

KVH *journal*

NÄHER RAN

*Hamburg holt die Versorgungsforschung
in die Region*



HONORARE

Gutachter prüft Überzahlungen

GRIPPESAIISON 2015/16

Wie die Impfstoffe bestellt werden

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

IMPRESSUM

KVH-Journal
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter
Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 5/2015 (Mai 2015)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Wir brauchen Versorgungsforschung. Es gilt, über die Sektorengrenzen hinauszuschauen und zu fragen: Welche ambulanten und welche stationären Strukturen haben wir? Wer versorgt wie – und wer wird wie versorgt?

Grundsätzlich gilt die Faustregel: ambulant vor stationär. Alle medizinischen Leistungen, die in gleicher Qualität auch ambulant erbracht werden können, sollten ambulant erbracht werden. Das hat Vorteile für die Patienten, weil sie für eine Star-Operation oder eine Gastroskopie nicht mehr tagelang im Krankenhaus bleiben müssen. Und das hat Vorteile für die Kostenträger, weil ambulant erbrachte Leistungen effizienter durchzuführen sind. Aufgabe der Versorgungsforschung ist es, harte Daten zu liefern – zur Behandlungsqualität und zur Kosteneffizienz in den beiden Versorgungsbereichen, aber auch zur Interaktion zwischen den Versorgungsbereichen.

Wir brauchen auch regionale Versorgungsforschung. Diese darf jedoch nicht an den politischen Ländergrenzen haltmachen. Sie muss das gesamte Einzugsgebiet in den Blick nehmen. Sie muss herausfinden, welche Versorgungsangebote Vertragsarztpraxen und Krankenhäuser machen, die über Hamburg hinaus ausstrahlen – und welche Wege die Patienten über die Ländergrenzen hinweg zurücklegen.

Natürlich fordert die KV, dass medizinische Leistungen dort vergütet werden, wo sie erbracht wurden. Die regionale Versorgungsstruktur zu dokumentieren und auf Grundlage dieser Daten angemessene Honorarangleichungen durchzusetzen, ist wichtig, wenn man die Qualität der Versorgung in Hamburg erhalten will.

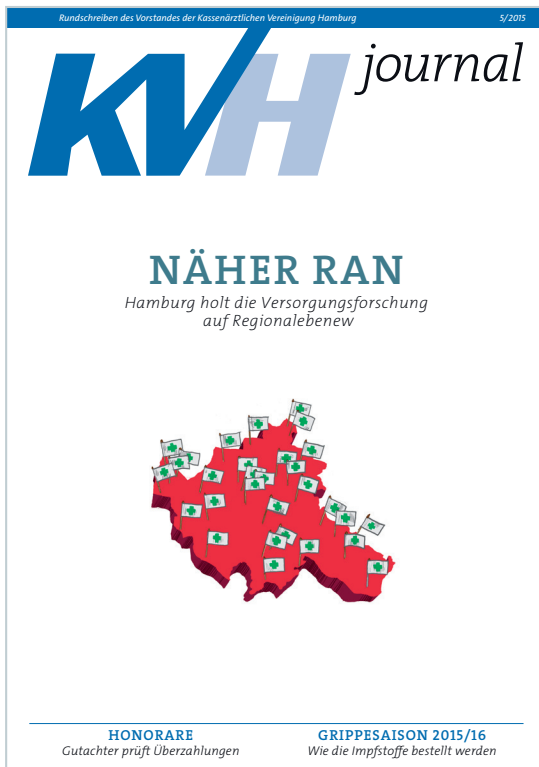
Stephan Hofmeister

Ihr Dr. Stephan Hofmeister,
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Warum ist es notwendig, regionale Versorgungsforschung zu betreiben?
- 08_ Näher ran: Hamburg holt die Versorgungsforschung in die Region

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

- 10_ Evidenz statt Vermutung: Erstes Thema der Hamburger Veranstaltungsreihe ist die Ambulantisierung der Versorgung
- 12_ Programm des Versorgungsforschungstags am 17. Juni 2015

GESUNDHEITSPOLITIK

- 13_ Kürzere Wartezeiten: Kammer fordert Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden

KV INTERN

- 14_ Defizit: Gutachter prüft Gründe für Honorar-Überzahlungen
- 17_ Rückblick: Wie der Versuch misslang, eine Nachschusspflicht der Kassen durchzusetzen

FORUM

- 19_ Neues Versorgungszentrum für Menschen mit komplexen Behinderungen
KV Hamburg fordert entschiedenes Vorgehen gegen multiresistente Keime



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

20_ Fragen und Antworten

QUALITÄT

- 22_** Sonografie für Kinder:
Genehmigung der KV erforderlich
Datenschutz-Seminar in der
KV Hamburg

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 23_** Notfalldienst: Arzneimittel-
versorgung von Asylbewerbern
Korrektur: Druckfehler im Bericht
über die Arznei- und Richtgrößen-
vereinbarung
- 24_** Klarstellungen zum Thema Sprech-
stundenbedarf
- 26_** “Pille danach“ weiterhin
Kassenleistung
Grippeimpfung: Xanaflu ohne
Kanüle bleibt Standard-Impfstoff
- 27_** Häufige Fragen zum Thema Impfen
- 28_** Pharmakotherapieberatung sucht
Mitstreiter

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 25_** Bekanntmachungen im
Internet

KOLUMNE

- 29_** Plassmanns Tagebuch

KV INTERN

- 30_** Steckbrief:
Dr. Erik Engel
31_ Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelbild: Sebastian Haslauer
Seite 12: Nobasuke/Fotolia;
Seite 19: Eric Erbe, Christopher Pooley;
Seite 22: Tobilander/Fotolia;
Seite 26: Matthias Enter/Fotolia;
Seite 32: Felix Faller/Alinea;
Icons: iStockfoto

Warum ist es notwendig, regionale Versorgungsforschung zu betreiben?



Cornelia Prüfer-Storcks
Senatorin für Gesundheit
und Verbraucherschutz in
Hamburg

Entwickeln und evaluieren

Medizinische Versorgung und Pflege haben sich durch das gestiegene Wissen enorm weiterentwickelt. Die beste Versorgung hat aber Schwächen, wenn sie nicht abgestimmt und übergreifend zwischen den einzelnen Akteuren der Gesundheitsversorgung, zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, stattfindet. Diese Zusammenhänge zu analysieren, Konzepte für eine möglichst optimale, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung zu entwickeln und zu evaluieren, sind Aufgaben der Versorgungsforschung. **Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft mit mehr chronischen Erkrankungen und steigendem Pflegebedarf wächst die Bedeutung der Versorgungsforschung.** Denn nur mit belastbaren Erkenntnissen kann die Gesundheitsversorgung angepasst und weiterentwickelt werden. Nur so kann deutlich werden, ob gesetzliche Änderungen gewünschte Erfolge erzielen. In diesem Sinn muss Versorgungsforschung auch regional stattfinden, denn Demografie und Morbidität der Bevölkerung sind ebenso unterschiedlich wie die Versorgungsstrukturen. ■



Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender
der KBV

Gegebenheiten vor Ort abbilden

Die Morbidität und die medizinische Versorgungssituation der Menschen sind nicht überall gleich in Deutschland – in der Uckermark finden Sie eine ganz andere Situation vor als in Hamburg. Deshalb kann ein bundesweiter Ansatz allein nicht der richtige Weg in der Versorgungsforschung sein. **Auch regionale Untersuchungen sind notwendig, um die tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort abbilden zu können.** ■



Prof. Dr. Matthias Augustin
Direktor des Instituts für
Versorgungsforschung in der
Dermatologie und bei
Pflegerberufen (IVDP) am UKE

Maßgeschneiderte Lösungen finden

Die Versorgungsforschung ermöglicht einen Lernprozess: Man erhebt robuste Daten, mit denen man die Versorgung beschreiben und interpretieren kann. Das ist der Ausgangspunkt. Anhand dieser Erkenntnisse werden Ziele definiert, über deren Umsetzung die Akteure im Gesundheitswesen verhandeln. Ohne Versorgungsforschung gibt es keine Daten, keine Argumente, keine Wirkung – und am Ende auch keine Evaluation. Versorgung hat immer einen regionalen Kontext. Dabei geht es um Rahmenbedingungen, die außerhalb der Medizin liegen: **Die sozialen, wirtschaftlichen und politischen Bedingungen unterscheiden sich von Region zu Region. Nur wer diese Bedingungen kennt und beachtet, kann maßgeschneiderte Lösungen finden.** ■

VON KRISTINA PEZZEI

Näher ran

Nationale Fachtagungen zur Versorgungsforschung gibt es seit längerem. Die KV Hamburg will nun als erste KV die regionalen Strukturen genauer in den Blick nehmen.



Die Wissenschaft von heute gestaltet die Versorgung von morgen – deshalb ist es für die Vertragsärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen wichtig, in der Versorgungsforschung präsent zu sein. „Versorgungsforschung ist das ideale Instrument, um regionale Besonderheiten in der medizinischen Versorgung in Deutschland abzubilden und Gründe dafür zu ermitteln“, sagt Dr.

Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). „Die Ärzte, KVen und Krankenkassen können mit diesen Befunden die Patientenversorgung vor Ort weiterentwickeln.“

Während die klinische Forschung die Wirksamkeit und Sicherheit neuer Diagnose- und Therapiemaßnahmen unter Laborbedingungen untersucht,

konzentriert sich die Versorgungsforschung auf die Frage, wie die Bevölkerung einer Region unter Alltagsbedingungen versorgt wird. „Es geht darum, was beim Patienten tatsächlich ankommt“, so von Stillfried. „Die KVen können auf dieser Basis darstellen, welchen Versorgungsbeitrag ihre Mitglieder leisten und entsprechende Daten in die Verhandlungen mit Krankenkassen einbringen.“

Das Zi ist ein von der KBV und den KVen gemeinsam getragenes Forschungsinstitut. Es richtet seit einigen Jahren regelmäßig „Zi-Foren“, Fachtagungen und Expertenaustausche aus. Hier kommen die zentralen Akteure aus Selbstverwaltung, Politik, Ärzteschaft und Wissenschaft zu einem themenbezogenen Austausch über versorgungspolitisch relevante, aktuelle Fragestellungen zusammen (siehe Kasten). Im Vordergrund stehen dabei die systematische Gestaltung und zielgerichtete Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung und ihrer Rahmenbedingungen wie beispielsweise die nach wie vor aktuelle Frage nach Wert und Bewertung ärztlichen Tuns durch die Gesellschaft, die ihren Niederschlag in den Vergütungsregelungen von niedergelassenen Ärzten findet.

Unter Verweis auf die Besonderheit der ärztlichen Dienstleistung als weitgehend zeitgebundene Tätigkeit ohne Rationalisierungspotential forderte etwa KBV-Chef Dr. Andreas Gassen bei einer Zi-Veranstaltung im November vergangenen Jahres, den gesetzlichen Auftrag zur jährlichen Festsetzung des Orientierungswerts inhaltlich zu ergänzen. Neben der Entwicklung der Betriebs- und Investitionskosten müsse auch die ärztliche Arbeitszeit bewertet werden – beispielsweise durch Berücksichtigung der Produktivitäts- beziehungsweise der Reallohnentwicklung in Deutschland. Unterstützung erhielt Gassen dabei von Wissenschaftlern vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung in Nürnberg, vom Gesundheitsökonomischen Institut der TU Dresden und vom Institut für Gesundheitsökonomik aus München.

