

KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 10/2012

Operation Goldrausch

Dagobert von Stackel fährt
Beitragsgelder ein



Honorarstreit

KV fordert Ausgleich für
Kostenanstieg in den Praxen

Versorgerpraxen

"Wir wissen nicht
mehr weiter"

Hightech-Medizin

Warum hoher Umsatz nicht
hohes Einkommen bedeutet

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die ungewöhnliche öffentliche Aufmerksamkeit, die den Honorarverhandlungen diesmal zuteil wird, ist für die Ärzteseite nützlich. Medien und Öffentlichkeit haben durchaus Verständnis für die Sorgen der Ärzte um die Versorgung. Wer glaubt, jetzt interne Verteilungsdebatten führen zu müssen, setzt den möglichen Erfolg aufs Spiel. Über 20 Milliarden Euro Überschuss haben die Kassen angehäuft. Jede Arztgruppe weiß: Das Geld, das benötigt wird, um die Versorgung sicherzustellen, ist nicht bei den Kollegen zu holen, sondern bei den Krankenkassen. Im Geld schwimmen und sich dennoch aus der Verantwortung stehlen? Das wird nicht funktionieren.



*Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, E-Mail: redaktion@kvhh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, www.hqhh.de

Titelbild: Julia Späth

Ausgabe 10/2012 (1. Oktober 2012)

Redaktionsschluss: 17. September 2012

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Honorarverhandlungen: Warum Ärzte und Psychotherapeuten sauer sind	4
KV fordert Ausgleich der Kostensteigerungen in den Praxen	5
Brandbrief: „Wir wissen nicht mehr weiter!“	8
Beispiel Radiologie: Warum hoher Umsatz nicht hohes Einkommen bedeutet	10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	12
AOK-Hausarztvertrag: Prämie für 80prozentige DMP-Einschreibequote /	
DAK-Versicherte: Medikamentenvernebler nur noch von PHILmed	13
Heilmittelverordnungen müssen korrekt ausgefüllt werden	14

Brennpunkt Arznei

Stiko: Keine Änderung der Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung /	
Trendmeldung zu Arzneimittelrichtgrößen 2012	15
Teilung von Tabletten nur noch in Ausnahmefällen möglich	16
Therapiesymposium der Arzneimittelkommission in Hamburg	17

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet	18
------------------------------	----

Abrechnung

Abgabe der Abrechnungsunterlagen für das 3. Quartal 2012	19
--	----

Forum

Leserbriefe	19
Selbsthilfeforum: "Erkrankte Kinder und Selbsthilfe" /	
Fachtagung für Praxismitarbeiter	20

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik	21
---	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung	22
Terminkalender	23

Nachgefragt

■ Honorarverhandlungen: Warum Ärzte und Psychotherapeuten sauer sind



Seit Jahren warten wir auf einen Ausgleich unserer Kostensteigerungen. Dieser muss sich in einem deutlich höheren Punktwert ausdrücken. Gleichzeitig haben die Krankenkassen Überschüsse in Höhe von 20 Milliarden Euro gehortet, wollen nun aber ausgerechnet bei der ambulanten medizinischen Versorgung die Daumenschrauben anlegen. Darüberhinaus werden wir niedergelassenen Ärzte von den Kassen auch noch als eine geldgierige, überbezahlte Spezies verunglimpft. Dass die medizinische Versorgung ohne unser - zum Teil unbezahltes - Engagement zum Erliegen kommen würde, blenden die Kassenvertreter vollständig aus. Wie man unter diesen Umständen junge Ärzte für die Niederlassung begeistern und die ambulante Versorgung in großstädtischen Brennpunkten und auf dem Land gewährleisten will, bleibt das Geheimnis der Kassenbosse.

*Dr. Dirk Heinrich
Vorsitzender des NAV-Virchow-
Bundes und Leiter der Koordinie-
rungsstelle für den Ärzteprotest*



Wir sind maßlos sauer, in der Presse lesen zu müssen, ein Hausarzt habe 160.000 Euro Praxisgewinn. Fakt ist: In Hamburg hat ein Hausarzt das mit Glück als Praxisumsatz! Dabei sind seit 10 Jahren die erheblichen nach Hamburg fließenden Mittel jedes Jahr aufgestockt worden - und in der KV Hamburg sehr ungleich verteilt worden: Hausärzte in Hamburg haben den gleichen Fallwert wie vor 10 Jahren! Schlusslicht in Hamburg, Schlusslicht in der gesamten Republik! Das Geld pauschal einzufordern, um es mit der Gießkanne über alle zu verteilen führt nicht zum Ziel: Sicherstellung von Versorgung. Immerhin Kernaufgabe der KV. Wir fordern neue Mittel von den Kassen. Alles andere als der Inflationsausgleich ist eine Unverschämtheit! Von der KV aber fordern wir, sicherzustellen, dass alle Fachgebiete ihre Patienten versorgen können. Das wird ohne Umverteilung nicht gehen!

*Klaus Schäfer,
Vorsitzender des Hausärzte-
verbandes Hamburg*



Für alle ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen im GKV-System ist die beschlossene Erhöhung des Orientierungspunktwerts um 0,9 Prozent ein Schlag ins Gesicht. Bei aller innerärztlichen Solidarität muss aber auch gesagt sein, dass die minimale Erhöhung des Orientierungspunktwertes PsychotherapeutInnen besonders hart trifft. Denn sowohl auf Bundesebene wie auch bei den weiteren Gesamtvergütungsverhandlungen auf KV-Ebene stehen noch eine ganze Reihe von Entscheidungen aus, von denen nur die somatischen ÄrztInnen profitieren würden. Für eine Honorarsteigerung sind PsychotherapeutInnen exklusiv auf eine deutliche Steigerung des Orientierungspunktwertes angewiesen. Die bereits jetzt bestehende extreme Schieflage bei der innerärztlichen Einkommensverteilung wird sich also mit der Umsetzung des aktuellen Beschlusses noch weiter verschärfen.

*Hanna Guskowski
Sprecherin des Beratenden
Fachausschusses Psychotherapie
der KV Hamburg*

Es droht ein heißer Herbst

■ Beim Honorarstreit geht es um Grundsätzliches: Sind die Kassen bereit, den Anstieg der Praxis-Betriebskosten und der Morbidität zu finanzieren? Oder sollen die Ärzte das aus eigener Tasche zahlen?

Daran mussten sich die ärztlichen Standesvertreter erst einmal gewöhnen: Aufmacher in der „Tagesschau“, ausführliche Berichte in den seriösen Tageszeitungen, Talkrunden in Funk und Fernsehen und sogar eine veritable Einladung der Bundespressekonferenz – letzteres ist so etwas wie der Ritterschlag für Politiker und Interessenvertreter.

Noch niemals in der Geschichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gab es so viel Aufmerksamkeit für Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Und noch nie war das Klima zwischen den Verhandlungsparteien so vergiftet. Denn ein wesentlicher Grund des erbitterten Streites liegt darin, dass etwas ganz Grundsätzliches zu Bruch gegangen ist: Der Krankenkassenverband auf der Bundesebene hat die Vertragspartnerschaft mit den Vertragsärzten aufgekündigt. Den ersten Hinweis auf diesen Bruch gab es bereits im Mai. Just zum Deutschen Ärztetag in Nürnberg veröffentlichte der „Spitzenverband Bund“ der Krankenkassen eine „Studie“ zu Einweisungsprämien und anderen geldwerten Vorteilen, die Ärzte erhalten hätten, um Ihre Patienten in ein bestimmtes Krankenhaus einzuweisen.

Die „Studie“ stellte sich als eine simple und allen seriösen Statistik-Verfahren hohnsprechende Telefon-Umfrage mit Einschätzungsfragen („Glauben Sie, dass...“) heraus.

