

KVH *journal*



VORSICHT FALLE!

*Ärzte fordern
klare Kriterien für die
Steuerpflicht*

KV-VERWALTUNG

Was der neue Vorstand ändern will

KREBSREGISTER

Warum nachgebessert werden muss

Das KVH-Journal enthält wichtige Informationen für den Praxisalltag, die auch Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter betreffen. 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 4/2014 (1. April 2014)



Liebe Leserin, lieber Leser!

In den vergangenen Wochen hat es in einigen Hamburger Bezirken eine Diskussion um „Arztmangel“ gegeben. So befremdlich dies für Hamburg klingt, die wie keine zweite KV-Region statistisch mit Ärzten und Psychotherapeuten überversorgt ist, so heftig ist teilweise die emotionale Betroffenheit der Bevölkerung, die von Bezirkspolitikern und der Lokalpresse gerne aufgegriffen und angefeuert wird. Explosiv wird die Mischung, wenn – wie in Bergedorf – ein in der Hand des Klinikkonzerns Asklepios befindliches MVZ von heute auf morgen seine Ärzte nach Harburg verlegen will. Wir werden das Thema „Kleinräumige Bedarfsplanung“ im *KVH-Journal* noch aufgreifen, aber eines steht für den KV-Vorstand jetzt schon fest: In einer überversorgten Stadt wie Hamburg sind MVZ in den Händen von Klinikbetreibern überflüssig, ja sogar schädlich. Diese Fehlentwicklung muß beendet werden; wir sind schon in Berlin vorstellig geworden.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Wir fordern Rechtssicherheit!
- 08_ Wegweiser durch das Steuer-Labyrinth
- 12_ Vorsicht Falle! Was Praxen mit angestellten Ärzten beachten müssen, um nicht gewerbesteuerpflichtig zu werden

SELBSTVERWALTUNG

- 13_ »Klare Forderungen aufstellen«: Der stellvertretende KV-Hamburg-Chef Dr. Stephan Hofmeister im Interview
- 14_ Verwaltung: Schnellere Auftragsbearbeitung, mehr Service
- 15_ Übergangshaus: KV ab Herbst im Heidenkampsweg
- 16_ Dr. Andreas Gassen zum KBV-Chef gewählt

GESUNDHEITSPOLITIK

- 17_ Klinisches Krebsregister: Fachlich ein Gewinn, organisatorisch ein Desaster

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_ Fragen und Antworten
- 21_ Faxversand von Arztbriefen: Datenschutzbeauftragter mahnt zur Sorgfalt

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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



22_ Pronova BKK übernimmt zusätzliche Impfungen

ARZNEIMITTEL

22_ Aggrenox nicht mehr verordnungsfähig

QUALITÄT

23_ Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte

Einführungsseminar Qualitätsmanagement

Ausbildung zur Qualitäts- und Praxismanagerin

ABRECHNUNG

24_ Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2014

Sammelerklärung wird am Computer ausgefüllt

FORUM

32_ Abriss des Ärztehauses: Trauerarbeit und Aggressionsabbau

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

25_ Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

33_ Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

KV INTERN

26_ Leserbrief

34_ Steckbrief: Dr. Friederike Windler

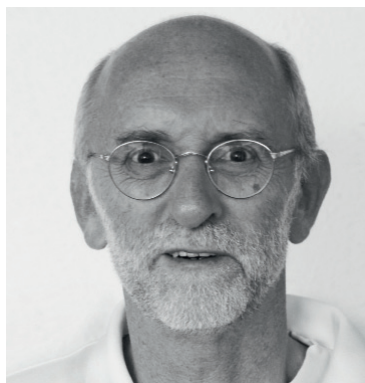
35_ Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelbild: Saeye fotomek/Fotolia.com
Seite 8: vectorlib.com/Fotolia.com; Seite 9,10,11: Jonas Wolff/Fotolia.com; Seite 12: forestpath/Fotolia.com; Seite 13,14: Michael Zapf; Seite 15: Melanie Vollmert; Seite 16: Alexandra Bukowski/KBV; Seite 21: Felix Faller/Alinea; Beboy/Fotolia.com; Seite 26: k-xperience/Fotolia.com; Seite 29: Ideeah Studio/Fotolia.com; Seite 30: Fotophonie/Fotolia.com; Seite 32: greyj/Fotolia.com; Birgit Reitz-Hofmann/Fotolia.com; Seite 33: Barbara Klemm; Seite 36: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto

Wir fordern Rechts- sicherheit!

Unter welchen Bedingungen Praxen gewerbesteuerpflichtig werden, wenn sie Ärzte anstellen, ist unklar (siehe Seite 13). Hamburger Ärzte sagen: Dieses Risiko ist untragbar.



Dr. Gerhart Glaser
Geschäftsführender Vorstand
PNS - PraxisNetz Süderelbe“

Verworrene Lage

Offenbar versuchen nicht nur die Hamburger Finanzbehörden, sich neue Einnahmequellen zu erschließen. Das ist legitim – wenn die Regeln juristisch klar definiert sind. Doch die Rechtslage ist verworren. Derzeit weiß keine Praxis, die einen Arzt angestellt hat oder anstellen möchte, welche Kriterien für eine Gewerbesteuerpflicht gelten. Welche Praxis will schon das Risiko eingehen, unversehens mit Forderungen nach immensen Steuernachzahlungen konfrontiert zu werden, wie in naher Vergangenheit bereits in Süderelbe geschehen?

Eine ähnliche Situation gab es früher bereits bei der Frage, ob Honorare aus Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V umsatzsteuerpflichtig sind oder nicht. Das PNS - PraxisNetz Süderelbe hat zu dieser Frage damals erreicht, dass das Finanzamt Hamburg klar Stellung beziehen musste. In Form einer verbindlichen Rechtsauskunft bestätigte das Finanzamt, dass Honorare aus Integrierten Versorgungsverträgen auf Ebene des PNS von der Umsatzsteuer befreit sind.

Eine solche Klärung brauchen wir auch zur Gewerbesteuerpflicht bei Anstellung von Ärzten in freiberuflichen Praxen. Hier ist zwingend und rasch das bundesweite juristische Engagement der KVen gefordert. ■



Dr. Peter Minartz,
Internist und Diabetologe
in Neugraben



Dr. Hans-Jürgen Juhl,
Vorsitzender
ÄrzteNetz Hamburg

Nicht im öffentlichen Interesse

Man muss sich klarmachen: Wenn für Praxen mit angestellten Ärzten die Gefahr zunimmt, unter die Gewerbesteuerpflicht zu fallen, hat das massive Konsequenzen. Die ambulante Medizin wird durch diese verkappte Steuererhöhung teurer. Das Problem betrifft sehr viele Praxen in Hamburg, die sich künftig gut überlegen werden, ob sie überhaupt noch Ärzte einstellen. Doch wer eine gute und effiziente Medizin will, braucht flexible Strukturen, die auch für jene Ärzte Arbeitsmöglichkeiten anbieten, die in Teilzeit oder nicht selbstständig arbeiten wollen. **Der Versuch der Finanzbehörden, die Praxen stärker zur Kasse zu bitten, erschwert die medizinische Versorgung der Hamburger Bevölkerung.** Das kann nicht im öffentlichen Interesse sein. ■

Gewinner sind die MVZ

Zu den überzogenen Vorwürfen in der Öffentlichkeit (über zu lange Wartezeiten, Bevorzugung von Privatpatienten oder überzogene Privatrechnungen) kommen jetzt möglicherweise auch noch unerwartete steuerliche Belastungen auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu – besonders, wenn sie selbst Ärzte anstellen.

Man hat schon fast den Eindruck, dass hinter all diesen Attacks eine politisch motivierte Absicht steht, die freiberuflich tätigen, selbstständigen Ärztinnen und Ärzte aus der ambulanten Versorgung zu verdrängen.

Viele Kolleginnen und Kollegen werden jedenfalls die Notbremse ziehen und auf diese ärztliche Unterstützung verzichten, wenn sie dadurch Gefahr laufen, dass eine Gewerbesteuerpflicht auf alle Leistungen der Praxis entsteht. Die Konsequenz könnte sein, dass Leistungsvielfalt und Sprechstundenanzahl der Hamburger Praxen so stark reduziert werden, dass die unabhängige ambulante Patientenversorgung insgesamt gefährdet ist.

Gewinner wären die großen Krankenhauskonzerne und ihre Satelliten-MVZs, deren Geschäftsführungen ganz offen erklären, dass sie in Hamburg auch die ambulante Medizin übernehmen wollen – dies natürlich ausschließlich mit angestellten Ärztinnen und Ärzten! Die Verlierer sind die Patienten und ihre wohnortnahe Versorgung. ■

VON NILS LINNECKEN

Wegweiser durch das Steuerlabyrinth

Arztpraxen werden zunehmend vom Fiskus geprüft. Das kann Probleme geben – auch deshalb, weil die Kriterien für eine Steuerpflicht nicht immer transparent sind.



Die Frage, wann eine Arztpraxis Umsatz- oder Gewerbesteuern zahlen muss, ist in den vergangenen Jahren komplizierter geworden. Wer das ignoriert, kann Schwierigkeiten bekommen. Schon im Jahr 2010 gab es in Hamburg und Niedersachsen schwerpunktmäßig steuerliche Außenprüfungen in Arztpraxen. Nun macht auch der Bundesrechnungshof Druck: In seinem Jahresbericht 2013 beklagt er Steuerausfälle durch eine ungenügende Erfassung steuerpflichtiger Umsätze von Ärz-

ten. Es ist also davon auszugehen, dass die Finanzbehörden in diesem Bereich eingehend prüfen werden. Wir zeigen, worauf die Arztpraxen achten müssen.

UMSATZSTEUER

Der Kernbereich ärztlicher Leistungen ist von der Umsatzsteuer befreit. Dass die GKV-Leistungen zu diesem Kernbereich gehören, ist unstrittig. Doch was ist mit Leistungen, deren Honorierung nicht von der GKV übernommen wird?

Unterscheidungskriterium ist die „medizinische Indikation“. Privat- und Selbstzahlerleistungen unterliegen nicht der Umsatzsteuer, wenn sie der Prävention, Diagnose, Linderung und Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienen. Auch ästhetische und kosmetische Leistungen sind von der Umsatzsteuer befreit, wenn sie aufgrund einer medizinischen Indikation erfolgen: beispielsweise eine Mammaplastik nach Entfernen eines Karzinoms oder eine Entfer-

nung übermäßiger Körperbehaarung bei Störungen des Hormonhaushaltes.

Liegt keine „medizinische Indikation“ vor, handelt es sich um umsatzsteuerpflichtige Leistungen. Hierzu zählen insbesondere rein ästhetische oder kosmetische Maßnahmen wie plastische Operationen ohne medizinische Indikation oder Faltenbehandlungen mit Botulinumtoxin oder Hyaluronsäure. Auch arbeitsmedizinische Leistungen sind nicht „medizinisch indiziert“.

Maßgebend für das Vorliegen einer medizinischen Indikation ist dabei allein das Urteil des Arztes. Nicht relevant ist, ob auch der Patient die Behandlung als medizinisch indiziert wahrnimmt.

Für ärztliche Gutachten gelten ähnliche Kriterien: Die Honorare für Gutachten sind nur dann von der Umsatzsteuer befreit, wenn es um eine Entscheidungsfindung über diagnostische oder therapeutische Fragen bei einem konkreten Patienten geht. Dies ist zum Beispiel der Fall bei Gutachten zu den Voraussetzungen für Reha-Maßnahmen oder zur Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln.

Besteht der Hauptzweck eines Gutachtens darin, zur Entscheidungsfindung in einem Bereich beizutragen, der mit dem Gesundheitssystem nichts zu tun hat, greift die Umsatzsteuerpflicht. Beispiele dafür sind Gutachten zur Fahrtauglichkeit, zur Gewährung von Rentenansprüchen, zur Eignung für einen bestimmten Beruf, für Versicherungsabschlüsse oder für Strafverfahren.

Wissenschaftliche und schriftstellerische Tätigkeiten sowie Vor-

trags- und Lehrtätigkeiten sind grundsätzlich umsatzsteuerpflichtig. Allerdings gibt es eine Ausnahme: Vortrags- und Lehrtätigkeiten können von der Umsatzsteuer befreit sein, wenn sie der Vorbereitung einer vor einer öffentlich-rechtlichen Institution abzulegenden Prüfung dienen. Unter diese Regelung fallen beispielsweise von der Ärztekammer zur Ausbildung von medizinischem Personal organisierte Vorträge. Zum Nachweis der Voraussetzungen für die Steuerfreiheit stellen die öffentlich-rechtlichen Einrichtungen in aller Regel entsprechende Bescheinigungen aus.

Dass der Handel mit Produkten jeglicher Art (etwa mit Medizinprodukten oder Kosmetika) umsatzsteuerpflichtig ist, liegt auf der Hand.

