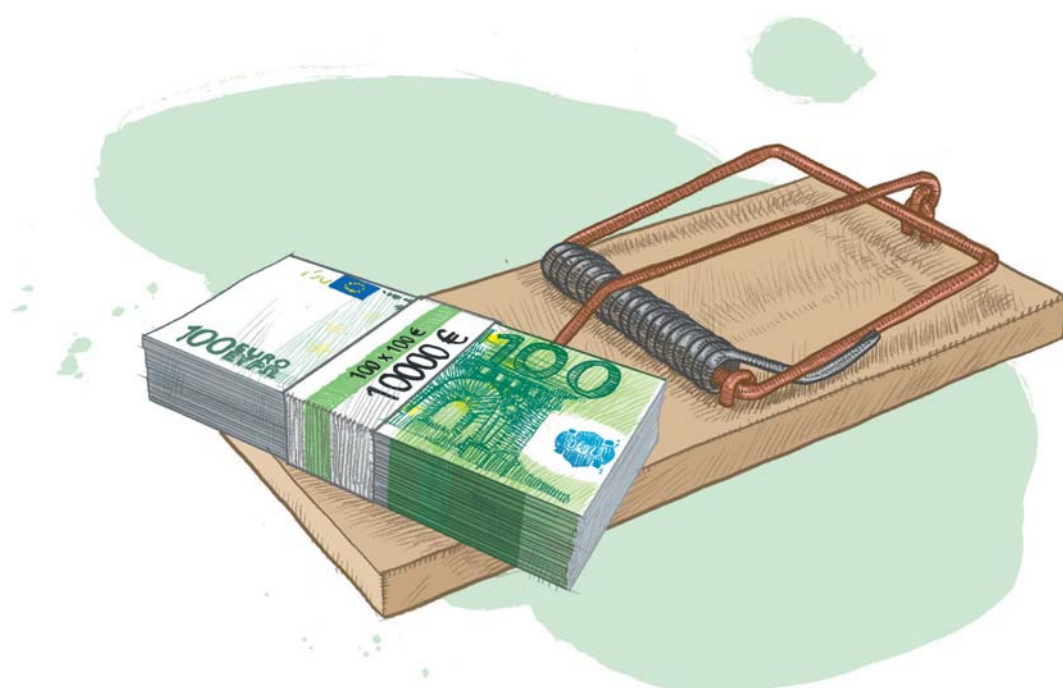


KVH *journal*



KORRUPTIONS- STRAFRECHT

*Worauf Ärzte künftig
achten müssen*

Das KVH-Journal enthält 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. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 1/2017 (Januar 2017)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Jahreswechsel – Zeit der Besinnung? Versorgungsstärkungsgesetz, Terminservicestelle, Antikorruptionsgesetz, strafbewehrtes Krebsmelderegister, Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ... wenn man unter Besinnung Innehalten, Standortbestimmung und Rückblick versteht, dann kommt bei diesen Stichworten keine wirklich gute Stimmung auf. Dazu noch Krieg, Elend und Vertreibung in der Welt mit unmittelbaren Auswirkungen auch auf den politischen Alltag und die Stimmung in unserem Land. Das alles sind wenig gute Voraussetzungen für einen positiven Ausblick. Deshalb möchte ich einen Rückblick wagen:

- Sie alle haben in bewundernswerter Weise leise und unaufgeregt Ihren Teil dazu beigetragen, dass die Herausforderungen der Flüchtlingsversorgung in Hamburg medizinisch gut funktioniert hat.
- Die Vertreterversammlung ist nach einem fairen Wahlkampf neu besetzt und kann Ihre Arbeit im Frühjahr 2017 aufnehmen.
- Den Wert der Selbstverwaltung haben Sie im letzten Jahr in zahlreichen Veranstaltungen demonstriert, in denen wir auf Ihre Expertise zurückgreifen durften.
- Mit den Krankenkassen sind im vergangenen Jahr zu verschiedenen Sachverhalten konstruktive Gespräche geführt worden, und hierbei zeigte sich, dass auch die gemeinsame Selbstverwaltung lebt und dass sie die ihr übertragenen Aufgaben gut selber regeln kann.

Natürlich sind damit nicht alle Probleme gelöst und natürlich sind wir nicht in allem einig. Leider sind die Ergebnisse auch nicht immer so, dass alle zufrieden sind. Es bleiben damit auch für das neue Jahr noch Herausforderungen, und wir freuen uns darauf, diese mit Ihnen anzugehen.

So betrachtet möchte ich das zurückliegenden Jahr insgesamt doch noch dankbar unter „Haben“ verbuchen und Ihnen von Herzen einen guten Start in ein gutes und erfolgreiches neues Jahr wünschen!

Stephan Hofmeister

Ihr Dr. Stephan Hofmeister,
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06_** Nachgefragt: Wie ist die Korruptionsbekämpfung in anderen Berufsgruppen geregelt?
- 08_** »Schließung einer Gesetzeslücke« – Die Hamburger Oberstaatsanwältin Cornelia Gädigk zum neuen Korruptionsstrafrecht für das Gesundheitswesen
- 14_** Worauf Ärzte künftig achten müssen: Interview mit KBV-Jurist Dr. Christoph Weinrich

VERSORGUNG

- 16_** Forschungsprojekt: Wie Praxen zusammenarbeiten

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_** Fragen und Antworten
- 20_** Krebsregister: Meldungen sind umsatzsteuerfrei
Belegung von Unterkünften mit Flüchtlingen: Was ändert sich in Ihrer Nähe?
Informationsveranstaltung zur neuen Psychotherapie-Richtlinie

QUALITÄT

- 21_** Qualitätszirkel Hygiene bietet Fortbildungsveranstaltungen an
- 22_** Qualitätsmanagement-Seminare: Neue QM-Richtlinie / Hygiene / Patientenrechte



ABRECHNUNG

24_ Abgabe der Abrechnung 4/2016

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 24_** Heilmittelverordnung ab Januar mit zertifizierter Software
- 25_** Glukokortikoid-Nasensprays nur noch eingeschränkt verordnungsfähig
- 26_** Hepatitis B: Wie kann eine Impfung zu Lasten der GKV durchgeführt werden?

FORUM

- 30_** Bedrohung der ärztlichen Identität? Interview mit Prof. Dr. Marcus Siebolds über die »Verberuflichung« der Medizin
- 32_** »Forum für digitale Kommunikation« zieht über 300 Besucher an

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 23_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 28_** Streit um die Statine: Was ist von neuen Berichten über Nebenwirkungen zu halten?

KOLUMNE

- 33_** Hontschiks »Diagnose«

KV INTERN

- 34_** Steckbrief: Dr. Stefan Mario Zorn
- 35_** Terminkalender

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 6: Arsel/Fotolia, Sdecoret/Fotolia; Seite 7: Konovalov Pavel/Fotolia, Kumdinpitak/Fotolia; Seite 8 und 9: Vege/Fotolia; Seite 15: Kristin Kahl/KBV; Seite 19: Ocskay Mark/ Fotolia, Felix Faller/Alinea; Seite 27: Börm Bruckmeier Verlag; Seite 30: Lopata/NAV-Virchow-Bund; Seite 31: Stenzel Washington/Fotolia, Sebastian Haslauer; Seite 32: Melanie Vollmert, KV Telematik; Seite 33: Barbara Klemm; Icons: iStockfoto

Wie ist die Korruptionsbekämpfung in anderen Berufsgruppen geregelt?

Wir haben drei Experten um Statements gebeten.

Kaufleute



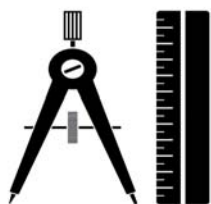
Die Hamburger Kaufleute haben eine lange Tradition der Korruptionsbekämpfung. Im Jahr 1925 gründeten Persönlichkeiten aus Handel und Politik „Pro Honore e.V.“, einen privaten Zusammenschluss zur „Bekämpfung des Schmiergeldunwesens und des unlauteren Wettbewerbs“. Seit 2003 leitet „Pro Honore e.V.“ die „Hamburger Vertrauensstelle zum Schutz vor Kriminalität in der Wirtschaft“, die Hinweise auf unzulässige Geschäftspraktiken entgegennimmt – auch dies eine Eigeninitiative der Wirtschaft unter Führung der Handelskammer Hamburg.

Der neue § 299a/b StGB zur Korruption im Gesundheitswesen wurde aus dem für die freie Wirtschaft geltenden § 299 StGB abgeleitet („Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr“). **Man muss sagen: Deutschland hat im internationalen Vergleich eine eher moderate Korruptionsgesetzgebung.** Es kann durchaus vorkommen, dass ein Unternehmen, das den gesetzlichen Anforderungen in Deutschland genüge tut, seine Compliance-Strukturen nachbessern muss, wenn es in Großbritannien oder den USA tätig wird. Die Annahme von Einladungen und Geschenken ist natürlich immer problematisch. Berufliche Fortbildungsveranstaltungen von Dritten (beispielsweise von Geschäftspartnern oder Kunden) finanzieren zu lassen, wäre in der freien Wirtschaft kaum denkbar. ■

Dr. Malte Passarge,
Rechtsanwalt und Geschäftsführer
von „Pro Honore e.V.“



Architekten



Im Hamburgischen Architektengesetz ist die eindeutige Verpflichtung formuliert, „in Ausübung des Berufs keine Vorteile von Dritten, die nicht Auftraggeberin oder Auftraggeber sind, zu fordern oder anzunehmen“. Besteht der Verdacht, dass ein Mitglied der Architektenkammer gegen Berufspflichten verstoßen hat, kommt es zu einem Verfahren vor dem Ehrenausschuss. Die Bandbreite der Sanktionen, die das Gremium verhängen kann, reicht von Verwarnungen über Geldbußen bis hin zum Ausschluss aus der Architektenkammer. Ein korrupter Architekt würde aber auch mit dem Strafrecht in Konflikt kommen. **Der Korruptionsparagraf § 299 StGB könnten greifen, wenn der Architekt sich als „Angestellter oder Beauftragter eines Unternehmens“ bestechen ließe.** Auch Strafverfahren wegen Untreue oder Betrug kämen in Betracht. Fälle beruflich-rechtlicher oder – soweit ich das überblicken kann – strafrechtlicher Verfolgung von Architekten wegen Korruption kommen allerdings in Hamburg nur äußerst selten vor. ■

Dr. Holger Matuschak,
Geschäftsführer und Justitiar der
Hamburgischen Architektenkammer

Beamte



Ein elementares Prinzip der gesellschaftlichen Rechtsordnung ist das Vertrauen der Allgemeinheit auf die Nichtkäuflichkeit von Diensthandlungen sowie die Objektivität und Sachlichkeit staatlicher Verwaltungstätigkeit. Wird dagegen verstoßen, spricht man über Korruption von Amtsträgern. Diese impliziert verschiedene Strafrechtsnormen: Sie umfassen die §§ 331 bis 335 StGB (Vorteilsannahme, Bestechlichkeit, Vorteilsgewährung und Bestechung). Das Korruptionsstrafrecht im weiteren Sinne umfasst zusätzlich typische Begleitdelikte wie zum Beispiel Untreue, Urkundsdelikte, Betrug und Steuerhinterziehung.

Die Tathandlungen beinhalten eine Einflussnahme von außen auf öffentlich Bedienstete einerseits und andererseits den Missbrauch eines öffentlichen Amtes zu privaten Zwecken durch die Verletzung rechtlicher Normen. Dies geschieht mit dem Ziel, sich oder anderen Vorteile zu verschaffen.

Daraus folgt, dass der Amtsträger keine Belohnungen und Geschenke in Bezug auf sein Amt annehmen darf. Ausnahmen hierzu bedürfen grundsätzlich der Zustimmung der obersten Dienstbehörden. Die Hamburger Behörden haben Verwaltungsvorschriften erlassen, welche die Annahme regeln und hierzu enge Wertgrenzen für Zuwendungen bestimmen.

