

Honorarmisere



Vergütung

Hamburgs Ärzte diskutieren
über Streik

Impfen

Übersicht zum Leistungsumfang
der Ergänzungsvereinbarungen

Inanspruchnahme

Warum es die Richtigen sind,
die so oft zum Arzt gehen

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die Zyklen in der Gesundheitspolitik sind nur schwer zu überschauen. Während die Politik über zukünftige Änderungen diskutiert, schließen KV und Krankenkassen Verträge ab, deren Auswirkungen in der Praxis aber erst ein dreiviertel Jahr später ankommen. In diesem Heft berichten wir über die Honoraränderungen in 2012. Aber die Realität in der Praxis ist noch das Jahr 2011, denn die letzte Schlußabrechnung steht noch aus. Da ist es nicht leicht, den Überblick zu behalten: Alte Belastungen von neuen Erleichterungen zu trennen; feste Zusagen von unverbindlichen Hoffnungen. Unser KV-Journal soll helfen, den Überblick zu behalten.



*Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild: mopsgrafik/fotolia.de

Ausgabe 5/2012 vom 1. Mai 2012

(Redaktionsschluss: 18. April 2012)

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Was erwarten Sie von künftigen Honorarverhandlungen? „Ich will ohne Existenzängste arbeiten können!“	4
Interview mit dem Hamburger Hausarzt Dr. Carlos Keller	5
Ende der Geduld: Was ärztliche und psychotherapeutische Standesvertreter zum Ergebnis der Honorarverhandlungen in Hamburg sagen	8

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	13
Abschiebung von Leistung auf Kosten anderer? Wie Praxen und Krankenhäuser auf fairer Grundlage zusammenarbeiten können	14
Bitte keine Formblätter für Zivildienstleistende mehr verwenden! / Bundesfreiwilligendienstler werden über normale Chipkarte abgerechnet / Heilmittel: Langfrist-Genehmigung durch Kasse ersetzt nicht regelmäßige Verordnung	15
Impfen: Übersicht zu den Impf-Ergänzungsvereinbarungen	16

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet	14
------------------------------	----

Brennpunkt Arznei

Nutzenbewertungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	18
---	----

Qualität

Seminare im Ärztehaus: „QEP-Einführung“ und „Hygiene in der Arztpraxis“	21
Moderne technische Ausstattung erleichtert Qualitätsprüfung	22

Forum

Arztkontakte: Gehen die Deutschen zu oft zum Arzt?	23
--	----

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik	25
---	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung	26
Terminkalender	27

Nachgefragt

■ Was erwarten Sie von künftigen Honorarverhandlungen?



Mehr Honorar! Angesichts der übervollen Geldsäcke der Kassen erwarte ich ein spürbares Plus, damit ein Teil der Verluste aus den vergangenen Jahren ausgeglichen wird. Wir können teilweise die steigenden Mieten und Gehälter kaum bezahlen und die Kassen legen sich einen fetten Sparstrumpf an! Die Patienten schätzen unsere Arbeit, die Kassen sagen: „Geiz ist geil“ auf unsere Kosten mit einem Zwangsrabatt von etwa 40 Prozent. Ich wünsche mir allerdings noch viel mehr: 1. Adäquates Honorar, um unsere permanente Selbstaussbeutung zu reduzieren. 2. Maßnahmen zur deutlichen Reduktion des Verwaltungsaufwandes. 3. Hinwendung zu mehr gerecht honorierten Einzelleistungen, zum Beispiel bei Hausbesuchen und Beratungen. 4. Eine Angleichung der Gebührenordnungen: eine Medizin - ein Diagnose-Code - eine Gebührenordnung.

*Dr. Britta Manchot,
Allgemeinmedizinerin in
Hohenfelde*



Mit den jetzigen Regelleistungsvolumen ist eine orthopädische Grund- und Regelversorgung nicht mehr durchzuführen. Die Honorarsituation ist für die orthopädischen Regelversorger dramatisch, und das schon seit Jahren. Die Orthopäden waren die einzige größere Facharztgruppe, die im Zuge der Honorarreform Geld verloren hat. Seitdem hat sich die Honorarsituation kontinuierlich verschlechtert. Hierbei sind die sogenannten orthopädischen Regelversorger besonders betroffen. Deshalb muss es auf regionaler Ebene Veränderungen geben, die ein Überleben der orthopädischen Regelversorgung gewährleisten. Das neue Versorgungsstrukturgesetz lässt ausdrücklich solche regionalen Regelungen zu.

