Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 1/2014

KVH journal

BALAN CEAKT

Wie Hamburgs Praxen das wirtschaftliche Gleichgewicht halten

BEDARFSPLANUNG
Wie aussagekräftig ist der Morbiditätsatlas?

STANDESPOLITIK
Dieter Bollmann geht in den Ruhestand

IMPRESSUM

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

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 1/2014 (Januar 2014)

Liebe Leserin, lieber Leser!

Wenn wir eine gute medizinische Versorgung wollen, müssen wir die Interessen und Bedürfnisse derjenigen berücksichtigen, die diese Versorgung leisten. Das gilt selbstverständlich auch für die Frage, wie man Ärzte dazu bringt, in sozialen Brennpunkten zu praktizieren. Zwang und Druck funktionieren nicht. Es muss ein Anreizsystem hergestellt werden, und dessen Ziel ist ganz einfach: Die Führung einer Praxis muss auch dort wirtschaftlich attraktiv sein, wo es keine Privatpatienten gibt.

Hierbei sind zunächst die Krankenkassen in der Pflicht. Sie müssen sich fragen lassen, ob mit der von ihnen zur Verfügung gestellten Gesamtsumme eine angemessene Versorgung ihrer Versicherten gewährleistet werden kann.

Darüber hinaus brauchen wir einen EBM, dessen Gebührensätze für jede Leistung für sich genommen kostendeckend sind. Wenn zentrale GKV-Leistungen zu niedrig bezahlt werden und durch anderweitige Einnahmen querfinanziert werden müssen, hat das unbeabsichtigte Effekte, die einer flächendeckenden Versorgung zuwiderlaufen.

Die Honorierung der GKV-Leistungen muss auch Ärzte, die in benachteiligten Stadtteilen praktizieren, von wirtschaftlichen Problemen freihalten. Damit sie sich keine Gedanken um das Überleben ihrer Praxen machen müssen und sich auf das konzentrieren können, was ihre Aufgabe ist, nämlich kranken Menschen zu helfen.

Ihr Dieter Bollmann
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

INHALT

SCHWERPUNKT

06_Nachgefragt: Wie kommt eine Praxis ohne Privatpatienten über die Runden?

08_Balanceakt: Welche Möglichkeiten es gibt, seine Praxis rentabler zu machen

09_In den sozialen Brennpunkten zeigt sich die Unterfinanzierung des Systems am deutlichsten

13_ Irreführende Medienberichterstattung zum „Morbiditätsatlas“

GESUNDHEITSPOLITIK

16_Erfolgsmodell MVZ?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

18_Fragen und Antworten

20_DMP-Patientenschulungen: Warum korrekte Dokumentation wichtig ist

21_ Neue Abrechnungsziffern für DMP-Diabetes-Schulungen

24_Gründung eines Netzwerks zur Versorgung Contergangeschädigter

Knie- und Schulterbewegungsschienen für Versicherte der AOK Bayern

QUALITÄT

22_ Seminare im Ärztehaus: Hygiene und QEP-Refresher

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

ABRECHNUNG

23_Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2013

Sammelerklärung für das 1. Quartal 2014 kann am Computer ausgefüllt werden

ARZNEI- UND HEILMITTEL

24_Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

FORUM

25_Debatte: Warum ADHS zumeist eine multimodale Therapie erfordert

28_Berufsunfähigkeitsversicherungen: Welche Patientendaten dürfen Ärzte herausgeben?

KV INTERN

30_Der Profi: Dieter Bollmann geht in den Ruhestand

RUBRIKEN

02_Impressum
03_Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

23_Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

33_Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

KV INTERN

34_Steckbrief: Dr. René Rückner
35_Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelbild: Fotomek/Fotolia; Seite 11: Peter Atkins/Fotolia; Seite 17: News & Art; Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 22: Peter Atkins/Fotolia; Seite 23: Fotografci/Fotolia; Seite 25: Photophonie/Fotolia; Seite 30: Michael Zapf; Seite 33: Barbara Klemm; Seite 36: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto, Fotolia

Wie kommt eine Praxis ohne Privatpatienten über die Runden?

Wir haben drei Ärzte um eine Stellungnahme gebeten.

Dr. Wolfgang Dehoust
Chirurg und Unfallchirurg
in Wilhelmsburg

Zusätzliche Standbeine

In meiner Einzelpraxis werden tatsächlich so gut wie gar keine Privatpatienten versorgt. Das funktioniert nur, wenn man straff organisiert ist und beim Hauptkostenfaktor Personal spart. In meiner chirurgisch-unfallchirurgischen Praxis behandeln wir zum Glück neben GKV-Patienten auch viele Patienten nach Arbeits- und Schulunfällen. Ohne die D-Arzttätigkeit käme ich sicher nicht über die Runden. Außerdem bieten wir ambulante Operationen an, die ja bekanntlich extrabudgetär vergütet werden. Wenn man seine GKV-Tätigkeit auf diese Weise quersubventioniert, funktioniert es. **Doch ohne meine beiden zusätzlichen Standbeine könnte ich die chirurgisch-unfallchirurgische Rundumversorgung von morgens 8 bis abends 18 Uhr nicht aufrecht erhalten.** ■

Dr. Lutz Krüger
Allgemeinmediziner
in Steilshoop

Not macht erfinderisch

Wir arbeiten in einem kranken System, in dem eine Praxis umso weniger erwirtschaftet, je mehr Patienten sie versorgt. Diese Not macht zwangsläufig erfinderisch. In unserer Dreier-Gemeinschaftspraxis haben wir immer darauf geachtet, nicht „herumzutüdeln", sondern wirtschaftlich zu arbeiten. **Es zahlt sich aus, dass wir früh in eine effiziente Patientenverwaltung investiert haben.** Da ich in der gemeinsamen Prüfungsstelle der KV sitze, weiß ich aus erster Hand, wo die Verschreibungsgrenzen liegen. So haben wir immerhin keine Angst vor Regressen. In Steilshoop muss man bescheidener sein, doch wir müssen auch keine horrende Miete erwirtschaften und stehen unter weniger Umsatzdruck als Kollegen in exklusiven Lagen. Und: Jenseits des GKV-Leistungsspektrums haben wir einiges zu bieten. IGeL-Leistungen werden auch in Steilshoop nachgefragt. ■

Dr. Bastian Steinberg
Praktischer Arzt und MVZ-Betreiber
in Billstedt

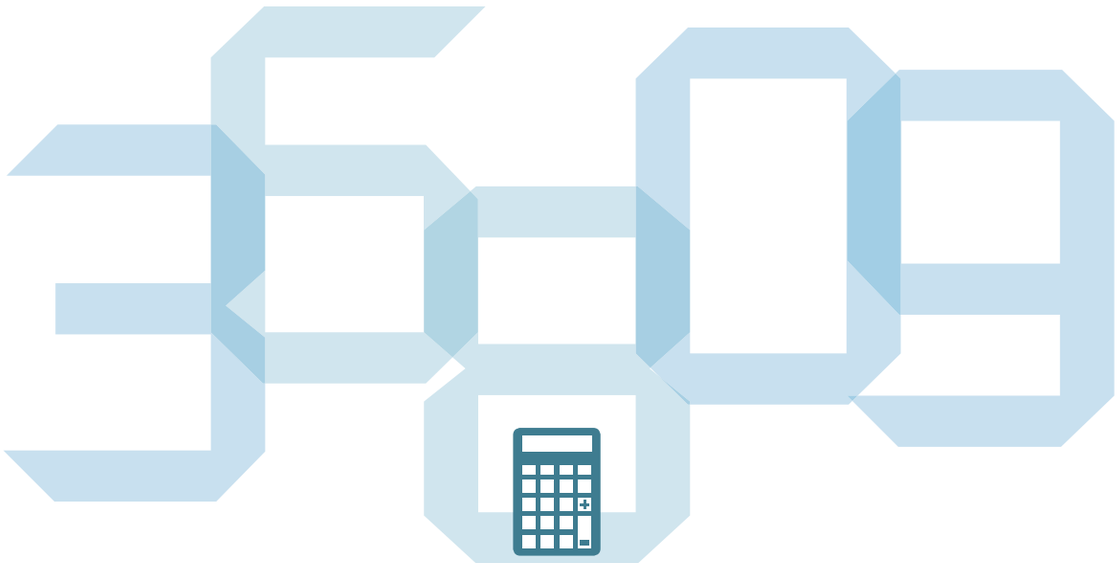
Quadratur des Kreises

Eine Praxis, die ganz ohne Privatpatienten auskommen muss, kann nur überleben, wenn sie viele Patienten mit wenig Personal effizient und gut behandelt. Diese Aufgabe gleicht einer Quadratur des Kreises: Zum einen müssen alle Abläufe gut geplant und durchorganisiert werden, zum anderen muss dabei hohe Qualität herauskommen. Gleichzeitig darf es sich für den Patienten nicht wie Fließbandabfertigung anfühlen. Hierfür braucht man Mitarbeiter, die über genug mentale Energie verfügen, um den Patienten trotz der hohen Arbeitsverdichtung mit Empathie zu begegnen. Sich über Architektur der Praxis, Prozessorganisation und Teamentwicklung Gedanken zu machen, ist eine klassische Managementaufgabe. Als Praxisinhaber muss man begreifen, dass man ein Unternehmen führt und sich den Gegebenheiten anpassen muss, weil sich die Gegebenheiten nun einmal nicht an die Praxisstruktur anpassen. ■

VON THOMAS VOESTE

Wirtschaftlicher Balanceakt

Welche Möglichkeiten gibt es, eine Praxis rentabler zu machen? Wir haben einen Unternehmensberater um Tipps gebeten.



Dass Vertragsärzte in zunehmendem Maße die Wirtschaftlichkeitsreserven ihrer Praxen ausloten müssen, liegt an den Vergütungskonditionen des GKV-Systems. Wenn ein Hausarzt beispielsweise 4.000 Euro pro Monat netto übrig behalten will, braucht er einen Gesamtumsatz von insgesamt etwa 200 Euro pro Stunde. Auf diesen Wert zu kommen, ist in Hamburg deutlich schwieriger als in anderen KVen: Die hohe Versorgungsdichte des Stadtstaats ohne Ausgleich durch geringer versorgte ländliche Regionen drückt den hausärztlichen RLV/QZV- beziehungsweise ILB-Fallwert auf etwa 33 bis 35 Euro. Bei einer rein betriebswirtschaftlichen Kalkulation hätte man damit pro Quartal theoretisch rund zehn Minuten Zeit, um einen Kassenpatienten zu versorgen. Das hält zum Glück keinen Arzt davon ab, sich um Kassenpatienten intensiv zu kümmern. Umso wichtiger ist es, Praxisstrukturen und Abläufe zu optimieren und notfalls zu wissen, welche Kompensationsmöglichkeiten es für unwirtschaftliche GKV-Leistungen gibt.

Wer den Cashflow seiner Praxis erhöhen will, hat zwei Möglichkeiten: Er kann die Kosten senken oder den Umsatz erhöhen.

Die Hamburger Ärzte führen ihre Praxen in den meisten Fällen sehr kostenbewusst. Grundsätzlich gilt, dass sich eine Kooperation lohnt. Eine hausärztliche Einzelpraxis in den alten Bundesländern hat durchschnittlich 125.000 Euro Betriebsausgaben pro Jahr. Die Betriebsausgaben für eine hausärztliche Doppelpraxis betragen aber nicht das Doppelte (250.000 Euro), sondern, wenn sie gut organisiert ist, nur etwa 200.000 Euro. Pro Arzt fallen in einer Doppelpraxis also nur 100.000 Euro Betriebsausgaben an. Er kann mit denselben Einkünften höhere Erträge erwirtschaften als ein Arzt in einer Einzelpraxis.

Daraus die Regel „Je größer, desto besser!“ ableiten zu wollen, ist allerdings vorschnell. Denn schon in einer Kooperation mit mehr als drei Ärzten wird es schwieriger, die Abläufe wirtschaftlich zu organisieren. Unter den Mitarbeiterinnen müssen Verantwortlichkeiten verteilt und die Schnittstellen beschrieben werden. Es gibt einen Transformationsprozess hin zu Strukturen, die erst wieder optimal funktionieren, wenn sieben oder acht Ärzte an der Kooperation beteiligt sind.

Die durch die Kooperation zwischen mehreren Ärzten erzielten Einspareffekte ergeben sich nur aus der gemeinsamen Nutzung von Räumen und Personal.

Bei einer Praxis beispielsweise, die sich über mehrere Standorte erstreckt (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), muss man jeden Standort für sich betrachten. Was die Organisations- und Versor-

Ungleiche Verteilung?

In den sozialen Brennpunkten zeigt sich die Unterfinanzierung des Systems am deutlichsten.

Mit GKV-Einnahmen allein können Arztpraxen nur unter Schwierigkeiten überleben. Das hat gravierende Folgen für Arztpraxen in den wirtschaflich benachteiligten Stadtteilen Hamburgs. Dort trifft eine unterdurchschnittliche Anzahl von Praxen auf eine besonders hohe Krankheitslast.