Der niedergelassene Arzt muss im Auge behalten, wie viele umsatzsteuerpflichtige Einkünfte er erzielt. Es gibt eine Geringfügigkeitsgrenze: Tatsächlich bezahlen muss der Arzt die Umsatzsteuer nur, wenn er

im vorangegangenen Kalenderjahr mehr als 17.500 Euro an umsatzsteuerpflichtigen Erlösen hatte oder (!) im aktuellen Jahr die Grenze von 50.000 Euro überschreiten wird. Bleiben die umsatzsteuerpflichtigen Erlöse unterhalb dieser Grenzen, greift die sogenannte Kleinunternehmerregelung: Der Arzt muss keine Umsatzsteuer abführen.

Schwierig wird die Situation, wenn der Arzt die Kleinunternehmergrenze, ohne es zu bemerken, überschritten hat und vom Fiskus im Nachhinein zur Kasse gebeten wird. Er muss dann für die umsatzsteuerpflichtigen Leistungen 19 Prozent Umsatzsteuer ans Finanzamt zahlen – hat aber für seine umsatzsteuerpflichtigen Leistungen von seinen Patienten selbst keine Umsatzsteuer verlangt. Da können große Summen zusammenkommen.

Für Ärzte, deren umsatzsteuerpflichtigen Erlöse unter der Geringfügigkeitsgrenze bleiben, ist es in manchen Fällen sinnvoll, auf die



Befreiung von der Umsatzsteuer zu verzichten. Der Verzicht ist allerdings für fünf Jahre bindend. Umsatzsteuerpflichtige Ärzte können sich die ihnen von anderen Unternehmern in Rechnung gestellte Umsatzsteuer als so genannte Vorsteuer vom Finanzamt erstatten lassen. Die bezogenen Dinge oder Leistungen müssen aber entweder unmittelbar, zumindest aber teilweise für die Erbringung der umsatzsteuerpflichtigen Leistungen verwendet werden.

So kann man sich beispielsweise die Umsatzsteuer großer Geräte erstatten lassen, mit denen umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbracht werden. Auch die in der Rechnung für den Einkauf von Botox enthaltene Umsatzsteuer kann vom Finanzamt zurückverlangt werden, wenn hiermit umsatzsteuerpflichtige kosmetische Behandlungen vorgenommen werden. Werden die bezogenen Dinge oder Leistungen nicht ausschließlich für die Erbringung umsatzsteuerpflichtiger Leistungen verwendet, kann die bezahlte Vorsteuer anteilig geltend gemacht werden. Maßstab für die Aufteilung kann dann beispielsweise das Verhältnis zwischen den umsatzsteuerpflichtigen und umsatzsteuerfreien Leistungen sein.

Ob ein Verzicht auf die Befreiung von Umsatzsteuer unterm Strich tatsächlich günstiger ist, muss im Einzelfall durchgerechnet werden. Dabei ist auch zu bedenken, dass die Leistung dadurch für den Patienten teurer wird, der Arzt gegebenenfalls also Wettbewerbsnachteile gegenüber ärztlichen Kollegen hat.

Eine spezielle umsatzsteuerliche Problematik tritt bei Praxisgemeinschaften auf. Wenn sich zwei Praxen, die der KV, Patienten oder sonstigen Kostenträgern gegenüber getrennt abrechnen, eine Infrastruktur teilen, kann es passieren, dass neben den Einzelpraxen auch die Praxisgemeinschaft an sich als umsatzsteuerlicher Unternehmer eingestuft wird. Ob die von den beiden Praxen gezahlten Kostenumlagen umsatzsteuerpflichtig sind, wird dann auf Ebene der Praxisgemeinschaft geprüft.

Die Kostenumlagen sind zunächst umsatzsteuerpflichtig, soweit diese bei den beteiligten Ärzten für umsatzsteuerpflichtige Umsätze verwendet werden. Darüber hinaus sind seit der seit Anfang 2009 geltenden Rechtslage die in vielen Praxisgemeinschaftsverträgen zu findenden pauschalen Kostenverteilungen problematisch, weil für die Umsatzsteuerfreiheit nunmehr „eine genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an

Der Bundesrechnungshof fordert eine stärkere Kontrolle der Ärzte durch die Finanzbehörden.

den gemeinsamen Kosten“ verlangt wird. Es ist deshalb dringend anzuraten, bestehende Praxisgemeinschaftsverträge auf diese Problematik hin zu überprüfen.

GEWERBESTEUER

Niedergelassene Ärzte sind nach dem Einkommensteuergesetz Freiberufler und damit grundsätzlich von der Gewerbesteuer befreit. Anders als



bei den Einkünften aus einem Gewerbebetrieb, die das Ergebnis der Leistung des gesamten Betriebs sind, handelt es sich bei den Einkünften aus selbständiger Arbeit um das Ergebnis der persönlichen Arbeitsleistung des Selbständigen, die dieser auf Grundlage seiner Ausbildung und innerhalb seines persönlichen Verantwortungsbereiches erbringt.

Ähnlich wie bei der Umsatzsteuer umfasst auch die Gewerbesteuerbefreiung nur den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit. Allerdings ist die Definition in diesem Fall etwas weiter gefasst.

Von der Gewerbesteuer befreit sind alle dem Arzt vorbehaltenen Leistungen, auch wenn sie keinen medizinischen Zweck im engeren Sinne verfolgen.

So ist beispielsweise eine aus rein kosmetischen Gründen durchgeführte plastische Operation zwar

Gewerbesteuer

Gewerbesteuer

steuer

Gewerbesteuer

umsatzsteuerpflichtig, als dem Arzt vorbehaltene Leistung aber von der Gewerbesteuer befreit. Anders verhält es sich beispielsweise mit kosmetischen Leistungen, die auch außerhalb von Arztpraxen durchgeführt werden dürfen: Diese sind gewerbesteuerpflichtig. Originär gewerbliche Einkünfte aus dem Handel mit Medizinprodukten oder Kosmetika sind sowohl umsatz- als auch gewerbesteuerpflichtig.

Es gibt allerdings einen Freibetrag: Auf Gewinne aus gewerblicher Tätigkeit bis zur Grenze von 24.500 Euro fällt keinerlei Gewerbesteuer an. Überschreitet eine Einzelpraxis diese Grenze, reicht es aus, dass über die gewerblichen Einkünfte getrennte Aufzeichnungen geführt werden und dass die gewerblichen Einkünfte in der Steuererklärung gesondert aufgeführt werden.

Für Gemeinschaftspraxen gelten andere Regeln. Bei Gemeinschaftspraxen, die mehr als 1,25 Prozent

ihrer Gesamteinnahmen aus gewerblicher Tätigkeit erzielen, färbt die Gewerblichkeit auf die freiberuflichen Einkünfte ab. Der gesamte Praxisgewinn unterliegt dann der Gewerbesteuer. (Übersteigt der gesamte Praxisgewinn die Freibetrags-Grenze von 24.500 Euro, muss tatsächlich Gewerbesteuer bezahlt werden.)

Um die Gefahr einer solchen „Abfärbung“ zu vermeiden, kann man die gewerbliche Tätigkeit einer Gemeinschaftspraxis auslagern. Beispielsweise kann eine (durchaus personenidentische) Gesellschaft für die Erbringung gewerblicher Leistungen gegründet werden. Denkbar ist auch, dass nur einzelne Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis die Einkünfte aus Gewerbebetrieb erzielen. Neben dieser rechtlichen Trennung müssen die Tätigkeiten auch tatsächlich, also organisatorisch, voneinander getrennt werden: Man braucht also ein gesondertes Konto, einen gesonderten Rechnungskreis, gesondertes

Geschäftspapier und einen gesonderten Auftritt nach außen.

Gewerbliche Beteiligungen, beispielsweise an einer gewerblichen Laborgemeinschaft, sollten nicht von der Gemeinschaftspraxis, sondern unmittelbar von den Gesellschaftern in deren so genanntem Sonderbetriebsvermögen gehalten werden.

Neben der „Abfärbung“ gibt es noch einen anderen Mechanismus, der dazu führen kann, dass der gesamte Praxisgewinn der Gewerbebesteuerung unterworfen wird.

Da Grundlage der Gewerbesteuerfreiheit die persönliche Leistungserbringung eines Freiberuflers ist, kann die Anstellung von Ärzten problematisch sein. Das ist vor allem dann der Fall, wenn der Praxisinhaber die Tätigkeit seines ärztlichen Personals entweder aufgrund der Anzahl (zu viele), der beruflichen Qualifikation (andere Facharztrichtung) oder der räumlichen Distanz (Zweigpraxis) fachlich oder organisatorisch nicht mehr beaufsichtigen und leiten kann. Eine solche Praxis – gleich ob Einzel- oder Gemeinschaftspraxis – könnte insgesamt als Gewerbebetrieb eingestuft werden mit der Folge, dass alle Einkünfte gewerbesteuerpflichtig sind.

Es gibt eine Reihe gerichtlicher Einzelfallentscheidungen zu diesem Thema, die allerdings noch keine Allgemeingültigkeit haben. Deshalb birgt das Thema für die Praxen derzeit große Unwägbarkeiten. Die Anzahl der Ärzte, die eine Praxis anstellen kann, ohne als Gewerbebetrieb eingestuft zu werden, dürfte unter anderem auch von der Implementierung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems abhängen. Der Praxisinhaber muss

sicherstellen und nachweisen, dass er seine Angestellten regelmäßig fachlich und organisatorisch überwacht. Wird ein Angestellter in einer Zweigpraxis eingesetzt, muss der Praxisinhaber ebenfalls dort präsent sein. Der Praxisinhaber muss durch den angestellten Arzt kurzfristig hinzugezogen werden können und imstande sein, jederzeit in die Behandlung einzugreifen. So zumindest legen es einige Gerichtsurteile nahe, die in den vergangenen Jahren gesprochen wurden.

Bei Anstellung von Ärzten anderer Facharzttrichtungen oder mit anderen Tätigkeitsschwerpunkten unterstellt die Finanzverwaltung, dass

der Praxisinhaber die Tätigkeit des angestellten Arztes fachlich nicht überwachen kann. Alle Einkünfte der Praxis wären in diesem Fall gewerbsteuerpflichtig.

Doch auch bei der Einstellung eines Arztes derselben Fachrichtung am selben Ort ist Vorsicht geboten (siehe Kasten).

Bisher gibt es zur Gewerbesteuerpflicht bei der Anstellung von Ärzten keine wirkliche Rechtssicherheit. Das stellt für die Praxisinhaber ein Risiko dar: Weil die Kriterien unklar sind, können nach einer Steuerprüfung auf eine Praxis unerwartete Nachzahlungsforderungen für mehrere Jahre zukommen, die sich zu

großen Summen aufaddieren können. Eine gerichtliche Klärung der Situation wird noch einige Jahre auf sich warten lassen.

Die Gewerbesteuer wird auf die Einkommensteuer angerechnet – bei einem Hebesatz der Gemeinde über 350 Prozent aber nur teilweise. Der in Hamburg angewendete Gewerbesteuerhebesatz liegt derzeit bei 470 Prozent, so dass die Gewerbesteuerpflicht in Hamburg zu einer zusätzlichen Steuerbelastung führt. ■

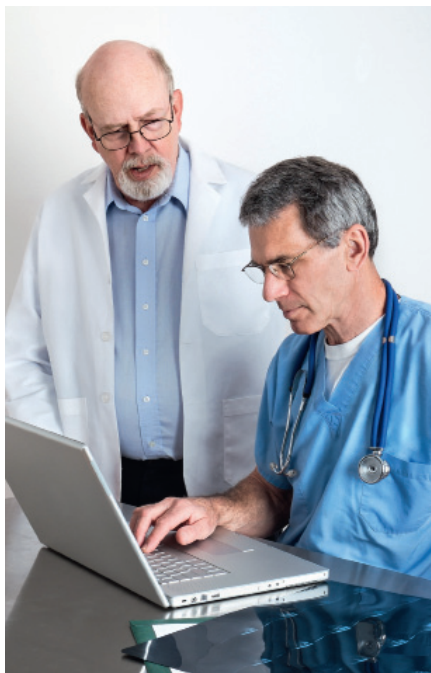
NILS LINNECKEN ist Steuerberater in der Kanzlei Linnecken & Partner in Wentorf bei Hamburg www.linnecken-partner.de

Vorsicht Falle!

Was Praxen mit angestellten Ärzten beachten müssen, um nicht gewerbsteuerpflichtig zu werden

Dass eine Gewerbsteuerpflicht drohen kann, wenn eine Praxis sehr viele Ärzte anstellt, wenn sie Ärzte einer anderen Fachrichtung anstellt oder wenn sie angestellte Ärzte in einer Filialpraxis einsetzt, ist bekannt. Doch offenbar ist auch Vorsicht geboten, wenn eine Praxis einen Arzt derselben Fachrichtung einstellt und ihn am selben Ort einsetzt.