Zur Korruptionsprävention wurde bereits 1997 im Dezernat Interne Ermittlungen eine zentrale Stelle eingerichtet, wo sich Hinweisgeber und Aussteiger beraten lassen können. Die Beratungsstelle ist über eine kostenfreie Hotline unter Tel.: 0800 342 72 38 jederzeit erreichbar. ■

Michael Schwiering,
Dezernat Interne Ermittlungen der Hamburger Behörde
für Inneres und Sport / Zentrale Beratungsstelle - Korruptions-
prävention

VON CORNELIA GÄDIGK

Keine Änderung der Delikt- strukturen

Die Hamburger Oberstaatsanwältin Cornelia Gädigk kann die Aufregung um das neue Korruptionsstrafrecht nicht nachvollziehen. Sie empfiehlt den Ärzten, sich an den bekannten berufsrechtlichen und juristischen Normen zu orientieren.

Am 4. Juni 2016 ist das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen in Kraft getreten (siehe **Kasten 1**, Seite 10). Sowohl im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens als auch nach Inkrafttreten des Gesetzes hat es insbesondere aus dem Bereich der rechtsberatend Tätigen zahlreiche Aufsätze gegeben, die nach hiesiger Auffassung letztlich darauf abzielen, Mandate zu akquirieren. Die Aufregung ist nicht so recht ver-

ständig, denn auch bisher gab es – wenn auch nicht strafrechtlich bewehrt – zahlreiche Vorschriften in verschiedenen Bereichen, die die Verhaltensweisen der im Gesundheitswesen Tätigen klar und deutlich regeln.

SCHLIESSUNG EINER GESETZESLÜCKE

Ziel des Gesetzgebers war es, in Umsetzung der deutlichen Aufforderung des Bundesgerichtshofs (BGH) im

Beschluss vom 29. März 2012 die Gesetzeslücke zu schließen, dass insbesondere Vertragsärzte, aber auch andere im Gesundheitswesen tätigen Akteure, mit den bisherigen Korruptionstatbeständen der Bestechung und Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr (§§ 299, 300 StGB) oder der Bestechlichkeit und Bestechung von Amtsträgern (§§ 331 ff. StGB) nicht erfasst wurden. Der Entscheidung des BGH lag ein Sachver-



Kasten 1

Das neue Anti-korruptionsgesetz

Strafgesetzbuch § 299a Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

halt zugrunde, in dem eine Pharmareferentin mit einem Vertragsarzt im Rahmen des „Verordnungsmanagements“ eine Vereinbarung über eine Prämie in Höhe von fünf Prozent des Herstellerabgabepreises aller im jeweiligen Quartal verordneten Medikamente getroffen hatte. Es waren auch Zahlungen erfolgt.

Die gesetzliche Neuregelung beinhaltet gegenüber den bisherigen Tatbeständen keine Änderung der Deliktstrukturen, sondern soll die Bereiche des so genannten „Pharmamarketings“ und der Vergütung von „Patientenzuführungen“ erfassen.

Mediziner müssen für ihre Leistungen auch Geld verdienen, aber sie sind keine Unternehmer. Und es gilt, zum Schutz der Patienten die medizinische Versorgung ausschließlich an medizinischen Erfordernissen und nicht an Wettbewerbs- und Gewinninteressen auszurichten. Die Diskussionen lassen dagegen eher befürchten, dass die Grenzen der Zulässigkeit bisheriger liebgewordener Praktiken ausgelotet werden sollen. Es bleibt also bei der Ausgestaltung der Korruptionstatbestände als abstrakte Gefährdungsdelikte. Der unbeeinflusste und freie Wettbewerb im Gesundheitsmarkt soll geschützt werden.

Amtes oder einer Stellung in der Wirtschaft zu privaten Zwecken durch die Verletzung rechtlicher Normen, einvernehmliche Verabredung zwischen den vorgenannten Personen und Außenstehenden mit dem Ziel, sich und / oder anderen Vorteile zu verschaffen (nach Valenkamp/Knauf, „Korruption hinnehmen oder handeln“, BKA Forschungsreihe, S. 20).

In Anlehnung an die bestehenden Straftatbestände sind die Tathandlungen auf der Seite der Nehmer das Fordern, Sich-versprechen-Lassen oder Annehmen eines Vorteils. Für die Geber spiegelt sich die Tathandlungen als Anbieten, Versprechen oder Gewähren dar. Bei Vorliegen der nachstehend genannten weiteren Voraussetzungen kann der Tatbestand also bereits mit einem bloßen Anbieten auf Geber- oder einem Fordern auf Nehmerseite erfüllt sein. Es kommt nicht darauf an, ob tatsächlich eine finanzielle Bereicherung eintritt.

WAS IST KORRUPTION?

„Korruption“ umfasst nach üblicher Definition verschiedene Strafrechtsnormen, die wie folgt zu beschreiben sind: Einflussnahme von außen auf öffentlich Bedienstete, Abgeordnete, Angestellte im Privatbereich oder auf der anderen Seite der Missbrauch eines öffentlichen

VORTEIL

Die Definition des Vorteils entspricht auch für die §§ 299a, 299b StGB der in ständiger Rechtspre-

Kasten 2

Berufsrechtliche Regelungen

Muster-Berufsordnung Bundesärztekammer § 31 Unerlaubte Zuweisung

(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

§ 32 Unerlaubte Zuwendungen

(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird.

Muster-Berufsordnung Bundespsychotherapeuten- kammer § 5 Sorgfaltspflichten

(7) Die Überweisung bzw. Zuweisung von Patientinnen oder Patienten muss sich an den fachlichen Notwendigkeiten orientieren. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen sich für die Zuweisung bzw. Überweisung von Patientinnen oder Patienten weder Entgelt noch sonstige Vorteile versprechen lassen noch selbst versprechen, annehmen oder leisten.

Eine Geringwertigkeits- oder Bagatellgrenze sieht das Gesetz nicht vor.

chung anerkannten Definition. Dies ergibt sich bereits aus der Begründung zu dem Gesetzentwurf. Vorteile sind danach Leistungen des Zuwendenden, auf die kein Anspruch besteht und die die wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage des Empfängers objektiv verbessern.

Auch Rabatte oder Verträge über Nebentätigkeiten wie Vortragstätigkeit oder Kooperationen sind zunächst per se Vorteile im Sinne der Korruptionstatbestände. Eine Geringwertigkeits- oder Bagatellgrenze sieht die gesetzliche Regelung nicht vor.

UNLAUTERE BEVORZUGUNG

Es gilt insoweit aber weiter abzugrenzen. Denn wesentlich für die Frage der möglichen Strafbarkeit ist das Vorliegen einer Unrechtsvereinbarung, das heißt: die Verknüpfung des Anbietens, Versprechens oder Gewährens auf Geberseite beziehungsweise des Forderns, Sich-versprechen-Lassens oder Annehmens eines Vorteils mit einer – zumindest intendierten – unlauteren Bevorzugung im Wettbewerb.

Bei einem Anbieten oder Fordern ist Voraussetzung, dass der Abschluss einer solchen Unrechtsvereinbarung beabsichtigt ist und

darauf abgezielt wird. Auch insoweit kann auf die bisherige Rechtsprechung zu den Tatbeständen der Bestechlichkeit und Bestechung (§§ 299 ff. StGB) zurückgegriffen werden. Und während dort lediglich auf Tätigkeiten beim „Bezug von Waren oder Dienstleistungen“ abgestellt ist, was allerdings die gesamte Abwicklung von Bestellung bis Bezahlung umfasst, regeln die Tatbestände der §§ 299a, 299b StGB die medizinischen und darauf bezogenen Tätigkeiten deutlich und numerisch. Die Zielrichtung der unlauteren Bevorzugung ist bezogen auf Tätigkeiten der Angehörigen der Heilberufe

1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial.

In diesem Zusammenhang sind bei der Bewertung die berufsrechtlichen Regelungen der Ärztekammern und der Zahnärztekammern oder der Psychotherapeuten zu beachten (beispielsweise § 31, 32 MBO Ärztekammer, § 2 Abs. 7, 8 MBO Bundeszahnärztekammer, § 5 Abs. 7 MBO Bundespsychotherapeutenkammer mit dem Verbot der Zuweisung gegen Entgelt) – siehe **Kasten 2**.

Kasten 3

**Anwendungs-
beobachtungen****Arzneimittelgesetz
§ 67 Allgemeine Anzeige-
pflicht**

(6) Wer Untersuchungen durchführt, die dazu bestimmt sind, Erkenntnisse bei der Anwendung zugelassener oder registrierter Arzneimittel zu sammeln, hat dies der zuständigen Bundesoberbehörde, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unverzüglich anzuzeigen. Dabei sind Ort, Zeit, Ziel und Beobachtungsplan der Anwendungsbeobachtung anzugeben sowie gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die beteiligten Ärzte namentlich mit Angabe der lebenslangen Arztnummer zu benennen. Entschädigungen, die an Ärzte für ihre Beteiligung an Untersuchungen nach Satz 1 geleistet werden, sind nach ihrer Art und Höhe so zu bemessen, dass kein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung bestimmter Arzneimittel entsteht. (...)

Kernpunkt ist die Schwierigkeit, eine Unrechtsvereinbarung nachzuweisen.

Zu den Fragen nach beispielsweise der Zulässigkeit von Empfehlungen, Provisionszahlungen für eingelöste Rezepte oder Verordnungen, den Abschluss von Kooperationsverträgen, Durchführung von Anwendungsbeobachtungen, Schulungen etwa im Rahmen der Anschaffung von Medizinprodukten sind die diesbezüglichen rechtlichen Vorschriften des Sozialgesetzbuches, der Wettbewerbsgesetze, des Medizinrechts, wie zum Beispiel des Arzneimittelgesetzes, des Medizinproduktegesetzes, des Zahnheilkundengesetzes, des Apothekengesetzes etc., und auch des Zivilrechts zu beachten.

Wobei die berufliche Erfahrung mir deutlich gemacht hat, dass diejenigen, die sich Wettbewerbs- oder sonstige geschäftlichen Vorteile verschaffen wollen, diese Begrifflichkeiten sehr kreativ nutzen, ohne die jeweiligen Voraussetzungen der Vorschriften zu erfüllen.

**ANWENDUNGS-
BEOBACHTUNGEN**

So werden Anwendungsbeobachtungen entgegen § 67 Abs. 6 AMG (siehe **Kasten 3**) nicht angezeigt. Es gab Verfahren, in denen deutlich wurde, dass Ärzte die Formulare lediglich unterschrieben, aber sich nicht einmal die Mühe machten, die vorgesehenen Kreuzchen zu setzen oder Felder auszufüllen. Und es war wiederholt feststellbar, dass diese Bögen keineswegs in die Forschungsabteilung der Pharmaunternehmen ge-

langten, sondern in der Marketingabteilung oder im Keller lagerten.

KOOPERATIONEN

Auch für Kooperationen und Berufsausübungsgemeinschaften oder die Zulässigkeit von Beteiligungen gab und gibt es Vorschriften. Werden diese eingehalten, wird es auch strafrechtlich kein Risiko geben. Kooperationen zwischen beispielsweise einem Zahnarzt und einem Dentallabor, mit dem eine Gewinnbeteiligung vereinbart ist, sind nach der Rechtsprechung des BGH unzulässig (vgl. BGH, I Z 231/10). § 128 Abs. 2 SGB V regelt eindeutig, welche Formen der Zusammenarbeit nicht zulässig sind (siehe **Kasten 4**).

Die Annahme von Rabatten oder wirtschaftlichen Vergünstigungen ist restriktiv auszulegen.

Auch bei Empfehlungen gibt es Einschränkungen in Bezug auf deren Zulässigkeit (vgl. BGH, Urt. v. 13.01.2011, I ZR 11/08). Den Patienten werden solche Vorschläge als zuvorkommende Dienstleistung vermittelt, die ihm Unannehmlichkeiten oder Wartezeiten ersparen. Demgegenüber hat es wiederholt Entscheidungen der Wettbewerbskammern über die Unzulässigkeit von Zusammenarbeit beispielsweise

Kasten 4

Formen der Zusammenarbeit

SGB V

§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.

von Ärzten mit Optikern, von Arztpraxen mit Versandapotheken oder Versorgungsverträgen zwischen Krankenhausträgern und niedergelassenen Ärzten gegeben.

Das Verbot der Zuweisung folgt jedenfalls für Vertragsärzte aus § 73 Abs. 7 SGB V (siehe **Kasten 5**.)

