

KVH journal

**KRANKEN-
BEFÖRDERUNG**

+++

Ausfüllanleitung
für das neue
Muster 4

RETTUNGSSCHIRM

Umsatzgarantie mit beachtlicher Wirkung?



PSYCHOTHERAPIE

Neue Regelungen ab Juli

STUDIENLAGE

Prostatakrebs-Screening mittels PSA-Test

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 7-8/2020 (Juli/August 2020)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Regierung unterstützt die Krankenhäuser im Rahmen des Konjunkturpakets mit drei Milliarden Euro, damit Investitionen in IT- und Cybersicherheit durchgeführt werden können. Für die Praxen ist keine solche Entschädigung geplant – obwohl auch sie bald anspruchsvolle IT-Sicherheitsstandards nachweisen müssen. Ein erster Einblick in den Entwurf der Richtlinie, die verbindlich die IT-Sicherheit in Praxen regeln soll, zeigt: Das werden die Ärztinnen und Ärzte nicht in Eigenregie umsetzen können. Auch die Praxen werden die Hilfe spezieller IT-Sicherheitsfachleute in Anspruch nehmen müssen – und das kostet Geld. Die KBV-Vertreterversammlung hat deshalb beschlossen, der Richtlinie erst dann zuzustimmen, wenn der Gesetzgeber eine Finanzierung der daraus resultierenden Aufwände für die Praxen sichergestellt hat.

Gerade eben noch haben die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte viel Lob bekommen, denn ohne das engmaschige Netz an ambulanten Praxen hätten wir die Pandemie in Deutschland nicht so gut bewältigen können. Und nun will man zulassen, dass die Praxisinhaber auf den Zusatzkosten für die IT-Sicherheit sitzen bleiben? Das kann nicht sein. Wir alle, Regierung und Selbstverwaltung, sollten versuchen, die Arbeit in der vertragsärztlichen Versorgung so attraktiv wie möglich zu machen, um die bewährten Strukturen zu sichern.

Dazu gehört auch eine verlässliche Telematikinfrastruktur, die das Versorgungsgeschehen unterstützt – statt für zusätzlichen Ärger zu sorgen, wie kürzlich durch den Ausfall des Versichertenstammdatenmanagements. Auch das Bundesgesundheitsministerium als Hauptgesellschafter der Gematik und die Gematik selbst müssen ihrer Verantwortung für ein funktionierendes System nachkommen. Die Verpflichtung zur Schaffung von Informationssicherheit gilt nicht nur für Krankenhäuser und Praxen, sondern auch für jene, die das übergeordnete Netz zur Verfügung stellen. Und Notfallpläne und Regelungen zur Wiederanlaufzeit gehören definitiv dazu.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende 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: Wie schätzen Sie die wirtschaftliche Situation Ihrer Praxis ein?
- 08_ Rettungsschirm: Umsatzgarantie mit beachtlicher Wirkung?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_ Fragen und Antworten zur Krankenförderung
- 16_ Ausfüllanleitung: Das neue Muster 4 zur Verordnung einer Krankenförderung
- 21_ Übersicht: Welches Beförderungsmittel ist geeignet und in welchen Fällen ist eine Genehmigung der Kasse notwendig?
- 22_ Psychotherapie: Neue Regelungen und neue Formulare ab Juli
- 24_ Diabetes Typ 1 und 2: Neue Regelungen in den DMP-Verträgen

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 25_ Pertussis-Impfung von Schwangeren wird Pflichtleistung für gesetzlich Versicherte
Neue Impfleistungen bei der Satzungsimpfvereinbarung mit der BARMER

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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



QUALITÄT

- 26_** Förderung der Weiterbildung:
Neuerungen zum 1. Juli
Pflegeheim sucht Vertragsarzt für
Kooperationsvereinbarung

KV INTERN

- 27_** Zertifizierte Informationssicherheit
bei der KV Hamburg

FORUM

- 34_** Standpunkt: Spahns Patientendaten-
Schutzgesetz schützt weder die
Patientendaten noch die Medizin-
qualität

SELBSTVERWALTUNG

- 37_** Steckbrief: Dr. Katja Sperhake
40_ Neue Strukturen, neues Führungs-
personal: Welche Gesundheitspolitik
verfolgt die neue Hamburger
Regierung?



**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**
28_ Prostatakrebs-Screening
mittels PSA-Test

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 13_** Bekanntmachungen im
Internet

KOLUMNE

- 32_** Zwischenruf
von Dr. Bernd Hontschik

FORUM

- 38_** Leserbrief

TERMINKALENDER

- 42_** Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Marcelo Hernandez/Funko Foto Services;
Seite 9-11: freshidea/AdobeStock; Seite 15, 17
19, 21: Alekseyvanin/Stock.Adobe; Seite 14: Brian
Jackson/AdobeStock; Seite 15: Felix Faller/Alinea;
Seite 23: Photographee.eu/AdobeStock; Seite 27:
Stefanie Schäfer; Seite 32: Barbara Stamm; Seite
33: Yuris Arcurs Photography/Fotolia; Seite 41:
Christian Bittcher; Senatskanzlei; Seite 42: Mi-
chael Zapf; Melanie Vollmert auf Grundlage von
Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

Wie schätzen Sie die wirtschaftliche Situation Ihrer Praxis ein?



Dr. Nicolette Eberle-Walter

Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Inhaberin von Family-Care in Eilbek

Schwierige Situation

Wir haben mit gesunkenen Fallzahlen zu kämpfen. Selbst Menschen, die ernsthaft krank sind und eine Dauermedikation oder Blutkontrollen benötigen, zögern noch immer, in die Praxen zu kommen – obwohl wir selbstverständlich alle Vorkehrungen getroffen haben, um das Risiko einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 zu minimieren. **Ich mache mir Sorgen um die Patienten, aber auch um die wirtschaftliche Situation unserer Praxen. Wir tragen Verantwortung für ein Unternehmen mit Angestellten an zwei Standorten.** Anders als Betriebe aus dem Gastronomie- oder Einzelhandelsbereich haben wir einen Rettungsschirm, doch dessen Wirkung können wir erst einschätzen, wenn wir die Zahlen für unsere Praxen schwarz auf weiß sehen. Einstweilen bemühen wir uns, positiv in die Zukunft zu blicken, und hoffen, dass sich der Betrieb in den kommenden Quartalen wieder normalisiert. ■



Dr. Henrik Suttman

Facharzt für Urologie, niedergelassen im
Urologikum in Eppendorf

Vorsichtiger Optimismus

Für das Urologikum Hamburg bedeutet die Corona-Krise zwischenzeitliche Umsatzeinbußen bis zu 50 Prozent. Ursachen sind zum einen ein massiver Rückgang bei der Terminnachfrage, zum anderen die gestiegenen Anforderungen an entsprechende Hygienemaßnahmen. Insbesondere die gebotenen Mindestabstände machen einen regulären Praxisbetrieb mit „knallvollem“ Wartezimmer unmöglich. **Wir haben Kurzarbeit angemeldet, ein Schichtarbeitsmodell entwickelt und die Sprechstundenzeiten mehrfach flexibel angepasst.** Der für das KV-System entwickelte Rettungsschirm gibt zwar eine gewisse finanzielle Sicherheit, schützt aber nicht vor Verlusten in anderen Geschäftsfeldern wie zum Beispiel dem PKV-Bereich. Schwierig erscheint die Zukunftseinschätzung: Durch die Corona-Krise ist die Entwicklung der ILBs noch unvorhersehbarer als durch aktuelle und zukünftige TSVG-Effekte sowieso schon. Noch herrscht vorsichtiger Optimismus – aber nur, wenn innerhalb der kommenden Wochen eine Rückkehr zu einem gewissen Normalbetrieb möglich ist. ■



Dr. Joachim Grefe

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
niedergelassen in Eppendorf

Kleine Verbesserungen

Die wirtschaftliche Situation in der psychotherapeutischen Praxis hat sich in den letzten Jahren spürbar verbessert. Die Kernleistungen der antrags- und bewilligungspflichtigen Richtlinien-Psychotherapie werden extrabudgetär vergütet und wurden in kleinen Schritten angehoben. Zudem wird in unregelmäßigen Abständen ein Abgleich mit den Einkommen einer Vergleichsgruppe von Fachärzten vorgenommen und die Honorare nachträglich – in der Regel nach oben – angepasst. Leider sind Psychotherapeuten, die an diesen Anpassungen teilhaben wollen, weiterhin gezwungen, regelmäßig Widerspruch gegen die Honorarbescheide einzulegen. **Dies alles ändert nichts daran, dass Psychotherapeuten am unteren Ende der Einkommensstatistik stehen und immer wieder der Eindruck erweckt wird, sie seien in ihren Honorarverbesserungswünschen unersättlich auf Kosten der anderen Leistungserbringer.** So bleibt aus Sicht des Psychotherapeuten noch einiges zu tun, um eine anerkannte Stellung mit angemessener Vergütung zu erreichen. ■

VON WALTER PLASSMANN

Ein Rettungsschirm nur für Hamburg

Im Vergleich zum finanziellen Umfang des Konjunkturpakets nimmt sich der „Rettungsschirm“ für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten recht bescheiden aus. Trotzdem ist seine Wirkung beachtlich: Eine derartige Umsatzgarantie kennt keine andere Berufsgruppe.



Schnelligkeit war gefragt – aber mit hohem Tempo kennt sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ja aus. Unmittelbar nach Ausrufung der „Corona-Pandemie“ und der damit einhergehenden Aufforderung an Ärzte, Krankenhäuser und Patienten, nur noch unverschiebbare gesundheitliche Probleme anzugehen, machten Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft dem Minister klar, dass damit die Versorgung nachhaltig beschädigt werden

könnte – obwohl man auf sie jetzt mehr als vorher angewiesen sei.

Spahn zimmerte in wenigen Tagen ein umfangreiches Gesetzespaket („Covid 19-Krankenhausesentlastungsgesetz“), mit dem beiden Problemen Rechnung getragen werden sollte: einerseits die Versorgung aufrechterhalten und andererseits wegbrechende Einnahmen ersetzen.

Das Rezept: Die Krankenhäuser bekamen Gelder für „stillgelegte“ Betten ausgezahlt, die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten eine Art Umsatzgarantie. In sage und

schreibe vier (!) Tagen wurde aus dem Entwurf ein gültiges Gesetz.

Die Wirkung für die Niedergelassenen ist eigentlich ganz schlicht: Sie sollten 90 Prozent des Umsatzes des Vorjahresquartals sicher haben, gleich wie sich das erste und das zweite Quartal 2020 entwickeln sollten.

Aber wie nahezu immer, gilt auch in diesem Fall: Wenn etwas einfach gedacht ist, gerät die Umsetzung deutlich komplizierter.

Da gibt es zunächst einmal das Problem, dass sich der GKV-Umsatz eines niedergelassenen Arztes oder





Psychotherapeuten zusammensetzt aus einem budgetierten und einem nicht-budgetierten Anteil. Der budgetierte Anteil unterliegt der Verhandlungs- und Verteilungshoheit der KV, kann also nur sehr kurssorisch auf der Bundesebene geregelt werden – selbst in Pandemie-Ausnahmezeiten.

Zum anderen ist die Regulationsdichte im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahrzehnten enorm hoch geworden. Das ist nicht zuletzt auf eine hochtourig laufende Gesetzesmaschinerie zurückzuführen. Damit aber geht einher, dass einfach erscheinende Begriffe („Umsatz“, „Fall“) sehr schillernd werden können. Mit anderen Worten: Die eingefügten Gesetzesteile sind auslegungsfähig und -bedürftig, es sollten damit auch lokal angepasste Lösungen ermöglicht werden – was gerade für Hamburg sehr wichtig ist.

Selbstverwaltung, Vorstand und Geschäftsführung der KV Hamburg haben sich deshalb sehr intensiv mit dem „Schirm“ auseinandergesetzt und ihn an die Hamburger Verhältnisse angepasst, denn diese unterscheiden sich bekanntlich sehr stark vom bundesweiten Durchschnitt. Zunächst einmal wurden Grundsatzentscheidungen getroffen:

- Alle Ausgleichs werden von der KV von Amts wegen vorgenommen, niemand muss also einen Antrag stellen.

- Wir wollen trotz weiterer, im 2. Quartal 2020 beginnenden Neuerungen, einen einheitlichen Abrechnungsbescheid erstellen. Das heißt: Es soll keine nachträglichen (regelhafte) Korrekturbescheide geben.

Beginnen wir mit dem Teil der „extrabudgetären Gesamtvergütung“ (EGV). 90 Prozent des Vorjahresumsatzes soll Ärzten garantiert werden, wenn der Umsatz unter diese Grenze gerutscht ist und dies auf Fallzahlrückgänge im Zuge der Pandemie-Situation zurückzuführen ist. Die

Kein Arzt oder Psychotherapeut muss sich Sorgen machen, wegen der Abrechnung 1 und 2/2020 in finanzielle Nöte zu kommen.

KV Hamburg wird dies so einfach umsetzen, wie es gedacht war: „Umsatz“ betrifft alle GKV-Einnahmen, die über die KV Hamburg abgerechnet werden (also auch alle Sondervertragsleistungen, wenn die Verträge mit der KV Hamburg abgeschlossen wurden). Der „Fallzahlrückgang“ beginnt bereits bei einem Fall weniger. Pandemie-bedingte Ausnahmere-

gelungen wie die Videosprechstunde werden wir nicht mitzählen.

Damit dies so einfach gehandhabt werden kann, musste „hinter den Kulissen“ eine Vielzahl von Vorkehrungen, Absprachen und Regelungen vorgenommen werden. Das betrifft die Aufteilung der Gelder auf die Krankenkassen ebenso wie das Anfordern von Geldern von anderen KVen („Fremdkassenzahlungsausgleich“) – ein Posten, der für Hamburg so wichtig ist wie in keiner anderen KV. In für das System durchaus bemerkenswert hohem Tempo sind diese Arbeiten erledigt worden.

