

KVH *journal*

GELD- MASCHINE

*Gesundheitskonzerne übernehmen
die ambulante Versorgung*



TELEMATIK

Übersicht zu den Erstattungspauschalen

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Biomarker-Tests bei primärem Brustkrebs

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern Einblick in dieses Heft.

IMPRESSUM

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

ISSN (Print) 2568-972X
ISSN (Online) 2568-9517

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 12/2018 (Dezember 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Sie halten ein außergewöhnliches KV-Journal in den Händen. Noch niemals wurde ein Artikel im Mitteilungsorgan der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg so aufwendig recherchiert wie die Titelgeschichte dieser Ausgabe.

Der Aufwand gilt einem Thema, das weitgehend unbemerkt selbst von der Fachöffentlichkeit die Grundfesten des ambulanten Gesundheitssystems in Deutschland zu erschüttern droht: das Vorrücken von konzerngestützten Medizinischen Versorgungszentren und Kapitalgesellschaften. Labormedizin, Radiologie, Nephrologie sind bereits weitgehend übernommen, die operative Augenheilkunde, Onkologie und Kardiologie sind bedroht.

Es ist erschütternd zu lesen, wie die ideologie-getriebene Politik der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt diese fatale Entwicklung zumindest billigend in Kauf genommen hat, einzig um das verhasste KV-System zu schwächen. Und es ist alarmierend, wie häufig aktuelle Gesundheitspolitiker diesen Angriff auf die Freiberuflichkeit des niedergelassenen Arztes achselzuckend hinnehmen.

Die KV Hamburg tut das nicht. Sie deckt auf, was sich gerne im Verborgenen abspielt. Sie kämpft aktiv gegen diese Entwicklung, sie fordert, den Krankenhäusern den MVZ-Gründerstatus zu nehmen – das wäre das einzig wirksame Bollwerk gegen die Macht des Kapitals.

Wir sind nicht naiv oder Maschinenstürmer. Aber Finanzinvestoren und MVZ-Konzerne bieten nicht einen einzigen Vorteil für das System, ganz im Gegenteil: Wer die Freiberuflichkeit und die mittelständische Struktur des ambulanten Versorgungssystems den Mechanismen der Finanzbranche überlässt, zerstört eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Noch ist es nicht zu spät. Aber es muss rasch gehandelt werden.

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: Beeinträchtigt es die ärztliche Unabhängigkeit, wenn die Medizin zur "Gesundheitswirtschaft" wird?
- 08_ Das Beispiel Hamburg: Privatkapital auf dem Vormarsch
- 11_ Gesetzgebung: „Wir lassen die Heuschrecken rein!“
- 13_ Politische Forderungen der KV Hamburg

GESUNDHEITSPOLITIK

- 15_ Zugangsbeschränkungen für die psychotherapeutische Versorgung?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
- 17_ Europäische Krankenversichertenkarte im fahrenden Notfalldienst
- 18_ Telematikinfrastuktur: Übersicht zur Finanzierung der Erstausrüstung und der Betriebskosten

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.



- 19_** Datenversand an DAVASO: Ab 2019 nur noch elektronisch
AOK kündigt AD(H)S-Vertrag
U10/ U11-Vertrag und J2-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse: neue Formulare

QUALITÄTSMANAGEMENT

- 19_** Ausbildung zum Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 20_** Leitsubstanzziel TNF-alpha-Blocker: Adalimumab-Biosimilars sind verfügbar

SELBSTVERWALTUNG

- 26_** Versammlung des Kreises 3
27_ Versammlung der Kreise 15 und 16
29_ Steckbrief: Henning Harder

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 15_** Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 21_** Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 22_** Biomarker-Tests bei primärem Brustkrebs

TERMINKALENER

- 30_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 6: D. Strothmann/kes-online; Seite 6: Lohmann konzept; Seite 9: Kurt Kleemann/Fotolia, Icon: iconmonstr; Seite 11: BKK Dachverband; Seite 12: Icons:leremy/fotolia, iconmonstr; Seite 17: Felix Faller/Alinea; Seite 21: Barbara Klemm; Seite 26 und 28: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 30: Michael Zapf, Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia Icons: iStockfoto

Beeinträchtigt es die ärztliche Unabhängigkeit, wenn die Medizin zur "Gesundheitswirtschaft" wird?



Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychotherapeut, Gründungsdirektor des Zentrums für Gesundheitsethik Hannover und Gastprofessor am Socium Forschungszentrum der Universität Bremen

Arzt-Patienten-Verhältnis wird zur Geschäftsbeziehung

Ein Arzt, der bei patientenbezogenen Entscheidungen an den wirtschaftlichen Erfolg denken muss, gilt seit der Antike als Gefahr für den Patienten. **Ärzten ist klar, dass Medizin unter betriebswirtschaftlicher Vorherrschaft zu Vertrauensverlusten bei Patienten und Bürgern führt.** Betriebswirtschaftliches Know-How ist wichtig, aber es muss die Arbeit der Ärzte unterstützen und es muss mit medizinethischen Werten übereinstimmen. Aktuell beklagen viele Kliniker, dass das Gegenteil der Fall ist. Sie sehen ernste Minderungen der Qualität, die zugleich von der offiziellen Qualitätssicherung nicht erfasst werden. Dies betrifft die Zuwendung zum Patienten und damit die Förderung seiner Gesundheitskompetenzen, die Indikation, die Risiken durch die erzwungene Beschleunigung der Abläufe und vieles mehr. **Aktuell wird das Arzt-Patienten-Verhältnis im Krankenhaus zu einer Geschäftsbeziehung. Viele Ärzte leiden darunter und versuchen sich dem zu entziehen.** Manche werden zynisch, andere werden krank, aber auch der offene Widerstand wächst. Wenn auch der ambulante Bereich unter Konzernstrukturen gerät, muss damit gerechnet werden, dass der Renditedruck die medizinische Unabhängigkeit einschränkt. Der Arztberuf soll kein Gewerbe sein, aber die politisch gesetzten Rahmenbedingungen fördern derzeit das Gegenteil. ■



Prof. Heinz Lohmann

Unternehmensberater,
Professor der Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg und Mitbegründer der
Initiative Gesundheitswirtschaft e. V.

Privates Kapital ist zwingend erforderlich

Die ärztliche Unabhängigkeit in der Ausübung des Berufes ist in Deutschland in vielfältiger Weise rechtlich verankert. Natürlich muss jeder Arzt damit im Alltag verantwortlich umgehen und sich im Zweifel für die Wahrung der Interessen seiner Patienten entscheiden. Das dürfte der Ärzteschaft angesichts der künftigen Arbeitsmarktsituation nicht sonderlich schwer gemacht werden. **Unwirtschaftlichkeit ist allerdings in einem weitgehend solidarisch finanzierten Gesundheitssystem, völlig unabhängig von der Art des Gesellschafters eines Gesundheitsunternehmens, unethisch.** In Zukunft werden bei den zu erwartenden Umbrüchen, nicht zuletzt verursacht durch die Digitalisierung, zudem gewaltige Investitionen erforderlich sein. Sie werden nicht ausschließlich, wie die Gegenwart ja bereits heute eindringlich zeigt, durch öffentliche Haushalte befriedigt werden können. Privates Kapital ist mithin zwingend erforderlich, wenn die bisherigen Akteure nicht durch neue, finanzkräftige Player verdrängt werden sollen. Investoren im Gesundheitsmarkt sind gut beraten, nicht durch kurzfristiges Profitdenken die Patienteninteressen zu missachten. Der nachhaltige Erfolg wäre damit nicht zu realisieren, weil Gesundheitswirtschaft Vertrauenswirtschaft ist. ■



PD Dr. Friedrich Heubel

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
Privatdozent für Medizinethik und Koordinator
der Arbeitsgruppe „Ökonomisierung“ der
Akademie für Ethik in der Medizin

Profitorientierung setzt falsche Anreize

Ärztliches Handeln soll ökonomisch sein in dem Sinne, dass es Zeit und Mittel weder verschwendet noch mögliche Hilfe verweigert. **Profitorientiertes Denken gibt dagegen die vorrangige Orientierung am Wohl des einzelnen Patienten auf. Es neigt dazu, gesundheitliche Hilfe als Ware anzusehen, die nach marktwirtschaftlichen Regeln produziert und verteilt wird.** Es setzt Anreize sowohl zur Unter- wie zur Überversorgung. Es gibt der ökonomischen Performance des einzelnen Krankenhauses großes Gewicht, vernachlässigt aber die bedarfsgerechte klinische Versorgung in der Fläche. Das dürfte im profitorientierten MVZ nicht anders sein. Befürworter solcher MVZ sagen, dass es dort wie im privatisierten Krankenhaus keine Weisungsbindung der Ärzte gebe. Aber das ist ein frommer Spruch. Der finanzielle Erfolg wird nicht durch Weisungen, sondern durch das Setzen von Anreizen erzielt. Das beste Gegenmittel scheint mir die Gründung von MVZ durch die therapeutischen Berufe selbst zu sein. ■

VON MARTIN NIGGESCHMIDT UND JENS REMMERT

Strategie des „big deal“

Die Öffnung der ambulanten Medizin für Konzerne hat einen Kommerzialisierungsschub in Gang gesetzt. Was bedeutet das für die Versorgung?



Wer über sehr viel Geld verfügt und es gewinnbringend anlegen will, hat derzeit ein Problem: Die Zinsen auf dem Kapitalmarkt sind niedrig, Aktiengeschäfte bergen Risiken und der Immobilienmarkt ist leergefegt. Was also tut ein cleverer Investor? „Er sucht nach Zukunftsmärkten“, sagt Holger Seyfried, Leiter der apoBank Filiale Hamburg, „und steckt sein Geld in den prosperierenden Gesundheitsmarkt.“

Dieser Trend ist für Experten bereits deutlich wahrnehmbar. „Dass für eine Praxis ein Vielfaches des Preises gezahlt wird, den wir mit unseren herkömmlichen Bewertungsmethoden errechnen, ist in einigen Fachbereichen keine Seltenheit“, sagt Seyfried. Er nennt konkrete Beispiele aus Norddeutschland: Ein Augenarztzentrum mit drei Arztsitzen und