Trotzdem rauschte es gewaltig im Blätterwald, nicht zuletzt, weil kurz vor der Veröffentlichung der Große Senat des Bundesgerichtshofs festgestellt hatte, dass ein niedergelassener Arzt kein Erfüllungsgeld der Krankenkassen ist

und er aus diesem Grund auch nicht wegen Untreue belangt werden könnte. Aus beiden Informationen wurde ein unappetitlicher Cocktail gemixt, dessen Bodensatz schließlich zum einen aus Forderungen nach gesetzlichen Maßnahmen bestand und zum anderen aus einer tiefen Verärgerung in der Ärzteschaft: „Was uns besonders geärgert hat,“ so schmetterte Dr. Dirk Heinrich, NAV-Bundesvorsitzender noch im September den Krankenkassen entgegen, „ist, dass Sie das am Ärztetag plazierte haben, als wir des verstorbenen Kammerpräsidenten Prof. Hoppe gedachten – das ist geschmacklos!“

Aber das war offenbar nur der erste Schritt einer ausgeklügelten Strategie. Denn schon wenige Wochen später wurde der „Honorarbericht“ der KBV zum Anlass genommen, altbekannte Ammenmärchen über die traumhafte Einkommenssituation der niedergelassenen Ärzte zu erzählen. Auf ganz besondere Weise disqualifizierte sich hierbei der vdek in Hamburg. Er veröffentlichte einen auf seriös getrimmten Artikel

Die Krankenkassen wollen die Uhr wieder zurückdrehen in die Zeiten floatender Punktwerte.

mit aberwitzigen Behauptungen. Als Hochverdiener-Gruppe wurden (natürlich) die Radiologen identifiziert.

Wieder das Verwechseln von Umsatz und Einkommen, wieder ein völlig intransparentes Abziehen irgendwelcher Kosten, die nicht beziffert wurden und das Hinzufügen irgendwelcher Nebeneinkünfte, die natürlich auch nicht beziffert wurden. Ein kurzes Nachrechnen der KV ergab, dass der vdek bei Radiologen einen Kostensatz von gerade einmal 58 Prozent angenommen hat – eine aberwitzige Größenordnung für eine Arztgruppe, die mit Kosten

Fortsetzung auf S. 6

zwischen 80 und 90 Prozent zu-recht kommen muss.

Diese Windeier wurden noch getoppt durch einen Kommen-tar der Leiterin der vdek-Landesgeschäftsstelle, Kath-rin Herbst, die versuchte, die Hausärzte aufzuhetzen („...ein Hausarzt kann schon neidisch werden...“) und den Vorschlag machte, Geld von den Radio-logen doch einfach zu den Hausärzten zu verschieben. Dass dies - von der inhalt-lichen Berechtigung einmal abgesehen - schon rechtlich

seit vielen Jahren verboten ist, scheint bei der vdek-Lei-terin noch nicht angekommen zu sein.

Doch wer glaubte, nun sei der Tiefpunkt der Krankenkassen-Kampagne erreicht, wurde ei-nes Besseren belehrt. Wenige Tage vor Beginn der Honorar-verhandlungen zwischen der KBV und den Krankenkassen veröffentlichten letztere ein „Gutachten“ der Schweizer Fir-ma „Prognos“, auf dessen Basis sie eine Absenkung der Hono-rare um sagenhafte sieben Pro-zent forderten. Als Begründung wurde die Honorarentwicklung

seit 2008 angeführt, die weit über das damals vereinbarte Niveau hinausgegangen sei. Mit diesem dreisten Schritt versuchten die Kassen die Zeit zurückzudrehen - und das macht ihr Vorgehen bis heute so gefährlich.

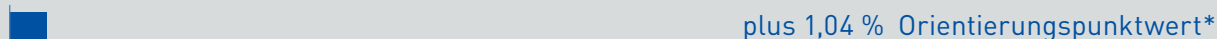
Denn seit 2009 wird die Ge-samtvergütung, aus der die Kassenärztlichen Vereinigungen die Honorare zahlen, gespeist von den Komponenten „Preis“ und „Menge“. Die Menge wird definiert über die Krankheits-last, die von den Ärzten bewäl-tigt werden muss. Diese Mor-biditätsentwicklung soll, das

Arzthonorare: Keine Anpassung an die Kostenentwicklung

Betriebskosten in den Praxen (Vierjahresfrist 2008 – 2012)



Preise für ärztliche Leistungen (Vierjahresfrist 2009 – 2013)



*darin enthalten die geplante 0,9%-Steigerung von 2012 auf 2013, die den Honorarstreit ausgelöst hat

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat gegen die Stimmen der Ärzteschaft beschlossen, den Orientierungspunktwert für 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 0,9 Prozent anzuheben. Innerhalb einer Vierjahresfrist würden die Preise für ärztliche Leistungen damit insgesamt um 1,04 Prozent ansteigen (von 3,5 Cent im Jahr 2009 auf 3,54 Cent im Jahr 2013).

Die Betriebskosten in den Praxen sind aber zum Teil um Prozentsätze im zweistelligen Bereich angestiegen. Von einer Anpassung des Orientierungspunktwerts an die Kostenentwicklung, wie sie im Gesetz festgeschrieben ist, kann also keine Rede sein.

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

war die große Umwälzung in 2009, künftig von den Kassen getragen werden. Wenn der Behandlungsaufwand wegen einer kränker werdenden Bevölkerung steigt, sollten dies die Krankenkassen finanzieren und nicht wie bis dato die Ärzte durch Punktwertverfall.

Aber genau diese Umstellung, die die Ärzte über viele Jahre gefordert hatten, dreht das „Gutachten“ ohne Rücksicht auf die Gesetzeslage um. Denn in der behaupteten Steigerung waren Preis und Menge zusammengefasst worden. So war es folgerichtig, dass einerseits die Verhandlungen im Bewertungsausschuss scheiterten, aber andererseits auch im Schiedsverfahren („Erweiterter Bewertungsausschuss“) der Vorsitzende, Prof. Jürgen Wasem, das Gutachten nicht zur Entscheidungsfindung heranziehen wollte.

Allerdings akzeptierte er auch die Forderung der KBV nach einer elfprozentigen Erhöhung des Orientierungspunktwertes nicht. Die KBV hatte die Erhöhung errechnet auf der Basis der Kostenentwicklung seit 2009, die in den seitherigen Beschlüssen nicht abgebildet gewesen sei.

An diesem Punkt zeigt sich die enorme Bedeutung, die die Unterscheidung von Preis und Menge hat. Denn seit 2009 waren die Steigerungen der Gesamtvergütung in der Tat nahezu ausschließlich mit der Morbidität, also der Mengenentwicklung, begründet worden.

In 2011 und 2012 hatte es eine gesetzliche Vorgabe gegeben, die Steigerung auf 1,25 Prozent zu begrenzen.

Die KBV zog daraus den Schluss, dass die Kostenentwicklung jetzt nachgeholt werden müsse, da diese ja in den vergangenen Jahren unberücksichtigt geblieben war. Hierbei berief sie sich auf das Gesetz, in dem die Berücksichtigung der Kosten ausdrücklich als Parameter genannt ist. Kumuliert über die vergangenen drei Jahre und als Schätzung für 2013 ergaben sich die elf Prozent.

Wasem sah das anders. Er erklärte die vergangenen Jahre für komplett erledigt und gestand lediglich die geschätzte Kostensteigerung für 2013 zu: 0,9 Prozent. Die KBV verließ daraufhin die Sitzung, sagte alle weiteren Gespräche mit den Krankenkassen ab und gab den Startschuss für die Protestwelle, die die Berufsverbände anschließend organisierten.

Die Wut der KBV und die Bedeutung der Proteste erklären sich aber nicht nur aus dem nicht zugestandenen Honorarzuwachs. Mindestens ebenso wichtig ist es, den Versuch der Krankenkassen zu verhindern, die Uhr wieder zurückzudrehen in die Zeiten floatender Punktwerte. Die Ärzte wollen zeigen, dass das Verhalten der Krankenkassen völlig unakzeptabel ist.

Die Diffamierungskampagne, mit der vor allem der Spitzenverband Bund und sein Verhandlungsführer Graf Magnus von Stackelberg die Ärzte-

schaft überzogen hat, war für KBV-Chef Dr. Andreas Köhler nur der Endpunkt einer langen Entwicklung: „Wir bekommen schon seit Jahren auf der Bundesebene fast nichts mehr ohne Schlichtungsverfahren hin.“

Womit die Kassen aber offenbar nicht gerechnet hatten, war die Stabilität der Proteste. In seit vielen Jahren nicht mehr dagewesener Solidarität standen Ärzte, Verbände und KVen zusammen und begannen eine Protestwelle der „Nadelstiche“, mit denen die Krankenkassen gezwungen werden sollten, nachzubessern.