Eine Unterteilung der Stadt in kleinere Planungsgebiete – wie von der Politik ins Spiel gebracht – würde das Problem nicht lösen: Darauf zu hoffen, engagierte Idealisten für eine Niederlassung an betriebswirtschaftlich riskanten Standorten zu finden, ist keine erfolgversprechende Strategie. Es hilft nichts: Die Kern-Leistungen der GKV müssen ausreichend finanziert werden.

Das derzeitige System, in dem die Akutversorgung der GKV-Patienten durch Honorare aus dem Vorsorge-, Privat- und IGeL-Bereich quersubventioniert werden muss, ist nicht weiter tolerabel. Ein Hausarzt-EBM, der diesen Namen verdient und "Versorger-Fälle" wirklich fördert, könnte hierzu wesentlichen Flankenschutz bieten.

Thomas Voeste

gungsabläufe angeht, hat man es in diesem Fall mit mehreren Einzelpraxen zu tun.

Eine wichtige Größe bei der Kostenstruktur einer Praxis ist die Zahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen. Die Faustregel lautet: Für je 500 Scheine sollte man eine Vollzeitmitarbeiterin beschäftigen. Die klassische Einzelpraxis hat also zwei Vollzeit-Mitarbeiterinnen (oder, in der am häufigsten anzutreffenden Konstellation, eine Vollzeitmitarbeiterin, eine Teilzeitmitarbeiterin und eine Auszubildende). Dass mit einer höheren Zahl an Mitarbeitern automatisch die Arbeitsqualität steigt, ist ein Trugschluss. Das gilt für Praxen ebenso wie beispielsweise für Restaurants: Gibt es zu viele Mitarbeiter, fühlt sich niemand zuständig, und der Service ist schlecht. Sind die Mitarbeiter hingegen gut ausgelastet, krempeln sie die Ärmel hoch und sagen: „Jetzt kümmern wir uns!“

Es gibt noch immer Ärzte, die ohne Bestellsystem arbeiten. Das ist nur in seltenen Ausnahmefällen eine effektive Arbeitsweise. Ohne Bestellsystem kann man die Abläufe in der Praxis nicht sinnvoll organisieren. Man ist fremdgesteuert und muss die Fälle abarbeiten, wie sie gerade hereinkommen: Alles geht durcheinander. In einigen Stadtteilen gibt es dennoch keine Alternative dazu.

Auch mit Bestellsystem bleibt die Optimierung der Zeitkalkulation ein drängendes Thema. Die erste Frage, die sich stellt, lautet: In welchem Rhythmus vergebe ich die Termine? Einige Ärzte kommen notorisch in finanzielle Probleme, weil sie Termine mit einem zu großen Zeitfenster einplanen und damit unwirtschaftlich werden.

Wichtig ist es, die Praxis gleichmäßig auszulasten. Hierbei kann eine geschickte Kommunikation am Telefon helfen. Den Patienten bei der Terminvergabe zu fragen: „Wann passt es Ihnen denn am besten?“, ist riskant. Denn natürlich wollen die meisten Patienten nach Feierabend oder vor Arbeitsbeginn kommen, und diese Sprechstunden sind auf Monate hinaus ausgebucht. Teilt man dem Patienten mit, dass er so lange auf einen Termin warten muss, versucht er sein Glück meist woanders.

Wenn die Mitarbeiterin aber einige für die Praxis günstige Alternativen anbietet und fragt: „Wann passt es Ihnen denn besser: nächsten Montag um 15 Uhr oder am Dienstag um 11 Uhr?“, dann werden sich die Patienten möglicherweise überlegen, ob sie es nicht doch einrichten können, auch tagsüber zum Arzt zu gehen. So vermeidet man kommunikative Sackgassen.

Große Aufmerksamkeit sollte der räumlichen Organisation gewidmet werden. Orthopädisch-chirurgische Praxen beispielsweise oder gynäkologische Praxen, die eine Reihe von Untersuchungen durchführen, müssen genau planen: Welches Zimmer ist zu welchem Zeitpunkt frei? In größeren Praxen führt diese Frage immer wieder zu Konflikten zwischen den Ärzten. Gibt es beispielsweise einen Arzt, der morgens notorisch zu spät kommt, stehen die Mitarbeiterinnen vor der Frage: Wohin mit all den Patienten, die bereits auf ihn warten? Unter dem anschließenden Chaos bei der Zimmervergabe leiden auch jene Ärzte, die ihre Arbeit pünktlich begonnen haben. Solch scheinbare Banalitäten sind die Hauptgründe dafür, dass Kooperationen zu Bruch gehen.

> Eine normale Hausarztpraxis kann durch Vorsorgeleistungen pro Jahr 15.000 bis 20.000 Euro mehr erwirtschaften.

In vielen Hamburger Hausarztpraxen ändert sich die Einnahmesituation durch den neuen Hausarzt-EBM. Die Versichertenpauschale ist jetzt altersgestaffelt; nur bei den über 75jährigen Patienten winken rechnerisch Vorteile. Bei allen anderen Patienten sinkt der Budgetfallwert. Behandelt der Hausarzt diese Patienten genauso wie vorher, hat er Einbußen, die sich auch auf die Zuteilung des nächsten ILB auswirken. Die Faustregel lautet: Um das vorherige Honorarniveau zu halten, muss der Hausarzt bei allen Patienten unter 75 Jahren einmal im Quartal zusätzlich ein zehnminüti-

Kurative Behandlung in einer Arztpraxis: Welche Kompensationsmöglichkeiten gibt es für unwirtschftliche GKV-Leistungen?

ges Gespräch führen und abrechnen (Gesprächsleistung GOP 03230). Dies sollte tunlichst aber in einem zweiten Termin erfolgen, um die zeitliche Koppelung mit der Prüfzeit in der Versichertenpauschale zu vermeiden. Sonst droht am Quartalsanfang immer eine Überschreitung des Zwölf-Stunden-Kontingents.

Alle Patienten über 70 Jahre sollten einmal pro Jahr (möglich wäre auch zweimal) entweder in die Hausarztpraxis geholt oder besucht werden, um das Geriatrie-Basisassessment durchzuführen (GOP 03360). Diese Leistung kann eine Mitarbeiterin erbringen, der Arzt muss allerdings für die Qualität einstehen und die Ergebnisse überprüfen. Gibt es Anzeichen für eine Demenz, kann das Basisassessment auch bei Patienten durchgeführt werden, die noch nicht 70 Jahre alt sind.

Wenn beim Basisassessment ein geriatrischer Befund entstanden ist, kann bei den Patienten jedes Quartal eine geriatrische Betreuungsleistung erbracht werden (GOP 03362).

Wenn es um Möglichkeiten einer Praxis geht, unrentable GKV-Leistungen querzufinanzieren, steht Prävention in den meisten Fachgruppen an vorderster Stelle. Für die Prävention werden in Hamburg noch immer höhere Honorare gezahlt als in anderen KVen. Viele Ärzte stehen den Vorsorgeleistungen skeptisch gegenüber, doch Fakt ist: Man kann die Akutbetreuung der Kassenpatienten nur einigermaßen wirtschaftlich gewährleisten, wenn man Prävention anbietet.

In der Hundert-Fall-Statistik wären etwa 19 Prozent der Patienten (nicht der Vorsorgeberechtigten ab 35) einer Hausarztpraxis für einen Check-Up (GOP 01732) geeignet. Der Durchschnitt in Hamburg liegt bei sechs bis acht Prozent. Das heißt: Eine normale Hausarztpraxis hat 15.000 bis 20.000 Euro pro Jahr Reserve an Vorsorgen.

Wenn man Check-Up und Hautkrebsscreening kombiniert (GOP 01746), bekommt man etwa 46 Euro pro Leistungsfall zusätzlich. Die Leistungen sind unbudgetiert.

Hinzu kämen gegebenenfalls noch Männer-Krebsvorsorgen (GOP 01731). Die Termine sollten geballt auf einen Vormittag und einen Nachmittag in der Woche gelegt werden. Sicher ist das dann nicht der schönste ärztliche Tag im Leben, aber er ist wirtschaftlich. Auch diese Leistung ist unbudgetiert. Nicht zu unterschätzen ist der deutliche Ausbau der Impfungen (ebenfalls unbudgetiert). Auch die Teilnahme an DMP lohnt sich für Hausärzte – trotz des hohen Verwaltungsaufwandes.

Für die Steuerung bietet sich natürlich die Praxissoftware an. Meiner Erfahrung nach können die Ärzte relativ gut mit der EDV umgehen - wesentlich besser jedenfalls als üblicherweise behauptet wird. Die klassischen Programme bieten viele Möglichkeiten: Der Arzt kann sich anzeigen lassen, wann der Patient das letzte Mal in der Praxis war, welche Vorsorgen er in Anspruch genommen hat, für welche DMPs er in Frage kommt und ob er schon teilnimmt. Die Eigenheiten des Patien-

ten werden vom Computer komplett aufgeblättert. Der Arzt kann ihn auf die nächsten Vorsorgen ansprechen, gleich Termine vereinbaren. Er kann fragen, ob er in ein Erinnerungsprogramm aufgenommen werden und postalisch oder gegebenenfalls auch telefonisch über anstehende Termine informiert werden möchte. Solche bei Zahnärzten längst üblichen Recalls sind auch für Arztpraxen empfehlenswert.

Wie sieht es mit Leistungen außerhalb des GKV-Bereichs aus? IGeL-Leistungen haben in der Öffentlichkeit ein katastrophales Image. Dennoch gibt es natürlich IGeL, die ethisch vertretbar und auch medizinisch sinnvoll sind. Hier haben Fachärzte, insbesondere die Augenärzte, die Urologen, die Gynäkologen und die Orthopäden wertvolle Schrittmacherdienste geliefert. Es ist in allen Fachbereichen möglich, sinnvolle IGeL-Leistungen zu identifizieren und umzusetzen.

Im hausärztlichen Vorsorge-Check-Up sind zum Beispiel nur wenige Laborparameter enthalten. Der Arzt kann den Patienten eine zusätzliche Befundung anbieten, beispielsweise die Abklärung der Leberwerte. Auch EKG wäre als zusätzliche Leistung denkbar.

Allerdings gibt es Regeln, die man beachten sollte. Probleme mit IGeL entstehen oft durch ungeschickte Kommunikation. Wenn der Arzt sagt: „Wir müssten noch die Leberwerte untersuchen, doch Ihre Kasse zahlt das nicht. Es kostet soundsoviel Euro“ – dann entsteht erst mal eine Pause. Der Patient hat das Gefühl, er soll etwas kaufen, fühlt sich bedrängt. Er lehnt nicht rundheraus ab, sondern sagt: „Ich würde mir das gerne noch mal überlegen.“ Der Arzt sagt: „Klar, selbstverständlich können Sie sich das überlegen.“ Das Ergebnis ist: Der Patient geht weg und erzählt beim nächsten Arzt oder im Freundeskreis: „Wissen Sie, was der Doktor gemacht hat? Der wollte mir was andrehen.“ Das ist Negativ-PR, die im ungünstigsten Fall den Ruf der Praxis ruinieren kann.

Besser ist es, den tatsächlichen medizinischen Wert der IGeL offen zu kommunizieren und dem Patienten eine Wahl zu lassen. Der Arzt sollte sagen: „Es gibt einen guten medizinischen Standard, und den übernimmt selbstverständlich Ihre Krankenkasse. Der Check-Up enthält diese und jene Leistungen. Wenn Sie das ergänzend absichern wollen, können wir noch diese und jene Parameter abbilden. Das ist ein Komfortangebot, das über das medizinisch Notwendige hinausgeht. Ihre Investition würde dann soundsoviel Euro betragen. Möchten Sie das Standard- oder lieber das Komfortangebot haben?“ Der Patient muss eine Alternative haben. Er muss das Gefühl bekommen, sich ohne Gesichtsverlust gegen eine IGeL entscheiden zu können.

Natürlich sollte die Praxis auch versuchen, den Umsatz im Privatversicherten-Bereich zu erhöhen. In Hausarztpraxen gibt es etwa 10.000 bis 20.000 Euro Steigerungspotenzial pro Jahr in diesem Bereich. Wenn es in einer Praxis noch nie Beschwerden von Privatpatienten (oder von Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse) darüber gab, dass die Kasse eine Leistung nicht erstattet hat, verhält sich die Praxis möglicherweise zu defensiv. Viele solcher Beschwerden zu bekommen, ist natürlich auch nicht gut. Man muss einen Mittelweg aus angemessener Honorierung der ärztlichen Leistung einerseits und Patientenbindung andererseits finden.

> Für Vorsorge fehlt in sozialen Brennpunkten die Zeit: Die Praxen haben höhere Fallzahlen, und die Aktutversorgung hat Vorrang.