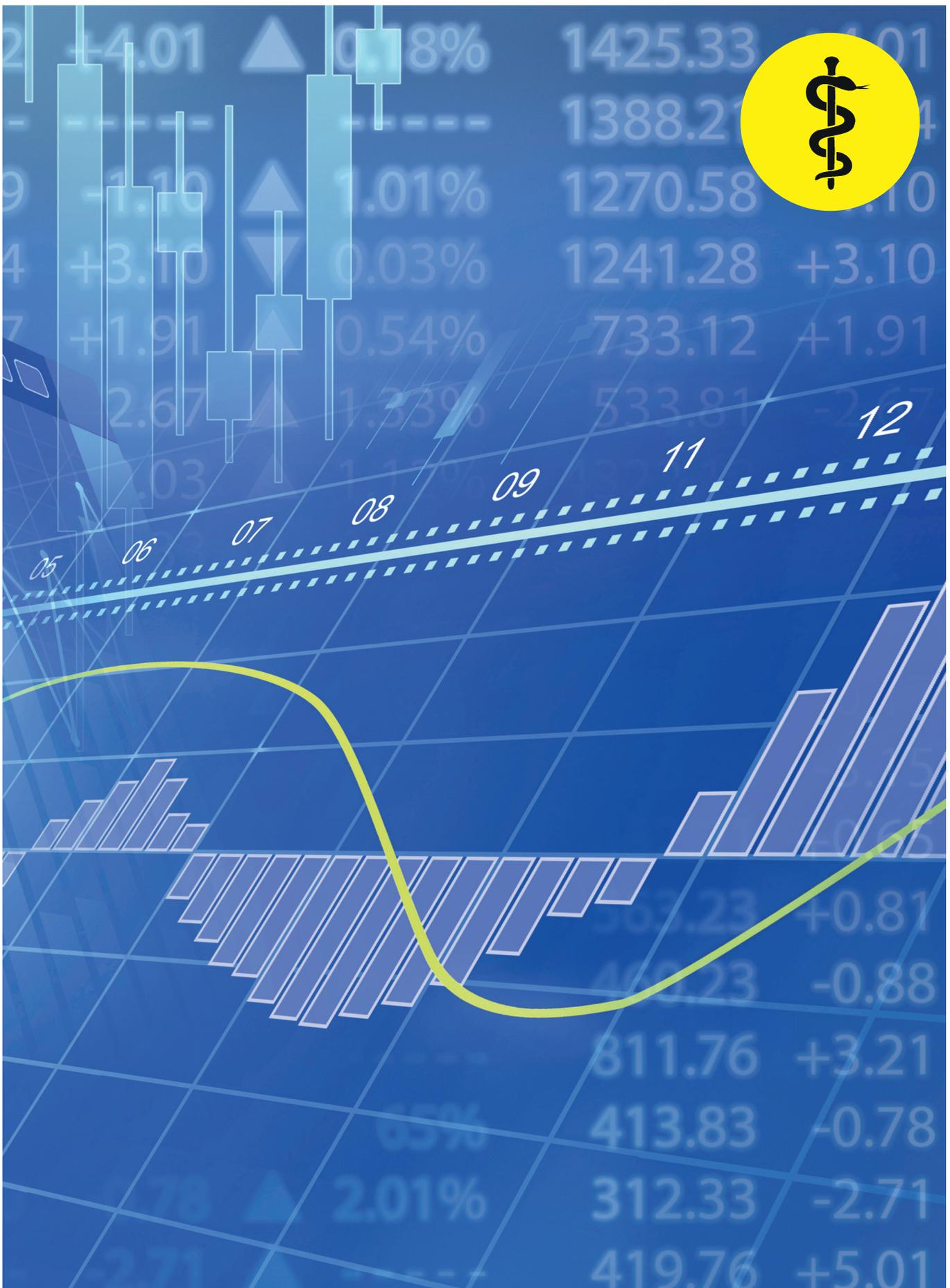
Operationszentrum sei für 40 Millionen Euro verkauft worden. Ein Dialysezentrum mit drei Sitzen habe 20 Millionen Euro eingebracht.

Niederlassungswillige Ärzte können da nicht mithalten. „Wenn ein Arzt einen Kredit aufnehmen möchte, muss er ihn in der Regel innerhalb seiner Lebensarbeitszeit zurückzahlen können“, sagt Seyfried. „Das ist bei solchen Summen kaum möglich.“

Knapp 70 Prozent des von Laborärzten im vertragsärztlichen Bereich erzielten Umsatzes entfallen in Hamburg bereits auf konzerngeführte Einrichtungen. Einer der großen Player ist der Laborkonzern Amedes – er steht hinter insgesamt sieben MVZ im Stadtgebiet. Der Konzern hat insgesamt über 3.500 Mitarbeiter in Deutschland und Belgien. Im Jahr 2015 wechselte er den Besitzer. Der

Investor General Atlantic verkaufte seinen Amedes-Mehrheitsanteil an die französische Private-Equity-Gesellschaft Antin, die sich auf Infrastruktur-Investitionen konzentriert. Im Portfolio von Antin findet man Solarfirmen, Telekommunikations- und Eisenbahnfirmen sowie private Krankenhäuser. Man beabsichtige, „sieben bis acht Jahre“ bei Amedes beteiligt zu bleiben, sagte Angelika Schöchlin, Partnerin bei Antin, 2016 im Gespräch mit dem *Finance Magazin*. „Die Laborbranche in Deutschland sehen wir als hochattraktiven und stabilen Markt an, der durch seinen sozialen Infrastrukturcharakter besticht“, heißt es in der Pressemitteilung zur Übernahme.

Neben den Amedes-MVZ gibt es einige Labore in Hamburg, die finanziell mit Sonic Healthcare verbunden



"Hochattraktiver Markt": Kaufen, zu größeren Versorgungseinheiten zusammenfassen, weiterverkaufen.

sind. Das ist ein australischer, global agierender Medizinkonzern mit insgesamt 33.000 Mitarbeitern in acht Ländern. Seit 2004 hat Sonic Healthcare in rascher Folge Labore in Deutschland aquiriert – unter anderem die Schottdorf Laborgruppe, die Bioscientia Healthcare Group und das Labor Lademannbogen in Hamburg. Im Jahr 2008 aquirierte Sonic Healthcare die Hamburger GLP Medical Group (Praxis-, Sprechstunden und Laborbedarf), acht Jahre später erwarb der Konzern 80 Prozent der GLP Systems, einem Entwickler von Laborautomation ebenfalls mit Sitz in Hamburg.

Zu den großen internationalen Laborkonzernen gehört auch Synlab mit seinen weltweit 13.000 Mitarbeitern. Synlab ist ebenfalls in Hamburg vertreten – allerdings nur mit einem MVZ. Bis 2015 gehörte der Konzern zur Private-Equity-Gesellschaft BC Partners, wurde dann aber an das britische Beteiligungsunternehmen Cinven verkauft. Cinven investiert in Versicherungen, Hotels, Softwareunternehmen – und hat 2017 zusammen mit einem anderen Finanzinvestor den deutschen Pharmakonzern Stada Arzneimittel mehrheitlich übernommen.

Einheitliche berufspolitische Positionen zur Übernahme der Labormedizin durch Konzerne haben die Laborärzte noch nicht gefunden. Eine dezidierte Meinung vertritt der ehemalige Hamburger KV-Chef Dr. Michael Späth. Das von ihm in Hamburg aufgebaute Labor gehört mittlerweile zu Amedes. Er sagt: „Das ist eine absurde Diskussion. Wenn

wir die Versorgung flächendeckend sicherstellen wollen, brauchen wir die Investoren.“ Späth verweist auf die steigende Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung. Mit dem Generationswechsel gehe ein Mentalitätswandel einher. „Viele junge Ärztinnen und Ärzte wollen nicht mehr selbstständig sein“, so Späth. „Sie suchen eine ausgewogene Balance zwischen Beruf und Familie, wollen auch deshalb kein unternehmerisches Risiko tragen und besonders Ärztinnen fordern gezielt Teilzeit-Beschäftigungen. Das kann ich gut verstehen.

Der Praxismarkt spielt verrückt. Niederlassungswillige Ärzte können nicht mehr mithalten.

Aber hierfür muss es Modelle und Anbieter geben.“

Was im Laborbereich geschieht, ist nach Späths Auffassung auch ein Modell für die übrige ambulante Versorgung. „Wer soll angesichts der regulatorischen Risiken das nötige Geld in die ambulante Versorgung investieren? Wer soll größere MVZ-Strukturen erfolgreich führen?“, fragt er. Seine Forderung: „Wir müssen eher dafür sorgen, dass die ambulante Medizin – auch für Investoren – attraktiver wird. Alle müssen doch mit denselben kläglichen Gebührenordnungen arbeiten.“

Investoren als Garanten flächendeckender Versorgung? Dem widerspricht Dr. Jens Heidrich, Inhaber eines der letzten unabhängigen La-

bore in Hamburg. „Investoren haben doch ganz andere Interessen“, so Heidrich. „Sie wollen in erster Linie Profit machen. Und verdientes Geld fließt oft ins Ausland ab, statt hier vor Ort wieder investiert zu werden. Es ist nicht im Sinne unseres Sozialsystems, wenn die Befriedigung von Anlegern im Vordergrund steht.“ Mit zunehmender Konzentration erhöhe sich auch das Erpressungspotential. „Schon wird darüber diskutiert, technische Versorgungsbereiche wie das Labor oder die Radiologie aus dem KV-System herauszunehmen und gänzlich der Industrie zu überlassen.“

Heidrich versteht sich als Arzt und will die Versorgung der Patienten durch niedergelassene Vertragsärzte erhalten. „Wir brauchen auch kleine, lebensfähige Laboreinheiten, die nach einer ärztlichen Logik funktionieren“, sagt er. „Ein unabhängiges, ärztlich geprägtes Labor hat eher die Freiheit zu entscheiden, welche Methode und welche Technik eingesetzt wird. Es achtet eher darauf, ob eine angeforderte Leistung fachlich sinnvoll ist. Es ordnet die Befunde eher in einen medizinischen Kontext ein und berät die ärztlichen Kollegen bei der Therapie.“

„Wir erleben einen massiven Umbruch des Systems“, sagt Heidrich. „Und es wäre naiv zu glauben, dass es keine Rolle spielt, wer in der Versorgung das Sagen hat: Geht es um medizinische Fragestellungen? Oder steht die Branche unter dem Druck, möglichst hohe Gewinne ab-

→ Fortsetzung auf Seite 12

„Nicht vorhersehbar“

Warum wurde die ambulante Medizin für Konzerne und Investoren geöffnet? Glaubte man Zeitzeugen, lautet die Antwort: aus Versehen.

Im Jahr 2004 ist das Modell der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in die ambulante Versorgung eingeführt worden. Als Gründer waren Leistungserbringer zugelassen, „die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung teilnehmen“ – also beispielsweise Vertragsärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Heil- und Hilfsmittelerbringer und Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen.

Die damalige SPD-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt steht für ein Interview über die Beweggründe für diese Reform nicht zur Verfügung. Doch Franz Knieps, zu dieser Zeit Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium und laut Wikipedia einer der wichtigsten Berater der Ministerin, gibt Auskunft: „Das war eine Reaktion auf die Debatte über den Erhalt von Polikliniken in den neuen Bundesländern“, so Knieps. „Wir wollten eine Rechtsform schaffen, die eine Neugründung von medizinischen Versorgungszentren ermöglichte. Und es war klar, dass als Gründer nicht nur Ärzte in Frage kommen konnten.“

Prof. Dr. Wolfgang Böhmer, der in Vorbereitung auf die Reform als CDU-Ministerpräsident des Landes Sachsen-Anhalt an einer Arbeitsgruppe der Regierung zur ambulanten Versorgung teilnahm, sagt: „Wir wollten gewährleisten, dass die Gründer einen medizinisch-fachlichen Bezug haben. Dass über die MVZ auch industrielle Investoren in die ambulante Versorgung kommen können, war in diesen Diskussionen kein Thema. Das war für niemanden vorhersehbar.“ Der damalige Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium, Franz Knieps, bestätigt das: „Davon war zunächst keine Rede.“ Erst später sei ein Bewusstsein für die Macht der Investoren entstanden, so Knieps: „Als ärztliche Körperschaften versuchten, die MVZ wieder platt zu machen, hieß es seitens einiger politischer Akteure: Wir lassen die Heuschrecken rein, um die KVen unter Strom zu setzen.“



„Als ärztliche Körperschaften versuchten, die MVZ wieder platt zu machen, hieß es seitens einiger politischer Akteure: Wir lassen die Heuschrecken rein, um die KVen unter Strom zu setzen.“
Franz Knieps

Im Jahr 2012 wurde der Kreis der Gründungsberechtigten auf Vertragsärzte, Krankenhäuser, bestimmte Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und bestimmte gemeinnützige Trägerorganisationen eingeschränkt – „um der Gefahr zu begegnen, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden“, wie es auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums heißt.

Damit reagierte man auf die Erfahrung, dass sich Investoren kurzerhand einen Pflegedienst oder einen Hilfsmittelerbringer kauften, um die Voraussetzungen für die Übernahme ambulanter Versorgungseinheiten zu erfüllen.