Das scheinen sie grundsätzlich auch tun zu wollen. Allerdings wollen sie von einem Punkt nicht abrücken: „Die 0,9 Prozent müssen stehen“, postulierte der stellvertretende Vorsitzende des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes, Volker Hansen. Damit wird es sehr schwierig, die von den Ärzten geforderte Preiserhöhung zu organisieren. Eines steht aber heute schon fest: Gerade die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten haben ganz besonderen Anspruch auf eine spürbare Aufbesserung der Honorare, nachdem sie als nahezu einzige im Bundesgebiet seit zwei Jahren Nullrunden hinnehmen mussten. Deshalb dürfte es in Hamburg in jedem Fall einen heißen Herbst geben - unabhängig davon, wie das Bundesergebnis ausfällt.

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg*

„Wir wissen nicht mehr weiter“

■ Praxen in sozial schwachen Stadtteilen können unter den derzeitigen Honorarbedingungen kaum noch überleben. Zwei Allgemeinmediziner schildern ihre Situation in einem offenen Brief an den KV-Vorstand.

*Von Dr. Claudia Niebuhr und
Lothar Elster*

Wir haben seit Juli eine Existenzsicherungsfirma für viel Geld beauftragt, die uns helfen und aufzeigen soll, was wir noch machen können, damit unsere Praxis weiter existieren kann. Wir leben vom Re-

gelleistungsvolumen, haben wenige Privatpatienten. Das einzige, was uns noch bleibt, ist auf extrabudgetäre Leistungen umzustellen, also unseren Schwerpunkt auf Gesundheitsvorsorge und Hautscreening zu verlagern. Vorsorge ist ja gut und richtig. Aber bei Achtzigjährigen: Sollte man diese nicht lieber behandeln?

Seitdem die Krankenhausaufenthalte so drastisch gekürzt wurden und die Wartezeiten bei unseren wirklich geschätzten Facharztkollegen sich ebenfalls drastisch verlängert haben, landen die dadurch entstehenden erheblichen Mehraufgaben und die Verantwortung dafür bei uns. Das kostet Zeit! Natürlich häufen sich Haus- und Heimbesuche, wenn die zum Teil noch schwerkranken

Patienten zur Kurzzeitpflege in ein Heim entlassen werden oder zu Hause zwar vom Pflegedienst betreut werden, aber nicht in unsere Praxis kommen können. Wir sind praktisch der verlängerte Arm der Krankenhäuser.

Wir mögen unsere Patienten und sie mögen uns. Unsere Gemeinschaftspraxis in Jenfeld existiert seit 36 Jahren mit einer stabilen Fallzahl von 2.000 Patienten pro Quartal. Wir haben uns bewusst nach zehn Jahren Krankenhaustätigkeit, nach unserer Weiterbildungszeit als Assistenzarzt für Allgemeinmedizin für diese Praxis entschieden. Wir wussten, dass wir damit nicht großartig verdienen werden. Das stand nicht im Vordergrund, wir wollten davon normal leben können.

Doch nun wissen wir nicht mehr weiter. Wir befürchten, dass wir in spätestens zehn Monaten schließen werden. Von dem Honorar für das erste Quartal 2012 können wir keine Praxis halten. Davon haben auch die Krankenkassen nichts, wenn sie noch sieben Prozent davon abhaben wollen: Das lohnt nicht.

Aber am meisten belastet uns, dass wir keine Zeit mehr ha-



Foto: rcx/fotolia.com

ben werden, unsere Patienten vernünftig zu betreuen. Einen Vietnamesen über seinen kaum deutsch sprechenden Nachbarn über sein Bronchial Ca aufzuklären, eine im Rollstuhl sitzende afghanische Großmutter wegen ihrer Herzinsuffizienz zu behandeln nebst Pflegedienst und eine nur türkisch sprechende, fünfzigjährige Analphabetin mit Marcumar zu behandeln (geschweige denn die Aufklärung vorzunehmen) – das kostet Zeit. Wenn wir diese hauptsächlich in die Gesundheitsvorsorgen investieren, kann das nur schiefgehen. Nicht nur, dass wir für die geleistete Arbeit nicht ausreichend bezahlt werden, nein: Es ist auch lebensgefährlich für die Betroffenen, wenn keine adäquate Behandlung mehr erfolgen kann. Wir haben sehr viele multimorbide, nicht deutsch sprechende und „einfach gestrickte“, sozial schwache Patienten.

Wir sind der erste Ansprechpartner, wenn eine Frau von ihrem Ehemann verprügelt wurde; ein deutscher Analphabet nicht weiß, wie man einen Rentenantrag ausfüllt oder sich mal wieder jemand vom betreuten Wohnen in die Unterarme „geschnippelt“ hat. Das ist unser täglich Brot.

Aber da sich die Terminvergaben der fachärztlichen Kollegen so hinausziehen, verordnen wir zum Beispiel viel mehr als früher MRT- und CT-Untersuchungen. Auch die Anzahl der durchgeführten Lungenfunk-

tionsuntersuchungen bei uns steigt, wenn die durchschnittliche Wartezeit beim Lungenfacharzt zwei bis sechs Monate beträgt. Aber auch diese Untersuchung erhalten wir nur abgestaffelt vergütet, da wir unser Level überschritten haben.

„Es tut mir leid, heute kann ich Ihnen nur die Unterarmschnittwunde verbinden. Warum Sie sich umbringen wollten, erzählen Sie bitte in sechs Monaten

Es kann doch nicht sein, dass man nur noch durch „IGeLn“ überlebt, weil das gesetzliche Kassensystem nicht funktioniert.

Ihrem Psychologen. Ich kann Ihnen auch gerne eine Einweisung in die psychosomatische Tagesklinik mitgeben; da können Sie dann in eineinhalb Jahren von Ihren Sorgen erzählen. Ich muss mich jetzt um die Gesundheitsvorsorgen kümmern, sonst ist unsere Tür für Sie ab morgen für immer geschlossen.“

Soll ich das wirklich unseren Patienten so erklären?

Es ist uns nicht leicht gefallen, diesen Brief zu schreiben. Wir haben überlegt, was wir falsch machen, was wir ändern können, ob wir versagt haben. Aber das stimmt nicht. Wir machen nur unsere Arbeit für sozial schwache Menschen, bei denen wir nicht groß die Möglichkeit haben zu „IGeLn“. Es kann doch nicht der Sinn sein, dass man nur noch durch „IGeLn“ überlebt, weil das gesetzliche Kassensystem nicht funktioniert. Wir möchten unsere tatsächlich

erbrachte Leistung vergütet bekommen. So jedenfalls können wir eine Grund- und Regelversorgung nicht mehr gewährleisten. Viele unserer Kollegen nehmen schon keine Patienten mehr an, die daraufhin zu uns abgewandert sind.

Angehörige schwerkranker Hausbesuchspatienten müssen vier bis fünf Ärzte „abklappern“, um jemanden zu finden, der sich ihrer annimmt. Wir können das

so nicht mehr vertreten. Wir können ja auch nicht einfach jedes Quartal die Praxis für vier Wochen „dichtmachen“. Wer betreut in der Zwischenzeit unsere Patienten?

Es tut mir leid: Wir haben bisher immer versucht, ein defektes Gesundheitssystem zu kompensieren (man kann es auch „die Folgen ausbaden“ nennen), welches sich selbst ad absurdum führt. Nun mögen wir nicht mehr. Das geht auch auf unsere Gesundheit und die ist bekanntermaßen das wichtigste im Leben.

Nochmals: Wenn keine gravierenden Veränderungen eintreten, werden wir unsere Praxis schließen müssen.

**Dr. Claudia Niebuhr,
Lothar Elster,
Inhaber einer allgemein-
medizinischen Praxis
in Jenfeld**

Hoher Umsatz, hohes Einkommen?

