANN ICH MICH WENDEN, WENN ICH FRAGEN HABE?

Unter folgendem Kontakt stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hamburgischen Krebsregisters für Auskünfte, Anfragen sowie die Bestellung von Unterlagen zur Verfügung:

#### Hamburgisches Krebsregister

Billstraße 80a

Tel: 42837-2211

Fax: 427 31 0094

E-Mail: [hamburgischeskrebsregister@bgv.hamburg.de](mailto:hamburgischeskrebsregister@bgv.hamburg.de)

[www.hamburg.de](http://www.hamburg.de/krebsregister/)

[www.hamburg.de/krebsregister/](http://www.hamburg.de/krebsregister/)

Fortbildungsveranstaltungen zur onkologischen Dokumentation finden jeden ersten Mittwoch im Monat von 15:30 Uhr bis 18:30 Uhr in der Billstraße 80a statt. Um Anmeldung wird gebeten.



# SSB und Impfstoffe nur noch zu Lasten der Rezeptprüfstelle Duderstadt

Immer wieder gibt es Nachfragen zum korrekten Umgang mit Sprechstundenbedarfs-Rezepten und Impfstoff-Anforderungen. Bereits seit über einem Jahr hat die Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) die Abwicklung der beiden Bereiche übernommen. Seither müssen folgende Daten zum Kostenträger angegeben werden:

**Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD)**  
**Institutskennzeichen (IK) 10 20 4049 9**  
**Vertragskassennummer (VKNR) 02900**

Sprechstundenbedarfs-Rezepte und Impfstoff-Anforderungen können nur noch zu Lasten der Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) ausgestellt werden. Der alte Kostenträger (Barmer GEK) ist nicht mehr zuständig. ■

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

## Versicherten der Barmer GEK: Versorgung mit Badewannenliftern

Die Barmer GEK hat im Rahmen einer Ausschreibung neue Verträge über die Versorgung mit Badewannenliftern (Produktgruppe 04) geschlossen. Je nach Wohnort des jeweiligen Versicherten ist ein Vertragspartner exklusiv für die Lieferung zuständig. Für Hamburger Patienten hat folgende Firma den Zuschlag bekommen:

ThiesMediCenter GmbH,  
 Gasstraße 44, 25524 Itzehoe,  
 Tel: 04821/88880 ■

Eine Übersicht der Vertragspartner in den anderen Regionen finden Sie unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Verordnung → Hilfsmittel → Information vom 1.12.2015

Die Versicherten können sich mit ihren Rezepten an die Barmer GEK oder direkt an den jeweils zuständigen Lieferanten wenden.

**Beschluss der Vertreterversammlung am 10.12.2015 „Haushalt 2016“****Verwaltungskostensätze 2016**

1.1 Die Vertreterversammlung beschließt, als Beitrag zur Deckung der Verwaltungskosten 2,50 % von den über die KVH abgerechneten Umsätzen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 59 Abs. 1 Satz 1 der Satzung zu erheben.

Für alle – soweit zulässig – nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragsatz 3,00 %.

1.2 Für die Abrechnung der Leistungen (nichtärztliche Dialyseleistungen) nach § 126 Abs. 5 SGB V wird der Beitragssatz nach Ziffer 1 vertragsgemäß – derzeit 0,2 % – für die Abrechnung des Familienplanungszentrums auf 1,0 % festgesetzt.

1.3 Für die Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen durch nicht nach der Notdienstordnung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst Hamburg berechnete Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen werden 2,40 % vom Umsatz als Gebühr gemäß § 51 Abs. 1 Satz 2 der Satzung erhoben. Für alle – soweit zulässig – nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragsatz 3,00 %.

1.4 Für die Finanzierung von Sicherstellungsaufgaben wird ein Verwaltungskostenbeitragsatz von 0,3 % vom Umsatz nach Nr.1.1 erhoben.

1.5 Bei einer Bereinigung der MGV wegen des Beitritts von Versicherten zu einem Vertrag

gem. §§ 73b, 73c und 140a ff SGB V werden gesonderte Gebühren gem. § 59 Abs. 1 Satz 3 der Satzung bei denjenigen Ärzten und Psychotherapeuten erhoben, bei denen Versicherte eingeschrieben sind. Die Gebühr wird auf den Anteil des Arztes oder Psychotherapeuten an der quartalsbezogenen Bereinigungssumme des jeweiligen Vertrages erhoben, errechnet aus der Anzahl der beim Arzt oder Psychotherapeuten eingeschriebenen Versicherten. Für die Höhe der Gebühr findet der Verwaltungskostensatz nach Ziff. 1.1. und der Sicherstellungsbeitrag nach Ziff. 1.4 entsprechende Anwendung. Die Erhebung der Gebühr erfolgt im Wege der Verrechnung mit einem Vergütungsanspruch gegen die KVH.

1.6 Die Regelung tritt mit der Abrechnung für das IV. Quartal 2015 in Kraft.

**Verwaltungskostensatz Eigenanteil Finanzierung Neubau für das Jahr 2016**

Die Vertreterversammlung beschließt, als Eigenbeitrag zur Finanzierung des Neubaus 0,50 % von den über die KVH abgerechneten Umsätzen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 59 Abs. 1 Satz 1 der Satzung zu erheben.

Die Regelung tritt mit der Abrechnung für das I. Quartal 2015 in Kraft und gilt bis zum IV. Quartal 2016.