Für die Patienten sollte ersichtlich sein, wer der Praxisinhaber (und damit auch Anlaufstelle und Bezugsperson) ist und wer in der Praxis als angestellter Arzt arbeitet. Diese Orientierung auf den selbstständigen,



eigenverantwortlich arbeitenden Praxisinhaber sollte bei der Gestaltung des Praxisschildes, der Praxis-Website und des Briefpapiers berücksichtigt werden. Hier sollen zwar alle Ärzte aufgeführt werden – allerdings muss gekennzeichnet sein, bei wem es sich um einen Inhaber und bei wem es sich um einen Angestellten handelt.

Um bei der Gewerbesteuer auf der sicheren Seite zu sein, muss zudem die fachliche Überwachung der angestellten Ärzte im Qualitätsmanagement festgelegt werden. Aus den schriftlichen Vorgaben sollte sich ergeben, wie diese Überwachung erfolgt.

»Klare Forderungen aufstellen!«

Der neue stellvertretende KV-Chef **Dr. Stephan Hofmeister** über sein Amtsverständnis, Service-Angebote der KV und die Sonderstellung der Hamburger Versorgungslandschaft



Dr. Stephan Hofmeister
"Eine unserer Hauptaufgaben wird sein, die nachhaltige Finanzierung der Grundversorgung sicherzustellen."

Herr Dr. Hofmeister, wie verstehen Sie die Aufgabe der KV im Gesundheitssystem? Die KV hat die herausfordernde Aufgabe, zwischen dem vorwiegend selbstständigen Unternehmer Arzt und der Solidargemeinschaft ein bezahlbares Patientenversorgungswesen auszutarieren. Die KV als selbstverwaltete Körperschaft öffentlichen Rechts befindet sich also im Spannungsfeld zwischen den Interessen des Unternehmers, dem Patientenwohl und den Finanzmitteln der Solidargemeinschaft. Sie ist einerseits Katalysator, andererseits Wächter und auch Normengeber. Und das ist der Grund, warum ich das System der öffentlich-rechtlichen Selbstverwaltung als unersetzlich ansehe. Die KV muss Interessen ausgleichen. Sie ist weder eine staatliche noch eine privatwirtschaftliche Organisation, sie hat klar umrissene Aufgaben und muss in diesen Bereichen vermitteln.

Sie sind seit längerer Zeit wieder der erste (Haus-)Arzt im KV-Vorstand. Hat dieser Hintergrund Auswirkungen auf Ihre Arbeit? Zunächst bin ich als Vorstand hier und

nicht als Arzt, und somit bin ich zuständig für bestimmte Ressorts. So steht es auch in der Geschäftsordnung. Die Frage Hausarzt oder Facharzt stellt sich bei uns im Vorstand nur inhaltlich auf Sachebene und nicht im Sinne von persönlicher Zugehörigkeit zu einer ärztlichen Fachgruppe.

Ich weiß aber, dass die Situation der Grundversorger in einer Stadt-KV schwierig ist. Wir gehen dagegen an, indem wir in den Verhandlungen mit den Kassen eine weitere Extrabudgetärstellung von Leistungen fordern und indem wir versuchen, Geld für Förderungswürdigkeit einzuwerben. Das ist allerdings gesetzlich an strenge Vorgaben gebunden. Wie können wir sicherstellen, dass die Grundversorger langfristig so aufgestellt sind, dass dieser absolut wichtige Teil der ambulanten Versorgung nachhaltig finanziert wird? Das ist eine unserer Hauptaufgaben - dessen sind wir uns völlig bewusst und daran arbeiten wir.

Wie wollen Sie die speziellen Interessen Hamburgs durchsetzen? Wir müssen belegen, dass die Situation in Hamburg besonders ist. Hamburg ist eine Medizinetropole. Dementsprechend haben wir ein vollkommen anderes medizinisches Angebot als die angrenzenden Länder.

Hinzukommt, dass wir ein großes Umland mitversorgen. Das ist offensichtlich, doch wir müssen es mit harten Zahlen beweisen. Innerhalb der nächsten drei Jahre werden wir Daten über die Kranklast, über die soziodemographischen Strukturen, über Verkehrsströme und über das Patientenanspruchsverhalten erheben. Diese Erhebung soll fortlaufend weitergeführt werden, schließlich befinden wir uns in einem System, das sich ständig verändert. Die Daten werden uns helfen, klare Forderungen zu stellen.

Forderungen gegenüber den Kassen? Ja, aber auch Forderungen gegenüber der Politik, dem Bewertungsausschuss oder dem G-BA. Wir müssen uns gegen bun-

Schnellere Antragsbearbeitung, mehr Service

Der Vorstand reformiert derzeit die KV-Arbeit. Eine erste für die Mitglieder sichtbare Auswirkung ist die verbesserte Antragsbearbeitung. KV-Chef Walter Plassmann erklärt das neue Prozedere.

Welche Ziele hat die Neuorganisation?

Wichtige Aufgaben – Abrechnung, Genehmigungen, Sicherstellung – wollen wir künftig schneller und effizienter erledigen und mit geringerem Aufwand für unsere Mitglieder. Dazu gehört auch eine größere Verantwortungstiefe der einzelnen Mitarbeiter. Ein Treffen zwischen Vorstand und Mitglied ist nur noch in Ausnahmefällen nötig.

Was verändert sich konkret?

Der KV-Mitarbeiter stößt, etwa wenn es um Ausnahmetatbestände bei Abrechnungsfragen geht, immer mal wieder an die Grenzen seines Verantwortungsbereichs. In diesen Fällen hat der Arzt sich in der Vergangenheit an den Vorstand gewandt und diesem sein Problem nochmals geschildert. Wenn ich als Vorstand nicht sogleich eine Lösung parat hatte, war ich wiederum auf den Mitarbeiter angewiesen, erarbeite-



KV-Hamburg-Chef Walter Plassmann

te mit ihm eine Lösung, die dann dem Arzt mitgeteilt wurde. Diese Schleife lösen wir jetzt auf. Wir sagen künftig,

wenn der Mitarbeiter an die Grenze seiner Verantwortung stößt, nicht mehr „Damit müssen Sie zum Vorstand“, sondern „Damit gehe ich in Ihrem Interesse zum Vorstand“.

Was sind die Vorteile?

Für die Mitglieder mehr Service und eine schnellere Antwort auf einen Antrag oder eine Anfrage; für die KV mehr Freiräume und Zeit für Dinge, die der Arzt positiv an uns wahrnimmt: Beratung, Unterstützung, Service.

Gibt es künftig keine Möglichkeit mehr, mit Ihnen oder Dr. Stephan Hofmeister persönlich einen Termin zu vereinbaren?

Doch, natürlich, aber es kann etwas länger dauern und sollte sich auf Fragen beschränken, die ganz konkret den Vorstand betreffen. Bei anderen Anliegen sind unsere Mitglieder bei unseren Mitarbeitern in besten Händen.

deseinheitliche Regelungen zur Wehr setzen, die uns schaden. Die Regionalisierung ist für einen Stadtstaat mit seiner ungewöhnlichen Versorgungslandschaft überlebenswichtig. Wir sind im Wettlauf mit allen anderen Beteiligten. Und wer keine Daten hat, ist deutlich im Hintertreffen.

Stichwort „Service-KV“ – gibt es bestimmte Angebote, die Sie voranbringen möchten?

Ja, die KV soll noch sehr viel deutlicher als Begleiter und Berater der niedergelassenen Kollegen wahrgenommen werden. Die Beratung, die wir anbieten, muss auf die Herausforderungen eingehen, die es in Hamburg gibt. Durch die Attraktivität der Stadt haben wir einen großen Andrang an Ärzten. Für die Versorgungshotspots müssen wir abseits dirigistischer und planwirtschaftlicher Regelungen maßgeschneiderte Lösungen finden. Wir wollen uns der Aufgabe stellen, Einzellösungen zu finden. Wir haben eine hervorragende und außer-

ordentlich dichte ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Hamburg, mit kurzen Wegen und guter Verkehrsinfrastruktur. In den Einzelfällen, in denen es doch Probleme gibt, werden wir punktuell nachsteuern.

Mit ihren gesetzlichen Pflichtaufgaben kann die KV bei den Niedergelassenen häufig keine positiven Emotionen wecken. Zu wenig Geld, zu viel Bürokratie! Die Bürokratie haben wir zu exekutieren, und das zu wenige Geld müssen wir verteilen. Das kann nicht beliebt machen. Wir haben aber Kompetenzen, zum Beispiel in der Beratung der Niedergelassenen. In den Abrechnungsabteilungen und im Arztregister gibt es mehr und mehr Gesprächsangebote zur Beantwortung individueller Fragen.

Denken Sie, dass sich der Anspruch an die Beratung in den vergangenen Jahren geändert hat? Die junge Generation niederlassungswilliger Ärzte hat vollkommen

neue Konzepte zum Thema Work-Life-Balance. Das muss man zur Kenntnis nehmen. Die meisten wollen im Team zusammenarbeiten. Da ist die KV Hamburg gefragt, denn sie muss auf die Ärzte zugehen und diese Strukturen befördern. Das bedeutet aber auch: Wir müssen damit leben, dass wir Strukturen bekommen, in denen viele Ärzte in einer Praxis relativ wenige Patienten versorgen.

Diese Ärzte können dann natürlich nicht die Erwartung haben, dass sie solche Umsätze machen wie der Einzelkämpfer auf dem Land in seiner Großpraxis. Der hat möglicherweise den gleichen Umsatz, teilt diesen aber nicht durch drei. Auch hier ist die KV gefragt, bereits bei der Beratung auf so etwas hinzuweisen.

Schließlich wollen wir nicht, dass jemand mit falschen Erwartungen ins System kommt.

Haben Sie keine Angst, dass am Ende zu viele große Betriebseinheiten die Versorgungslandschaft dominieren? Nein. Ich habe überhaupt nichts gegen Gemeinschaftspraxen oder MVZ. Mir ist aber wichtig, dass diese in ärztlicher Hand bleiben und nicht von Kapitalgesellschaften übernommen werden. Auch der Idee, Versorgungszentren durch die KV betreiben zu lassen, stehe ich skeptisch gegenüber. Selbstständige Praxen sind immer besser als öffentlich-rechtliche oder staatlich geführte Betriebe.

Interview: Franziska Schott

KV Hamburg: Ab Herbst zur Miete im Heidenkampsweg



In dieses Mietgebäude in der City Süd wird die KV Hamburg ziehen, während das Ärztehaus in der Humboldtstraße abgerissen und neu gebaut wird.

Jetzt steht es fest: Die KV Hamburg wird in der Zeit des Neubaus des Ärztehauses für etwa zwei Jahre in die City Süd ziehen. Anfang Februar 2014 wurde der Mietvertrag unterschrieben. Der Umzug ist für Herbst 2014 geplant,

danach ist die KV voraussichtlich bis Herbst 2016 am Heidenkampsweg 99 zu finden.

Das Gebäude verfügt im ersten Stock über eine Großküche mit großem Speisesaal (Kasino), dem eine Sonnenterrasse mit Blick auf

den Kanal angeschlossen ist. Das Kasino kann zugleich als Veranstaltungsraum genutzt werden; die Fläche bietet ausreichend Platz für die Vertreterversammlungen. Aber auch drei weitere Seminarräume mit mobilen Trennwänden für kleine und größere Konferenzen gehören zur Mietfläche.

Das Mietgebäude ist gut zu erreichen: Vom Hauptbahnhof aus gelangt man mit der S-Bahn Linie S 3 (S31) nach nur einem Stopp zur Station Hammerbrook, die fünf Minuten zu Fuß vom Gebäude entfernt liegt. In der Nähe befindet sich auch die Bushaltestelle Heidenkampsweg Ecke Süderstraße (Linie 154). Mit dem Auto gelangt man in vier Minuten auf der B75 vom Berliner Tor zum Heidenkampsweg. Diverse Parkplätze vor dem Haus und in der Tiefgarage stehen zur Verfügung.

»Starke und einheitliche Interessenvertretung nach außen«

Andreas Gassen ist neuer Vorsitzender des KBV-Vorstandes

Der neue KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hat es am Tag seiner Wahl, dem 28. Februar 2014, als eine seiner wichtigsten Aufgaben bezeichnet, sich für die Einheit der Ärzte und ein ungeteiltes KV-System einzusetzen. Er stimmt darin mit vielen Mitgliedern der KBV-Vertreterversammlung überein, die am selben Tag (in geheimer Wahl) mit 41 Ja-Stimmen eine Resolution verabschiedeten, die sich gegen eine drohende Sektionierung des KV-Systems und für die weitere Förderung der Zusammenarbeit der Versorgungsebenen ausspricht.

Gassen übernimmt die KBV in einer schwierigen Phase – das zeigt sich auch am Wahlergebnis. Mit 35 Ja- zu 25 Nein-Stimmen wurde er zum fachärztlichen Vorstand gewählt. Bei der darauffolgenden Wahl zum Vorstandsvorsitzenden erzielte er eine deutlich größere Mehrheit von 41 zu 16 Stimmen. Gassen, der in einer kurzen Selbstvorstellung ankündigte, die eigene orthopädische Praxistätigkeit künftig stark zu reduzieren („wenn sie überhaupt noch stattfindet“), erklärte, ihm sei vor allem wichtig, „eine einheitliche Fassade“ herzustellen und somit „eine starke Interessenvertretung nach außen“ zu präsentieren, auch wenn intern weiter um inhaltliche Fragen gestritten werde.