Die KV Hamburg startet als erste KV gemeinsam mit dem Zi eine

Bisherige Fachtagungen des Zi in Berlin

Wert und Bewertung ärztlicher Tätigkeit (2014)

Ambulant vor stationär (2014)

Wirtschaftliche Situation der Vertragsarztpraxis (2012)

Räumliche Versorgungsforschung (2012)

Bessere Versorgung durch regionale Vergleiche? (2011)

Regionale Besonderheiten der Versorgungs- und Versichertenstruktur (2011)

Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in morbiditätsbezogenen Versichertenklassifikationsverfahren (2010)

Weitere Informationen:
www.zi-berlin.de → Veranstaltungen
 → Zi-Forum

Reihe von Fachkonferenzen zur Versorgungsforschung auf Landesebene. Zum Auftakt laden beide Einrichtungen am 17. Juni 2015 zum „1. Hamburger Versorgungsforschungstag“.

Die nun startenden regionalen Versorgungsforschungstage sollen einen Brückenschlag zwischen Forschung und Praxis leisten. Für die KVen ist es auch eine Chance, ein Netzwerk mit lokal verankerten Forschungseinrichtungen zu knüpfen und ihre Fragestellungen in einen solchen Austausch einzubringen. „Wissenschaftliche Erkenntnisse werden dargelegt, diskutiert und auf diesem Weg zur Entscheidungsgrundlage für die Akteure vor Ort“, erklärt Dr. von Stillfried.

Hamburg ist hervorragend als Auftaktort geeignet, um die Bedeutung der ambulanten Versorgung

in Gegenwart und Zukunft zu unterstreichen. „Die Versorgungsforschung zeigt, was einzelne Ärzte im Alltag erleben: Der Trend geht in Richtung einer ‚Ambulantisierung‘ der Medizin“, sagt von Stillfried. An kaum einem Ort wird dies deutlicher als in Hamburg: In dem Stadtstaat werden heute schon mehr Menschen ambulant behandelt und dadurch mehr Krankenhausbehandlungen vermieden als dies im Bundesdurchschnitt der Fall ist. „Damit gehört Hamburg bundesweit zu den ‚Best-Practice-Regionen‘, was die Arbeitsteilung ambulant/stationär angeht“, so der Zi-Geschäftsführer. Er erwartet sich von der Fachkonferenz Impulse, wie dieser Trend am Standort Hamburg weiter unterstützt werden kann.

Das Zi geht davon aus, dass andere Regionen dem Beispiel Hamburgs folgen werden, um vor Ort über Inhalte und Nutzen der Versorgungsforschung zu informieren und Antworten auf regional bedeutsame Fragen zu finden. Das Zi unterstützt die jeweiligen Veranstaltungen gern; es sieht die neue Reihe als notwendige Ergänzung der bundesweiten Fachkonferenzen und Zi-Foren, mit denen das Institut Potenziale ambulanter Versorgung beleuchtet – stets im Dialog zwischen Wissenschaft, Verbandsträgern, Praxis und Entscheidern in der Politik. Auch in Hamburg schließt sich an die wissenschaftlichen Vorträge eine Podiumsdiskussion an, um praktische Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Stadtstaat abzuleiten. ■

KRISTINA PEZZEL,
 Zentralinstitut für die
 kassenärztliche Versorgung (Zi)

VON EVA SCHIFFMANN

Evidenz statt Vermutung

Wer das Gesundheitssystem voranbringen will, muss über harte Daten sprechen. Eine Veranstaltungsreihe der KV Hamburg soll hierfür ein Forum bieten. Erstes Thema ist die „Ambulantisierung“ der Medizin.

Die KVen übernehmen vom Staat hoheitliche Aufgaben im Bereich der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Neben der Umsetzung von Gesetzen und untergesetzlichen Normen sind sie als Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung aber auch dafür zuständig, die Gestaltungsspielräume, die der Gesetzgeber ihnen gibt, bestmöglich im Sinne der Versorgung vor Ort zu nutzen (und nach Möglichkeit durch Einflussnahme in Gesetzgebungsprozessen weiter auszubauen).

Die Grundidee einer föderal organisierten ärztlichen Selbstverwaltung ist es, im Rahmen flankierender Gesetzesregelungen Entscheidungen mit größtmöglicher fachlicher wie physischer Nähe zum Patienten und zur speziellen Versorgungssituation vor Ort zu treffen (Subsidiaritätsprinzip). Dies kann nur durch die Mitwirkung der regional ansässigen Ärzte und Psychotherapeuten mit ihrer umfangreichen Sachkenntnis und Erfahrung gelingen.

In Zeiten zunehmender medizinisch wie organisatorischer Komplexität im Gesundheitswesen ist es darüber hinaus notwendig, ein fundiertes Verständnis des Status Quo zu erlan-

gen, um daraus konkrete Ziele abzuleiten und anschließend der Politik und den Vertragspartnern gegenüber durchzusetzen.

Denn jeder Seemann weiß: Der richtige Kurs kann immer nur bei exakter Kenntnis der eigenen Position festgelegt werden. Und jedes Ziel kann nur mit Hilfe des korrekten Kurses erreicht werden.

Das Gesetz sieht in mehr und mehr Fällen eine fundierte Begründung für regional abweichende Vereinbarungen und Vorgehensweisen vor. Die Verhandlungspartner und gegebenenfalls die Schiedsämter ver-

Ein möglichst geringer Anteil stationärer Behandlung gilt als Qualitätsmerkmal.

langen den KVen eine auf detaillierten Studien und Analysen basierende Evidenz ab.

Dieser Trend wird sich fortsetzen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat einmal berechnet, wie eine sachgerechte Berücksichtigung regionaler Besonderheiten aussehen könnte und welche Verhandlungsspielräume den KVen

damit eröffnet würden. Besonderheiten liegen in Hamburg demnach vor allem in Hinblick auf die hohe Leistungsfähigkeit des vertragsärztlichen Angebots und auf die Preisfaktoren in der Hansestadt vor. Derzeit lässt das Gesetz die Berücksichtigung dieser Faktoren allerdings nur teilweise zu.

Im Jahr 2014 gelang es, mit der Senatsverwaltung und den Krankenkassen anhand von Analysen zu Arztverteilung, Bedarf und Inanspruchnahme eine auf die Bedürfnisse der engmaschig versorgten Medizinmetropole angepasste Lösung für mögliche verbleibende, lokal konzentrierte Versorgungsengpässe zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund soll die Reihe der „Hamburger Versorgungsforschungstage“, die am 17. Juni 2015 mit der ersten Veranstaltung startet, die Zusammenarbeit der KV Hamburg mit der Versorgungsforschung themen- und anlassbezogen weiter ausbauen, um gesetzliche Spielräume für Hamburg auch weiterhin gezielt zu nutzen.

Die erste Veranstaltung aus dieser neuen Reihe wird sich unter dem Titel „Die Ambulantisierung der Medizin: Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel Hamburgs“ mit dem

Programm 17. Juni 2015

1. VERSORGUNGSFORSCHUNGSTAG HAMBURG

Die Ambulantisierung der Medizin:
Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel Hamburgs

Leistungsgeschehen an der Sektorengrenze zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich beschäftigen (siehe Kasten rechts).

Das Gesetz sieht einen grundsätzlichen Vorrang der ambulanten vor der stationären medizinischen Behandlung vor. Ein möglichst geringer Anteil stationärer Behandlungen gilt demnach als Effizienznachweis und Qualitätsmerkmal für ein Gesundheitssystem.

Erste wissenschaftliche Befunde deuten darauf hin, dass Patienten mit Wohnort in Großstädten wie Hamburg eine deutlich niedrigere Krankenhaus-Inanspruchnahmerate aufweisen als zum Beispiel Patienten aus ländlichen Regionen (bei gleicher Krankheitslast). Dies legt eine qualitativ überdurchschnittlich hochwertige Versorgung im ambulanten Bereich nahe. Die Einweisungsraten in den Ballungsräumen sind in der Regel sehr niedrig und bleiben deutlich hinter denen der ländlichen Regionen zurück.

Beispielsweise wurden im Jahr 2012 in den Hamburger Krankenhäusern 14 Prozent weniger diagnostische Endoskopien durchgeführt als bundesweit. Der Grund dafür ist in der Leistungsfähigkeit im ambulanten Bereich zu finden: Im selben Jahr führten Hamburger Vertragsärzte zwei bis – je nach betrachteter

10.30 Einlass	14.15 – 14.45, Vortrag 5: Betroffene Leistungen, Leistungskomplexe und Versorgungsbereiche – Praxis und wissenschaftliche Evidenz für den fachärztlichen Bereich Univ.-Prof. Dr. Matthias Augustin , Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, UKE
11.00 – 11.15 Grußwort Cornelia Prüfer-Storcks , Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg	14.45 – 15.15, Kaffeepause
11.15 – 11.30 Begrüßung, Rahmen und Zielsetzung Walter Plassmann , Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg	15.15 – 15.30, Impulsbeitrag
11.30 – 12.00, Vortrag 1: Die Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung – Stand der Forschung und notwendige Weiterentwicklung Prof. Dr. Jonas Schreyögg , Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, HCHE, Universität Hamburg	Erfahrungsbericht aus der Versorgung an der Sektorengrenze: Die kardiologische Versorgung in Hamburg im Wandel der Zeit Dr. med. Heinz-Hubert Breuer , niedergelassener Internist, Kardiologe und Angiologe, Hamburg
12.00 – 12.30, Vortrag 2: Wechselwirkungen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung – Gibt es einen Zusammenhang? (Qualität und Quantität) Prof. Dr. Leonie Sundmacher , Fachbereichsleiterin Health Services Management, Ludwig-Maximilians-Universität München	15.30 – 16.30, Podiumsdiskussion: Ambulant vor stationär!? Ergibt sich aus der Evidenz Handlungsbedarf für Politik und Praxis? Dr. Matthias Gruhl , Leiter Amt für Gesundheit, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg Mathias Mohrmann , Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg Dr. Claudia Brase , Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft
12.30 – 13.15 Mittagspause und Pressekonferenz	Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried , Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung Dr. med. Klaus Becker , niedergelassener Onkologe, Hamburg, BNHO Prof. Dr. Jonas Schreyögg , Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen, HCHE, Universität Hamburg
13.15 – 13.45, Vortrag 3: Regionale Unterschiede (im Zeitverlauf) und das ökonomische Potenzial einer veränderten intersektoralen Arbeitsteilung Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried , Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung	Dr. Stephan Hofmeister , Stellv. Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg
13.45 – 14.15, Vortrag 4: Betroffene Leistungen, Leistungskomplexe und Versorgungsbereiche – Praxis und wissenschaftliche Evidenz für den primärärztlichen Bereich Prof. Dr. Hendrik van den Bussche , Institut für Allgemeinmedizin, UKE	16.30 – 16.45, Schlusswort Walter Plassmann , Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg
	Ca. 17.00, Ende der Veranstaltung