„Heute kaufen sich Investoren stattdessen ein kleines Krankenhaus“, sagt Thorsten C. Werner, Leiter des Haspa Kompetenz-Centers Heilberufe. „Wer viel Geld hat, findet einen Weg hinein in den Gesundheitsmarkt.“

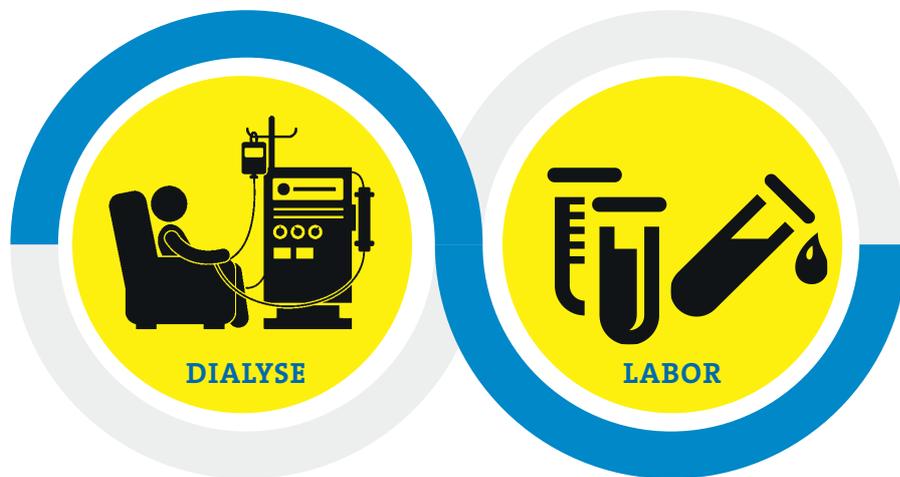
Die im Jahr 2004 eher versehentlich für Privatkonzerne geöffnete Tür in die ambulante Medizin lässt sich also nur schwer wieder schließen. *mn*

→ zuwerfen, um den return of invest zu sichern? Das ist doch ein Unterschied.“

Es sind die kapital- und technikintensiven Fachbereiche, die das größte Industrialisierungspotenzial für Investoren bieten. Ihr Vorgehen ist unterschiedlich, doch man kann grob zwei Strategien unterscheiden:

● **PRIVATE-EQUITY-GESELLSCHAFTEN** sammeln Geld ein und konzentrieren es in Fonds, um Unternehmen zu kaufen und nach einigen Jahren gewinnbringend weiterzuverkaufen. In der ambulanten Medizin wird die Wertsteigerung vor allem durch eine Zusammenführung von Praxen und MVZ zu immer größeren Einheiten erreicht: Man bildet Einkaufsverbände und versucht, straffere Strukturen einzuführen und Personalkosten zu senken. Manche Private-Equity-Gesellschaften erwarten schnelle Rendite, andere machen ihren Profit vornehmlich durch einen möglichst hohen Preis beim Weiterverkauf an andere Investoren. Bemerkenswert ist, dass die Private-Equity-Gesellschaften oftmals Pensions- oder Versicherungsgelder verwalten, so dass die soziale Absicherung von Privatpersonen zur Verschärfung der marktkonzentrierenden Tendenzen beiträgt.

● **GESUNDHEITSKONZERNE** versuchen, einen möglichst großen Teil der Wertschöpfungskette in ihre Hand zu bekommen – von der Krankenhausbehandlung über die ambulante Versorgung bis hin zur Medizingeräte- oder Verbrauchsgüter-Herstellung. Christian Wallwiener, Geschäftsführer der Beratungsfirma WMC Health-



Niedergelasse Medizin auf dem Rückzug: Im ambulanten Dialyse- und Laborbereich Hamburgs haben konzerngeführte Einrichtungen bereits eine dominante Stellung.

care, spricht von einer Strategie des „big deals“ zwischen ambulantem und stationärem Sektor, um Klinikkonzerne als einen marktbeherrschenden Gesundheitsgesamtversorger zu etablieren (*Deutsches Ärzteblatt*, 19.9.2018). Die überregionalen Klinikkonzerne hätten gezeigt, wie die Patientenströme kontrolliert und die Marktmacht ausgespielt werden könne, sagt Wallwiener.

"Klinikkonzerne haben gezeigt, wie die Patientenströme kontrolliert werden können", sagt ein Berater.

In Hamburg drängt vor allem der Krankenhaus-Konzern Asklepios in die ambulante Versorgung. Mittlerweile betreibt er 12 MVZ im Stadtgebiet. Die von Krankenhäusern betriebenen MVZ müssen nicht unbedingt profitabel arbeiten – es genügt, wenn sie als eigengenerierte Möglichkeit des Ausbaus der stationären Wertschöpf-

fungskette fungieren. Hinzu kommt: Die Strukturen der Krankenhäuser werden durch öffentliche Mittel gefördert. Das sorgt für eine Schieflage: Die unabhängigen Praxen stehen mit den Krankenhaus-MVZ im Wettbewerb, können sich aber nicht auf Quersubventionen aus anderen Bereichen stützen. „Wettbewerb ist für die Patienten nur dann von Vorteil, wenn er fair ist“, schreibt der Hamburger Onkologe Dr. Erik Engel im *KVH-Journal* (5/2017). „Und eins steht fest: Wenn geschlossene Versorgungskreisläufe und Monopole entstehen, gibt es weder Wettbewerb noch freie Arztwahl.“

Im Dialyse-Bereich sind sowohl Gesundheitskonzerne als auch Private-Equity-Gesellschaften aktiv. Es gibt in Hamburg drei Nephrocare-MVZ, in Deutschland sollen es nach eigenen Angaben 36 sein. Nephrocare ist eine Tochtergesellschaft der Fresenius Medical Care, die wiederum zum Fresenius-Konzern gehört

– einem Global Player mit 270.000 Mitarbeitern in mehr als 100 Ländern. Fresenius stellt Dialysegeräte und Medikamente her, betreibt Dialysezentren und ist Presseberichten zufolge der größte Klinikbetreiber Europas. In Deutschland gehören Fresenius die 87 Helios-Kliniken und mehr als 80 Helios-MVZ.

Die langjährige Eigentümerin von Fresenius, Else Kröner, gründete 1973 zusammen mit ihrem Mann die Patienten-Heimversorgung, eine gemeinnützige Stiftung, die heute in Deutschland 88 Dialysezentren und 16 MVZ mit nephrologischem Schwerpunkt betreibt – davon drei in Hamburg.

Die Kommunikations-Chefin der Stiftung, Anne Große Vorholt, betont die Unabhängigkeit der Patienten-Heimversorgung. „Unsere Ärzte entscheiden frei nach medizinischen Kriterien, welche Dialysegeräte, Materialien und Verfahren zum Einsatz kommen“, so Große Vorholt. „Die Ausstattung unserer Dialysezentren spiegelt die Marktsituation wider. Es sind Produkte aller Anbieter im Einsatz. Da Fresenius Marktführer bei Dialyseprodukten ist, ist auch der Anteil an Fresenius-Produkten in unseren Zentren höher als der Anteil an Produkten von beispielsweise B.Braun oder Nikkiso (die auch zum Einsatz kommen).“ Und: „Die Produkte beziehen wir bei allen Dialyseproduktanbietern zu marktüblichen Preisen.“

Auch im Hamburger Dialyse-Bereich mischt eine Private-Equity-Gesellschaft mit: Das britische Unternehmen Bridgepoint Capital investiert in Softwareunternehmen, Eisenbahngesellschaften und Freizeitparks. Im Healthcare-Bereich ist es unter an-

Kommerzialisierung der Medizin stoppen!

Politische Forderungen der KV Hamburg

In einem gemeinsamen Brief an die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks weisen Hamburger Ärztekammer, KV Hamburg, Hamburger Zahnärztekammer und KZV Hamburg gemeinsam auf die Gefahren einer Kommerzialisierung der ambulanten Medizin hin.

„Mit großer Sorge beobachten wir die zunehmende Einflussnahme von Kapitalinvestoren auf die medizinische Versorgung“, heißt es in dem Brief. „Bei diesen Investoren dürfte nicht die medizinische Versorgung der Bevölkerung, sondern das Erwirtschaften einer hohen Rendite primäres Anlageziel sein.“ In einigen Fachbereichen sei es für Ärzte nicht mehr möglich, sich in eigener Praxis niederzulassen.

Die KV Hamburg fordert konkret:

- MVZ sollen nur noch von Ärzten und KVen gegründet werden dürfen. Nur im konkreten Einzelfall soll der Zulassungsausschuss auch Krankenhäuser als Gründer zulassen können. Für bestehende MVZ ist der aktuell gültige Bestandsschutz anzuwenden.
- Über die Besitzverhältnisse von MVZ muss Transparenz hergestellt werden. Für die Patienten muss erkennbar sein, welche Investoren und Unternehmen hinter einem MVZ oder einer zur MVZ-Struktur gehörenden Praxis stehen.
- Die Zulassungsregelungen müssen die Praxisnachfolge durch einen niedergelassenen Arzt privilegieren. Der KV ist ein Vetorecht einzuräumen, wenn mehr Zeit benötigt wird, um eine Nachfolge ohne Umwandlung (oder Eingliederung) in ein MVZ zu finden.

derem an Diaverum beteiligt, einem Dialyseanbieter aus Schweden mit 11.000 Angestellten in 18 Ländern. In Hamburg gehören mittlerweile zwei Dialyse-MVZ zu Diaverum.

Welche Auswirkungen hat eine zunehmende Profitorientierung auf die Qualität der Versorgung? Dem Vernehmen nach achten die Konzerne stark auf die Einhaltung von

Qualitätsstandards, was zur Strategie einer „Markenbildung“ passt: Wenn eine Versorgungseinheit durch schlechte Dialyse-Qualität auffällt, leidet der Ruf der gesamten Kette. Das kann nicht im Interesse eines profitorientierten Betreibers sein.

Dass die Akzente mittelfristig dennoch verschoben werden könnten, zeigt ein Blick in die USA, wo

unter anderem auch jene Unternehmen die Dialyseversorgung prägen, die nun in Deutschland auf dem Vormarsch sind.

Dr. Andreas Seifert, Vorsitzender eines Zusammenschlusses niedergelassener Ärzte mit eigener Dialysepraxis in Schleswig-Holstein (Dialysen-SH), hat Kenndaten der Dialyseversorgung in verschiedenen Ländern zusammengetragen. Ergebnis: In den USA sind die Kosten auf ähnlich niedrigem Niveau wie in Deutschland. Doch die Ergebnisqualität ist in Deutschland ungleich besser. „Das bisher dominierende System der vertragsärztlichen Versorgung ist unschlagbar effektiv“, sagt Seifert. „Denn die selbstständigen Vertragsärzte müssen ärztliches Ethos und Ökonomie in jedem Einzelfall in Übereinstimmung bringen.“

Welche Auswirkungen hat es, wenn ein System auf Profit getrimmt wird? Was läuft anders in den USA? Seifert zählt folgende Faktoren auf:

- Die Personalkosten pro Dialysebehandlung werden minimiert. Die Dialysezeit ist kürzer (drei bis dreieinhalb Stunden statt vier bis viereinhalb Stunden in Deutschland).
- Es sind nicht immer Ärzte anwesend: Dialyse wird eher als technische denn als ärztliche Behandlung angesehen.
- Unrentable Versorgungsbereiche werden vernachlässigt oder ganz aufgegeben.