■ Der gemeine Radiologe fährt keinen Porsche, sondern dreht seine sportlichen Runden im Hamsterrad. Eine Antwort auf ein hartnäckiges Klischee.

Von Dr. Andreas Bollkämper

Netto ist nicht das gleiche wie Brutto. Diese Binsenweisheit, die jedem Arbeitnehmer vertraut ist, wird von Politikern regelmäßig unterschlagen, wenn es um ärztliche Honorare geht. In Zeiten von Eurokrise, permanenten unbezahlten Rettungsschirmen und einer leider gleichermaßen realen wie bedrohlichen Rentendiskussion müssen sich hochqua-

lifizierte und lange ausgebildete Fachärzte regelmäßig öffentlich für ihre Einkünfte rechtfertigen. Doch auch der innerärztliche Umgang ist häufig von Neid geprägt. So hält sich hartnäckig die Mär vom Radiologen als Spitzenverdiener, denn sogar Ärztekollegen neigen dazu, die hohen Umsatzzahlen einer radiologischen Praxis mit dem Einkommen ihrer Betreiber zu verwechseln. Wie diese Umsätze zustande kommen und warum sich deswegen dennoch nicht jeder Radiologe einen teuren Sportwagen leisten kann, möchte ich am Beispiel unserer radiologischen Gemeinschaftspraxis erläutern.

Die Radiologie ist ein kostenintensives Fach: Alle zehn Jahre investieren wir fünf Millionen Euro.

lifizierte und lange ausgebildete Fachärzte regelmäßig öffentlich für ihre Einkünfte rechtfertigen.

Doch auch der innerärztliche Umgang ist häufig von Neid geprägt. So hält sich hartnäckig die Mär vom Radiologen als Spitzenverdiener, denn sogar Ärztekollegen neigen dazu, die hohen Umsatzzahlen einer radiologischen Praxis mit dem Einkommen ihrer Betreiber zu verwechseln. Wie diese Umsätze zustande kommen und warum sich deswegen dennoch nicht jeder Radiologe einen teuren Sportwagen leisten kann, möchte ich am Beispiel unserer radiologischen Gemeinschaftspraxis erläutern.

In unserer Praxis arbeiten fünf Ärzte und 35 Mitarbeiterinnen. Wir werden ausschließlich auf Überweisung durch umliegende Haus- und Fachärzte tätig und versorgen jährlich rund 40.000 Patienten. Wir verstehen uns als Dienstleister für diese von den Fachkollegen angeforderten Leistungen. Im Schnitt werden pro Jahr bei uns folgende Leistungen durchgeführt: 14.000 MRT-, 5.000 CT- und 7.500 Thorax-Untersuchungen,

außerdem 10.000 Skelett- und 7.000 Ultraschall-Untersuchungen. Weiterhin 5.000 Mammographien und dazugehörige Ultraschall-Untersuchungen, 2.000 nuklearmedizinische sowie 2.000 weitere Untersuchungen und Behandlungen.

Unsere Praxis ist ausgestattet mit zwei Kernspingeräten, einem 64-Zeilen-CT-Gerät, einer volldigitalen Detektor-Röntgenanlage, einem digitalen Durchleuchtungsplatz, zwei Ultraschallgeräten, einer digitalen Mammographie-Einheit und im Bereich der Nuklearmedizin mit einem Doppelkopf-Szintigraphie-Kamera. Diese Ausrüstung entspricht inklusive der

zugehörigen Klimatisierungsgeräte und Strahlenschutz oder HF-Abschirmung einem Investitionsvolumen von etwa vier Millionen Euro.

Sämtliche Geräte werden mindestens alle zehn Jahre komplett erneuert. Das elektronische Archiv für die Dokumentation, Speicherung und Befundung der Bilddaten schlägt mit weiteren 500.000 Euro zu Buche, hat allerdings nur eine Standzeit von fünf Jahren. Zusammen investieren wir also regelmäßig alle zehn Jahre fünf Millionen Euro – dazu ungefähr noch einmal denselben Betrag für technische Betriebskosten, Wartungsverträge, Sicherheits- und TÜV-Überprüfungen in diesem Zeitraum.

In den vergangenen zehn Jahren hat sich ein Trend zu mehr MRT-Leistungen gezeigt: Was in den 90er Jahren noch mittels CT diagnostiziert wurde, wird heute eher mit Hilfe einer MRT geklärt. Hierfür sind vormals klassische Fragestellungen der Röntgen- und Ultraschall-diagnostik in den CT-Bereich nachgerückt. Die Röntgenzahlen bei den Radiologen sind dennoch nicht rückläufig, weil immer mehr Teilradiologen ihre unrentablen Röntgenanlagen stillgelegt haben und ihre Patienten zum Röntgen

an eine radiologische Praxis überweisen.

Das Geld ist dieser Leistungsveränderung übrigens nicht gefolgt, die teilradiologischen Budgets sind weiterhin Bestandteil der jeweiligen Fachgruppen-Budgets. Obwohl sie beständig in qualitativ höherwertige und teurere Ausstattung investieren, haben die Radiologen bei der Aufteilung der Fachgruppentöpfe keinen Ausgleich erhalten.

Nun mag man mit Recht argumentieren, dass alle Facharzt-töpfe nur unzureichend ausgestattet sind, dass medizinischer Fortschritt nirgendwo abgebildet ist. Tatsächlich betreffen etliche Grundfehler im System alle Fachgruppen gleichermaßen, etwa die Tatsache, dass wir mit einer Gebührenordnung arbeiten, die vor zehn Jahren einen betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwert von 5,11 Cent zugrunde legte, von dem heute nur 3,5 Cent in Form des Orientierungspunktwertes ausbezahlt werden. Fachgruppen mit einem hohen Kostenanteil, etwa die Radiologen, sind hier aber besonders getroffen. Der Orientierungspunktwert wurde vor vier Jahren eingeführt und sollte eigentlich zu verlässlichen und kalkulierbaren Euro-Honoraren ohne floatende Punktwerte führen – wenngleich auf indiskutabel niedrigem Niveau. Die Radiologen erreichen für die meisten ihrer Leistungen allerdings nicht einmal diesen mickrigen Punktwert.



Radiologe Dr. Andreas Bollkämper: "Wer uns zu den Spitzenverdienern unter den Vertragsärzten rechnet, argumentiert böswillig und falsch."

Weil die KV Hamburg unsinnigen Regelungen der KBV weiter folgt, wird mit der Geldmenge aus 2008 die Leistungsmenge aus 2011 (nächstes Jahr also die aus 2012 usw.) vergütet. Das Radiologenhonorar wird zu 95 Prozent als QZV ohne wirksame Mengensteuerung vergütet. Die Förderung für Berufsausübungsgemeinschaften wurde uns in Hamburg vorenthalten, wir durften sie nur mit finanzieren. Der floatende Punktwert liegt derweil bei 2,7 Cent, fernab jeder Kostenratio.

Die Einführung der QZV vor vier Jahren sollte eigentlich für eine bessere Differenzierung radiologischer Leistungen sorgen. Schließlich kann man diesen Leistungen mit ihren extrem großen Kostenunterschieden mit einer pauschalen Vergütung kaum gerecht werden. Doch der Verzicht auf undifferenzierte Pauschalen und die Hinwendung zur Binnendifferenzierung haben ihren Preis: Wir Radiologen stecken wieder in dem unseligen Hamsterrad, das mit Einführung der RLV eigentlich ad acta gelegt werden sollte. Im Einzelnen bedeutet dies, dass eine Kernspin-

Untersuchung, die im Jahre 2009 zum EBM-Orientierungspunktwert mit etwa 145 Euro vergütet wurde, heute nicht einmal mehr 100 Euro einbringt.

Wir Radiologen sind nicht Verursacher der Honorarmisere und auch nicht Nutznießer der innerärztlichen Verteilung. Als kostenintensives Fach sind wir vielmehr die Hauptleidtragenden. Von den in den Publikumsmedien geschilderten Einkommen, deren Spektrum von „bescheidenen“ 7.900 Euro bis hin zu 17.000 Euro monatlich reicht, ist der Durchschnitt unserer Fachgruppe weit entfernt. Wer uns zu den Spitzenverdienern unter den Vertragsärzten rechnet, argumentiert böswillig und falsch.