Anmeldung bis 29. Mai 2015 unter: www.versorgungsforschungstag-hamburg.de
oder bei Petra Marbs (KV Hamburg), E-Mail: petra.marbs@kvhh.de



ENDOSKOPIE: INANSPRUCHNAHME IN HAMBURG 2012

KRANKENHAUS

	Summe Häufigkeit	Summe von Erwartet	Prozentsatz
Endoskopie gesamt	58.885	68.308	86 %

VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

GOP-Bezeichnung	Summe Häufigkeit	Summe von Erwartet	Prozentsatz
Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodendoskopie	38.409	34.925	110 %
Zusatzpauschale Koloskopie	25.169	24.622	102 %
Urethro(-zysto)skopie der Frau	10.037	8.415	119 %
Urethro(-zysto)skopie des Mannes	7.495	6.960	108 %
Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	2.087	1.725	121 %

Die Spalte „Summe Häufigkeit“ weist die tatsächlich erbrachten Leistungen aus. Die Spalte „Summe von Erwartet“ zeigt, wie viele dieser Leistungen erbracht worden wären, wenn Hamburg (bezogen auf die Anzahl und die Altersstruktur der Einwohner) im Bundesschnitt liegen würde. Die Spalte „Prozentsatz“ zeigt, wie stark die Summe der tatsächlich erbrachten Leistungen von der Summe der erwarteten Leistungen prozentual nach oben oder unten abweicht.

Leistung – 21 Prozent mehr endoskopische Verfahren bei ihren Patienten durch als ihre Kolleginnen und Kollegen bundesweit (siehe Tabelle links).

Bei der Betrachtung der Entwicklung in den letzten Jahren wird zudem deutlich, dass unter anderem dank des medizinisch-technischen Fortschrittes kontinuierlich einzelne Leistungen und ganzen Leistungskomplexe vom Krankenhaus in die Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verlagert wurden.

Diese Veränderungen sind erheblich – insbesondere in der hoch entwickelten Medizinmetropole Hamburg, in der der ambulante Versorgungsbereich zur Absorption hochspezialisierter Leistungen in der Lage ist und dies auch schon vergleichsweise früh war.

So nahmen beispielsweise die internistischen Leistungen in Hamburg allein zwischen 2010 und 2011 um drei Prozent zu – darunter insbesondere die hoch spezialisierten Leistungen der Hämato- / Onkologie (plus sechs Prozent), Pneumologie (plus sechs Prozent), Kardiologie (plus drei Prozent) und der Angiologie (plus 21 Prozent). Zugleich nahmen die stationären Behandlungen im selben Zeitraum um elf Prozent ab.

Das zeigt: Bei Diskussionen über eine angebliche Überversorgung in den Großstädten kann und darf man die Wechselwirkungen mit dem stationären Bereich nicht außer Acht lassen. Die Verlagerungseffekte sind ein Effizienznachweis der Hamburger Versorgungslandschaft. Wissenschaft und Versorgungsforschung können dabei helfen, die Faktenlage zu klären und die verbleibenden gesetzlichen Spielräume im Sinne der bestmöglichen Versorgung zu nutzen. ■

EVA SCHIFFMANN,
Stabsstelle Analyse und Strategie der KV Hamburg

Kammer fordert Einführung von psychotherapeutischen Sprechstunden

Derzeit wartet ein psychisch kranker Mensch durchschnittlich mehr als drei Monate auf einen ersten Termin beim niedergelassenen Psychotherapeuten.

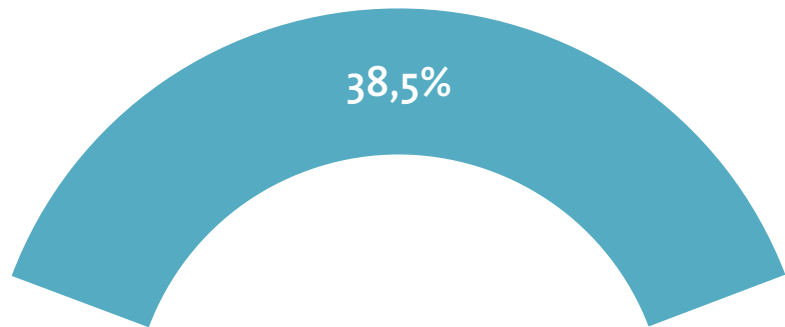
Die Wartezeit könnte nach Auffassung der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) deutlich verkürzt werden – indem man eine psychotherapeutische Sprechstunde mit fachgerechter Diagnostik vorschaltet.

„Menschen mit psychischen Beschwerden sollten kurzfristig einen Termin erhalten“, sagt BptK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter. Innerhalb der psychotherapeutischen Sprechstunde müsse eine orientierende Erstdiagnostik erfolgen und, wenn möglich, eine erste Indikationsstellung für das weitere Vorgehen.

Die niedergelassenen Psychotherapeuten würden hierbei eine Art Lotsenfunktion übernehmen und gemeinsam mit den Patienten überlegen, welches Versorgungsangebot das passende wäre.

Patienten mit leichten Beschwerden könnten beispielsweise auf wirksame therapeutengestützte Selbsthilfeangebote oder Angebote von Beratungsstellen verwiesen werden.

Manchen Patienten wäre bereits mit wenigen Gesprächen geholfen. Das zeigt die hohe Anzahl derjenigen, die nach den probatorischen Sitzungen keine psychotherapeutische Behandlung beginnen (siehe Grafik).



Anteil der Patienten, die nach der Probatorik keine Psychotherapie beginnen. – Wäre eine psychotherapeutische Sprechstunde vorgeschaltet, könnten die Patienten gleich in ein passendes Therapieangebot gelotst werden.

Schwer psychisch kranken Menschen allerdings könnte gezielter ein komplexes ambulantes und, wenn notwendig, auch stationäres Behandlungsangebot gemacht werden.

Ohne eine vorgeschaltete Sprechstunde warten alle Patienten gleich lange auf den Behandlungsbeginn – egal wie schwerwiegend die Beschwerden sind.

„Der Gesetzgeber muss im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sicherstellen, dass jemand, der aufgrund psychischer Beschwerden Beratung oder Behandlung benötigt, schnell eine qualifizierte Auskunft erhält“, fordert BptK-Chef Prof. Dr. Rainer Richter. ■

Im Voraus verteilt

In den Jahren 2009 und 2010 zahlte die KV Hamburg den Ärzten deutlich mehr Honorar, als die Kassen zur Verfügung stellten. Im Auftrag der Vertreterversammlung hat ein Gutachter die Gründe nachgeprüft, die zu dieser Überzahlung geführt hatten.

Wie konnten wir derart ins Minus laufen?“ Diese Frage des Orthopäden Dr. Torsten Hemker hatte den Stein ins Rollen gebracht. Die Vertreterversammlung der KV Hamburg beschloss im Juni 2014, die bundesweit tätige Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ETL mit der Erstellung eines Gutachtens zu beauftragen, das die vom Vorstand vorgelegten Gründe für die Überschreitung überprüfen sollte.

Im März 2015 präsentierten ETL-Chef Christoph Tönsgerle und Prüferin Tanja Grimme der Vertreterversammlung ihren vorläufigen Bericht. Das Fazit: Allein in den Quartalen 1/2009 bis 3/2010 zahlte die KV Hamburg rund 130 Millionen Euro zu viel Honorar an die Vertragsärzte aus, gemessen an der Gesamtvergütung. Die damals mit 98 Millionen Euro gefüllten Rückstellungen konnten dies nicht gänzlich auffangen, der Rest ging als „im Voraus verteiltes Honorar“ in die Bilanz ein. Nach 2010 ist es nicht gelungen, dieses Defizit abzubauen.

Aktuell stehen bei den Fachärzten (nur diese sind noch von dem Problem betroffen) noch 35 Millionen Euro im Minus, was dazu führt, dass die aktuellen Honorare in diesem Versorgungsbereich nicht in voller Höhe ausgezahlt werden können.

Das Geld, das nun eingespart werden muss, ist nicht in der Verwaltung versickert. Es wurde 2009 und 2010 „im Voraus“ an die Ärzte verteilt – für medizinische Leistungen, die tatsächlich erbracht wurden.

Das Geld bekamen die Ärzte – für Leistungen, die sie tatsächlich erbracht hatten.

Damit wurde so ganz nebenbei auch für alle deutlich, wie stark unterfinanziert die ambulante medizinische Versorgung in Hamburg ist.

UM DIE HINTERGRÜNDE dieser Entwicklung verständlich zu machen, erinnerte Tanja Grimme an das damals gültige Honorarverteil-

lungssystem, „Regelleistungsvolumen“ (RLV) genannt. Dieses System galt aufgrund eines Gesetzes, das die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) auf den Weg gebracht hatte, und war strikt zentral aufgebaut: Der Bewertungsausschuss auf der Bundesebene gab Honorarvertrag und -verteilung vor, die regionale KV hatte so gut wie keinen Spielraum.

Die RLV-Systematik sah vor, dass zunächst die budgetierte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für das jeweils folgende Quartal auf Basis von festgelegten Rechenschritten ermittelt werden sollte.

Der Berechnungsweg war detailliert vorgegeben und sollte von der KV nur noch mit regionalen Zahlen befüllt und um den Saldo aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) ergänzt werden. Auf Basis dieser Rechnung sollte – ebenfalls nach exakt vorgegebenen Kriterien – jeder Arzt ein RLV erhalten, dessen Honorierung ihm, eine entsprechende Abrechnung vorausgesetzt, auch garantiert wurde. „Bei einer stichpro-

benartigen Überprüfung der Berechnung kamen wir zu dem Ergebnis, dass die Vorgaben eingehalten und angewendet wurden“, schreibt ETL.

UM NUN ZU VERSTEHEN, wie es zu der Überzahlung kam, muss man zwei Vorgänge getrennt voneinander betrachten: die Kalkulation der Einnahmeseite und die tatsächlichen Auszahlungen an die Ärzte und Psychotherapeuten.

Bei der Kalkulation der Einnahmen (also bei der Frage, wie hoch die Gesamtvergütung sein wird, die die Krankenkassen zahlen werden), ist nach der Auffassung von ETL ein Aspekt der KBV-Vorgabe „fehlinterpretiert“ worden. In die Rechnung ist der gesamte FKZ-Saldo aufgenommen worden, obwohl „eigentlich nur der MGV-Anteil aus dem FKZ-Saldo gemeint sein kann“ (ETL), da es ja nur um die budgetierte Gesamtvergütung ging. Im von der KBV mitgeteilten FKZ-Saldo waren aber auch die extrabudgetären Zahlungen enthalten. Die „Fehlinterpretation“ war nach Einschätzung von ETL nachvollziehbar:

- Die Formulierung in den Vorgaben, so ETL, „ist hinreichend ungenau“. In den Vorgaben wurde nur auf den Gesetzestext (§ 75 Abs. 7 SGB V) verwiesen.
- In der damaligen Mitteilung der KBV zum FKZ waren die Daten gar nicht aufgeschlüsselt. Der MGV-Anteil hätte willkürlich geschätzt werden müssen.