Komplexer ist der budgetierte Teil. Hier gab es zwei Probleme gleichzeitig zu lösen: Zum einen sollte auch für das Budget eine Umsatzgarantie gelten, zum anderen sollte sichergestellt werden, dass die dem Budget unterliegende „morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ (MGV) von den Krankenkassen auch zukünftig in voller Höhe gezahlt wird, wenn in Pandemie-Zeiten weniger Leistungen abgerechnet werden. Normalerweise würde die MGV im Folgejahr entsprechend sinken.

Das Gesetz hat diese „Doppel-Lösung“ so hinbekommen, dass es die Krankenkassen verpflichtet, die vereinbarte Gesamtvergütung unabhängig von den angeforderten Leistungen auszuzahlen, und es den KVen ermöglicht, Regelungen in

den Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) zu finden, mit denen das Geld auch dann verteilt werden kann, wenn Ärzte und Psychotherapeuten keine entsprechende Leistungsmenge abrechnen konnten. Für diese HVM-Maßnahmen gibt es keine weiteren Vorgaben.

Das ist für Hamburg sehr wichtig, denn die Situation im budgetierten Bereich ist für die Hansestadt seit einigen Jahren und dank einiger gesetzlicher Maßnahmen sehr schwierig: In Hamburg werden im Budget nur rund 80 Prozent ausgezahlt – für Haus- wie für Fachärzte. Derart niedrige Quoten gibt es in keiner anderen KV.

Dies bedeutet aber auch: Hamburgs Ärzte und Psychotherapeuten könnten bis zu 20 Prozent weniger Leistungen abrechnen, bis die vereinbarte Gesamtvergütung erreicht würde. Die Grenze, ab der der Schutzschirm greift, musste diesem Umstand also Rechnung tragen.

Aus dieser Sachlage heraus sind in enger Abstimmung mit der Selbstverwaltung Lösungen entstanden, die auf die einmalige Hamburger Situation angemessen zugeschnitten sind: Der Schutzschirm greift nicht schon bei 90 Prozent, sondern erst bei 60 Prozent (Hausärzte) beziehungsweise 80 Prozent (Fachärzte). Die unterschiedlichen Interventionsgrenzen sind gezogen worden, weil der Fallzahlrückgang im fachärztlichen Bereich deutlich größer sein dürfte als im hausärztlichen. Zudem sind bei den Hausärzten viele Bestandteile des Budgets gemäß HVM privilegiert, damit sie möglichst zu 100 Prozent ausbezahlt werden können. Das sollte durch Schutzschirm-Regelungen nicht konterkariert werden.



Ein wichtiger Grund für diese Grenzen bestand zudem darin, Praxen zu unterstützen, die trotz der Einschränkungen während der „Corona-Pandemie“ ihren Betrieb voll aufrechterhalten hatten. Vor allem die Hausärzte sollen sicher sein können, dass, soweit es möglich ist, ihre Leistungen zu 100 Prozent nach der Hamburger Gebührenordnung ausgezahlt werden. Gleichzeitig besteht aber ein grundsätzlicher Anspruch auf den Rettungsschirm, so dass der „Schutzfaktor“ nicht gänzlich an den Schluss gestellt werden konnte.

Herausgekommen ist ein Kompromiss, der den vielen Bedingungen in Hamburg Rechnung trägt:

1.) Zunächst wird die Abrechnung jeder Honorareinheit ganz normal durchgeführt. Alle Praxen, die mehr als 60 Prozent (Hausärzte) beziehungsweise 80 Prozent (Fachärzte) ihres Umsatzes im MGV-Bereich erzielt haben, bekommen ihr ILB in jedem Fall ausgezahlt.

2.) Im zweiten Schritt werden die Gesamtkosten ermittelt, die nötig sind, um bei den übrigen Abrechnungen die Auszahlung auf 60 beziehungs-

Wie oft wurde die Corona-Ziffer abgerechnet?

Im Quartal 1/2020 wurde die Corona-Ziffer 60.848 mal abgerechnet (Pseudo-GOP 88240; Kennzeichnung bei Verdacht oder nachgewiesener Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2). Etwa 10.100 mal geschah dies im Notfalldienst. Insgesamt haben etwa 1.300 Ärztinnen und Ärzte die Ziffer abgerechnet – davon 1.050 Hausärzte und 250 Fachärzte. Im Notfalldienst rechneten 236 Ärzte die Ziffer ab.

weise 80 Prozent anzuheben.

3.) Mit den verbleibenden Mitteln in der MGV werden nun die oberhalb des ILB abgerechneten Leistungen vergütet – bis maximal 100 Prozent des Preises der Gebührenordnung.

4.) Sollten dann noch immer Finanzmittel im Budget vorhanden sein, werden diese genommen, um die 60- beziehungsweise 80-Prozent-Grenze hinaufzusetzen – so lange, bis das Geld komplett verteilt ist.

Wie bei den meisten Kompromissen, ist der tatsächliche Mechanismus recht komplex ausgefallen. Das gilt in ganz besonderem Maße, wenn man die vielen möglichen Sonder-Konstellationen einbezieht. Hierzu hat die KV Hamburg in ihrem Internet-Auftritt alle aktuell denkbaren Informationen zusammengetragen (www.kvhh.de → Abrechnung → Information: "Vorgehen zur Be-

rechnung des Corona Rettungsschirms für die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung").

Unter dem Strich erwartet der KV-Vorstand, dass die aufgezeigten vier Schritte in der Tat durchgeführt werden können. Will sagen: Es müssten ausreichend Finanzmittel vorhanden sein, um alle abgerechneten Leistungen zu 100 Prozent vergüten und trotzdem den Schutzschirm bedienen zu können. Denn durch die „Corona-Regel“, nach der viele Leistungen extrabudgetär ohne Bereinigung abgerechnet werden konnten, ist es durchaus realistisch anzunehmen, dass für das dargestellte Szenario ausreichend Finanzmittel bereitstehen werden.

Ob der Rettungsschirm bereits im 1. Quartal 2020 aufgespannt werden muss, war zum Redaktionsschluss dieses *KVH-Journals* noch nicht abzusehen. Da die Pandemie erst drei Wochen vor Quartalsende

Es gibt Wechselwirkungen mit dem TSVG. Kalkulieren lässt sich das überhaupt nicht, hinterher erklären wohl nur bedingt.

ausgerufen wurde, kann es durchaus sein, dass nur sehr wenige Praxen einen Umsatzrückgang verzeichnet haben. Anders könnte es im 2. Quartal sein, obwohl auch dort sechs bis acht Wochen lediglich „normale“ Praxistätigkeit möglich war.

Während die Abrechnung des 1. Quartals auch mit Schutzschirm-Regelung noch einigermaßen erklärbar sein wird, wird es ausgeschlossen sein,

die Ergebnisse des 2. Quartals komplett nachzuvollziehen. Denn neben den Regeln des Schutzschirms sind ja auch die EBM-Reform sowie etliche HVM-Änderungen in Kraft getreten. Zudem gelten in diesen Quartalen auch noch die Übergangsbestimmungen des „Terminservice- und Versorgungsgesetzes“ (TSVG). Alle diese Regelungen werden sich gegenseitig beeinflussen – aber auf einer sehr individuellen Ebene. Kalkulieren lässt sich dies überhaupt nicht, selbst hinterher erklären wohl nur bedingt.

Die beiden „Corona-Quartale“ mit ihren vielen Sonderregelungen werden dazu führen, dass sich Selbstverwaltung, Vorstand und Geschäftsführung sehr kluge Gedanken darüber machen müssen, wie im kommenden Jahr Honorar verteilt werden soll. Denn es wird nicht möglich sein, auf der Basis der Ergebnisse des 1. und 2. Quartals 2020 die Budgets für 2021 aufzusetzen. Diese Diskussion wird die KV Hamburg im Herbst führen.

Zugespielt lässt sich zusammenfassen, dass sich kein Arzt und Psychotherapeut Sorgen machen muss, allein wegen der KV-Abrechnung des 1. und 2. Quartals 2020

in finanzielle Nöte zu kommen. Das ist eine deutlich bessere Ausgangssituation als für die meisten übrigen Freiberufler. Natürlich ist es misslich, dass die Regelungen im Detail nur sehr schwer nachzuvollziehen sein werden. Doch: Hauptsache, sie greifen. ■

WALTER PLASSMANN,
Vorstandsvorsitzender der
KV Hamburg

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

- Schreiben an die Hamburger Krankenkassen /-verbände unter Bezugnahme auf die DMP-Schulungen als Videokonferenz
- Zusatzvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J 2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der Techniker Krankenkasse und der AG Vertragskoordinierung
- Zusatzvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der Techniker Krankenkasse und der AG Vertragskoordinierung
- Zusatzvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J 2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der KNAPPSCHAFT und der AG Vertragskoordinierung
- Zusatzvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen der KNAPPSCHAFT und der AG Vertragskoordinierung
- bestätigender Schriftwechsel der Vertragspartner der Bereinigungsverträge zur Übergangsregelung für das 3. Quartal 2020 zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic, der Techniker Krankenkasse und dem vdek
- 1. Nachtrag zur Impfvereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V in Verbindung mit § 20i Absatz 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen als Satzungsleistung mit der BARMER (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2020 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 1. Nachtrag zum Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) gem. § 140a SGB V mit der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH und der HEK - Hanseatische Krankenkasse (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekannt-

machung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- Neufassung des Vertrages zum DMP Diabetes mellitus Typ II (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 14. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 14. Nachtrag zum Datenstellenvertrag (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- Vertrag zur Unterstützung der Umsetzung von Disease-Management-Programmen in Hamburg (DMP-Vergütungsdatei) (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im Telegramm Nr. 67 wurde die Protokollnotiz zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (Sprechstundenbedarfsvereinbarung) unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Protokollnotiz durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu dieser Protokollnotiz ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 6/2020 wurde die Honorarvereinbarung für das Jahr 2020 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu dieser Vereinbarung ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: Kündigung von Verträgen

- Vertrag über ein strukturiertes Arzneimittel-Management von Biologika und Biosimilars (Biolike) in Hamburg nach § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V mit der BARMER zum 30. Juni 2020
- Vertrag zu Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen bei der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) nach § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V mit der BARMER zum 30. Juni 2020
- Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Versicherten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V mit der BARMER zum 30. Juni 2020

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

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

NEUES FORMULAR

Wir haben gehört, dass das Muster 4 (Verordnung einer Krankenförderung) überarbeitet wurde. Ab wann darf das alte Muster (Stand 4.2019) nicht mehr verwendet werden?

Ab 1. Juli 2020 gilt das neue Muster 4. Ältere Formulare dürfen ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden.

SERIENVERORDNUNG

Muss mein Patient für jede Beförderung einer Serienverordnung eine Zuzahlung leisten?

Ja. Patienten haben eine Zuzahlungsverpflichtung von 10 Prozent des Fahrpreises (mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Fahrt) zu leisten. Bei Fahrkosten müssen die Zuzahlungen auch für Kinder und Jugendliche geleistet werden. Bei Fahrten im Zusammenhang mit stationären Behandlungen leisten Versicherte für die erste und letzte Fahrt eine Zuzahlung. Dies gilt auch für Fahrten im Zusammenhang mit stationärsersetzenden ambulanten Operationen.

Bitte informieren Sie Ihren Patienten über die zu erwartende Zuzahlung.



VERORDNUNG DURCH PP

Ich bin psychologische Psychotherapeutin. Wann darf ich für einen Patienten eine Krankenförderung (Muster 4) verordnen?

Die Verordnung eines Krankentransports oder einer Krankenfahrt muss zwingend eine medizinische Notwendigkeit umschließen.

Als nicht medizinisch notwendig gelten zum Beispiel Fahrten, um einen Termin abzustimmen oder eine Verordnung abzuholen.

Als medizinisch notwendig gelten außerdem nur direkte Fahrten vom Aufenthaltsort des Patienten zum nächst erreichbaren Krankenhaus oder zur Praxis, in der eine geeignete Behandlung möglich ist. Hierbei ist die Notwendigkeit für die Hin- und Rückfahrt jeweils gesondert zu prüfen. Für Ihre Fachgruppe beschränkt sich diese Befugnis auf psychotherapeutische Leistungen.



Sie können Krankenfahrten und Krankentransporte verordnen zur stationären Behandlung in einer Klinik oder Fachabteilung für:

- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychosomatik und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Sie können auch eine Krankenfahrt oder einen Krankentransport zu einer psychotherapeutischen Behandlung im ambulanten Versorgungsbereich verordnen.

Für Fahrten zur ambulanten oder stationären Rehabilitation kann dagegen keine Verordnung ausgestellt werden.

BEHANDLUNG BEIM ZAHNARZT

Ich bin Hausarzt. Wann darf ich für meinen Patienten eine Krankenförderung zum Zahnarzt verordnen?

Soweit eine Mobilitätseinschränkung durch eine andere Ursache, als dem zahnärztlichen Befund begründet ist (z. B. außergewöhnliche Gehbehinderung) darf die Verordnung nur durch Sie erfolgen.

Der Vertragszahnarzt kann eine Krankenförderung ausschließlich dann verordnen, wenn sie durch eine zahnärztliche Leistung notwendig werden sollte.

KURZZEITPFLEGE

Darf ich für meine Patientin eine Krankenförderung zur Kurzzeitpflege verordnen?

Nein. Nach Krankentransport-Richtlinie muss die Verordnung einer Krankenförderung immer im Zusammenhang mit einer Leistung der gesetzlichen Krankenkasse stehen.

Nicht verordnungsfähig sind Krankenförderungen zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI.