*Dr. Peter Bock-Lamberlin,
Orthopäde in Winterhude*



Vom HVM für 2012 sind keine wesentlichen Veränderungen oder gar Verbesserungen zu erwarten. Es wäre wünschenswert gewesen, zu der Regelung zurückzukehren, dass psychotherapeutische Leistungen extrabudgetär bezahlt werden. Derzeit werden psychotherapeutische Leistungen aus dem Honorartopf der Fachärzte gestützt, wenn die begrenzten Mittel nicht ausreichen - was immer wieder zu Spannungen zwischen den Fachgruppen führt. Die psychotherapeutischen Leistungen unterliegen einem gesonderten Bewilligungsverfahren, so dass es durchaus eine innere Logik hätte, sie auf gesondertem Weg und in voller Höhe zu bezahlen.

*Dr. Joachim Grefe,
Facharzt für psychotherapeutische
Medizin in Eppendorf*

„Ich will ohne Existenzängste arbeiten können“

■ Was bedeutet die Honorarmisere für eine normale Hausarztpraxis? Der Allgemeinmediziner Dr. Carlos Keller über den Verfall der Regelleistungsvolumina, unsinnige Leistungsanreize und die Tücken betriebswirtschaftlicher Optimierung.

Herr Dr. Keller, Sie haben ein Protestschreiben an die KV geschickt und eine Online-Petition an den Bundestag gerichtet, um auf die Honorarmisere der Hausärzte aufmerksam zu machen. Wie ist die Situation in Ihrer eigenen Praxis?

Keller: Ich bin Partner einer Doppelpraxis in Rahlstedt und seit 24 Jahren niedergelassen. Finanziell sind wir bisher gut über die Runden gekommen. Doch seit der Honorarreform gab es einen schleichenden Verfall der Regelleistungsvolumina

und massive Honorarverluste. Besonders schlimm wurde es im ersten Quartal 2012. Wenn die Honorare so bleiben, droht uns ernsthaft Ungemach...

Haben Sie weniger gearbeitet als zuvor?

Keller: Nein, an unserer Arbeitsleistung hat sich nichts geändert. Das Honorar wurde weniger. Kein Betrieb kann es sich leisten, etwa ein Drittel seiner Leistungen gar nicht bezahlt zu bekommen – und den Rest auch nur zu Dum-

ping-Preisen. Wie soll das gehen? Wer kann dabei ein unternehmerisches Risiko noch tragen?

Ist Ihre Praxis in betriebswirtschaftlicher Hinsicht gut aufgestellt?

Keller: Ja. Ich denke, wir sind gut organisiert. Weitere Rationalisierungen sind schwierig. Wir haben drei Teilzeit-Praxismitarbeiterinnen, die seit vielen Jahren bei uns arbeiten und daher ein hohes Tarifgehalt bekommen. Der letzte Schritt wäre, diese zu entlassen und Helferinnen einzustellen, die zweihundert Euro pro Monat billiger sind. Aber die neuen Helferinnen müssten zunächst eingearbeitet werden, hätten weniger Erfahrung, könnten nicht so viel schaffen. Auch aus gesellschaftspolitischer Sicht wäre das wohl kaum die Lösung für die Honorarmisere der Hausärzte. Man muss sich klarmachen: Wir hätten überhaupt keine Probleme, wenn unsere Arbeit ordentlich bezahlt würde. Die KBV hat berechnet, dass ein betriebswirtschaftlich angemessener



Dr. Carlos Keller ist seit 24 Jahren niedergelassen. So bedrohlich wie heute war die Situation für seine Praxis noch nie.

Foto: Michael Zapf

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

Punktwert bei 5,11 Cent liegt. Wir bekommen nur 3,5 Cent – und das auch noch budgetiert, also nicht für jede der von uns erbrachten Leistungen. Dass die Kassen derzeit auf Milliardenüberschüssen sitzen und uns dennoch weiterhin Sparopfer abverlangen, ärgert mich sehr.