Das KV-System sei auf Mischkalkulation angelegt, sagt Seifert. Etwa 60 Prozent der Arbeit eines Nephrologen finde in der Ambulanz statt. Dabei gehe es um Case Management, um persönliche ärztliche Betreuung –

und auch um die Prävention von Dialyse, also um den Versuch, durch eine gute medikamentöse Einstellung den Zeitpunkt möglichst weit hinauszuzögern, zu dem die Dialyse für einen Patienten unumgänglich wird. „Dieser Versorgungsbereich ist defizitär. Wenn wir rein betriebswirtschaftlich denken würden, müssten wir die Ambulanz schließen“, so Seifert. „Aber so denkt ein Vertragsarzt nicht.“

Das Vertragsarztsystem sei ein wirklich großartiges Modell, sagt Seifert. „Aber im Dialysebereich ist es stark bedroht.“

Fast jeder dritte Vertragsarzt in Deutschland ist über 60 Jahre alt. Die großen Umbrüche stehen also

Bisweilen zeigt sich eine große Entschlossenheit, den Avancen der Konzerne zu widerstehen.

möglicherweise erst noch bevor. Wie werden Ärzte, die ihre Praxen weitergeben wollen, auf das verlockende Angebot eines Konzerns reagieren? Werden sie auf zehntausende, hunderttausende (oder im Einzelfall sogar Millionen) Euro verzichten, um eine Kommerzialisierung abzuwehren, die politisch geduldet und von der Gesellschaft gar nicht als Gefahr wahrgenommen wird? So viel Idealismus wird man auch von Ärzten nicht regelhaft erwarten können.

Bisweilen zeigt sich allerdings eine große Entschlossenheit, den Avancen der Konzerne zu widerstehen. „Es vergeht kein halbes Jahr, in dem ich nicht ein Angebot von einem Investor oder einem großen Konzern

bekomme“, sagt Laborarzt Dr. Jens Heidrich. „Da werden absurd hohe Summen geboten. Noch können wir es uns leisten, nein zu sagen.“

Auch die Hamburger Onkologen wollen die von ihnen aufgebauten Versorgungsstrukturen retten. „Die Inhaber der großen onkologischen Praxen in Hamburg kennen sich untereinander“, sagt die niedergelassene Onkologin Dr. Sigrun Müller-Hagen. „In diesem Kreis gibt es niemanden, der an einen Krankenhauskonzern verkaufen würde.“

Die meisten Praxen haben Verträge, die dafür sorgen, dass einzelne Sitze nicht herausgelöst werden können. Und die Inhaber bereiten die

Übergabe an Nachfolger sorgfältig und von langer Hand vor. „Man findet durchaus niederlassungswillige Ärzte, wenn man sich etwas Mühe gibt“, sagt Müller-Hagen. „Bei uns in der Praxis haben wir zwei

Ärzte eingestellt, um sie an die Niederlassung heranzuführen – einer davon ist mittlerweile Teilhaber, der andere wird es werden.“

Hätte sie nicht wesentlich mehr Geld einstreichen können, wenn sie an einen Konzern verkauft hätte? „Ja, ganz sicher“, sagt Müller-Hagen. „Aber die Praxis ist unser Lebenswerk. Wir wollen nicht, dass sie mit dem Geschäftsgebaren und der Gewinnerwartung eines kommerziellen Unternehmens weitergeführt wird.“ ■

MARTIN NIGGESCHMIDT, Redakteur des KVH-Journal
JENS REMMERT, LL.M., Bereichsleiter Recht der KV Hamburg, Rechtsanwalt (Syndikusrechtsanwalt), Fachanwalt für Medizin

Ministerium: „Keine Zugangsbeschränkungen für die psychotherapeutische Versorgung“

Soll der psychotherapeutischen Behandlung eine externe Steuerungsstelle vorgeschaltet werden? Ein Satz im TSVG-Entwurf könnte so verstanden werden.

Eine Formulierung im Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sorgt für Irritationen bei Vertragspsychotherapeuten: Der Kabinettsvorlage zufolge soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Regeln für eine „gestufte und gesteuerte Versorgung“ der psychotherapeutischen Behandlung entwickeln – und Anforderungen definieren „für die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten“.

Wie ist das zu verstehen? „Gesteuert wird die psychotherapeutische Versorgung bereits seit Jahrzehnten durch die hochqualifizierten niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten“, sagt Hanna Guskowski, Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg. „Und deren Qualifikation durch Approbation und Zulassung ist bereits gesetzlich definiert.“ Soll der psychotherapeutischen Versorgung eine zusätzliche steuernde Stelle vorgeschaltet werden?

Die Pressestelle des Bundesgesundheitsministeriums dementiert. Ja, der G-BA solle Regeln für eine Steuerung der psychotherapeutischen Behandlung erarbeiten. Wie die Behandlungssteuerung ausgestaltet wird, sei aber offen. „Das liegt in der Verantwortung des G-BA“, sagt Pressestellen-Mitarbeiterin Doris Berve-Schucht. „Es wird nicht durch das Gesetz vorgegeben, dass der psychotherapeutischen Ver-

sorgung eine steuernde Stelle vorgeschaltet wird. Es ist auch nicht die Absicht des BMG, Zugangsbeschränkungen für die Versorgung zu errichten. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass der G-BA auf den jüngsten Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie aufbauen und diese weiterentwickeln wird.“

Weshalb dann der missverständliche Satz im Kabinettsentwurf über die Qualifikation der für eine Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten? „Der Bundesgesundheitsminister sollte den Satz einfach wieder streichen“, sagt Hanna Guskowski. „Dies ist auch die Forderung aller ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten.“ ■ *mn*

■

■

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge

- Neue Teilnahmeerklärungen bei den zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10 / U 11 / J 2) zwischen der Techniker Krankenkasse und der AG Vertragskoordination
- Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL), dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI), der

GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse mit der AG Vertragskoordination;

Hier wurde dem Vertrag die aktualisierte Anlage 13 beigelegt.

Hinweis: Kündigung von Verträgen

- Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S als Anlage L zum Gesamtvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg: Die AOK Rheinland/Hamburg hat den Vertrag zum 31. Dezember 2018 gekündigt.

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

Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 - 900

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

ZWEITE EINWEISUNG

Ein Krankenhaus fordert von mir eine zweite Einweisung für einen Patienten an, der bereits für denselben Behandlungsfall eine Einweisung zur stationären Behandlung erhalten hat. Ist das korrekt?

Nein. Wenn der Vertragsarzt einen stationären Aufenthalt für erforderlich hält, ist für diesen Behandlungsfall einmalig eine Einweisung auszustellen. Eine zweite Einweisung auf Wunsch des Krankenhauses (gleichgültig, ob vor oder nach dem stationären Aufenthalt) darf nicht ausgestellt werden.

Das Krankenhaus rechnet alle Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung sowie für die eigentliche stationäre Behandlung über diese Einweisung ab.

Frist für die Bestellung der TI-Konnektoren bis Ende März verlängert

Praxen müssen bis Ende März 2019 alle Komponenten für die Telematikinfrastruktur verbindlich bestellen, um keine Honorarkürzungen zu riskieren. Bis 30. Juni 2019 muss der Anschluss erfolgt sein. Die Fristverlängerung wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verabschiedet.

Ansprechpartner: Abteilung IT
Tel: 22802-539 / -554 / -588 / -845

CHRONIKERPAUSCHALE

Ich bin Hausarzt. In welchen Fällen muss ich die Chronikerpauschale mit H kennzeichnen?

Nach Leistungsinhalt der Chronikerpauschale (GOP 03220 und 03221 EBM) sind zwei Abrechnungsvoraussetzungen zu erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung und
- Notwendigkeit einer „kontinuierlichen“ ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine „kontinuierliche“ ärztliche Behandlung liegt vor, wenn innerhalb der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) in derselben Arztpraxis stattgefunden hat. Zwei der drei Arzt-Patienten-Kontakte müssen dabei persönlich erfolgt sein.

Die Chronikerpauschale wird mit „H“ gekennzeichnet, wenn die notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte in den Vorquartalen fehlen oder nicht zugeordnet werden können, weil der Patient zum Beispiel

- in einen HzV-Vertrag eingeschrieben war,
- als Privatpatient behandelt wurde,
- einen anderen Hausarzt hatte oder
- wenn sich der Name des Patienten geändert hat.

Wir empfehlen Ihnen, die Kennzeichnung mit einem „H“ für die ersten vier Quartale der Behandlung vorzunehmen, um einer Beanstandung durch die zuständige Krankenkasse entgegenzuwirken.



ANTIKOAGULATION

Kann ich die Ausnahmeziffer 32015 (Orale Antikoagulantientherapie) auch bei der Behandlung mit den neuen direkten oralen Antikoagulantien ansetzen?

Nein. Mit der Laborreform vom 1. April 2018 werden für bestimmte Untersuchungsindikationen nur noch einzelne Laborleistungen von der Steuerung der wirtschaftlichen Veranlassung und Erbringung durch den Wirtschaftlichkeitsbonus ausgenommen. Entsprechend gibt es zu jeder Kennnummer (früher Ausnahmeziffer) einen Ziffernkranz. Dieser Ziffernkranz definiert, welche Leistungen bei den ausgewählten Indikationen aus den Laborkosten der Praxis herausgerechnet werden. Alle anderen Laboruntersuchungen, die der Arzt für den Patienten im Quartal veranlasst oder abrechnet, sind für den Wirtschaftlichkeitsbonus relevant. Die Kennnummer 32015 (Orale Antikoagulantientherapie) befreit seitdem ausschließlich die für die Steuerung von Vitamin K-Antagonisten notwendigen Laboruntersuchungen von der Anrechnung auf den arztpraxisspezifischen Fallwert (32026 Thromboplastinzeit, 32113 und 32114 Quick-Wert aus dem Plasma bzw. Kapillarblut, 32120 Kleines Blutbild). Die direkten oralen Antikoagulantien bedürfen in der Regel keiner Therapieüberwachung.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Antonia Lubda, Petra Timmann, Susanne Tessmer, Katja Egbers

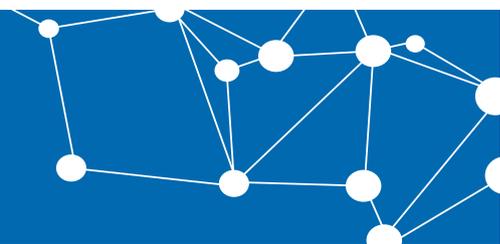
NACHTRAG ZUM ARTIKEL
**„EUROPÄISCHE KRANKEN-
 VERSICHERTENKARTE“**
 (KVH-JOURNAL 10/2018, SEITE 19)

Im Fahrdienst des ärztlichen Bereitschaftsdienstes kommt es immer wieder zu Problemen, weil die europäische Krankenversichertenkarte „EHIC“ nicht kopiert werden kann.

Deshalb wurde zum 1. Oktober 2018 eine Ausnahmeregelung vereinbart: Sollte im fahrenden Notdienst keine unmittelbare Kopiermöglichkeit oder eine andere geeignete Erfassungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, dürfen die Daten der EHIC (oder der provisorischen Ersatzbescheinigung) formlos händisch erfasst werden. Zur händischen Erfassung der Daten können Vertragsärzte im fahrenden Notdienst eine Vorlage verwenden (siehe Internet-Link unten). Wichtig ist hierbei, dass die händisch erfassten Daten mit dem jeweiligen Original übereinstimmen. Bitte bestätigen Sie dies durch Datum, Unterschrift und Arztstempel.

Die Kopie der händisch erfassten Daten verbleibt bei Ihnen in der Praxis und muss zwei Jahre lang aufbewahrt werden.

Die Vorlage zur händischen Erfassung der Daten im fahrenden Notdienst finden Sie im Internet: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter „A“ → Auslandsabkommen → „Auslandsabkommen: Vorlage zur händischen Erfassung der Daten im fahrenden Notdienst“



Telematikinfrastruktur: Finanzierung der Erstausrüstung und der Betriebskosten

Die Erstattungspauschalen für die Telematikinfrastruktur sind mehrfach angepasst worden – zum Vorteil der Ärzte. Hier eine Übersicht der aktuellen Regelungen.