In den sozial benachteiligten Gegenden der Großstädte funktioniert das Prinzip der Querfinanzierung oftmals nicht. Es gibt wenig Privatpatienten und kaum Einnahmen aus IGeL-Leistungen. Für Vorsorgeuntersuchungen fehlt die Zeit – schließlich haben Praxen in schlechter versorgten Gegenden höhere Fallzahlen, und die Akutversorgung hat Vorrang. Hier gegenzusteuern, bleibt eine immerwährende Aufgabe. ■

THOMAS VOESTE ist Mitinhaber und Geschäftsführer der Unternehmensberatung für Heilberufe „Kock + Voeste“.

VON DOMINIK GRAF VON STILLFRIED
UND MICHAEL ERHART

Was sagt das Gutachten wirklich?

Die Hamburger Gesundheitsbehörde hat im November einen „Morbiditätsatlas“ vorgestellt. Nun melden sich die Autoren der Studie zu Wort: Einige der in den Medien diskutierten Schlussfolgerungen seien durch ihre Daten nicht gedeckt.

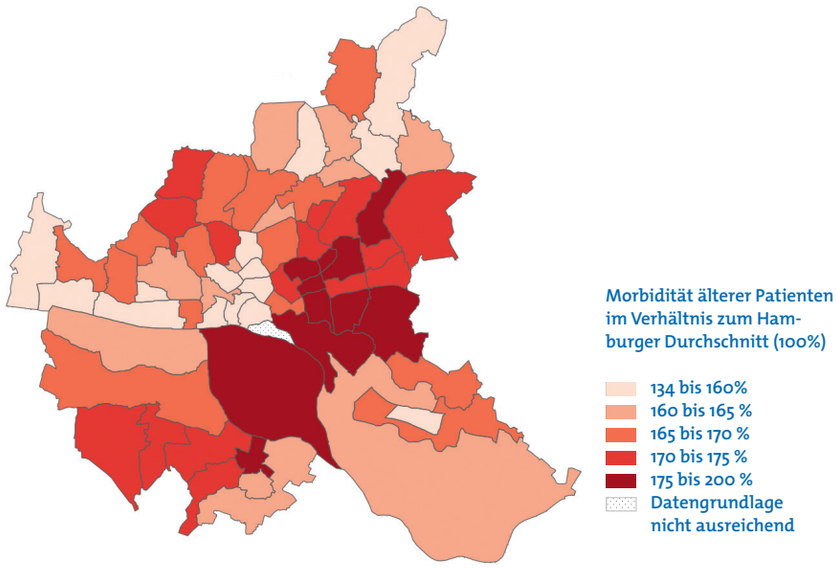
Zur Vorgeschichte: Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber vor zwei Jahren den Auftrag zur Überarbeitung der Bedarfsplanung gegeben. Die demografische Struktur und die Morbidität der Bevölkerung sind zu berücksichtigen, weitere Merkmale wie beispielsweise die Sozialstruktur können Berücksichtigung finden. Außerdem wird den Regionen mehr Gewicht gegeben. Auf Landesebene kann von Bundesvorgaben abgewichen werden, um besondere Versorgungsziele zu erreichen. Die Bundesländer erhalten als Aufsichtsbehörden neue Kompetenzen. Sie sind jetzt nicht mehr nur für den Krankenhausplan zuständig, sondern genehmigen auch den Bedarfsplan für die vertragsärztliche Versorgung. Zudem können sie ein Gremium zur sektorenübergreifenden Planung einrichten.

Vor diesem Hintergrund hat die Hamburger Gesundheitsbehörde das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt, das anhand der Bevölkerungsstruktur räumliche Schwerpunkte des vertragsärztlichen Versorgungsbedarfs in Hamburg darstellen soll. Die KV Hamburg stellte dafür vertragsärztliche Abrechnungsdaten zur Verfügung.

Der sogenannte „Morbiditätsatlas“ zeigt ausgeprägte Unterschiede in der Morbiditätsstruktur zwischen den Hamburger Stadtteilen: Insbesondere in Stadtteilen mit starker sozialer Belastung waren die Patienten häufiger von den untersuchten Erkrankungen betroffen und wiesen insgesamt einen höheren krankheitsbedingt zu erwartenden Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen auf. Um dies zu messen, verwendete das ZI das Verfahren, das auch vom Bewertungsausschuss zur Ermittlung der Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur herangezogen wird. Als Maß für die Krankheitslast eines Stadtteils zeigt der Relative Risikoscore (RRS) an, um welchen Prozentsatz der aufgrund der Morbiditätsstruktur erwartete Behandlungsbedarf je Versicherten vom Hamburger Durchschnitt abweicht (Abb. 1). →

Abbildung 1

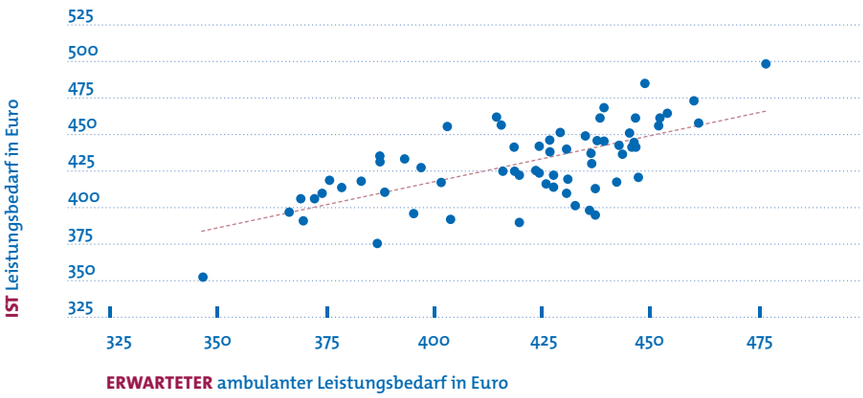
UNTERSCHIEDE IN DER MORBIDITÄTSSTRUKTUR ZWISCHEN DEN STADTTEILEN



Morbiditätsindex (RRS) Hamburger Patienten im Alter von 65 bis 79 Jahren
(Quelle der Abbildungen 1 bis 3: Abrechnungsdaten der KV Hamburg 2011)

Abbildung 2

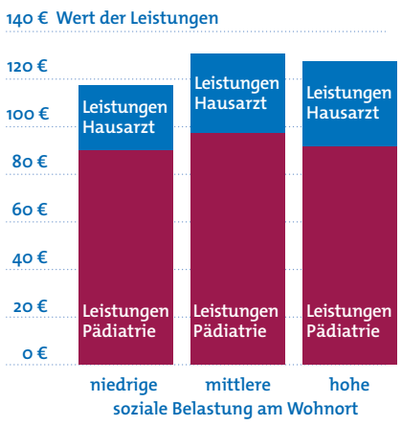
IN STADTTEILEN MIT HOHER KRANKHEITSHÄUFIGKEIT WERDEN AUCH MEHR LEISTUNGEN IN ANSPRUCH GENOMMEN



Zusammenhang zwischen morbiditätsbedingt erwartetem Leistungsbedarf und tatsächlichem Leistungsbedarf bei Patienten 0 bis 80+ Jahre (ohne Gynäkologie und Psychotherapie)

Abbildung 3

BEI DER VERSORGUNG VON KINDERN GIBT ES EINE ARBEITSTEILUNG ZWISCHEN PÄDIATERN UND HAUSÄRZTEN



Inanspruchnahme von Leistungen durch Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre): Wo weniger pädiatrische Leistungen in Anspruch genommen werden als erwartet, wird dies durch hausärztliche Versorgung ausgeglichen.

UNTERVERSORGUNG IN ÄRMEREN STADTTEILEN?

Eine Unterversorgung in bestimmten Stadtteilen ist nicht eindeutig feststellbar: Insgesamt zeigt sich ein hoher Zusammenhang zwischen der von den Versicherten tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungsmenge und der aufgrund der Morbiditätsstruktur erwarteten Leistungsmenge je Versichertem nach Stadteilen (Abb. 2).

In der Medienberichterstattung zum „Morbiditätsatlas“ wurde dennoch ein Mangel an Haus- und Kinderärzten in armen Stadteilen hervorgehoben. Das Gutachten selbst liefert hierfür keinen Beleg. Es zeigt vielmehr, dass in sozial belasteten Stadtteilen je Versichertem mehr hausärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden als in sozial wenig belasteten Gebieten. Dies trifft insbesondere für die hausärztliche Versorgung der 65-79 Jährigen zu. Auch bei Kindern und Jugendlichen in sozial belasteten Stadtteilen muss die Unterversorgungs-These hinterfragt werden: Dort wo die soziale Belastung hoch ist, werden zwar nicht mehr pädiatrische Leistungen in Anspruch genommen als in Stadtteilen mit geringer Belastung, dies wird jedoch durch eine zusätzliche Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen ausgeglichen (Abb. 3).

NOTWENDIGE ARZTZAHL JE STADTTEIL?

Die direkt im Wohngebiet gemessene Arztdichte erscheint in der Großstadt Hamburg wenig aussagekräftig für die tatsächliche Versorgungsintensität. Das Gutachten enthält deshalb keine Analysen zur notwendigen Arztzahl nach Stadtteilen. Um hierzu belastbare Aussagen machen zu können, müssen erst die tatsächlichen Wege der Patienten zwischen Wohnort und Praxisstandort untersucht werden. Berücksichtigt man das Patientenaufkommen, die Verkehrsnetze und die Pendlerströme, so können verkehrsgünstige, zentralere Standorte für viele Praxen durchaus sinnvoll und aus der Patientenperspektive sogar wünschenswert sein (Abb. 4).

Außerdem muss berücksichtigt werden, dass ein nennenswerter Anteil der in Hamburg von Arztpraxen erbrachten Leistungen für Patienten mit Wohnort außerhalb Hamburgs erfolgt und entsprechend Hauptverkehrsknotenpunkte und große Einfallsstraßen eine zentrale Rolle spielen.

Eine rein an den Verwaltungsgrenzen der Stadtteile ausgerichtete Darstellung greift daher zu kurz. Letztlich kommt es auf die Erreichbarkeit der Praxen für die Patienten an. So kann auch in Stadtteilen ohne Kinderarztpraxis die durchschnittliche Weglänge zur nächstgelegenen

Kinderarztpraxis kurz sein, sofern sich direkt jenseits der Stadtteilgrenze gut erreichbare Kinderarztpraxen befinden. Die Darstellung der Krankheitslast und Leistungsinanspruchnahme am Wohnort des Patienten – wie sie nun im „Morbiditätsatlas Hamburg" erfolgt ist – stellt also nur ein Puzzleteil eines Gesamtbildes dar, das erst in seiner Gänze Aussagen bezüglich möglicher Verbesserungspotentiale der Versorgungssituation erlaubt und die Ableitung von Maßnahmen ermöglicht.

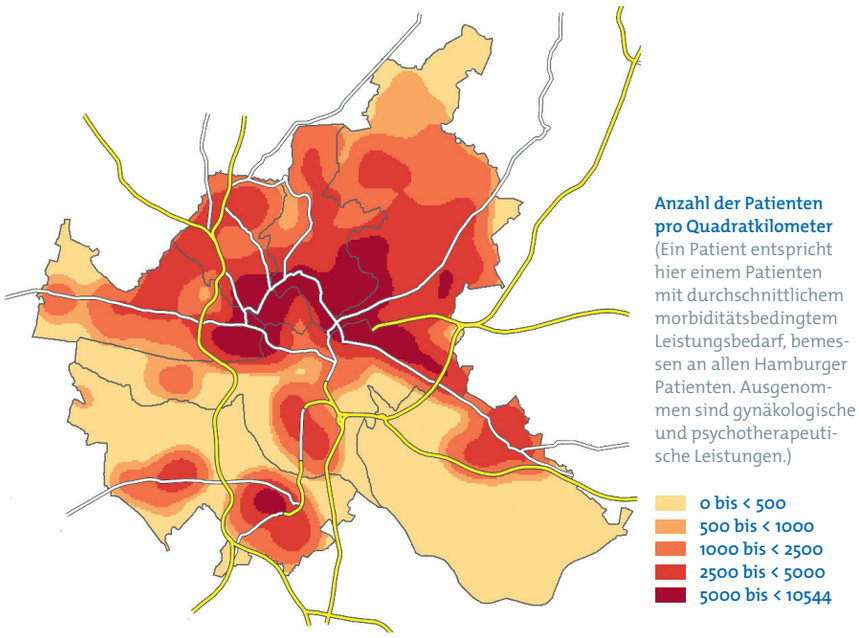
Noch ein Weiteres: Wie aus den aktuellen Entwürfen des Koalitionsvertrags hervorgeht, sollen die Regeln zum Aufkauf von Praxissitzen in überversorgten Regionen verschärft werden. Vor einer räumlichen Umverteilung frei werdender Arztsitze sollte aber bedacht werden, dass auch innerhalb Hamburgs eine gute vertragsärztliche Versorgung die Inanspruchnahme teurer stationärer Leistungen reduziert. Dies zeigt das Gutachten: In Stadtteilen mit einer höheren vertragsärztlichen Leistungsinanspruchnahme als morbiditätsbedingt erwartet fällt die Inanspruchnahme stationärer Leistungen deutlich geringer aus (Abb. 5). Eine Investition in die vertragsärztliche Versorgung lohnt sich daher; sie würde dazu beitragen, den demografischen Wandel bezahlbar zu machen, wenn stationäre Kapazitäten im gleichen Zuge reduziert werden. ■