Könnten Sie nicht mehr Einnahmen erzielen, indem Sie ihr Leistungsspektrum besser an die Honorargegebenheiten anpassen?

Keller: Das machen wir bereits seit Jahren – sonst gäbe

der Pleite. Man wird regelrecht dazu gezwungen, irgendwelche Ausweichstrategien zu fahren, um sich querzufinanzieren, eine oberflächliche Minutenmedizin zu machen, und die Patienten möglichst schnell zu überweisen. Wozu sollen wir uns eigentlich so intensiv fortbilden?

Die Minutenmedizin widerspricht der Berufsethik von Hausärzten ...

Keller: Ja. Die komplexen Probleme bei multimorbiden Patienten, die zudem noch in Behandlung mehrerer Fachärzte sind, kann man nicht im Vorbeigehen erledigen. Wer

kümmern musste – und das Thema war durch.

Oder nehmen wir psychosomatische Gespräche: Es ist doch bekannt, dass über die Hälfte der Patienten in einer Hausarztpraxis psychosomatisch krank sind. Dass ein Budget von 1000 Euro Honorar für psychosomatische Gespräche in einer 1000-Scheine-Praxis nicht ausreicht, kann sich doch jeder an fünf Fingern abzählen. Früher gab es dafür 5000 Euro pro Quartal – das alleine würde möglicherweise schon ausreichen, unsere Praxis wieder rentabel zu machen.

Ein absoluter Hohn ist die Bezahlung von Haus- und Heimbesuchen. Erst verkünden die Krankenkassen, diese Leistungen würden besser bezahlt – dann stellt sich heraus, dass wir diese Erhöhung aus unserem eigenen Honorartopf bezahlen sollen. Wir hatten früher mal an die 100 Heimpatienten. Aber weil es sich dabei um Leistungen handelt, die kostendeckend schon seit Jahren nicht mehr erbracht werden können, haben wir die Betreuung dieser Patienten deutlich reduziert.

Denken Sie, die Krankenkassen sparen tatsächlich Geld, wenn sie in diesen Bereichen knausern?

Keller: Nein. Wenn Hausbesuche nicht ausreichend bezahlt werden, kommt der Patient mit dem Notarzt- oder Rettungswagen ins Krankenhaus. Das ist auch unter ökonomischen

"Wer gute Hausarztmedizin machen will, braucht ein bisschen Zeit."

es die Praxis schon gar nicht mehr. Natürlich versuchen wir, möglichst viele außerbudgetär bezahlte Leistungen zu erbringen, zum Beispiel im Bereich der Vorsorge. Wir bieten IGeL an. All das hat aber Grenzen – auch was die medizinische Seite angeht. Ich kann doch keine Leistungen anbieten, die ich für unsinnig halte. Die Patienten haben derzeit auch nur begrenzte Mittel. Aus meiner Sicht ist die Honorarstruktur völlig kontraproduktiv, zudem hochgradig ungerecht: Wer nicht vorwiegend Gesunde durchschleust, die lediglich eine Erkältung haben, sondern chronisch Kranke oder sogar Heimpatienten behandelt, bringt sich an den Rand

gute Hausarztmedizin machen will, braucht für manche Dinge eben ein bisschen Zeit. Doch für genau jene Patienten, die für Hausarztpraxen typisch sind, ist die Honorierung besonders problematisch. Schwer chronisch Kranke machen uns unglaublich viel Arbeit, die überhaupt nicht mehr honoriert wird. Wenn ich mit so einem Patienten eine halbe Stunde lang den Krankenhaus-Entlassungsbrief bespreche und seinen Medikationsplan aktualisiere, bekomme ich dafür in der Regelversorgung kein Honorar mehr. Früher gab es 15-Minuten-Beratungseinheiten. Damit konnte man abrechnen, wenn man sich um einen Patienten mal intensiver

Gesichtspunkten unsinnig. Wenn psychosomatisch Kranke kein Gespräche mehr mit ihrem Hausarzt führen können, durchlaufen sie möglicherweise die gesamte diagnostische Kaskade: Sie besuchen eine Praxis nach der anderen und lassen sich für teures Geld untersuchen.