Kooperationsverträge indes, die diese Regelungen nicht beachten und den Ärztekammern nur unvollständig vorgelegt werden, sei es, dass es Zusatzabsprachen oder „vertrauliche Anlagen“ gibt, werden auch bei dann erfolgter Bestätigung durch diese Institution nicht geeignet sein, sich aus der Strafbarkeit zu befreien.

VERBOTSIRRTUM

Dies betrifft dann die Frage der subjektiven Vorwerfbarkeit. Zu Fragen des sogenannten „Verbotsirrtums“ gibt es ebenfalls eine umfangreiche Rechtsprechung. Bei bestimmten Berufskreisen wird die Informations- und Erkundungspflicht in Bezug auf rechtskonformes Verhalten vorausgesetzt. Insbesondere Ärzten ist eine regelmäßige Fortbildung vertraut (§ 4 MBO Ärztekammer, § 3 Abs. 1 der MBO der Bundeszahnärztekammer, § 15 MBO Bundespsychotherapeutenkammer). Dazu sind aber sicher nicht Staatsanwälte berufen.

ROLLE DER STAATSANWALTSCHAFT

Wichtig als das Ausloten der Grenzen von zulässigem zu unzulässigem Verhalten erscheint aus meiner staatsanwaltschaftlichen Praxis, dass deutlich gemacht werden muss, dass die Staatsanwaltschaft einer Anzeige oder sonstigen Mitteilung bedarf, um Sachverhalte überhaupt auf strafrechtliche Relevanz zu überprüfen. Wie beim Abrechnungsbetrug sind sowohl die Ärztekammern als auch die Stellen der Krankenkassen zur

Kasten 5

Zuweisung

SGB V

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aufgerufen, Anzeigen zu erstatten. In der staatsanwaltschaftlichen Praxis ist dies aber eher sehr selten festzustellen. Die Ermittlungen werden nach rechtlichen Kriterien und objektiv geführt, das ist die Aufgabe und Pflicht der Staatsanwaltschaft. Die jeweils zu beurteilenden Einzelfälle sind dabei stets sehr unterschiedlich. Wie in anderen Korruptionssachverhalten auch, ist nicht die Frage nach Preis oder Wert von Geschenken oder Zuwendungen der Kernpunkt, sondern die Schwierigkeit des Nachweises der Unrechtsvereinbarung. Die Motivlage spielt dabei ebenso eine Rolle wie die dargestellten sonstigen Rechtsgrundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien für die Würdigung der Indikatoren. ■

CORNELIA GÄDIGK

ist Oberstaatsanwältin in Hamburg und für die Verfolgung von Korruptionsdelikten zuständig

»Auf der sicheren Seite«

Das neue Antikorruptionsstrafrecht sorgt für Diskussionen: Welche Geschenke und welche Honorare darf man annehmen, ohne sich verdächtig zu machen? KBV-Jurist **DR. CHRISTOPH WEINRICH** erklärt, worauf Ärzte künftig achten müssen.

Gibt es eine einfache Faustregel für den Umgang mit den neuen Korruptionsregelungen?

WEINRICH: Ganz grob auf den Punkt gebracht, kann man sagen: Was erlaubt war, bleibt erlaubt. Was verboten war, wird künftig möglicherweise schärfer bestraft. Praktiken, die bisher schon berufswidrig waren, fallen nun teilweise unter das Strafrecht. Im Kern geht es bei all diesen Regeln darum zu verhindern, dass andere als die rein medizinischen Motive in den Vordergrund einer ärztlichen Entscheidung rücken.

Welche Geschenke oder Vorteile darf ein Arzt annehmen? Gibt es eine Wertgrenze?

WEINRICH: Wenn man einen Kugelschreiber der Pharmaindustrie annimmt, wird niemand dahinter eine Unrechtsvereinbarung vermuten. Doch in der Summe kann auch die Annahme kleinerer Vorteile dazu führen, dass der Arzt ein Problem bekommt. Man sollte da sehr vorsichtig sein. Eine Wertgrenze wurde absichtlich nicht ins Gesetz aufgenommen.

Worauf ist zu achten, wenn ein Arzt Leistungen für ein Krankenhaus erbringt? Wie viel Honorar darf er nehmen?

WEINRICH: Eigentlich geht es um die Frage, ob es sich bei den Ho-

noraren um verdeckte Korruption handelt. Wenn Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis stehen, setzt man sich nicht dem Verdacht aus, für etwas ganz anderes bezahlt zu werden.

Wann ist das Verhältnis zwischen erbrachter Leistung und Gegenleistung denn angemessen?

WEINRICH: Ein Konsiliararzt beispielsweise ist auf der sicheren Seite, wenn sein Honorar im Rahmen dessen liegt, was ein im Krankenhaus tätiger Arzt für die gleiche Leistung bekommt. Bei anderen Tätigkeiten kann man die Preise der gängigen Gebührenordnungen als Vergleichsmaßstab heranziehen. Überhöhte Vergütungen sind aber natürlich nur ein Indiz für eine Unrechtsvereinbarung. Als Arzt muss ich mir die Frage stellen: Werde ich ausschließlich für die medizinische Leistung bezahlt? Dann gibt es kein Problem. Problematisch ist immer, wenn ich auch noch für etwas anderes bezahlt werde – beispielsweise für bevorzugte Zuweisungen oder für die bevorzugte Verordnung bestimmter Medikamente.

Darf ein Arzt in seiner Praxis Hilfsmittel, Bandagen, Hörgeräte, Brillen oder Nahrungsergänzungsmittel lagern und abgeben?

WEINRICH: Es ist Aufgabe des Arztes, den Patienten in Notfällen

mit Hilfsmitteln zu versorgen – beispielsweise mit einer Schiene, um einen gebrochenen Arm ruhigzustellen. Ansonsten greift das Depotverbot: Der Arzt darf kein Lager eines Herstellers in seiner Praxis unterhalten und zu dessen Vorteil Waren abgeben.

Darf der Arzt einen bestimmten Hersteller empfehlen?

WEINRICH: In diesem Zusammenhang sollte ich mir auch ehrlich die folgenden Fragen beantworten: Auf welcher Basis spreche ich eine Empfehlung aus? Bin ich tatsächlich davon überzeugt, dass dieser eine Hersteller besser ist als alle anderen? Wenn ich direkt vom Patienten gefragt werde, kann ich aber natürlich auf diesen oder jenen Anbieter in der Nachbarschaft hinweisen.

Was passiert, wenn der Arzt selbst einen Vorteil davon hat, den Patienten zu einem bestimmten Hersteller zu schicken?

WEINRICH: Eine solche Empfehlung ist in jedem Fall verboten.

Und die Zuführung von Patienten an Kollegen oder Krankenhäuser?

WEINRICH: Auch Zuweisung gegen Entgelt ist verboten. Das sind klassische Beispiele für Korruption im Gesundheitswesen.



Dr. Christoph Weinrich: "Wenn Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis stehen, setzt man sich nicht dem Verdacht aus, für etwas ganz anderes bezahlt zu werden."

In welchen Fällen kann ein Arzt denn Kollegen oder Krankenhäuser empfehlen?

WEINRICH: Natürlich kann man Empfehlungen aussprechen. Man sollte aber als Arzt alles vermeiden, was nach Steuerung gegen Geld aussehen könnte.

Es gibt aber auch berufsrechtlich gewollte Kooperationen ...

WEINRICH: Ja. In einer Praxisgemeinschaft wird der Patient in vielen Fällen nach nebenan überwiesen. In einer Gemeinschaftspraxis braucht man nicht mal eine Überweisung. Der Patient geht einfach ins Nachbarzimmer. Das alles ist in einem gewissen Rahmen nicht zu beanstanden. Die Plausibilitätsprüfung sollte man hierbei natürlich schon im Hinterkopf haben. Sind solche Kooperationen unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten ordnungsgemäß gestaltet, muss man sich keine Sorgen machen. Wenn die Partner gemeinsam haushalten, muss allerdings nachvollziehbar sein, wie die Gewinne verteilt

werden. Zuweisungsentgelte sind natürlich auch innerhalb solcher Kooperationen verboten.

Sollte man bestehende Kooperationen angesichts der gesetzlichen Neuregelung auf den Prüfstand stellen? Wie kann man sich absichern?

WEINRICH: Man sollte seine Altverträge nochmals lesen und sich zwei Fragen stellen, die für den ganzen Korruptionsbereich entscheidend sind: Werde ich tatsächlich nur für die medizinische Leistung bezahlt? Und: Könnte ich die Vereinbarung ohne Bauchgrimmen öffentlich machen? Korruption wird ja klassischerweise von ehemaligen Ehepartnern, ehemaligen Mitarbeitern oder ehemaligen Praxispartnern angezeigt. Wenn ich ganz sicher bin, dass solch ein zorniger „Ehemaliger“ mir aus einer Kooperationsvereinbarung keinen Strick drehen könnte, ist vermutlich alles in Ordnung. Sollte ich Zweifel haben, empfiehlt es sich, den Vertrag einem erfahrenen Medizinrechtler vorzulegen und gegebenenfalls nachzubessern.

Kann ich mich darauf verlassen, dass ein Vertrag in Ordnung ist, wenn die Ärztekammer ihn geprüft hat?

WEINRICH: Grundsätzlich ja. Voraussetzung ist aber, dass man der Ärztekammer alles offenlegt – auch eventuelle Nebenabreden.

Welche Hilfestellung bietet die neu aufgelegte KBV-Broschüre „Richtig kooperieren“?

WEINRICH: Wir haben die Broschüre aktualisiert und die neue Gesetzeslage eingearbeitet. Anhand zahlreicher Beispiele wird erläutert, welche Fallkonstellationen zulässig und welche unzulässig sind. Wir können natürlich keine Einzelfallberatung machen, doch ich denke, dass wir die wichtigsten Fragen abgedeckt haben. Ein Anliegen war uns auch, unbegründete Ängste zu nehmen. Die weit überwiegende Anzahl der Ärzte muss sich wegen des neuen Gesetzes keine Sorgen machen. ■



KBV-Broschüre im Internet: www.kbv.de
→ Mediathek → Publikationen → Praxiswissen → "Richtig Kooperieren"

VON EVA SCHIFFMANN

Wo liegen Verbesserungspotenziale?

Ein Forschungsprojekt der KV Hamburg will die Zusammenarbeit von Praxen analysieren – und Versorgungsergebnisse der Netzwerke vergleichbar machen.

Auf dem ersten Hamburger Versorgungsforschungstag Mitte 2015 wurde die zarte Idee für ein anwendungsorientiertes Forschungsvorhaben geboren. Das Projekt „*Accountable Care in Deutschland – Verbesserung der Patientenversorgung durch Vernetzung von Leistungserbringern und informierten Dialog*“ wurde zusammen mit der Gesundheitswissenschaftlerin Prof. Dr. Leonie Sundmacher von der LMU München, der AOK Rheinland/Hamburg, dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und der KV Schleswig-Holstein entwickelt. Nun hat das Projekt den Zuschlag für eine Förderung über knapp 4 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds erhalten. Im Jahr 2017 kann mit der Umsetzung begonnen werden.

Im Zentrum des Projektes, das die Verbesserung der ambulanten wie auch der sektorenübergreifenden Versorgung anstrebt, steht ein netzwerkbasierter Ansatz.

Im ambulanten Bereich ist in den seltensten Fällen ein Arzt alleine für ein Versorgungsergebnis verantwortlich. Bei chronischen Erkrankungen lässt sich die Wirksamkeit von Interventionen oft erst nach Jahren beurteilen. Die Betrachtung größerer Einheiten (wie KV-Regionen oder Bundesländer) ist indessen zu unscharf, um daraus konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgung abzuleiten.

Deshalb wird in diesem Forschungsprojekt erstmals die Meso-

ebene – das sogenannte „faktische Netzwerk“ – als Betrachtungsebene und Ansatzpunkt gewählt.