Dass der schwelende Konflikt, der die KBV spaltet, mitnichten überstanden oder mit der Wahl Gassens ausgeräumt sei, meint auch Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KV



Amtsantritt in einer schwierigen Phase: Dr. Andreas Gassen mit KBV-Vizechefin Regina Feldmann

Hamburg: „Die große Herausforderung wird sein, einheitlich getragene Lösungen für die derzeit drängenden Fragen der ärztlichen und psychotherapeutischen Selbstverwaltung zu erarbeiten, auch um deutliche politische Interventionen zu verhindern.“

Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, der Gassen „Besonnenheit und berufspolitische Erfahrung“ attestiert, erhofft sich ferner von ihm „eine deutliche Absage an jegliche Trennungstendenz im operativen Geschäft der KBV“. Eine Spaltung führe zum Gegenteil des eigent-

lichen Ziels der Selbstverwaltung: „Die Ärzteschaft, die sich die Freiheit erkämpft hat, gemeinschaftlich mit den Kassen die vertragsärztliche Versorgung als gleichberechtigte Partner zu gestalten, gäbe diese Errungenschaft freiwillig wieder auf und ermögliche den Kassen noch stärker als bisher die Regeln des Systems und die Bedingungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Arbeit zu bestimmen. Das muss im Namen aller Ärzte und Psychotherapeuten verhindert werden.“ ■

JOCHEN KRIENS

VON DR. KLAUS BECKER

Licht und Schatten

Das geplante klinische Krebsregister
ist aus fachlicher Sicht ein enormer Gewinn.
Aus organisatorischer Sicht
ist es ein Desaster.

In der Hamburger Bevölkerung wird pro Jahr etwa 10.000 Mal die Diagnose Krebs gestellt. Rund 4.700 Menschen sterben jedes Jahr an einer Krebserkrankung. Um die Qualität von Krebsbehandlungen weiter zu verbessern und mehr Klarheit darüber zu gewinnen, wo und wie am erfolgreichsten behandelt wird, soll in Hamburg ein klinisches Krebsregister eingeführt werden. Dieses Register soll das epidemiologische Krebsregister ergänzen, in dem bereits seit 1926 – das Hamburger Register ist das älteste in Deutschland – Krebserkrankungen und krebsbedingte Todesfälle in Hamburg erfasst werden.

In Hamburg wird somit das Krebsfrüherkennungs- und -registrieresetz (KFRG), das am 9. April 2013 in Kraft getreten ist, auf Länderebene umgesetzt. Basis dieses Gesetzes ist der Nationale Krebsplan (Ziel 8).

Künftig sollen interdisziplinär und sektorenübergreifend nicht nur Diagnosen, Todesfälle und regionale Verteilung, sondern auch fallbezogene Krankheitsverläufe dokumentiert werden. Beschlossen wurde die Einführung bereits im April 2013, die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz wurde dabei unterstützt von der Ärztekammer Hamburg, der Hamburger Krebs-

gesellschaft, der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, der KV Hamburg, den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung. Im Januar 2014 hat der Hamburger Senat nun eine entsprechende Gesetzesvorlage vorgelegt.

REGELMÄSSIGE EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDE AUSWERTUNGEN

Dieser Gesetzentwurf sieht eine verbindliche und systematische Meldung von Diagnose-, Therapie- und Verlaufsinformationen von Krebserkrankungen durch die Hamburger

Künftig sollen fallbezogene Krankheitsverläufe zentral dokumentiert werden.

Krankenhäuser und Praxen vor. Im Gegenzug erhalten diese Institutionen regelmäßige Auswertungen der Daten und damit eine wichtige Rückmeldung zum Erfolg ihrer Behandlungen. Die Patienten müssen von ihren behandelnden Ärzten über die Teilnahme am Register aufgeklärt werden und können der Meldung und Speicherung ihrer personenbezogenen Daten widersprechen. Wie

die Behörde betont, soll der Datenschutz „durch detaillierte rechtliche und technische Maßnahmen“ sichergestellt werden.

Was sich wie eine beiläufige Notiz liest, dürfte den Alltag in onkologischen Schwerpunktpraxen und auch in onkologisch arbeitenden Abteilungen der Krankenhäuser allerdings deutlich verändern – im Positiven wie auch im Negativen. Grundsätzlich ist die Weiterentwicklung des Krebsregisters zu begrüßen. So können klinische Krebsregister beispielsweise Informationen über Qualitätsunterschiede zwischen einzelnen Behandlungseinrichtungen, über leitliniengerechte Behandlung und über den Nutzen neuer Therapieformen liefern. Auch können die Ergebnisse der klinischen Krebsregister für die Versorgungsforschung – ein zunehmend wichtigeres Thema – genutzt werden. Und es wird für uns Ärzte auf diese Weise leichter, einzelne Behandlungsverläufe mit Hilfe einer zentralen elektronischen Fallakte vollständig zu verfolgen.

ELEKTRONISCHE FALLDOKUMENTATION ERLEICHTERT DIE TÄGLICHE ARBEIT

Eine zentrale elektronische Falldokumentation würde unsere Arbeit

Neues klinisches Krebsregister: Das kommt auf Hamburger Ärzte zu

- Onkologisch tätige Ärzte sind künftig verpflichtet, nicht nur Krebsdiagnosen und Todesfälle, sondern auch Behandlungsverläufe im klinischen Krebsregister zu dokumentieren.
- Meldeformulare sowie Informationsmaterialien und die Software-Schnittstelle für die elektronische Falldokumentation werden von der Behörde gestellt.
- Jede onkologisch tätige Einrichtung muss einen Arzt benennen, der für die Meldungen an das klinische Krebsregister verantwortlich ist.
- Die Frist für die erstmalige Falldokumentation sowie Folgedokumentationen in der Fallakte beträgt acht Wochen.
- Die dokumentierende Einrichtung erhält eine Vergütung, deren Höhe noch nicht endgültig festgelegt wurde.
- Die dokumentierenden Einrichtungen erhalten in regelmäßigen Abständen Auswertungen aus dem klinischen Krebsregister, mit denen sie die Verläufe ihrer Patienten besser verfolgen und ihre Behandlungsergebnisse mit denen anderer Einrichtungen vergleichen können.
- Der Patient muss vom Arzt über die Weiterleitung seiner Diagnose- und Behandlungsdaten aufgeklärt werden und schriftlich seine Zustimmung erteilen. Er darf der Weitergabe seiner Daten auch widersprechen.
- Die Verletzung der Meldepflicht gilt als Ordnungswidrigkeit und kann mit einem Bußgeld von bis zu 50.000 Euro bestraft werden.

<http://www.hamburg.de/krebsregister>

sehr erleichtern. Denn bislang ist es zuweilen sehr mühsam, sich die medizinische Vorgeschichte eines Patienten zusammenzusuchen, der häufig schon eine mehrjährige Therapiekarriere hinter sich hat, wenn er das erste Mal zu uns kommt. Wenn es gut läuft, bringt der Patient zum ersten Termin einen dicken Ordner mit Befunden und Therapieprotokollen mit. Wenn es nicht so gut läuft, müssen wir unter Umständen viele Institutionen und Kollegen kontaktieren, die bereits mit dem Patienten zu tun hatten, um einen Überblick über die bisherigen Diagnosen und Therapiemaßnahmen zu gewinnen. Doch nicht immer nennt uns der Patient alle Einrichtungen, in denen er bereits in Behandlung war – und nicht immer erhalten wir vollständige Unterlagen von den Kollegen.

Gleiches gilt für die Nachverfolgung von Fällen, wenn die Patienten in andere Behandlungseinrichtungen wechseln oder wir sie aus anderen Gründen aus den Augen verloren haben. Über die elektronische Falldokumentation des klinischen Krebsregisters könnten wir dennoch ihren weiteren Verlauf verfolgen – und damit unsere eigene Arbeit besser als bislang reflektieren und verbessern.

Aus fachlicher Sicht ist das geplante klinische Krebsregister also eindeutig ein enormer Gewinn für uns Onkologen. Aus organisatorischer Sicht hingegen ist es ein Desaster. Denn wie das Register, das immerhin bereits im Laufe des Jahres 2014 mit dem Sammeln von Daten beginnen soll, konkret umgesetzt werden soll, bleibt im Gesetzentwurf des Hamburger Senats noch sehr vage.

WER KANN DOKUMENTIEREN?

So heißt es in §2, Einrichtungen der onkologischen Versorgung müssten Ärzte benennen, die für die Meldung der Daten ihrer Einrichtung verantwortlich sind. Warum die Einrichtungen explizit Ärzte benennen müssen, mag sich mir nicht erschließen: Wir sind Ärzte, keine Dokumentare. Die Dokumentation und Weiterleitung bereits im Krankenblatt erhobener Daten ist keine ärztliche Tätigkeit. Sie kann und sollte delegiert werden – nicht umsonst gibt es hierfür das Berufsbild des Medizinischen Dokumentationsassistenten. Von der Möglichkeit der Delegation dieser Tätigkeit ist im Gesetzentwurf allerdings nicht die Rede.

Im selben §2 heißt es weiter, die Meldung der Daten an das Register müsse binnen acht Wochen erfolgen. Um diese knapp bemessene Meldefrist einhalten zu können, müssten wir in unserer Praxis mit fünf Onkologen und rund 1.800 Krebspatienten, darunter etwa 1.000 unter laufender Therapie, mindestens eine Halbtagskraft einstellen, die sich ausschließlich mit der Dokumentation für das klinische Krebsregister beschäftigt. Doch ob sich eine solche Kraft aus der Vergütung finanzieren lässt, die den Einrichtungen für die Dokumentation im Krebsregister gezahlt werden soll, ist noch völlig offen.

HÖHE DER MELDEVERGÜTUNG IST BISLANG UNKLAR

Denn noch wurde die Meldevergütung für die beteiligten Institutionen nicht festgelegt.

Unklar ist nach wie vor, ob es sich um eine fallbezogene Vergütung oder eine gestaffelte Vergütung, also Erstmeldung und später Folgedokumentation(en), handeln

wird. Die Vergütung wird zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt. Es sollen Vergütungen im einstelligen Euro-Bereich diskutiert werden. Eines ist aus unserer Sicht jedoch klar: Eine Meldevergütung, die den Aufwand der Einrichtungen nicht abbildet, kann für uns Onkologen nicht akzeptabel sein.

WIE SOLL DIE VERNETZUNG FUNKTIONIEREN?

Ebenfalls unklar ist bislang, wie die Vernetzung der Daten über eine elektronische Schnittstelle funktionieren soll. Es gibt in Hamburg zirka 40 bis 50 Institutionen, die Krebspatienten versorgen und mithin am klinischen Krebsregister teilnehmen müssten. Diese Einrichtungen nutzen viele verschiedene Dokumentationssysteme, die alle an die geplante elektronische Schnittstelle angepasst werden müssen. Um derartige Software-Anpassungen auf den Weg zu bringen, brauchen die Einrichtungen eine angemessene Vorlauf- und Übergangszeit.

Als Beispiel sei die primäre Therapie des Rektum-Karzinoms im Stadium UICC II und III genannt: Die neoadjuvante kombinierte Radio- und Chemotherapie erfolgt ambulant bei den niedergelassenen Strahlentherapeuten und Onkologen, die chirurgische Therapie im Krankenhaus – also sind mindestens drei verschiedene Disziplinen aus zwei Sektoren beteiligt. Wer dokumentiert was? Und wie sollen die Daten zusammengeführt werden?

PATIENTENAUFKLÄRUNG ZUM KREBSREGISTER KOSTET ZEIT

Kritisch betrachten wir auch die Aufklärungspflicht, die mit der Teilnahme am Krebsregister einhergeht.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der behandelnde Arzt den Patienten über die Weitergabe seiner Daten an das klinische Krebsregister aufklären muss. Angesichts der Tatsache, dass Patienten heute bei jedem Therapieschritt sehr viele Einwilligungen und Aufklärungsprotokolle unterschreiben müssen, erscheint ein zusätzliches Aufklärungsgespräch nur für das Krebsregister kaum mehr zumutbar. In jedem Fall ist davon auszugehen, dass der Arzt pro Patient etwa fünf bis zehn Minuten extra benötigen wird, um ihn über das Krebsregister aufzuklären. Auch dieser Zeitaufwand muss über die Meldevergütung angemessen honoriert werden.