MRT- und CT-Geräte sind bei fachgerechter hochqualifizierter Anwendung diagnostische Standbeine unserer vertragsärztlichen Versorgung. Doch die finanzielle Ausstattung dieser Leistungen liegt inzwischen unter Kostenniveau.

*Dr. Andreas Bollkämper,
Teilhaber einer radiologischen
Praxis in Wandsbek*



Foto: Felix Faller

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

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

1 *Als hausärztliche Praxis bekommen wir häufig von Krankenhäusern Überweisungsscheine zur Durchführung der postoperativen Leistungen nach einer ambulanten OP. Auf den Überweisungsscheinen ist jedoch keine lebenslange Arztnummer und keine Betriebsstättennummer vermerkt. Diese Angaben sind für unsere Abrechnung aber notwendig. Wie sollen wir vorgehen?*

Krankenhäusern und angestellten Krankenhaus-Ärzten werden keine Betriebsstättennummern beziehungsweise lebenslange Arztnum-

mern zugeteilt (es sei denn, sie sind zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt). Damit Sie die Überweisungsscheine trotzdem in Ihrer Abrechnung anlegen können, geben Sie anstatt einer Betriebsstättennummer in dem Feld „Überweisung von anderen Ärzten“ oder „Anderer Arzt“ (Feldkennung 4219) den Namen des überweisenden Krankenhauses ein. Die Eingabe der lebenslangen Arztnummer entfällt in diesen Fällen.

2 *Für welche Fälle ist die Pseudo-Arztnummer 999999900 vorgesehen?*

Die Nr. 999999900 wird in die Praxissoftware eingegeben, wenn es sich um eine zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Krankenhausabteilung beziehungsweise ermächtigte Institutsambulanz handelt, die von der KV zwar eine Betriebsstättennummer, aber keine lebenslangen Arztnummern zugewiesen bekommen haben.

3 *Während einer stationären Rehabilitation ist der Reha-Arzt nur dann für die Arzneimittel-Verordnung zuständig, wenn diese im Zusammenhang mit der Er-*

krankung steht, wegen der der betreffende Patient in der Reha-Einrichtung behandelt wird. Alle anderen notwendigen Arzneimittel muss der behandelnde Haus- beziehungsweise Facharzt verordnen. Ist die Sachlage genauso, wenn ein Patient stationär

in einem zugelassenen Krankenhaus behandelt wird?

Nein. Das zugelassene Krankenhaus muss für den Patienten alle Leistungen übernehmen, die während des stationären Aufenthalts notwendig sind (also auch Leis-

tungen, die nichts mit der Erkrankung zu tun haben, wegen der sich der Patient im Krankenhaus befindet). Neben der Verordnung von Arzneimitteln gehören dazu auch Krankenpflege, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Verpflegung und Unterkunft.

AOK-Hausarztvertrag: Prämie für DMP-Einschreibequote von 80 Prozent

Sind mindestens 80 Prozent aller in Frage kommenden AOK-Patienten eines am AOK-Hausarztvertrag teilnehmenden Arztes in ein DMP eingeschrieben, erhält dieser unter bestimmten Voraussetzungen eine Prämie von 500 Euro (Abr.-Nr. 93303). Ein Anspruch auf Zahlung der Prämie besteht, wenn der Arzt ein volles Jahr sowohl an der hausärztlichen

Versorgung als auch am DMP teilgenommen hat – und die Patienten in dieser Zeit durchgängig im DMP eingeschrieben waren. Maßgeblicher Zeitraum ist das Kalenderjahr. Erstmalig wird der Zeitraum vom 1. Januar 2011 bis zum 31. Dezember 2011 betrachtet. Die AOK Rheinland/Hamburg teilt den anspruchsberechtigten Ärzten schriftlich mit, ob die Voraus-

setzungen für die Prämie erfüllt sind. Nachfragen hierzu sollten an die AOK Rheinland/Hamburg gerichtet werden. Die ersten Zahlungen werden mit der Quartalsabrechnung zum 23. November 2012 vorgenommen. Eine gesonderte schriftliche Ausweisung des Betrages erfolgt im Kontoauszug, nicht aber auf der Honorarabrechnung.

DAK-Versicherte: Medikamentenvernebler für untere Atemwege nur noch von PHILmed

Die DAK-Versicherten in ganz Deutschland erhalten Medikamentenvernebler für die unteren Atemwege (14.24.01.0) künftig nur noch von PHILmed in Jena. Das Sanitätshaus hat eine Ausschreibung der DAK gewonnen. Apotheken oder regionale Sanitätshäuser sind nicht mehr versorgungsberechtigt. Wenn eine Einverständniserklärung der jeweiligen DAK-

Versicherten vorliegt, können die Praxen die ärztliche Verordnung an die DAK-Gesundheit (040-555 555 33) oder direkt an PHILmed (Fax: 03641-633 283) faxen.

[PHILmed, Philippbaar&Dähnert Erbertstr 2, 07743 Jena](#)

Weitere Infos über die Hotline der DAK: 040-55 55 55 00



Foto: Vera Kuttelvaserova/fotolia.com

Heilmittelverordnungen müssen vollständig und plausibel sein

- Physiotherapeuten dürfen nicht behandeln, wenn die Verordnung ungültig ist – tun sie es dennoch, droht ihnen die Aberkennung des Honorars.

Die physiotherapeutischen Verbände VPT (Verband physikalische Therapie) und IFK (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten) weisen erneut darauf hin, dass Heilmittelerbringer einen Patienten nur behandeln dürfen, wenn die Heilmittelverordnung korrekt ausgefüllt ist. Die Heilmittelerbringer sind einem Urteil des Bundessozialgerichts zufolge dazu verpflichtet, die vom Vertragsarzt ausgestellten Heilmittelverordnungen zu prüfen. Aus ihrer Sicht notwendige Än-

derungen und Ergänzungen der Heilmittelverordnung müssen an der korrigierten Stelle nochmals vom Arzt unterschrieben und mit Stempel und Datumsangabe versehen werden.

Behandelt der Therapeut, obwohl die Heilmittelverordnung fehlerhaft oder ungültig ist, droht ihm die Aberkennung seines Honorars durch die Krankenkassen.

Diese Situation hat in der letzten Zeit dazu geführt, dass Arztpraxen verstärkt Anrufe

von Physiotherapeutenpraxen erhalten haben. Derartige Rückfragen können zu einem großen Teil vermieden werden, wenn die Heilmittelverordnung korrekt ausgefüllt wird.

Eine Heilmittelverordnung ist beispielsweise dann ungültig, wenn:

- die Diagnose fehlt oder falsch gewählt wurde (Klartext, kein ICD-10!)
- der Indikationsschlüssel nicht mit Diagnose und Heilmittel zusammenpasst
- die Heilmittel unzulässig kombiniert sind
- die Verordnung unvollständig ausgefüllt ist
- die Bezeichnung von Erst- und Folgeverordnung fehlerhaft ist
- Therapieziele bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles fehlen oder nicht ausreichend dargestellt sind

Eine ausführliche Ausfüllanleitung für das Heilmittelformular finden Sie im *KVH-Journal* 5 / 2011 (S. 12) und im Internet unter: www.kvhh.net → *Verordnungen* → *Heilmittel* → *Information zum Thema*.