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

**Amtliche Veröffentlichung**

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

Hinweis:

- In den DMP-Verträgen wurden neue Listen zu den teilnehmenden Betriebskrankenkassen angefügt. Grund hierfür sind die Fusionen der BKK DEMAG-KRAUSS-MAFFEI mit der BKK VBU, der BKK family mit der BKK ProVita und der BKK S-H mit der BKK VBU jeweils zum 1. Januar 2016.

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

**Ansprechpartner  
Infocenter: Tel: 22802 – 900**

# Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in der Praxis

Jedes Unternehmen – also auch jede Arztpraxis – ist verpflichtet, einen Betriebsarzt und eine Sicherheitsfachkraft (Sifa) schriftlich zu bestellen. Der Arbeitgeber ist verantwortlich für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz seiner Angestellten und hat dies zu organisieren; die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) unterstützt dabei.

besucht wird, um auch bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung, der Erstellung von Betriebsanweisungen und Unterweisungen zu unterstützen.

- Bei Unternehmen mit mehr als zehn Beschäftigten besteht die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung aus der Grundbetreuung je nach Gefahrenklasse (beispielsweise Gefahrenklasse III: halbe Stunde gemeinsame Einsatzzeit für Betriebsarzt und Sifa pro Jahr und Beschäftigtem) und dem zusätzlichen betriebspezifischen Teil der Betreuung, der mit dem Betriebsarzt und der Sifa gesondert zu verabreden ist.

## BETREUUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR ARBEITSSICHERHEIT UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Regelbetreuung		alternative Betreuung
bis 10 Beschäftigte	mehr als 10 Beschäftigte	bis 50 Beschäftigte
Grundbetreuung:  Fachkraft für Arbeitssicherheit oder Betriebsarzt unterstützen als Erstberatende bei der Gefährdungsbeurteilung	Grundbetreuung:  Feste Einsatzzeiten für Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit	Unternehmensschulung:  Unternehmer qualifiziert sich in Schulung und organisiert den Arbeitsschutz selbst
Plus anlassbezogene Betreuung	Plus betriebsspezifische Betreuung	Plus bedarfsorientierte Betreuung

### REGELBETREUUNG

- Bei bis zu zehn Beschäftigten besteht die Regelbetreuung aus der Grundbetreuung und – wenn erforderlich – einer zusätzlichen anlassbezogenen Betreuung von Betriebsarzt oder Sifa. Für die Grundbetreuung ist es ausreichend, wenn die Praxis alle fünf Jahre von einer Sicherheitsfachkraft oder dem Betriebsarzt

### ALTERNATIVE BETREUUNG

Für Praxisinhaber mit bis zu fünfzig Beschäftigten besteht die kostengünstigere Möglichkeit, die sogenannte „alternative Betreuung“ zu wählen. Hierbei nimmt der Praxisinhaber die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz selbst in die Hand. Dazu ist es zunächst erforderlich, ein Halbtagsseminar als Grundschulung zu absolvieren.

Ziel des Seminars der Grundschulung ist es, Nutzen und Aspekte der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes kennenzulernen und Praxispersonal unterweisen zu können. Außerdem soll der Praxischef unter anderem dazu befähigt werden, die Gefährdungsbeurteilung selbst vorzunehmen und zu entscheiden, wann er Betriebsarzt und/oder Sifa hinzuziehen muss für eine bedarfsorientierte Betreuung.

Einer verantwortlichen Arzthelferin / MFA kann (nach einer Pflichtenübertragung gem. BGI 508 und Teilnahme an dem Seminar) die →



Verantwortung für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz stellvertretend für den Praxisinhaber übertragen werden.

Über 90 Hamburger Arztpraxen haben bereits an einer Grundschulung mit Erfolg teilgenommen und sich für die „alternative Betreuung“ entschieden. ■

Grundschulung für Unternehmer  
in den Räumen der KV Hamburg

**Mi. 17.2.2016 (15-20 Uhr)**

**Fr. 19.2.2016 (15-20 Uhr)**

#### 8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Euro 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99,  
20097 Hamburg

#### Anmeldeformulare bei:

**AV-2 Arbeits- und**

**Verkehrsmedizinische**

**Untersuchungsstelle /**

**Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer,**

**Tel: 278063-47, Fax: 278063-48,**

**E-Mail [betriebsarzt@dr-bandomer.de](mailto:betriebsarzt@dr-bandomer.de)**

## Stichprobenprüfung in der Kernspintomographie wird ausgesetzt

Bis Ende 2017 wird die KV Hamburg keine Stichprobenprüfungen in der Kernspintomographie mehr durchführen. Die KBV hat den KVen mitgeteilt, dass die Stichprobenprüfungen in der Kernspintomographie für zwei Jahre reduziert oder ganz ausgesetzt werden können.

Aufgrund der guten Ergebnisse der vergangenen Jahre hat sich die KV Hamburg dazu entschlossen, von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, diese Prüfungen ganz auszusetzen. Bis zur geplanten Wiedereinführung der Prüfverpflichtung Anfang 2018 soll die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie des G-BA für die Kernspintomographie weiterentwickelt werden.

Die Stichprobenprüfung für die MR-Angiographie wird weiterhin vom Kompetenzcenter durchgeführt.

#### Ansprechpartner:

**Abteilung Qualitätssicherung**

**Thomas Müller, Tel: 22802-552**

## Datenschutz-Seminar für Fortgeschrittene

Aufbauend auf unserem Seminar „Datenschutz in der Arztpraxis“ bietet dieses Seminar die Gelegenheit, sich über Neuerungen und aktuelle Entwicklungen zu informieren. Zielgruppe sind Praxisinhaber, Datenschutzbeauftragte der Praxis und Praxispersonal.