Wenig Freude bereitet uns Onkologen auch ein Passus in §15 des Krebsregister-Gesetzes, nach dem die maximale Geldstrafe für die Verletzung der Meldepflicht, die als Ordnungswidrigkeit verfolgt wird, von derzeit 5.000 auf dann 50.000 Euro angehoben werden soll. Die Behörde begründet die Anhebung damit, dass es künftig keine persönliche, sondern eine institutionelle Meldepflicht gibt, so dass eine Verzehnfachung des maximal verhängbaren Bußgeldes gerechtfertigt sei. Ob diese Rechnung aufgeht, sei dahingestellt – doch motivationsfördernd wirkt diese Bußgeldandrohung ganz sicher nicht.

SIND EINKÜNFTE AUS MELDEVERGÜTUNGEN UMSATZSTEUERPFLICHTIG?

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft steuerliche Aspekte. So hat das Finanzgericht Berlin-Brandenburg im Juni 2013 (Az. 5K 5412/11, noch nicht rechtskräftig) im Falle einer onkologischen Gemeinschaftspraxis entschieden, dass die Meldung von

Patientendaten an ein Tumorregister keine ärztliche Tätigkeit und aus diesem Grunde nicht von der Umsatzsteuer befreit ist. Selbst die Tatsache, dass die Ärzte zur Teilnahme am Krebsregister verpflichtet sind, ändert nach Auffassung des Finanzgerichts nichts an diesem Umstand.

Im vorliegenden Fall hatte die Gemeinschaftspraxis mit ihren Einkünften aus der Meldetätigkeit für das Tumorregister die sogenannte Kleinunternehmer-Grenze von 17.500 Euro pro Jahr geringfügig überschritten und wurde dazu verurteilt, Umsatzsteuer nachzuzahlen.

Im Gesetzentwurf für das Hamburger Krebsregister fehlt bislang jeglicher Hinweis auf die steuerrechtliche Einstufung der Meldevergütungen.

Wir fordern daher eine steuerrechtliche Klärung für die Hamburger Onkologen – und zwar, bevor das klinische Krebsregister tatsächlich rechtsverbindlich an den Start geht. ■



DR. KLAUS BECKER

ist Facharzt für Innere Medizin und Vorsitzender des Regionalverbandes Hamburg des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO 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

ÜBERWEISUNG

Müssen wir uns bei Vorlage eines Überweisungsscheins die elektronische Gesundheitskarte des Patienten zeigen lassen?

Ja. Patienten sind verpflichtet, vor jeder Inanspruchnahme eines Arztes ihre elektronische Gesundheitskarte oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis vorzulegen. Bei einem Überweisungsschein handelt es sich nicht um einen „anderen gültigen Anspruchsnachweis“ im Sinne des Bundesmantelvertrages.

KRANKENTRANSPORT

Können wir einen Krankentransport zur Fahrt in die Kurzzeitpflege verordnen?

Nein, da die Verordnung eines Krankentransports im Zusammenhang mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung stehen

muss. Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich jedoch um eine Leistung der Pflegekasse. Für anspruchsberechtigte Personen nach § 45a SGB XI (Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III bzw. Personen, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben) können gegeb-

nenfalls die Fahrtkosten zur Kurzzeitpflege von der Pflegekasse erstattet werden.

EINWEISUNG ZUR GEBURT

Stellen wir einer schwangeren Patientin eine Einweisung oder eine Überweisung zur Geburt aus?

Für die eigentliche Geburt wird eine Einweisung ausgestellt. Mit dieser Einweisung sind dann alle Leistungen abgegolten, die im Rahmen der Geburt durchgeführt werden müssen. Hierzu zählen auch vom Krankenhaus durchgeführte CTG-Kontrollen, die engmaschig durchgeführt werden, wenn die werdende Mutter über den eigentlichen Geburtstermin hinaus ist.

Für die Planung der Geburt (GOP 01780 EBM) wird für das Krankenhaus ein Überweisungsschein an den ermächtigten Arzt (unter Angabe des Arztnamens) ausgestellt.

GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG

Bei einem Patienten wurde im September 2012 die letzte Gesundheitsuntersuchung durchgeführt. Können wir die erneute Gesundheitsuntersuchung bereits im Februar 2014 durchführen?

Ja. Laut der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie haben Versicherte jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung. Eine erneute Untersuchung ist deshalb nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

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



KRANKENGELD

Bis zu welchem Kindesalter darf das Muster 21 (ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) ausgestellt werden?

Das Muster 21 kann bis zum 12. Geburtstag des Kindes ausgestellt werden. (Quelle: § 45 SGB V)

ULTRASCHALLSCREENING

Stimmt es, dass die Leistung nach der GOP 01771 (erweitertes Ultraschallscreening im zweiten Trimenon) auch einzeln abgerechnet werden kann?

Ja, die GOP 01771 EBM kann auch einzeln durchgeführt und abgerechnet werden. Dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn der Arzt, der die Schwangerenbetreuung nach der GOP 01770 EBM durchführt, keine Genehmigung für das erweiterte Ultraschallscreening hat.

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

Faxversand von Arztbriefen

Datenschutzbeauftragter mahnt Arztpraxen zur Sorgfalt



Der Hamburgische Datenschutzbeauftragte weist darauf hin, dass Arztbriefe und andere personenbezogene Gesundheitsdaten nur gefaxt werden sollten, wenn eine schnelle Übermittlung erforderlich ist.

Datenschutzrechtlich ist der Absender dafür verantwortlich, dass die

Daten keinem Unbefugten offenbart werden. Das Faxgerät sollte in der Praxis so aufgestellt sein, dass nur Berechtigte Einblick in die eingehenden Faxe haben.

Wer selbst Faxe versenden will, muss einige Regeln beachten, damit der Datenschutz gewährleistet wird: Um sicherzugehen, dass nur berechtigte Personen das Fax im Empfang nehmen, sollte mit dem Empfänger ein bestimmter Übermittlungszeitpunkt vereinbart werden. Vor dem Versenden muss die Faxnummer des Empfängers überprüft werden. Bei der Eingabe der Nummer empfiehlt der Datenschutzbeauftragte das Vier-Augen-Prinzip. Auch gespeicherte Kurzwahlnummern sollten regelmäßig auf Richtigkeit überprüft werden. Die Fax-Vorlage darf nicht im Faxgerät liegen gelassen werden. ■

Ansprechpartner in der KV Hamburg:
Andreas List,
Tel: 22802 – 506



Pronova BKK übernimmt zusätzliche Impfungen

Zum 1. April 2014 hat die KV Hamburg mit der Pronova BKK die Kostenübernahme für zusätzliche Satzungs- und Reiseimpfungen vereinbart. Die Abrechnung und Vergütung erfolgt mit folgenden Symbolnummern:

Impfung gegen	Symbol-nummer/ Vergütung	Symbol-nummer/ Vergütung für jede weitere Impfung beim selben Arzt- Patienten- Kontakt
Cholera	89700 / 12,00 €	89700W / 6,00 €
FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	89701 / 12,00 €	89701W / 6,00 €
Gelbfieber	89702 / 12,00 €	89702W / 6,00 €
Hepatitis A	89703 / 12,00 €	89703W / 6,00 €
Hepatitis B	89704 / 12,00 €	89704W / 6,00 €
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	89705 / 21,00 €	89705W / 6,00 €
Meningokokken-Meningitis	89707 / 12,00 €	89707W / 6,00 €
Tollwut	89708 / 12,00 €	89708W / 6,00 €
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	89709 / 21,00 €	89709W / 6,00 €
Typhus	89710 / 12,00 €	89710W / 6,00 €
Japanische Enzephalitis	89711 / 12,00 €	89711W / 6,00 €
HPV (bis Vollendung 27. Lebensjahres)	1. Impfdosis 89712 / 15,00 € 2. u. 3. Impfdosis 89713 / 10,00 €	89712 W / 6,00 € 89713 W / 6,00 €

(Siehe amtliche Veröffentlichung auf Seite 25.)

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

Aggrenox nicht mehr verordnungsfähig

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat entschieden, dass Dipyridamol in Kombination mit ASS (Aggrenox®) nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden kann. Der Beschluss tritt zum 1. April 2014 in Kraft.

Basis dieser Entscheidung des Bundesausschusses war ein Bericht des IQWiG zur Nutzenbewertung von Dipyridamol plus ASS zur Sekundärprävention nach Schlaganfall oder TIA. In diesem Bericht kam das IQWiG zu dem Schluss, dass es keinen Beleg dafür gibt, dass die Kombinationstherapie mit Dipyridamol plus ASS einen Zusatznutzen im Vergleich zu einer Monotherapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (ASS oder Clopidogrel) hat. Diesem fehlenden Beleg für einen Zusatznutzen steht ein Beleg für einen höheren Schaden unter dieser Kombinationstherapie gegenüber. Dieser größere Schaden ergibt sich insbesondere aufgrund häufiger auftretender schwerwiegender Blutungen in der Langzeittherapie. In der Langzeittherapie gibt es darüber hinaus einen Beleg für häufigere Studienabbrüche wegen unerwünschter Ereignisse unter der Kombinationsbehandlung sowie für einen größeren Schaden bei der Gesamtrate unerwünschter Ereignisse gegenüber ASS. Dies rechtfertigt die Schlussfolgerung, dass Dipyridamol plus ASS gegenüber der Monotherapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (ASS oder Clopidogrel) als therapierelevant unterlegen und damit als unzweckmäßig einzustufen ist. ■

Den Beschluss und den vollständigen Text zu den tragenden Gründen finden sie unter: www.g-ba.de

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



Ausbildung zur Qualitäts- und Praxismanagerin

Im Oktober findet in der KV Hamburg ein fünftägiger Ausbildungskurs zur „Qualitäts- und Praxismanagerin“ statt. Der Kurs richtet sich an Medizinische Fachangestellte mit Führungsverantwortung, Qualitätsmanagementbeauftragte, Erstkräfte an der Anmeldung sowie an Praxismitarbeiter, die auf zukünftige Veränderungen in der Praxis vorbereitet sein wollen.

Ziel des Kurses ist es, sich in den wichtigsten Funktionen und Aufgabengebieten des Praxis- und des Selbstmanagements zu stärken. Dies eröffnet die Möglichkeit, zugewiesene Führungsaufgaben in der Praxis eigenverantwortlich zu übernehmen und dadurch den Praxisinhaber in vielerlei Hinsicht wirkungsvoll zu entlasten. Themen sind unter anderem: Personalmanagement, Konfliktmanagement, ärztliches Qualitätsmanagement, Terminsystem und Kommunikationstraining. ■

**Termin: Mo. 20.10.2014
bis Fr. 24.10.2014**

Teilnahmegebühr: € 650 (inkl. Verpflegung)

**Ansprechpartnerinnen
für Fragen zu
Qualitätsmanagement:**

**Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
ursula.gonsch@kvhh.de**

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

Einführungsseminar Qualitätsmanagement

Im Juni 2014 findet in der KV Hamburg wieder das langjährig bewährte QEP-Einführungsseminar statt. Es sind noch Restplätze frei. Sowohl Praxisinhaber als auch deren Mitarbeiter können daran teilnehmen.

„QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist ein speziell auf Arztpraxen zugeschnittenes Qualitätsmanagementsystem, welches für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen des niedergelassenen Versorgungsbereiches geeignet ist. Es wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder sowie mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten entwickelt und evaluiert. Was Bekanntheitsgrad und Anwendungshäufigkeit betrifft, liegt QEP gleichauf mit der ISO-Norm. In den vergangenen acht Jahren haben über 2.200 Teilnehmer die QEP-Einführungsseminare der KV Hamburg besucht. ■

Termin: Fr. 20.6.2014 (15 - 21 Uhr) und Sa. 21.6.2014 (8.30 – 16.30 Uhr)
Teilnahmegebühr: Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160 (inkl. aller QEP-Unterlagen)
Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Fortbildungspunkte: 16

Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte

Die Hüftgelenksdysplasie und die Hüftgelenksluxation gehören zu den häufigsten angeborenen Fehlbildungen des Skelettsystems. Mit der Säuglings-Hüftsonographie lassen sich diese Krankheiten verlässlich erkennen. In Hamburg findet zu dieser Untersuchungsmethode wieder ein Fortbildungskurs statt. Lehrinhalte sind die Theorie der Untersuchungstechnik, die Abtasttechnik (mittels praktischer Übungen), die Behandlung von Hüfttreifungsstörungen und die vorgeschriebenen Standards zur Qualitätssicherung. Der Kurs gilt als Qualifizierung entsprechend Anlage V, Anhang 1 der Ultraschallvereinbarung. ■

Termin: Sa. 26.4.2014 (8 bis 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: Je nach Teilnehmerzahl etwa € 300
Ort: Praxis Dr. Wolfgang Tiedke-Stern
Sieger Landstraße 160, 22941 Großhansdorf

Ansprechpartnerinnen:

**Janine Ohse, Tel: 22802-573
janine.ohse@kvhh.de**

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



Sammelerklärung wird am Computer ausgefüllt

Für die Abgabe der Abrechnung gibt es eine neue Sammelerklärung, die am Computer ausgefüllt wird. Das alte Formular „Bestätigung zur Abrechnung“ ist nicht mehr gültig. Die neue Sammelerklärung steht im KV-Hamburg-Onlineportal zur Verfügung.