Der Morbiditätsatlas im Internet: www.hamburg.de/sozialversicherung → Morbiditätsatlas Hamburg

DR. DOMINIK GRAF VON STILLFRIED, DR. MICHAEL ERHART
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland
E-Mail: merhart@zi.de

Abbildung 4

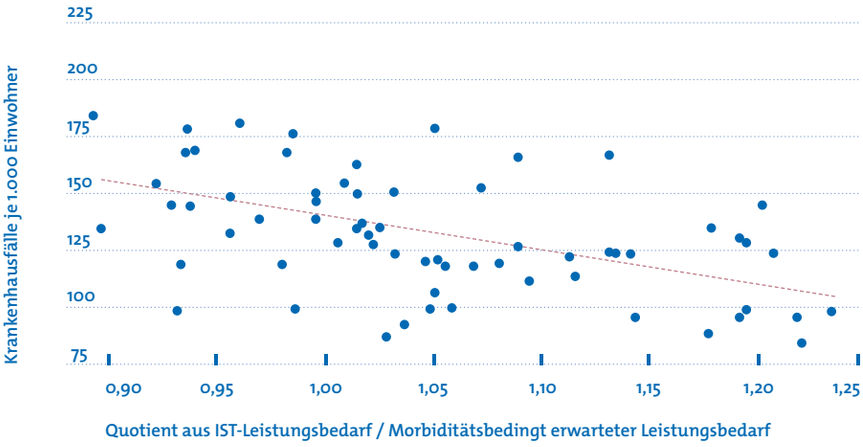
VERKEHRSGÜNSTIGE, ZENTRALE PRAXISSTANDORTE KÖNNEN FÜR DIE VERSORGUNG SINNVOLL SEIN



Patientenverteilung und Hauptverkehrswege in Hamburg
(Quelle: geokodierte Abrechnungsdaten der KV Hamburg 2011)

Abbildung 5

EINE INTENSIVERE AMBULANTE VERSORGUNG GEHT MIT WENIGER KRANKENHAUSFÄLLEN EINHER



Zusammenhang zwischen ambulantem Leistungsbedarf und stationärer Inanspruchnahme bei Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren
(Quelle: Abrechnungsdaten der KV Hamburg 2011 und Krankenhausdiagnosestatistik der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg)

VON SILKE LÜDER

Zukunftsmodell MVZ?

Der Niedergang des Bergedorfer Gesundheitszentrums zeigt einmal mehr: Es gibt keine besser funktionierende Versorgungseinheit als die selbstständige Arztpraxis. Warum begreifen das die Politiker nicht?

Der Gesundheitskonzern Asklepios will sein Gesundheitszentrum in Bergedorf Ende März kommenden Jahres schließen – aus "wirtschaftlichen Gründen", wie es hieß. Zehn Vertragsarztsitze hatte Asklepios im MVZ am Bergedorfer Bahnhof konzentriert, mit gerade mal 5.000 Patienten entsprach die Rendite offenbar nicht den Erwartungen.

Versorgungsauftrag? Egal. Die Angestellten sollen an anderer Stelle eingesetzt werden – zum Beispiel im Bezirk Harburg, wie die Bergedorfer Zeitung mutmaßt. Was steckt hinter dieser Entscheidung?

Für kommerzielle Betreiber lohnen sich MVZ nur in Ausnahmefällen. Im lukrativen Dialyse-Bereich beispielsweise haben sich Konzerne wie Fresenius Medical Care breit gemacht und verdrängen immer mehr die inhabergeführten Dialysepraxen. Labore werden von australischen Kapitalgesellschaften übernommen und in Groß-MVZ organisiert. Doch aus der wohnortnahen medizinischen Basisversorgung lassen sich keine Gewinnmargen von fünf bis zehn Prozent herausholen.

Und wenn echte „arztgeführte“ MVZ versuchen, unter einem Dach mit vielen Ärzten multimorbide Patienten in einem Haus gut zu versorgen, scheitern sie oft daran, dass dieser Anspruch im KV-System mit WANZ ("wirtschaftlich, angemessen, notwendig, zweckmäßig" laut SGB V)- Billigpauschalen überhaupt nicht kostendeckend zu realisieren ist.

Dennoch kaufen Gesundheitskonzerne in Hamburg seit vielen Jahren Arztsitze auf, auch Hausarztsitze. In bestimmten Konstellationen ist es gar nicht nötig, dass die damit betriebenen MVZ Gewinne abwerfen – nämlich dann, wenn sie als vorgelagerte Ansaugstutzen für die Kliniken des Konzerns fungieren. In Bergedorf hat Asklepios keine Klinik, wohl aber in Harburg. Ist das der Grund, warum darüber nachgedacht wird, Arztsitze dorthin zu verlagern?

"Es ist nicht sozialverträglich, wenn Arztsitze von Krankenhäusern aufgekauft werden und aus den Stadtteilen abgezogen werden", sagte der damalige Hamburger CDU-Gesundheitssenator Dietrich Wersich im Jahr 2008 dem *KVH-Journal*. "Für eine flächendeckende ambulante Versorgung ist das kontraproduktiv." Auch von der derzeitigen SPD-Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks konnte man im *KVH-Journal* zu Beginn ihrer Amtszeit lesen: „Ein MVZ darf nicht als Tor ins Krankenhaus funktionieren. Es muss schon ein ernstzunehmendes ambulantes Versorgungsangebot darstellen.“

Doch statt gegen die offensichtlichen Fehlentwicklungen vorzugehen, propagieren die Gesundheitspolitiker von CDU, SPD und Grünen weiterhin das MVZ als „Zukunftsmodell“ der ambulanten Versorgung. Wenn es etwas gibt, das die Leiter der AG Gesundheit bei den Koalitionsverhandlungen in Berlin, Jens Spahn und Karl Lauterbach, aufs Innigste verunden hat, dann war es dies: ein tiefes Misstrauen gegenüber den Leistungsträgern der ambulanten Medizin in Deutschland, den freiberuflichen Praxisärzten. Beide Verhandlungsführer können in ihrem Lebenslauf auf jahrelange aktive Tä-

"Es gibt bei angestellten Ärzten nicht denselben Grad an Selbstausbeutung wie bei Selbstständigen."

tigkeit für Gesundheitswirtschaft und Klinikkonzerne verweisen. Hier liegt möglicherweise die tiefere Wurzel ihres Engagements.

Die einzige wirksame Waffe gegen die Zerstörung flächendeckend guter Medizin wäre die Bezahlung der ärztlichen Leistungen mit fairen, festen, angemessenen Preisen und transparenter Kostenerstattung. Stattdessen jedoch setzt die Gesundheitspolitik auf eine giftige Mischung aus entfesseltem Markt und planwirtschaftlicher Regulierung.

Die Gesundheitskonzerne ziehen Haus- und Facharztsitze aus der wohnortnahen Versorgung ab und verringern durch ihre Ineffizienz die medizinischen Kapazitäten.

Gleichzeitig ziehen die Koalitionäre nun eine skurrile Wartefrist-Garantie aus dem Hut: Patienten, die nicht innerhalb von vier Wochen einen Facharzt-Termin erhalten, sollen sich künftig ambulant in einem Krankenhaus behandeln lassen können.

Die entsprechende "Terminvermittlungszentrale" sollen wir als Praxisärzte dann auch noch selbst als Leistung der KV finanzieren. Die einzige Folge dieser Ankündigung ist die Verfestigung des Eindrucks, dass den Praxen von allen Seiten das Wasser abgegraben wird.

Und: Erneut soll der Topf der ambulanten Medizin für bestimmte lukrative ambulante Leistungen der Klinikkonzerne ausgeräubert werden. Diese werden sich sicher auf ganz wenige ausgesuchte Dinge beschränken. Da die Kliniken meistens keine Fachabteilungen für HNO, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Lungenheilkunde, Kardiologie, Gastroenterologie (zum Beispiel für CED-Leiden), Hauterkrankungen, Urologie, Rheumatologie et al. mit unbeschäftigten Fachärzten und funktionierender ambulanter Arbeitsorganisation vorhalten, werden sie niemals in der Lage sein, das Spektrum der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu übernehmen.

Asklepios-MVZ in Bergedorf: Schließung aus "wirtschaftlichen Gründen"

Im Jahr 1970 gaben die gesetzlichen Kassen 23 Prozent ihrer Ausgaben für den ambulanten Bereich aus und 23 Prozent für die Kliniken, die damals überwiegend noch in kommunaler Hand waren. Heute geben die Kassen trotz Verlagerung aller teuren Bereiche in den ambulanten Bereich nur noch 16 Prozent für die Praxen aus und 36 Prozent für die Kliniken. Und die Gesundheitspolitik arbeitet daran, dieses Ungleichgewicht noch weiter zugunsten der konzerndominierten Kliniken zu verschieben.

Was die Politiker hartnäckig ignorieren, ist die vergleichsweise niedrige Effizienz der MVZ im Vergleich zu den klassischen, von selbstständigen Ärzten betriebenen Praxen. Schon 2010 stöhnte Apo-Bank-Chef Herbert Pfennig über Probleme bei MVZ-Finanzierungen: „Es gibt bei angestellten Ärzten nicht denselben Grad an Selbstausbeutung wie bei Selbstständigen", so Pfennig. Die Konzern-MVZ sind schwerfälliger als Arztpraxen und versorgen pro Arztsitz nachweislich weniger Patienten.

Und da wollen die SPD- und CDU-"Gesundheitsexperten" zum Schutze der Patienten die freiberuflichen Praxisärzte zurückdrängen und stattdessen MVZs fördern?

Der Niedergang des Asklepios-MVZ in Bergedorf zeigt einmal mehr: Es gibt keine effektivere Versorgungseinheit als die selbstständige Arztpraxis. Wann werden unsere Gesundheitspolitiker das begreifen? Wenn es nicht so traurig wäre, wäre es eigentlich ein Witz. Getreu dem Motto „Ich mach mir die Welt, wie sie mir gefällt" biegen sich die Gesundheitspolitiker die Realität zurecht und ignorieren, was nicht in ihre Ideologie passt. ■

DR. SILKE LÜDER
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bergedorf und stellvertretende Vorsitzende der Freien Ärzteschaft e.V.

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

DMP ASTHMA / COPD

Gibt es die DMP-Ziffer 99429 (Betreuungspauschale für koordinierende Ärzte) im Rahmen des DMP Asthma und COPD nicht mehr?

Doch. Seit dem 01.07.2013 muss die GOP 99429 zusätzlich mit einem „A“ für die Abrechnung bei Asthmapatienten oder einem „C“ für die Abrechnung bei COPD-Patienten gekennzeichnet werden.

Gleiches gilt entsprechend für die GOP 99430 (Betreuungspauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte).

DEFINITION KRANKHEITSFALL

Im Zuge der Veröffentlichung des Beschlusses zum neuen Hausarzt-EBM habe ich gelesen, dass einige Gebührenordnungspositionen einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden können. Was ist ein Krankheitsfall?

Ein Krankheitsfall umfasst die gesamte von derselben Arztpraxis innerhalb des aktuellen sowie innerhalb der nachfolgenden drei Kalendervierteljahre an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung. (BMV § 21 (1))

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

POST-OPERATIVE BEHANDLUNG

Darf ich als niedergelassener Vertragsarzt die post-operative Behandlung eines Patienten nach einem stationären Aufenthalt übernehmen?

Ja. Die nachstationäre Behandlung kann vom Krankenhaus an einen niedergelassenen Vertragsarzt delegiert werden. Allerdings können Sie die erbrachten Leistungen nicht über die elektronische Gesundheitskarte des Patienten abrechnen. Da die vor- und die nachstationäre Behandlung von der Einweisung umfasst sind, ist das Krankenhaus für die Erbringung dieser Leistungen zuständig. Deshalb müssen Sie sich mit dem Krankenhaus über das Entgelt einigen.

ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Stimmt es, dass wir ab dem 1. Januar 2014 nur noch die elektronische Gesundheitskarte annehmen dürfen?

Nein. Laut Beschluss der KBV und des Spitzenverbandes der Krankenkassen gilt ab dem 1. Januar 2014 grundsätzlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Nachweis für die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen. Die alte Krankenversichertenkarte verliert ihre Gültigkeit dennoch nicht. Sie kann bis zum Ablauf des Gültigkeitsdatums auf der Karte weiter benutzt werden.