So ist auch davon auszugehen, dass diese „Fehlinterpretation“ vielen KVen unterlief. In Hamburg führte diese „Fehlinterpretation“ zwar zu einer überhöhten Ermittlung der Einnahmen, verursachte aber streng

Wer trägt das Morbiditätsrisiko?

Mit der Honorarreform 2009 sollte das Budget abgeschafft werden. Wir dokumentieren die Stellungen der damaligen KV-Führung zum gescheiterten Versuch, bei den Honorarverhandlungen 2010 eine Nachschusspflicht der Kassen durchzusetzen.

DAS IST POLITISCHER BETRUG

"Uns war von der alten Führung des Bundesgesundheitsministeriums versprochen worden, die Zeiten des Budgets wären zu Ende und die Krankenkassen würden das Morbiditätsrisiko wieder übernehmen. Beides stellt sich nun als Mogelpackung heraus – die offenbar nur gerade mal bis zu den Bundestagswahlen halten sollte...! Das ist politischer Betrug. (...) Die Kassen übernehmen das Morbiditätsrisiko nur auf der Bundesebene und damit letztlich nur auf dem Papier, denn die Zusage ist im Beitragssatz nicht gegenfinanziert. Hier vor Ort gilt wieder ein Budget, das keine Rücksicht nimmt auf die Entwicklung in Hamburg."

*Dr. Michael Späth,
damals Vorsitzender der
Vertreterversammlung der
KV Hamburg*

DOCH WIEDER EIN BUDGET

"Die Kassen setzten durch, dass sie keiner Nachschusspflicht außerhalb der auf der Bundesebene vereinbarten Felder unterliegen. Man kann dies auch einfacher ausdrücken:

Wir haben nun doch wieder ein Budget, das nur in seltenen Fällen – wie beispielsweise aktuell bei der Behandlung der Influenza A/H1N1 – aufgestockt werden kann.

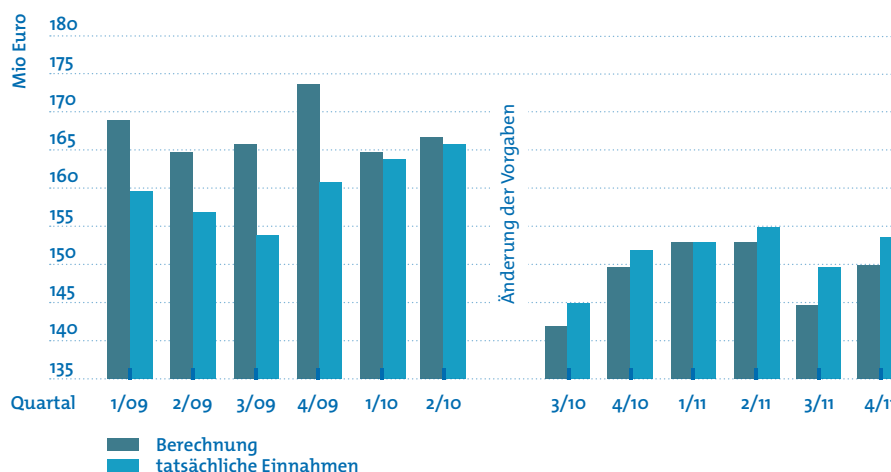
Die KV Hamburg hatte die neue Honorarmechanik immer anders verstanden. Wir haben die politische Aussage, dass das Morbiditätsrisiko wieder auf die Krankenkassen übergeht, wörtlich genommen. Wir sahen die Kassen zumindest in einigen Bereichen durchaus in einer Nachschusspflicht über die vereinbarte Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) hinaus.

Allerdings war dieser Standpunkt schon deshalb nur schwer durchzusetzen, weil in sehr vielen anderen KVen von vornherein eine Budgetlösung akzeptiert worden war. Es ist halt schwer zu kämpfen, wenn schon die eigenen Linien wackeln ..."

*Walter Plassmann,
damals stellvertretender
Vorsitzender der KV Hamburg*

(Aus: KVH-Journal Dez. 2009, Nr. 8/2009, Seite 20 - 23)

Abbildung 1

EINNAHMEN FÜR DIE BUDGETIERTE GESAMTVERGÜTUNG

genommen für den Gesamtzeitraum zwischen 1/09 und 2/10 keine Überzahlung im RLV-Bereich. Denn wenn man nur die geschätzte MGV heranzieht und die für RLV ausbezahlten Honorare, dann liegen letztere so deutlich unter der berechneten Höhe, dass der zu hoch eingerechnete FKZ-Saldo überkompensiert wurde. In 2010 änderten sich die Vorgaben mit dem Nebeneffekt, dass die FKZ-Salden dann von der KBV differenziert mitgeteilt wurden und die Berechnung in realistischer Höhe erfolgen konnte (Abbildung 1).

DAMIT IST DER SALDO aber nicht im Lot geblieben, denn ein Effekt auf der Ausgabenseite war derart massiv, dass er das Ergebnis ins Negative drehte. Es war ein Konstruktionsfehler des Bewertungsausschusses. Dieser hatte eine Reihe von Leistungen zwar in die budgetierte Gesamtvergütung eingestellt, aber trotzdem verfügt, dass sie zu 100 Prozent mit dem Preis der Gebührenordnung zu honorieren seien. Hierzu zählten:

- Notfalldienst
- Besuche
- Schmerztherapie
- Leistungen der Empfängnisregelung
- Labor
- Histologie, Zytologie
- Akupunktur
- Polysomnographie
- Kostenpauschalen

Die KV Hamburg hatte sich damals auf der Bundesebene immer dagegen ausgesprochen, in einem Budget Leistungen zu privilegieren. Sie hatte sich zwar nicht durchsetzen können, mit ihren Bedenken aber leider Recht behalten.

Der Bewertungsausschuss habe, so schreiben die ETL-Prüfer, nicht berücksichtigt, dass, sobald die Leistungen mengenmäßig freigegeben werden, diese tendenziell häufiger von Ärzten abgerechnet werden. ETL weiter: „Die Vorgabe (des Bewertungsausschusses), von den Häufigkeiten in 2007 auszugehen, hatte zur Folge, dass die geschätzten Werte für die Vergütungen für das Jahr 2007 in 2009 bezogen auf

die gesamte Ärzteschaft nur zwischen 47 % und 62 % der tatsächlich in 2009 erbrachten Leistungen liegen.“

Anders ausgedrückt: In diesem Zeitraum mussten rund 133 Millionen Euro mehr für diese Leistungen ausgezahlt werden, als in der nach den Berliner Vorgaben berechneten Weise zur Verfügung gestellt worden war.

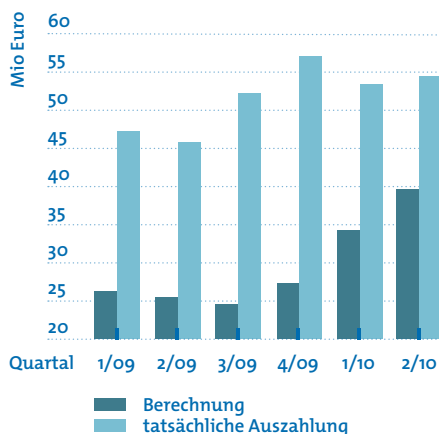
Da auf der anderen Seite nicht alle RLV „abgeholt“ wurden, blieb zwar „nur“ ein Saldo von knapp 75 Millionen Euro zu bedienen, aber auch dies zeigt, wie weltfremd die damalige Entscheidung des Bewertungsausschusses war.

Mit Wirkung ab dem 3. Quartal 2010 korrigierte er denn auch seine Entscheidung (Abbildung 2).

DOCH WARUM hat die KV Hamburg die Berechnungssystematik nicht schon nach den ersten abgerechneten Quartalen auf eigene Faust verändert? Hierfür gibt es laut ETL zwei Gründe:

Abbildung 2

AUSGABEN FÜR PRIVILEGIERTE LEISTUNGEN IM BUDGET



- 1.) „Erklärbar ist dies dadurch, dass eine Abweichung von der vorgegebenen Berechnungssystematik ein bewusster Verstoß gegen die Vorgaben gewesen wäre, der eine Klagewelle der Ärzte hätte nach sich ziehen können.“ Immerhin waren die Vorgaben des Bewertungsausschusses aufgrund gesetzlicher Bestimmungen verbindlich. Ein bewusster Verstoß hätte nicht lange gehalten.
- 2.) „Es war das allgemeine Verständnis zum damaligen Zeitpunkt in der KVH, dass die oben aufgeführten Leistungen (die zum vollen Preis bezahlt werden mussten, obwohl sie in der MGV enthalten waren, d. Red.) in vollem Umfang vergütet werden und bei nicht ausreichender MGV entsprechende Nachverhandlungen mit den Krankenkassen möglich wären. Die damalige Sichtweise wurde dadurch unterstützt, dass es bei Einführung der neuen Abrechnungssystematik hieß, dass das Morbiditätsrisikos wieder zurück

auf die Krankenkassen verlagert werden sollte.“

Damit spricht ETL die damalige berufspolitische Lage an. Ministerin Ulla Schmidt hatte im Bundestag verkündet, „das Budget ist weg“, und pries die Umstellung der Berechnung der Gesamtvergütung als Weg, das Morbiditätsrisiko wieder auf die Krankenkassen zu verlagern. In Hamburg hatte man deshalb in mehreren Sitzungen der Berufsverbände und der Vertreterversammlungs-Mitglieder beschlossen, diese Ankündigung ernst zu nehmen.

„Diese Einschätzung hat sich im Nachhinein als Trugschluss erwiesen. Nachvergütungen ließen sich in den geführten Verhandlungen mit den Krankenkassen nicht durchsetzen“, fasste ETL das Geschehen trocken zusammen.

Tatsächlich versuchte die KV Hamburg, in den Verhandlungen für 2010 einen Nachschlag zu erhalten. Die mit großer Härte auch vor dem Schiedsamt ausgetragene Honorarrunde brachte trotzdem nicht das er-

hoffte Ergebnis, nicht zuletzt deshalb, weil das Bundesgesundheitsministerium mit einer kassenfreundlichen Auslegung des Gesetzes jeglichen Verhandlungsspielraum vernichtete (siehe Kasten Seite 15).

BLEIBT DIE FRAGE zu klären, warum das Defizit nach 2010 nicht abgebaut werden konnte. Auch hiermit hat sich ETL beschäftigt. Und auch hierfür ist es wichtig, die komplexe Abrechnungssystematik darzustellen.

Nach Auszahlung der Quartals-honorare ist die Abrechnung für dieses Quartal noch lange nicht abgeschlossen. Zahlreiche Verfahren von Ärzten, die eine Anpassung ihres RLV oder QZV (den qualitätsbezogenen Zuschlägen) beantragt hatten, mussten geprüft und gegebenenfalls bedient werden, Gerichtsverfahren über Widersprüche zogen sich viele Jahre hin, Praxisbesonderheiten mussten anerkannt und bezahlt werden.