Infocenter Tel: 22802-900



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



Ausfüllanleitung: Muster 4 zur Verordnung einer Krankenförderung

Seit 1. Juli 2020 gilt ein neues Muster 4 für die Krankenförderung.
Wir zeigen Ihnen, wie man das Formular ausfüllt.

Verordnung einer Krankenförderung 4

1. Zuzahlungspflicht

1 Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

2 Unfall, Unfallfolge

2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit

2 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

3 Hinfahrt **3** Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) **4** voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung **4** vor-/nachstationäre Behandlung

b) **5** ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahr mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) **6** anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: **6**

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

d) **7** hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie **7** vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) **8** dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) **9** anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

10 **2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte**

vom/am T T T T M J J J / x pro Woche, bis voraussichtlich T T T M J J J J

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art und Ausstattung der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen **13** Rollstuhl

12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen **13** Tragestuhl

12 **13** liegend

14 RTW **15** NAW **16** andere

4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

17

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe **2**),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe **2**) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

2 Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Personalfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

3 Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Kran-

1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Krankenförderung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen. Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen



kenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragsarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragsarzt unter 17 bestätigt werden.

1. GRUND DER BEFÖRDERUNG

Genehmigungsfreie Fahrten

4 a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankentransportbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter 17 angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

5 b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankentransportbeförderung zur ambulanten Behandlung

ist für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragsarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ [erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr] im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Verordnungsfähig sind Fahrten, die im Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder 11 und ggf. 13 zu nutzen. Ist die Fahrt im Krankentransportwagen erforderlich, ist diese unter 9 zu verordnen.

6 c) anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankentransportbeförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegereinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),
- für Fahrten zu einer stationärsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in →



- diesem Zusammenhang erfolgreicher Vor- oder Nachbehandlung und
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
 - bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung). Der Anlass ist in der Freitextzeile 6 zu erfassen.

Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist. Hierbei ist die Krankenhausbehandlung nicht schon dann „an sich geboten“, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante ambulante Operation unterbleibt. Vielmehr muss eine aus medizinischer Sicht notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B. weil der Patient sich bewusst gegen die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entscheidet und die Operation deshalb ambulant vorgenommen wird. Eine Begründung für die stationärsersetzende Durchführung ist unter 17 anzugeben.

Bei erforderlichen Vor- oder Nachbehandlungen gelten die gesetzlichen Fristen analog zu vor- und nachstationären Behandlungen unter 4. Zugleich ist der Operationstag unter 17 zu erfassen. Bei nicht stationärsersetzenden ambulanten Operationen ist eine Krankentransportbeförderung nicht verordnungsfähig, so z. B. bei nicht stationärsersetzenden Katarakt-Operationen.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

7 d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

In Ausnahmefällen kann eine Krankentransportfahrt zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig ist.

Von einem Ausnahmefall ist auszugehen, wenn Patienten einer Dialysebehandlung, einer

onkologischen Strahlentherapie, einer parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie (gemäß Anlage 2 der KT-RL) in hoher Behandlungsfrequenz bedürfen.

7 vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter 17 zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

8 e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld 5 genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter 17 zu begründen.

9 f) anderer Grund für Fahrt mit KTW z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. angeben)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankentransportfahrt mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus



ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter **12** zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter **11** bis **15** anzugeben. Weiterhin ist unter **17** der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

10 2. BEHANDLUNGSTAG/-FREQUENZ UND NÄCHSTERREICHBARE, GEEIGNETE BEHANDLUNGSSTÄTTE

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz zu machen und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragsarztes oder Fachrichtung des Vertragsarztes) anzugeben. Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, z. B. wenn beim Hausbesuch die Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt. In diesen Fällen ist eine Begründung unter **17** anzugeben.

Bei der Angabe der Behandlungsstätte ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragsarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

3. ART UND AUSSTATTUNG DER BEFÖRDERUNG

11 Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter **13** zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung einer Krankenförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung eines KTW können zusätzlich die Felder unter **13** Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

13 Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrsessel befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. →



→ Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

14 RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen. In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

15 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsetzfahrzeuge (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist. In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

16 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn eine schnellere Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

17 4. BEGRÜNDUNG/SONSTIGES

Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach 7 und 8.

Dieses Freitextfeld ist darüber hinaus für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,

- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter 10 nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter 10 nicht bekannt ist,
- Behandlung, welche über Terminservicestelle vermittelt wurde,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/ Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationärsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen. ■

Quelle: KV-InfoAktuell 83; Vordruckerläuterungen Muster 4 zum 1.7.2020



**VERORDNUNG VON LEISTUNGEN
NACH DER „KRANKENTRANSPORT-RICHTLINIE (KT-RL)“**

Übersicht: Welches Beförderungsmittel ist geeignet und in welchen Fällen ist eine Genehmigung durch die Kasse erforderlich?

	Rettungsfahrt nach § 5 KT-RL	Krankentransport nach § 6 KT-RL	Krankenfahrt nach § 7 KT-RL
Beförderungsmittel	● Rettungswagen (RTW) ● Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzwagen (NEF) ● Rettungshubschrauber (RTH)	Krankentransportwagen (KTW)	● Mietwagen ● Taxi (Auch Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Privatautos zählen laut § 7 KT-RL als Krankenfahrt – sind aber nicht verordnungsfähig.)
Genehmigung durch Krankenkasse erforderlich?	Nein , da es sich bei dieser Verordnung immer um einen Notfall handelt	Ja, sofern ein Krankentransport zu einer ambulanten Behandlung erfolgen soll.* Nein, bei: ● Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß §115a SGB V ● Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß §115b SGB V ● Fahrten zu einer stationären Behandlung	Ja, und zwar auch bei: ● Erkrankungen mit hohen Behandlungsfrequenzen (auch bei Dialyse-, Strahlen- oder Krebstherapie)* ● Patienten, die bei der Krankenfahrt eine medizinisch-fachliche Betreuung oder eine fachgerechte Lagerung benötigen* Nein, bei: ● Fahrten zur stationären Behandlung ● Fahrten zur vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden wird ● Fahrten zur ambulanten Operation, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden wird
Fachliche Betreuung	Ja.	Qualifiziertes, nicht-ärztliches Personal kann nach medizinischer Beurteilung des Arztes angefordert werden (muss aber nicht). Eine entsprechende Angabe auf der Verordnung ist erforderlich.	Nein, medizinisch-fachliche Betreuung ist nicht vorgesehen.

***Ausnahme:**

Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, müssen ihre Fahrten nicht vorher genehmigen lassen. Dazu gehören:

- Schwerbehinderte, deren Schwerbehindertenausweis eines der folgenden Merkmale enthält: „aG“ für außergewöhnliche Gehbehinderung, „Bl“ für Blindheit oder „H“ für Hilflosigkeit
- Pflegebedürftige, deren Pflegebescheid Pflegegrad 4 oder 5 ausweist
- Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3 (wenn bei ihnen eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vorliegt)

Psychotherapie: Neuerungen ab Juli

Neue Formulare, systemische Therapie als neues Richtlinienverfahren, höhere Stundenkontingente für Bezugspersonen – ab Juli ändern sich einige Regelungen für Psychotherapeuten. Hier ein Überblick.

Neue Formulare für die Psychotherapie

Zum 1. Juli 2020 werden alle Psychotherapie-Formulare aufgrund der Einführung der Systemischen Therapie für Erwachsene angepasst. Das Formblatt PTV 12 wird von diesem Zeitpunkt an nur noch für die Anzeige einer Akutbehandlung genutzt. Es entfällt der Formulareteil zur Anzeige der Beendigung einer Psychotherapie im PTV 12, künftig wird das Therapieende via Praxissoftware übermittelt.

Gleich bleiben die Überweisung zur Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 7) und der Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 22). Das Formblatt PTV 11 zur individuellen Patienteninformation im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde wurde übersichtlicher gestaltet.

Ab 1. Juli 2020 dürfen nur noch die neuen Formblätter (Stand

7.2020) verwendet werden. Alte Formulare, Umschläge oder Leitfäden können nicht aufgebraucht oder weiter genutzt werden.

Eine Ausfüllhilfe für Psychotherapeutinnen und -therapeuten für das PTV 11 und andere Formulare finden Sie im Internet:

www.kbv.de → in die Suchmaske eingeben: „PTV-Formulare“ → Formulare für die Psychotherapie

Systemische Therapie für Erwachsene als neues Psychotherapieverfahren

Für die vertragspsychotherapeutische Behandlung von Patienten steht mit der Systemischen Therapie ein weiteres Richtlinienverfahren zur Verfügung. Das neue Verfahren kann – wie die bestehenden Psychotherapieverfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie – für alle in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Indikationen angewendet werden.

Wie für die anderen Verfahren wurden auch für die

Systemische Therapie Regelungen für die Kontingente der Therapieeinheiten getroffen. Die Vorgaben hinsichtlich Anzeige-, Antrags- und Gutachterpflicht gelten wie für die anderen Richtlinien-Therapieverfahren.

Zur Abrechnung wurden neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Einzel- und Gruppentherapie in das Kapitel 35 aufgenommen.

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten können die neuen Leistungen zulasten der GKV durchfüh-

ren und abrechnen, sofern sie über eine entsprechende Weiterbildung verfügen und eine Abrechnungsgenehmigung von der KV Hamburg haben.

Anträge für die Abrechnungsgenehmigung im Internet: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → Formulare → Downloadbereich unter „P“ → Psychotherapie → Antrag auf Genehmigung Psychotherapie

Ansprechpartnerinnen für die Genehmigung:
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
Joana Voll, Tel: 22802-424



Bezugspersonen in der Akutbehandlung

Eine weitere Neuerung betrifft die psychotherapeutische Akutbehandlung von Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit geistiger Behinderung. Für diese Personengruppen stehen künftig höhere Stundenkontingente zur Verfügung, um Bezugspersonen in die Therapie einbeziehen zu können. Dabei gilt dasselbe wie für die Richtlinien-Psychotherapie: Für jeweils vier Einheiten des Patienten kommt maximal eine Einheit für den Einbezug der Bezugspersonen dazu.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist das Vorliegen einer Diagnose des Abschnitts Intelligenzstörung (F70-F79) nach ICD-10 Voraussetzung dafür, dass Bezugspersonen einbezogen werden können. Der Therapeut muss dies im neuen Formblatt PTV 12 entsprechend angeben.

Therapieende in der Abrechnung kennzeichnen

Therapeutinnen und Therapeuten müssen ab 1. Juli in ihrer Abrechnung kennzeichnen, wenn eine Richtlinien-therapie beendet wurde. Dafür gibt es zwei Zusatzziffern: die 88130 für die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe und die 88131 für die Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe.

Beide Zusatzziffern sind ab dem 3. Quartal in der Praxissoftware hinterlegt und werden im Rahmen der Abrechnung übermittelt.

Mehr psychodiagnostische Testverfahren

Eine weitere Neuerung betrifft die Testverfahren nach den GOP 35600 bis 35602. Aufgrund der Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung können sie in der Langzeittherapie in allen Psychotherapieverfahren häufiger abgerechnet werden: statt bisher fünfmal im Therapieverlauf, sind sie dann insgesamt bis zu siebenmal im Therapieverlauf berechnungsfähig.

Bewilligungsbescheid

Für Krankenkassen wird eine alte Pflicht wieder eingeführt: Ab 1. Juli müssen die Krankenkassen den Bewilligungsbescheid für die Psychotherapie auch in der Kurzzeittherapie an den Therapeuten versenden. ■

Quelle: KBV Praxisnachrichten

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



Änderungen in den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1 und 2

Ab dem 1. Juli 2020 gelten in den DMP-Verträgen zu Diabetes folgende wesentliche Neuerungen:

Worum geht's?	Was ist zu tun?	
	Typ 2	Typ 1
Überweisung zum Facharzt	DMP-Kennzeichnung notwendig auf dem Überweisungsschein	Kennzeichnung (aktuell) empfohlen
Strukturvoraussetzungen (Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte)	Streichung des Nachweises von Mindestpatientenzahlen als Teilnahmevoraussetzungen (BSG-Urteil vom 29.11.2017 [B 6 KA 32/16 R])	
Vergütung für diabetologische Schwerpunktpraxen	Neustrukturierung der Vergütungsregelung für diabetologische Schwerpunktpraxen	
Schulungen	Neue Schulung: MEDIAS 2 BOT+SIT+CT	
	● Alle Schulungen sollen innerhalb von höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen erbracht werden. ● Ausnahmen davon nur mit Begründung des Arztes und nach Genehmigung der jeweiligen Krankenkassen	
Wiederholungsschulungen (gilt für alle Schulungen)	● Schulung zum selben Schulungsanlass frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde ● NEU: Kennzeichnung für alle Wiederholungsschulungen mit Buchstaben W	

Alle weiteren Änderungen der Verträge finden Sie in den vollständigen Vertragstexten auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Recht und Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



Pertussis-Impfung von Schwangeren wird Pflichtleistung für gesetzlich Versicherte

Der Bundesausschuss hat die aktualisierte Empfehlung der STIKO zur Impfung gegen Pertussis in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen. Danach sollen alle schwangeren Frauen zu Beginn des 3. Trimenons gegen Pertussis geimpft werden – unabhängig vom Abstand zu einer vorher verabreichten Pertussis-Impfung und in jeder Schwangerschaft.

Fachliche Begründung

Trotz der bestehenden Impfeempfehlungen erkranken insbesondere Säuglinge sehr häufig an Pertussis, und zwar vornehmlich in den ersten sechs Lebensmonaten. Dies zeigt laut Robert Koch-Institut den dringenden Bedarf, insbesondere bei jungen Säuglingen für einen besseren Schutz vor Pertussis zu sorgen.