Und so geht es: Bitte klicken Sie auf den Menüpunkt "Datenübermittlung" und wählen Sie den Unterpunkt "Sammelerklärung" aus.

Nun erscheint rechts daneben die Seite "Sammelerklärung", in deren Felder Sie bitte die Daten eingeben. Danach klicken Sie am unteren Ende der Seite auf den Button "weiter zur PDF-Ansicht". Es erscheint die Seite "Formular Druckansicht", auf der Sie den Button "PDF in neuem Fenster anzeigen" anklicken. Die Sammelerklärung wird nun als PDF in einem neuen Fenster angezeigt. Bitte drucken Sie das Dokument aus und schließen sie es.

Klicken Sie nun auf den Button "abschicken", um die Daten an die KV zu übertragen.

Bitte unterschreiben Sie jetzt noch den Ausdruck der Sammelerklärung und senden Sie ihn per Fax (22802-420) oder Brief (Humboldtstraße 56, 22083 HH) an die KV Hamburg. ertragen. ■

Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2014

Abgabefrist: 1. bis 15. April 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 einem Datenträger in die KV bringen und dort in einem bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

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

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist 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. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

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.

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





Amtliche Veröffentlichung

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

I. Verträge:

- 2. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der Techniker Krankenkasse (Hinweis: Die Zustimmung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz steht noch aus.)
- Strukturvertrag nach § 73a SGB V mit der BARMER GEK, dem BKK-Landesverband NORDWEST und der Knappschaft (Hinweis: Die Zustimmung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz steht noch aus.)
- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e i.V.m. § 20d SGB V über die Durchführung und Abrechnung von zusätzlichen Schutzimpfungen sowie Impfungen im Rahmen von Auslandsreisen als Satzungsleistungen mit der pronova BKK (Hinweis: Die Zustimmung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz steht noch aus.)

II. Hinweis: Neue Anlagen:

- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V zwischen der SECURVITA BKK und der AG Vertragskoordinierung (Version der technischen Anlage: 2.60)

- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73c SGB V zwischen der IKK classic und der AG Vertragskoordinierung (Version der technischen Anlage: 1.04)

- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST: Anlage 1 wurde aktualisiert (Stand: 5. März 2014)

III. Hinweis: Beitritt neuer Kassen:

- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V zwischen der SECURVITA BKK und der AG Vertragskoordinierung: Die Novitas BKK tritt zum 1. April 2014 dem o.g. Vertrag bei.
- Strukturvertrag nach § 73a SGB V mit der BARMER GEK, dem BKK-Landesverband NORDWEST und der Knappschaft: Die Techniker Krankenkasse tritt zum 15. Januar 2014 dem o.g. Vertrag bei.

IV. Hinweis: Aufhebung eines Vorbehaltes:

- Zu der Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit der IKK classic mit Gültigkeit für das Jahr 2014:

Die Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit der IKK classic mit Gültigkeit für das Jahr 2014 wurde im KVH-Journal 2/2014 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

V. Hinweis: Aufhebung eines Vorbehaltes:

- Im KVH-Journal 3/2014 vom 1. März 2014 wurde der 5. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der KV Hamburg, der AOK Rheinland/Hamburg sowie dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte mit Wirkung zum 1. April 2014 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und damit der Vorbehalt gegenstandslos.

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

Infocenter, Tel.: 22 802 - 900

Leserbrief

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

Eine „elende“ Erklärung



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

Ereignisse. Mal getrieben, mal Strukturproblem: das Ergebnis ist stets eine Schlechterstellung der Hausärzte.

Was die KV bewusst zu verschleiern versucht: Der Vorstand und die Vertreterversammlung haben einen erheblichen Gestaltungsspielraum. Und hierauf zielt mein Vorwurf: Dieser Gestaltungsspielraum wird entweder nicht genutzt (was auf eine gewisse Unfähigkeit schließen lässt) oder es wird sehenden Auges den Dingen ihren Lauf gelassen (was noch schlimmer ist). Durch politische oder wirtschaftliche Umstände ist man nicht nur getrieben; dies sind die Rahmenbedingungen, in denen eine Selbstverwaltung ihren Gestaltungsraum entfaltet – oder eben nicht. Wenn der Vorstand leugnet, diesen zu haben, ist man versucht, ihm diesen aufzuzeigen.

Im Nachbarland Hausgeburten durch den Hausarzt

Dass die durchschnittliche Landarztpraxis mehr Scheine hat als eine Hamburger Hausarztpraxis, ist nicht verwunderlich. Niemand hat etwas dagegen, wenn bei Mehrarbeit auch mehr Honorar erzielt wird. Das Problem ist jedoch der deutlich geringere Fallwert in Hamburg. Selbst bei gleicher Scheinzahl verdient der

Die Erklärungsversuche in dem Artikel „Das Elend des Budgets“ im letzten KV-Journal treiben mir die Tränen in die Augen. Dargestellt werden verschiedene Gründe, die der Vorstand der KV Hamburg als Erklärung für die desolante Situation der Hausärzte für ausreichend hält. Durch den gesamten Artikel zieht sich als roter Faden eine gewisse Unausweichlichkeit der

Hausarzt in Hamburg eben erheblich weniger.

Dass der Vorstand sich dafür hergibt, eine (um wieviel?) niedrigere Versorgungstiefe zu unterstellen, ist an sich schon beredt.

Hinsichtlich der KO-Leistungen lasse ich diesen, eine leichte Differenz erklärenden Einwand gelten, aber ich hätte doch gerne die Statistik gesehen, wie viele Hausgeburten von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern abgerechnet werden.

Die Hamburger Auszahlungsquote ist bundesweit mit Abstand die schlechteste. Dies nun allein mit der asymmetrischen Vergütung von West nach Ost zu erklären, ist zu wenig. Hier wird einmal mehr der mangelnde Wille der KV deutlich, ihre Gestaltungsmöglichkeiten einzusetzen. Auch hierfür werden Honorarverteilungsmaßstäbe gemacht.

Gesamtumsatzsteigerungen der Fachärzte

In Hamburg, einer unbestrittenen Medizinmetropole, werden viele Herzkatheter geschoben, aber wenn wir von Durchschnittswerten reden, spielt die Gesamtzahl der invasiv tätigen Kardiologen keine Rolle. Der bundesweite Fallwert für diese Fachgruppe liegt um einiges niedriger als der Hamburger Fallwert. Der durchschnittliche Fallwert eines einzelnen invasiv tätigen Saarländer Kardiologen und der aller in Hamburg müssen nicht zwangsläufig differieren.

Sicher haben bestimmte Fachgruppen höhere Kosten. Bei der systemimmanenten Mischkalkulation, der wir alle unterworfen sind, wird das aber nicht nur über eine Erhöhung der Fallwerte, sondern auch über eine deutliche Fallzahlsteigerung ausgeglichen (der Radiologe hat sicherlich mehr Fälle als der Hausarzt). Wenn ich in Gesprächen höre, dass ein 1 Millionen Euro teures MRT-Gerät sich spätestens in einem Jahr amortisiert hat, dann verdienen diese Fachgruppen eben doch an den Kostenfaktoren. Gab es da nicht so etwas wie Niederlassungsbeschränkungen? Wo ist hier der Gestaltungswille?



Wenn immer mehr spezialisierte Fachärzte (etwa humangenetische Großlabore) in Hamburg abrechnen, geschieht dies zum Schaden aller Ärzte unter den Bedingungen einer gedeckelten Gesamtvergütung. In dem Artikel beklagt unsere KV, dass die fachärztlichen Grundversorger ähnliche Probleme haben wie Hausärzte. Wenn das stimmt (die veränderte Graphik in der KV Publikation weist für diese Gruppe immer noch eine mindestens 10 Prozent höhere Steigerung der Gesamtvergütung aus), dann wird doch die gesamte Grundversorgung in Hamburg gerade abgewickelt.

Die originäre Aufgabe einer KV ist die Sicherstellung der Versorgung und damit sind eben nicht unbegrenzte Herzkatheterplätze gemeint.

Zur Begründung gesellt sich auch die zeitverzögerte Wahlentscheidung der Internisten für die haus- oder fachärztliche Versorgungsebene. Die hierdurch stattgehabte Plünderung des Hausarzttopfes hat stattgefunden. Diesen Effekt gab es auch in anderen KVen, dort wurde frühzeitig und weitsichtig für einen Ausgleich gesorgt.

Heureka: Der Schuldige

Die einzige Reaktion der KV ist, eine Schuldzuweisung gegen den Bundeshausarztverband zu lancieren. Mal abgesehen davon, dass KBV-Beschlüsse für das ganze Bundesgebiet gelten und regionale Unterschiede nicht nur dadurch erklärt werden können, ist die Argumentation, man sei allein durch den Hausarztverband majorisiert worden, schon kühn, bedenkt man die wahren Mehrheitsverhältnisse der KBV-Vertreterversammlung.

Kritisiert wird unter anderem die Topftrennung. Mal abgesehen davon, dass diese in Hamburg von der KV merklich zu spät und für die Hausärzte nachteilig

umgesetzt wurde, würden wir ohne diese wohl schon als Versorgungsebene abgewickelt worden sein.

Getreu ihrer jetzigen Argumentationslinie – Prämisse der Einzelleistung und extrabudgetären Leistungen – wettet die KV nunmehr gegen die Pauschalierung von Leistungen. Bleibt mir die Frage, welchen um extrabudgetierte Leistungen verkleinerten Gesamttopf die Kassen gewillt sind, als Gesamtvergütung zu bezeichnen? Mangelnde Verhandlungserfolge darauf zu reduzieren, spricht ebenfalls für sich. Der Hausarztverband ermöglicht mit weitgehender Pauschalierung über seine Hausarztzentrierte Versorgung einen Fallwert von um die 70 Euro.

Bleibt das Problem des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ). In der Tat hat die Neuregelung zu negativen Auswirkungen in Hamburg geführt. Über den FKZ wird das Geld (verspätet) in den Gesamttopf zurückgeholt, das vorher über die Vorwegabzüge abgeführt worden ist: 2008 waren dies von 200 Millionen Euro Gesamtverteilung 60 Millionen Euro für Dialysekosten und fast 40 Millionen Euro für „andere“ Verträge. Blieben 100 Millionen Euro für die Töpfe – mit den entsprechenden Folgen für die Grundversorger, die davon nur fünf Prozent zurückerhalten haben.

Hier haben wir noch drängende Fragen, denn der Vorwegabzug betrifft alle. Das eigentliche Hamburger Problem sind die vielen Spezialärzte, die über die vorgenannten Mechanismen haus- wie fachärztliche Grundversorger austrocknen. Ich lebe gerne in einer Medizinmetropole, aber bitte nicht auf Kosten der Grundversorgung!

Unser Wille ist da

Wir reden von der Historie, von den gewesenen KV-Vorständen und den Folgen der steten Ausnutzung

LESERBRIEFE

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

der fachärztlichen Mehrheit in der VV. Der neue Vorstand hätte einige Gestaltungsmöglichkeiten und auf der Vertreterversammlung vom 15. Januar 2014 haben wir als Hausarztverband die Hand gereicht, um gemeinsam die Zukunft zu gestalten.

Die bekannte Reaktion lässt für uns Hausärzte in Hamburg nichts Gutes erwarten. Ein Beibehalten der bisherigen Abwehrstrategien gegen berechnete hausärztliche Interessen, ein „sich die Hände in Unschuld waschen“, das stete Beklagen von Unabwendbarkeiten und das Betonen der eigenen Machtlosigkeit bei völligen Fehlen jeglicher selbstkritischer Töne, sind nicht geeignet, um Vertrauen in den politischen Willen der neuen KV-Führung für einen Wandel zu gewinnen.

Als eine der ersten Leistungen ein ILB zu verabschieden, das vor allem eine Festschreibung des Status quo bedeutet, stimmt auch nicht hoffnungsfroh. Die Verhandlung eines „Hamburg-Aufschlags“ auf unsere Leistungen darf aber durchaus als Erfolg bezeichnet werden. Dennoch, ein stures Beharren auf den Status quo und ein strategisches Ausrichten auf das Extra-budgetärstellen von Leistungen greift deutlich zu kurz. Die Möglichkeiten und die Gestaltungsspielräume sind vorhanden. Für eine konstruktive Nutzung stehen wir im gesamtärztlichen Dialog solidarisch zur Verfügung – wenn er denn gesucht wird!

Gregor Brinckmann,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Bergedorf und
Vorstand des
Hausärzterverbandes
Hamburg

Gesprächsleistungen als „förderungswürdig“ deklarieren!

Der informative Artikel zeigt in sehr gut verständlicher Formulierung die Problematik der Honorarverteilung in Deutschland auf. Die besonders schwierigen Bedingungen in einem Ballungsraum wie Hamburg, die ungerechte Verteilung der Fallwerte gegenüber Flächenstaaten und die Gegenmaßnahmen der KVV werden ausführlich und schlüssig dargestellt.