Die Teilnehmer erfahren, wie man einen Datenschutz-Check in der eigenen Praxis durchführt, in welchem Rahmen Patientendaten weitergegeben werden dürfen und wie man Datensicherheit bei Nutzung moderner Hard- und Software gewährleistet. Außerdem werden Fallbeispiele aus der Praxis diskutiert. ■

#### 10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Mi. 2.3.2016 (9:30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

**€ 149 inkl. Imbiss und Getränke**

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99,  
20097 Hamburg

#### Auskunft und Anmeldung:

**Abteilung Qualitätssicherung**

**Ursula Gonsch, Tel: 22802-633**

**[ursula.gonsch@kvhh.de](mailto:ursula.gonsch@kvhh.de)**

**Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889**

**[birgit.gaumnitz@kvhh.de](mailto:birgit.gaumnitz@kvhh.de)**

**Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858**

**[sabrina.pfeifer@kvhh.de](mailto:sabrina.pfeifer@kvhh.de)**



# Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2016

Krankenkassen und KV haben sich darauf geeinigt, die bisherige Systematik der Arzneivereinbarung sowie die der Richtgrößenvereinbarung für 2016 beizubehalten. Zur Weiterentwicklung des Ausgabenvolumens und der Verordnungsziele wurden die Empfehlungen aus den Rahmenvorgaben der Bundesebene (KBV und GKV-Spitzenverband) übernommen. Die Richtgrößen für 2016 wurden nach Altersgruppen neu berechnet und festgelegt.

Hier die Verhandlungsergebnisse im Einzelnen:

## 1. Arzneimittelvolumen 2016

Die Kosten für die Hepatitis-C-Mittel werden für 2014, 2015 und 2016 aus den jeweiligen Ausgabenvolumina „ausgegliedert“ und separat ausgewiesen. Für den Arzneimittelbedarf 2016 wurde mit den Kassen ein Ausgabenvolumen

von ca. 857 Millionen vereinbart. Hinzu kommt für 2016 eine Summe von 88 Millionen für die Hepatitis-C-Mittel, die auf Basis der Netto-Ist-Kosten für das erste Halbjahr 2015 festgelegt wurde.

## 2. Altersadaptierte Richtgrößen 2016

Auf Basis des vereinbarten Ausgabenvolumens von ca. 857 Millionen wurden für 2016 die Richtgrößen für die unverändert gebliebenen Richtgrößengruppen (Fachgruppen) neu errechnet. Hierbei müssen wir gemäß der aktuellen Rechtsprechung die bisherige Berechnungsweise ändern. Statt der Gruppen M/F (Mitglieder/Familienversicherte) und R (Rentner) werden künftig folgende Altersgruppen berücksichtigt:

Versicherte von 0 - 15 Jahre; 16 - 49 Jahre; 50 - 64 Jahre; 65 Jahre und älter (siehe Tabelle 1).

**TABELLE 1: RICHTGRÖSSEN FÜR ARZNEI- UND VERBANDMITTEL 2016**

Richtgrößengruppen	Altersgruppe 0 – 15 Jahre RG	Altersgruppe 16 – 49 RG	Altersgruppe 50 – 64 RG	Altersgruppe 65 + RG
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	12,24	20,29	50,91	91,07
Augenheilkunde	1,62	5,35	10,43	18,04
Chirurgie	2,41	7,67	13,04	16,57
Gynäkologie	7,55	9,40	28,15	31,11
HNO	8,50	17,25	10,36	4,12
Haut- und Geschlechtskrankheiten	12,54	25,56	29,90	29,68
Innere Medizin, hausärztlich	25,68	43,80	94,44	124,45
Innere Medizin, fachärztlich; ohne Schwerpunkt	43,88	27,82	53,67	98,34
Innere Medizin, fachärztlich; Schwerpunkt Kardiologie	4,33	18,59	23,96	35,11
Innere Medizin, fachärztlich; Schwerpunkt Gastroenterologie	149,87	309,64	338,57	463,41
Innere Medizin, fachärztlich; Schwerpunkt Pneumologie/Pulmologen	52,44	62,76	86,99	107,84
Kinderheilkunde	22,88	215,56	59,39*	103,48*
Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ohne KJP	100,71	199,90	142,10	96,91
Orthopädie	1,07	13,37	28,29	27,16
Urologie	25,26	12,36	32,23	85,45

\*Kosten und Fälle in höheren Altersgruppen resultieren aus kinderärztlichen Betriebsstätten, die nicht rein kinderärztlich tätig sind. Nicht genannten Fachgruppen wurde keine Richtgröße zugeordnet.

### 3. Verordnungsziele

Zur Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven wurden wie in den Vorjahren folgende Ziele vereinbart:

- Generell soll der Verordnungsanteil von Analogpräparaten (Metoopräparate) gesenkt werden, die keinen relevanten höheren therapeutischen Nutzen haben, aber mehr kosten. Typische Vertreter für diese Gruppe waren und sind beispielsweise Inegy®, Rasilez® oder Targin®.
- Die Zielvereinbarung von Verordnungs-

anteilen für bestimmte Leitsubstanzen und Maximal- bzw. Minimalquoten für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen wird auch für 2016 weitergeführt. Nur in wenigen Gruppen haben sich die Quoten für Hamburg verändert. In den folgenden Tabellen 2, 3 und 4 finden Sie die schon bekannten Arzneimittelgruppen mit den Zielvorgaben für 2016.