Sehen Sie in der Teilnahme an den Hausarztverträgen ein Ausweg?

Keller: Wenn ich mir die Vertragsbedingungen ansehe, vergeht mir sofort die Lust, daran teilzunehmen. Ich und meine Praxispartnerin möchten nicht Kassensklaven werden, da sind wir uns einig. Es kann aber auch nicht sein, dass es zwei Klassen von Hausarztpatienten gibt – die mit „normalem KV-Honorar“ und die mit „erhöhtem Honorar in Hausarztverträgen“. Dagegen sollten sich alle Hausärzte energisch zur Wehr setzen. Die Neueinstellung der Medikamente nach einer Krankenhaus-Entlassung beispielsweise wird für Patienten im Hausarztmodell angemessen bezahlt. Doch was ist mit den Patienten, die sich aus irgendwelchen Gründen nicht einschreiben wollen? Mit denen habe ich die gleiche Arbeit. Soll ich die etwa schlechter behandeln?

Den Hausarztmodellen fehlt außerdem eine Erhöhung der Budgets (Medikamente/Labor/Diagnostik und auch Therapiemaßnahmen), um wirksam zu

sein. Das „Postulat der Kostenneutralität“ erledigt den Rest.

Nimmt die Zeit, die Sie für Bürokratie aufwenden müssen, Ihrer Wahrnehmung nach zu?

Keller: Auf jeden Fall. Man denke nur an die neuen Impfschichten und die arztbezogene Leistungszuordnung. Das hat keinerlei medizinischen Sinn, es ist lediglich der Kontrollwut der Kassen geschuldet. Das Ausfüllen der DMP-Dokumentationen dauert oft Stunden. Ständig bekommt man Anfragen von den Krankenkassen. Für die Verordnung eines Rollstuhles oder orthopädischer

Wie sieht es mit der Alterssicherung aus?

Keller: Katastrophal. Seit ich einen Unfall hatte, arbeite ich im Rollstuhl. Deshalb ist die Situation für mich besonders kritisch: Ich muss wirklich Angst haben, im Alter zu verarmen.

Und das, obwohl Sie ihr Leben lang in einem hochqualifizierten Beruf gearbeitet haben ...

Keller: Ja, da kommt schon eine gewisse Wut in mir hoch – zumal wenn ich sehe, was andere Berufsgruppen wie beispielsweise Steuerberater verdienen. Ich will nicht Millionär werden, ich will als

„In die Praxis investieren? Das geht schon seit Jahren nicht mehr.“

Schuhe muss ich mehrseitige Formulare ausfüllen. Oder die Kuranträge: Da muss man eine 16-stündige Fortbildung absolvieren, um die Formulare ausfüllen zu dürfen. Es wird viel Arbeitszeit vergeudet für unsinnige und unbezahlte Verwaltungsarbeit, nicht zuletzt auch für das Einziehen der Praxisgebühren oder die Stellungnahme zu Regressanträgen wegen zum Teil nur geringfügiger Kostenüberschreitungen bei DDD-Kosten.

Können Sie finanzielle Rücklagen bilden, um in die Praxis zu investieren?

Keller: Nein, das geht schon seit Jahren nicht mehr.

Hausarzt in eigener Praxis ohne Existenzängste meine Arbeit machen können. Dazu gehört auch ein gewisser unternehmerischer Spielraum. Wenn nicht bald entschieden gegengesteuert wird, findet die Hausarztmedizin künftig nur noch in großen Zentren statt, die ihre Ärzte und Helferinnen ausbeuten und sich aus lukrativeren Medizinbereichen quersubventionieren. Wir brauchen mehr Solidarität innerhalb der Hausärzteschaft. Das Verhalten der Kassen, da wo sie die Macht haben, zeigt aber auch: Wenn wir die KV schwächen, haben wir in jedem Fall verloren.