ERSTATTUNGSPAUSCHALEN TELEMATIKINFRASTRUKTUR

ERSTAUSSTATTUNG DER PRAXIS (EINMALIGE ZAHLUNG)

Erstausrüstungspauschale für Konnektor und stationäres Kartenterminal	1.982,00 Euro (1.547,00 Euro für Konnektor, 435,00 Euro für Terminal) Entscheidend dafür, welche Pauschale eine Praxis erhält, ist das Quartal des ersten Versichertenstammdatenabgleichs (VSDM) und nicht des Kaufvertrags oder der Lieferung des Konnektors. Außerdem: Die angegebenen Beträge decken die Kosten für einen Konnektor und für ein Kartenterminal. Für Praxen, die Anspruch auf 2 oder 3 Kartenterminals haben, erhöht sich die Erstausrüstungspauschale pro Gerät um 435 Euro.
Komplexitätszuschlag für Praxen mit Anspruch auf mehrere Kartenterminals	einmalig 230 Euro bei 2 Kartenterminals einmalig 460 Euro bei 3 Kartenterminals
Pauschale für mobiles Kartenterminal	350 Euro Anspruch bei mindestens 3 Hausbesuchen im Quartal und/oder Kooperationsvertrag zur Pflegeheimbetreuung oder Patientenversorgung in anderen Praxen (z.B. Anästhesisten) sowie für ausgelagerte Praxisräume
Starterpauschale für PVS-Update, Installation, Schulung, Ausfallzeiten und zusätzlichen Aufwand in der VSDM-Startphase	900 Euro
LAUFENDE BETRIEBSKOSTEN	
Betriebskostenpauschale für Wartung Konnektor und VPN-Zugangsdienst	248 Euro pro Quartal
Pauschale für Praxisausweis	23,25 Euro pro Quartal und Ausweis (1 Ausweis pro Praxis, 1 weiterer Ausweis für jedes mobile Kartenterminal, auf das die Praxis Anspruch hat)
Pauschale für eHBA	11,63 Euro pro Quartal und Arzt/Psychotherapeut

Quelle: KBV / Stand: 04.10.2018

Die Zahlung der Pauschalen erfolgt automatisch, nachdem die Praxis erstmals den Versichertenstammdatenabgleich durchgeführt hat. Ein gesonderter Antrag oder das Einreichen der Rechnungen für die bezahlten Komponenten ist nicht erforderlich.

Weitere Informationen zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur: www.kvvh.de → Praxis IT & Telematik → Telematikinfrastruktur → „FAQ zur Telematikinfrastruktur“

Ansprechpartner: Infocenter,
Tel: 22902-900



Ausbildung zum Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis

Die KV bietet einen viertägigen Kurs für die Ausbildung zum Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis an. Den Teilnehmern werden alle im Gesundheitswesen relevanten Kenntnisse vermittelt - von wichtigen gesetzlichen Grundlagen bis hin zu praktischen Umsetzungsmaßnahmen für den Praxisalltag. Die Ausbildung richtet sich an Personen, die als Beauftragte für den Datenschutz benannt sind oder benannt werden sollen. Nach erfolgreicher Teilnahme erhält man das Zertifikat „Datenschutzbeauftragter in der Arztpraxis“. ■

Termine: 19.3. bis 22.3.2019

Dienstag : 11 – 17 Uhr

Mittwoch : 9 – 17 Uhr

Donnerstag : 9 – 17 Uhr

Freitag : 9 – 13 Uhr

Teilnahmegebühr: 560 Euro

Ort: KV Hamburg

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Ansprechpartner:

Abteilung Qualitätsmanagement

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

qualitaetsmanagement@kvhh.de

Datenversand an DAVASO: Ab 2019 nur noch elektronisch

Die Übermittlung von DMP-Dokumentationen an die DMP-Datenstelle DAVASO auf Datenträgern (CD-ROM, Diskette, DVD) ist nur noch bis zum 31. Dezember 2018 zulässig. Ab dem 1. Januar 2019 können DMP-Daten nur noch elektronisch (KV-Portal, DMPonline, KV Connect) an die Datenstelle übersandt werden. ■

Ansprechpartnerin:

Astrid Fellerhoff / Abteilung Datenmanagement, Dataming und Telematik

Tel: 22802-539

AOK kündigt AD(H)S-Vertrag

Die AOK hat den Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S zum 31. Dezember 2018 gekündigt. Ab dem 1. Januar 2019 können somit keine Leistungen mehr nach diesem Vertrag erbracht und abgerechnet werden. ■

U10/ U11-Vertrag und J2-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse: neue Formulare

Ab dem 1. Januar 2019 gibt es neue Versicherten-Teilnahmeformulare für den U10/ U11-Vertrag und den J2-Vertrag mit der Techniker Krankenkasse. Die Anpassungen waren aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) erforderlich. ■

Die Formulare finden Sie auf der Internetseite der KV Hamburg:

www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich → „P“ → Pädiatrische Versorgung (U10/ U11/J2)

Ansprechpartner:

Infocenter Tel. 22802-900



Leitsubstanzquote für TNF-alpha-Blocker

Biosimilars first! Auch Adalimumab-Biosimilars sind mittlerweile verfügbar – und dienen der Zielerreichung

Seit Mitte Oktober 2018 sind Adalimumab (Humira®)-Biosimilars in der Apotheke erhältlich. Durch Verordnung dieser Präparate lässt sich die Biosimilarquote im Wirkstoffvereinbarungs-Ziel für TNF-alpha Blocker (Ziel 29) erhö-

hen. Auf Basis der jetzt bekannten Preise sind deutliche Einsparungen gegenüber dem Originalpräparat Humira® realisierbar. Denken Sie daran, dass im Ziel 29 die Verordnung von Rabattarzneimitteln nicht der Zielerreichung dient. Da

nicht nur Humira®, sondern auch die Biosimilars in Rabattverträgen eingeschlossen sind, bleibt auch das rabattierte Humira® kostenintensiver als die biosimilaren Adalimumab-Präparate und dient nicht der Zielerreichung.

DERZEIT IN DEUTSCHLAND ZUGELASSENE ADALIMUMAB-BIOSIMILARS

Produkt	Anbieter	Bruttopreise Packung mit 2 Stück (Fertigpen/-spritze)	Bruttopreise Packung mit 6 Stück (Fertigpen/-spritze)
Amgevita® 40mg	Amgen	918,54 € (ab 15.11.18)	2.782,20 € (ab 15.11.18)
Hulio® 40mg	Mylan	1.144,64 € (ab 15.11.18)	3.354,43 € (ab 15.11.18)
Hyrimoz® 40mg	Sandoz/Hexal	1.144,64 €	3.354,43 €
Imraldi® 40mg	Samsung/Bioepsis/Biogen	1.144,64 €	3.354,43 €
Humira® 40mg (Original)	Abbvie	1.911,47 €	5.324,49 €

Lauer-Taxe Stand: 1.11.2018 / Preise lt. Herstellerinformation

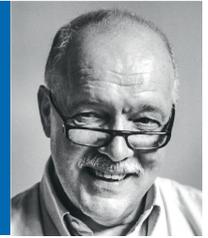
Die neuen Adalimumab-Biosimilars sind in allen Indikationen des Originalpräparates Humira zugelassen (Ausnahme: Uveitis im pädiatrischen Bereich). Switch-Studien belegen, dass Wirksamkeit, Pharmakokinetik, Sicherheit und

Immunogenität der Biosimilars mit den Eigenschaften des Originals vergleichbar sind.

Da es in Apotheken in diesem Bereich keine automatische Substitution vom Original auf das Biosimilar geben darf, müs-

sen Sie das gewünschte Produkt mit dem Handelsnamen auf das Rezept schreiben. Eine reine Wirkstoffverordnung wäre in diesem Fall nicht erlaubt, da es sich um eine unklare Verordnung handeln würde.

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



Die Genom-Revolution

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

Was ist eigentlich so schlimm daran, wenn sich neuerdings immer mehr private Investoren im Gesundheitswesen tummeln? Innovative Konzepte, viel neues Geld und junge Nachwuchskräfte, die frischen Wind in die verkrusteten Strukturen bringen, das kann eigentlich nicht schaden! Es ist doch wirklich beeindruckend, wie beispielsweise private Klinikkonzerne den kommunalen Krankenhäusern immer wieder vormachen, wie man schwarze Zahlen schreibt, kaum dass sie die defizitären Einrichtungen übernommen haben. Gut, sie treten aus den Tarifverträgen aus und zwingen das Personal in sogenannte Notlagentarifverträge. Ja, sie sparen an Personalkosten und streichen Stellen, wo immer es geht.

Und ach, sie schließen defizitäre Abteilungen und kümmern sich dabei nicht darum, ob medizinischer Bedarf für deren Leistungen besteht. Aber dafür renovieren sie die maroden Klinikbauten und stellen neue, moderne Funktionsgebäude daneben. Sie optimieren die Behandlungsabläufe, und die Zufriedenheit ihrer Kunden steht oben an - sagen sie.

Das Gesundheitswesen hat sich gewandelt. Es ist eine Gesundheitsbranche entstanden. Die Gesundheitswirtschaft ist ein einträgliches Geschäft. Das beste Geschäft macht dabei schon immer die Pharmaindustrie. Dabei gab

es keine weißen Westen. Kein Wucher, keine Manipulation von Wissenschaft, keine Korruption gibt es, die sich die Pharmaindustrie noch nicht hat zuschulden kommen lassen. Das ist so allgemein bekannt, dass es eigentlich keine Kolumne mehr wert ist.

Wäre da nicht Goldman Sachs. Sie erinnern sich: Goldman Sachs ist eine US-amerikanische Bank mit Hauptsitz in New York. Investmentbanking und Wertpapierhandel ist eigentlich ihr Hauptgeschäft. Aber dabei haben sie es nie belassen. Goldman Sachs hat Griechenland beim Betrügen geholfen, um der Euro-Zone beitreten zu können. Goldman Sachs soll Software-Diebstahl und Wertpapier-Betrug begangen haben. Goldman Sachs stellt die einflussreichsten Wirtschaftsberater von Donald Trump, der EZB-Chef Mario Draghi war Vizepräsident von Goldman Sachs, und keine andere Bank hat so viele „Termine“ bei der Bundesregierung wie Goldman Sachs.

Und nun hat Goldman Sachs seine Expertise einer Marktuntersuchung für die Pharmaindustrie zur Verfügung gestellt. Und was kommt dabei heraus, wenn Investmentbanker sich mit Gesundheit beschäftigen? Der interne Bericht mit der Überschrift „Die Genom-Revolution“ nimmt als Beispiel ein Medikament gegen Hepatitis C, das mit Hilfe der Gentechnik entwickelt worden ist und das „schon nach einer

einzigsten Anwendung Heilung bringen kann“. Und hier haben wir das Problem: Mit den Hepatitis-C-Medikamenten konnte 2015 ein weltweiter Umsatz von 12,5 Milliarden Dollar erzielt werden, aber schon 2018 werden es nur noch weniger als vier Milliarden sein.

Denn das Medikament gegen Hepatitis C hat Heilungsraten von etwa 90 Prozent, wodurch der Pool von zu behandelnden Patienten immer kleiner wird, was wiederum die Neuinfektionen immer weiter reduziert, also sinkt der Umsatz und somit auch der Gewinn. Das ist zwar ein großartiger Erfolg für Patienten und ein enormer Wert für die Gesellschaft, gleichzeitig aber „eine große Herausforderung für die Entwickler der Gentechnik in der Medizin, die nach einem nachhaltigen Cash Flow streben“, sagt Goldman Sachs. In anderen Worten: Ein schlechtes Geschäftsmodell. Von der Entwicklung solcher Medikamente sollte man Abstand nehmen, sagt Goldman Sachs. Stattdessen sollten sich die Auftraggeber lieber auf Medikamente konzentrieren, wo die Patientenzahl stabil, vielleicht sogar ansteigend sei, also beispielsweise auf Krebsmedikamente. Dann würde das Geschäft auch weiterhin gewinnbringend bleiben.

Und damit ist auch für alle klar, was so schlimm daran ist, wenn private Investoren das Gesundheitswesen übernehmen. Goldman Sachs sei Dank.

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von Dr. Bernd Hontschik und Dr. Matthias Soyka.