- Neu hinzugekommen ist eine Mindestverordnungsquote für biosimilares Infiximab (Erstanbieterpräparat ist Remicade®) von mindestens 7%.

**TABELLE 2: LEITSUBSTANZQUOTEN 2016**

Arzneimittelgruppen	Leitsubstanzen für diese Gruppen	Zielquoten für Leitsubstanzen
HMG –CoA-Reduktasehemmer (Statine)	Simvastatin, Pravastatin	77,1%
Selektive Betablocker	Bisoprolol, Metoprolol	89,5%
Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der BHP	Tamsulosin	86,0%
Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)	Citalopram, Sertralin	70,0%
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	Alendronsäure, Risedronsäure	82,2%
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	73,0%
ACE Hemmer	Enalapril	in Komb. mit Diuretikum/HCT bzw. Amlodipin o. Nitrendipin 45,0%
Sartane	Lisinopril	
Aliskiren	Ramipril	
Schleifendiuretika	Furosemid, Torasemid	99,0%
Calciumantagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	85,3%
Nichtselektive Monamin-Rückaufnahme-hemmer (NSMRI)	Amityriptilin, Doxepin	52,0%

**TABELLE 3: MAXIMALQUOTEN 2016**

Arzneimittelgruppen	Wirkstoff bzw. Wirkstoffgruppe für die Maximalquote gilt	Maximalquote
HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine)	Ezetimibhaltige Arzneimittel einschl. Kombinationen**	Max. 4,5%
Antidiabetika exklusive Insuline	GLP-1-Analoga *	Max. 2,5%
Opioide (orale und transdermale Darreichungsformen)	Opioide, transdermale Darreichungsformen	Max. 34,5%

\* GLP-1- Analoga sind u.a. Exenatid (Byetta®, Bydureon®), Liraglutid (Victoza®) und Dulaglutid (Trulicity®)

\*\* Ezetimibhaltige AM sind z.B. Ezetrol® und Inegy®



Fortsetzung auf der nächsten Seite →



→ Fortsetzung von Seite 23

TABELLE 4: MINIMALQUOTEN 2016

Arzneimittelgruppen	Leitsubstanzen	Minimalquoten
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe (Erythropetine, Darbepoetin alfa, Methoxy-Polyethylenglycol-Epoetin beta)	„Biosimilare“ Erythropoetine z.B. Epoetin alfa Hexal®, Retacrit®, Abseamed® und Silapo®, Eporatio, Biopoin	Mind. 56,7%
Opioide	Generikafähige, BTM-pflichtige, orale Darreichungsformen	Mind. 80,5%
Infliximab (z.B. Remicade)	biosimilares Infliximab z.B. Inflectra® und Remsima®	Mind. 7%



**Praxisbesonderheiten 2016**

Die zwischen den Kassen und der KV vereinbarten Arzneimittelpraxisbesonderheiten der Gruppe 1, die im Rahmen der Richtgrößen-Vorabprüfung zu 100% von den Arzneimittelkosten der jeweiligen Praxis abgezogen werden, werden um die Wirkstoffe/Präparate/Indikationen erweitert, die auf Bundesebene in den Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den jeweiligen Herstellern als Praxisbesonderheit vereinbart wurden (die Neuerungen siehe Tabelle 5).

TABELLE 5: PRAXISBESONDERHEITEN 2016 (Neuerungen in blau)

91047	<b>Enzalutamid</b> zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie klinisch noch nicht indiziert ist
91042	<b>Abirateronacetat</b> bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer docetaxelhaltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr in Frage kommt bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht angezeigt ist
91048	Propranolol zur Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern
91049	Ruxolitinib für die Behandlung von krankheitsbedingter Splenomegalie oder Symptomen bei Erwachsenen mit primärer Myelofibrose (auch bekannt als chronische idiopathische Myelofibrose), Post-Polycythaemia-vera-Myelofibrose oder Post-Essentieller-Thrombozythämie-Myelofibrose
91050	Siltuximab zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit multizentrischer Castleman-Krankheit (Multicentric Castleman's Disease, MCD), die HIV (humanes Immundefizienz-Virus)-negativ und HHV-8 (humanes Herpesvirus-8)-negativ sind

Alle anderen bisher vereinbarten Arzneimittelpraxisbesonderheiten gelten unverändert fort. Leider war im Bereich der Arzneimittel zur Behandlung der Multiplen Sklerose auch für 2016 keine Erweiterung der bisher genannten Wirkstoffe möglich. Es bleibt dabei, dass die Kosten für Tysabri® und Tecfidera® im Falle einer Richtgrößenprüfung im Rahmen des Verfahrens als Praxisbesonderheit vom Arzt selbst geltend gemacht werden müssen. Über

die Anerkennung entscheiden dann die Gemeinsame Prüfungsstelle beziehungsweise die Beschwerdeausschüsse. ■

**Sie finden die aktualisierte Liste mit den Praxisbesonderheiten der Gruppe 1 und die unveränderte Liste der Praxisbesonderheiten der Gruppe 2 für 2016 auf unserer Homepage: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Verordnungen → Arzneimittel → Basisinformation**

### Heilmittel 2016

Für den Bereich der Heilmittel wurden aufgrund der weiterhin unzureichenden Datenlage wie im letzten Jahr weder ein Ausgabenvolumen noch Richtgrößenwerte für 2016 festgelegt. Wie vom Gesetzgeber bestimmt, werden deshalb auch 2016 Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf Basis der entsprechenden Durchschnittswerte durchgeführt. Die Regelungen zu den bisher geltenden Heilmittelpraxisbesonderheiten gelten weiter fort. Informationen hierzu finden Sie auf unserer Homepage:

**[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Verordnung → Heilmittel**

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



## GUTE GESUNDHEITSINFORMATIONEN

# Patienten bei der Orientierung im Dschungel helfen

VON KLAUS KOCH IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS  
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM – [WWW.EBM-NETZWERK.DE](http://WWW.EBM-NETZWERK.DE)),  
FACHBEREICH PATIENTENINFORMATION UND -BETEILIGUNG

# W

Wenn man Patienten fragt, wo sie sich zu gesundheitlichen Fragen informieren, nennen die meisten immer noch ihre Ärzte an erster Stelle. Doch auch das Internet ist längst zu einem ergänzenden Informationskanal für Gesundheitsfragen geworden.