Ziel der neuen Empfehlung ist es, die Zahl der Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle durch eine Infektion mit Bordetella-Pertussis-Bakterien bei Neugeborenen und jungen Säuglingen zu reduzieren. Mit der Impfung während der Schwangerschaft sind nicht

nur die Mutter, sondern auch das Neugeborene besser vor der Krankheit geschützt.

Empfohlen wird die Impfung für schwangere Frauen zu Beginn des letzten Schwangerschaftsdrittels. Besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt, sollte die Impfung ins zweite Schwangerschaftsdrittel vorgezogen werden.

Wird die Impfung in der Schwangerschaft versäumt, soll die Mutter bevorzugt in den ersten Tagen nach der Geburt geimpft werden, sofern ihre letzte Impfung gegen Pertussis zehn oder mehr Jahre zurückliegt.

Weitere Informationen: Epidemiologisches Bulletin 13/2020 des RKI – www.rki.de

Beschluss noch nicht rechtskräftig

Der Beschluss kann vom Bundesgesundheitsministerium beanstandet werden. Er tritt voraussichtlich im Juli in Kraft. ■

Ansprechpartner:
Praxisberatung
Tel: 22802-571 / -572

Neue Impfleistungen bei der Satzungs- impfvereinbarung mit der BARMER

In die Vereinbarung mit der BARMER über Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen und bei sonstigen Indikationen wurden zum 1. Juli 2020 zwei neue Einfachimpfungen unabhängig von einer Reiseindikation aufgenommen.

Die Meningokokken-B-Impfung ist nun bis zum 18. Lebensjahr (GOP 89809K) sowie die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) vom 18. bis zum 26. Lebensjahr

(GOP 89814) für BARMER-Versicherte über die KV Hamburg abrechenbar.

Seit 1. April 2020 werden alle Einfachimpfungen im Rahmen dieser Vereinbarung mit 15 Euro vergütet. ■

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Recht und Verträge → Verträge → im Glossar unter "A" → "Auslands-Schutzimpfungen und sonstige Impfungen"

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900



Förderung der Weiterbildung: Neuerungen zum 1. Juli

Die Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung (Allgemeinmedizin und fachärztliche Weiterbildung) wurden mit Wirkung zum 1. Juli 2020 aktualisiert. Hier die wichtigsten Neuerungen:

- Der monatliche von der KV Hamburg gezahlte Zuschuss pro geförderter Weiterbildungsstelle wird für einen ganztags beschäftigten Arzt in Weiterbildung von derzeit 4.800,00 € auf monatlich 5.000,00 € erhöht.
- Das von den weiterbildenden Praxen für geförderte Ärzte in Weiterbildung zu zahlende Mindestbruttogehalt wird von derzeit 5.469,38 € auf 5.682,48 € erhöht.
- Die erhöhten Beträge gelten ab 1. Juli 2020 für bestehende und neue Weiterbildungsstellen. Sofern Sie zurzeit und über den 1. Juli 2020 hinaus von uns eine Förderung für eine genehmigte Weiterbildungsanstellung erhalten haben, benötigen wir einen entsprechenden Zusatz zum Arbeitsvertrag, dem das erhöhte Bruttogehalt zu entnehmen ist. Bitte senden Sie die Unterlagen an die KV Hamburg, Abteilung Arztregister, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg (E-Mail: arztregister@kvhh.de).
- Für neue Weiterbildungsanstellungen wird ab dem 1. Juli 2020 bei einer Ganztagsbeschäftigung eine Wochenarbeitszeit von mindestens 40 Stunden gefordert (bisher mindestens 38,5 Stunden). Für eine Halbtagsstelle gilt mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit (20 Stunden). Bestehende Arbeitsverträge für bereits genehmigte Weiterbildungsanstellungen müssen nicht angepasst werden. ■

Die aktuellen Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung finden Sie im Internet: www.kvhh.de → Recht und Verträge → Rechtsquellen

Ansprechpartnerinnen: Abteilung Arztregister
Katrin Benedickt, Tel: 22802-661
Nicole Schöwing, Tel: 22802-676

Kooperationsverträge zwischen Ärzten und Pflegeheimen

IMMER MEHR VERTRAGSÄRZTINNEN UND VERTRAGSÄRZTE kümmern sich im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V um Pflegeheimbewohner. Liegen solche Verträge mit Pflegeeinrichtungen vor, werden die ärztlichen Maßnahmen für eine bessere Vernetzung und Kommunikation zusätzlich honoriert (EBM-Kapitel 37). Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Zu den Anforderungen an eine Kooperation gehören beispielsweise Visiten und Fallbesprechungen sowie das Vereinbaren von Sprechzeiten und festen Ansprechpartnern. Der Kooperationsvertrag muss bei der KV eingereicht werden. ■

Weitere Informationen: www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste) Genehmigungen → im Glossar unter „P“ → Pflegeheimversorgung (Kooperations- und Koordinationsleistungen)

Kooperations-gesuch eines Pflegeheims

Das Malteserstift St. Maximilian Kolbe (Krieterstraße 7, 21109 Hamburg) sucht eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt für einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V. Interessenten können sich direkt beim Pflegeheim melden.

Ansprechpartner:
Jürgen Wilp / Hausleitung
Tel: 75 49 55 - 0
juergen.wilp@malteser.org



Zertifizierte Informationssicherheit bei der KV Hamburg

Die KV Hamburg hat in den vergangenen drei Jahren ein Informationssicherheits-Managementsystem (ISMS) eingeführt.

Dieses ISMS etabliert eine Vielzahl von technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Steigerung der Vertraulichkeit, Integrität sowie Verfügbarkeit der in der KV Hamburg verarbeiteten Informationen. Dabei werden das Qualitätsmanagement und die EU-Datenschutzgrundverordnung berücksichtigt und ein integriertes Management-System etabliert.

Die Prüfgesellschaft DEKRA hat im Rahmen einer mehrtägigen Begutachtung festgestellt, dass die Informationsverarbeitung durch die KV Hamburg dem internationalen Standard der Norm ISO 27001 erfüllt.

Diese Zertifizierung dient dazu, das etablierte Sicherheitsniveau im Bereich der Informationsverarbeitung nachzuweisen. Darüber hinaus trägt sie zur Identifizierung von Verbesserungspotential bei der sicheren Verarbeitung von Informationen sowie zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden der KV Hamburg für das Thema Informationssicherheit bei.

Die KV Hamburg erfüllt im Rahmen des ISMS unter anderem folgende Anforderungen:

- Der Vorstand der KV Hamburg hat strategische Informationssicherheitsziele festgelegt und stellt die erforderlichen Ressourcen zur Erreichung dieser Ziele bereit.
- Die KV Hamburg hat Zuständigkeiten und Prozesse zur Bewertung und Behandlung von Informationssicherheitsrisiken etabliert.
- Alle Informationen in der KV Hamburg sind nach Vertraulichkeitsstufen klassifiziert, und ein Berechtigungskonzept schränkt den unberechtigten Zugang zu diesen Informationen ein.
- Es gibt definierte Anforderungen für den Betrieb von IT-Systemen beispielsweise hinsichtlich der Benennung von Verantwortungsträgern, Dokumentation des Betriebskonzepts, Anfertigung von Datensicherungen und der



Übergabe des ISMS-Zertifikats an die KV Hamburg: (v.l.n.r.) DEKRA-Sicherheitsmanager Michael Spuling, KV-Vizechefin Caroline Roos und KV-Geschäftsführer Infrastruktur Dr. Ghislain Kouematchoua

Aktualisierung von Softwarekomponenten. Es werden konkrete Sicherheitsanforderungen an Softwareentwicklungen aus den IT-Abteilungen der KV Hamburg sowie von externen IT-Dienstleistern gestellt.

Eine der Aufgaben des ISMS ist die Vorsorge für Notfallsituationen und die Sicherstellung des Geschäftsbetriebs in Notfallsituationen. Erstmals bewährt hat sich das System nun bereits während der COVID-19-Pandemie.

Die bestandene Zertifizierung ist nur ein erstes Etappenziel. Regelmäßige interne sowie externe Audits verstetigen die Weiterentwicklung und Vertiefung des Themenbereichs Informationssicherheit in der KV Hamburg. Im Abstand von jeweils drei Jahren wird die Zertifizierung erneuert. ■



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Prostatakrebs-Screening mittels PSA-Test

Das IQWiG hat auf Basis der Studienlage eine negative Nutzen-Schadens-Bilanz gezogen

VON UDO EHRMANN IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)



In Deutschland ist das Prostatakarzinom die zweithäufigste Krebserkrankung des Mannes nach Lungenkrebs. Die Anzahl der Diagnosen ist seit einigen Jahren relativ konstant, nachdem sie in den 1990er-Jahren im Zuge der Einführung des PSA-Tests noch stark angestiegen war. Das Prostatakarzinom ist ein teilweise sehr langsam wachsender Tumor und hat im Vergleich zu anderen Krebsarten eher ein günstiges Risikoprofil. Es sterben erheblich weniger Männer an Prostatakrebs als daran erkranken. Die meisten Erkrankten leben mit dem Tumor und sterben an einer anderen Todesursache. Als Hauptrisikofaktor für Prostatakrebs gilt das Alter. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei über 70 Jahren und das mittlere Sterbealter entspricht etwa dem allgemeinen Sterbealter. Bei unter 50-jährigen Männern ist Prostatakrebs weniger häufig. Autopsie-Studien zeigen, dass der Anteil der Männer mit latenter Prostatakrebs mit dem Alter steigt. So tragen etwa

die Hälfte aller Männer im fortgeschrittenen Alter latente Prostatakrebstumoren [1].

EPIDEMIOLOGISCHE DATEN FÜR DEUTSCHLAND VON 2016, ICD-10 C61 (RKI) [2]

Inzidenz	
Neuerkrankungen	58.780 Männer
Mittleres Erkrankungsalter (median)	72 Jahre
Lebenszeit-Erkrankungsrisiko	10,9 %
10-Jahres-Erkrankungsrisiko im Alter von 65 Jahren	5,1 %
Mortalität	
Sterbefälle	14.417 Männer
Mittleres Sterbealter (median)	80 Jahre
Lebenszeit-Sterberisiko	3,3 %
Prävalenz (10 Jahre)	496.200 Männer
Relative Überlebensrate (10 Jahre)	88 %

PROSTATAKREBSFRÜHERKENNUNG

Ein Screening (Früherkennungsuntersuchung) hat das Ziel, Krebse mit hohem Progressionsrisiko in frühem Stadium zu entdecken und den Tumor zu heilen. Bisher werden zwei Screening-Tests eingesetzt: die digital-rektale Untersuchung (DRU) und der Bluttest auf das prostataspezifische Antigen (PSA). Die DRU ist Bestandteil der gesetzlichen Früherkennung für Männer ab 45 Jahren, ihr Nutzen ist nach einer aktuellen Übersichtsstudie jedoch fraglich [3]. Der PSA-Test ist hingegen keine Kassenleistung. Viele Ärzte bieten ihn

als sog. „individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) an, welche die Männer selbst zu zahlen haben, aber häufig keine Beratung entsprechend den Leitlinienempfehlungen erhalten [4,5]. Der PSA-Test stellt in der Früherkennung keinen Tumormarker dar, sondern ist hier ein sog. Organmarker. D.h. der PSA-Wert kann auch wegen gutartiger Ursachen wie Entzündungen, Harnverhalt oder mechanischen Beanspruchungen erhöht sein. Der PSA-Test hat zwar eine hohe Sensitivität, d.h. er ist bei Männern mit Prostatakrebs häufig richtig positiv bzw. seltener falsch-negativ. Aber er hat eine geringe Spezifität, d.h. er ist bei Männern ohne Prostatakrebs oft falsch-positiv bzw. seltener richtig-negativ. Sein positiver Vorhersagewert betrug in der ERSPC-Studie nur 24%. D.h. die Biopsien finden bei erhöhten PSA-Wert häufig keinen Krebs [6]. Außerdem entdeckt der PSA-Test häufig Tumoren von niedrigem Risiko, die keiner Behandlung bedurft hätten.

ABSCHLUSSBERICHT DES IQWiG - „PROSTATAKREBSSCREENING MITTELS PSA-TEST“

Der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA beauftragte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Ende 2018 damit, „die Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissenstandes zum Prostatakrebs-Screening mittels Bestimmung des PSA“ durchzuführen [7]. Der Beschluss zu diesem Projekt erfolgte auf Antrag der Patientenvertretung im G-BA.

Im Januar 2020 publizierte das IQWiG die vorläufigen Ergebnisse in seinem Vorbericht [8]. Nach dem Stellungnahmeverfahren wurde der Vorbericht überarbeitet. Im Mai 2020 veröffentlichte das IQWiG seinem Abschlussbericht [9]. Hierin bestätigt das IQWiG das Ergebnis des Vorberichts. Der Abschlussbericht enthält als Ergänzung u.a. den Abschnitt „Maßnahmen zur Verringerung der Screeningschäden“, wo auf risikoadaptierte Screeningstrategien eingegangen wird.

Insgesamt konnten 11 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) mit weltweit über 400.000 Teilnehmern in die Bewertung eingeschlossen werden. Die multizentrische ERSPC-Studie erfasste insgesamt rund 266 000 Teilnehmern aus 8 europäischen Ländern und wurden aufgrund der unterschiedlichen Screeningstrategien als Einzelstudien betrachtet.

ERGEBNISSE DER PATIENTENRELEVANTEN ENDPUNKTE

Gesamtmortalität: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden des Prostatakarzinom-Screenings mittels PSA-Test im Vergleich zu keinem Screening, kein statistisch signifikantes Ergebnis.

Prostatakarzinomspezifischen Mortalität: Hinweis auf einen Nutzen des Prostatakarzinom-Screenings mittels PSA-Test.