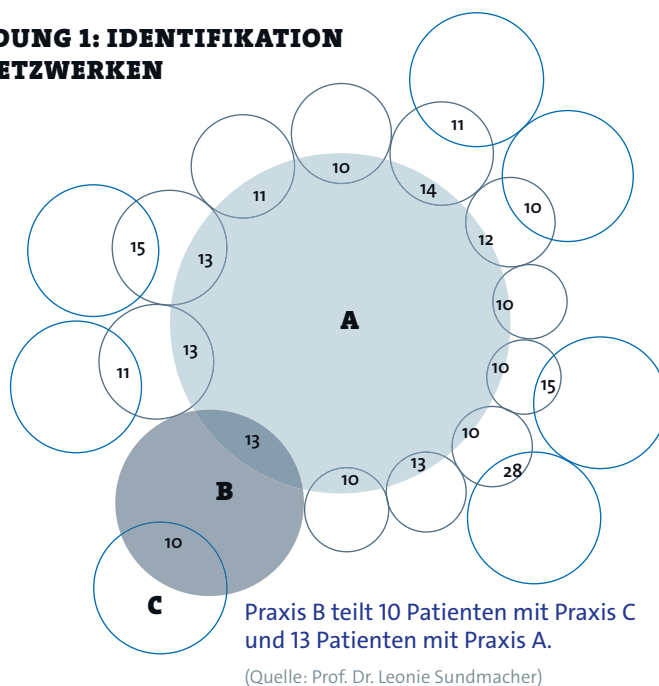
Dabei werden mit Hilfe von Abrechnungsdaten der Ärzte zunächst Netzwerke von Praxen identifiziert, die gemeinsam eine relevante Anzahl von Patienten bestimmter Indikationen versorgen und zu einem großen Anteil für die Versorgungsergebnisse dieser Patientengruppe kollektiv verantwortlich sind. Abbildung 1 zeigt in schematischer Form ein solches Netzwerk: Jeder Kreis symbolisiert eine Praxis. In der Schnittmenge der Kreise ist jeweils die Anzahl der gemeinsamen Patienten angegeben.

Die identifizierten Netze werden in einem zweiten Schritt auf ihre Charakteristika in den spezifischen

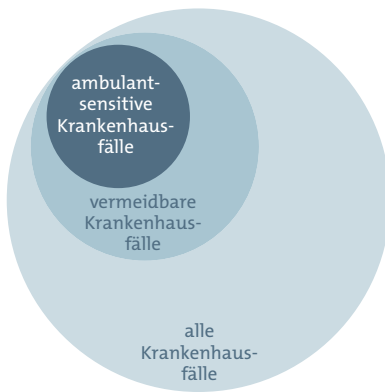
Versorgungsabläufen und -strukturen hin untersucht. Das erlaubt es den beteiligten Ärzten, die Versorgungsergebnisse ihres eigenen Netzwerks mit denen anderer Netzwerke oder dem entsprechenden KV-Durchschnitt zu vergleichen und daraus Verbesserungsansätze abzuleiten.

Als Kriterium für die Analyse wird neben der Leitlinienadhärenz auch die Rate der sogenannten „ambulant-sensitiven Krankenhauseinweisungen“ (ASK) betrachtet. Dabei handelt es sich um Krankenhauseinweisungen, die potenziell durch ein effektives Management chronischer Erkrankungen, eine effektive Akutbehandlung im ambulanten Sektor oder vorangehende Immunisierungen hätten vermieden werden kön-

ABBILDUNG 1: IDENTIFIKATION VON NETZWERKEN



**ABBILDUNG 2:
ANALYSEKRITERIUM KRANKEN-
HAUSEINWEISUNGEN**



Versorgungsqualität im ambulanten Bereich beeinflusst die Notwendigkeit einer Hospitalisierung

(Quelle: Prof. Dr. Leonie Sundmacher)

nen (vgl. schematische Darstellung in Abbildung 2). Eine erhöhte Rate ambulant-sensitiver Krankheitsfälle weist somit auf mögliche Verbesserungspotentiale in der ambulanten Versorgung hin.

In Abbildung 3 ist modellhaft das Ergebnis eines netzwerk-basierten Vergleichs der vermeidbaren Krankheitsfälle dargestellt. Auf der x-Achse finden sich alle identifizierten Netzwerke einer KV-Region (Nr. 1, 2, 3 usw.). Die Höhe der Säule zu jedem Netzwerk (y-Achse) symbolisiert dessen individuelle Rate ambulant-sensitiver Krankhauserweisungen. Die Raten variieren in dem dargestellten Modell zwischen Null und über 70 Prozent.

Mögliche versorgungsstrukturelle Ursachen für unterschiedliche Versorgungsergebnisse sollen erforscht und den beteiligten Ärzten gegenüber in einem sich anschließenden Feedback-Prozess transparent gemacht werden.

Zu diesem Zweck werden Feedbackberichte erstellt, in denen die individuellen Ergebnisse der identi-

fizierten Netze sowie die Ergebnisse vergleichbarer Netze dargestellt und in den Kontext der gegebenenfalls variierenden strukturellen wie prozessualen Unterschiede zwischen den Netzen gestellt werden. Die Ärzte werden zudem zu Dialogveranstaltungen eingeladen, bei denen sie sich untereinander über die unterschiedlichen Charakteristiken und Versorgungsergebnisse der Netzwerke austauschen können. Im Einzelnen kann in diesem Rahmen beispielsweise erörtert werden, ob ein Zusammenspiel bestimmter Fachrichtungen in einem Netz mit Blick auf eine definierte Patientenklientel vorteilhaftere Ergebnisse erzielt.

Neben der Frage nach möglichen versorgungsstrukturseitigen Ursachen für variierende Ergebnisse soll mit dem Projekt insbesondere die Frage beantwortet werden, ob die Kommunikation dieser Einflussfaktoren sowie der individuellen Ergebnisse an die Ärzte und der diesbezügliche kollegiale Austausch untereinander die Versorgungsergebnisse verbessern kann.

Die wissenschaftliche Leitung des Projekts übernimmt die Münch-

ner Gesundheitswissenschaftlerin Prof. Dr. Leonie Sundmacher. Für das Konsortium konnten weitere wissenschaftliche Partner, KVen und Krankenkassen gewonnen werden. Insgesamt sind folgende Institutionen am Konsortium beteiligt:

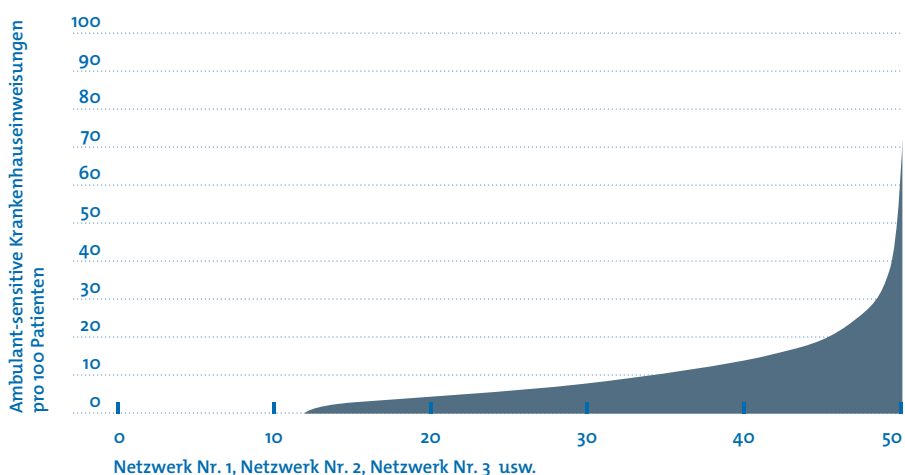
- Ludwig-Maximilians-Universität München, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, MHH Hannover
- KVen Hamburg, Schleswig-Holstein, Nordrhein, Westfalen-Lippe
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)
- AOK Rheinland/Hamburg, AOK Nordwest, Techniker Krankenkasse, Barmer GEK (Gespräche laufen)

Anfang des zweiten Quartals 2017 wird Prof. Dr. Leonie Sundmacher mit den Analysen beginnen. Auf der Basis der Ergebnisse dieser Auswertungen werden alle an Netzwerken beteiligten Mitglieder der KV Hamburg zur Teilnahme an dem Projekt eingeladen. Wir freuen uns auf Ihre rege Beteiligung! ■

EVA SCHIFFMANN

Stabsstelle Analyse und Strategie des Vorstandes, Tel: 22802-427
E-Mail: eva.schiffmann@kvhh.de

ABBILDUNG 3: VERGLEICH ZWISCHEN NETZWERKEN



(Quelle: Prof. Dr. Leonie Sundmacher)

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

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Kann ein Patient arbeitsunfähig geschrieben werden, wenn ein für die Ausübung seiner Arbeit erforderliches Hilfsmittel (zum Beispiel ein Körperersatzstück) defekt ist?

Ja. Es besteht solange Arbeitsunfähigkeit, bis die Reparatur des Hilfsmittels beendet oder ein Ersatz des defekten Hilfsmittels erfolgt ist.

CHRONIKERBESCHEINIGUNG

Können wir die Chronikerbescheinigung (Muster 55) ausstellen, wenn die chronische Erkrankung des Patienten noch kein volles Jahr besteht?

Nein. Die Chronikerbescheinigung wird erst dann ausgestellt, wenn der Patient in den letzten vier Quartalen wegen derselben chronischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung war. Das Muster 55 ist über den Paul-Albrechts-Verlag zu beziehen. Alternativ ist das Ausstellen über ihren Praxiscomputer möglich.

TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG

Wird für den teilstationären Krankenhausaufenthalt in einer Tagesklinik eine Einweisung oder eine Überweisung ausgestellt?

Es handelt sich um eine zeitlich beschränkte Inanspruchnahme des Krankenhauses im Sinne der im § 39 SGB V genannten teilstationären Behandlung. In der Regel dauert eine solche Behandlung, bei der sich der Patient von morgens bis abends im Krankenhaus aufhält und auch dort gepflegt wird, mehrere Wochen oder Monate. In diesem Fall wird einmalig, vor Beginn der Behandlung, ein Einweisungsschein ausgestellt.

TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG

Wer ist für Leistungen zuständig, die zur Vorbereitung eines teilstationären Krankenhausaufenthaltes notwendig sind? Das Krankenhaus oder der niedergelassene Arzt?

Die Zuständigkeit liegt in diesem Fall beim niedergelassenen Vertragsarzt. Leistungen, die zur Vorbereitung einer teilstationären Krankenhausbehandlung notwendig sind, können in keinem Fall als vorstationäre Leistung im Sinne des § 115a SGB V erbracht werden. Der § 115a SGB V gilt ausschließlich für die vollstationäre Krankenhausbehandlung. Bei einer vollstationären Aufnahme muss das Krankenhaus die vorstationären Leistungen erbringen.

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

www.kvhh.de →
Beratung und
Information → Fragen
und Antworten



HAUSBESUCHE

Besteht für Vertragsärzte die Pflicht, Hausbesuche durchzuführen?

Ja. Grundsätzlich ist es Aufgabe des behandelnden Hausarztes, die Besuchsbehandlungen durchzuführen. Fachärzte sind jedoch ebenfalls zu Hausbesuchen berechtigt und verpflichtet, wenn sie vom Hausarzt zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen werden oder wenn bei Versicherten, die von dem Facharzt behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

KRANKENTRANSPORT

Ein Patient wurde operiert und soll nach Hause gefahren werden. Wer ist für die Verordnung des Krankentransportes nach einem stationären Aufenthalt zuständig?

Für eine Verordnung von einer Krankenförderung nach einem stationären Aufenthalt ist das Krankenhaus zuständig. Hierfür wird eine formlose Bescheinigung ausgestellt.

ALLERGIKER-BETTWÄSCHE

Ist es möglich, Anti-Allergiker-Bettwäsche als Hilfsmittel zu verordnen?

Nein. Anti-Allergiker-Bettwäsche ist nicht im Hilfsmittelkatalog gelistet und somit nicht als Hilfsmittel verordnungsfähig. Manche Kassen übernehmen aber die Kosten bzw. beteiligen sich mit einer Teilerstattung. Für den Fall, dass die Kasse sich an den Kosten beteiligt, kann die Bettwäsche trotzdem auf einem Kassenrezept verordnet werden (unter Angabe der entsprechenden Diagnose), da jedes Hilfsmittelrezept vorher von der Kasse genehmigt werden muss, wenn es nicht gelistet ist.