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Biomarkerbasierte Tests bei primärem Brustkrebs

Sinnvoll für die Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie?

**VON DANIEL FLEER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)**

R

Rund 70.000 Frauen pro Jahr erhalten in Deutschland die Diagnose Brustkrebs. Bei mehr als der Hälfte dieser Fälle handelt es sich um ein primäres Hormonrezeptorpositives, HER2/neu-negatives Mammakarzinom mit bis zu 3 befallenen Lymphknoten. Man schätzt, dass unabhängig vom Grundrisiko eine Chemotherapie bei Brustkrebs-Patientinnen das Risiko eines Rezidivs um ein Drittel senkt [1].

Vor dem Hintergrund der erheblichen Nebenwirkungen einer Chemotherapie und der Tatsache, dass die Mehrzahl der Patientinnen auch ohne Chemotherapie kein Rezidiv erleiden, wird angestrebt, die Patientinnen zu identifizieren, die nur ein geringes Rezidivrisiko haben und denen somit eine Chemotherapie erspart werden kann.

Auf Basis weiterer klinischer Kriterien wie Alter, Tumorgrad und -größe ist dies jedoch bei einem Teil der

Betroffenen nicht sicher möglich. Bei diesen Patientinnen erhofft man sich durch Gewebeuntersuchung von molekularbiologisch basierten Markern (Biomarker-Tests) Unterstützung bei der Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie. Die Schätzungen, bei welchem Teil aller Patientinnen ein solcher Test hilfreich wäre, bewegen sich zwischen 10.000 bis 20.000 Frauen pro Jahr in Deutschland. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Nutzenbewertungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) aus den Jahren 2016 und 2018 [2,3] zu diesen Biomarker-Tests zusammengefasst.

Die Markteinführung von Brustkrebs-Biomarker-Tests, größtenteils Genexpressionstests, liegt über 10 Jahre zurück. Trotzdem stammen die Erkenntnisse zu den Tests zur oben skizzierten Fragestellung bisher fast ausschließlich aus retrospektiv-prospektiven Studien. Dafür werden konservierte Tumorproben aus einem anderen Forschungskontext nachträglich mit dem Biomarker-Test untersucht, um aus der bereits dokumentierten Nachbeobachtung der Patientinnen Erkenntnisse zu den prognostischen Fähigkeiten der Tests zu gewinnen.

Die in die IQWiG-Bewertung eingeschlossenen Prognosestudien sollen zeigen, dass die durch die untersuchten Tests (EndoPredict, Oncotype DX, Prosigna und Breast-Cancer-Index) identifizierten Patientinnen nur ein geringes Risiko für ein Rezidiv haben, obwohl sie keine Chemotherapie erhalten haben. Erkenntnis-

se zum Effekt einer Chemotherapie bei diesen Frauen – also zu vermiedenen Rezidiven und demgegenüber aufgetretenen Nebenwirkungen – lassen sich dabei allerdings nur aus historischen Vergleichen ziehen.

Ein weiteres Problem solcher retrospektiven Untersuchungsmethoden ist, dass zumeist nur noch von rund der Hälfte der Frauen Tumorproben zur Verfügung stehen. Dadurch ist die Repräsentativität der untersuchten Proben zweifelhaft. Zudem erfassen diese Prognosestudien durchweg primär die auftretenden Fernrezidive. Das IQWiG erachtet aber zur Bewertung von Prognosestudien in erster Linie den Endpunkt krankheitsfreies Überleben als relevant, denn dieser Endpunkt enthält weitere, ebenfalls patientenrelevante Ereignisse wie das Auftreten von lokoregionalem oder kontralateralem Brustkrebs oder von Sekundärtumoren.

Erst zwischen 2006 und 2012 starteten Studien, die den Nutzen verschiedener Biomarker-Tests gemäß international anerkannter Standards untersuchen. Ergebnisse der Studien MINDACT und TAILORx [4,5], zwei der ersten dieser prospektiven randomisierten Studien, konnten in die Nutzenbewertungen des IQWiG einfließen.

Die 5-Jahres-Zwischenergebnisse der Studie MINDACT sind enttäuschend: Von über 11.000 Patientinnen wurden 13 % auf Basis klassischer klinisch-pathologischer Kriterien (Östrogenrezeptorstatus, Her2/neu-Status, Tumorgrad und -größe, Zahl befallener Lymphknoten) ein hohes Risiko attestiert, auf Basis des untersuchten Biomarker-Tests MammaPrint dage-

gen ein niedriges Risiko. Bei den mit Chemotherapie behandelten Patientinnen dieser Gruppe wurde für das krankheitsfreie Überleben nach 5 Jahren eine Risikominderung beobachtet, die mit absolut etwa 3 Prozentpunkten in der Per-Protokoll-Auswertung sogar statistisch signifikant war. Inklusiv statistischer Unsicherheit beträgt der potenzielle Vorteil in Prozentpunkten gegenüber den Patientinnen, die in den Studienarm ohne Chemotherapie randomisiert wurden, bis zu 2,6 (Mortalität), 6,1 (krankheitsfreies Überleben) und 3,9 (Fernrezidive).

Die Leitlinie der US-amerikanischen Onkologen (ASCO) hält eine Chemotherapie nur dann für verzichtbar, wenn von den Patientinnen höchstens 3 % aufgrund eines vermiedenen Rezidivs profitieren würden [6]. Obwohl für eine verlässliche Aussage eine Beobachtung von weiteren 5 Jahren notwendig ist, hat sich die ASCO – wenig nachvollziehbar – für eine Empfehlung des MammaPrint entschieden [7]. Laut aktueller deutscher S3-Leitlinie lassen die jetzigen Ergebnisse der MINDACT-Studie „jedenfalls nicht erkennen, dass der Verzicht auf eine Chemotherapie bei Patientinnen mit einem niedrigen Risiko des Multigentests die eindeutig beste Empfehlung ist“ [8]. Auch die aktuelle Nutzenbewertung des EU-Netzwerks für Health Technology Assessment sieht den klinischen Nutzen des Tests als nicht belegt an [9].

Die ebenfalls prospektiv geplante Studie TAILORx hatte das Ziel herauszufinden, ob eine rein endokrine



Therapie bei Patientinnen mit einem mittleren Oncotype DX Recurrence Score (RS) von 11 bis 25 der Therapie mit einer zusätzlichen Chemotherapie für den Endpunkt krankheitsfreies Überleben nicht unterlegen ist.

Die Patientinnen wurden dazu in entsprechende Studienarme randomisiert. Für die Patientinnen, die älter als 50 Jahre oder postmenopausal waren, zeigte sich nach 9 Jahren für den Endpunkt krankheitsfreies Überleben nur ein (nicht statistisch signifikanter) Unterschied von geschätzt 1 Prozentpunkt, der auch inklusive des Konfidenzintervalls nur knapp 3 Prozentpunkte erreichte. Damit kann die Studie für diese Patientinnen mit einem RS von 11 bis 25 die Nichtunterlegenheit einer Behandlung ohne Chemotherapie zeigen.

Bei den entsprechenden Patientinnen unter 50 Jahren oder vor der Menopause traten Rezidive in der Gruppe ohne Chemotherapie allerdings statistisch signifikant häufiger auf. Frauen mit Risikowerten unter 11 und über 25 wurden in der Studie nicht randomisiert, da die Autoren in diesen Bereichen die Entscheidung auf Basis des Tests als ausreichend wissenschaftlich gesichert erachteten. Patientinnen mit einem laut Testergebnis geringen Rezidivrisiko, das heißt einem niedrigen RS von 0 bis 10, erhielten eine rein endokrine Therapie. Diejenigen mit einem hohen RS größer als 25 wurden entsprechend zusätzlich mit einer Chemotherapie behandelt.

Mithilfe weiterer Studiendaten und Auswertungen von Subgruppen mit RS-Werten von 11 bis 15, 16 bis 20 und 21 bis 25 lässt sich die plausible Annahme treffen, dass bei einem niedrigen RS im Bereich von 0 bis 10 eine Chemotherapie auch Frauen unter 50 Jahren oder vor der Menopause keinen relevanten Vorteil mehr bringt.

Die Frauen im randomisierten Teil wurden zudem mit dem bereits in der Studie MINDACT angewandten

Schema auf Basis rein klinischer Kriterien in 2 Gruppen mit niedrigem und hohem Risiko unterteilt. In beiden zeigte sich der gleiche geringe Effekt einer Chemotherapie. Unter der Annahme, dass in der Praxis die klinische Risikobewertung nach ähnlichen Kriterien durchgeführt wird, lässt die Studie einen Vorteil für den Oncotype DX gegenüber einer rein klinisch basierten Entscheidung erkennen.

Da die Erkenntnisse nur aus einer Studie stammen und mehrere Annahmen notwendig waren, wurde in der IQWiG-Bewertung kein Beleg oder Hinweis, sondern lediglich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen für den Test abgeleitet.

In aus klinischer Sicht unklaren Fällen könnten demnach ältere Frauen mit einem RS von 0 bis 25 und jüngere Frauen mit RS von 0 bis 10 auf eine Chemotherapie verzichten, ohne ihr Rezidivrisiko relevant zu erhöhen. Diese Aussagen gelten gemäß den Einschlusskriterien der Studie für Patientinnen mit primärem Hormonrezeptor-positivem, HER2/neu-negativem Mammakarzinom, bei denen keine Lymphknoten befallen sind. Eine entsprechende Studie zu Frauen mit befallenen Lymphknoten läuft noch [10]. Aktuell (Stand November 2018) berät der G-BA darüber, ob mit dem Oncotype DX erstmals ein Biomarker-Test in dieser Indikation in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wird.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bisher keine Studien durchgeführt wurden, die es erlauben, ohne Annahmen zu beurteilen, ob sich aus den Ergebnissen in der Praxis für die Patientinnen ein Vorteil durch einen Test ergibt. Bei den Prognosestudien fehlt jeglicher Vergleich, sodass der verzichtbare (?) Effekt einer Chemotherapie geschätzt und schlechtere (?) Ergebnisse einer rein klinischen Entscheidungsstrategie ange-

nommen werden müssen. Auch in den bisher vorliegenden randomisierten Studien ist unklar, ob die als Vergleich verwendete, einfache klinische Bewertungsstrategie auf Basis von Tumorgröße und -grading der deutschen Versorgungsrealität nahekommt, bei der oft Tumorboards für jede Patientin eine individuelle Behandlungsstrategie festlegen. So ist denkbar, dass ein Teil der in die TAILORx-Studie eingeschlossenen Patientinnen in der Praxis als klinisch so eindeutig bewertet wird, dass ein Biomarker-Test als verzichtbar eingestuft wird. Darüber hinaus ist zu beklagen, dass bisher auch in keiner der randomisierten Studien die Nebenwirkungen der Chemotherapie dokumentiert wurden. Denn letztendlich muss doch jede einzelne Patientin (und

nicht die Fachleute aus der Ärzteschaft oder dem IQWiG) informiert entscheiden können, welches Ausmaß an Chemotherapie-Nebenwirkungen sie zu akzeptieren bereit ist, um eine bestimmte Rezidivrisikosenkung zu erreichen. Im Sinne der betroffenen Frauen sind hier Studien zu fordern, die alle patientenrelevanten Ereignisse erfassen und den Vergleich komplexer, praxisnaher Entscheidungsstrategien abbilden. ■

Dr. rer. nat. Daniel Fleer
Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
Im Mediapark 8, D-50670 Köln