Diagnose von metastasierte Prostatakarzinomen: Hinweis auf einen Nutzen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität, unerwünschte Ereignisse, Konsequenzen der falsch-negativen Screeningbefunde: kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden wegen Fehlens jeglicher Daten.

Konsequenzen von Überdiagnosen und falsch-positiver Screeningbefunde: Beleg für einen Schaden.

NUTZEN-SCHADEN-ABWÄGUNG

Nutzen beim Endpunkt Prostatakarzinom-spezifische Mortalität

Das Screening verringert die Prostatakrebssterblichkeit von 9 auf 6 Männer von 1000 Männern. Damit würden etwa 3 von 1000 Männern innerhalb von etwa 16 Jahren vor dem Tod durch ein Prostatakarzinom bewahrt werden (0,3% absolute Risikoreduktion). Wegen der hohen Anzahl konkurrierender Todesursachen in der betroffenen Altersgruppe ist es jedoch fraglich, ob das PSA-Screening eine nennenswerte Lebensverlängerung bewirkt.

Nutzen beim Endpunkt Diagnosen metastasierter Prostatakarzinome

Das Screening mittels PSA-Test verringert Diagnosen metastasierter Prostatakarzinome von 9 auf 6 Männer von 1000 Männern. Damit würden etwa 3 von 1000 Männer innerhalb von etwa 12 Jahren vor dem Auftreten von Metastasen bewahrt (0,3% absolute Risikoreduktion).

Schaden beim Endpunkt Konsequenzen von Überdiagnosen

Wegen des Screenings mittels PSA-Test würden etwa 35 bis 60 Männer von 1000 Männern (3,5% - 6%) eine nicht erforderliche Prostatakarzinom-Diagnose erhalten, die zu schwerwiegenden und langanhaltenden Kompli-



kationen (z.B. Impotenz oder Inkontinenz) vor allem wegen der nicht erforderlichen Therapie oder wegen der Prostatabiopsie zur Folge haben kann.

Schaden beim Endpunkt Konsequenzen falsch-positiver Screeningbefunde

Wegen des Screenings mittels PSA-Test würden 223 bis 261 Männer von 1000 Männern (22% bis 26%) mindestens einmal durch einen Prostatakarzinomverdacht, der sich nicht bestätigt, verunsichert. Die Prostatabiopsie kann in seltenen Fällen zu schweren unerwünschten Ereignissen (z. B. Sepsis) führen. Etwa 5 bis 6 von 1000 Screeningteilnehmern waren von Komplikationen von Prostatabiopsien betroffen, die ohne es Screening nicht gegeben hätte.

Gesamtabwägung

Nach sorgfältiger Abwägung auf Basis der Studienlage kommt das IQWiG zu einer negativen Nutzen-Schadens-Bilanz (siehe Faktenbox rechts). Das Prostatakarzinomscreening mittels PSA-Test schadet erheblich mehr Männern durch Überdiagnosen als es Männern durch eine frühere Diagnose des Krebses nutzt. Zum Beispiel kommen auf 3 Männer mit vermiedenen Diagnosen von metastasiertem Prostatakrebs 35-60 Männer mit unnötigen Diagnosen und Behandlungen (Überdiagnosen und Übertherapien). Daraus ergibt sich die zusammenfassende Bewertung: der Nutzen des PSA-Screenings wiegt den Schaden nicht auf. Mit dieser Beurteilung steht das IQWiG weltweit nicht allein. Fast alle nationalen Gesundheitsbehörden und Fachgesellschaften sind gegen ein allgemeines PSA-Screening.

INFORMIERTE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Es gibt einen Beratungsbedarf für das PSA-gestützte Screening. Die Beratung sollte ergebnisoffen in gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) stattfinden und mit Patienteninformationen, in denen die Vor- und Nachteile des Prostatakarzinomscreenings ergebnisoffen beschrieben sind. Allerdings zeigt eine aktuelle Untersuchung, dass in der Hälfte der untersuchten deutschen Gesundheitsinformationen die Vor- und Nachteile des Prostatakarzinom-Screenings mittels PSA-Test nicht ausreichend neutral dargestellt werden [11]. Auch die Empfehlung zum Prostatakarzinom-Screening in der S3-Leitlinie verwendet den Begriff „ergebnisoffene“ Beratung nicht, während das DEGAM-Sondervotum diese Formulierung enthält. Darüber hinaus kommt es häufig zum opportunistischen Screening von Männern,

FAKTENBOX: PROSTATAKREBS-FRÜHERKENNUNG MIT PSA-TEST [10]

Pro 1000 Männer von 55 bis 69 Jahren, die 16 Jahre lang an Früherkennung teilnehmen

haben unauffällige Werte	620
erhalten erhöhte PSA-Werte	380
findet sich in den Gewebeproben trotz erhöhtem PSA-Wert kein Prostatakrebs (sog. Fehlalarme)	250
wird Prostatakrebs gefunden, teils mit nicht behandlungsbedürftigem niedrigem Risiko, teils mit höherem Risiko	130
wird Krebs gefunden, der aber zu Lebzeiten - insbesondere bei höherem Alter - nie aufgefallen wäre (Überdiagnose)	bis zu 60
erhalten die Diagnose metastasierter Prostatakrebs oder sterben daran	6
werden durch den PSA-Test vor Metastasen oder Tod wegen Prostatakrebs bewahrt	3

für die keine Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien besteht, zum Beispiel in einem Alter über 75 Jahren. Es ist fraglich, ob hier ein organisiertes Screeningprogramm Abhilfe schaffen könnte. Ohnehin sind die eingeschlossenen Screeningstudien zu heterogen, um Hinweise für eine genaue Ausgestaltung zu geben. Ob der risikobasierte Screening-Ansatz der PROBASE-Studie die Bewertung ändern kann, bleibt abzuwarten [12].

RISIKOADAPTIERTE SCREENINGSTRATEGIEN

Im Stellungnahmeverfahren nach dem Vorbericht wurden viele risikoadaptierte Screeningstrategien vorgetragen, die den hohen Anteil falsch-positiver PSA-Tests sowie von Überdiagnosen und Komplikationen wegen unnötigen Biopsien oder unnötigen Therapien verringern sollen. Das IQWiG hält diese Ansätze zwar für plausibel aber noch nicht belegt. Die Vielzahl der vorgeschlagenen Maßnahmen weisen darauf hin, dass es noch keine allgemein akzeptierte risikoadaptierte Screeningstrategie gibt.

Um die Frage zu beantworten, ob sich mit multiparametrischer Magnetresonanztomographie (mpMRT) bzw. mit mpMRT-gestützter Biopsie die Überdiagnosen ohne eine Verschlechterung der Sterblichkeit reduzieren lassen, wurden zwei neue Screening-RCTs gestartet, deren Ergebnisse jedoch frühestens 2028 vorliegen [13,14]. Außerdem ist zu beachten, dass die mpMRT ein teures und aufwendiges Bildgebungsverfahren ist, welches noch nicht flächendeckend verfügbar ist.

Als weitere risikoreduzierende Maßnahme werden beobachtende Strategien angesehen wie aktive Überwachung bei Niedrig-Risiko-Tumoren bzw. Watchful Waiting bei einer Lebenserwartung von unter 10 Jahren. Sie sind jedoch betreuungs- und beratungsintensiv und waren bisher schon schwer umzusetzen. So wechselt etwa die Hälfte der überwachten Männer innerhalb von 10 Jahren z.T. ohne klinischen Grund zur radikalen Prostatektomie oder Strahlentherapie [15]. Ohnehin liegt Deutschland bei aktiver Überwachung noch zurück [16].

BERATUNG DURCH DEN G-BA

Der G-BA wird den sehr differenzierten Abschlussbericht des IQWiG seinen Beratungen zugrunde legen, ist aber nicht daran gebunden. Es ist möglich, dass die bisherige gesetzliche Früherkennungsmaßnahme der digital-rektalen Untersuchung mangels Evidenz zurückgezogen wird. Andererseits wünschen sich die Patientenvertreter im G-BA, dass insbesondere den Männern mit hohem Prostatakrebsrisiko wie bei erblichem oder familiären

Prostatakrebs eine gesetzliche Früherkennung mittels PSA-Test angeboten wird. Dies sollte mit einer verbindlichen ergebnisoffenen Beratung durch die Ärzte auf Grundlage einer evidenzbasierten Gesundheitsinformation verknüpft werden, um das Recht der Patienten auf informierte Entscheidung zu gewährleisten. Überhaupt ist es ein Anliegen von Patienten und Patientenvertretern, dass mehr Ärzte die Empfehlungen der Leitlinien umsetzen und auf eine der verfügbaren evidenzbasierten Gesundheitsinformationen hinweisen, welche die ärztliche Beratung unterstützen. ■

Udo Ehrmann

Patientenvertreter/Beisitzer im Vorstand des Netzwerks evidenzbasierte Medizin, Vorstandsmitglied des Bundesverbands Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. Bonn, themenbezogener Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, ehemaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Bremen

- (1) Bell K et al. Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *Int. J. Cancer*: 137, 1749–1757 (2015). DOI: 10.1002/ijc.29538
- (2) Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland. Krebs in Deutschland für 2015/2016. 2019. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2019/krebs_in_deutschland_2019.pdf?__blob=publicationFile.
- (3) Naji L et al. Digital rectal examination for prostate cancer screening in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2018; 16(2): 149-154. <https://doi.org/10.1370/afm.2205>
- (4) Stiftung Warentest, Früherkennung von Prostatakrebs, Heft 4/2015, https://download.test.de/filestore/4832106_t201504088.pdf?path=/protected/88/36/34acc70f-472d-44d5-a84e-27126f1f7df8-protectedfile.pdf&key=3497A759F25CE06D125C832861770775CDBB4A26
- (5) Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutschen Krebsgesellschaft, Deutschen Krebshilfe. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Langversion 5.1, Mai 2019, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/>
- (6) Hugosson J et al. A 16-yr follow-up of the European randomized study of screening for prostate cancer. *Eur Urol* 2019; 76(1): 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.eurro.2019.02.009>
- (7) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Bewertung eines Prostatakrebs-Screenings mittels Bestimmung des PSA Vom 18. April 2019. Konkretisierung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Bewertung des Prostatakrebs-Screenings mittels PSA-Test. <https://www.g-ba.de/beschluesse/3797/>
- (8) IQWiG, Prostatakrebscreening mittels PSA-Test. Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung), Auftrag S19-01, Version 1.0, Stand 20.12.2019 https://www.iqwig.de/download/S19-01_PSA-Screening_Vorbericht_V1-0.pdf
- (9) IQWiG-Berichte – Nr. 905, Prostatakrebscreening mittels PSA-Test, Abschlussbericht, Auftrag S19-01, Version 1.0, Stand 24.04.2020, https://www.iqwig.de/download/S19-01_PSA-Screening_Abschlussbericht_V1-0.pdf
- (10) In Anlehnung an IQWiG Gesundheitsinformation.de, <https://www.gesundheitsinformation.de/der-psa-test-zur-frueherkennung-von-prostatakrebs.2066.de.html?part=frueherkennung-sy>
- (11) Beck S, Borutta B, Walter U, Dreier M. Systematic evaluation of written health information on PSA based screening in Germany. *PLoS One* 2019; 14(8): e0220745. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220745>
- (12) Arsov C et al., Prospective randomized evaluation of risk-adapted prostate-specific antigen screening in young men: the PROBASE trial. *Eur Urol* 2013; 64(6): 873-875. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.05.022>
- (13) Tampere University. A randomized trial of early detection of clinically significant prostate cancer (ProScreen) (ProScreen): study details [online]. In: *ClinicalTrials.gov*. 03.05.2018 <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03423303>.
- (14) University of Gothenburg. The GÖTEBORG prostate cancer screening 2 trial [online]. In: *ISRCTN Registry*. 10.07.2017. <http://www.isrctn.com/ISRCTN94604465>.
- (15) Hamdy FC et al. 10-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2016; 375(15): 1415-1424. DOI: 10.1056/NEJMoa1606220
- (16) Deutsche Krebsgesellschaft (Ed). Kennzahlenauswertung 2019: Jahresbericht der zertifizierten Prostatakrebszentren. Berlin: DKG; 2019. https://www.krebsgesellschaft.de/jahresberichte.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Jahresberichte%20mit%20DOI%20und%20ISBN/pz_jahresbericht-2019-A1_190620.pdf&cid=76459.



Holt unsere Krankenhäuser zurück!

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

In Crivitz im Landkreis Ludwigslust-Parchim in Mecklenburg-Vorpommern gibt es ein Krankenhaus. Dieses Krankenhaus wird von einem Konzern namens Mediclin betrieben, einer Aktiengesellschaft mit Sitz in Offenburg und einem Umsatz von 645 Millionen Euro im Jahr 2018. Mediclin unterhält sechzehn Krankenhäuser in Deutschland, außerdem Reha-Kliniken,

zern, Landrat Steffenberg (SPD) und Wirtschaftsminister Glawe (CDU). Sie haben richtig gelesen: mit dem Wirtschaftsminister. Mecklenburg-Vorpommern ist ein Bundesland, das seit einiger Zeit kein Gesundheitsministerium mehr hat. Bei den Verhandlungen zur Großen Koalition 2016 wurde das Gesundheitsministerium aufgegeben und dem Wirtschaftsministerium zugeschlagen.

dabei so großen Gefallen am Gesundheitswesen, dass er Kliniken aufkaufte und eine Aktiengesellschaft aufbaute, mit einem Umsatz von inzwischen über einer Milliarde Euro und knapp 18000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Im Jahr 2006 kaufte er dem Land Hessen die Universitätskliniken Marburg und Gießen ab.