Infocenter Tel: 22802-900



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



Keine Umsatzsteuerpflicht für vergütungsfähige Meldungen an das Krebsregister

Vergütungsfähige Meldungen für das klinische Krebsregister nach § 65c SGB V sind umsatzsteuerfrei. Das hat die Hamburger Gesundheitsbehörde unter Berufung auf ein Schreiben des Bundesfinanzministeriums mitgeteilt. Der Leiter des Hamburgischen Krebsregisters, Dr. Stefan Hentschel, begrüßte die Entscheidung. Im Interview mit dem KVH-Journal (11/2016, Seite 26) hatte er schon darauf hingewiesen, dass solche Meldungen nach Auffassung der Gesundheitsbehörden Teil der Heilbehandlung seien und deshalb nicht der Umsatzsteuerpflicht unterliegen dürfen. Dieser Auffassung haben sich die Finanzministerien von Bund und Ländern nun angeschlossen. ■

Ansprechpartner:

Hamburgisches Krebsregister (HKR), Billstraße 80, 20539 Hamburg

Telefon: (040) 42837 – 2211

Fax: (040) 42731 – 0094

E-Mail: hamburgischeskrebsregister@bgv.hamburg.de

Internet: www.hamburg.de/krebsregister/

Belegung von Unterkünften mit Flüchtlingen: Was ändert sich in Ihrer Nähe?

Werden Flüchtlingsunterkünfte geschaffen oder geschlossen, hat das Einfluss auf das Patientenaufkommen der umliegenden Praxen. Damit sich die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf die aktuellen Entwicklungen einstellen können, stellt die KV Hamburg hierzu Informationen im Mitgliederbereich ihrer Internetseite zur Verfügung. ■

www.kvhh.de → Mitgliederbereich anmelden → Informationen zu Flüchtlingsunterkünften

Informationsveranstaltung zur neuen Psychotherapie-Richtlinie



Referent: Dieter Best, Vorsitzender des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV

Welche Auswirkung hat die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie auf den beruflichen Alltag? Wie sollte man seine Praxis organisieren, um den neuen Anforderungen (Erreichbarkeit, Sprechstunde) gerecht zu werden? Die KV Hamburg und die Psychotherapeutenkammer bieten hierzu eine gemeinsame Informationsveranstaltung an. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Termin: 25.1.2017 (17.30 Uhr)

Ort: Mozartsäle Hamburg

Moorweidenstr. 36

20146 Hamburg

Ansprechpartnerinnen: Tina Barth, Tel: 22802-866

Franziska Urban, Tel: 22802-378

Anmeldung über die Homepage: www.kvhh.de



VERANSTALTUNGSHINWEIS

Neu: Qualitätszirkel Hygiene - aus der Praxis für die Praxis

Das Aktionsbündnis „Gezielte Antibiotikatherapie“ der KV Hamburg hat für 2017 mit Mitgliedern aus dem Ärztenetz Hamburg und dem MRE-Netz Hamburg den „Qualitätszirkel Hygiene“ gegründet, um anhand von Fallbeispielen und Impulsvorträgen komplexere MRE-Fälle aus der ambulanten Versorgung zu diskutieren.

Multiresistente Erreger stellen zunehmend ein Problem bei der Patientenversorgung dar. Sowohl bei der hausärztlichen Versorgung von multimorbiden Patienten in Wohn-Pflegeeinrichtungen als auch beim ambulanten Operieren ergeben sich viele Fragen zum Umgang mit Antibiotika und Resistenzen, zu Sanierung und Screening von MRSA und dem Schutz der Mitarbeiter vor Besiedelungen.

Gemeinsames Ziel der Initiatoren des Qualitätszirkels ist die Vermittlung von mikrobiologischem Fachwissen und von Erkenntnissen zu den Übertragungswegen, die Überprüfung des Hygienemanagements und der Antibiotikatherapie – und damit eine Reduktion der Übertragung von multiresistenten Erregern in der Arztpraxis.

Es werden insgesamt sechs Qualitätszirkel-Veranstaltung angeboten, die sinnvoll aufeinander abgestimmt sind, aber auch einzeln besucht werden können.

Eigene Fälle können gern vorgestellt und gemeinsam mit den anwesenden Mikrobiologen und Krankenhaus-hygienikern diskutiert werden. ■

THEMEN UND TERMINE

Termin	Thema	Inhalt	Referent
12.1.2017	Multiresistente Erreger MRSA	Was Sie schon immer über MRSA wissen wollten	Dr. Katja Peters
30.3.2017	Multiresistente Erreger MRGN	Probleme und Lösungen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen	Dr. Ines Fenner
15.6.2017	Hygienestatus in der Arztpraxis	Praktische Tipps zum Aufbau eines Hygienemanagements, Vorbereitung einer Begehung durch das Gesundheitsamt	Dr. Katja Peters
7.9.2017	Gezielter Einsatz von Antibiotika	Fallbesprechung aus der Praxis für die Praxis	Dr. Thomas Fenner
9.11.2017	Umgang mit Medizinprodukten	Risikobewertung, Lagerung, Aufbereitung in der Praxis	N.N.
11.1.2018	Erstversorgung von Patienten mit unbekanntem Erreger	Erkennen, organisieren, behandeln	N.N.

Veranstaltungsort: Ärztekammer, Weidestraße 122b

4 FORTBILDUNGSPUNKTE JE VERANSTALTUNG

Weitere Informationen:

Sabine Daub, Tel: 22802-659

E-Mail: sabine.daub@kvhh.de

Fachliche Ansprechpartnerin:

Dr. Katja Peters, E-Mail: mail@praxis-kpeters.com

Informationen zum Bündnis gezielte

Antibiotikatherapie: www.kvhh.de →

(rechte Navigationsleiste / unten)

Bündnis für gezielte Antibiotikatherapie



Neue QM-Richtlinie in Kraft

Die bisher nebeneinander existierenden Qualitätsmanagement-Richtlinien für Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Krankenhäuser wurden zu einer gemeinsamen Richtlinie verschmolzen, die am 16. November 2016 in Kraft getreten ist. Für Praxen ergeben sich daraus einige Änderungen, unter anderem bei der Umsetzung von Mitarbeiterbefragungen und der Einführung von Checklisten und Risikomanagement.

Die Richtlinie finden Sie unter:

www.g-ba.de → Informationsarchiv
→ Richtlinien → Qualitätsmanagement-Richtlinie

Info-Veranstaltung

Die KV bietet eine weitere Informationsveranstaltung für Praxisinhaber und -personal zur neuen QM-Richtlinie an. Arbeitsmaterialien und schriftliche Informationen zur Umsetzung der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie werden gestellt. ■

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Mi. 25.1.2017 (14.30 – 17.30 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 65 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Hygiene-Seminar

In den meisten Praxen muss ein Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellt werden. Was dessen Aufgaben sind, wird in diesem Seminar der KV Hamburg vermittelt. Die Teilnehmer erhalten einen Überblick über alle wichtigen Aspekte, die im Hygienemanagement der Praxis eine Rolle spielen. Sie erfahren außerdem, wie man sich auf eine Praxisbegehung durch die Behörden vorbereitet.

Das Seminar richtet sich an Praxisinhaber und -mitarbeiter. ■

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Mi, 15.2.2017 (9:30 - 17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Patientenrechte-Seminar

Das Seminar zeigt auf, wie die Anforderungen aus dem Patientenrechtegesetz in die Praxisabläufe und in das interne Qualitätsmanagement integriert werden können. Wichtige Aspekte hierbei sind die Informationspflicht des Arztes oder Psychotherapeuten, die Dokumentation der Behandlung und die Einsicht in die Patientenakte. Außerdem erhält man praktische Tipps für einen sinnvollen Umgang mit Einwilligungen und Einverständniserklärungen und zur Gestaltung geeigneter Arbeitsanweisungen.

Das Seminar richtet sich an Ärzte und Psychotherapeuten sowie an alle Mitarbeiter mit Führungsverantwortung. ■

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Mi, 22.2.2017 (9:30 - 17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

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

Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge:

- 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2015 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2016 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme mit Gültigkeit für das Jahr 2016 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Vereinbarung mit der Techniker Krankenkasse als Anlage 1 zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme mit Gültigkeit für das Jahr 2016 in der Fassung des 1. Nachtrages (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 1. Nachtrag zum Vertrag - Multimorbidität / chronische Erkrankungen - zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte mit

besonderem Versorgungsbedarf mit der DAK-Gesundheit (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

Hinweis: Aufhebung eines Vorbehaltes

- 41. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit dem BKK-Landesverband NORDWEST: Vertrag zur Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg

Der 41. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit dem BKK-Landesverband NORDWEST: Vertrag zur Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg wurde im KVH-Journal 10/2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

- Vereinbarung des „Umsetzungskonzeptes der Einrichtung von Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen

Die Vereinbarung des „Umsetzungskonzeptes der Einrichtung von Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen wurde im KVH-Journal 10/2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

Zusammenfassung der Kündigungen zum 31. Dezember 2016

- (Pflegeheim) Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen der KV Hamburg und der BARMER GEK und dem BKK-Landesverband NORDWEST und der Knappschaft wurden von der BARMER GEK und dem BKK-Landesverband NORDWEST gekündigt. Die Knappschaft hat den Vertrag erst zum 31. März 2017 gekündigt.
- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen (Impfvereinbarung - Ausland) zwischen der KV Hamburg und der Deutsche BKK.

Zusammenfassung der Widerrufe der Beitrittserklärungen zum 31. Dezember 2016

- (Pflegeheim) Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen der KV Hamburg und der BARMER GEK und dem BKK-Landesverband NORDWEST und der Knappschaft: Die Techniker Krankenkasse hat ihren Beitritt widerrufen.
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V zwischen der SECURVITA BKK und der AG Vertragskoordination: Die Deutsche BKK hat ihren Beitritt widerrufen.

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



Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2016

Abgabefrist:
2. bis 13. Januar 2017

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

Abgabezeiten in der KV

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

**Ort: Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg**

**Zeit: Innerhalb der Abgabefrist
Mo.- Fr. nur nach Vereinbarung
mit Ihrem Sachbearbeiter**

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet. ■

Heilmittelverordnung ab Januar mit zertifizierter Software

Wer zur Verordnung von Heilmitteln sein Praxisverwaltungssystem nutzt, muss ab Januar 2017 eine zertifizierte Software verwenden. Das schreibt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vor. Damit soll sichergestellt werden, dass alle verwendeten Softwareprodukte sämtliche Informationen enthalten, die Ärzte für eine korrekte Verordnung benötigen. Die KBV wurde mit der Zertifizierung beauftragt.

Die zertifizierte Software soll Ärzte bei der korrekten Verordnung von Heilmitteln unterstützen. Denn die vielen und teils sehr komplexen Regelungen sind schwer überschaubar. Ungenauigkeiten oder Fehler beim Ausstellen der Verordnung können die Folge sein. So kommt es immer wieder zu Rückfragen von Heilmitteltherapeuten, denn diese müssen die Verordnung auf Richtigkeit prüfen, da Krankenkassen andernfalls ihre Leistung nicht vergüten („Retaxierung“).

Die neue Verordnungssoftware enthält alle Informationen der Heilmittel-Richtlinie inklusive des Heilmittelkatalogs. Sie prüft die Plausibilität der eingegebenen Verordnungsdaten und warnt den verordnenden Arzt, wenn das Formular unvollständig ist. Zudem erhält der Arzt Hinweise, wenn beispielsweise die eingegebene Verordnungs menge zu hoch ist oder bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls die medizinische Begründung fehlt. Auch wird dem Arzt angezeigt, wenn die Verordnung einen besonderen Verordnungsbedarf oder langfristigen Heilmittelbedarf begründet. ■

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

**Bei Fragen zum Stand der Zertifizierung
eines Softwareprodukts sollten sich Ärzte
direkt an ihren PVS-Anbieter wenden.**

Glukokorticoid-Nasensprays nur noch eingeschränkt verordnungsfähig

Glukokorticoid-Nasensprays können für Patienten ab 18 Jahren zur symptomatischen Behandlung einer saisonalen allergischen Rhinitis nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden. Grund dafür ist eine Änderung der Verschreibungspflicht, die auch Auswirkungen auf die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV hat.

IN WELCHEN FÄLLEN MÜSSEN JETZT FREIVERKÄUFLICHE GLUKOKORTICOID-NASENSPRAYS EINGESETZT WERDEN?