Eine Befragung des Gesundheitsmonitors zeigt, dass mehr als die Hälfte der Deutschen mit Internetzugang mindestens einmal pro Jahr im Web nach Gesundheitsinformationen suchen.

Oft ist ein Arztbesuch der konkrete Anlass, sich weitere Informationen zu beschaffen. Nicht selten soll „Dr. Internet“ aber auch den Kontakt zu einem Arzt ersetzen. Auch wenn viele Patienten es nicht offen sagen: Ärzte können davon ausgehen, dass sich immer mehr Patienten längst im Netz informiert haben oder es noch tun werden. Und die Empfehlungen des Arztes mit dem abgleichen, was sie dort finden.

Wie geht man als Arzt damit um? Eine Möglichkeit ist es, seine Patienten bei der Recherche zu unterstützen. Dafür gibt es einen großen Bedarf. Denn für etwa 80 Prozent der Nutzer ist immer oder meist eine simple Suchmaschine (vor allem Google) Startpunkt der Recherche. Und viele schauen sich dann nur die erste Trefferseite an. Suchmaschinen entscheiden also zu einem großen Teil, welche Informationen in die Wahrnehmung der Nutzer gelangen. Was bei Google nicht unter den ersten zehn Treffern zu finden ist, wird kaum wahrgenommen.

Und hier liegt das Problem: Suchmaschinen wie Google und Co. sind nicht in der Lage, die inhaltliche Qualität einer Gesundheitsinformation zu erkennen: Ist die aktuell, richtig und vollständig? Seit Jahren zeigen Untersuchungen der Qualität von Informationen im Internet, dass die Reihenfolge einer Trefferliste keine Gewähr für inhaltliche Qualität bietet. Gutes und Schlechtes, Evidenzbasiertes und auf Behauptungen Beruhendes liegt häufig nur einen Klick auseinander.

Ärzte bekommen das zu spüren, wenn sie sich mit Fehlinformationen, Halbwahrheiten oder Missverständnissen ihrer Patienten auseinandersetzen müssen. Kein Wunder, wenn manche Ärzte im Internet mehr Fluch als Segen sehen.

Für dieses Problem gibt es keine schnelle Lösung. Aber zumindest Ansätze. Ziel muss es sein, die guten Informationsangebote herauszuheben, die im Dschungel bislang nicht auf den ersten Blick sichtbar sind.

Doch was macht ein gutes Angebot aus? Um Ersteller

und Herausgeber von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen zu unterstützen, hat eine Arbeitsgruppe des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin Anforderungen an „gute“ Gesundheitsinformation entwickelt. In der Gruppe waren Wissenschaftler, Patientenvertreter, Journalisten und Ersteller von Gesundheitsinformationen beteiligt.

Die Anforderungen sind in der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ zusammengefasst. Sie ist eine Hilfestellung, welche methodischen Aspekte bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen beachtet werden sollen. Ein Kernpunkt: Die transparente Beschreibung der zugrunde liegenden Methoden und Prozesse erfordert, dass die Ersteller frei zugängliche „Methodenpapiere“ veröffentlichen, die die allgemeine Vorgehensweise beschreiben.

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zeichnen sich durch eine unverzerrte und zuverlässige Darstellung des aktuellen medizinischen Wissensstands aus. Sie ermöglichen es Menschen, ihr Wissen über Gesundheit und Krankheit zu verbessern und eigenständig oder gemeinsam mit anderen Entscheidungen über Gesundheitsfragen zu treffen, die den Einstellungen und der Lebenssituation entsprechen.

Um das zu gewährleisten, beruhen evidenzbasierte Informationen auf (a) einer systematischen Recherche, (b) einer begründeten Evidenzauswahl, (c) einer unverzerrten Darstellung der relevanten Ergebnisse, (d) angemessener inhaltlicher und sprachlicher Darstellung

von Unsicherheiten, (e) entweder Verzicht auf direkte Empfehlungen oder klare Trennung zwischen der Darstellung von Ergebnissen und der Ableitung von Empfehlungen, (f) Berücksichtigung der aktuellen Evidenz zur Kommunikation von Zahlen, Risikoangaben und Wahrscheinlichkeiten und (g) transparenten Angaben über Verfasser und Herausgeber der Gesundheitsinformation und deren Finanzierung. Insgesamt führt die „Gute Praxis“ 16 Aspekte auf, die in Methodenpapieren adressiert werden sollen.