REISEN BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Darf ein Patient, der aufgrund einer Depression arbeitsunfähig geschrieben ist, Urlaub im Ausland machen? Und wie verhält es sich bei Urlaubsreisen innerhalb Deutschlands?

Bei Auslandsreisen ruht grundsätzlich der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse. Dies gilt auch für die Krankengeldbezüge (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Der Anspruch auf Krankengeld ruht allerdings nicht, wenn sich der Versicherte mit der Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhält (§ 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Wenn der Patient im Inland Urlaub machen möchte, wird keine Genehmigung der Kasse benötigt, da auch kein automatisches Ruhen des Leistungsanspruches zustande kommt. Allerdings gibt es Einschränkungen seitens der Krankenkasse, wenn der Patient Krankengeld bezieht. Der Kasse muss zum Beispiel ermöglicht werden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) jederzeit überprüfen kann, ob die Arbeitsunfähigkeit weiterhin besteht. Darüber hinaus kann einer Inlandsreise auch die Pflicht des Versicherten zur Wahrnehmung von Behandlungsmaßnahmen entgegenstehen, wenn durch die Reise beispielsweise die Genesung beeinträchtigt würde. Dies kann auch zur Einstellung der Auszahlung von Krankengeld führen. Um entsprechende Unsicherheiten zu klären, ist es empfehlenswert, Rücksprache mit der Krankenkasse zu halten.

ZUZAHLUNGSBEFREIUNG BEI SCHWANGERSCHAFT

Sind Schwangere von der Zuzahlung bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen befreit?

Ja. Schwangere sind von diesen Zuzahlungen befreit, wenn die Verordnungen im Zusammenhang mit einer schwangerschaftsbedingten Erkrankung notwendig sind. (BMV §13 (9) und SGB V §24e)

MELDEPFLICHT DER KRÄTZE

In der vorherigen Ausgabe des KVH-Journals war zu lesen, dass Scabies (Krätze) in Gemeinschaftseinrichtungen unverzüglich gemeldet werden muss. Ist es Aufgabe des Hausarztes, dies zu melden?

Nein. Laut Infektionsschutzgesetz hat die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kindergarten, Schule) das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen.

Infocenter Tel: 22802-900

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

Vorsicht bei DMP-Dokumentation zu Patientenschulungen

Wie Ärzte vermeiden, dass Versicherte fälschlich aus dem Programm ausgeschlossen werden

Die Krankenkassen weisen darauf hin, dass versehentlich unkorrekt ausgefüllte DMP-Dokumentationen unbeabsichtigte Folgen für die Versicherten haben können. Die Krankenkassen müssen die Teilnahme eines Versicherten am DMP beenden, wenn dieser innerhalb von zwölf Monaten an zwei vom Arzt veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht teilgenommen hat. Plausible Gründe sind zum Beispiel fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten oder private Gründe.
Gibt der Arzt auf der DMP-Dokumentation an, die Teilnahme an der empfohlenen Schulung sei „aktuell nicht möglich" gewesen, bedeutet das: Es gab plausible Gründe.
Gibt der Arzt aber lediglich an, der Patient habe eine empfohlene Schulung nicht wahrgenommen, bedeutet das: Plausible Gründe waren für den Arzt nicht erkennbar. Eine solche Angabe kann möglicherweise zum Ausschluss des Patienten aus dem DMP führen.
Die dokumentierten Angaben fließen darüber hinaus in den DMP-Qualitätsbericht ein und haben Auswirkungen auf das Erreichen der vereinbarten DMP-Qualitätsziele zu den Patientenschulungen.
Daher ist es wichtig, dass der Arzt die Dokumentation gemäß der offiziellen Anleitung ausfüllt.

OPTIONEN DER DOKUMENTATION IM DMP DIABETES MELLITUS TYP 1 UND 2

Schulung		
Lfd. Nr.	**Parameter**	**Ausprägung**
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Auszug aus der Ausfüllanleitung Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Version 3.1 (Stand 07.04.2008) im Wortlaut:

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich. Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tag der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt werden soll(en). Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten beim letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer Folgedokumentation möglich. Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe. Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein" an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen! Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich" ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können zum Beispiel sein: fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten. Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch an. Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

Ansprechpartner: Datenstelle, Hotline 0341 / 259 20 43

Diabetes-DMP: Neue Abrechnungsziffern für Schulungen

DMP-VERTRAG DIABETES MELLITUS TYP 1

Im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 wurden zum 1. November 2013 das Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining „HyPOS“ und das Blutglukosewahrnehmungstraining „BGAT III“ neu aufgenommen. Ferner haben sich die Abrechnungsziffern für das Diabetesselbstmanagement-Schulungsprogramm „LINDA“ verändert. Hier muss zukünftig differenziert werden, ob der Patient eine „LINDA ICT-„ oder „LINDA Hypertonie“-Schulung erhalten hat. Die bisherigen Abrechnungsziffern für „LINDA“ wurden gestrichen.

Auszug aus der Anlage 15 zum DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1:

ALT (bis zum 31.10.2013)			NEU (ab dem 1.11.2013)		
Beschreibung	**Unterrichts-einheiten (UE) und Vergütung** (1 UE = 90 Minuten)	**Abrech-nungs-ziffer**	**Beschreibung**	**Unterrichts-einheiten (UE) und Vergütung** (1 UE = 90 Minuten)	**Abrech-nungs-ziffer**
			Blutglukosewahrnehmungs-training (BGAT) III – deutsche Version, (Schachinger et al.), Gruppen von 4 bis 6 Patienten	5 UE à 25,00 €	97025
			BGAT Schulungsmaterial (pro Patient)	9,00 €	97026
			HyPOS, (Hermanns, Kulzer et al.), Gruppen von 4 bis 6 Patienten	5 UE à 25,00 €	97027
			HyPOS Schulungsmaterial (pro Patient)	9,00 €	97028
LINDA Diabetes-Selbst-managementschulung (Module 1-5) für bis zu 10 Patienten	10 UE à 25,00 €	97020	LINDA Diabetesselbst-managementschulung – ICT-Module (Krakow et al.), Gruppen von 4 bis 6 Patienten	12 UE à 25,00 €	97011
LINDA Schulungsmaterial (pro Patient)	9,50 €	97021	LINDA ICT Schulungsmaterial (pro Patient)	9,00 €	97012
			LINDA Diabetesselbstmana-ge-mentschulung, Modul Hypertonie (Krakow et al.), Gruppen von 4- 6 Patienten	4 UE à 20,00 €	97023
			LINDA Hypertonie Schulungs-material (pro Patient)	9,00 €	97024

DMP-VERTRAG DIABETES MELLITUS TYP 2

Im DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 wurde zum 1. November 2013 die Schulung „MEDIAS 2 ICT“ für Diabetiker, die eine intensivierte Insulintherapie haben, neu vereinbart. Die Schulung ist mit 12 Unterrichtseinheiten à 25 EUR (GOP 99222) bewertet. Schulungsmaterial wird pauschal mit 9 EUR abgegolten.

Die Verträge finden Sie unter: www.kvhh.de → Recht & Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

Hygiene-Seminar

In den meisten Praxen muss ein Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellt werden. Was dessen Aufgaben sind, wird in einem QEP-Seminar im Ärztehaus 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.

Folgende Themen stehen im Mittelpunkt:

- Gesetzliche Grundlagen
- Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle von Infektionen
- Erarbeitung eines individuellen Hygieneplans, entsprechend den Richtlinien, Empfehlungen und Unfallverhütungsvorschriften zur Hygiene
- Betriebsanweisungen zur Schulung der Mitarbeiter
- Umgang mit Desinfektionsmitteln und Abfällen
- Tipps zur Verbesserung der Abläufe in hygienerelevanten Bereichen

Das Seminar richtet sich an Praxisinhaber und -mitarbeiter. Die Teilnehmer erhalten ein Zertifikat, welches auch als QM-Nachweis genutzt werden kann. ■

Termin: **Mittwoch, 5.2.2014 (9:30 - 17:00 Uhr)**
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung
Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56,
22083 Hamburg
Fortbildungspunkte: 10

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

QEP-Refresher-Seminar

Am 26. Februar 2014 findet wieder ein QEP-Refresher-Kurs statt. Das Seminar soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr Praxis-QEP auf die Version 2010 umzustellen. Der Workshop-Charakter des Seminars eignet sich für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen. Ideal ist die gemeinsame Teilnahme des für Qualitätsmanagement verantwortlichen Arztes der Praxis und der QM-Beauftragten, um die Umsetzung von QEP im Team zu erleichtern. ■

Termin: **Mittwoch, 26.2.2014 (9:30 - 17:00 Uhr)**
Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 (inkl. Verpflegung und neuer QEP®-Unterlagen)
Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56,
22083 Hamburg
Fortbildungspunkte: 10

Ansprechpartnerinnen:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge

9. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 1
(Hinweis: Das Unterschriftenverfahren war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung für diesen Vertrag noch nicht abgeschlossen)

9. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ II
(Hinweis: Das Unterschriftenverfahren war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung für diesen Vertrag noch nicht abgeschlossen)

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

Abrechnung für das 4. Quartal 2013

Abgabefrist: 2. bis 15. Januar 2014

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 einen Datenträger in die KV bringen und dort in einem bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!
Ort: In Ihrer Abrechnungsabteilung AB 1 bis AB 5, Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo.– Fr. von 7:30 bis 16:00 Uhr nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter

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

Sammelerklärung für das 1. Quartal 2014 kann am Computer ausgefüllt werden

Für die Abrechnung des 1. Quartals 2014 gibt es eine neue Sammelerklärung, die am Computer ausgefüllt werden kann. Das alte Formular „Bestätigung zur Abrechnung“ ist letztmalig bei der jetzigen Abrechnung für das 4. Quartal 2013 gültig.

Die neue Sammelerklärung steht ab Mitte März 2014 im KV-Hamburg-Onlineportal zur Verfügung. Man gibt die Anzahl der Behandlungsscheine am Bildschirm ein, druckt das Formular aus, unterschreibt es und sendet es per Fax oder per Post an die KV Hamburg.
Praxen, die über einen SafeNet-Anschluss verfügen, können das Formular auch online signieren. ■

Ansprechpartner
Infocenter: Tel: 22802 – 900

PATIENTENBERATUNG
HILFE FÜR IHRE PATIENTEN

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

ÄRZTEKAMMER HAMBURG
KVH

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

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

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

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

Linaclotid (Constella®), Ocriplasmin (Jetrea®), Bosutinib (Bosulif®), Lisdexamfetamindimesilat (Elvanse®)

Eine aktuelle tabellarische Zusammenfassung aller Beschlüsse zur Nutzenbewertung finden Sie unter:
www.kvhh.de → Verordnung → Arzneimittel → Basisinformation → „Frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente“
Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):
www.kbv.de/ais → Nutzenbewertung ■

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

Gründung eines Netzwerks zur Versorgung Contergangeschädigter

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

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

Ansprechpartnerin:
Eva-Elisabeth Zunke,
Tel: 22802-402

Knie- und Schulterbewegungsschienen für Versicherte der AOK Bayern

Die AOK Bayern hat gemäß § 127 Abs. 1 SGB V die Bereitstellung von Knie- und Schulterbewegungsschienen europaweit ausgeschrieben. Die Verträge mit den Ausschreibungsgewinnern sind mittlerweile in Kraft getreten. AOK-Bayern-Versicherte, die außerhalb Bayerns wohnen, erhalten diese Hilfsmittel (32.04.01.0) nur noch von folgender Firma:

Ormed GmbH
Merzhauser Str. 113
79100 Freiburg

Eine Liste der Firmen, von denen AOK-Bayern-Versicherte aus bayerischen Regionen ihre Schienen erhalten, finden Sie auf unserer Homepage:
kvhh.net > Verordnung > Hilfsmittel > Gesamtliste Knie- und Schulterbewegungsschienen AOK Bayern ■

Für Fragen zur Geräteeinweisung oder zum Prozessablauf wenden Sie sich bitte an die angegebenen Firmen.

VON CLAUDIA BERNER
UND RALF RADIZI

Spitze des Eisbergs

ADHS ist eine Diagnose, die zumeist eine multimodale Therapie erfordert. Die Medikation ist dabei nur ein, wenn auch oftmals wichtiger Baustein.

Wir begrüßen es, dass in Hamburg eine Diskussion über ADHS zustande gekommen ist. Doch in den Artikeln, die dazu bislang im *KVH-Journal* veröffentlicht wurden, sind einige ganz wesentliche Aspekte zu kurz gekommen. Deshalb wollen wir das Thema hier nochmals aufgreifen - aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie, in deren Fachgebiet ADHS ja vor allem fällt.