Glukokorticoid-Nasensprays sind mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 teilweise aus der Verschreibungspflicht entlassen worden (Änderung der Anlage 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung – AMVV). Die Mittel sind freiverkäuflich, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- wenn sie bei Erwachsenen zur symptomatischen Behandlung der saisonalen allergischen Rhinitis angewandt werden
- wenn die Erstdiagnose einer saisonalen allergischen Rhinitis durch einen Arzt gestellt worden ist
- bis zu einer Tagesdosis von maximal 200 Mikrogramm Mometasonfuroat beziehungsweise Fluticasonpropionat
- wenn auf den Behältnissen und äußeren Umhüllungen des Arzneimittels angegeben ist, dass die Anwendung nur auf Erwachsene beschränkt ist.

Laut Arzneimittelrichtlinie sollen freiverkäufliche Arzneimittel eingesetzt werden, wenn dies zur Behandlung der Erkrankung „notwendig, zweckmäßig und ausreichend“ ist. Verordnet der Arzt stattdessen ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel zu Lasten der GKV, kann dies unwirtschaftlich sein. Im Sozialgesetzbuch ist darüber hinaus festgelegt, dass frei verkäufliche Medikamente für Erwachsene nicht von der GKV übernommen werden dürfen – es sei denn, für die betreffende Indikation ist in Anlage I der Arzneimittelrichtlinie (OTC-Liste) eine

Ausnahmeregelung formuliert. Dies ist bei den Glukokorticoid-Nasensprays nicht der Fall.

Damit können unter den oben genannten Bedingungen nur noch freiverkäufliche Glukokorticoid-Nasensprays verwendet werden. Zu den freiverkäuflichen mometasonhaltigen Präparaten zählen unter anderem Momealerg® oder Mometahexal®. Freiverkäufliche Fluticason-Präparate sind zurzeit noch nicht am Markt (Stand 15.11.2016 – Lauer Taxe).

IN WELCHEN FÄLLEN KÖNNEN WEITERHIN VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE GLUKOKORTICOID-NASENSPRAYS EINGESETZT WERDEN?

Verschreibungspflichtige Präparate wie beispielsweise Nasonex® bleiben in folgenden Fällen zu Lasten der GKV verordnungsfähig:

- zur Anwendung bei Kindern (ab 3 Jahren) und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag zur symptomatischen Behandlung einer saisonalen allergischen Rhinitis
- für Kinder und Erwachsene zur Behandlung einer perenialen Rhinitis
- zur Behandlung einer Polyposis nasi bei Patienten ab 18 Jahren

NICHT-VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ANTIHISTAMINIKA

Weil in diesem Zusammenhang immer wieder nach der Verordnungsfähigkeit von Antihistaminika gefragt wird, hier noch der Hinweis: Freiverkäufliche Antihistaminika (z.B. Cetirizin® Tabletten) können für Jugendliche und Erwachsene zur Behandlung der schwerwiegenden allergischen Rhinitis zu Lasten der GKV verordnet werden – aber nur, wenn eine Behandlung mit topischen nasalen Glukokortikoiden nicht ausreichend gewesen ist. ■

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



Niedrige Hepatitis-B-Impfquote in Hamburg

Wann kann die Hepatitis-B-Impfung zu Lasten der GKV durchgeführt werden?

Die Zahl der gemeldeten Hepatitis-B-Fälle in Hamburg ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen (*Epid. Bull.* 42/2016, S. 469).

Experten weisen darauf hin, dass es vor diesem Hintergrund besonders wichtig ist, die Möglichkeit der Prävention durch Impfung ausreichend zu nutzen. Deshalb soll hier nochmals dargestellt werden, in welchen Fällen in Hamburg die Hepatitis-B-Impfung zu Lasten der gesetzlichen Kassen durchgeführt werden kann und sollte.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt, den Impfstatus von Patienten regelmäßig zu überprüfen. Dazu sollte jeder Arzt-Patientenkontakt genutzt werden.

STANDARDIMPFUNG: KINDER UND JUGENDLICHE

Die Hepatitis-B-Impfung gehört zu den von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag (siehe Impfkalender).

Kinder sollten im Alter von 2 bis 14 Monaten eine vollständige Grundimmunisierung gegen Hepatitis B erhalten. Es wird ausdrücklich empfohlen, die Hepatitis-B-Impfung frühzeitig vorzunehmen, da Ansteckungen beispielsweise im Kindergarten nicht auszuschließen ist.

Versäumte Impfungen sollten unbedingt nachgeholt werden. Die Kosten für diese Nachholimpfungen für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag müssen von allen Kassen übernommen werden.

Spätestens am 18. Geburtstag sollten alle, die geimpft werden können, über eine vollständige Grundimmunisierung gegen Hepatitis B verfügen.

Leider zeigt sich bei den Schuleingangsuntersuchungen, dass die Impfquote für Hepatitis B in Hamburg unzureichend ist. Nach den neuesten verfügbaren Zahlen liegt sie bei 83,6 Prozent – und damit deutlich niedriger als die deutschlandweite Durchschnittsquote von 88,3 Prozent (*Epid. Bull.* 16/2016).

Immer wieder taucht die Frage auf, ob eine Auffrischungsimpfung bei Jugendlichen sinnvoll ist. Eine Auffrischungsimpfung wird bei Immunkompetenten ohne weitere Risikoindikationen nicht empfohlen und muss deshalb von den Krankenkassen nicht übernommen werden. Liegen bei Jugendlichen aber Risikoindikationen gemäß den Empfehlungen zur Indikationsimpfung gegen Hepatitis B vor, ist eine Auffrischungsimpfung angezeigt und wird von den Kassen als Pflichtleistung bezahlt.

INDIKATIONSIMPFUNG FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND ERWACHSENE

Bei Risikoindikationen wird die Hepatitis-B-Impfung empfohlen und ist Pflichtleistung der Kassen. Bei diesen Indikationen werden mindestens alle zehn Jahre Auffrischungsimpfungen empfohlen. Das betrifft Personengruppen, bei denen die STIKO ein erhöhtes Expositionsrisiko oder eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf sieht.

Zu den Risikoindikationen gehören:

- eine vorbestehende oder zu erwartende Immundefizienz bzw. -suppression (beispielsweise vor Behandlung mit TNF-alpha-Inhibitoren bei rheumatischen Erkrankungen)
- oder
- eine vorbestehende Erkrankung bei der ein schwerer Verlauf einer Hepatitis-B-Erkrankung zu erwarten ist, z. B. HIV-Positive, Hepatitis-C-Positive, Dialysepatienten
- oder
- ein erhöhtes nichtberufliches Expositionsrisiko, z. B. Kontakt zu HBsAg (Hepatitis-B)-Trägern in Familie/Wohngemeinschaft, Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko (Drogenkonsumenten), ggf. Patienten psychiatrischer Einrichtungen
- oder
- ein erhöhtes berufliches Expositionsrisiko z. B. bei Ersthelfern, Polizisten, Personal von Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepa-



STIKO-App: Informationen und Service rund ums Impfen

Die Empfehlungen der STIKO gibt es jetzt als App. Die kostenlose STIKO@rki-App für Android (ab Version 5.1) und auch für iOS (Version 8.2) wurde für Ärzte entwickelt, um sie bei Fragen zum Impfen im Praxisalltag zu unterstützen. Mit wenigen Klicks bekommt man die für die Beratung des einzelnen Patienten relevanten Informationen. Zentrales Angebot ist der interaktive Impfcheck: Nach Eingabe von Alter, Geschlecht und Impfhistorie des Patienten wird dessen Impfstatus überprüft, noch ausstehende Impfungen identifiziert und Empfehlungen zum Schließen bestehender Impflücken gegeben.

Abrufbar in der App sind auch die Fachinformationen aller Impfstoffe, Antworten auf häufig gestellte Fragen zu Impfungen sowie die RKI-Ratgeber für Ärzte zu impfpräventablen Erkrankungen. Über eine integrierte News-Feed-Funktion wird der Nutzer mit Nachrichten über aktuelle Informationen und Stellungnahmen der STIKO sowie über weitere wichtige impfspezifische Meldungen (z.B. Lieferengpässe von Impfstoffen) informiert.

titis-B-Infizierten zu erwarten ist (z. B. Gefängnisse, Asylbewerberheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen). Bei beruflicher Indikation ist in vielen Fällen der Arbeitgeber leistungspflichtig (z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen). Hierzu sind die Regelungen der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge zu beachten. Die gesetzlichen Kassen sind nur leistungspflichtig, wenn die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) für den Arbeitgeber keine Verpflichtung vorsieht.

Die genannten Risikoindikationen sind exemplarisch und stellen keine abschließende Indikationsliste dar (individuelle Risikobeurteilung – siehe *Epid. Bull.* Nr. 36/37/2013).

IMPFSTOFFBEZUG UND ABRECHNUNG

Die Impfstoffe für die oben genannten Impfungen müssen über die Rezeptstelle Duderstadt über den „Impfbedarf“ angefordert werden. Abgerechnet werden die Impfleistungen über folgende Nummern:

- 89106 A und B für die Standardimpfung bis zum 18. Geburtstag
- 89107 A,B und R Indikationsimpfungen
- 89108 A,B und R Dialysepatienten

Manche Kassen zahlen zusätzlich Hepatitis-B-Impfungen auch bei Reiseindikationen (Satzungsleistung). Hier gelten abweichende Abrechnungsnummern, und die benötigten Impfstoffe werden auf den Namen des Patienten verordnet.

Auf der Homepage der KV Hamburg findet sich eine jeweils aktuelle „Übersicht zu den Zusatzvereinbarungen von Schutzimpfungen“ (www.kvhh.de → unter der Rubrik Verordnung → Schutzimpfung)

Informationsquellen

1. Schutzimpfungsrichtlinie (www.g-ba.de – Rubrik Informationsarchiv – Richtlinien)
2. RKI-Ratgeber für Ärzte (www.rki.de – Rubrik Infektionsschutz)
3. Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (www.rki.de – Rubrik Infektionsschutz – Epidemiologisches Bulletin 34/2016)

**Ansprechpartner für Fragen zu
Arznei- und Heilmitteln:**

Abteilung Praxisberatung, Tel: 22802-571 / -572



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Streit um die Statine

Die run-in-period als Schlüssel
zur Auflösung der Kontroverse um die Statine?

**VON INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
(DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



Kein Wissenschaftler zweifelt an der Wirksamkeit der Statine. Zum Nutzen in der Primärprävention und zur Häufigkeit der Nebenwirkungen ist jedoch ein heftiger Streit entbrannt.

Eine Gruppe prominenter Forscher hat im September 2016 im *Lancet* in einem 30-seitigen, eng bedruckten Review-Artikel für einen breiten Einsatz von Statinen auch in der Primärprävention geworben (1). Die Autoren beklagen irreführende Berichte zu vermeintlich häufigen Nebenwirkungen der Statine im *British Medical Journal (BMJ)* (2) und nachfolgend in den Medien. Der Herausgeber des *Lancet*, Richard Horton, erhebt massive Anklage gegen das *BMJ* und fordert ein "independent tribunal to consider allegations of research or publication malpractice, a damaging dispute has been allowed to continue unresolved for 2 years, causing measurable harm to public health." (3)

Im *BMJ* kontert Harlan M. Krumholz von der US Yale University, dass wichtige Fragen zum Einsatz und zur Sicherheit der Statine offen bleiben. Er fordert, dass die individuellen Patientendaten der Statin-Studien endlich auch anderen Wissenschaftlern für eigene Analysen zugänglich gemacht

werden (4). Fiona Godlee, die Herausgeberin des *BMJ*, sieht die Lösung des Konflikts in einem weiteren Review von unabhängigen Autoren. Vor allem müsse dabei die Rolle der run-in-period in den Studien analysiert werden (5).

Die run-in-period kann einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) vorgeschaltet werden. Über einige Wochen wird dann häufig Placebo oder das zu testende Medikament verabreicht. Die Studienplaner können in dieser Zeit wichtige Beobachtungen zur Compliance der potenziellen Studienteilnehmer machen. Personen, die ihre Kontrolltermine nicht einhalten oder die verordneten Pillen nicht nach Vorschrift einnehmen, werden erst gar nicht in die Studie rekrutiert. Aber auch Personen, die unter Placebo oder dem zu untersuchenden Medikament bereits bekannte unerwünschte Wirkungen berichten, könnten von der Studienteilnahme ausgeschlossen werden.