Der zweite (77) ist gelernter Bankkaufmann und wurde 1977 Nachfolger seines Vaters als Vorstandsvorsitzender eines großen medizinischen Familienunternehmens. Dieser hessische Konzern hat heute einen Jahresumsatz von weit über sieben Milliarden Euro und knapp 65000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Der dritte im Stellungskrieg hat wenigstens kurz Medizin studiert, dann aber Jura und Betriebswirtschaft und gründete nach einer beeindruckenden Wirtschaftskarriere den heutigen Klinikkonzern Asklepios, der mit knapp 35000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen Umsatz von 3,4 Milliarden Euro im Jahr erwirtschaftet.

Jeder hat inzwischen ein mehr oder weniger großes Aktienpaket vom Konzern des Anderen zusammengekauft, um mit Sperrminoritäten, Sondervoten und anderen Winkelzügen dem Konkurrenten ein Bein zu stellen, oder besser noch: Filetstücke abzufragen. In diesem Kampf um die Universitätskliniken

Die Börse und der Profit, die Aktien und Dividenden haben in der medizinischen Versorgung nichts zu suchen.

Medizinische Versorgungszentren und Pflegeheime mit über 7000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Der Mediclin-Konzern wollte nun in Crivitz die Frauenklinik einschließlich der Geburtsstation schließen. Dem Sturm der Entrüstung vor Ort schlossen sich der Landkreis, später auch der Landtag einstimmig an. In diesem Dilemma beschloss der Konzern, das Krankenhaus in Crivitz kurzerhand dem Landkreis zum Kauf anzubieten. Das hat es noch nie gegeben: Den Rückkauf eines Krankenhauses von einem börsennotierten Konzern in öffentliches Eigentum.

Daher finden zur Zeit Verhandlungen statt zwischen dem Kon-

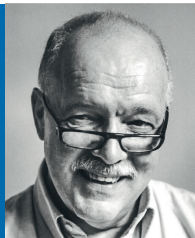
Ortswechsel: Auf den hessischen Lahnbergen in Marburg und in Gießen findet seit Jahren ein kriegerischer Showdown dreier alter weißer Männer um die Herrschaft über zwei Universitätskliniken statt. Die hessische Landesregierung hatte den drei Multimillionären mit einer Mischung aus neoliberalen Furor, gesundheitspolitischem Unverstand und skandalöser Schlafmützigkeit zu dieser Spielwiese verholfen. Alle drei haben sie große unternehmerische Lebensleistungen vorzuweisen.

Der eine (75) ist gelernter Müller, arbeitete Jahre später bei einem Steuerberater erfolgreich an der Sanierung einer Kurklinik und fand

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

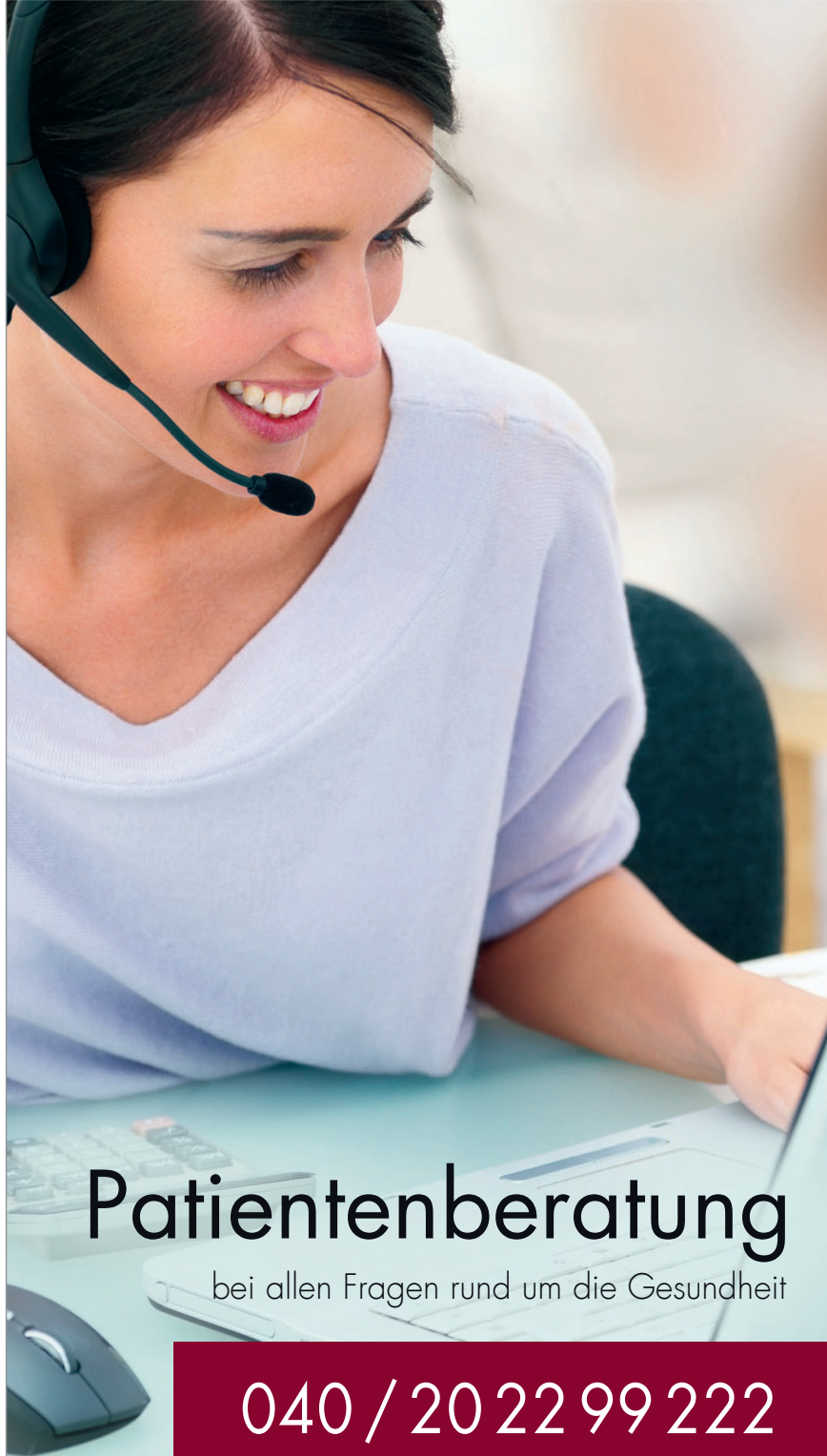
In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von Dr. Bernd Hontschik und Dr. Matthias Soyka.



Marburg und Gießen fliegen die Fetzen. Die hessische Landesregierung aber hat den Zeitpunkt zum Eingreifen verschlafen und muss dem wilden Treiben tatenlos zusehen. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung spielt dabei keine Rolle.

Über Asklepios gelangen wir direkt wieder zurück nach Crivitz. An dem dortigen Mediclin-Konzern hält nämlich die Asklepios-Gruppe einen Aktienanteil von über 54 Prozent. Und diese Asklepios-Gruppe betreibt nahe Crivitz, nur 25 Kilometer entfernt, ein Krankenhaus in Parchim mit einer Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Konkurrenz in Crivitz wäre man zu gerne losgeworden. Und so findet in Crivitz zurzeit etwas ganz Besonderes, etwas Einmaliges statt.

Dieser Rückkauf des einstmals verscherbelten Gemeineigentums könnte für die Zeit nach dem Shutdown zum Vorbild werden. Wenn wir alle in den letzten Monaten etwas gelernt haben, dann doch, dass der Staat die Daseinsvorsorge seiner Bürgerinnen und Bürger in der Hand behalten muss. Die Börse und der Profit, die Aktien und die Dividende haben in der medizinischen Versorgung nichts zu suchen. Die vergangenen Monate haben es nachhaltig bewiesen: Gesundheit darf man nicht dem Markt oder gar drei alten Männern überlassen. ■



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Unser Team aus Ärztinnen und Ärzten, Sozialversicherungsfachangestellten sowie einem Juristen berät Ihre Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig bei Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen, zur Versorgung oder zu Leistungen gesetzlicher Krankenkassen. Wir helfen bei der Suche nach Kolleginnen oder Kollegen mit besonderer Spezialisierung. Bitte informieren Sie uns per FAX: 040/ 20 22 99 490 oder E-Mail: patientenberatung@aekhh.de über Ihre speziellen Tätigkeitsschwerpunkte.



VON DR. SILKE LÜDER

Praxisfern und unsicher

Spahns Patientendaten-Schutzgesetz
schützt weder die Patientendaten noch
die Medizinqualität

Die Digitalisierung von Daten im Gesundheitswesen ist entgegen vieler anderslautender Behauptungen weit vorangeschritten. Nahezu alle Arztpraxen und Kliniken arbeiten mit digitalen Geräten und Akten. Auch ohne staatlichen Zwang hat sich das moderne Arbeiten zum Nutzen des Workflows und der Effizienz von Praxen und Kliniken durchgesetzt – immer orientiert am Nutzen für die Patientenbehandlung.

Ohne diese Prämisse zu beachten und eher auf Druck der IT-Industrie kommen aus dem Bundesgesundheitsministerium monatlich neue Gesetze. Alle haben etwas mit Digitalisierung zu tun und werden die Medizin in Deutschland verschlechtern, weil die neuen Vorgaben die Funktionalität und den Workflow in Praxen und Kliniken massiv belasten werden. Während der Corona-Krise werden im Eilverfahren neue Gesetze durchgepeitscht, bei denen der konkrete Patientennutzen, die Anwenderfreundlichkeit und die Gewährung der informationellen Selbstbestimmung hinten herunterfallen. Schon im Digitale-Versorgung-Gesetz (April 2020) wurde darauf verzichtet, die künftigen

Gesundheits-Apps vor Einführung unabhängig daraufhin zu prüfen, ob sie einen medizinischen Nutzen bringen. Im Vordergrund stand eher, der IT-Industrie schnell Absatzchancen zu ermöglichen.

Mangelnder Datenschutz massiv in der Kritik

Zu Recht kritisieren der Bundesdatenschutzbeauftragte, die Ärzteschaft, die Oppositionsparteien im Deutschen Bundestag, der Chaos Computer Club und weitere Experten massiv das geplante Patientendaten-Schutzgesetz (Drucksache 19/18793). Es widerspreche an vielen Punkten der Datenschutzgrundverordnung und damit geltendem Recht. Der Zugriff auf die geplante elektronische Patientenakte (ePA) geschehe ohne zuverlässige Prüfung der Identität von Personen, die auf die Daten zugreifen wollten, monieren die Kritiker. Statt die bekannten Mängel bei der bisherigen Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten abzustellen, werden sie gesetzlich fixiert. Ohne sichere Identitätsprüfungen entsprechen die Gesetzesformulierungen zu elektronischen Einwilligungen nicht den datenschutzrechtlichen Vorschriften. Es

ist also nicht gesichert, dass wirklich nur Berechtigte auf die sensiblen Daten der ePA zugreifen würden.

Den Krankenkassen wird dem Gesetzentwurf zufolge ermöglicht, bei den Versicherten eine Erlaubnis dafür einzuholen, ihre gesamten sensiblen Krankheitsdaten aus der ePA zu verarbeiten zum Beispiel im Tausch gegen das „Angebot zusätzlicher Dienste“. Bisher unterliegen diese Daten der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nur vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen anlassbezogen nach Anforderung eingesehen werden. Künftig muss davon ausgegangen werden, dass Patienten in bestimmten Situationen, zum Beispiel wenn sie Krankengeld beziehen, aufgefordert werden, ihre Daten vollständig freizuschalten. Gläserne Ärzte und Patienten sind die Folge.

Völlig ausgeblendet: Unpraktikable Anwendungen für Praxen und Kliniken

Aus der Sicht von Praxisärzten gibt es an dem ganzen Gesetzeskonstrukt jedoch noch wesentliche weitere Kritikpunkte. Augenscheinlich überhaupt nicht beachtet werden die realen Abläufe in den Praxen

und Kliniken. Die geplanten hochkomplexen digitalen Anwendungen behindern massiv den Workflow. Eingeführt werden sollen neben der ePA das elektronische Rezept, die elektronische Überweisung, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und der elektronische Notfalldatensatz. Ärztinnen und Ärzte, die bis Mitte 2021 nicht mit der ePA arbeiten, werden dann mit weiteren Strafzahlungen zur Kasse gebeten.

e-Rezept: Überprüfung der Verordnung nicht möglich

Das Papierrezept ist hinsichtlich Funktionalität und Versorgungssicherheit ein Erfolgsmodell. Patienten können selbst am besten überprüfen, was ihnen verordnet wurde. Missverständnisse lassen sich noch in der Arztpraxis klären

und die Patienten können sich in der Apotheke ihrer Wahl ihre Medikamente besorgen, sind diese nicht lieferbar auch in unterschiedlichen Apotheken. Beim e-Rezept hingegen bekommt der Versicherte entweder einen Zugangscode auf sein Handy oder einen sogenannten Token wieder auf Papier. Sämtliche Informationen werden auf zentralen Servern gespeichert. Der Patient kann also nicht mehr nachprüfen, was der Arzt tatsächlich verordnet hat, und Missverständnisse werden erst in der Apotheke sichtbar.

e-Überweisung und e-AU-Bescheinigung: Praxisferne Planung

Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Terminvergabe durch externe Terminservicestellen erzwungen. Wie soll eine elektronische Überweisung beispielsweise aus der Hausarztpraxis in eine noch nicht bekannte Facharztpraxis realisiert werden? Eine praxisfernere Planung gibt es kaum.

Die elektronische, über die Telematikinfrastruktur an die Krankenkassen geleitete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bedeutet Doppelarbeit vor allem für die Hausärzte. Denn die Bescheinigung soll für den Patienten zusätzlich auf Papier ausgestellt werden.