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

KVH Heilmittelverordnung

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Stand: 08.2012

Hinweise zum Ausfüllen des Formulars

- 1 Bitte das Adressfeld gemäß den Angaben auf der Krankenversicherungskarte vollständig ausfüllen.
- 2 Ist die Betriebsstätten- und die Arzt-Nummer vollständig?
- 3 Das Ausstellungsdatum ist wichtig, um die Einhaltung der 14-Tages-Frist bis zum Behandlungsbeginn sicherzustellen.
- 4 Erst- oder Folgeverordnung?
- 5 Bestimmte Heilmittel (zum Beispiel Krankengymnastik) können als Gruppentherapie verordnet werden. Dies ist gegebenenfalls auch aus Kostengründen in Erwägung zu ziehen.
- 6 War die im Heilmittelkatalog vorgegebene Gesamtverordnungsmenge nicht ausreichend, um einen Behandlungserfolg zu erreichen, sind nach störungsbildabhängiger weiterführender Diagnostik weitere Verordnungen möglich. Diese „Verordnungen außerhalb des Regelfalles“ müssen begründet werden (siehe Punkt 14).
- 7 Einen Hausbesuch des Therapeuten zu verordnen ist nur zulässig, wenn ein medizinischer Grund vorliegt – z. Bsp. wenn der Patient bettlägerig ist.
- 8 Fordert der Arzt einen Bericht des Therapeuten an? Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles ist das ratsam, um spätere

Stiko: Keine Änderung der Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung

Die Stiko empfiehlt weiterhin den 23-valenten Polysaccharidimpfstoff Pneumovax 23 für die Standardimpfung von Erwachsenen ab 60 Jahren gegen Pneumokokken.

Durch die Zulassungserweiterung des vorher nur für Kinder zugelassenen Konjugatimpfstoffs Prevenar 13 auch für Erwachsene ab 50 Jahren hatte sich die Frage gestellt, ob die Stiko ihre Empfehlung entsprechend ändern würde. Doch dafür sah die Impfkommision nach Beurteilung vorliegender Studien keine ausreichende Evidenzgrundlage.

Für die Indikationsimpfung bleibt die Aussage der Stiko unbestimmter. Ist eine

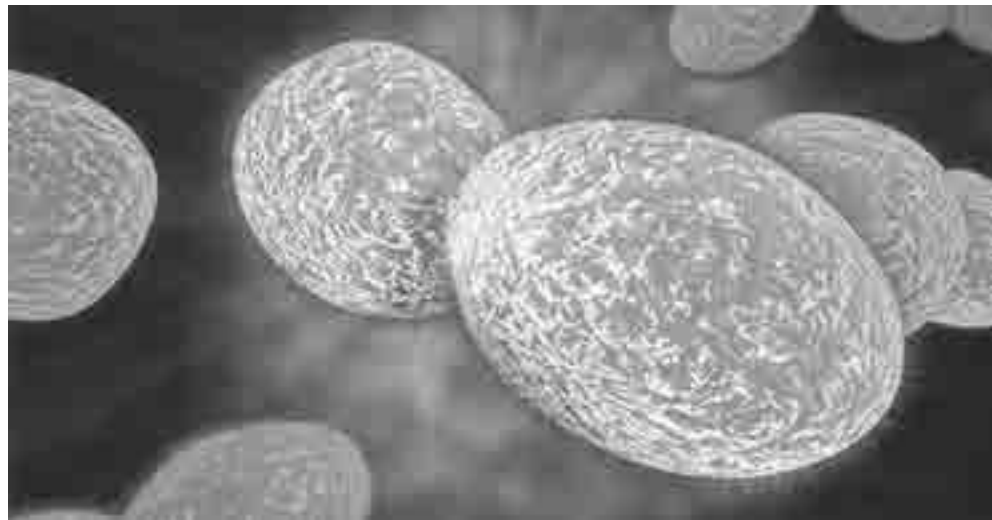


Foto: Sagittaria/fotolia.com

wiederholte Impfung gegen Pneumokokken indiziert (bei Immundefizienz oder chronischer Nierenkrankheit), ist es nach Auffassung der Stiko möglicherweise sinnvoll, sowohl mit Prevenar 13 als auch mit Pneumovax zu impfen. Aber auch

hier sei die Datenlage noch unzureichend.

Den vollständigen Text der Stellungnahme der Stiko finden Sie im *Epidemiologischen Bulletin* Nr. 7 vom 20.2.2012 / www.rki.de

Trendmeldung zu Arzneimittel-Richtgrößenvolumen 2012

Bei der Berechnung der Trendmeldung zu den Arzneimittel-Richtgrößen für das 1. Quartal 2012 sind für einzelne Praxen zu wenig Verordnungskosten berücksichtigt worden. Bei den betroffenen Praxen wurde dadurch unter Umständen eine (falsch) zu starke Unterschreitung ausgewiesen. Der Fehler konnte nachträglich korrigiert werden, so dass in der Trendmeldung für das 2. Quartal nunmehr die korrekten Werte für das Gesamtaus-

gabevolumen Berücksichtigung finden.

Bitte beachten Sie: Die Trendmeldung basiert auf vorläufigen, ungeprüften Verordnungsdaten, die aus Apotheken-Rechenzentren stammen, und aus den Fallzahlen, die die Ärzte mit ihrer Abrechnung einreichen. Aufgrund der Fülle an Daten und der Komplexität der Verarbeitungsprozesse kann es auf jeder Stufe zu Fehlern kommen. So kann es

zum Beispiel passieren, dass nicht alle Fälle berücksichtigt werden, wenn zum Stichtag für die Trendmeldung noch nicht alle Fallzahlen vorliegen beziehungsweise verarbeitet worden sind. Die Trendmeldung soll Ihnen in erster Linie einen zeitnahen Überblick über die Entwicklung Ihrer Verordnungskosten („Trend“) verschaffen. Sie dient weder als Basis für eventuelle Prüfverfahren, noch kann sie einen Schutz vor Regressen garantieren!



Foto: nikesidoroff/fotolia.com

Verblisterte Medikamente für Heimpatienten

■ Teilung von Tabletten nur noch in Ausnahmefällen möglich

Obwohl die Vielfalt der im Handel befindlichen Wirkstärken von Arzneimitteln stetig zunimmt, entscheiden sich viele Ärzte für die Verordnung geteilter Tabletten. Sie tun dies vor allem aus wirtschaftlichen, aber auch aus therapeutischen Gründen (zum Beispiel Ein- und Ausschleichen einer Therapie, häufige Dosisanpassungen oder zur Erleichterung des Schluckens).

Das Teilen von Tabletten im Rahmen der Heimversorgung wird schon lange kontrovers diskutiert. Der Gesetzgeber hat bereits ausdrücklich eine Teilung von Tabletten für die industrielle (Neu-)Verblisterung verboten (siehe *KVH Journal* 2/2010). Die ab Juni 2012 gültige Apothekenbetriebsordnung schränkt nun auch die Möglich-

keit ein, Tabletten in der Apotheke zu teilen.

Qualitätsmanagement in der Apotheke

Das „patientenindividuelle Stellen und Verblistern von Arzneimitteln“ durch die Apotheke wird künftig an ein Qualitätsmanagementsystem geknüpft. Darin muss die Apotheke festlegen:

- welche Arzneimittel grundsätzlich für ein Stellen oder eine Neuverblisterung in Frage kommen,
- welche Arzneimittel für eine gleichzeitige Einnahme gegebenenfalls nicht in demselben Einzelbehältnis aufbewahrt oder im selben Einzelblister verblister werden können,

- in welchen Ausnahmefällen einer schriftlichen ärztlichen Anforderung über eine vor dem Stellen oder Verblistern vorzunehmende Teilung von Tabletten gegebenenfalls gefolgt werden kann.

Voraussetzungen für die Teilung von Tabletten

Bestimmte feste Arzneiformen dürfen nicht geteilt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Retard-Tabletten sowie Tabletten oder Filmtabletten mit magensaftresistentem Überzug. Im Zweifelsfall sollte die Pharmafirma direkt kontaktiert werden.

Eine Teilung von Tabletten kommt nur in Frage, wenn eine Bruchrille (keine Schmuckkerbe!) vorhanden ist und diese laut Packungsbeilage (Fach-

information) der Dosierung dient.

Ist eine benötigte Wirkstärke eines Präparates nicht verfügbar und die Teilung möglich, kann der Arzt im Einzelfall zur Sicherstellung der Versorgung eine entsprechende Verordnung ausstellen. Der Pflegedienst beziehungsweise das Heimpersonal ist verpflichtet, die Teilung von Tabletten vorzunehmen, wenn der Arzt dies verordnet hat.