Darüber hinaus machte eine Regelung in der damaligen Honorarverteilung zu den Wachstumsmöglich-

keiten kleiner und vor allem junger Praxen eine exakte Kalkulation der RLV nahezu unmöglich. Dieses, für strategisches Verhalten („Kauf von Budget“) anfällige System hat die KV Hamburg 2013 abgeschafft, als sie wieder die Hoheit über die Honorarverteilung erlangt hatte.

Als es noch galt, mussten allein für Praxisbesonderheiten aus nachträglichen Antragsverfahren in jedem Quartal zwischen 1,1 und 2,6 Millionen Euro bereitgestellt werden. Insgesamt mussten aus dem „Honorarausgleichsfonds“ (der für nachträglich erforderlich gewordene Zahlungen gebildet wird) über 43 Millionen Euro bezahlt werden, an Rückstellungen (die im Wesentlichen verwandt werden für Zahlungen aus verlorenen Rechtsstreitigkeiten oder anderer Honorarkorrekturen, die von der Bundesebene veranlasst wurden) waren weitere 24 Millionen Euro nötig. Der Großteil dieser Zahlungen datierte aus Vorgängen, die vor 2009 lagen.

Hierfür hatte die KV Hamburg bei der Ermittlung der RLV Vorsorge getroffen. „In Summe bleibt festzuhalten, dass die angedachten Rückstellungsbildungen ausreichen scheinen, um die nachträglichen Korrekturen zu decken“, stellt ETL fest. Das heißt aber auch, dass kein weiteres Geld zur Verfügung stand, um das aufgelaufene Defizit abzubauen: „Der HAF (Honorarausgleichsfonds) zum 31.12.2008 hätte das Volumen gehabt, um diese Zahlungen zu decken. Da der HAF allerdings durch die Quartalsabrechnungen reduziert wurde, war dies nicht möglich.“

ALS FAZIT bleibt festzuhalten:

- Die Überzahlung erklärt sich durch die Wirkmechanismen der

damaligen Verteilungsstruktur, gegen die man hätte verstoßen müssen, wenn man die Überzahlung hätte verhindern wollen. Die KV entschied zusammen mit den Berufsverbänden, die privilegierten Leistungen im Budget tatsächlich wie vorgeschrieben zum vollen Preis zu bezahlen – scheiterte aber beim Versuch, die dabei entstandenen Überschreitungen der Gesamtvergütung von den Krankenkassen erstattet zu bekommen. Die angekündigte Rückübertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen fand tatsächlich nicht statt, ihr Versprechen hat die Politik bis heute nicht eingelöst.

- Ein kompletter Abbau der Überzahlung war nur im hausärztlichen Bereich möglich. Im fachärztlichen Bereich mussten derart viele Nach- und sonstige Korrekturzahllungen geleistet werden, dass die geplanten Rückstellungen hierfür zum größten Teil benötigt wurden.

WIE GEHT ES NUN WEITER?

Aktuell ist der Honorarausgleichsfonds im fachärztlichen Bereich noch mit gut 35 Millionen Euro im Minus. „Die Rückführungsmöglichkeiten sollten mit der Ärzteschaft erörtert werden und die Höhe der Rückführung mit ihnen gemeinsam festgelegt werden“, empfiehlt ETL, gibt aber auch gleichzeitig zu bedenken: „Allerdings muss auch noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die betrachtete Summe aus HAF und Rückstellungen nicht nur für die Quartalsabrechnung und das Auffangen möglicher Differenzen zwischen den Einzahlungen der

Krankenkassen und den Auszahlungen an die Ärzte dient, sondern vor allem auch für die aktuell noch nicht abgeschlossenen Rechtsstreitigkeiten dienen muss. Daher genügt es nicht, diese auf EUR 0,00 zurückzuführen.“

Darüber hinaus empfiehlt ETL der KV Hamburg, folgende Maßnahmen umzusetzen:

- Umstrukturierung der IT und ihrer Prozesse
- Aufbau eines „Tableaus“ über anhängige Rechtsstreitigkeiten
- Vereinheitlichung der bereichsübergreifenden Datenstruktur
- Installierung eines direkt beim Vorstand installierten Controllings

Einige dieser Reformen ist der neue Vorstand bereits vor dem Vorliegen des Gutachtens angegangen:

- Die IT wurde in einen eigenen Bereich überführt und die Geschäftsprozesse wurden grundlegend erneuert.
- Ein Register über anhängige Rechtsstreitigkeiten ist erstellt (allerdings noch nicht bepreist)
- Zum Aufbau einer einheitlichen Datenhaltung wird ein „Data warehouse“ in der KV Hamburg installiert. Diese Arbeit hat bereits begonnen.

Im Übrigen, so hat es die Vertreterversammlung beschlossen, wird der ETL-Bericht nun in den Beratenen Fachausschüssen und vor allem im Finanzausschuss besprochen. Über eventuelle Konsequenzen, die aus ihm gezogen werden müssen, will die Vertreterversammlung in ihrer Juni-Sitzung beraten. Danach wird der Bericht finalisiert und veröffentlicht. ■



Versorgungszentrum für Menschen mit komplexer Behinderung

In Hamburg wurde ein Versorgungszentrum eröffnet, das speziell auf die Bedürfnisse erwachsener Menschen mit komplexen Behinderungen zugeschnitten ist. Das „**Medizinische Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB)**“ ist an das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf angegliedert und hat im April 2015 seine Arbeit aufgenommen.

Erwachsene mit geistigen und komplexen Mehrfachbehinderungen haben oftmals Probleme, Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten in Anspruch zu nehmen. „Diese Patientengruppe stellt besonders hohe Anforderungen an Ausstattung und Zeit, die flächendeckend gar nicht darzustellen sind. Aus diesem Grund begrüßen wir es, diesen Menschen nun ein spezielles Versorgungsangebot machen zu können“, sagt Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg.

Im MZEB stehen besonders weitergebildete Ärzte der Fachrichtungen Neurologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Orthopädie/ Neuro-Orthopädie sowie Pflegekräfte und Therapeuten zur Verfügung, um Diagnose- und Therapiemöglichkeiten für Patienten mit einem Schwerbehindertengrad von mindestens 70 anzubieten. Patienten brauchen eine Überweisung durch den niedergelassenen Vertragsarzt für das MZEB.

Finanziert wird das MZEB auf Basis von Quartalpauschalen durch die gesetzlichen Krankenkassen, an denen sich die KV Hamburg mit rund einem Drittel der Kosten je Fall und Quartal beteiligen wird. ■

Weitere Infos:

www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de

→ (obere Navigationsleiste) MZEB

Ansprechpartner: MZEB, Tel: 5077 -3456

KV Hamburg fordert entschiedenes Vorgehen gegen multiresistente Keime

KV-Hamburg-Chef Walter Plassmann kritisiert das 10-Punkte-Programm von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zur Bekämpfung

multiresistenter Keime als unzureichend. Konkret fordert er:

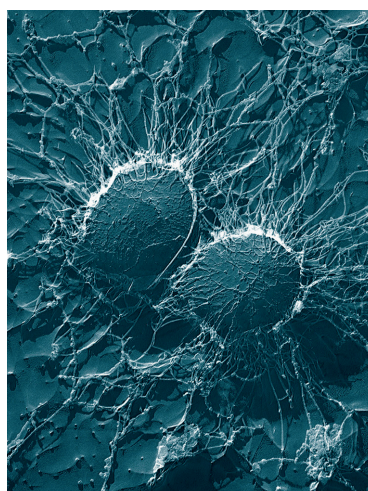
Vor einem planbaren Krankenhausaufenthalt müssen Patienten verpflichtend durch einen niedergelassenen Arzt auf multiresistente Keime untersucht werden. In Gröhes 10-Punkte-Plan wird lediglich angekündigt, man wolle

eine solche Verpflichtung prüfen. Warum nicht sofort umsetzen?

Es müssen breit angelegte, bundesweite Aufklärungskampagnen über den rationalen Einsatz von Antibiotika durchgeführt werden – mit Fernsehspots, Großplakaten und U-Bahn-Werbung.

Das alles koste viel Geld, doch gehe es um Menschenleben, so der KV-Vorstand. Neuen Schätzungen zufolge sterben in Deutschland jährlich etwa 15.000 Menschen an Infektionen, die überwiegend durch antibiotikaresistente Keime verursacht wurden.

Hamburg gehört zu den Vorreitern bei der Bekämpfung der multiresistenten Keime: In der Hansestadt wurde die MRSA-Testung bereits vor der bundesweiten Einführung mit den Krankenkassen vereinbart und zudem auf MRGN ausgeweitet. Schon 2013 wurde das Hamburger „Bündnis für gezielte Antibiotika-Therapie“ gegründet. „Nun sind entschiedene Regelungen auf Bundesebene nötig“, so Plassmann. ■



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

HPV-IMPfung

Stimmt es, dass die HPV-Impfung jetzt für Mädchen ab 9 Jahren zu Lasten der Kasse durchgeführt werden kann?

Ja. Das empfohlene Impfalter für eine HPV-Impfung wurde herabgesetzt, so dass Mädchen ab 9 Jahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen geimpft werden können. Die Impfung kann bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachgeholt werden. Bei Patientinnen über 18 Jahren besteht keine Leistungspflicht der Kassen für die HPV-Impfung. Dies gilt auch für Impfdosen, die den Impfzyklus vervollständigen. Allerdings haben einige Krankenkassen mit der KV Hamburg Zusatzvereinbarungen über weitere Impfungen abgeschlossen. Weibliche Versicherte dieser Krankenkassen können zum Beispiel die HPV-Impfung auch nach dem 18. Geburtstag als Sachleistung erhalten.

Die Übersicht mit den entsprechenden Abrechnungsnummern finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnung → Schutzimpfung

AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Einer unserer Patienten ist gestorben. Ändern sich damit die Aufbewahrungsfristen für seine Patientenunterlagen?

Nein, auch über den Tod des Patienten hinaus bleiben die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gültig.

VERSICHERTENPAUSCHALE

Ist es richtig, dass seit dem 1. April 2015 die Versichertenpauschale GOP 03010/04010 EBM nicht mehr abgerechnet werden kann?

Ja. Bei dieser Leistung handelte es sich um die Versichertenpauschale, die Haus- beziehungsweise Kinderärzte in Ansatz bringen konnten, wenn sie aufgrund einer Überweisung eines anderen Haus- beziehungsweise Kinderarztes einen Patienten behandelt haben oder ein Patient im Vertretungsfall behandelt wurde. Seit Beginn des 2. Quartals 2015 wird stattdessen die Versichertenpauschale nach der GOP 03000/04000 EBM abgerechnet. Die Anpassung des EBM wurde vorgenommen, da eine abgesenkte Pauschale für Vertreterfälle der Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich nicht gerecht wird.