Interview: Martin Niggeschmidt

Ende der Geduld

- Sichere Versorgung gegen sichere Vergütung – diese Übereinkunft wurde von der Politik aufgekündigt. Wenn wir auf dem Verhandlungswege keine angemessene Honorare mehr durchsetzen können, müssen wir andere Kampfmaßnahmen anwenden.

von Dr. Michael Späth

Vor 80 Jahren haben unsere Vorfahren auf das Streikrecht verzichtet, um den alleinigen Sicherstellungsauftrag zu erhalten. Sichere Versorgung gegen sichere Honorare – das war die politische Absprache in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts, als die KVen den „Leipziger Verein“ als Verhandler ablösten und das war so, als in den 50er Jahren diese Absprache bei der Modernisierung der Gesundheitsversorgung erneuert wurde.

Viele Jahre galt dieser Sicherstellungsauftrag uneingeschränkt – zum Wohle der Patienten, die sicher sein konnten, schnelle und qualitativ gute Versorgung zu erhalten und auch zum Wohle der Ärztinnen und Ärzte, die ihre (auch finanziell) anspruchsvolle Arbeit planen und kalkulieren konnten. Doch vor zwölf Jahren hat uns die Politik mit der Einführung der integrierten Versorgung und der Möglichkeit von Selektivverträgen diesen alleinigen Sicherstellungsauftrag entzogen.

Wir dagegen haben uns an die Absprache gehalten – von Streikmöglichkeiten haben wir nie Gebrauch gemacht. Das muss sich ändern! Vor drei Jahren hat uns

die Politik den Wegfall des Honorarbudgets, eine kalkulierbare Euro-Gebührenordnung und die jährliche Anpassung der Vergütung an die wachsende Morbidität versprochen. Gehalten hat sie davon nichts. Im Gegenteil, bei unserem Honorar können wir nur kalkulieren, dass es von Quartal zu Quartal weniger wird, die Honorarbudgets sind seit 1. Juli 2010 rigider als je zuvor, und die gesetzlich vorgegebenen Steigerungsraten sind angesichts der Mehrleistungen von Ärzten und Psychotherapeuten ein Hohn.

Offensichtlich sind wir Ärzte und Psychotherapeuten nicht therapiefähige Gutmenschen. Angesichts eines in 2011 erwarteten Defizits der gesetzlichen Krankenkassen von spekulativ über elf Milliarden Euro hatte uns der Gesetzgeber gezwungen, Sparmaßnahmen durch Honorarverzicht mitzutragen. Gleichzeitig erbrachten wir auch noch die notwendigen Mehrleistungen für die älter und kränker werdende Bevölkerung. Inzwischen wissen wir, dass statt des erwarteten Defizits der GKV derzeit ein Überschuss in Höhe von rund elf Milliarden Euro und ein Guthaben im Gesundheitsfonds von rund zehn Milliarden Euro existiert.

Es ist also jede Menge Geld da, das unter anderem durch unsere Sparbeiträge und unsere unfreiwilligen Rabatte finanziert wurde. Bei uns in Hamburg bezahlen die Krankenkassen – gemessen an einem Punktwert von 5,11 Cent – nur 60 Prozent der tatsächlich von uns für Hamburger Versicherte erbrachten Leistungen. Bei Vergütung aller notwendig erbrachten Leistungen mit einem Punktwert von 5,11 Cent müssten wir insgesamt rund 890 Millionen Euro und damit 360 Millionen Euro mehr nur für die Versorgung der Hamburger Versicherten erhalten.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Kassenüberschüsse ist es völlig unverständlich, dass der Gesetzgeber die Begrenzung der Honorar-Steigerungsrate auf 1,25 Prozent nicht sofort aufgehoben hat. Kern der Honorarreform 2009 war eine Orientierung der Steigerungsraten an den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen der Patienten – das wird einfach ignoriert und uns vorenthalten.

So ist es nicht verwunderlich, dass wir viele unserer Forderungen für den Honorarvertrag 2012 bei den Hamburger Krankenkassen nicht durchsetzen konnten. Nicht nur die Rückkehr

Die Ergebnisse der Honorarverhandlungen

zu bereits früher geltenden Preisen für ambulantes Operieren, die die hohe Hamburger Kostenbelastung ausgleichen sollte, die Herausnahme weiterer Leistungen aus dem Budget, die früher extrabudgetär finanziert wurden, lehnten die Krankenkassen ab, ebenso wie die vollständige Vergütung der Psychotherapie-Leistungen und auch die vollständige extrabudgetäre Bezahlung der Haus- und Heimbesuche.