Über einen wesentlichen Aspekt der ungerechten Honorarverteilung wird in diesem Artikel leider nicht gesprochen: Seit meiner Niederlassung vor mehr als 20 Jahren werden die Gesprächsleistungen schlechter honoriert als die Leistungen, die mit technischen Geräten erbracht werden können. Ich vermisste in dem Artikel exakte Angaben über die Höhe und erheblichen Unterschiede der Gewinne, also der Erträge (Umsatz minus Praxiskosten) der einzelnen Fachgruppen, wie sie im neuesten Bericht des ZI dargestellt werden (ZIPP 2012). Dies würde die ungleiche Verteilung der Nettoeinkommen dokumentieren, die nicht durch die Problematik des Ballungsraumes Hamburg verursacht ist. Die niedrige Bewertung der Gesprächsleistungen wurde von der KV Hamburg bislang nie ernsthaft infrage gestellt. Diese Minderbewertung hat dazu geführt, dass die Nettoeinkommen der Ärzte und Psychologen, die ausschließlich Gesprächsleistungen anbieten, schon immer weit unter den Einkommen der Fachärzte liegen, die Geräte nutzen. Dies betrifft vor allem psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychiater. Das alte Argument, die schlechte Honorierung dieser Fachgruppen liege daran, dass sie weniger arbeiten als die gut verdienenden Kollegen, ist längst schlüssig widerlegt. Auch Orthopäden, Urologen, Gynäkologen, Dermatologen, Hausärzte und alle anderen Fachärzte, die vermehrt das ausführliche ärztliche Gespräch mit ihren Patienten suchen und weniger technische Leistungen abrechnen, sind betroffen.



Im Artikel wird auf Seite 13 ein Ausweg benannt. Dort heißt es: „Erfolgversprechender ist eine andere Strategie: Das Gesetz bietet die Möglichkeit, bestimmte Leistungen und bestimmte Praxen als „förderungswürdig“ zu deklarieren und deren Abrechnung mit einem Aufschlag zu versehen. Auf diese Weise ließe sich die Vergütung beispielsweise für Praxen mit hoher Grundversorgungsleistung gezielt erhöhen.“

Ich schlage daher vor, dass die Vertreterversammlung der KV Hamburg beschließt, im HVM bestimmte Gesprächsleistungen (z.B. 03230, 2x220, 2x221, 35100, 35110) als „förderungswürdig“ zu deklarieren und deren Abrechnung mit einem Aufschlag zu versehen. Damit würde die KV Hamburg einen Beitrag dazu leisten, die überfällige Gleichbewertung der Gesprächsleistungen zu erreichen und die ungerechte Verteilung der Netto-Einkommen in Hamburg zu reduzieren.

Dr. Thomas Jaburg,
Facharzt für
Psychosomatische Medizin
in Rotherbaum und
Vorstandsmitglied im
bvvp Hamburg

LESERBRIEFE

KV Hamburg
Redaktion KVH-Journal
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

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

KVH-Journal Nr. 2/2014, S. 8: „Wie bei Hofe“

Böse abgerechnet



Der Artikel über die „KBV-Krise“ lässt kein gutes Haar an Regina Feldmann. Angeblich ist sie an allem derzeitigen Unheil Schuld. Dazu gruppieren Sie passende Meinungsäußerungen dreier Journalisten unter „Nachgefragt“. Hier wird nicht berichtet, hier wird abgerechnet, und zwar ziemlich böse. Wer also

in der KV Hamburg hat eine offene Rechnung mit Frau Feldmann? Er sollte sich zu erkennen geben! Es ist ja kein Geheimnis, dass der KV-Vorstand die Hamburger Hausärzte nicht unterstützt. Der Artikel ist aber so eindeutig tendenziös, dass es ehrlicher gewesen wäre, wenn der Autor mit seinem Namen unterschrieben hätte. Mit der Benachteiligung in Honorarfragen müssen wir offenbar leben.

Dr. Klaus Stelter,
hausärztlicher Internist in
Neugraben

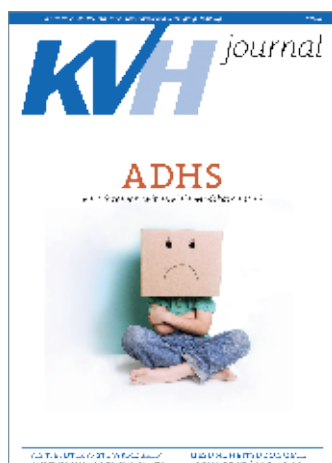
Wer sägt an wessen Thron?

Was war denn das? Auf ganzen fünf Seiten quakt ein pikierter Namenloser hemmungslos über die streitsüchtige Intrigantin und Hausärztin Regina Feldmann, die es periodisch immer wieder schafft, die KBV-Herren ein klein wenig wachzurütteln. Wer sägt hier eigentlich an wessen Thron? Vor dieser Lektüre war mir Frau Feldmann wurscht - das ändert sich nun. Danke für diesen „Schwerpunkt“!

Erwin Ottahal,
Facharzt für Allgemeinmedizin in
Fischbek

KVH-Journal Nr. 10/2013, S. 8: „Die ADHS-Inflation“

Vergebene Chance



Der Artikel von Prof. Schönhöfer unter dem Titel „Die ADHS Inflation“ mit dem Versprechen einer kritischen Bestandsaufnahme enttäuscht. Wer von dem Artikel eine fundierte Kritik erwartet hat, sieht sich mit einem Wust an Vermutungen, allgemeiner Kritik an Praktiken der Pharmaindustrie, unsauberen Zitaten und

zum Teil falschen Schlussfolgerungen konfrontiert. Er unterstellt, Kollegen, die ADHS-Betroffene betreuen und behandeln, seien entweder gekauft oder gingen zumindest leichtfertig der Pharmaindustrie auf den Leim.

Zu einigen der angeführten Argumente sei ausführlicher Stellung genommen:

Im Absatz „ADHS eine erfundene Erkrankung?“ wird unterstellt, ADHS sei quasi von der Firma Novartis als Krankheitsbild generiert worden, um den Absatz von RITALIN zu fördern. Dabei wird behauptet, es handele sich um eine banale Verhaltens- und Befindlichkeitsstörung, die zu einer medikamentös Behandlungspflichtigen Erkrankung hochgejazzt worden sei.

Diese Behauptung ignoriert eine Fülle von epidemiologischen Untersuchungen, die übereinstimmend zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit einem unbehandelten ADHS ein vielfach höheres Risiko haben, beruflich zu scheitern, drogenabhängig oder kriminell zu werden. Besonders beeindruckend hierzu die über 30 Jahre laufende prospektive Studie von R. Klein und Mitarbeitern. (online unter <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1378851>)

Im Absatz „Dominanz der Pharmakotherapie berechtigt?“ wird behauptet, die MTA-Studie mit ihren Follow-ups habe ergeben, dass es in der Gruppe der mit MPH behandelten Patienten zu einer erheblichen Zunahme der Straffälligkeit und des Drogenkonsums gekommen sei. Dazu ist zweierlei zu bemerken: Die MTA-Studie ist als prospektiv

randomisierte und kontrollierte Studie über 14 Monate geführt worden. Es wurden in dieser Studie in vier Armen verglichen: eine rein psychotherapeutische Intervention (Verhaltenstherapie), eine rein medikamentöse Therapie mit Methylphenidat, eine kombinierte Therapie aus Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie, sowie eine unspezifische Behandlung mit allgemeiner Beratung und Begleitung. Zum Zeitpunkt der Beendigung nach 14 Monaten ergab sich eine signifikante Besserung der Symptomatik in der Gruppe der medikamentös behandelten, sowie in der Gruppe mit kombinierter Behandlung. D, die reine psychotherapeutische Behandlung sowie die unspezifischen Interventionen schnitten schlechter ab.

Nach Abschluss dieser Studie wurde die Studie als offene Beobachtungsstudie fortgeführt, das heißt, es wurde den Familien im Weiteren freigestellt, ob sie zum Beispiel zusätzlich zu einer fortgeführten Psychotherapie eine medikamentöse Therapie aufnehmen wollten. Es kam dann in den Gruppen, die zuvor nicht mediziert worden waren, zu einer Zunahme der Medikation. Am Ende der dreijährigen Follow-up-Studie zeigte sich dann eine Angleichung der Ergebnisse in allen Gruppen. Über alle Gruppen aber blieb es bei einer Verbesserung gegenüber dem Ausgangsniveau zu Beginn der kontrollierten Studie.

Die von Schönhöfer im Text angegebenen Zahlen zu erhöhter Delinquenz und Suchtverhalten suggerieren, erst die Therapie habe die erhöhten Raten für die behandelten Jugendlichen hervorgerufen. Tatsächlich aber handelt es sich um einen Vergleich behandelter Jugendliche mit ADHS mit nicht betroffenen Jugendlichen. Mit dem gleichen Argument könnte man behaupten, eine medikamentöse Therapie des Diabetes mellitus sei wenig sinnvoll, weil auch unter Therapie der HbA_{1c} Wert der behandelten Patienten nicht den Wert der gesunden Patienten erreicht. Gleiches gilt für das Argument, dass nach Absetzen der medikamentösen Therapie die Symptomatik sich erneut einstellt.

Im weiteren Abschnitt „Das Geschäft mit ADHS: Disease Mongering“ wird unter dem Punkt „ADHS bei Erwachsenen“ unterstellt, eine Persistenz der Beschwerden sei Ausdruck der Folgeschäden einer medikamentösen Therapie



(„behandlungsbedingte Hemmwirkung der Hirnreifung“). Dies entspricht keinesfalls den Erfahrungen der Kollegen, die sich mit betroffenen Erwachsenen auseinandersetzen. Hier handelt es in der übergroßen Mehrzahl um Menschen, die nie zuvor in ihrem Leben eine ADHS-Diagnose bekommen haben oder eine medikamentöse Therapie mit Stimulanzien.

Der Artikel vergibt die Chance, zu einer vertieften Diskussion um den Stellenwert einzelner Therapiemaßnahmen für das Störungsbild ADHS beizutragen. Das ist bedauerlich, zumal wir ansonsten Prof. Schönhöfer als renommierten und seriösen kritischen Autoren schätzen.

Im Namen des Kompetenznetzwerks (KNW) Hamburg
„ADHS im Erwachsenenalter“

Dr. med. Eveline Reich-Schulze

Entgegnung des Autors

Zum Leserbrief von Dr. med. Eveline Reich-Schulze vom Kompetenznetzwerk (KNW) Hamburg „ADHS im Erwachsenenalter“ nehme ich wie folgt Stellung:

ADHS eine erfundene Erkrankung und Disease Mongering:

Durch neue Diagnosekriterien, medikamentöse Heilversprechen und Abrechnungsmöglichkeiten kam es auch bei uns zu einem epidemieartigen Anstieg der Zappelphilipp/ADHS-Diagnosen von 5.000 im Jahre 1995 auf 750.000 im Jahre 2011. Das sind 4,1 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter 19 Jahren.

Am Heimatort eines Vereins von Universitätsprofessoren, der sich für Information über ADHS und dessen medikamentöser Behandlung von der Pharmaindustrie fördern lässt, ist die Zahl der Diagnosen doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt, bei den Methylphenidat-Verordnungen teilweise sogar dreifach. Das ist das Resultat einer durch Pharma-Marketing bestimmten Gesundheitswirtschaft: Krankheitserfindung und Disease Mongering.

Nutzen (Dominanz) der Pharmakotherapie:

Amphetamine können einige ADHS-Symptome wie Hyperaktivität, Impulsivität, Wutanfälle, emotionale Instabilität symptomatisch graduell dämpfen (MTA-Studie). Auf diesen Kurzzeitergebnissen beruht die bei manchen Ärzten feststellbare Dominanz der Arzneimitteltherapie.

Es existieren aber keine Ergebnisse randomisierter kontrollierter klinischer Studien, die zeigen, dass durch Methylphenidat soziale Kompetenz, Schulleistungen, Berufsausbildung oder Alltagskompetenz der Betroffenen gebessert werden. Im Gegenteil: Nachuntersuchungen behandelter Patienten finden bei ihnen vermehrt Straffälligkeit oder Drogenkonsum. Deshalb bleibt der Nutzen der Amphetaminverordnung bei ADHS unbelegt und fraglich. Untersuchungen aus der experimentellen Neurologie deuten sogar Gegenteiliges an.

ADHS im Erwachsenenalter:

Etwa 10 Prozent der Methylphenidat-Verordnungen gehen 2011 an Erwachsene. Die Zulassung für MEDIKINET ADULT wurde vom BfArM erteilt, obwohl die vom „Zentralen ADHS-Netz“ für die Firma Medice durchgeführten Zulassungsstudien nur eine geringe (nicht signifikante), allenfalls mäßige Effektstärke erkennen lassen. Die Firma legte keine kontrollierte Langzeitstudie zur Auswirkungen der Behandlung auf Alltagskompetenz, berufliche Leistung und Lebensqualität vor. Somit fehlt auch für ADHS bei Erwachsenen jeder Beleg des Nutzens von Methylphenidat.