UNTER DEM BEGRIFF ADHS fasst man unspezifische neuropsychiatrische Symptome zusammen, die unterschiedliche Ursachen haben können. Man kann das vergleichen mit dem unspezifischen internistischen Symptom „Fieber". Die Symptome sind nur die sichtbare Spitze des Eisberges, und Aufgabe des Arztes ist es, eine sorgfältige Diagnostik zu machen, um herauszufinden, was dahinter steckt. Bei ADHS können das Traumatisierungen sein, Bindungsstörungen, strukturelle Defizite, isolierte neuropsychologische Defizite, Geburtsschäden - oder einfach nur Stress.

Die sozialen und gesellschaftlichen Umstände spielen eine große Rolle: „Die Erziehung eines Kindes bedarf eines ganzen Dorfes." Wir sehen viele alleinerziehende Mütter ohne tragende soziale Beziehungen. Die ökonomische Polarisierung der Gesellschaft wird auch in unsere Praxen getragen; wir haben es häufig mit den Verlierern zu tun. Wir behandeln Kinder, die aus Trennungssituationen kommen oder aus Situationen familiärer Gewalt; da geht es zunächst darum, die Familien zu stabilisieren. Wir sehen darüber hinaus Kinder, die ihr Potenzial nicht ausschöpfen können, weil sie Entwicklungsdisharmonien, Teilleistungsstörungen (zum Beispiel Lese-Rechtschreibstörung, Dyskalkulie), eine Lernbehinderung oder Hochbegabung haben.

Debatte in der Oktober-Ausgabe des KVH-Journals: Wie kommt es, dass immer mehr Kindern ADHS bescheinigt wird?

EINE MEDIKATION kann dabei immer nur Teil einer multimodalen Strategie sein. In unseren Praxen bieten wir therapeutische Gruppen zur emotionalen Stabilisierung (zum Beispiel Kunst- und Bewegungstherapie, Soziales Kompetenztraining) an; wir bieten Einzel- und Familiengespräche an. Wir vermitteln in Lerntherapien. Auch die Ergotherapie kann häufig ein wichtiger Behandlungsbaustein sein.

Bei familiären Problemen stellen wir außerdem Kontakte zum Jugendamt und zum Amt für Soziale

Dienste her, damit von dort Hilfen kommen.

Kinder, die unserer Einschätzung nach von einer Psychotherapie profitieren würden, versuchen wir, in eine Psychotherapie zu bringen. Allerdings müssen die Kinder und die Familien dafür eine bestimmte Struktur mitbringen. Die Antragspsychotherapie ist ein höherschwelliges Verfahren.

WENN SICH DIE vorausgegangenen Lösungsalternativen als nicht erfolgreich erwiesen haben, ist die Medikation mit Methylphenidat ein relativ später, aber oft wichtiger Bestandteil der Behandlung: So selten wie möglich, so häufig wie nötig. Die Kinder leiden sehr unter den Symptomen. Es fällt ihnen schwer, sich zu integrieren und Selbstwertgefühle aufzubauen. Sie haben ständig Misserfolgserlebnisse und drohen schulisch und/oder sozial zu scheitern.

Wir haben häufig mit Kindern zu tun, die hoch angespannt und in diesem Stresserleben gefangen sind. Da können wir nicht immer längere Zeit warten, bis wir Medikamente geben. Methlyphenidat ist ein Medikament, dessen Einnahme die Situation häufig schnell beruhigt. Die Kinder bekommen eine bessere Selbstregulation, sie können mehr Ressourcen aktiveren. Das schafft die Voraussetzungen dafür, aus einem Teufelskreis herauszukommen.

DER ANSTIEG DER Verordnungszahlen hat vielfältige Gründe. Wir bekommen immer mehr Hilferufe aus der Schule. Die Lehrer erleben sich mit einer Vielzahl von verhaltensauffälligen Schülern konfrontiert, die in manchen Klassen einen halbwegs geordneten Unterricht nicht mehr möglich machen. Gerade die ADHS-Kinder sind aber besonders auf eine ruhige Lernsituation angewiesen. Die ADHS-Jungen sind die Verlierer, sie können die Unterrichtsdefizite nicht kompensieren und drohen auf der Strecke zu bleiben.

Wer über Methylphenidat spricht, muss aber auch über die Verordnungszahlen anderer „ADHS-Medikamente“ reden, wie Atomoxetin oder gar Risperidon. Es ist bekannt, dass es beim Verordnungsverhältnis von Methylphenidat und Atomoxetin in den Bundesländern große Unterschiede gibt. Weiterhin: Früher wurden viele der Kinder, die wir als unstrukturiert erleben, unter der Diagnose „Borderline“ mit Neuroleptika aus den Kliniken entlassen. Auch den Verordnungsanteil von Neuroleptika müsst man also in diesem Zusammenhang untersuchen.

> Die Kinder leiden oft sehr unter den Symptomen. Sie haben ständig Misserfolgserlebnisse, sind hoch angespannt und gefangen im Stresserleben.

Medikamente wie Risperidon zu geben, ist angesichts der gravierenden Nebenwirkungen eine ganz andere Verantwortung als die Verschreibung von Methylphenidat.

Als Niedergelassene sind wir der Werbung der pharmazeutischen Industrie ausgesetzt, und es ist gut, darüber von Zeit zu Zeit nachzudenken. Pharmareferenten rufen an und wollen uns in der Praxis aufsuchen. Wenn neue Medikamente eingeführt werden, sind wir einem großen Werbedruck der pharmazeutischen Industrie ausgesetzt, dem man sich nur schwer entziehen kann. Ein erhebliches Problem ist für uns zudem die Drittmittelforschung. Welches pharmazeutische Universitätsinstitut und welche Kinder- und Jugendpsychiatrie betreibt heute noch Forschung, die nicht von interessierten Pharmafirmen gesponsert wird? Wir Niedergelassene werden auf Kongressen mit Universitäts-Professoren und Doktoranden konfrontiert, die von diesen Drittmitteln profitieren und negative Ergebnisse auf Vorgabe der Industrie zurückhalten.

NOCH IMMER GIBT es keine Verpflichtung, alle Studienergebnisse zu veröffentlichen – auch jene also, die der Pharmaindustrie nicht passen. Unstrittig jedenfalls ist, dass Kollegen, die einen regen Pharmaaustausch haben, anders verordnen. Zu diesem Phänomen gibt es viele internationale Studien.

Gleichwohl möchten wir klarstellen: Wir teilen nicht die Auffassung, dass ADHS ein von der Pharmaindustrie erfundenes Problem ist. Der Einsatz von Methylphenidat bei Kindern ist in vielen Fällen alternativlos. Es gilt aber, aufmerksam zu bleiben – vor allem, was die Nebenwirkungen betrifft. Wir sehen bei Kindern unter Methylphenidat häufig einen Anstieg von Herzfrequenz und Blutdruck.

Was bedeutet das langfristig für diese Kinder? Dazu gibt es zu wenig Forschung. Wir holen Konsile von Kardiologen und anderen Fachkollegen ein. Wir beobachten sorgfältig die Kreislaufparameter, das Wachstum, das Gewicht.

ELTERN beschreiben, dass die Kinder unter Methylphenidat ernsthafter werden und weniger Antrieb haben. Die Kinder toben nicht mehr so viel, sind nicht mehr so kreativ und assoziativ. Jugendliche, die sich schon besser artikulieren können, beschreiben den Zielkonflikt: „Ich bin im Unterricht viel besser, aber ich habe meine freche Klappe verloren, bin jetzt viel ruhiger." Das ist natürlich auch ein Verlust. Mit der Impulsivität geht auch ein Stück Spontanität verloren. Von einer Lehrerin haben wir den Satz gehört: „Ich erkenne auf dem Schulhof die Ritalin-Kinder sofort: Die stehen da apathisch rum." Das ist natürlich ein deutliches Indiz für Überdosierung, das darf nicht vorkommen. Die Patienten müssen sorgfältig eingestellt werden.

> Unstrittig ist, dass Kollegen, die einen regen Pharmaaustausch haben, anders verordnen. Zu diesem Phänomen gibt es viele internationale Studien.

Ein großer Teil der Kinder, die in unseren Praxen mit Methylphenidat behandelt werden, nehmen das Medikament nicht am Wochenende oder in den Ferien.

Zum einen hilft dies, Medikation einzusparen. Zum anderen ist der Wechsel zwischen Medikationsgabe und Medikationspause wichtig, damit es eine Rückkopplung gibt: Wie ist die Situation ohne Medikamente?

WAS HAT SICH verändert? ADHS tritt meist im Grundschulalter oder in der Unterstufe auf. Nur ein kleiner Teil dieser Patienten werden in der Oberstufe oder in der Ausbildung weiterbehandelt.

Auffällig ist der Zusammenhang zwischen ADHS und Schule: Wenn die Jugendlichen die Schule hinter sich haben, in den praktischen Bereich gehen, das machen, was sie interessiert und was sie gut können – dann ist ADHS in den meisten Fällen kein Thema mehr. ■

DR. CLAUDIA BERNER
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in Bahrenfeld
DR. RALF RADIZI
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie in Barmbek und Rahlstedt

PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG DER KV HAMBURG

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

Alle Hamburger Vertragsärzte sind herzlich willkommen.
Vereinbaren Sie einen Termin!
Tel: 22802-572 oder 22802-571

KVH

VON TOBIAS ROEDER

Zwischen Datenschutz und Auskunftspflicht

Welche Patientendaten dürfen Ärzte an private Anbieter von Berufsunfähigkeitsversicherungen herausgeben? Ein Fachanwalt erklärt, wie man seinen Pflichten nachkommen kann, ohne den Patienten zu schaden.

Wird ein Arzt aufgefordert, Patientendaten an die Anbieter von Berufsunfähigkeitsversicherungen herauszugeben, gerät er ins Spannungsfeld zwischen Datenschutz und Auskunftspflicht. Der Arzt ist grundsätzlich an die Schweigepflicht gebunden, schnell werden hier sogar Grundrechte des Patienten verletzt. Allerdings müssen Patientendaten unter bestimmten Umständen aus rechtlichen Gründen weitergegeben werden, wofür meist die schriftliche Einwilligung des Patienten Voraussetzung ist. Die Weitergabe von Informationen stellt in diesen Fällen auch eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag dar.

Wie sollte man mit solchen Anfragen umgehen, um dem eigenen Patienten nicht zu schaden und den eigenen Verpflichtungen bestmöglich nachzukommen? Es gibt zwei Situationen, in denen solche Anfragen gestellt werden können: erstens vor Abschluss einer Versicherung, wenn geklärt werden soll, welches Risiko der Patient für das Versicherungsunternehmen darstellt; und zweitens, wenn es um die Frage geht, ob ein Leistungsfall eingetreten ist und das Unternehmen zahlen muss.

VOR ABSCHLUSS EINER VERSICHERUNG

Beantragt ein Patient eine Berufsunfähigkeitsversicherung, muss er gegenüber dem Versicherungsunternehmen seine Krankengeschichte offenlegen. Ergebnis der Risikobeurteilung durch das Unternehmen kann der Ausschluss einzelner Risiken und Beschwerdebilder oder gar die vollständige Ablehnung des beantragten Versicherungsschutzes sein. Beispiele für „K.O.-Diagnosen“, die das Zustandekommen einer Berufsunfähigkeitsversicherung verhindern, sind etwa Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Fragt der Patient selbst seine Daten ab, hat der Arzt die gesamte Patientenakte herauszugeben: alle Dokumentationen und Befundberichte, Arztbriefe, Drittbefunde und auf Verlangen sogar die subjektiven ärztlichen Behandlungseindrücke des Arztes.

Ausgenommen sind lediglich Teile der Akte, deren Herausgabe beispielsweise zu einer Selbstschädigung des Patienten führen würde.

Dieses umfassende Informationsrecht gilt auch, wenn ein Bevollmächtigter des Patienten (beispielsweise dessen Anwalt oder Versicherungsmakler) die Anfrage stellt. Allerdings muss der Bevollmächtigte eine vom Patienten unterzeichnete Schweigepflichtentbindungserklärung vorlegen. Welche Informationen der Patient oder sein Bevollmächtigter in einem weiteren Schritt an das Versicherungsunternehmen weitergibt, liegt nicht in der Verantwortung des Arztes.

Strengere Regeln gelten, wenn sich das Versicherungsunternehmen direkt an den Arzt wendet, um den Versicherungsantrag eines Patienten zu prüfen. Grundvoraussetzung für die Herausgabe von Informationen ist wiederum die Einwilligung des Patienten. Die Versicherungsunternehmen arbeiten oft mit vorgefertigten allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärungen, die vom Patienten automatisch zusammen mit dem Antrag auf die Versicherungsleistung abgegeben werden. Um auf der sicheren Seite zu sein, sollte der Arzt den Patienten kontaktieren. Ein Anruf reicht aus. Das schützt den Arzt vor Anschuldigungen des Patienten, die Schweigepflicht verletzt oder leichtfertig Informationen herausgegeben zu haben.