Die „Gute Praxis“-Gruppe plant, die Internetseiten der Angebote, die die Anforderungen erfüllen, zukünftig zu bündeln. Dann wird es für Patienten einfacher, zentral auf solche Angebote zuzugreifen (siehe Kasten). Und für Ärzte und alle andere Gesundheitsberufe: Dass sich Patienten im Internet informieren, ist nicht zu ändern. Wenn Ärzte (sich und) ihre Patienten nicht dem Dschungel des Internets überlassen wollen, müssen sie mehr und mehr eine vorsortierende, einordnende Aufgabe übernehmen. Sie müssen zum Kurator von Informationen werden. ■



**Dr. rer. medic. Klaus Koch**  
c/o Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.,  
Fachbereich Patienteninformation und -beteiligung:  
Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin  
Tel.: 030 / 308 336 60  
Fax: 030 / 308 336 62

## ANGEBOTE, DIE SICH ZUR UMSETZUNG DER ANFORDERUNGEN DER "GUTEN PRAXIS GESUNDHEITSINFORMATIONEN" VERPFLICHTEN

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)

Cochrane Deutschland, Universitätsklinikum Freiburg  
[www.cochrane.org/de/evidence](http://www.cochrane.org/de/evidence)

IGel-Monitor [www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)  
[www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de)

Universität Hamburg, MIN Fakultät, Gesundheitswissenschaften  
[www.gesundheit.uni-hamburg.de/cgi-bin/newsite/index.php?page=home](http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/cgi-bin/newsite/index.php?page=home)

Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum  
[www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de)

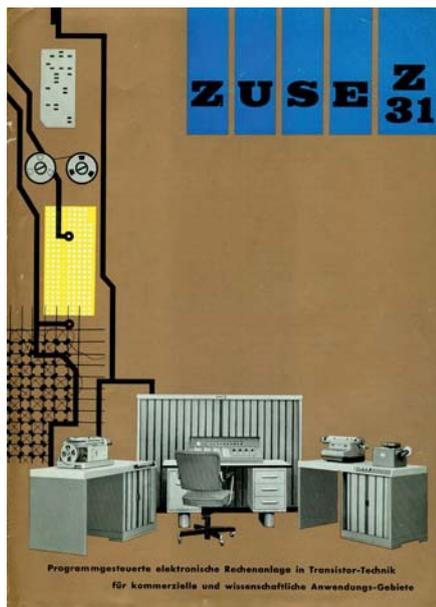
UKE, Institut für Medizinische Psychologie  
[www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-f%C3%BCr-medizinische-psychologie/index.html](http://www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-f%C3%BCr-medizinische-psychologie/index.html)

Weitere Informationen: <http://ebm-netzwerk.de/gpgi>



## Moderne Zeiten

Vor fünfzig Jahren nahm die KV Hamburg ihre erste Datenverarbeitungsanlage in Betrieb



Werbeprospekt für die elektronische Datenverarbeitungsanlage "ZUSE Z31"

In der KV Hamburg begann das Computer-Zeitalter Mitte der 1960er Jahre. Der neu gewählte KV-Vorstand um Dr. Jens Doering wollte die Verwaltung modernisieren, und eine der ersten Amtshandlungen war die Anschaffung einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage. Ab Mai 1966 wurden die ersten Abrechnungen digital abgewickelt.

Das ZUSE-Z31-System bestand aus zwei kleiderschrank-großen Elementen (jeweils 2,60 Meter Breite mal 1,75 Meter Höhe) und arbeitete mit einer Taktfrequenz von 350 Kilo-Hertz pro Sekunde. Heutige PCs sind mehr als zehntausend Mal so schnell. Zur Datenverarbeitungsanlage gehörten 22 Erfassungsplätze, an denen die Abrechnungsdaten eingegeben und auf Lochstreifen übertragen wurden.

Für den laufenden Betrieb stellte die KV den Programmierer Harald Schiebener und den Techniker Horst Stepputat ein, die zuvor beim Hersteller der Anlage gearbeitet hatten. „Ich war für die Anpassung und Weiterentwicklung der Programme zuständig“, berichtet Harald Schiebener, der später die IT-Abteilung in der KV Hamburg aufbaute. „Und mein Kollege Stepputat wartete die Technik, die damals noch vergleichsweise unzuverlässig war.“ Man konnte die Tür des Rechners öffnen und sah Schaltkreise mit Dioden und Transistoren. Ab und zu kam es zu Wackelkontakten, die aufgespürt und behoben werden mussten.

Die KV hatte sich für eine Anlage des Technik-Pioniers Konrad Zuse entschieden. Zuse hatte 1941 den ersten funktionsfähigen Digitalrechner der Welt gebaut. Nach dem Krieg gründete er ein Computer-Unternehmen, das zunächst stark expandierte, Ende der 1960er Jahre jedoch in Schieflage geriet und an Siemens verkauft wurde.

Die KV Schleswig-Holstein hatte im Jahr 1964 als erste KV einen Zuse-Rechner in Betrieb genommen. Die hierfür entwickelten Abrechnungsprogramme konnten dann auch in Hamburg und in anderen KV-Regionen eingesetzt werden.

Die von der KV Hamburg angeschaffte ZUSE-Z31-Anlage hatte über eine Million D-Mark gekostet. Wegen der hohen Investitionskosten habe es von mehreren Seiten Einwände gegeben, berichtete der



Die "ZUSE" im Betrieb: Abrechnungsdaten werden auf Lochstreifen übertragen

Abrechnungsleiter Friedrich Fischer vier Jahre später in einem Artikel für das *Hamburger Ärzteblatt*. „Doch der Kauf erwies sich als rentabel“, so Fischer. Die Belegschaft habe mit Hilfe der EDV ein stark ansteigendes Arbeitsvolumen bei der Abrechnung bewältigen können. Ein weiterer Vorteil sei die leichtere Auswertung von Daten gewesen. Man habe die Forderungen der KV bei Honorarverhandlungen fortan nicht nur erklären, sondern auch mit Zahlen untermauern können.