Durch den Ausschluss von nicht-kooperativen Personen kann einerseits die Abbruchquote während der Hauptstudie minimiert und somit die interne Validität der Studie verbessert werden. Andererseits kann die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Personengruppen oder die Versorgung unter Routinebedingungen eingeschränkt sein. Dies betrifft sowohl den Nutzen als auch den Schaden der Intervention. Je nach Ein- und Ausschlussverfahren in der run-in-period kann es zu Über- und Unterschätzungen sowohl von erwünschten als auch von unerwünschten Effekten kommen.

Bei den Statinen geht es vor allem um die Häufigkeit der Nebenwirkungen auf die Muskulatur. Das Phänomen wird auch Statinintoleranz genannt. Kritiker nennen Häufigkeiten von Muskelschwäche und Muskelschmerzen unter Statinbehandlung bis zu 15 Prozent (2), allerdings in nicht-

kontrollierten Beobachtungsstudien. Hingegen stützen sich die Lancet-Autoren auf RCTs (1). Nach deren Auswertungen verursachen Statine eine klinisch relevante Myopathie bei etwa 5 von je 10 000 Personen, die fünf Jahre lang eine wirksame Dosis Statine einnehmen. Nur eine davon würde sich zu einer Rhabdomyolyse entwickeln, würde das Medikament nicht zuvor abgesetzt. Symptomatische Beschwerden wie Muskelschmerzen oder Muskelschwäche würden höchstens bei 50 bis 100 pro 10 000 Behandelten (0,5 bis 1 Prozent) über fünf Jahre ursächlich den Statinen zugeschrieben werden können. Die Autoren verweisen darauf, dass alle Placebo-kontrollierten RCTs eindeutig gezeigt hätten, dass fast alle symptomatischen Beschwerden, die in der täglichen Praxis unter Routineanwendungen auftreten, nicht kausal den Statinen angelastet werden könnten. Sie treten vergleichbar häufig unter Placebo auf. Ein Cochrane-Review aus dem Jahr 2013 fand ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf Muskelbeschwerden zwischen Placebo und Statinen (6).

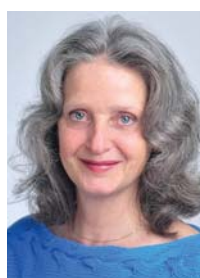
Sollte es jedoch eine Disposition zu Muskelbeschwerden unter Statineinnahme geben, wären run-in-periods in RCTs durchaus von Relevanz. Würden nämlich gerade jene Personen, die zu solchen unerwünschten Wirkungen neigen, erst gar nicht in die Studien eingeschlossen, könnten in der Hauptstudie beim Vergleich von Placebo und Statinen relevante Unterschiede in dieser Nebenwirkung nicht nachweisbar sein. Sehr wohl würden sie jedoch bei breiter Anwendung unter Routinebedingungen auftreten. In der Praxis lässt sich am Einzelfall ein ursächlicher Zusammenhang nur mit Aufwand klären. Üblicherweise müssten dazu (verblindete) Auslassversuche mit Nachweis eines deutlichen Anstiegs der Kreatinkinase im Blut unter Statineinnahme erfolgen.

Der Lancet-Review nimmt ausdrücklich Stellung zur Bedeutung der run-in-period in den analysierten

Studien (1). Die Autoren betonen, dass nur einige RCTs Vorlaufphasen hätten. Auch wenn diese unterschiedlich ausgerichtet wären, gebe es keine Hinweise, dass dadurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt wäre.

Wie wäre die Diskrepanz der berichteten Häufigkeiten von Muskelbeschwerden zwischen RCTs und Routineanwendung von Statinen zu erklären? Schwäche und Schmerzen in den Beinen sind physiologische Phänomene, denen üblicherweise keine große Bedeutung zugemessen wird. Wenn sie aber im Beipackzettel gelistet sind, dann werden sie möglicherweise anders wahrgenommen. Zumal im Beipackzettel nur die Häufigkeiten unter Einnahme von Statinen gelistet sind und nicht der Vergleich zu Placebo (also kein Unterschied). Angaben zu Häufigkeiten von Nebenwirkungen im Beipackzettel können nicht verstanden werden, wie wir in einem früheren Artikel beschrieben haben (7).

Man darf gespannt sein, ob das *BMJ* einen weiteren, diesmal mit dem Label „independent“ versehenen Review initiieren wird und ob dieser Review wirklich noch neue Erkenntnisse zu den Nebenwirkungen der Statine bringen kann. Vorerst gilt, was auch der Cochrane-Review gezeigt hat: In RCTs ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Statinen und Placebo nicht nachweisbar. In beiden Gruppen klagten etwa 9 Prozent der Studienteilnehmer über Muskelschmerzen (6). ■



**Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mühlhauser**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@
uni-hamburg.de
Tel: 040 42838 3988

(1) Collins R et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet* 2016 Sep 8. pii: S0140-6736(16)31357-5. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31357-5.

(2) Abramson JD, Rosenberg HG, Jewell N, Wright JM. Should people at low risk of cardiovascular disease take a statin? *BMJ* 2013;347:f6123. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6123> (Published 22 October 2013.) Correction <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3329>.

(3) Horton R. Offline: Lessons from the controversy over statins. *Lancet* 2016;388 (No 10049):1040, 10 September 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31583-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31583-5).

(4) Krumholz HM. Statins evidence: when answers also raise questions. *BMJ* 2016 Sep 14;354:i4963. doi: 10.1136/bmj.i4963.

(5) Godlee F. Statins: we need an independent review. Editor's choice. *BMJ* 2016;354:i4992 doi: 10.1136/bmj.i4992

(6) Taylor F et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;(1):CD004816. doi: 10.1002/14651858.CD004816.pub5. Review.

(7) Mühlbauer V, Mühlhauser I. Missverständliche Beipackzettel. *KVH Journal* 4/2016.

»Stolz auf die ärztliche Identität«

Ist die Praxis der letzte Handlungsraum, in dem Ärzte frei über die Interpretation ihrer Professionalität entscheiden können? Der Gesundheitswissenschaftler **PROF. DR. MARCUS SIEBOLDS** warnt vor den Folgen einer Expansion von Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung.



Prof. Dr. Marcus Siebolds

Am 8. Februar 2017 findet der zweite Versorgungsforschungstag in Hamburg statt. Sie werden über das berufliche Selbstverständnis der Vertragsärzteschaft referieren. Warum ist das ein Thema?

SIEBOLDS: Es gibt zwei Entwicklungen, die Einfluss auf die Zukunft der ambulanten Versorgung haben werden. Erstens ändern sich die Eigentumsverhältnisse der vertragsärztlichen Versorgungseinheiten durch die Gründung von MVZ, die nicht primär in ärztlichem Besitz sind. Zweitens steigt der Anteil angestellter Ärzte unter den KV-Mitgliedern. Bisher ist die ambulante Versorgung unter professionstheoretischen Gesichtspunkten sinnhaft strukturiert: Die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts verpflichtet ihre Mitglieder

gemäß gesetzlichem Auftrag auf eine Gemeinwesenorientierung, doch die Praxen befinden sich im Besitz der Ärzte. Dass Praxisbesitz und ärztlich Handelnde nicht getrennt sind, gibt den Ärzten die Freiheit, über ihre Interpretation von Professionalität autonom zu entscheiden. Sie übernehmen Verantwortung für das Geld, das sie von der Solidargemeinschaft zur Versorgung der Patienten bekommen – und haften mit ihrem Besitz. Im Gegenzug dafür haben sie eine relativ große wirtschaftliche Sicherheit. Dass die Berufszufriedenheit der niedergelassenen Ärzte im Kernbereich ihrer ärztlichen Tätigkeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen hoch ist, hat mit dem professionellen, unternehmerischen und ärztlichen Gestaltungsspielraum zu tun. Dies ermöglicht es den Vertragsärzten, ein sehr individuelles, zutiefst ärztliches Bewusstsein der Verpflichtung dem Patienten und dem Gemeinwesen gegenüber zu entwickeln. Beides sind wesentliche Anteile einer gelingenden Arztidentität.

Dieses Modell ist gefährdet?

SIEBOLDS: Die Besitzverhältnisse ändern sich: Immer mehr Kapitalgesellschaften betreiben ambulante Versorgungszentren. So entstehen deprofessionalisierte Handlungsräume. Die Interpretation der eigenen Professionalität liegt nicht

mehr in den Händen der Ärzte, denn angestellte Ärzte sind ihren Arbeitgebern in wesentlichen Teilen ihrer Arbeitsgestaltung verpflichtet.

Aber die Entstehung von Versorgungszentren ist doch politisch gewollt ...

SIEBOLDS: Ich habe den Eindruck, die Politiker verstehen die konstitutive Bedeutung von KV nicht mehr. Für sie ist entscheidend, dass man eine irgendwie geartete Sicherstellung hinbekommt und dass die Versorgung finanzierbar bleibt. Auf diese Weise kommt eine Wettbewerbsorientierung und damit auch die gewerbliche Wirtschaft ins Spiel. Daraus kann sich die Gefahr ergeben, dass die Patienten zu Objekten unternehmerischer Wertschöpfung werden. Die Politik hat nicht das geringste Interesse an Arztidentität. Daran sind auch wir Ärzte schuld. Wir müssten viel vehementer darauf hinweisen, dass die Medizin kein Beruf, sondern eine Profession ist.

Sorgt der Druck der Kapitalgesellschaften dafür, dass es immer mehr angestellte Ärzte gibt?

SIEBOLDS: Ja. Hinzu kommt aber noch eine andere Entwicklung, über die wir diskutieren müssen: der Verlust dessen, was ich "professionelle Entgrenzung" nenne. Dabei

geht es um die beim Vertragsarzt formal nicht festgelegte Grenze von Praxistätigkeit und Privatleben, die er als Freiberufler selber individuell ziehen muss. Dieser Freiberuflerstatus, der den klassischen Arzt ausgemacht hat, gilt für viele junge Kollegen nicht mehr, und darauf muss die KV eine Antwort finden. Welche Rolle spielen angestellte Ärzte in der KV? Ist die Tätigkeit als angestellter Arzt der Einstieg in das KV-System mit dem Ziel, die Verantwortung für den Besitz einer Praxis zu übernehmen? Das wäre ein gutes Modell, vor allem für Frauen, die sich in der Familienphase befinden. Doch wenn immer mehr Ärzte dauerhaft angestellt arbeiten, erodiert die bisherige Versorgungsstruktur, die auf Gemeinbindung einer-

seits und den ärztlichen Besitz der Versorgungseinheiten andererseits aufgebaut ist.

Wie verändert das die Medizin?

SIEBOLDS: Es entstehen Handlungsräume, in denen der Patient zum Empfänger von Dienstleistungen wird. Doch Ärzte erbringen keine medizinischen Dienstleistungen, sie sind dafür da, Patienten in ihrer subjektiven Betroffenheit professionell zu behandeln. Es geht um Menschen, die von Krankheit betroffen sind und leiden und sich einem Arzt anvertrauen. Diesen Moment nenne ich klinische Intimität oder klinische Begegnung. Die Patienten wollen vom Arzt in der klinischen Begegnung als Subjekt gesehen werden. Das funktioniert nur, wenn

der Arzt die Freiheit hat, professionell zu handeln. Die freie KV-Praxis ist der letzte Handlungsraum, in dem wir eine Chance auf professionelle ärztliche Identität haben. Das sollten wir wertschätzen. Die niedergelassenen Ärzte sollten der Verberuflichung der ärztlichen Tätigkeit entgegentreten, Position beziehen und sagen: „Wir sind stolz auf unsere professionelle Identität. Wir haben einen klaren Auftrag in dieser Gesellschaft, und den verteidigen wir.“

PROF. DR. MARCUS SIEBOLDS ist Internist und ärztlicher Psychotherapeut. Er vertritt den Lehrbereich Medizinmanagement und ist Prodekan am Fachbereich Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.