Die Hamburger Krankenkassen sind nicht einmal bereit, im erforderlichen Umfang die von ihnen selbst geforderten und gewünschten Leistungen und Preise bei den Haus- und Heimbesuchen vollständig zu bezahlen. Sie selbst haben 2010 die Preisanhebung für Haus- und Heimbesuche mit beschlossen und sie sind es, die mehr Haus- und Heimbesuchstätigkeit von den Hamburger Ärzten einfordern. Statt der dafür notwendigen rund drei Millionen Euro zusätzlich haben sie ein Feigenblattangebot von gerade einmal einer halben Million Euro gemacht – ein Angebot, das erst nach massivem Druck auf 1,2 Millionen Euro erhöht wurde.

Das gleiche Spiel mit noch schlechterem Ausgang gab es mit der Psychotherapie: Die Sprecherin des Ersatzkassenverbandes, Kathrin Herbst, verlangte in einem dummerhaften Zeitungsbeitrag, dass die „faulen“ Psychotherapeuten endlich mehr arbeiten und sich um die schwereren Fälle kümmern

Die Gesamtvergütung wird in 2012 um 1,25 Prozent erhöht. Dies ist im Gesetz so festgeschrieben. Für den Leistungsbereich der Haus- und Heimbesuche werden für 2012 einmalig 1,2 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, womit der Leistungstopf um rund fünfzehn Prozent steigt. Die alte HVM-Regelung, wonach Ärztinnen und Ärzte, die bereits in der Vergangenheit Haus- und Heimbesuche erbracht hatten, diese in jedem Fall zum vollen Preis garantiert werden, bleibt erhalten. Nun können aber auch zusätzliche Haus- und Heimbesuche (kalkuliert rund 50.000) voll bezahlt werden. Letztlich wurden die Honorare für Dialyse-Leistungen und die Kosten der Strahlentherapie extrabudgetär gestellt.

sollten. Einen Beleg für diese Unterstellung blieb sie schuldig – ebenso wie die Bereitschaft, diese Leistungsausweitung auch zu finanzieren. Das sollen gefälligst wie bisher die Fachärzte übernehmen. Dreister geht's nimmer!

Trotzdem haben wir nach intensiver Debatte in den Gremien das Angebot der Kassen zähneknirschend akzeptiert, weil wir auch vor einem uns wohlgesonnenen Schiedsamt nicht mehr bekommen würden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und – im Falle der Psychotherapie – Aktivitäten auf der Bundesebene lassen uns keine andere Wahl.

Angesichts der Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung kann man dieses Vorgehen der Kassen nur als zynisch und verachtend einstufen, denn es missachtet in höchstem Masse die ständige Bereitschaft der Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten, auch in schwierigen Zeiten ihren Sparbeitrag trotz ständig steigender Kosten in den Praxen zu leisten. Ein

Mindestmass an Fairness und Partnerschaft im Gesundheitswesen wäre es gewesen, die bescheidenen Forderungen der Hamburger KV-Führung ohne Einschränkung zu akzeptieren. Das Gegenteil ist der Fall. Das dürfen wir uns nicht länger gefallen lassen. Wir müssen in der Selbstverwaltung und mit den Berufsverbänden drastische Konsequenzen verabreden.

Manchmal hilft ein Blick auf andere Branchen: Wenn die Stadt Hamburg nicht mehr bereit ist, genug Geld für die Honorare von Künstlern bereitzustellen, ist die logische Konsequenz: Das kulturelle Angebot wird heruntergefahren. Darüber wundert sich niemand. Auch wir müssen die Tarifierhöhung bei unseren Personal-Gehältern stemmen. Um 2,9 Prozent sind die Gehälter angehoben worden. Wir gönnen das unseren hart und gut arbeitenden Kräften – aber wir müssen das kompensieren – wie soll das gehen, wenn unsere Honorarsteigerung nur 1,25