Die ZUSE-31-Anlage blieb in Betrieb, bis sich die KVen Schleswig-Holstein und Hamburg ab 1973 einen leistungsfähigeren Computer in Bad Segeberg teilten. Ab 1983 verfügte die KV Hamburg dann wieder über ein eigenes Rechenzentrum. ■



# Es geht um viel Geld

Tagebuch von **Dr. Stephan Hofmeister**, stellv. Vorsitzender der KV Hamburg

## DIENSTAG, 8. DEZEMBER 2015

10 Uhr. Der Bereich Informationstechnologie (IT) der KV Hamburg feiert 50-jähriges Bestehen. Als ressortzuständiger Vorstand begrüße ich alle anwesenden Mitarbeiterinnen und

## GERICHTSVERHANDLUNG VOR DEM LSG: GESTRITTEN WIRD UM DEN PUNKTWERT-AUFSCHLAG, DEN DIE KV IM SCHIEDSVERFAHREN 2013 DURCHGESETZT HAT.

Mitarbeiter des Bereiches und gratuliere zu diesem beachtlichen Jubiläum. Die Anschaffung der ersten Computer-Anlage durch die KV vor einem halben Jahrhundert war ein großer und gewagter Schritt. Der Einstieg in die elektronische Datenverarbeitung ermöglichte effizientere Arbeit, war zukunftsweisend und im Rückblick unabdingbar. Heute bereiten wir im Bereich der IT einen in seiner Tragweite möglicherweise ähnlich wichtigen Schritt vor. Die KV steht vor einer Digitalisierung der gesamten Arbeitsabläufe. Die Einführung eines digitalen Datenverwaltungs- und Analyse-systems (Datawarehouse) wird die KV in den nächsten Jahren prägen. Mittlerweile ist der Bereich IT eine nicht mehr wegzudenkende, tragende Säule der KV Hamburg.

## DONNERSTAG, 10. DEZEMBER 2015

19 Uhr. Wieder einmal auf dem Rückweg aus Berlin nach Hamburg direkt in unsere Vertreterversammlung. Dies ist schon fast sinnbildlich: Das wichtigste Gremium der KV Hamburg tagt, und der Vorstand muss aus den Sitzungen der KBV herbeihetzen. Wichtige Themen stehen in Hamburg auf der Tagesordnung: der Haushalt 2016 beispielsweise und die Gebäudefinanzierung. Die volle Agenda lässt einen sehr langen Abend erwarten. Be-

eindruckend ist dann der Verlauf der Sitzung. Es gibt ruhige und selbst bei Kontroversen stets sachliche und im Ton moderate Diskussionen zu den einzelnen Themenkomplexen. Und bei allen wichtigen Entscheidungen an diesem Abend steht die Vertreterversammlung einstimmig zu den erarbeiteten Beschlussvorlagen. Auch so kann Selbstverwaltung funktionieren. Ein Signal zum Jahresende, das Mut macht und versöhnlich stimmt.

## MITTWOCH, 16. DEZEMBER 2015

10 Uhr. Gerichtsverhandlung vor dem Landessozialgericht Hamburg (LSG). Gestritten wird um den Punktwert-Aufschlag in Höhe von knapp drei Prozent für das ärztliche Honorar, den die KV Hamburg in einem Schiedsverfahren im Jahr 2013 durchgesetzt hat. Die Krankenkassen wollten sich mit dieser Entscheidung nicht abfinden und zogen vor Gericht. Es geht um viel Geld.

Gegen Mittag kommt der Anruf unserer Juristen: Die Klage der Kassen wird zurückgewiesen. Dies bedeutet, dass wir weiterhin den Aufschlag zahlen können. Allerdings haben die Kassen bereits angekündigt, vor das Bundessozialgericht (BSG) zu ziehen. Damit können wir den Vorbehalt in der Honorarabrechnung nicht aufheben und müssen weiterhin vorsorglich Rücklagen bilden. Das BSG dürfte in rund zwei Jahren entscheiden. ■



## STECKBRIEF

**Dr. Sandra Quantz**, Moderatorin des Qualitätszirkels am Institut für Allgemeinmedizin/UKE und des Qualitätszirkels Hausärztkreis Langenhorn.

Name: **Dr. Sandra Quantz**

Geburtsdatum: **27.6.1966**

Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Hobbys: **systemische Aufstellungen, Garten, Tanzen**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Nach einem Jahrzehnt in Wissenschaft und Lehre bin ich spät in der Hausarztpraxis gelandet und dort sehr glücklich. Der unmittelbare Kontakt zu den Patienten und die Langzeitbetreuung machen mir viel Freude. Die Ausrichtung des Kassenarztwesens auf "ausreichende" Leistungen (= Schulnote 4!) und Verordnungsbeschränkungen erschweren eine gute Patientenversorgung. Bei jeder KV-Abrechnung festzustellen, dass Teile meiner Arbeit nicht vergütet werden, erlebe ich als demotivierende Missachtung.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel?** 1995 hat das Institut für Allgemeinmedizin am UAE die Gründung von Qualitätszirkeln initiiert. Als Mitarbeiterin dort habe ich, relativ unerfahren in der Allgemeinmedizin, aber geschult in der Moderation, eine Gruppe übernommen und in den bisher 199 Treffen wahnsinnig viel gelernt, über Moderation und über Allgemeinmedizin. Als ich dann selbst in die Praxis ging, blieb ich Moderatorin. Im Hausärztkreis Langenhorn sind lokale Aspekte und der Zusammenhalt unter den Hausärzten wichtig. Wir stimmen uns mit spezialisierten Kollegen aus Langenhorn an der Schnittstelle ab. Wir erfüllen hier die Verpflichtungen für die Hausarztverträge.

**Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels?** An den Erfahrungen der Kolleginnen und der spezialisierten Referenten zu partizipieren, ist außerordentlich hilfreich. Es ist auch ein guter Ort, um bei schwierigen Fällen neue Impulse zu erhalten und Fehler zu besprechen.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** Ich würde mir wünschen, dass die gute Versorgung der Patienten an erster Stelle steht. Der politische Ansatz, das Gesundheitswesen über Geld zu steuern, funktioniert leider. Die ganzen Kontrollinstanzen verbrauchen viele Ressourcen, die dann woanders fehlen.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Ich möchte noch mehr an jedem Tag präsent im Hier und Jetzt sein, mir und anderen achtsam und respektvoll begegnen.



## TERMINKALENDER

### VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 25.2.2016 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

### QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Datenschutz für Fortgeschrittene	QEP-Einführungsseminar	QM aktuell
Für alle, die bereits ein Datenschutzseminar besucht haben und sich über Änderungen und neue Urteile informieren wollen. Auch zum Auffrischen geeignet.	Ärzte und Praxispersonal werden befähigt, das von KBV und KVen entwickelte Qualitätsmanagement-System QEP ohne externe Hilfe einzuführen.	Dieses Seminar richtet sich an alle Praxen, die wissen möchten, ob sie mit ihrem QM gut aufgestellt sind und ob sie die QM-Richtlinie erfüllen.
<b>10 FORTBILDUNGSPUNKTE</b>	<b>16 FORTBILDUNGSPUNKTE</b>	<b>10 FORTBILDUNGSPUNKTE</b>
Mi. 2.3.2016 (9.30 – 17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)	Fr. 8.4.2016 (15 – 21 Uhr) / Sa. 9.4.2016 (8.30 – 16.30 Uhr) € 220 (inkl. aller Unterlagen, Imbiss und Getränke)	Mi. 27.4.2016 (9.30 – 17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: <a href="http://www.kvhh.de">www.kvhh.de</a> → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

### FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Sprechstundenbedarf	DMP Patientenschulungen
Für Praxispersonal - Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen	Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen
Mi. 24.2.2016 (15-17 Uhr) Weitere Termine: Mi. 20.4.2016 (15-17 Uhr), Mi. 25.5.2016 (15-17 Uhr); € 25	Termine und weitere Infos: <a href="http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html">www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html</a> → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „Zi-DMP“ eingeben
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: <a href="mailto:akademie@aekhh.de">akademie@aekhh.de</a> Online-Anmeldung: <a href="http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html">www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html</a>	

### ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer	Fortbildung für Mitarbeiterinnen: „Gefährdungsbeurteilung I“
Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen; BGW-zertifiziertes Seminar	Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
<b>8 FORTBILDUNGSPUNKTE</b>	
Mi. 17.2.2016 (15-20 Uhr) Weiterer Termin: Fr. 19.2.2016 (15-20 Uhr) € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Mi. 9.3.2016 (15-18 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 15.6.2016 (15-18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Tel: 278063-47, FAX: 2780 63 48, E-Mail: <a href="mailto:betriebsarzt@dr-bandomer.de">betriebsarzt@dr-bandomer.de</a>	

### ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 1. QUARTAL 2016 VOM 1. BIS 15. APRIL 2016

# INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

## **Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?**

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

## **Was bieten wir Ihnen?**

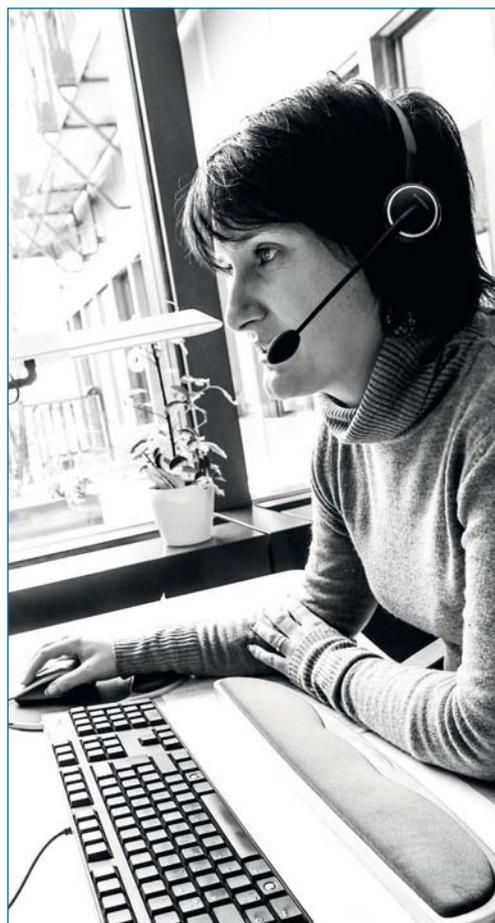
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

## **Wie erreichen Sie uns?**

Infocenter der KVH  
Heidenkampsweg 99  
20097 Hamburg  
Telefon: 22 802 - 900  
Telefax: 22 802 - 420  
E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)

## **Wann sind wir für Sie da?**

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



# KVH

**Infocenter der KVH**  
Telefon 040/22 802 900  
[infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)