Das KNW Hamburg ist verlinkt mit dem Zentralen ADHS-Netz, das für viele Pharmafirmen profitable klinische Studien an ADHS-Patienten durchführt. Dafür unterstützen Hersteller von ADHS-Medikamenten Novartis, Shire, Medice, UCB, Janssen-Cilag und Lilly dessen luxuriöse Veranstaltungen, auf denen auch Frau Dr. Reich-Schulze als Referentin zu finden ist. Siehe:

www.adhs-kompetenznetz.de/Programmheft_2010.pdf
Möglicherweise macht das den Grundtenor des Leserbriefs verständlich.

Prof. Dr. med. Peter S. Schönhöfer



Trauerarbeit und Aggressionsabbau

Vertreterversammlung beschließt eigenhändigen Abriss des Ärztehauses

Der geplante Abriss des Ärztehauses in der Humboldtstraße soll von den KV-Mitgliedern teilweise selbst bewerkstelligt werden. Das hat die Vertreterversammlung auf einer Sondersitzung beschlossen. Einer Initiative aller vertragsärztlichen Berufsverbände ist es zu verdanken, dass Hamburg hier eine Vorreiterrolle einnimmt: „Unsere Hände bereiten dem Ärztehaus ein schnelles Ende!“, hieß es aus internen Kreisen. Mietbagger und Abrissbirnen bis hin zu schwerem Gerät werden gegen Entgelt zur Verfügung gestellt, um den in den 1970er Jahren errichteten Klotz aus Stahl, Glas und Beton dem Erdboden gleichzumachen. Bruchstücke sollen anschließend veräußert werden (analog zu den Teilen der Berliner Mauer nach der Wende), wobei die Erlöse der KV, insbesondere der Gruppe der Fachärzte, zugutekommen sollen. Dieser Beschluss erhielt 18 zu fünf Stimmen bei wenigen Enthaltungen.



Aggressionsabbau“, konstatierte sie. Viele Mitglieder hätten durch die langjährige Zwangsgliedschaft in der KV tiefgehende Traumata und neurotische, zum Teil psychotische Affektionen erlitten“, bei anderen sei eine „gewisse Wut auf die da oben“ wahrzunehmen, die sich „beim Schwingen der Spitzhacke auf jeden Fall kanalisieren lasse“ und zu der Verminderung einer immer latent bestehenden Amok-Gefahr führe.

Der Vorschlag des Berufsverbandes der Urologen, das Gebäude mit einem Wasserstrahl zu zerlegen, wurde an einen Sachverständigen weitergeleitet. Auf die Frage, ob die Kinder- und Jugendärzte mit „Bob der Baumeister“-Helmen antreten würden, sagte Stefan Renz, Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, er fände diese Idee zwar charmant, lehne sie aber strikt ab, um die unbedingte Unabhängigkeit der Vertragsärzte und –psychotherapeuten von der Industrie zu demonstrieren, zumal mit einer stärkeren medialen Präsenz an diesem Tag und während des Abrisses zu rechnen sei.

Der Vorstand der KV Hamburg, so wurde gerade bekannt, hat aber noch ein weiteres veranstaltungstechnisches Ass im Ärmel: Man sei, so Hofmeister, mit einem international bekannten Konzeptkünstler im Gespräch, der den Abriss in ein Happening verwandeln wolle, das auch kommerziell vermarktet werde. So könne sich, dies legten wissenschaftliche Untersuchungen nahe, der Neubau insgesamt doch noch in ein wirtschaftliches Plusgeschäft verwandeln. Näheres konnte Hofmeister noch nicht sagen, aber Vergleiche mit dem verhüllten Reichstag seien nicht aus der Luft gegriffen.

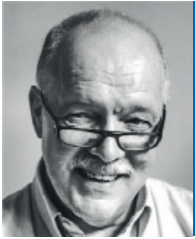
Wie kurz vor Redaktionsschluss bekannt wurde, ist der Preis für das einzureißende KV-Gebäude aufgrund des angekündigten enormen Marketing- und Presseummehls derart in die Höhe geschossen, dass die KV nun in Erwägung ziehe, das Haus doch stehen zu lassen, zu verkaufen (die Ärztekammer Hamburg hat bereits Interesse bekundet) und an der Alster neu zu bauen. ■

Start der Aktion ist am ersten Septemberwochenende mit einem Fest für die ganze Familie mit Hüpfburg, Kinderbaggern und Würstchenbude. „Wir freuen uns auf diesen Tag“, sagte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg, alle könnten bereits an diesem Tag mitanpacken, fast wie auf einem Abenteuer-spielplatz. „Der Abriss wird nicht ganz billig, da sind wir für kreative Vorschläge zur Kostendämpfung in jedem Fall dankbar und freuen uns über jede helfende Hand.“

Der Hausärzterverband beeilte sich, klarzustellen, dass man die Aktion zwar prinzipiell unterstütze, es jedoch an der Zielvision der Hausärzte klar vorbei gehe, das KV-Gebäude gemeinsam mit den Fachärzten abzureißen: Es sei geplant, einen hausärztlichen Abrisstrupp zu schicken, der getrennt von den übrigen Arztgruppen zu Werke geht.

Die Sprecherin des Beratenden Fachausschusses der Psychotherapeuten, Hanna Guskowski, zeigte sich gleichwohl erfreut über die geplante Aktion, da sie in ihr auch eine verhaltenstherapeutische Dimension erkenne: „Das ist eine ideale Verbindung von Trauerarbeit und

DR. PRIMUS A. PRIL



Kassensturz

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

Eine junge Frau konsultierte nacheinander acht Schönheitschirurgen. Und sie bekam acht Mal guten Rat: drei Mal Aufspritzen der Lippen, drei Mal Fett absaugen, ein Mal Brustvergrößerung: "200 Gramm Silikon könnte man pro Seite reintun." Jeder Körper kann verschönert werden. Nur einer der acht schüttelte den Kopf: Sie solle alles lassen, wie die Natur es geschaffen habe.

Was die acht Spezialisten nicht wussten: Es handelte sich um eine frisch gekürte Schweizer Schönheitskönigin, die im Auftrag eines Fernsehmagazins mit dem sinnigen Titel "Kassensturz" unterwegs war. Die Frage war: Was empfehlen Schönheitschirurgen einer Frau, deren Körper gerade von einer Jury als besonders "schön" klassifiziert worden war? Das Resultat verwundert nicht wirklich. Beim Bäcker gibt es Brot und Brötchen, beim Schönheitschirurgen Botox und Silikon. Dort ist der Kunde König. Der Kunde bekommt, was er bestellt. Der Kunde ist freiwillig gekommen.

Für einen Patienten trifft das alles nicht zu. Patient wird man, weil man krank gewor-

den ist. Man geht nicht freiwillig zum Arzt. Und da fällt mir eine andere Studie ein, auch aus der Schweiz. Die ist nun wirklich beunruhigend.

In der Annahme, dass es kaum besser informierte Patienten geben kann als die Ärzte selbst, wurde die Häufigkeit sieben chirurgischer Eingriffe (Entfernung von Rachenmandeln, Blinddarm, Gallenblase, Gebärmutter, Hämorrhoiden sowie Ausschabung und

fanden sich nur noch in der Gruppe der Anwälte.

Als Patient kann man noch so viel im Internet suchen, Bücher lesen, Freunde fragen. Wenn es darauf ankommt, nutzt das alles nichts, dann muss man sich auf den seriösen Rat seines Arztes verlassen können und auch darauf, dass dieser Rat ohne monetäre Hintergedanken gegeben wird. Aber wie schafft man es, in die Gruppe aufzusteigen, wo

Ärzte ließen sich bis zu 80 Prozent weniger operieren als die Durchschnittspatienten. Ist das die eigentlich notwendige Operationsrate?

Leistenbruch) in der gesamten Schweizer Bevölkerung mit der Häufigkeit bei Schweizer Ärzten und deren Angehörigen verglichen. Das erschütternde Ergebnis: In der Ärzteguppe wird bis zu 80 Prozent weniger operiert als in der Gesamtbevölkerung. Demnach dürfte das die eigentlich notwendige Operationsrate sein. Vergleichbar niedrige Operationszahlen

nur das Notwendige gemacht wird? Wer kann schon einen Arzt heiraten? Oder sich adoptieren lassen? Oder soll man gar so tun, als sei man Anwalt?

Ich rate meinen Patienten, in Zweifelsfällen den Operateur zu fragen, ob er die vorgesehene Operation bei sich, bei seinem Ehepartner oder bei seinen Kindern auch machen würde. ■



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Friederike Windler**
Stellvertretende Kreisobfrau von Kreis 7

Name: **Dr. Friederike Windler**

Geburtsdatum: **4. Juni 1952**

Familienstand: **verheiratet, drei Kinder**

Fachrichtung: **Internistin, hausärztliche Versorgung, Fachkunde Palliativmedizin**

Hobbys: **Lesen und Kino**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Als Studienanfängerin konnte ich mir nicht vorstellen, in einer Praxis zu arbeiten. Jetzt bin ich seit 25 Jahren niedergelassen. Neben allen Reglements ist es doch ein freier Beruf ohne Hierarchien. Ich bin umgeben von Mitarbeiterinnen und Kolleginnen, mit denen ich gerne zusammen bin. Das ist im Vergleich zum Krankenhaus ein unschätzbare Vorteil. Die Arbeit mit den Patienten ist befriedigend und interessant – Erwartungen erfüllt!

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Für mich sind Ziele im Kleinen wichtig: Die Zusammenarbeit in unserem KV-Bezirk 7 zu verbessern, dafür zu sorgen, dass wir Kollegen uns untereinander kennen, dass wir uns anrufen können und unsere Patienten gemeinsam gut versorgen können – das ist mir wichtig. Das erreichen meine Obfrau Dr. Gagu-Koll und ich durch regelmäßige Treffen mit den Kollegen. So ist ein richtiges, zwar inoffizielles, aber gut funktionierendes Netzwerk entstanden.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Ich finde es ganz schrecklich, dass Konzerne Praxen und Krankenhäuser aufkaufen und Profitmaximierung zu Lasten einer guten Patientenversorgung betreiben. Das sollte es im Gesundheitswesen nicht geben dürfen. Aber das wird und kann die KV nicht rückgängig machen. Auch sonst verspreche ich mir keine Verbesserungen von Seiten der KV. Das war in den letzten Jahren für mich enttäuschend und wird auch so bleiben, fürchte ich.

Welchen Politiker würden Sie gern einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Davon verspreche ich mir rein gar nichts.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Von Weltumsegelungen würde ich nur seekrank, so träume ich von noch mehr Lesen und noch mehr Kino. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

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

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Fit am Empfang

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

Mi. 7.5.2014 (9:30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

10 PUNKTE

QEP-Einführungsseminar

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

Fr. 20.6.2014 (15:00-21:00 Uhr) /

Sa. 21.6.2014 (8:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220,
jeder weitere € 160

10 PUNKTE

Ausbildungskurs zur Qualitäts- und Praxismanagerin

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

Mo. 20.10.2014 bis Fr. 24.10.2014

Teilnahmegebühr:

€ 650 (inkl. Verpflegung)

Ort: KV Hamburg

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

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

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

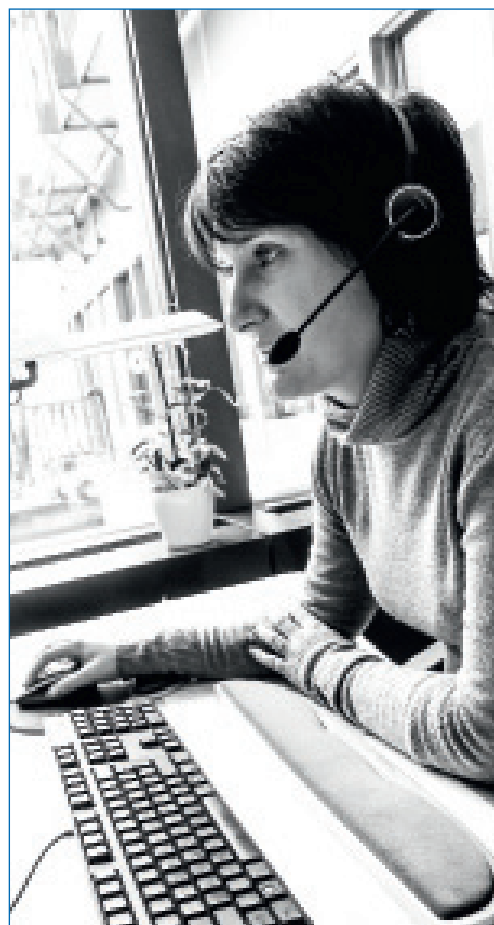
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

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

Wann sind wir für Sie da?

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



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