Ist der Patient einverstanden, muss der Arzt die vom Versicherungsunternehmen abgefragte Krankengeschichte herausgeben. Das kann unter Umständen die vollständige Akte sein – mit zwei Ausnahmen. Der Weitergabe von Informationen können Rechte Dritter entgegenstehen. Sind bei psychischen Krankheiten beispielsweise die Eltern des Patienten Gegenstand der Behandlungsunterlagen geworden, dürfen diese Teile der Akte nicht das Versicherungsunternehmen weitergegeben werden. Auch die subjektiven Behandlungseindrücke des Arztes bleiben unter Verschluss.

ABKLÄRUNG EINES MÖGLICHEN LEISTUNGSFALLS

Die zu Versicherungsbeginn angeforderten Patientendaten finden nochmals Verwendung, wenn das Versicherungsunternehmen klären will, ob der Leistungsfall eingetreten ist und Zahlungen geleistet werden müssen. Das Versicherungsunternehmen prüft, ob der Patient bei der Antragstellung falsche Angaben zu seinem Gesundheitszustand gemacht hat und die einst geschlossenen Verträge deshalb anfechtbar sind. Hierfür werden neben dem Arzt oftmals auch die jeweiligen Krankenversicherer angeschrieben.

Im Idealfall sollen diese Anfragen die Beschwerden des Patienten objektivieren und dabei helfen, die Frage nach dem Leistungsanspruch zu beantworten. Allzu oft werden sie aber zielgerichtet als Waffe zur Begründung der Leistungsablehnung eingesetzt, ohne dass der Arzt um diese Hintergründe weiß. Versicherer versuchen immer wieder, den eigenen Kunden, der bereits gesundheitlich angeschlagen ist und auf die Versicherungsleistung vertraute, zu zermürben. Der Papierkrieg um die Anerkennung der Ansprüche tut hierzu sein eigenes.

Vorgefertigte Schweigepflichtentbindungserklärungen geben immer wieder Anlass zu Streit und gerichtlichen Auseinandersetzungen, in welche der Arzt unweigerlich involviert wird. Jüngst musste sich das Bundesverfassungsgericht einmal mehr mit dieser Frage auseinandersetzen und kam für die Versicherungsbranche und ihren Umgang mit Anfragen an Ärzte zu einer richtungweisenden Aussage. Zu weit gehende Anfragen an Ärzte und überschießende Informationsweitergaben verletzen die Grundrechte des Patienten und sind auch nicht mit der Effizienz des Versicherungsverfahrens zu rechtfertigen. Der Patient hat daher die Möglichkeit, die von ihm bei der Antragstellung unterzeichnete generelle Schweigepflichtsentbindung einzugrenzen auf einzelne Ärzte. Von dieser Möglichkeit machen die Patienten allerdings nur selten Gebrauch, weil sie ein existenzielles Interesse an einer schnellen Entscheidung des Versicherungsunternehmens haben.

Doch auch das Vorliegen einer generellen Schweigepflichtsentbindungserklärung bedeutet in diesem Fall nicht, dass der Arzt alle vom Versicherungsunternehmen geforderten Informationen herausgeben darf. Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass das Versicherungsunternehmen nur Anspruch auf jene Informationen hat, die zur Klärung der Frage beitragen können, ob tatsächlich ein Leistungsanspruch besteht.

> Eine kurzer Anruf schützt den Arzt vor der Anschuldigung des Patienten, die Schweigepflicht verletzt zu haben.

Das Versicherungsunternehmen muss den Patienten vor der Datenerhebung im Einzelfall unterrichten. Der Patient hat dann die Möglichkeit, der Datenerhebung zu widersprechen.

Erhält der Arzt eine Anfrage von Versicherungsunternehmen, ist es mehr als nur geboten, den Dialog mit dem Patienten zu suchen und sich mit ihm über die für den Versicherungsfall relevanten Informationen abzustimmen. Ist der Patient beispielsweise wegen eines Bandscheibenvorfalls arbeitsunfähig, dürfen nur Informationen an das Versicherungsunternehmen weitergereicht werden, die mit dieser Diagnose in Zusammenhang stehen. Eine zeitliche Begrenzung in die Vergangenheit gibt es nicht: Auch Patientendaten aus der Zeit vor dem Versicherungsbeginn müssen herausgegeben werden.

Das Recht des Versicherungsunternehmens auf Informationen darf natürlich nicht dahingehend unterlaufen werden, dass ein Versicherungsbetrug begangen wird. Patientendaten sollten also so sparsam wie möglich; gleichwohl so ausreichend wie nötig herausgegeben werden.

Bisweilen wendet sich ein Versicherungsunternehmen auch mit dem Anliegen an den Arzt, dieser möge die Leistungsfähigkeit seines Patienten beurteilen und begutachten. Dies wird dem Arzt nur dann möglich sein, wenn er die Tätigkeit seines Patienten in gesunden Tagen sehr genau beschreiben kann. Ohne Zuhilfenahme von Fachleuten auf dem Gebiet der Tätigkeitsanalyse und dem Berufsunfähigkeitsversicherungsrecht wird dies kaum gelingen. Rasch können dem Arzt in bester Absicht grobe Fehler unterlaufen, die zu einer Leistungsverweigerung des Versicherungsunternehmens führen.

Dem Patienten steht im Versicherungsfall ‚Waffengleichheit' mit dem Versicherungsunternehmen zu. Diese Waffengleichheit vermag auch der Arzt in Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten herzustellen und leistet neben der Behandlung einen weiteren Dienst an seinem Patienten, der zu dessen Genesung beitragen kann. ■

TOBIAS ROEDER
Justitiar der Socialsolvent GmbH, Lehrbeauftragter der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover und der Ostfalia Hochschule Braunschweig

Leidenschaftlicher Pragmatiker

Dieter Bollmann geht in den Ruhestand. Wie kein anderer hat er das operative Geschäft der KV Hamburg in den vergangenen Jahrzehnten geprägt.

MIT GROSSEN WORTEN tut sich der Hamburger schwer. Aber er weiß auch: Wat mut, dat mut. Und deshalb muss zum zweiten Mal innerhalb weniger Monate konstatiert werden, dass eine Ära zu Ende geht. War es im vergangenen Sommer die Ära Späth, so ist es nun die Ära Bollmann. Jeder hat auf seine Weise die KV Hamburg geprägt – der eine politisch-strategisch, der andere im operativen Geschäft.

Noch etwas verbindet ihn mit Dr. Michael Späth: Dessen Art, Selbstverwaltung zu leben, stirbt genauso aus wie die Art Verwaltungshandeln, die Dieter Bollmann repräsentiert. Bis in die Details mit den KV-Aufgaben vertraut, ein nüchterner und doch selbstbewusster Blick auf die Sachlage und vor allem jemand, der ebenso überzeugt ist von der großen Bedeutung einer unabhängigen Selbstverwaltung wie von einer souveränen Verwaltung – diese Mischung wird immer seltener.

Bollmann stieg nach einem Volkswirtschaftsstudium und kurzer Zeit in der Versicherungswirtschaft 1979 bei der KV Hamburg ein. Damals war er 30 Jahre alt. Schon drei Jahre später wurde er Leiter der Honorarabrechnung, die ja das Herzstück einer KV ist. In dieser Funktion lernte er die Hauptaufgabe einer KV: Ärzte verstehen.

Wer glaubt, dass allein schnelle und zuverlässige Arbeit eine gute KV ausmacht, der hat nur einen Teil der „KV-Welt“ begriffen. Gewiss, auf Zuverlässigkeit gründet sich das Vertrauen in die Institution, aber die Mitglieder werden die KV nur dann als die „ihre“ ansehen und sich auch für sie einsetzen, wenn diese sie auch versteht. Die KV muss die Bitten und Forderungen der Ärzte übersetzen können, muss Lösungen aufzeigen und dennoch vermitteln können zwischen den Erwartungen und den hochkomplexen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sie sich bewegt. Dies hat Dieter Bollmann schnell verstanden und zu seinem Markenzeichen gemacht. Dieses in jeder Beziehung offene Ohr für die Sorgen und Wünsche der KV-Mitglieder hat ihm ein enorm hohes Ansehen verschafft. Und das nicht nur in Hamburg, sondern auch bundesweit.

Denn rasch stieg Bollmann die KV-interne Karriereleiter weiter hinauf. Vom damaligen Geschäftsführer Helmut Fischer wurde er zum Stellvertreter berufen und nach dessen Ausscheiden war es für den damaligen Vorstand keine Frage, ihn zum Nachfolger zu ernennen.

Im Kreis der (Haupt-)Geschäftsführer der KVen wurde seine Stimme bald geschätzt. In Besprechungen hört er erst einmal zu, wägt die Argumente ab und mischt sich erst spät in die Diskussionen ein. Aber dann bringt er die Dinge auf den Punkt und hat in aller Regel auch eine Lösung – häufig verblüffend einfach. „Ich bin ein leidenschaftlicher Pragmatiker“, pflegt er dann zu sagen.

2004 sorgte das GKV-Modernisierungsgesetz für eine grundlegende Organisationsreform der KVen. Die

Dieter Bollmann: Szenen aus vier Jahrzenten von den 1980er Jahren (mit Justiziar Gert Filler) bis in die Gegenwart

Verlässlich und unabhängig

Dieter Bollmann und ich haben in unterschiedlichen Positionen vertrauensvoll zusammengearbeitet. Die längste dieser Phasen war, als er Hauptgeschäftsführer und ich Vorstandsvorsitzender der KV war. Wir beide waren noch verhältnismäßig jung, doch er war schon deutlich länger in der Verwaltung tätig als ich in der Selbstverwaltung. Dieter Bollmann fühlte sich stets für das Wohl der KV-Mitarbeiter verantwortlich und vertrat deren Interessen mit Nachdruck gegenüber der Selbstverwaltung. Er war in dieser Hinsicht wie der Vater einer großen Familie, immer darauf bedacht, dass die Mitarbeiter ihre Position darlegen konnten.

Als Hauptgeschäftsführer und später auch als KV-Chef legte er großen Wert darauf, dass die Verwaltung unter seiner Kontrolle arbeitete und dem direkten Zugriff der Standespolitik entzogen war. Mit dieser Trennung konnte Dieter Bollmann für Verlässlichkeit und Kontinuität sorgen beim Übergang der KV-Führung von Dr. Jens Döring auf Dr. Klaus Voelker und später auf mich selbst. Das hat er immer wieder betont: Die Verwaltung muss ein stabiles, unabhängiges Fundament bleiben, das die vom Gesetzgeber aufgetragenen Pflichten erfüllt – ein Fundament, das nicht für aktuelle Interessenlagen instrumentalisiert werden darf, je nachdem, welche berufspolitische Richtung gerade am Zuge ist. Das fand ich richtig und unterstützte es damals wie heute voll und ganz.

Auf dieser Basis konnten wir eine sehr konstruktive und sehr erfolgreiche Arbeit für die KV leisten. Gemeinsam haben wir für die Mitglieder das Optimum herausgeholt.

In der KV Hamburg hat manches etwas länger gedauert als anderswo, doch zum Schluss wurden Entscheidungen gemeinsam gefällt und konnten korrekt und verlässlich umgesetzt werden.

DR. MICHAEL SPÄTH
ehem. Vorstandsvorsitzender und Ehrenvorsitzender der KV Hamburg

Vertreterversammlung und der Vorstand wurden verkleinert, die bisher ehrenamtlichen Positionen der KV-Chefs mussten hauptamtlich besetzt werden. Nur wenige KVen machten sich damals die Mühe zu diskutieren, was dies eigentlich bedeutete. „Der Vorstand führt die Geschäfte der KV“, so stand es nun im SGB V, und die Hamburger Selbstverwaltung nahm dies wörtlich: Sie berief die Hauptgeschäftsführer in den Vorstand.

Was viele ärztliche Vorstände (teilweise bis auf den heutigen Tag) befremdet, erwies sich für Hamburg als durchaus richtig.

In Abstimmung und durchaus auch im Kampf mit der Behörde wurde der Einfluss der Selbstverwaltung so groß wie möglich gestaltet: Neben dem gesetzlich vorgeschriebenen Beratenden Fachausschuss Psychotherapie wurden auf damals noch freiwilliger Basis ebensolche Ausschüsse für Hausärzte und Fachärzte gebildet sowie ein Beirat, in dem die Fachausschuss-Sprecher mit Vorstand und KV-Führungskräften arbeiten. Somit wird die fachliche Expertise des Vorstandes ergänzt durch die enge Beratung aus medizinischer und psychotherapeutischer Sicht. Keine Frage, dass die Vertreterversammlung der KV Hamburg Bollmann mit einem überragenden Vertrauensbeweis in sein Amt wählte – das waren die Früchte der jahrelangen Arbeit. Jeder hatte schon erlebt, wie geduldig und hartnäckig Bollmann sich um die Interessen der KV-Mitglieder kümmerte.