1. Peto R, Davies C, Godwin J, Gray R, Pan HC, Clarke M et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomised trials. *Lancet* 2012; 379(9814): 432-444.
2. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Biomarkerbasierte Tests zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom: Abschlussbericht; Auftrag D14-01 [online]. 27.10.2016 [Zugriff: 05.12.2016]. (IQWiG-Berichte; Band 457). URL: https://www.iqwig.de/download/D14-01_Abschlussbericht_Biomarker-bei-Mammakarzinom.pdf.
3. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Biomarkerbasierte Tests zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mammakarzinom— Addendum zum Auftrag D14-01; Auftrag D18-01 [online]. 05.09.2018 [Zugriff: 06.09.2018]. (IQWiG-Berichte; Band 655). URL: https://www.iqwig.de/download/D18-01_Biomarker-bei-Mammakarzinom_Addendum-zum-Auftrag-D14-01_V1-1.pdf.
4. Cardoso F, Van't Veer LJ, Bogaerts J, Slaets L, Viale G, Delaloge S et al. 70-gene signature as an aid to treatment decisions in early-stage breast cancer. *N Engl J Med* 2016; 375(8): 717-729.
5. Sparano JA, Gray RJ, Makower DF, Pritchard KI, Albain KS, Hayes DF et al. Adjuvant chemotherapy guided by a 21-gene expression assay in breast cancer. *N Engl J Med* 2018; 379(2): 111-121.
6. Harris LN, Ismaila N, McShane LM, Andre F, Collyar DE, Gonzalez-Angulo AM et al. Use of Biomarkers to Guide Decisions on Adjuvant Systemic Therapy for Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol* 2016; 34(10): 1134-1150.
7. Krop I, Ismaila N, Andre F, Bast RC, Barlow W, Collyar DE et al. Use of Biomarkers to Guide Decisions on Adjuvant Systemic Therapy for Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Focused Update. *Journal of Clinical Oncology* 2017; 35(24): 2838-2847.
8. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.0, 2017 AWMF Registernummer: 032-045OL [online]. 12.2017 [Zugriff: 02.03.2018]. URL: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/>.
9. EUnetHTA Joint Action 3 WP4. Rapid assessment of other technologies using the HTA Core Model® for Rapid Relative Effectiveness Assessment MammaPrint® Added value of using the gene expression signature test MammaPrint® for adjuvant chemotherapy decision-making in early breast cancer, Project ID: OTCA04 [online]. [Zugriff: 02.03.2018]. URL: http://www.eunethta.eu/wp-content/uploads/2018/01/EUnetHTA_assessment_mammaprint_final.pdf.
10. National Cancer Institute. Tamoxifen citrate, letrozole, anastrozole, or exemestane with or without chemotherapy in treating patients with invasive RxPONDER breast cancer: full text view [online]. In: *ClinicalTrials.gov* 10.04.2015 [Zugriff: 14.04.2015]. URL: <http://ClinicalTrials.gov/show/NCT01272037>.

VON DR. ISOLDE DE VRIES

Versammlung des Kreises 3

Bei schorfartigen Wunden auch an Basalzell- und Plattenepithelkarzinom denken

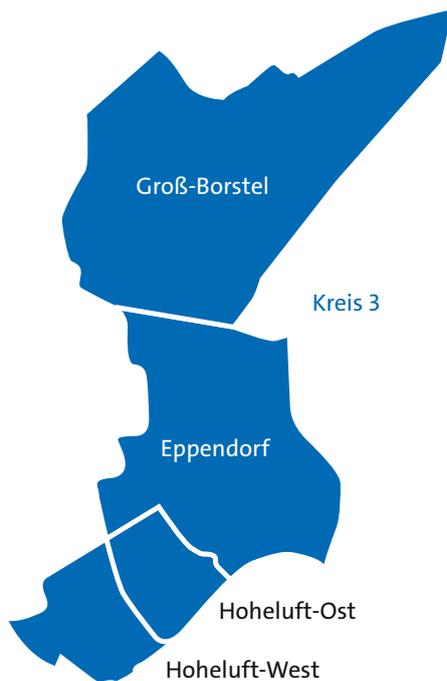
Bei unserer Kreisversammlung am 17. Oktober 2018 im Kreis 3 (Eppendorf, Groß Borstel und Hohe- luft), zu der 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gekommen waren, stand wie üblich zunächst ein fachliches Thema auf der Agenda.

Nach einer kurzen Kennenlern- runde, bei der sich insbesondere zwei neu niedergelassene Kollegen aus den Fachgebieten Urologie und Psychosomatik vorstellten, erklärte uns die Haut- und Gesichtschir- urgin Dr. Sonja Brumme ([www. mit-sicherer-hand.de](http://www.mit-sicherer-hand.de)), worauf es bei der Behandlung des Basalzell- und Plattenepithelkarzinoms im Gesicht ankommt.

So handelt es sich bei diesen Haut- krebstypen um besonders häufige Karzinome, die man bei rechtzei- tiger Diagnose gut behandeln und heilen kann. Voraussetzung für eine solche gute Prognose ist, dass man nicht unnötig Zeit verstreichen lässt – allerdings wenden sich nach

Einschätzung von Dr. Brumme viele Menschen erst spät an eine Ärztin oder einen Arzt, um die Symptome abklären zu lassen. Dr. Brumme bat deshalb die Kolleginnen und

Kollegen aller Fachrichtungen, Patientinnen und Patienten – un- abhängig vom eigentlichen Grund ihres Termins in der Praxis – aktiv auf schorfartige Wunden im Gesicht



anzusprechen, die nicht von allein wieder abheilen. Nur so könne man sie dafür sensibilisieren, dass es sich hierbei möglicherweise um ein Kar- zinom handelt, das sich im Frühsta-

Wir sind gut vernetzt und regeln viele Alltagsprobleme in der Praxis mit einem Griff zum Telefon.

dium mit guter Prognose erfolgreich therapieren lässt. Der Vortrag von Dr. Brumme war sehr informativ und interessant – es ist schließlich wichtig, immer wieder einmal über

den Tellerrand der eigenen Fachrich- tung hinauszuschauen.

Daneben informierten Prof. Martin Lambert von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am UKE gemeinsam mit der wissenschaftlichen Mitar- beiterin Frau Susanne Pruskil über das Recover-Projekt ([www.recover- hamburg.de](http://www.recover-hamburg.de)), der Fortsetzung eines entsprechenden IV-Projekts. Ziel ist es, psychisch Kranke so rasch wie möglich einer ambulanten Behand- lung zuzuführen. Bislang hat das Projekt 180 Kooperationspartner. Es soll bis 2020 weiterlaufen, danach folgt eine Evaluation, nach der das Konzept ggf. in die Regelversorgung überführt werden soll. Prof. Lambert lud die Anwesenden ein, sich eben- falls an dem Projekt zu beteiligen.

Beim anschließenden politi- schen Meinungsaustausch standen die Wahl zur Delegier- tenversammlung der Hamburgischen Ärztes- kammer und die aktu- elle Entwicklung der Telematikinfrastruktur (TI) im Fokus. Nur zwei oder drei der Anwesen- den konnten bereits über eigene Erfahrun-

gen mit der Anbindung an die TI mit einem Konnektor berichten. Bei den anderen überwiegt noch die Skepsis. Insbesondere die aktuellen Angebote von Vodafone und der Te-

lekom werden kritisch gesehen, da nicht klar ist, ob die Konnektoren dieser Unternehmen tatsächlich mit den jeweiligen Praxissoftware-Systemen korrespondieren.

Die Psychotherapeutin Heike Folkerts nutzte die Kreisversammlung, um auf ihre Suche nach einem geeigneten Therapieraum aufmerksam zu machen. Sie benötigt ab Januar 2019 dringend einen geeigneten Raum in Barmbek oder Umgebung (Eilbek, Dulsberg, Winterhude etc.) und freut sich über Hinweise auf entsprechende Mietangebote. Kontakt: 0171 3878377 oder h.folkerts@t-online.de.

Die Stimmung im Kreis ist nach wie vor gut, auch wenn sich von insgesamt 200 nur ein harter Kern von etwa 15 Kolleginnen und Kollegen regelmäßig an den Kreisversammlungen beteiligt. Wir sind untereinander gut vernetzt und regeln viele Alltagsprobleme unkompliziert mit einem Griff zum Telefon. Dies wird insbesondere für die psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen in letzter Zeit durch die verpflichtenden von der Terminservicestelle (TSS) vermittelten Patientenzuweisungen erschwert: Die Zeit, die für die durch die TSS vermittelten Behand-

lungsstunden zur Verfügung steht, fehlt an anderer Stelle, wenn es zum Beispiel um die Vermittlung und Beratung von Patientinnen und Patienten im ärztlichen Kollegennetzwerk, insbesondere von Hausärztinnen und Hausärzten geht. ■

Dr. Isolde de Vries



Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Eppendorf und Obfrau des Kreises 3

VON DR. ULRICH WENDISCH

Versammlung der Kreise 15 und 16

Das TSVG: Aushöhlung der freien Arztwahl?

Mit dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KV Hamburg, Dr. Dirk Heinrich, hatten wir für die gemeinsame Versammlung der Kreise 15 und 16 einen hochkarätigen Referenten eingeladen. 35 Kolleginnen und Kollegen waren dabei, als er über den Entwurf für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) berichtete, der im Dezember im Gesundheitsausschuss des Bundestages beraten werden soll.

Dr. Heinrich brachte hier auch ganz grundsätzliche Bedenken ins Spiel. Denn mit zunehmender

Verbreitung von Instrumenten zur Online-Terminvergabe verlieren Ärztinnen und Ärzte mehr und mehr die Hoheit über ihre eigenen Termine. Bestrebungen von Seiten der IT-Industrie könnten darauf hinauslaufen, dass Patientinnen und Patienten vermehrt nicht mehr bei der Praxis ihrer Wahl telefonisch einen Termin vereinbaren, sondern hierfür Service-Dienstleister nutzen.

Die Idee dahinter: Man gibt in einem Internet-Portal nur die eigene Postleitzahl und die beobachteten Symptome ein, und schon erhält man Vorschläge dafür, welcher Arzt beziehungsweise welche Ärztin wel-

cher Fachrichtung hierfür in Frage kommt.

Was zunächst einmal praktisch klingt, birgt aber durchaus Gefahren: Denn sofern es sich bei dem Anbieter einer solchen Online-Plattform nicht um unsere eigene Selbstverwaltung handelt, sondern einen Fremdanbieter, dürfte der Service kaum kostenlos angeboten werden. Sprich: Arztpraxen, die nur einen Grateintrag nutzen, erhalten von den Portalen möglicherweise weniger Patientinnen und Patienten zugewiesen als Premiumpartner, die für Patientenzuweisung viel Geld bezahlen. Damit verlieren die



Praxen aber nicht nur ihre Terminhoheit, sondern es wird auch die freie Arztwahl zunehmend ausgehöhlt.

Auch der zweite Vortrag des Abends behandelte ein leidiges Thema, das uns seit nunmehr einem halben Jahr auf den Nägeln brennt: Der Datenschutzbeauftragte der KV Hamburg, Andreas List, berichtete über den aktuellen Stand der Umsetzung der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in den Hamburger Arztpraxen.

Die anschließende Diskussion offenbarte, dass viele der durch Politik und Juristen unterbreiteten Lösungsvorschläge im ärztlichen Praxisalltag schlicht nicht praktikabel sind. So verhindert die DSGVO in vielen Fällen die einfache und seit Jahrzehnten bewährte schnelle Übermittlung von Patientenbefunden zwischen ärztlichen Kollegin-

nen und Kollegen. Ein Beispiel aus meiner diabetologischen Schwerpunktpraxis: Ein Patient bekommt während eines Routinetermins Blut abgenommen. Die anschließende Laboruntersuchung ergibt einen auffälligen Nierenbefund, den ich gern mit einem Nephrologen besprechen würde. Anders als früher kann ich den Laborbefund nicht einfach an einen kooperierenden Nephrologen weiterleiten, weil mir hierfür die schriftliche Einverständnis des Patienten fehlt.