FORMBLATT PTV 2

Zum 1. April 2015 wurde das Formblatt PTV 2 überarbeitet. Können wir die alten Formulare aufbrauchen?

Nein. Nach Aufnahme der neuen Behandlungsmethode EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) in der Psychotherapie-Richtlinie war es erforderlich, das Formblatt PTV 2 anzupassen. Der Beschluss ist seit dem 1. April 2015 in Kraft. Es wurden für die alten Formblätter keine Aufbrauchfristen vereinbart. Das bedeutet, dass ab diesem Zeitpunkt nur noch die neuen Formblätter verwendet werden dürfen.



THEATERARZTDIENST

Wir benötigen die Kontaktdaten des Deutschen Bühnenvereins, um am Theaterarztdienst teilzunehmen.

Der Landesverband Nord besetzt Theaterveranstaltungen mit einem Arzt, der eine ärztliche Notversorgung sicherstellt. Derzeit nehmen zwölf Theater an diesem Angebot teil.

**Deutscher Bühnenverein Landesverband Nord
Rothenbaumchaussee 20
20148 Hamburg
Tel. 040/ 450 20 60
Fax 040/ 450 20 620
www.landesverbandnord.de**

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Welcher Vordruck wird verwendet, wenn ein Patient nach einem Arbeitsunfall arbeitsunfähig geschrieben werden muss?

In diesem Fall wird ebenfalls das Muster 1 verwendet. Beim Kostenträger wird neben dem Namen der gesetzlichen Krankenkasse der Name der Berufsgenossenschaft eingetragen. Der Durchschlag der AU wird dann an die Krankenkasse (nicht an die Berufsgenossenschaft) geschickt. Bitte beachten Sie, dass nur der D-Arzt einen Patienten wegen des Unfalls über den Unfalltag hinaus arbeitsunfähig schreiben darf.

ERSATZBESCHEINIGUNG

Wir haben häufig Patienten in der Praxis, die keine elektronische Gesundheitskarte, sondern eine provisorische Ersatzbescheinigung der Krankenkasse vorlegen. Dürfen wir diese annehmen?

Ja, bei der provisorischen Ersatzbescheinigung handelt es sich ebenfalls um einen Anspruchsnachweis, der einen Patienten berechtigt, gesetzliche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bitte beachten Sie jedoch, dass der Anspruch zeitlich eingegrenzt ist, sodass Sie gegebenenfalls im laufenden Quartal bei einer erneuten Behandlung des Patienten eine weitere Ersatzbescheinigung benötigen.

Infocenter Tel: 22802-900



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

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

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



Sonografie bei Kindern: Genehmigung der KV erforderlich!



Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Maike Exner, Tel: 22802-406
Beate Gehrke-Vehrs, Tel: 22802-384
Kay Siebolds, Tel: 22802-478
Saskia Willms, Tel: 22802-631

Für die sonografische Untersuchung von Kindern ist eine Genehmigung der KV Hamburg erforderlich. Als Kind gilt ein Patient nach EBM-Definition vom vierten bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr (allgemeine Bestimmungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab, Kapitel I, Nummer 4.3.5).

Eine Abrechnungsgenehmigung, die sich auf die Behandlung von Erwachsenen bezieht und Kinder nicht explizit einschließt, reicht für die Untersuchung von Kindern nicht aus. Wenn ein Vertragsarzt Sonografien bei Kindern ausführen und abrechnen möchte, muss er einen Antrag stellen. Neben dem ausgefüllten Antragsvordruck sind Nachweise in Form von kopierten Zeugnissen oder Bescheinigungen vorzulegen, denen zu entnehmen ist, dass Kenntnisse und Erfahrungen hinsichtlich der sonografischen Untersuchung von Kindern vorhanden sind. ■

Datenschutz-Seminar in der KV Hamburg

Die Teilnehmer werden in diesem Seminar mit allen technischen und organisatorischen Aspekten des Datenschutzes vertraut gemacht. Im Mittelpunkt stehen die gesetzlichen Grundlagen des Datenschutzes, der korrekte Umgang mit Patientendaten sowie Diskretion in der Arztpraxis. Mit Unterstützung des Seminarleiters werden alle im Rahmen des Qualitätsmanagements relevanten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen im Bereich Datenschutz erarbeitet.

Außerdem erfährt man, wann ein betrieblicher Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss und welche Aufgaben er hat. ■

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Zeit: **Mi. 17.6.2015 (9.30-17 Uhr)**

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99,
20097 Hamburg,

€ 149 (inkl. Imbiss und Getränke)

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität

→ Qualitätsmanagement

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



Notfalldienst: Arzneimittelversorgung von Asylbewerbern

Die Hamburger Sozialbehörde hat die Notfall-Arzneimittelversorgung in den Zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylbewerber (ZEA) geregelt. Bei dort zu versorgenden Notfallpatienten, die nicht über eine Krankenkasse versichert sind, kommt folgendes Verfahren zur Anwendung:

- Bei der Ausstellung eines Rezepts trägt der Notdienstarzt im Feld „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ die Abkürzung **„AsylBLG ZEA Hamburg“** ein. Das Rezept kann dann in einer (Notdienst-)Apotheke eingelöst werden.
- Seit Oktober 2014 wird in den Erstaufnahmeeinrichtungen ein Formular eingesetzt, auf dem die Identität des Notfallpatienten und weitere Informationen erfasst werden, die für die Abrechnung der vom Notdienstarzt erbrachten Leistungen notwendig sind. Das Formular wird unmittelbar nach dem Notfalleinsatz von einem Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes vollständig ausgefüllt und in Kopie an den Notdienstarzt ausgehändigt. Auf dieser Kopie notiert der Notdienstarzt ab sofort im Verordnungsfall die Ausstellung eines Rezeptes.

Ist der Notfallpatient über eine Krankenkasse versichert (insb. AOK Bremen/Bremerhaven), kommt dasselbe Verfahren zur Anwendung wie bei anderen GKV-Versicherten auch. ■

Eine aktuelle Liste mit den Standorten der Zentralen Erstaufnahme für Asylbewerber (ZEA) finden Sie im Internet:
www.hamburg.de/innenbehoerde/erstaufnahme

Korrektur: Druckfehler im Bericht über die Arznei- und Richtgrößenvereinbarung

Im Artikel „Arznei- und Richtgrößenvereinbarung für 2015 abgeschlossen“ (*KVH-Journal* 3/2015) ist auf Seite 24 über dem kleinen Kasten versehentlich eine Zeile weggefallen. Wir bitten das zu entschuldigen.

Richtig muss es heißen:

Die zwischen den Kassen und der KV vereinbarten Arzneimittelpraxisbesonderheiten der Gruppe 1, die im Rahmen der Richtgrößen-Vorabprüfung zu 100 Prozent von den Arzneimittelkosten der jeweiligen Praxis abgezogen werden, werden um einen Wirkstoff erweitert:

Symbolnummer	Wirkstoff/ Indikation - Praxisbesonderheit
91047	Enzalutamid zur Behandlung erwachsener Männer mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet



Klarstellungen zum Thema Sprechstundenbedarf

Beim Sprechstundenbedarf gab es in den vergangenen Monaten einige Änderungen. Die Umstellung auf den neuen Kostenträger (Rezeptprüfstelle Duderstadt) und die Anpassung der Hamburger SSB-Vereinbarung hat zu zahlreichen Nachfragen geführt. Wir fassen die wesentlichen Punkte nochmals für Sie zusammen.

Ausfüllen des SSB-Rezeptes

Bitte geben Sie bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf die Rezeptprüfstelle Duderstadt als Kostenträger an (RPD, Institutskennezeichen 10 20 4049 9, Vertragskassennummer 02 900). Anderenfalls droht ab dem 2. Quartal 2015 eine Beanstandung der SSB-Anforderung aus formalen Gründen.

Achten Sie bitte weiterhin darauf, die Rezepte leserlich und vollständig auszufüllen. Geben Sie immer die Betriebsstättennummer der verbrauchenden Betriebsstätte sowie die LANR des verantwortlichen Arztes an. Der verantwortliche Arzt muss die Rezepte eigenhändig unterschreiben.

Eine aktuelle Ausfüllanleitung für SSB-Rezepte finden Sie im Internet: www.kvhh.de → **Verordnung** → **Sprechstundenbedarf**

Verordnung nur einmal im Quartal

Der Sprechstundenbedarf ist grundsätzlich kalendervierteljährlich als Ersatz für nach der Sprechstundenvereinbarung zulässig verbrauchte Mittel zu beziehen – und zwar spätestens bis zum 14. des ersten Monats des Folgequartals (Abschnitt II Nr. 2 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung). Es ist dringend zu empfehlen, diese Regelung soweit irgendwie möglich einzuhalten und die Anforderung von Sprechstundenbedarf entsprechend zu organisieren. Derzeit werden zwar weder Überschreitungen der Frist noch der mehrfache Bezug

innerhalb eines Quartales als Aufgreifkriterium für eine Prüfung herangezogen; die Krankenkassen behalten sich jedoch vor, bei Auffälligkeiten oder Verdacht auf Unwirtschaftlichkeiten Prüfanträge zu stellen.

Einzig Betäubungsmittel können von dieser Regelung abweichend auch mehrfach im Quartal bezogen werden.

Buscopan-Zäpfchen nicht mehr im Handel

Buscopan®-Zäpfchen sind seit Ende 2014 nicht mehr im Handel, ein „Ausweichen“ auf die Kombination mit Paracetamol (Buscopan plus®-Zäpfchen) ist jedoch aufgrund des Verordnungsausschlusses nach Anlage III Nr. 6 der Arzneimittel-Richtlinie (Analgetika in fixer Kombination mit nicht-analgetischen Wirkstoffen) nicht möglich. Als Alternative stehen butylscopolaminhaltige Spasmolytika in Drageeform oder als Injektionslösung im Sprechstundenbedarf zur Verfügung.

Verordnung von Corticoiden zur Injektion

Seit 1. Januar 2015 dürfen auch dexamethasonhaltige Cortisonpräparate zur Injektion angefordert werden, soweit das jeweilige Präparat auch für die Notfallbehandlung zugelassen ist. Darüber hinausgehende Vorgaben im Hinblick auf die Applikationsart (iv, im, ia) macht die Regelung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht.

Bitte beachten Sie jedoch, dass die Anwendung von Corticoiden zur Injektion grundsätzlich nur zur unmittelbaren Notfallbehandlung in der Praxis zulässig ist. Cortisonpräparate, die im Rahmen einer therapeutischen Behandlung bei einem Patienten Anwendung finden, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar und müssen auf den Namen des Patienten verordnet wer-

den. Die Krankenkassen haben angekündigt, die Auswirkungen dieser Neuerung im Hinblick auf die Entwicklung der Verordnungszahlen regelmäßig zu kontrollieren und im Falle inplausibler Mengenausweitungen Prüfanträge zu stellen.