Statt Bürokratieabbau erfahren die Praxisärzte dadurch bürokratische Mehrbelastung.

e-Notfalldatensatz: 530 Euro für ein Update

Geradezu irrwitzige Wege geht die Einführung des elektronischen Notfalldatensatzes. Das erstmalige Anlegen des elektronischen Notfalldatensatzes kostete in den bisherigen Tests 20 bis 30 Minuten ärztliche Arbeitszeit. Welcher Arzt hat die Zeit dafür übrig? Bei jeder Änderung eines notfallrelevanten Medikamentes, wie zum Beispiel eines Gerinnungshemmers, müssen die Informationen dann fünffach aktualisiert werden: im Marcumar-Ausweis, im bundeseinheitlichen Medikationsplan, im Notfalldatensatz, im e-Rezept und in der e-PA.

Für die Einrichtung der technischen Möglichkeit (mittels Online-Update des Konnektors) für das Anlegen eines Notfalldatensatzes soll die Praxis einmalig 530 Euro bekommen. Für das tatsächliche Anlegen des Notfalldatensatzes inklusive Aufklärung, Einwilligung, Dokumentation bekommt die Praxis dann 8,79 Euro. Alle Kunden des IT-Marktführers für Arztpraxen bekommen aktuell eine Aufforderung zugeschickt, dass im Mai 2020 ein verpflichtendes Online-Update für den aufgezwungenen Konnektor aufzuspielen sei. Die Praxis könne dann danach Notfalldatensätze erstellen. Irgendwelche positiven Testergebnisse für die Funktionalität



des Notfalldatensatzes sind bisher nicht bekannt. Erstaunlicherweise kostet aber das Notfalldatensatz-Update für die Praxis auch genau 530 Euro. Hier werden offenbar geplant hohe Profite für IT-Unternehmen kreiert. Normal sind diese Mondpreise nicht.

ePA: Unvollständig, unzuverlässig und unbrauchbar

Die geplante elektronische Patientenakte, auf die man nur mit einer Handy-App zugreifen kann, soll von Privatfirmen entwickelt und ab 1. Januar 2021 von den Krankenkassen in jeweils unterschiedlicher Version zur Verfügung gestellt werden. Im Unterschied zu früheren Planungen geht es nur noch um eine patientengeführte Akte, die aber von Ärzten befüllt werden muss. Da die Versicherten selbst Dokumente einstellen oder löschen können, ist die Akte unvollständig, aus medizinischer Sicht unzuverlässig und juristisch betrachtet für Ärzte unbrauchbar. Man muss davon ausgehen, dass die mit Zwang und Strafzahlungen genötigten Ärztinnen und Ärzte schon aufgrund mangelnder Überzeugung und Zeit nicht bereit sein werden, mit dieser unzuverlässigen Sammlung von PDF-Dokumenten ihre Arbeitszeit zu verschwenden. Daran ändern auch die einmalig gezahlten 10 Euro für die ärztliche Erstbefüllung einer ePA nichts.

Zudem werden ältere Menschen ohne Handy, Menschen mit geringen Sprachkenntnissen oder mit

Handicaps bei den elektronischen Anwendungen eindeutig diskriminiert. Wo bleiben die Menschen, die die äußerst komplizierten Anweisungen der „Dokumentenverwaltung“ mit unterschiedlichsten Zeitbefristungen der Zugriffsrechte für diesen oder jenen Arzt nicht realisieren können? Oder wie soll man in Gegenden damit arbeiten, die kein schnelles Internet haben? Viele Menschen vertrauen lieber auch weiterhin ihren Haus- und Fachärzten, die in der Regel eine ziemlich vollständige Sammlung ihrer Krankheitsbefunde unter ihrer Schweigepflicht verwalten. Vertrauen scheint aber im Berliner Ministerium keine Kategorie zu sein, mit der man arbeiten kann. Stattdessen schaut man lieber auf die engverbundenen Lobbyisten, die die Daten als Gold des neuen Jahrtausends dringend angefordert haben.

Wissenschaftliche Forschung oder Ressourcenplanung und Steuerung?

Als Fortsetzung der Festlegungen im Digitale-Versorgung-Gesetz sieht auch der neue Gesetzentwurf vor, dass laut § 363 SGB V die Daten aus der ePA an das neue „Forschungsdatenzentrum“ übermittelt werden können, nachdem der Versicherte pauschal eingewilligt hat. Dabei wird suggeriert, es handele sich um „Forschungszwecke“. Diese beinhalten aber durchaus nicht nur die „wissenschaftliche Forschung“ im Sinne

eines „broad consent“ nach ERWGR 33 DSGVO. Vielmehr würden die Inhalte der ePA einem großen Kreis von Institutionen zugänglich gemacht, bei denen es nicht um Wissenschaft, sondern um etwa Versorgungsqualität, Planungen von Leistungsressourcen und Gesundheitsberichtserstattung geht. Diese Institutionen können sich überwiegend nicht auf die verfassungsrechtlich verbrieftene Wissenschaftsfreiheit berufen. Hier von den Versicherten mit einer pauschalen Einwilligung einen Persilschein zu erbitten, entspreche nicht den Anforderungen einer „informierten Einwilligung“, wie auch der Bundesdatenschutzbeauftragte Prof. Ulrich Kelber in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf vom 3. April 2020 formuliert hat.

Fazit: Praxisferne und unsichere Regelungen

Insgesamt ist festzustellen, dass sich der Gesetzgeber anmaßt, völlig praxisferne und unsichere Regelungen zu treffen, die tief in die Abläufe in den Arztpraxen eingreifen, noch mehr Bürokratie schaffen und von denen weder Ärzte noch Patienten profitieren. Im Gegenteil, das Ganze schadet der medizinischen Versorgung extrem. ■



DR. SILKE LÜDER,
Allgemeinmedizinerin
in Bergedorf und
Vizevorsitzende der
Freien Ärzteschaft



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Katja Sperhake**
Mitglied der Qualitätssicherungskommission
„Histopathologie im Rahmen des Hautkrebsscreenings“

Name: **Dr. Katja Sperhake**
Geburtsdatum: **23.07.1968**
Familienstand: **verheiratet**
Fachrichtung: **Pathologie**
Hobbys: **Lesen, Musik, Sport**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, ich habe nach wie vor jeden Tag Freude an der Morphologie der verschiedenen Organe und der mikroskopischen Diagnostik der vielfältigen Krankheitsbilder. Auch die Tätigkeit in eigener Praxis hat sich für mich als die beste Form bewährt, meinen Beruf so auszuüben, wie ich es mir vorstelle.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission? Ich möchte auf dem Gebiet der Dermatohistopathologie zur Bewahrung der Qualitätsstandards in Hamburg beitragen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Mir sind der Erhalt und die Stärkung der Praxen für Pathologie in Hamburg wichtig. Auch aus diesem Grund liegt mir sehr daran, dass angehende MedizinerInnen sich für das Fach Pathologie begeistern können. Als niedergelassene Ärztin ist es im Gegensatz zu universitär tätigen Kollegen allerdings nur begrenzt möglich, darauf Einfluss zu nehmen. Hier würde ich mich gerne mehr engagieren.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer täglichen Arbeit in der Praxis? Es ist schön, als Mitinhaberin einer Praxis das eigene Arbeitsumfeld zu gestalten, wobei dies immer wieder neue Herausforderungen jenseits der ärztlichen Kerntätigkeit mit sich bringt. Qualitätsmanagement und Mitarbeiterführung sind nur zwei von vielen wichtigen Bereichen in der Praxis, die wir als Ärzte im Studium nicht lernen und mit denen wir uns intensiv auseinandersetzen müssen, um diesen Anforderungen täglich gerecht zu werden.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Wieder mehr Zeit und Muße für Musik haben. ■



Leserbriefe

KVH-Journal 5/2020, S. 34ff

Zu „Für wen ist ‚privat‘ eigentlich besser?“ und „Entgegnung: Riskante Einheitsfantasien“



Die beiden o.g. Artikel haben mich längere Zeit beschäftigt. Auf die Entgegnung von Herrn Heinrich möchte doch etwas erwidern: Ich glaube schon, dass mit einer Bürgerversicherung ein gerechteres und auch weniger verschwenderisches

Gesundheitssystem möglich ist.

Die Gründe sind folgende:

- 1) Die Behandlung und Terminvergabe wäre für alle Patienten gleich. Zwar sagt Herr Heinrich, dass Privatpatienten nur bei Serviceleistungen bevorzugt werden, sagt dann aber später auch, dass ihnen Innovationen früher zur Verfügung stünden. Also werden sie irgendwie doch besser behandelt. An bahnbrechende Innovationen allerdings kann ich mich nach 35 Jahren ärztlicher Tätigkeit kaum erinnern. Es ist gut, dass der GBA da die Spreu vom Weizen trennt. Und zwischen banalem Röntgen und dem MRT gab und gibt es das allen Versicherten offene CT, das in weiten Feldern vergleichbare Resultate bringt.
- 2) Es entstünde endlich auch eine innerärztliche Gerechtigkeit. Der Hausarzt in Mümmelmannsberg und der in den Elbvororten hätte bei gleicher Patientenzahl auch ein vergleichbares Honorar. Davon profitieren auch die Patienten, da sich eine Niederlassung in dicht besiedelten, aber jetzt mit Privatpatienten nicht gesegneten Gegenden wieder lohnt.

Manche von Herrn Heinrichs Argumenten empfinde ich auch als spekulativ. Das Szenario einer privaten medizinischen Parallelwelt mit Privatpraxen und -kliniken kann ich nicht nachvollziehen. Nur wenige Bürger werden sich bei einer bestehenden nicht ganz billigen Zwangsvollversicherung eine weitere private

Vollversicherung leisten, so dass die beschriebene Ressourcenknappheit mit längeren Wartezeiten für alle so nicht eintreten werden.

Die Hauptbedingung bei der Einführung einer Bürgerversicherung ist und muss bleiben: Die Menge Geldes, die jetzt im System ist, darf nicht reduziert werden. Alle Bewohner Deutschlands sind nicht zu gesetzlichen Krankenkassenhonoraren bei gleichem Leistungsumfang und -anspruch zu versorgen. Ich glaube, dass wir Ärzte unsere Fundamentalopposition gegen eine Bürgerversicherung aufgeben sollten, um so die Zukunft mit der Forderung nach finanzieller Ausstattung des Systems auf jetzigem Niveau auch konstruktiv mitgestalten zu können. Es werden über kurz oder lang immer weniger Bürger privat versichert sein, da der größte Privatversicherer, der Staat, seine Beamten nicht mehr länger durch die Beihilfe privat versichern wird, sondern Berufsanfänger gesetzlich versichern lässt. In vielen Bundesländern wird dieses Modell z.B. bei der Lehrerneueinstellung schon verfolgt. Und die ausufernden PKV-Beiträge für ältere Patienten halten die Jüngeren auch eher von einer privaten Krankenversicherung ab. So wird das duale System von innen ausgehöhlt und das Finanzvolumen im Gesundheitssystem leise weinend immer weniger. Bei einem dann irgendwann notwendigen Systemwechsel hätten wir argumentativ deutlich mehr Schwierigkeiten, unser Honorarvolumen auf dem jetzigen Niveau zu halten.

Also: Lieber jetzt die wahrscheinlich kommende Bürgerversicherung konstruktiv und für uns Ärzte gedeihlich mitgestalten anstatt in Fundamentalopposition erstarrt als Verhandlungspartner nicht mehr ernst genommen zu werden.

Dr. Mathias Scheel,
Facharzt für Innere Medizin in Lurup

Replik des Autors

Sehr geehrter Herr Scheel, drei Punkte möchte ich nochmals aufgreifen. Erstens: Sie halten die PKV als Innovations-treiber für verzichtbar, weil es keine Innovationen mehr gibt? Das MRT ist hierfür doch ein schönes Gegenbeispiel: Die Leistung war eindeutig eine Innovation, und sie stand den Privatpatienten sehr viel früher zur Verfügung als den Kassenpatienten. Beim MRT gibt es keine Strahlenbelastung – das unterscheidet sie auch von der in Ihrer Zuschrift erwähnten CT. Wenn Privatversicherten eine Innovation zur Verfügung steht, erhöht das den Druck auf die GKV, diese Leistung ebenfalls zu bezahlen.

Zweitens: Dass die Bürgerversicherung medizinische Parallelwelten mit Privatpraxen und Privatkliniken hervorbringt, ist nicht einfach nur ein „Szenario“ ohne Realitätsbezug. Um mit den Nachteilen real existierender Einheits-Systeme konfrontiert zu werden, muss man nicht weit reisen. Bisweilen reicht schon ein Besuch im Grenzgebiet: In den Wartezimmern von Arztpraxen in Aachen sitzen viele Holländer, die zu Hause keine Facharzttermine bekommen.

In England oder Schweden müssen die Patienten sechs bis 12 Monate auf einen Hörtest warten. Da steigt der Druck, Untersuchungen selbst zu bezahlen. Gesundheitssysteme mit Einheitsversicherung erzeugen einen von der

Brennpunkt praktizierte – weil die Privathonorare und GKV-Honorare näher beieinander lagen. Das Problem ist nicht, dass die Privathonorare zu hoch sind – sondern dass es aufgrund der Budgetierung zu einer Einnahmeschwäche bei den Kassenpatienten gekommen ist. Wir müssen uns dafür einsetzen, diese Entwicklung rückgängig zu machen.

Dr. Dirk Heinrich,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Horn,
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der KV Hamburg, Vorstandsvorsitzender des SPIFA,
Bundesvorsitzender des NAV-Virchowbundes
und Präsident des Deutschen Berufsverbandes der
Hals-Nasen-Ohrenärzte

KVH-Journal 6/2020, S. 3

Editorial

Lieber Herr Plassmann, ich gratuliere Ihnen zu dem ausgezeichneten Editorial, welches vielen aus dem Herzen spricht! Keine schreiende, gleichwohl nicht minder wahrzunehmende wohlformulierte Kritik an vielem Unsinnigem – das ist ein sehr guter Kontrast zur ultimativen Lobhudelei der Mainstream-Medien für die politischen Entscheider.