Auch die anderen Anwesenden waren sich einig, dass die neuen Datenschutzbestimmungen enorm viel Aufklärungs- und Dokumentationsaufwand verursachen, den unsere Patientinnen und Patienten in der Regel auch gar nicht verstehen. Denn anders als viele Juristen und Politiker glau-

ben, sind unsere Patientinnen und Patienten eben nicht allesamt vernünftig, mündig und gut informiert. Die meisten von ihnen gehen ganz selbstverständlich davon aus, dass wir ihre medizinischen Daten auch an weiterbehandelnde Kolleginnen und Kollegen übermitteln, dabei müssen wir uns mittlerweile jeden einzelnen Schritt schriftlich von ihnen genehmigen lassen – eine unglaubliche Zettelwirtschaft!

Wir können diesen Vorgaben eigentlich nur dadurch begegnen, dass wir sie entweder ignorieren oder durch einen immensen bürokratischen Zeit- und Personalaufwand ertragen.

Die Kreisversammlung hatte also hochkarätige Vorträge zu bieten. Wir freuen uns über jede Kollegin und jeden Kollegen, der beim nächsten Treffen neu hinzukommt - denn ein wichtiger Nebeneffekt ist, dass die Kolleginnen und Kollegen des Kreises sich austauschen und besser kennenlernen. ■

Dr. Ulrich Wendisch



Internist
in Othmarschen
und Obmann
des Kreises 15

Dr. Thorsten Bruhns



Urologe
in Blankenese
und Obmann
des Kreises 16

Die Termine weiterer Kreisversammlungen finden Sie im Kalender auf Seite 30.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Henning Harder**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Henning Harder**

Geburtsdatum: **2.6.1956**

Familienstand: **glücklich verheiratet, drei erwachsene Kinder.**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin, Innere Medizin**

Weiter Ämter: **2. Vorsitzender Hausärzterverband Hamburg eV, Mitglied Beratender Fachausschuss Hausärzte, Qualitätszirkel-Moderator und -Tutor.**

Hobbys: **Familie, Freunde, vielfältige Outdoor-Aktivitäten, Sport, Politik in einer Welt.**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Bedingt. Eine patientenorientierte Medizin könnte so zufriedenstellend sein ...

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ein bisschen weniger Besitzstandswahrung und mehr Verteilungsgerechtigkeit dürften schon sein. Im Gesundheitssystem steckt genug Geld, es müsste nur sinnvoller eingesetzt werden. Forderung nach einem Primärarztssystem. Hochwertige und umfassende Aus- und Weiterbildung der Hausärzteschaft.

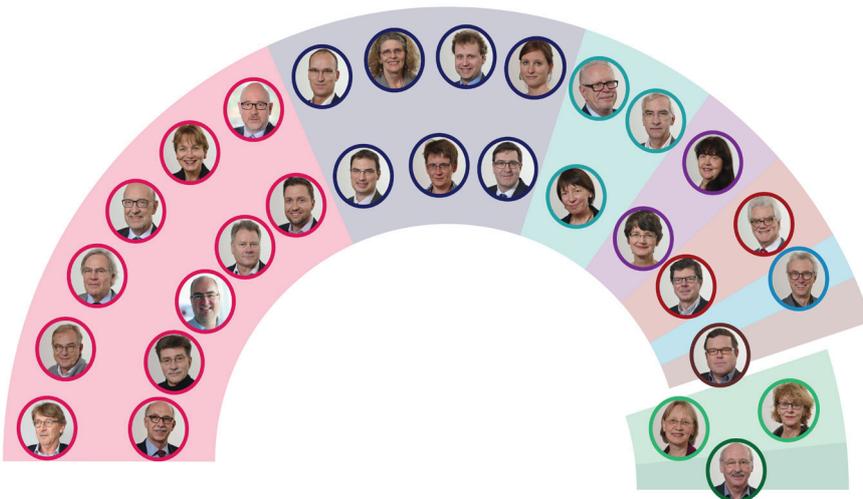
Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Verpflichtende "pharmafreie" Fortbildung. Förderung von Qualitätszirkelarbeit für KollegInnen gleicher oder verschiedener Fachgruppen. Möglichst ohne Frontalvorträge, sondern mit dem Ziel, durch gemeinsame Reflexion das eigene Handeln kritisch zu überprüfen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Zu viel Fließband, zu wenig Zeit für individuelle Medizin. Zu viel Dokumentation. Zu viel Regelwerk. Zu wenig sinnvoller Mitteleinsatz. Zu viel Nebeneinander und zu wenig Miteinander. Zu viel unnützer Kram.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Bei gestreckten Knien mit den Fingerspitzen auf den Boden zu kommen.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 13.12.2018 (ab 19.30 Uhr)
 Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen

Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

Termine und weitere Infos:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „DMP“ eingeben

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300
 E-Mail: akademie@aekhh.de
 Online-Anmeldung:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

KREISVERSAMMLUNG

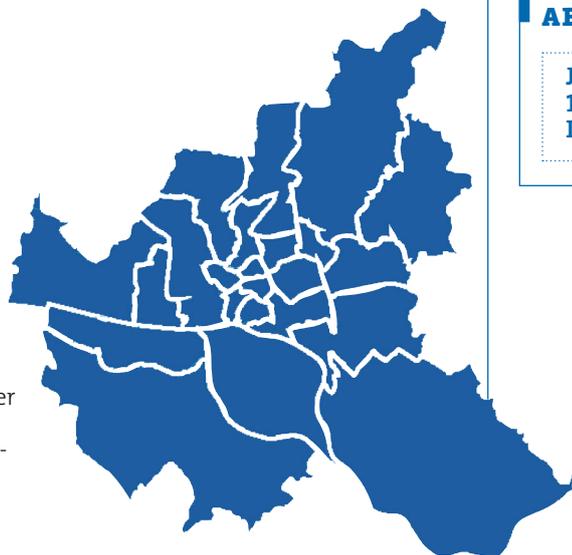
KREIS 14 (Altona, Altona-Nord, Ottensen, Bahrenfeld, Eidelstedt, Stellingen)
Kreisobmann: Frank Bethge
Stellvertreter: Dr. Holger Butting

Mi, 5.12.2018 (16 Uhr)

Programm:

- Begrüßung und Vorstellung neuer Kollegen
- Terminservice- und Versorgungsgesetz (Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung)
- Telematikinfrastruktur (Astrid Fellerhoff, Abteilung IT der KV Hamburg)

Ort: Aesculabor
 Haferweg 36, 22769 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP Datenschutz

Im Seminar werden Sie mit allen relevanten Aspekten des Datenschutzes vertraut gemacht. Schwerpunkte sind die gesetzlichen Grundlagen, der Umgang mit Patientendaten sowie Diskretion in der Praxis. Außerdem werden das Erfordernis und die Aufgaben eines Datenschutzbeauftragten besprochen.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 9.1.2019 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

Neue Mitarbeiter einarbeiten

Das Seminar unterstützt Sie dabei, professionelle Ausbildungs- und Einarbeitungsstrukturen in Ihrer Praxis aufzubauen und zu verankern. Für Praxisinhaber und -mitarbeiter, die mit der Einarbeitung und Betreuung neuer Mitarbeiter betraut sind.

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 30.1.2019 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 119 inkl. Imbiss & Getränke

QEP Hygiene

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren unter anderem, welche Aufgaben der Hygienebeauftragte hat, wie Sie sich auf eine Praxisbegehung durch Behörden vorbereiten können, wie Hygiene-, Hautschutz-, und Reinigungspläne erstellt werden und vieles mehr.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 27.2.2019 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Infos zur Anmeldung: www.kvvh.de →
Fortbildung → Termine

Auskunft und Anmeldung:
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858
qualitaetsmanagement@kvvh.de

wir
regulieren
ihren

[puls • schlag]

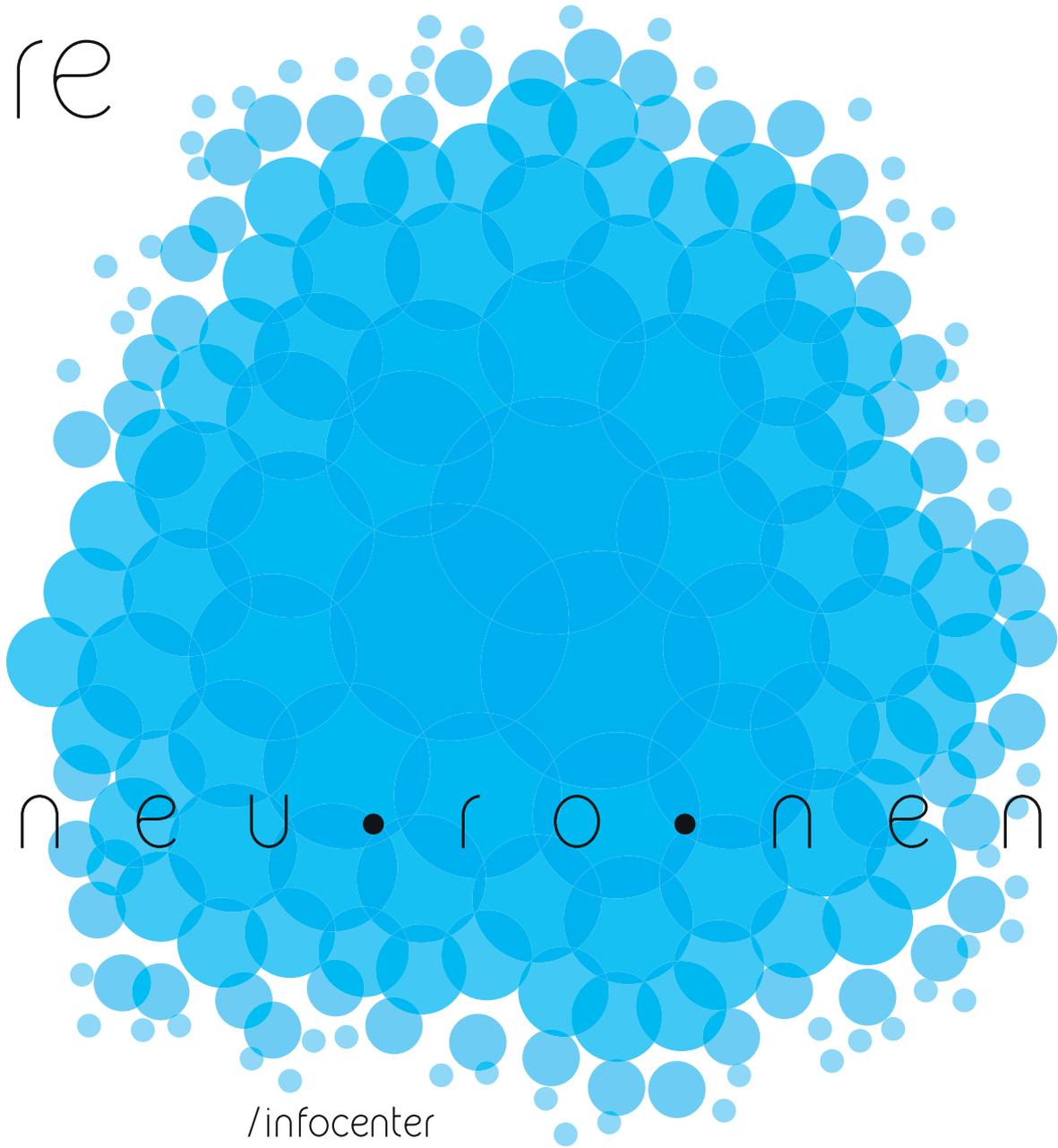
/praxisberatung

so vielfältig ihr praxisalltag, so vielschichtig die vorgaben, die es dabei zu beachten gilt. wie also patientenorientiert praktizieren, ohne dabei dinge wie das wirtschaftlichkeitsgebot aus dem blick zu verlieren? in der praxisberatung der kvh finden sie gemeinsam mit erfahrenen ärzten und apothekern lösungen. fragen sie uns einfach!

©markoagentur.de

KVH Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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