Anders die Apotheke: Sie muss künftig zusätzlich klären, ob die Versorgung nicht anders sicher gestellt werden kann (gewünschte Dosierung als Fertigarzneimittel verfügbar?) und ob die Qualität und Stabilität der geteilten Tabletten im Blister oder Behältnis bis zur Einnahme stabil sind. Das Problem dabei ist: Die Angaben des pharmazeutischen Unternehmers zur Teilbar-

keit bezieht sich nur auf die unmittelbare Einnahme nach der Teilung. Qualitätsaussagen zur Dauer einer möglichen Zwischenlagerung (unter anderem auch im Blister) der geteilten Tabletten sind nicht enthalten. Es darf bezweifelt werden, ob die Hersteller den Apotheken solche Informationen zur Verfügung stellen können.

Bleibt die Qualität der veränderten Arzneimittel nicht „nachgewiesenermaßen“ aufrechterhalten, muss die Apotheke die Teilung aus pharmazeutischen Bedenken ablehnen.

Die Intention des Gesetzgebers ist es, mit diesen Vorgaben das nachträgliche Verändern von Fertigarzneimitteln zu erschweren und die Teilung von Tabletten auf den Ausnahmefall zu beschränken. Im Übrigen wird auch die Neu-Verblisterung auch von unveränderten Tabletten durch

die entsprechenden Vorgaben eingeschränkt.

Entsprechend kritisch sollte auch die Teilung von Tabletten im häuslichen Bereich geprüft werden. Hier ist zusätzlich zu beachten, dass ein Patient, der die Tabletten vor der Einnahme selbst teilen soll, dafür die entsprechenden Voraussetzungen wie Fingerfertigkeit, Sehschärfe und intellektuelle Kompetenz mitbringen muss.

Eine Teilung von Tabletten zu Lasten der Qualität darf in keinem Fall erfolgen. Dies ist auch durch das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht gedeckt. Wir empfehlen, im Zweifelsfall von der Verordnung geteilter Tabletten abzusehen, auch wenn dies höhere Arzneimittelkosten verursachen sollte.

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

Therapie-Symposium 2012

der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg

Wissenschaftliches Programm

15.00 – 16.00 Uhr	Neue Antikoagulantien in der Therapie des Vorhofflimmerns Dr. med. Hans Wille (Facharzt für Innere Medizin und Klinische Pharmazie, Bremen)
16.00 – 16.45 Uhr	Aktuelle Themen und interessante Fälle aus der Pharmakovigilanz Dr. med. Thomas Stammschulte (Facharzt für Innere Medizin, Berlin)
17.15 – 18.00 Uhr	Neue Arzneimittel 2011/2012 – eine kritische Bewertung Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe (Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg)

Mi, 21.11. 2012 (15.00–18.00 Uhr)
Ärztehaus Hamburg (Großer Saal),
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Teilnahme kostenlos /
mit 3 Fortbildungspunkten zertifiziert



Ansprechpartnerin:
Karoline Luzar
Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft
Tel: 030 / 400456-518
E-Mail: karoline.luzar@akdae.de

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. Nachträge:

- 1. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U 11) im Rahmen der Jugend- und Kindermedizin zwischen der AG Vertragskoordinierung und der Knappschaft
- 1. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Jugend- und Kindermedizin zwischen der AG Vertragskoordinierung und der Knappschaft
- Protokollnotiz zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U 11) im Rahmen der Jugend- und Kindermedizin zwischen der AG Vertragskoordinierung und der Techniker Krankenkasse
- Protokoll zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung von zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Jugend- und Kindermedizin zwischen der AG Vertragskoordinierung und der Techniker Krankenkasse

II. Erratum:

Erratum zur amtlichen Veröffentlichung vom 30.01.2012 des **Vertrages über den Einbehalt eines Kostenanteils im Rahmen des Vertrages zur Integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis in Hamburg** zwischen der KV Hamburg und der BVKJ-Service GmbH (Hinweis im KVH-Journal Ausgabe 3 / 12 vom 1. März 2012):

In § 1 des Vertrages ist fälschlich die Rehabilitationsfachklinik für Mutter und Kind, die AOK-Nordseeklinik auf Amrum, als Vertragspartnerin aufgelistet. Diese ist nicht Vertragspartnerin des Vertrages.

III. Hinweis:

Ergänzungsvereinbarung nach § 35 des Vertrages über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2-Diabetikern nach § 137 SGB V auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 1. Juli 2003 zwischen der KV Hamburg und dem BKK-Landesverband NORDWEST:

Der Vertrag wurde mit Wirkung zum 30. September 2012 vom BKK-Landesverband NORDWEST gekündigt.

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

Infocenter der KV Hamburg, Tel: 22 802 - 900

Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2012

Abgabefrist: 1. Oktober bis 15. Oktober 2012

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

Abgabezeiten in der KV

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

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

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo.– Fr. von 7:30 bis 16:00 Uhr oder nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter – **Bitte beachten Sie: Am 3. Oktober (Feiertag) ist keine Abgabe möglich.**

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*

Leserbriefe

Die KV hat es zugelassen („Bürokratie frisst Versorgung“, KVH-Journal 9/2012, Schwerpunkt)

Bei aller Zustimmung, die man als Leser des Leitartikels empfindet, darf nicht vergessen werden, dass es die ärztlichen Vertreter in E-BA, KBV und KV waren, die zuließen, dass die Krankenkassen sämtliche im Beitrag genannten bürokratischen Schikanen in den Praxen durchsetzen durften. Aufgabe der KV ist es auch, zweifelhafte Ansinnen zur Revision an die Urheber rückzudelegieren, noch bevor wir Niedergelassene mit unsinnigen Beschlüssen irreversibel überschüttet werden!

*Erwin Ottahal,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Hamburg-Fischbek*

Kindliche Empfindungswelt („Beschneidung auf dem Küchentisch?“, KVH-Journal 9/2012, S. 12)

Vielleicht hat der Kollege Dr. Sebastian Isik sogar Recht: Ein Verbot der Beschneidung könnte mehr Schaden als Nutzen bringen. Allerdings offenbart seine Feststellung über die Beschneidung Neugeborener ("Sie spüren fast nichts, es gibt keine psychische Belastung") unsere ganze Blindheit gegenüber der kindlichen Empfindungswelt und Leugnung ihrer Not. Wir müssen es eingestehen: Unsere Gesellschaft kommt noch immer nicht ohne religiös oder sonstwie verbrämte Gewalt gegen Kinder aus – ein pri-

mitives Entwicklungsstadium menschlicher Kultur.

*Niko Feistle,
psychologischer Psychotherapeut
in Hamburg-Neustadt*

Entgegnung von Dr. Sebastian Isik, Autor des Artikels:

Neugeborene sind zwar sehr empfindlich und entwickeln ein dichtes Neuronennetz an der verletzen Stelle. Doch nur bei intensiven, wiederholten, chronischen Schmerzen kann sich ein Schmerzgedächtnis ausbilden, das die Menschen schmerzempfindlicher macht. Eine Beschneidung ist ein einmaliger Eingriff und wird unter Betäubung vorgenommen. Das kann kein Schmerzgedächtnis verursachen.

Selbsthilfe-Forum: „Erkrankte Kinder und Selbsthilfe“

Die Ärztekammer und die Hamburger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) laden zum 19. Selbsthilfe-Forum ins Ärztehaus ein. Thema diesmal: „Erkrankte Kinder und Selbsthilfe“. Es sprechen unter anderem Vertreter des Deutschen

Allergie- und Asthmabundes, des Vereins leberkrankes Kind e.V. und des Elternvereins für schwerpflegebedürftige Kinder.

Das Selbsthilfeforum ist als Fortbildungsveranstaltung anerkannt und mit fünf Punkten bewertet.

**Zeit: Mittwoch, 24.10.2012
(17.00 - 19.30 Uhr)**

**Ort: Ärztehaus (Großer Saal),
Humboldtstraße 56,
22083 Hamburg**

*Ansprechpartnerin: Hübke Prielipp,
Ärztekammer Hamburg
Tel: 202299-258
E-Mail: med.fa@aekeh.de*

Fachtagung für Praxismitarbeiter

Am 3. November 2012 lädt der Verband medizinischer Fachberufe zur 2. Fachtagung nach Hamburg ein. Die Seminare und Workshops richten sich an das ganze Praxisteam. Thematisiert werden die Bereiche Hygiene, Datenschutz, Personalplanung und -entwicklung, Delegation von ärztlichen Leistungen und moderne Wund-

versorgung sowie Kommunikation im Team der Praxis.