Dr. Hans-Joachim Helming,
Gynäkologe in Handeloh (Niedersachsen)



Regelversorgung scharf abgetrennten Markt für Privat-Medizin – das zeigt die Erfahrung anderer Länder.

Drittens: Was die innerärztliche Gerechtigkeit betrifft, möchte ich auf die Situation der Vertragsarztpraxen vor 30 Jahren verweisen: Damals war es unerheblich, ob man in einer wohlhabenden Gegend oder in einem sozialen

VON WALTER PLASSMANN

Disruptive Veränderung

Neue Struktur, neues Führungspersonal – welche Gesundheitspolitik ist von der neuen Hamburger Regierung zu erwarten?

Die Gesundheitspolitik der Hansestadt steht vor einem kompletten personellen wie strukturellen Umbruch. Die bisherige Gesundheitssenatorin und der Staatsrat haben ihre Ämter aufgegeben, die „Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz“ wird zerschlagen und auf diverse Behörden aufgeteilt.

Mit Dr. Melanie Leonhard übernimmt eine ausgewiesene Sozialpolitikerin das Ruder, die neue Staatsrätin Melanie Schlotzhauer ist gesundheitspolitisch ein völlig unbeschriebenes Blatt.

Die *Ärzte-Zeitung* hat es sehr schön auf den Punkt gebracht: „Eine Pandemie, die bewältigt wurde. Eine Gesundheitssenatorin, der auf breiter Basis gute Arbeit bescheinigt wurde. Ein hervorragend aufgestelltes Versorgungssystem und ein Mediziner an der Spitze der Regierung. Was machen zwei Parteien, die mit einer solchen Ausgangssituation in Koalitionsgespräche gehen, aus der Gesundheitsbehörde?“, frag Norddeutschland-Korrespondent Dirk Schnack. Die Antwort: Man löst sie auf.

Das auf den ersten Blick widersinnige Ergebnis ist Folge einer komplexen Koalitionsarithmetik. Trotz der von der SPD überraschend deutlich gewonnenen Bürgerschaftswahl beharrten die Grünen, die deutlich an Stimmen zulegen konnten, auf fünf Senatorenposten statt der bislang zwei. Da sich die Kräfteverhält-

nisse in der langen Zeit zwischen der Neuwahl und den Koalitionsverhandlungen wegen der „Corona-Krise“ aber spürbar in Richtung SPD verschoben hatten, traten die Genossen aber mit größerem Selbstvertrauen den Grünen gegenüber.

Die Grünen wollten unbedingt die Verkehrspolitik bestimmen, seit Zeiten des Senators Frank Horch (parteilos) in der Wirtschaftsbehörde angesiedelt. Wirtschaft und Hafen wollte die SPD aber auf gar keinen Fall aus den Händen geben. Also bastelte man daran, eine neue Behörde mit Verkehrsthemen zu schneiden, die der bisherige Grünen-Fraktionschef Anjes Tjarks übernehmen soll.

Doch nun gab es ein Problem: Dann bestünde der neue Senat aus 13 Senatoren – einer mehr, als im Senatsgesetz als Obergrenze definiert wurde: „Der Senat besteht aus höchstens 12 Mitgliedern“ (§ 1). Das Senatsgesetz ändern schien keine Idee zu sein, die beim Wahlvolk goutiert würde – also musste eine Behörde abgeschafft werden.

Da kam es ganz zupass, dass die verdiente Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks schon am 25. Februar angekündigt hatte, keine weitere Amtszeit übernehmen zu wollen. Die Pandemie bescherte ihr dann zwar noch vier Monate „Zugabe“, aber von ihrem Rückzugswillen ließ sie nicht. Also wurde die „Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz“ auf nicht we-

niger als vier Behörden verteilt:

- Gesundheit ging in die „Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration“.
- Hygiene in die Umweltbehörde.
- Das Krebsregister und die Seniorenpolitik in die Wissenschaftsbehörde.
- Der Verbraucherschutz und der Arbeitsschutz in die Justizbehörde.

Inhaltlich begründen ließ sich diese Zerschlagung nicht – auch wenn sich Senatorin Leonhard bei der Pressekonferenz zur Vorstellung der Koalitionsvereinbarung nach Kräften bemühte, eine enge Verbindung zwischen sozialen und gesundheitlichen Themen herzustellen. Dem Vernehmen nach soll sie selbst mit der Eingliederung in ihre sowie so schon sehr große Behörde gehandelt haben.

So darf sich die Hamburger Gesundheitspolitik auch mit dem neopolitischen Sprech der „Disruption“ schmücken. Denn nicht nur organisatorisch brechen neue Zeiten an, auch die Gestalter der vergangenen Jahre sind innerhalb weniger Wochen gegangen: neben Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks auch Staatsrat Matthias Gruhl. 13 Jahre hatte Prüfer-Storcks die Behörde geführt, Gruhl stand ihr nur wenig kürzer als Amtsleiter und Staatsrat zur Seite.

Beide zeichnete ein ausgesprochener Gestaltungswille aus. Sie wollten eine aktive Gesundheitspolitik betrei-



DR. MELANIE LEONHARD

leitet seit 2015 die Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. In der neuen Legislaturperiode wird die Zuständigkeit ihrer Behörde um die Gesundheitspolitik erweitert. Leonhard ist promovierte Sozial- und Wirtschaftshistorikerin. Von 2011 bis 2015 war sie Mitglied der Hamburgischen Bürgerschaft. Seit 2018 fungiert sie als Landesvorsitzende der SPD Hamburg.



MELANIE SCHLOTZHAUER

ist als Staatsrätin für den Gesundheitsbereich zuständig. Die Verwaltungswirtin hat ein berufsbegleitendes Studium Master of Business Administration Sozial und Gesundheitsmanagement absolviert. Sie war im Berufsbildungswerk Hamburg tätig und zuletzt in der Geschäftsführung der Perspektiv-Kontor Hamburg, einem Unternehmen im Bereich der Berufsbildung.

ben und gerieten damit zwangsläufig in Konflikt mit der KV Hamburg, die die Fahnen der Selbstverwaltung immer besonders hoch hält.

Das bevorzugte Schlachtfeld dieser Auseinandersetzungen war die Bedarfsplanung. SPD und Grüne haben eine teilweise weltfremde Vorstellung von planerisch-statistischer Verteilung von Praxen auf die Stadtteile, von der sie mit keinen noch so guten Argumenten weg zu bringen sind.

Doch all diese Auseinandersetzungen wurden fair geführt. CPS – wie ihre inoffizielle Abkürzung lautet – war es immer daran gelegen, Übereinkünfte zu erzielen. Ihre westfäli-

sche Ruhe ließ hitzige Debatten gar nicht erst entstehen. Wenn sie mal sagte „Na komm, geben Sie sich mal ‘nen Schubs.“, dann glich das schon einem Gefühlsausbruch. Waren Absprachen erst einmal getroffen, konnte man sich zu 100 Prozent darauf verlassen.

Diese Zusammenarbeit bewährte sich vor allem in den extrem turbulenten Tagen der „Corona-Krise“. Selbst die unkonventionellsten Ideen und Wege waren in kürzester Frist abgeklärt – und auch hier war auf ihr Wort Verlass. Es ist schon spannend, dass Prüfer-Storcks mit einer Krise kam (EHEC) und mit einer Krise

ging. „Die Frau, die Krise kann“, titelte die *Bild*-Zeitung.

Melanie Leonhard ist bislang gesundheitspolitisch nicht hervorgetreten. Auch in dem dicken, mitunter absurd kleinteilig formulierten Koalitionsvertrag finden sich nur die Lieblingsthemen der vorherigen Senatorin: Verteilung der Ärzte, bezirkliche Gesundheitszentren, Zusammenlegung der Leitstellen von Feuerwehr (112) und Arztruf (116 117). Aufbruch geht anders.

Viel wird von der neuen Staatsrätin abhängen. Doch als der Name Melanie Schlotzhauer verkündet wurde, war das Rätselraten groß: Melanie wer? Die SPD-Politikerin aus Altona war bislang in der Berufsförderung tätig, in der „Gesundheits-Szene“ kennt sie niemand.

Damit ist hinreichend unklar, wohin sich die Hamburger Gesundheitspolitik entwickeln wird. Angesichts der Aussagen und bisherigen Tätigkeiten der „beiden Melanies“ ist zu erwarten, dass ein noch stärkerer Fokus auf soziale Aspekte gelegt wird.

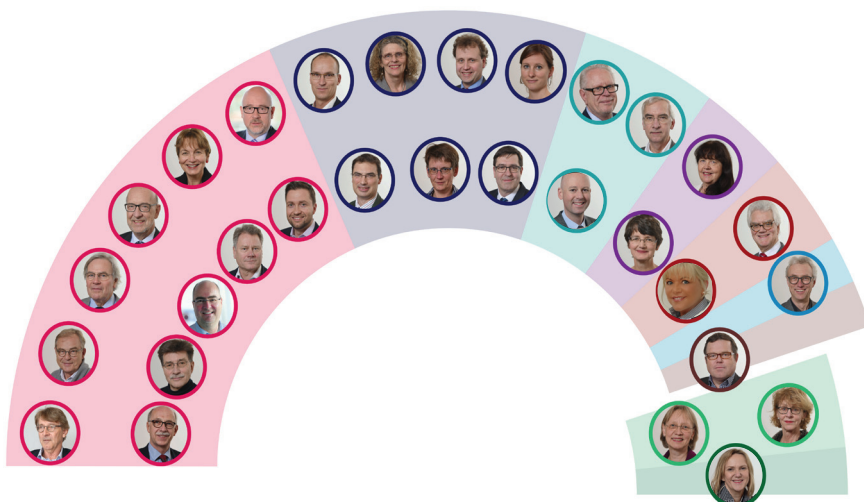
Doch immerhin gibt es eine Konstante: die hervorragende ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Hamburg mit ihrer starken, funktionierenden Selbstverwaltung. Auf sie wird auch weiterhin Verlass sein. ■

WALTER PLASSMANN,
Vorstandsvorsitzender der
KV Hamburg

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 1.10.2020 (ab 19.30 Uhr)

Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 2 (Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Stellvertreterin:

Dr. Elisabeth Lübbers-Klare

Mi. 26.8.2020 (18 Uhr)

"Corona-Pandemie – und was gibt es sonst noch?"

Gastreferent: Walter Plassmann,
KV-Vorstand

(unter entsprechenden Hygienebedingungen mit Abstand usw.)

Ort: Ärztehaus (EG, Julius-Adam-Saal)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Praxisorganisation an der Anmeldung

Fit am Empfang: Das Seminar zeigt, wie Mitarbeiter am Empfang kundenfreundlich auftreten können: von der professionellen Konversation bis hin zum Umgang mit Patientenbeschwerden.

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 12.8.2020 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 119 inkl. Imbiss + Getränke

Intensivkurs Qualitäts- und Praxismanager/-in (fünftägig)

Für Medizinische Fachangestellte, die sich für die Übernahmen von Führungsverantwortung und Managementaufgaben in der Praxis qualifizieren wollen. Der Kurs schließt mit einer Prüfung ab.

Mo. 17.8.2020 bis Fr. 21.8.2020

Gebühr: € 650 inkl. Verpflegung

QEP-Hygiene

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren, welche Aufgaben ein Hygienebeauftragter hat, wie sich die Praxis auf Behördenbegehungen vorbereiten kann, wie Hygiene-, Reinigungs- und Hautschutzpläne erstellt werden u.v.m.

11 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 26.8.2020 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

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

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

Ansprechpartnerinnen:

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

qualitaetsmanagement@kvhh.de

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Zi-DMP Diabetesschulung für nicht insulinpflichtige Patienten

Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Sa. 26.9.2020

9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)

12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Mi. 30.9.2020

9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Gebühr: € 220

Sprechstundenbedarf

Für Praxismitarbeiter: Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenvereinbarung, Vermeidung von Regressen.

Mi. 12.8.2020 (15 - 17 Uhr)

Mi. 4.11.2020 (15 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 25

**Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer / Ebene 13
Weidestr. 122b, 22083 Hamburg**

Anmeldung:

www.aerztekkammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Kurs-Namen eingeben

Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald
Fortbildungsakademie
Tel: 20299-306
E-Mail: akademie@aekhh.de

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

"Parkinson-Syndrome"

Ursachen – Differentialdiagnostik – aktuelle Therapiemodelle

Referent: Prof. Dr. Peter Urban, Chefarzt Neurologie, Asklepios Klinikum Barmbek

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 13.8.2020 (18 Uhr)

(unter entsprechenden Hygienebedingungen mit Abstand usw.)

Ort: Ärztehaus

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

DATENSCHUTZ- SCHULUNGEN

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neusten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 28.8.2020 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 13.11.2020 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 49 pro Teilnehmer / € 129 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern

(unter entsprechenden Hygienebedingungen mit Abstand usw.)

Ort: Ärztehaus

(EG, Julius-Adam-Saal)

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

www.neurologiewinterhude.de oder:

www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich die auf den Webpräsenzen veröffentlichten Anmeldeformulare.

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand nehmen zu können, muss sich der Praxisinhaber (oder ein von ihm beauftragter geeigneter Vertreter) schulen lassen.

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 21.8.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 25.9.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 27.11.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 11.12.2020 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich.

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 11.9.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 20.11.2020 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

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

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis
Dr. Gerd Bandomer,

Tel: 278063-47, Fax: 278063-48

E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

wir
verbinden
ihre

[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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