Piroxicam kann nicht als SSB angefordert werden

Piroxicam ist ein Wirkstoff aus der Gruppe Antiphlogistika und Antirheumatika. Bereits 2007 wurde auf Basis eines europäischen Sicherheitsbewertungsverfahrens die Anwendung deutlich eingeschränkt. Gemäß Fachinformation darf das Mittel seitdem nur noch zur symptomatischen Behandlung von aktivierter Arthrose, rheumatoider Arthritis oder Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans) eingesetzt werden.

Zudem ist das Arzneimittel nach Angaben der Hersteller nicht zur Einleitung der Behandlung von Erkrankungen geeignet, bei denen ein rascher Wirkungseintritt benötigt wird, sowie nicht die Therapie der ersten Wahl. Piroxicam-haltige Arzneimittel sind somit nicht im Rahmen des SSB anforderbar.

Hyperämisierende Salbe zur Förderung der Hautdurchblutung vor der kapillaren Blutentnahme

Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung verlangt, dass eine hyperämisierende Salbe zur Förderung der Hautdurchblutung vor der kapillaren Blutentnahme laut Fachinformation für diese Indikation zugelassen ist. Dies trifft nur für das Produkt Finalgon 4mg/g + 25 mg/g Salbe zu.

Die Produkte Finalgon® CPD Wärmecreme und Finalgon® Wärmecreme stark hingegen sind angezeigt zur Förderung der Hautdurchblutung bei Muskel- und Gelenksbeschwerden und daher nicht als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig. ■

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- Ergänzende Erklärung zu den DMP Verträgen zu den Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, Asthma und COPD in der Region Hamburg

Hinweis: Aufhebung eines Vorbehaltes:

- zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme vom 20. Dezember 2010 in der Fassung des Nachtrages vom 8. Juli 2014:

Die Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme vom 20. Dezember 2010 in der Fassung des Nachtrages vom 8. Juli 2014 wurde im Hamburger Ärzteblatt 11/2014 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

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



„Pille danach“ weiterhin Kassenleistung

Obwohl die Präparate Levonorgestrel (Unofem® Hexal, Pidana®, Postinor®) und Ulipristal (Ellaone®) nicht mehr verschreibungspflichtig sind, können sie für Frauen bis zum 20. Geburtstag weiterhin zu Lasten der GKV verordnet werden. Eine ärztliche Verordnung auf einem Kassenrezept ist Voraussetzung für die Kostenübernahme der Notfallkontrazeptiva durch die Krankenkassen.

Zum Hintergrund: Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel sind für Versicherte ab 12 Jahren grundsätzlich keine Kassenleistung. (Es gibt Ausnahmen!) Mit dem Ende der Verschreibungspflicht wären auch die Notfallkontrazeptiva für Frauen unter 20 aus der Leistungspflicht der Kassen gefallen. Um dies zu verhindern, wurde Paragraph 24a SGB V, der die Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln regelt, rückwirkend zum 1. März geändert. ■



Grippeimpfung: Xanaflu ohne Kanüle bleibt Standard-Impfstoff

Auch in der nächsten Impfsaison 2015/16 müssen die Hamburger Vertragsärzte Xanaflu® ohne Kanüle (10er Packung) als Standard-Grippeimpfstoff nutzen. Die Krankenkassen haben von der Option Gebrauch gemacht, ihre Vorjahresvereinbarung mit dem Hersteller Abbott zu verlängern. Vorbestellung und Folgebestellungen erfolgen wie in der vergangenen Saison.

VORBESTELLUNG

Spätestens bis zum 31. Mai 2015 soll etwa 50 Prozent des Vorjahresbedarfs der Praxis auf einem Kassenrezept (Muster 16) in einer frei wählbaren Apotheke vorbestellt werden. Notwendige Angaben auf dem Rezept lauten: „Grippeimpfstoff 2015/16“ – „Vorbestellung Hamburg“ – „Xanaflu® ohne Kanüle (10er)“.

Für die Impfsaison 2015/2016 hat Xanaflu ohne Kanüle die Pharmazentralnummer (PZN) 11082343.

Die Kosten der zusätzlich benötigten Kanülen sind mit der Impfgebühr abgegolten und können nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Abgerechnet werden die Rezepte von der Apotheke erst nach Auslieferung der Impfstoffe an die Praxis.

Alternative Grippeimpfstoffe können nur in begründeten Ausnahmefällen angefordert werden. Hier ist zum Beispiel der nasale Grippeimpfstoff Fluenz® zu nennen, der von der STIKO für zwei- bis sechsjährige Indikationskinder empfohlen wird und in diesen Fällen zu Lasten der Kassen anforderbar ist.

FOLGEBESTELLUNGEN

Nach Auslieferung der vorbestellten Impfstoffe können Nachbestellungen ebenfalls auf dem Muster 16 entweder mit dem Zusatz „Grippeimpfstoff 2015/16“ plus Menge oder direkt als Xanaflu® ohne Kanüle erfolgen.

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

Häufige Fragen zum Thema Impfen

Zu diesen Themen erhält die Praxisberatung der KV Hamburg immer wieder Nachfragen

In welchen Fällen besteht eine Indikation für eine serologische Titerbestimmung?

Für routinemäßige Antikörperbestimmungen vor oder nach Standardimpfungen sieht die Ständige Impfkommission (STIKO) grundsätzlich keine Indikation. Ausnahmen bilden:

- die Überprüfung des Impferfolgs bei Patienten mit Immundefizienz bzw. –suppression
- die Überprüfung des Impferfolgs bei Personen, die aufgrund der von der STIKO genannten Indikationen gegen Hepatitis B geimpft wurden – zum Beispiel HIV-Positive, Hepatitis-C-Positive, Dialysepatienten u.a.

(Nach der Hepatitis B Impfung von Kindern und Jugendlichen ist eine routinemäßige Titerbestimmung nicht vorgesehen.)

- der Nachweis eines Varizellen-Schutzes bei Frauen mit Kinderwunsch und unklarer Varizellen-Anamnese.

„Serologische Kontrollen sind zur Klärung der Notwendigkeit von Nachholimpfungen nur in Ausnahmefällen sinnvoll, da die in klinischen Laboratorien verwendeten Testmethoden häufig keine ausreichende Sensitivität und Spezifität aufweisen ... Ferner lässt die Antikörperkonzentration keinen Rückschluss auf eine möglicherweise bestehende zelluläre Immunität zu ...“ (*Epid. Bull.* Nr. 34 – www.rki.de)

Medizinisch notwendige Titerbestimmungen – wie zum Beispiel die oben beschriebenen – sind Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und können dementsprechend abgerechnet werden.

Können Kinder gegen Meningokokken B mit Bexero zu Lasten der Kassen geimpft werden?

Nein, die Impfung gegen Meningokokken B ist keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Der Bundesausschuss legt in der Schutzimpfungs-Richtlinie den Anspruch der Versicherten auf Leistungen für Schutzimpfungen fest. Grundlage hierfür sind die aktuellen Empfehlungen der STIKO. In der aktualisierten Stellungnahme der STIKO zum Meningokokken B Impfstoff Boxero heißt es hierzu: „Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kommt die STIKO zu dem Schluss, dass die bisher vorliegenden Studienergebnisse und die daraus resultierende Evidenz für eine abschließende Entscheidung für oder gegen eine allgemeine Impfeempfehlung – insbesondere vor dem Hintergrund einer niedrigen, in den letzten Jahren abnehmenden Krankheitslast durch Meningokokken der Serogruppe B (MenB) – noch nicht ausreichen.....“. Die vollständige Stellungnahme findet sich im Epidemiologischen Bulletin Nr. 36/2014 (www.rki.de).

Im Einzelfall können Patienten bei ihrer Krankenkasse nachfragen, ob diese bereit ist, die Kosten für diese Impfung im Rahmen der Kostenerstattung zu übernehmen.

Ist die Impfung mit Zostavax Kassenleistung?

Die Impfung zur Prävention von Herpes zoster (Zoster oder Gürtelrose) mit Zostavax® ist keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen und kann deshalb nur privat verordnet beziehungsweise abgerechnet werden. Zum Impfstoff Zostavax® wurde von der STIKO noch keine Stellungnahme veröffentlicht.



Wollen Sie jungen Kollegen beim Start helfen?

Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg sucht erfahrene Ärzte

Daran kann sich jede Vertragsärztin und jeder Vertragsarzt erinnern: Als man in die frisch eröffnete oder übernommene Praxis kam, konnte man den Berg von Vorschriften gar nicht überblicken. Besonders dicht war und ist der Pharmakotherapie-Dschungel.

Deshalb bietet die KV Hamburg ihren Mitgliedern seit einigen Jahren eine Pharmakotherapieberatung an, die frisch niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen den Start ein wenig erleichtern soll – die Welt ist ja nicht einfacher geworden. Die Beratung wird kollegial durchgeführt von unabhängigen, fachkundigen Ärztinnen und Ärzten.

Dieses Angebot wollen wir ausweiten. Deshalb sucht die KV weitere Kolleginnen und Kollegen, die helfen wollen. Ideal wären Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten, die selbst langjährige Erfahrungen in der Praxis haben und sich zutrauen, ratsuchenden Kollegen einen Weg durch den vertragsärztlichen Regulierungsdschungel zu zeigen: Wie versorgt man die Patienten nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin, ohne mit den vertragsärztlichen Regularien in Konflikt zu kommen?

Im Vordergrund der Beratung steht die Versorgung des einzelnen Patienten. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bedeutet ja lediglich: Wenn der Arzt mehrere Möglichkeiten hat, das Therapieziel zu erreichen, ist er verpflichtet, die günstigste auszuwählen – sofern dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Beherzigt er diese Regel, muss er sich keine Sorgen machen.

Pharmakotherapieberatung ist eine dankbare Aufgabe. Nicht nur neu niedergelassene, auch viele bereits tätige Vertragsärzte nehmen die Beratung in Anspruch, wenn sie praxisspezifische Fragen oder Probleme im Zusammenhang mit den Arzneimittelbudgets haben. Geraten Kollegen in die Prüfung, bekommen sie ein Hilfsangebot der Pharmakotherapieberatung. Viele nehmen das Angebot an, sich in dieser schwierigen Situation von einem kundigen Kollegen beraten zu lassen – in der Regel mit gutem Erfolg. Für beide Seiten.

Hätten Sie Lust, selbst solche Beratungen zu übernehmen und ihren Kollegen bei Fragen der Pharmakotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung helfend zur Seite zu stehen? Bitte melden Sie sich bei uns!