„Eros Arzt und Arbeitswelt 4.0 - Neue Ansprüche an die ambulante Versorgung“

8. Februar 2017

9 - 18 Uhr im Hotel Hafen Hamburg

Weitere Informationen und Online-Anmeldung unter:
www.versorgungsforschungstag-hamburg.de

Anmeldung bis zum 13. Januar 2017



Veranstalter:



Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg



Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Mit Unterstützung von:





Forum für digitale Kommunikation

Veranstaltung im Hotel Atlantic zieht fast 300 Ärzte und Psychotherapeuten an

ALS DIE KV MIT DER PLANUNG einer Veranstaltung zur digitalen Vernetzung des Gesundheitswesens begann, gab es bange Fragen: Wird jemand kommen? Wird man die Skeptiker überzeugen können? Dass dann am 23. November 2016 fast 300 Ärzte und Psychotherapeuten zum „Hamburger Forum für sichere Kommunikation im Gesundheitswesen“ ins Atlantic-Hotel strömten, zeigte aber: Das Thema stößt auf Interesse.

Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks hatte das Grußwort übernommen und stellte klar: „Ziel muss es sein, eine verlässliche und sichere Infrastruktur aufzubauen.“ Sie begrüßte sehr, dass die Vertragsärzteschaft mit dem sicheren Netz der KVen (SNK) aus eigener Initiative eine solche Infrastruktur entwickelt habe. „SafeNet bietet den Anschluss an ein gesichertes Netz für medizinische Kommunikation“, so Prüfer-Storcks. „Das bestätigen auch die ersten Prüfungen unserer Hamburger Datenschützer.“

Nicht nur die Politik forciert eine digitale Vernetzung des Hamburger Gesundheitswesens. Dr. Claudia Brase (Hamburgische Krankenhausgesellschaft) und Martin Sielaff (Hamburgische Pflegegesellschaft) bekräftigten die Absicht, das SNK als gemeinsames Kommunikationsmittel über die Sektorengrenzen hinaus zu nutzen.



„Einfluss der Ärzte auf den Digitalisierungsprozess stärken“:
Fast 300 KV-Mitglieder kamen zur Tagung ins Hotel Atlantic.



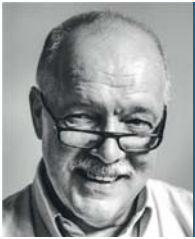
„Verlässliche Infrastruktur aufbauen“: Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks und KV-Vizechef Dr. Stephan Hofmeister

„Es ist aber ein Henne-Ei-Problem“, sagte KV-Chef Walter Plassmann. „Viele Ärzte und Psychotherapeuten würden sich gern einen KV-SafeNet-Anschluss zulegen, wenn es genug Teilnehmer gäbe. Doch die Teilnehmerzahl bleibt gering, solange alle abwarten.“

In den Sälen des Atlantic-Hotels hatten 16 Industriepartner des SNK ihre Stände aufgebaut, an denen sich die Besucher über das Angebot informieren konnten. Eine Diskussionsrunde mit Ärzten, die bereits an sichere digitale Netze angeschlossen sind, zeigte: Wer die Technik nutzt, will nicht mehr zu FAX und ungeschützter E-Mail zurück.

KV-Vizechef Dr. Stephan Hofmeister wies auf eine Zusage der Gesundheitsministerkonferenz hin, das SNK zu erhalten – auch wenn die Telematik-Infrastruktur wie vorgesehen im Jahr 2018 an den Start gehen sollte. Den Status des größten digitalen Gesundheitsnetzwerks in Deutschland hat das SNK nämlich bereits erreicht. Es hat fast 110.000 Teilnehmer, auch 500 Krankenhäuser sind angeschlossen.

Die KV Hamburg will den Ausbau nun auf ihrem Gebiet vorantreiben – auch um den Einfluss der Ärzteschaft bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens zu stärken. „Das Projekt hat eine politische Dimension“, sagte KV-Vizechef Dr. Stephan Hofmeister. „Denn SNK gehört den Ärzten. So bleiben die Patienten-Daten, wo sie hingehören – in unserer Obhut.“ ■



Weisheit und Sachverstand

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

Wenn etwas zu kompliziert geworden ist, versteht man es oft nicht mehr. Wenn man aber darauf angewiesen ist, auch komplizierte Sachverhalte zu verstehen, dann muss man sich den notwendigen Sachverstand besorgen. Die Bundesregierung unterhält aus diesem Grund „Sachverständigenräte“: den Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, den zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, einen für Umweltfragen und einen für Verbraucherfragen. Den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt es seit über dreißig Jahren.

Anfang Dezember 2016 kritisierte der Vorsitzende dieses Rates, also sozusagen der oberste Gesundheitsweise im Land, die „Flatrate-Mentalität“ vieler Patienten, und er fügte hinzu, die Anzahl der Arztbesuche sei in Deutschland im internationalen Vergleich rekordverdächtig auf 20 pro Jahr angestiegen. Sein weises Rezept dagegen: „Wir brauchen intelligente bargeldlose Selbstbeteiligungskonzepte nach internationalen Vorbildern“.

Was für ein tiefer Griff in die Mottenkiste! Was könnte an

einer Selbstbeteiligung wohl intelligent sein? Oder vielleicht liegt die Intelligenz im Bargeldlosen, nachdem man mit der Barzahlung der Praxisgebühr baden gegangen ist? Kann eine Selbstbeteiligung überhaupt intelligent sein? Es ist doch gerade im Gegenteil längst nachgewiesen, dass es weltweit kein einziges Selbstbeteiligungskonzept gibt, das im Gesundheitswesen je eine kluge Steuerung bewirkt hat. Im Gegenteil, es werden diejenigen von der medizinischen Versorgung ferngehalten, die sich eine Selbstbeteiligung nicht leisten können.

Aber nicht nur die Intelligenz des Vorschlags bleibt mir ein Geheimnis. Genauso geheimnisvoll ist die Herkunft der angeblich rekordverdächtigen Zahl von zwanzig Arztbesuchen in Deutschland. In der einen Statistik finde ich sieben, in einer anderen über neun Arztbesuche, und in der Statistik einer Krankenkasse aus dem Jahr 2008, als es die Praxisgebühr noch gab, sprach man von 18 Arztbesuchen im Jahr. Am geringsten ist die Arztbesuchsfrequenz offensichtlich in Schweden mit etwa drei, am höchsten in Japan mit knapp 14.

Und selbst wenn die Zahl 20 stimmen sollte, kann man denn solche Zahlen überhaupt vergleichen? Natürlich nicht! Verschiedene Länder haben verschiedene Gesundheitssysteme: Skandinavien, Großbritannien und die meisten Mittelmeerländer bieten ambulante Behandlung nur in staatlichen Institutionen an; in Deutschland ist jede einfache Rezeptabholung ein Arztkontakt; in Schweden wird qualifiziertes Pflegepersonal in Ambulatorien umfassend tätig, bevor der Patient überhaupt einen Arzt zu sehen bekommt; in Großbritannien gibt es gar keine Vorsorge- und Früherkennungsprogramme; in den Niederlanden bekommt man eine Krankschreibung nicht vom Arzt, sondern vom Sozialdienst usw.

Es stellt sich also die Frage: Was soll mit solchen Aussagen erreicht werden? Eine Erklärung wäre vielleicht, dass die „Flatrate-Mentalität“ und die ach so vielen Arztbesuche daran schuld sein werden, dass die Krankenkassenbeiträge in Kürze wieder erhöht werden müssen – aber natürlich nur die Zusatzbeiträge für die Versicherten, denn die Arbeitgeberbeiträge sind ja eingefroren. ■



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Stefan Mario Zorn**,
Leiter des Qualitätszirkels Diabetologie Süderelbe

Name: **Dr. Stefan Mario Zorn**

Geburtsdatum: **20. April 1946**

Familienstand: **verheiratet / 3 Kinder**

Fachrichtung: **Internist & Diabetologe DDG & ÄK HH**

Hobbys: **Sport (Laufen/Kampfsport), Musik (Geige/Gitarre),
Sprachen, Kunst/Geschichte/Archäologie**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Uneingeschränkt JA ... Es ist ein wunderbarer, spannender, vielseitiger Beruf, insbesondere wenn man ihn im global sozio-politischen Kontext verankert sieht. Die subjektiven Erwartungen werden gelegentlich durch endogene und exogene Faktoren (z.B. Bürokratie und kollegiale Empathie) getrübt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Bei der Implementierung der ambulanten Diabetologie in den 1990ern in Hamburg fehlte im Rahmen der Prozessqualität eine Plattform zur Vermittlung einer modernen Diabetologie, weg von den damaligen Euphemismen „ein wenig Zucker“. Auf Augenhöhe mit den Krankenhaus-Ärzten, niedergelassenen Kollegen diverser Disziplinen inklusive Diabetologen unserer Region haben wir die vernetzten Strukturen (PNS) auch auf unseren Qualitätszirkel Diabetologie Süderelbe übertragen können.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihre Qualitätszirkels ? Was sind die Herausforderungen? Themenspektrum sind neben Cardiodiabetes sozial-politische sowie philosophische Aspekte, die zum Teil von namenhaften Referenten begleitet werden. Der Schwerpunkt unseres Qualitätszirkels liegt auf einer sehr umfangreich, kontrovers geführten Diskussion. Ziel ist die Verbesserung der Ergebnisqualität durch einen multimodalen medizinischen Ansatz. Eine der Herausforderungen ist es, auch noch nach 20 Jahren Qualitätszirkel Diabetologie Süderelbe neue und spannende Themen für die Kollegen zu generieren.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Der zunehmend ökonomische Fokus der ärztlichen Handlungsweise verändert – per se – unser genuines moralisch-ethisches Prinzip. Der Patient ist Objekt unseres Handelns, ihm sind wir verpflichtet. Die Versorgung darf nicht vordergründig nach materiellen Gesichtspunkten ausgerichtet werden. Ein Paradigmen-Wechsel in der berufspolitischen Zielsetzung – Fokus: zurück zum Patienten – ist längst überfällig.

Welche Träume möchten Sie gern verwirklichen? En detail: einen Medizinstudienplatz für unseren Nachzügler und Muße zum literarischen Abschluss zweier „Brocken“ (Ulysses / J. Joyce & Weniger als Nichts / S. Zizek). En gros: Mut zum Europa der Nationen, friedlichen Koexistenz der Religionen, gerechtere Wohlstandsverteilung und Bescheidenheit. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 2.2.2017 (Konstituierende Sitzung der neuen VV - ab 18 Uhr)

KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Info zur neuen QM-Richtlinie Für Praxisinhaber und -personal: Informationen zu den geänderten Vorgaben der QM-Richtlinie – insbesondere zu Mitarbeiterbefragungen und Risikomanagement 4 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 25.1.2017 (14.30-17.30 Uhr) € 65 inkl. Getränke und Imbiss	Hygiene in der Arztpraxis Für Ärzte und Praxispersonal. Themen sind: Aufgaben einer Hygienebeauftragten, Erstellung von Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungsplänen; Gesetzeslage; Begehung durch Behörden 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 15.2.2017 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Patientenrechte im Alltag Für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal: Das Seminar zeigt, welche Anforderungen sich aus dem Patientenrechtegesetz ergeben: Informationspflicht, Dokumentation, Einsicht in Patientenakte 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 22.2.2017 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer Für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi. 18.1.2017 (15-20 Uhr), weitere Termine: 20.1.2017, 25.1.2017, 27.1.2017; € 226	Fortsetzung Grundschulung für Unternehmer Fortbildung aufbauend auf der ersten Grundschulung; BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Fr. 3.3.2017 (15-20 Uhr), weiterer Termin: 7.4.2017; € 226	Gefährdungsbeurteilung Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften Mi. 15.2.2017 (15-18 Uhr), weitere Termine: 26.4.2017; € 60
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldung bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Tel: 278063-47, Fax: 278063-48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de		

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen Termine: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → Stichwort → Zi-DMP eingeben	Medizinische und berufl. Rehabilitation Für Ärzte: Das Seminar behandelt alle Fragen rund ums Thema „Rehabilitation“ – von der Beratung über den Antrag bis hin zur Nachsorge. Mi. 11.1.2017 (17-20 Uhr) € 65	Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal – Vertiefung der Kenntnisse zum Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen Mi. 25.1.2017 (15-17 Uhr), weiterer Termin: 15.2.2017; € 25
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b, Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekeh.de , Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html		

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 4. QUARTAL 2016 VOM 2. BIS 13. JANUAR 2017

wir
verbinden
ihre

[n e u • r o • n e n]

/infocenter

das infocenter gibt auskunft zu allem, was die kvh für sie tun kann, und schafft bei komplexen anliegen zügig verbindungen zu beratenden ärzten, apothekern und fachabteilungen. fragen sie uns einfach!