**Zeit: Samstag, 3.11.2012
(8.45 - 17.30 Uhr)**

**Ort: Gretel-Bergmann-Schule, Margit-Zinke-Str. 7-11,
21035 Hamburg**

**Teilnahmegebühren: Mitglieder
des Verbandes medizinischer
Fachberufe 75 € und als Aus-**

**zubildende 45 €, Nichtmitglie-
der 85 €, Ärzte und Zahnärzte
105 €**

**Ende der Anmeldefrist:
20.10.2012**

*Weitere Infos: www.vmf-online.de
Ansprechpartnerin:
Anita Marini, Verband
medizinischer Fachberufe e.V.
Tel: 0531 / 886 87 80
E-Mail: amarini@vmf-online.de*

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

...eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Tel: 040/202 299 222

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



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

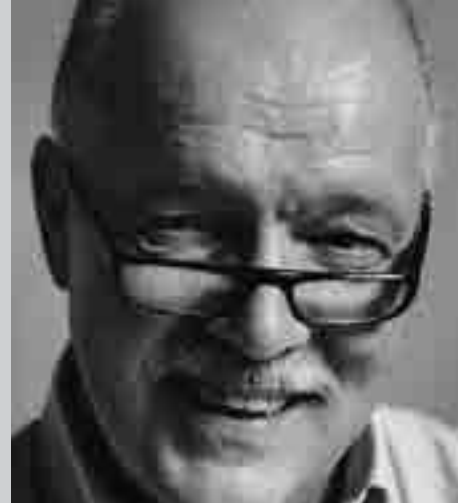


Foto: Barbara Klemm

Lockprogramme

Als wir vor mehr als dreißig Jahren endlich mit unserem Medizinstudium fertig waren, hat es uns in alle Winde zerstreut. Assistenz-, Ober-, Chef-, Land-, Amts-, Not-, Rettungs-, Fach-, Hausärztinnen und -ärzte wurden wir. Viele von uns blieben in Frankfurt, einige aber zogen auch weit weg.

Einen meiner Freunde etwa hat es an die Nordsee verschlagen. Als Hausarzt versorgt er seine Küstenregion, eine Aufgabe! Er ist bis heute mit Leib

und Seele bei der Arbeit, auch nachts, auch am Wochenende. In letzter Zeit aber sind Gespräche mit ihm weniger lustig: Er findet keinen Nachfolger! Eine mittelgroße Stadt ist in der Nähe, zwei Großstädte sind auch leicht erreichbar, die Infrastruktur des Ortes lässt nichts zu wünschen übrig, die Landschaft ist herrlich, die Seeluft ist gesund, aber er findet einfach niemanden, dem er seine Praxis in wenigen Jahren übergeben kann.

Was ist da los? So einen Arzt wie aus den Fernsehserien wünscht

sich doch jeder: einen, der sich auskennt im Ort und in den Familien in mehreren Generationen, der zuhören kann, der mit seinen Patienten spricht, nicht mit seinem Computer. So einer wird doch gebraucht! Nur machen will es keiner mehr. Denn leider steht der Hausarzt am untersten Ende der Prestige- und Einkommensskala der Ärz-

Wenn es an Wertschätzung gegenüber der Hausarztmedizin mangelt, werden auch Niederlassungsanreize nichts helfen.

te. Vor zwanzig Jahren waren weniger als zehn Prozent der niedergelassenen Ärzte über sechzig Jahre alt, zur Zeit sind es zwanzig Prozent. Ein Fünftel wird also demnächst in den Ruhestand gehen. Im Jahr 2020 wird es wohl 7.000 Hausärzte weniger geben als heute.

Eine Landesregierung nach der anderen legt nun millionenschwere Lockprogramme für junge Ärztinnen und Ärzte auf. Die sächsische Landesregierung will sogar Medizinstudenten das Studium in Budapest bezahlen, wenn sie sich an-

schließend dort auf dem Land niederlassen. Aber das alles wird vermutlich nichts helfen. Tausend Mal gesagt bleibt weiterhin richtig: Wenn sich das Medizinstudium und die ärztliche Weiterbildung nicht ändern, wenn es weiter an Wertschätzung gegenüber der Hausarztmedizin mangelt, wenn nur mit

hochspezialisierter technischer Medizin Lorbeeren und Euro geerntet werden können, wenn die Krankenkassen trotz eines zweistelligen Milliardenpolsters Hausärzten jetzt die Vergütung kürzen wollen, aber gutbezahlten Universitätsprofessoren vierstellige Prämien für Operationen ausbezahlt werden, dann wird sich keine junge Ärztin und kein junger Arzt mehr auf das Risiko einlassen, Hausarzt auf dem Land zu werden.

Weiterlesen: www.degam.de

chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de

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

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Klaus Becker



Jahrgang: 15. Januar 1955

Familienstand: verheiratet

Fachrichtung: Innere Medizin / SP Hämatologie und Onkologie

Weitere Ämter: stellvertretender Vorsitzender des Regionalverbandes Hamburg des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland

Hobbys: Kunst und unser Parson Jack Russel Terrier

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, weitestgehend.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? 1.) Die Anpassung des ärztlichen Honorars an die Realität; 2.) Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen Klinik und Praxis; 3.) Aufwertung des ärztlichen Gesprächs; 4.) Und dass das Morbiditätsrisiko dahin geht, wo es hingehört: zu den Krankenkassen.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Ja, dringend. Der demographische Wandel, die Zunahme der Morbidität, Weiterentwicklung der Medizin – gerade in der Onkologie – und der Nachwuchsmangel werden uns sowie die uns folgende Generation vor erhebliche Probleme stellen.

Und welche Rolle sollte die KV spielen? Eine sehr wichtige – obwohl ich mich als Vertreter einer sehr kleinen Fachgruppe manchmal nicht richtig wahrgenommen fühle.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? 1.) George Clooney: „Wie machen Sie das, dass Sie immer so cool sind?“ 2.) den Gesundheits-Ökonomen Fritz Beske: „Wie kann unser Gesundheitssystem gerettet werden?“ 3.) Angela Merkel: „Warum hören Sie nicht auf Fritz Beske?“

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ein Sabbatical oder eine Woche in einem Kloster oder einfach mal drei oder besser noch vier Wochen Urlaub am Stück.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 22.11.2012 (ab 20.00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

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 09.11.2012 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 10.11.2012 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen

Unterstützt durch Mustervorlagen und anhand vieler Beispiele wird im Seminar ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach QEP® erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungsreife – wobei die Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

5-teiliges Blockseminar

Teil 1: Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 30.01.2013 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 27.02.2013 (15:00-20:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: 395 Euro inkl. Verpflegung

34 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

Der Arzt ist in der Praxis gleichzeitig Führungskraft und muss sich mit Personalfragen wie beispielsweise Personalauswahl, Einstellungsmodalitäten, Motivation und Konfliktbewältigung auseinandersetzen. Hier erfahren Sie, wie Sie damit umgehen können und was beachtet werden muss.

Mi 31.10.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Hygiene in der Arztpraxis

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

Mi 30.01.2013 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Auftaktseminar für Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)

Die KV plant den Aufbau eines QMB-Netzwerks. Von diesem Auftaktseminar sollen sich QMBs angesprochen fühlen, die sich vorstellen können, später die QMB-Treffen zu leiten und zu moderieren. Seminarinhalte: Moderation, Spielregeln, praktische Übungen u.v.m.

Mi 07.11.2012 (14:00-19:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 75 inkl. Verpflegung

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

Das Seminar zeigt, wie man mit Patientenbeschwerden souverän umgeht, diese schon im Vorfeld vermeiden kann – und wie ein Fehlermanagement in der Praxis aufgebaut wird.

Mi 28.11.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2012

1. – 15. Oktober 2012

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der
KVH helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

- schnelle und verbindliche Auskünfte in allen Fragen, die die vertragsärztliche Tätigkeit und das Leistungsspektrum der KVH betreffen
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder eMail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 420
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



Foto: Felix Faller