Ansprechpartnerin:

Petra Hofmann, Bereichsleitung Beratung und Information

Tel: 22802-497

FAX: 22802-420

E-Mail: petra.hofmann@kvhh.dede



Gelebte Selbstverwaltung

Tagebuch von **Walter Plassmann**, Vorsitzender der KV Hamburg

18. MÄRZ 2015

Einladungen zu Praxiseröffnungen nehme ich für gewöhnlich nicht wahr. „Das kannst du gerne machen“, hatte mir mein damaliger Kollege Dieter Bollmann zu Beginn meiner Arbeit für die KV Hamburg gesagt, „aber wenn du einmal damit anfängst, musst du dann auch überall hin, und dann bist du gut beschäftigt.“

Gegen diesen Rat habe ich dann auch nur einmal verstoßen: Als ein Hausarzt zum ersten Mal eine Filiale zur „Kiez-Versorgung“ eröffnete. Der Hausarzt ist jetzt mein Vorstandskollege. Nun also die zweite Ausnahme. Die Onkologie-Praxis um Frau Dr. Sigrun Müller-Hagen eröffnet neue Praxisräume im Krankenhaus des Albertinen-Diakoniewerkes. Die bislang bereits enge Zusammenarbeit ist nun auch räumlich nachvollzogen, integrierte Versorgung ohne großes Buhei einfach so umgesetzt. Möglich wurde dies nur, weil das Albertinen mit der Praxis auf Augenhöhe verhandelt hat. „Wir haben uns nichts geschenkt, aber wir

ÄNDERUNGEN DER HONORARVERTEILUNG SIND NIE BELIEBT - DOCH DIE HNO-ÄRZTE DISKUTIEREN SACHLICH, VERSTÄNDNISVOLL, LÖSUNGSORIENTIERT.

haben uns auch immer als Partner verstanden“, resümiert Frau Müller-Hagen vor den Gästen, die die Praxis in den Räumen der ehemaligen Notaufnahme des Krankenhauses füllen. Gelebtes Versorgungsdenken, Engagement zum Wohl der Patienten – und das alles ohne das nervtötende Tamtam, mit dem im Gesundheitswesen üblicherweise noch die winzigste Projektidee herausposaunt wird. Die Besuchs-Ausnahme ist mehr als gerechtfertigt. Ob Frau Müller-Hagen denn auch noch Vorstandskollegin wird, steht allerdings noch nicht fest ...

19. BIS 27. MÄRZ 2015

Ich versuch's mal mit einem Urlaub zu Hause. Es wird mein vorerst letzter Versuch gewesen sein: Von zehn geplanten freien Tagen habe ich acht mehr oder minder gearbeitet. Fluch der „neuen Medien“ ...

15. APRIL 2015

Der Berufsverband der HNO-Ärzte hat eingeladen. Man möchte mit mir die möglichen Änderungen in der Honorarverteilung besprechen. Der HVM muß flexibilisiert werden, um weiterhin rechtssicher zu sein. HVM-Änderungen sind nie beliebt, die Ärzte haben in der Regel den nachvollziehbaren Wunsch nach stabilen Verhältnissen. Aber auch dieser Abend verläuft wie vorherige mit anderen Berufsverbänden auch: sachlich, verständnisvoll, lösungsorientiert.

Gelebte Selbstverwaltung: Die Ärztinnen und Ärzte wissen, dass Selbstverwaltung auch heißt, sich zu engagieren und Verantwortung für das Ganze zu übernehmen – selbst wenn das unter Umständen bedeutet, dass man selbst vorübergehend finanzielle Einbußen hinnehmen muss. Wir finden im Diskurs eine Lösung, die für die Gruppe der HNO-Ärzte passen wird.

Von solch einer Diskussions- und Entscheidungskultur könnten sich unsere Politiker eine dicke Scheibe abschneiden! Stattdessen beschneiden sie die Rechte der Selbstverwaltung wo sie nur können. Falls sie mit ihrem teilweise spürbaren Hass auf die Autonomie der Vertragsärzte irgendwann einmal reüssieren sollten, werden sie sich wundern – dann müssen sie die Entscheidungen treffen. Und es wird sein ein Heulen und Zähneknirschen.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Erik Engel**, Onkologiekommision



Name: **Dr. Erik Engel**
 Geburtsdatum: **16.05.1963**
 Familienstand: **verheiratet**
 Fachrichtung: **Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Palliativmedizin**
 Weitere Ämter: **Vorstandsmitglied des Berufsverbandes BNHO**
 Hobbys: **Fotografie**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, wir haben einen wunderbaren Beruf, in dem es in besonderer Weise möglich ist, die Menschen, die sich uns anvertrauen, zu begleiten und ihnen Hilfe zu leisten. Wir können an der wissenschaftlichen Fortentwicklung unseres Faches teilhaben, die uns neue diagnostische und therapeutische Verfahren erschließt und unsere Behandlungsmöglichkeiten stetig erweitert und verbessert.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission? Es ist von enormer Bedeutung, die Qualität und Leistungsfähigkeit unserer Arbeit stetig zu verbessern und transparent zu machen. Nur wenn es uns - auch den Kostenträgern gegenüber - gelingt, diese Qualität nachvollziehbar darzustellen, werden wir uns den Handlungsspielraum und die nötigen Mittel erhalten können, die wir uns wünschen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?

Die ambulante onkologische Versorgung befindet sich, insbesondere in Hamburg, in einem fundamentalen Strukturwandel. Neben uns als Vertragsärzten ist konzerneigenen MVZ-Strukturen oder 116b-Ambulanzen der Krankenhäuser der Weg in die ambulante Onkologie geebnet, sodass neuerdings auch wettbewerbliche Elemente in der Versorgung Berücksichtigung finden. Mit der ASV (ambulante spezialärztliche Versorgung) wird es neben der bisherigen Vergütung eine völlig neue, sektorenverbindende Abrechnungsform geben, die zunächst erheblichen bürokratischen Aufwand erfordert, aber dann durchaus die Chance bietet, die Versorgung der

Patienten zu verbessern, indem gemeinsame Kooperationen mit den Krankenhäusern eingeübt werden.

Es ist eine stetige fachliche Herausforderung, den enormen Wissenszuwachs in der Onkologie soweit zu erfassen, dass für jeden Patienten die optimale Therapie erarbeitet und in Zusammenarbeit mit unseren Mitarbeitern auch angewendet werden kann.

Und schließlich bedarf es unserer Mitarbeit bei der Aufgabe, wie es immer weniger Ärzten in der Zukunft gelingen kann, die wachsende Anzahl von Patienten mit immer besseren Therapien immer länger und bei gleichbleibender Qualität behandeln zu dürfen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Ich möchte sichergestellt wissen, dass es uns möglich ist, ärztliche Entscheidungen für unsere Patienten frei zu treffen und partnerschaftlich mit ihnen den besten Behandlungsweg für ihr Leben zu suchen. Diese Unabhängigkeit ist nötig, um den ärztlichen Beruf ausfüllen zu können. Arzt zu sein bedeutet weit mehr als das Ausstülpeln von Therapieleitlinien über den Patienten. Diese sind sehr wichtig, aber eben nicht hinreichend für eine gute Behandlung. Medizin ist keine Wissenschaft; sie steht nur auf dem Boden der Wissenschaften. Deshalb braucht gute Medizin Freiheiten. In der Onkologie kann das bedeuten, ein Therapieverfahren leitliniengerecht einzuleiten; es kann aber genau so gut bedeuten, es eben gerade nicht zu tun. An dieser Stelle können Krankenkassen oder Politiker wenig helfen und dort sollten sie es auch nicht tun.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Eine Fahrt in einem Cabriolet durch das sonnige Tessin. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 11.6.2015 (ab 20 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Datenschutz in der Praxis Umgang mit Patientendaten, Diskretion, Bestellung eines Datenschutzbeauftragten 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi, 17.6.2015 (9.30-17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)	Effiziente Praxisorganisation Realistische Einschätzung der eigenen Abläufe und Anregungen für eine weitere Optimierung 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi, 1.7.2015 (9.30-17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)	QEP kompakt (2-tägig) Vertiefung der Inhalte des Einführungsseminars, Unterstützung bei der Einführung von Qualitätsmanagement 16 FORTBILDUNGSPUNKTE Fr. 10.7. (15-21 Uhr)/Sa. 11.7.2015 (8.30-16.30 Uhr) Erster Teilnehmer der Praxis € 240, jeder weitere € 175 (inkl. Imbiss und Getränke)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

Für Mitarbeiter/innen: Formulare in der Vertragsarztpraxis Umgang mit Überweisungsschein, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Arzneimittelverordnungsblatt. Zielgruppe sind vor allem Berufsanfänger oder Auszubildende. Mi, 3.6.2015 (15-18 Uhr), Teilnahme ist kostenlos. Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300 E-Mail: akademie@aekhh.de Online-Anmeldung: www.fortbildung.aekhh.de

DMP-KURSE DER ÄRZTEKAMMER

DMP Abrechnungskurse Kurse für Ärzte und medizinisches Assistenzpersonal zur Abrechnung von Patientenschulungen Termine und weitere Infos: www.aerztekammer-hamburg.de → Ärztl. Fortbildung Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-306 E-Mail: akademie@aekhh.de Online-Anmeldung: www.fortbildung.aekhh.de
--

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi, 3.6.2015 (15-20 Uhr) € 226 (inkl. Imbiss und Material)	Fortbildung für Mitarbeiter/innen: „Gefährdungsbeurteilung I“ Zur Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften Mi, 10.6.2015 (15-18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Material)	Fortbildung für Mitarbeiter/innen: „Gefährdungsbeurteilung II“ Ausarbeitung und Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung, wobei insbesondere die Gefahrstoff- und Biostoff-Verordnung berücksichtigt werden. Bereits vorhandene Unterlagen sollen mitgebracht werden. Mi, 25.11.2015 (15-18 Uhr) € 40 (inkl. Imbiss, aber ohne Material)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsmedizinische Praxis Dr. Gerd Bandomer, FAX: 2780 63 48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de		

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 2. QUARTAL 2015 VOM 1. BIS 15. JULI 2015

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

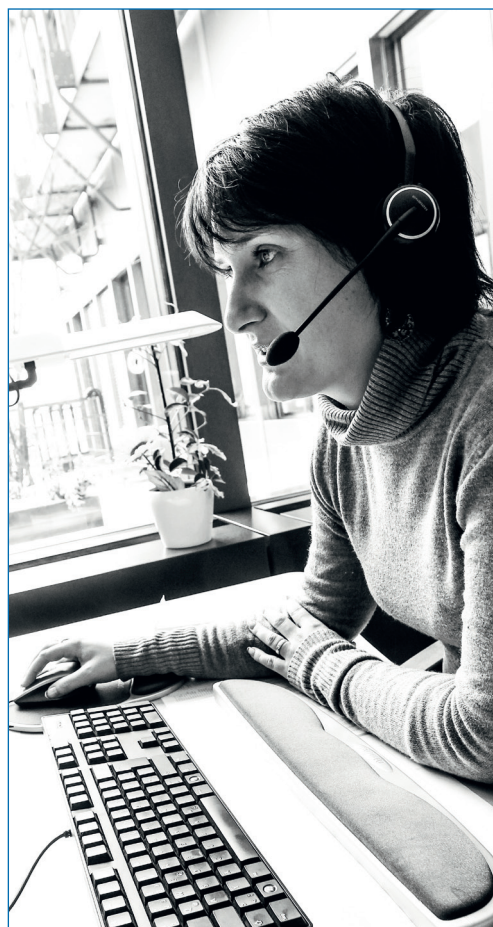
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KV Hamburg
Heidenkampsweg 99
22097 Hamburg
Telefon: 22 802 - 900
Telefax: 22 802 - 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

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



KVH

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