Wie alle „Nicht-Ärzte“ tat sich auch Bollmann mit der Vorsitzenden-Rolle zunächst schwer. Anfänglich war er immer noch mehr Hauptgeschäftsführer als Vorsitzender. Als diese Doppelbelastung dann zeitlich nicht mehr zu schaffen war, zog er in einer für ihn typischen Weise eine harte Konsequenz: Er beschloss, die KV-Strukturen umzubauen und die Verantwortung sukzessive auf die Führungskräfte zu verlagern.

Im Gegensatz zu anderen Firmen und KVen, die sich für eine solche Arbeit eine Beratungsgesellschaft ins Haus holen und diese die Arbeit erledigen lassen, war für Bollmann sehr schnell klar, dass dieser einschneidende Schritt nur Erfolg haben wird, wenn alle Mitarbeiter ihn mittragen und mitgestalten und wenn vor allem der Vorstand darin eingebunden ist. Also begann ein langer, von vielen zunächst als mühselig emp-

fundener Prozess der „Personalentwicklung“, in der zunächst der Vorstand, dann die Führungskräfte und schließlich die Mitarbeiter sukzessive die Instrumente erarbeiteten und entwickelten, die aus einer streng hierarchisch geordneten Behörde ein flexibles, auf breiter Führungsverantwortung ruhendes Unternehmen machen sollte.

Der Erfolg gibt Bollmann recht: Die Strukturen der KV sind mittlerweile umgebaut und stabil, die letzten Hemmnisse auf dem Weg zu einer modernen, auf vielen Schultern ruhenden Verwaltung werden beseitigt. Vor allem: Die Mitarbeiter haben den Veränderungsprozess angenommen, tragen ihn mit, nehmen die zusätzliche Verantwortung an und vermitteln diese Kompetenz auch nach außen.

Auch bei diesem sich über mehrere Jahre hinziehenden Prozess bewährten sich Bollmanns wesentliche Charakterzüge: Seine unendliche Geduld, seine Zuwendung und das Verständnis für andere. Nie verlor er die Beherrschung, wenn zum x-ten Mal ein vergleichsweise schlichter Sachverhalt erläutert werden musste, nie ließ er sich durch Provokationen zu einer unbedachten Reaktion hinreißen. Den gleichen Respekt, den er den KV-Mitgliedern entgegenbringt, zollt er auch den Mitarbeitern.

Diese verehren ihn hierfür und waren entsprechend schockiert, als er Anfang 2013 seinen Rückzug ankündigte. Auch dies tat er in einer unvergleichlichen Weise. Um einen kontinuierlichen Übergang zu gewährleisten, trat er zunächst in das zweite Glied zurück und tauschte die Positionen mit seinem Vorstandskollegen – ein ungewöhnlicher Schritt, der mit großem Respekt zur Kenntnis genommen wurde.

Und nun geht er ganz. 35 Jahre hat er den Hamburger Ärzten und Psychotherapeuten im besten Sinne gedient, 35 Jahre hat er seine Vision einer modernen, menschlichen Verwaltung verfolgt. Er hinterlässt ein wohlbestelltes Haus – wird uns aber noch dabei helfen, auch physisch in ein neues Haus zu ziehen. ■

WALTER PLASSMANN
Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

Ein Profi an der Spitze der KV

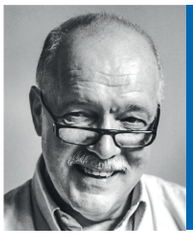
Eine ärztliche Selbstverwaltung, der Millionen von Euro anvertraut sind und die für Sicherstellung und für die Versorgung der Patienten verantwortlich ist, braucht integre und verlässliche Fachleute, die auch mit Geld umgehen können. Wir können uns glücklich schätzen, mit Dieter Bollmann über viele Jahre hinweg den denkbar besten Experten dieser Art an unserer Seite gehabt zu haben.

Schon als Leiter der Honorarabrechnung machte sich Dieter Bollmann unter den Hamburger Ärzten einen Namen als Experte, der immer ansprechbar war und geduldig weiterhalf. Während meiner Tätigkeit im Vorstand lernte ich ihn näher kennen. Damals verhandelten wir mit den Krankenkassen auf Vorstandsebene vor Ort. Bollmann war stets mit dabei, und das war wichtig: Wenn es wirklich klemmte, konnte man sich darauf verlassen, dass er mit seriösen Daten aufwarten konnte, die von den Krankenkassen nicht beiseite gewischt werden konnten.

Er hatte das KV-Geschäft von der Pieke auf gelernt, niemand konnte ihm auf diesem Gebiet das Wasser reichen. Das war der Grund, warum er zunächst Geschäftsführer und später, im Zuge der Organisationsreform, KV-Vorstandsvorsitzender wurde. Auch ich gehörte zu den Befürwortern einer konsequenten Professionalisierung des Vorstands. Die Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen und das operative Geschäft waren so problematisch und kompliziert geworden, dass wir Profis brauchten.

Dieter Bollmann war kein polternder Lobbyist, aber ein konsequenter Interessensertreter der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die er angemessen ausstatten und denen er den Rücken freihalten wollte. „Wenn wir eine gute Versorgung für die Menschen wollen, müssen wir die Interessen und Bedürfnisse derjenigen berücksichtigen, die diese Versorgung leisten“, sagte Dieter Bollmann in einem Interview. „Was für die Ärzte und Psychotherapeuten gut ist, ist auch für die Versorgung gut.“

DR. KLAUS VOELKER
ehem. Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg



Familienbande

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

Im Gesundheitswesen muss gespart werden. Die Kosten müssen sinken, koste es, was es wolle.

Im Gesundheitswesen spiele sich eine ungezügelte Kostenexplosion ab, heißt es. Obwohl jeder weiß, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben an unserem Bruttosozialprodukt seit Jahrzehnten konstant bei zehn bis zwölf Prozent liegt.

Die Überalterung unserer Gesellschaft verursache immer höhere Behandlungskosten, heißt es. Obwohl jeder weiß, dass ein Mensch im Laufe seines Lebens die höchsten Kosten etwa eineinhalb Jahre vor seinem Ableben verursacht, egal in welchem Alter er stirbt.

Und die Lohnnebenkosten seien so hoch, heißt es. Obwohl jeder weiß, dass Deutschland damit im unauffälligen Mittelfeld Europas liegt.

Trotzdem: Nur etwa 16 Prozent der Krankenkassen-Millarden werden für die ambulante ärztliche Behandlung ausgegeben, die Budgets sind gedeckelt, steigen seit Jahren nicht mehr. Krankenhäuser müssen mit knapp bemessenen Fallpauschalen auskommen; Entlassungen, Wiederbesetzungssperren, Arbeitshetze und unbezahlte Überstunden sind an der Tagesordnung; ein Fünftel aller Krankenhäuser musste in den letzten Jahren schließen. Sind wir ein armes Land geworden?

Nein! Man muss nur den Wirtschaftsteil der Zeitung aufschlagen, wenn man die lukrative Seite unseres Gesundheitswesens kennenlernen will. Dort wird man keinen Hinweis auf irgendeine Krise finden, im Gegenteil. So macht etwa der Dax-notierte Konzern Fresenius seinen Anlegern viel Freude. Was einmal ein mittelständischer Betrieb im Vordertaunus war, ist heute ein global

agierender „Gesundheitskonzern“ mit über zehn Milliarden Euro Umsatz.

In dieser gut funktionierenden Familie werden Medikamente, Infusionslösungen und Krankenhausbedarfsprodukte hergestellt, werden in den konzerneigenen Helioskliniken stationäre Akut- und Rehabilitationsbehandlungen durchgeführt, werden Arztpraxen zur Bildung von konzerneigenen Medizinischen Versorgungszentren aufgekauft. Die Konzernfamilie spielt sich die lukrativen Bälle gegenseitig zu. Alles in einer Hand, so heißt das Geheimnis. Wie passt das zusammen?

Kostendämpfung für Arztpraxen und boomende Konzernmedizin - wie passt das zusammen?

Es gibt inzwischen anscheinend zwei Gesundheitswesen. Das eine – das für Kranke und deren Ärzte, Schwestern, Pfleger und Angehörige – kommt mehr und mehr unter die Räder von Markt und Konkurrenz. Und das andere, das für börsennotierte Gesundheitskonzerne und deren Anteilseigner, Aktionäre, Investoren und Angehörige, das boomt. Wo möchten Sie lieber dazugehören? ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. René Rückner**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. René Rückner**
Geburtsdatum: **25.06.1950**
Fachrichtung: **Radiologie**
Weitere Ämter: **ehemals langjähriger Vorsitzender des Berufsverbandes der deutschen Radiologen (BDR), Programmverantwortlicher Arzt im Mammographie-Screening Hamburg**
Hobbys: **Sprachen, Reisen, aktuelles Zeitgeschehen, Gesundheitspolitik**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ich habe den richtigen Beruf und den richtigen Fachbereich gewählt. Die Radiologie ist von ständigen Innovationen geprägt, was sich auch in den Weiterbildungserfordernissen niederschlägt. Es ist eine verantwortungsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit. Negativ sind die Rahmenbedingungen durch Eingriffe von Lobbyisten und Funktionsträgern. Das empfinde ich als störend.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ich halte eine Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit für wichtig. Die Ärzte müssen unternehmerische Eigeninitiative entfalten können, ohne durch Kliniken, Pharmaindustrie und Politik fremdbestimmt zu werden.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Die KV sollte weiterhin als Mediator zwischen den Arztgruppen tätig sein. Sie hat die Aufgabe, die Interessen der Ärzte einerseits und politische Vorgaben und ökonomische Zwänge andererseits aufeinander abzustimmen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Oskar Lafontaine würde ich gerne fragen, wie seine Noten in Latein und Griechisch waren – und wie heute sein Verhältnis zu den Jesuiten ist.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mein berufliches und privates Leben wie ein Künstler gestalten zu können. ■

TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

Do. 15.1.2014 (ab 17 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP-Hygiene in der Arztpraxis

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert, rundet dieses Seminar ab.

Mi. 5.2.2014 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr:
€ 149 (inkl. Verpflegung)
10 PUNKTE

QEP-Refresher-Seminar

Das Seminar soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr Praxis-QEP auf die Version 2010 umzustellen. Für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen geeignet.

Mi. 26.2.2014 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr:
Erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 (inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen)
10 PUNKTE

QM - Wo steht unsere Praxis?

Ziel des Seminars ist eine Bestandsaufnahme der Organisation und Kommunikation in Ihrer Praxis. Sowohl das Gesamt-Erscheinungsbild als auch einzelne Bereiche wie zum Beispiel die Anmeldung, das Wartezimmer, das Sprechzimmer oder das Labor werden beleuchtet. Dabei wird deutlich, welche Verbesserungen möglich wären. Die Teilnehmer erhalten Arbeitsmaterial, damit eine Umsetzung in der eigenen Praxis erfolgen kann.

Mi. 26.3.2014 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr:
€ 149 inkl. Verpflegung
10 PUNKTE

Ort: Ärztehaus, Humboldtstrasse 56, 22083 Hamburg

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

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

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS **4. QUARTAL 2013** VOM 2. BIS 15. JANUAR 2014

INFOCENTER DER KVH

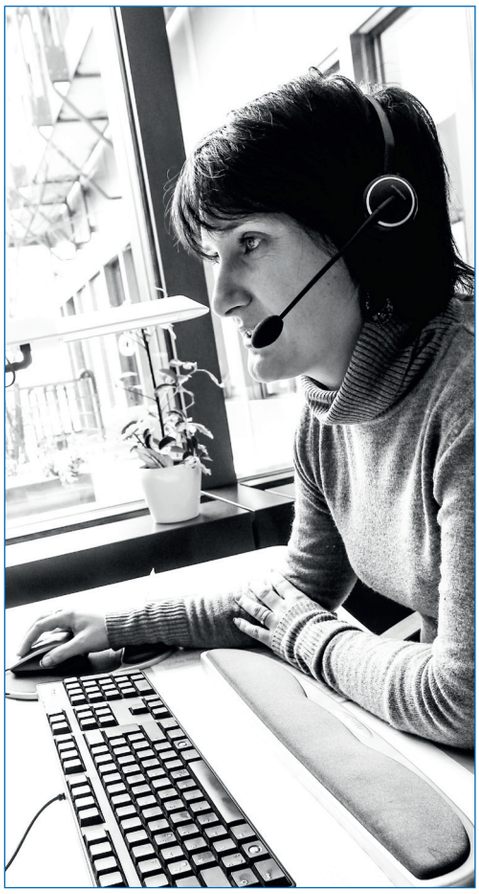
BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?
Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

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

Wie erreichen Sie uns?
Infocenter der KVH
Humboldtstrase 56
22083 Hamburg
Telefon: 22 802 900
Telefax: 22 802 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?
Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr



KVH

Infocenter der KVH
Telefon 040/22 802 900
infocenter@kvhh.de