Fortsetzung auf S. 10



Dr. Michael Späth,
Vorsitzender der Vertreter-
versammlung der KV Hamburg

Fortsetzung von S. 9

Prozent beträgt? Sollten auch wir also die Sprechstunden reduzieren und an die Honorare anpassen? Müssen diese Stadt und ihre Einwohner beginnen, sich darüber Gedanken zu machen: Was ist uns die ambulante medizinische Versorgung wert? Wenn wir in Verhandlungen und vor dem Schiedsamt keine angemessenen Honorare

durchsetzen können, müssen wir uns künftig anderer Kampfmethoden bedienen. Deshalb erinnere ich nochmals daran: Die Übereinkunft „Verzicht auf Streikrecht gegen Sicherstellungsauftrag“ wurde längst gebrochen – und zwar von Seiten der Politik. Die Frage ist: Wie lange wollen wir Ärzte uns noch an eine Übereinkunft gebunden fühlen, die gar nicht mehr gültig ist?

Heim- und Hausbesuche – ein Honorarskandal

von Dr. Stephan Hofmeister

Im Jahr 2010 passten Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen die Preise für Heim- und Hausbesuch im EBM an. Das war überfällig und sinnvoll – aber der Haken dabei war, dass das hierfür nötige zusätzliche Geld von den Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt wurde. Die Folge: Ärzte mussten die „Besserbewertung“ der Besuche aus eigener Tasche finanzieren. Hamburg traf dies in besonderer Weise, da gleichzeitig durch Änderungen der Modalitäten des Fremdkassenzahlungsausgleiches (FKZ) im hausärztlichen Versorgungsbereich massiv Honorar verloren ging – nachdem bereits ein Jahr zuvor die FKZ-Regelungen Hamburg deutlich schlechter stellten.

Die KV Hamburg hatte deshalb für die Honorarverhandlungen 2012 als Mindestziel vorgegeben, dass die Krankenkassen wenigstens die Preiserhöhung der

Heim- und Hausbesuche nachhaltig mit Geld hinterlegen. Allein hierfür wären etwa 500.000 Euro pro Quartal nötig. Darüber hinaus benötigen wir selbstverständlich eine zusätzliche und nachhaltige Finanzierung, wenn der von Krankenkassen und Politik einhellig und wiederholt konstatierte Mehrbedarf an Haus- und Heimbesuchen erbracht werden soll. Die geforderten und notwendigen Summen sind für die Krankenkassen, gemessen am Gesamtumfang der ambulanten Vergütung, absolute Marginalien.

Fensterreden mit wohlfeilen Versprechungen und explizit artikulierter Sorge um die Vergütung der Hausärzte in Hamburg und die Versorgung von Hausbesuchs- und Heimpatienten sind an der Tagesordnung. An vielen Stellen wurde von Politik und Krankenkassen öffentlichkeitswirksam versprochen, sobald wie möglich etwas für die Hausärzte zu tun.

Nun wäre dies möglich, und entsprechend überrascht es nun sehr, dass die Krankenkassen nach zähen Verhandlungen nur bereit waren, über die gesetzlich vorgegebene Erhöhung der Gesamtvergütung um 1,25 Prozent eine Einmalzahlung für das Jahr 2012 mit befreiender Wirkung in Höhe von 1.200.000 EUR für die Haus- und Heimbesuche zu leisten. Angesichts der Zahl der schon jetzt geleisteten Haus- und Heimbesuche nicht einmal ein Tropfen auf den heißen Stein. Das ist eine Verhöhnung der Tätigkeit der Hausärzte und straft alle Willensbekundungen Lügen. Die Klagen gegen die Hausarztzentrierte Versorgung andernorts zeigen ebenfalls den Unwillen der Krankenkassen, ärztliche Arbeit angemessen zu vergüten.

Die KV hat dieses „Danaer-Geschenk“ nach ausführlicher Diskussion in der Vertreterversammlung dennoch zähneknirschend angenommen, da die Ho-

norarsituation, insbesondere bei den Hausärzten, nichts anderes zulässt und in der derzeitigen gesetzlichen Lage auch vor dem Schiedsamt für 2012 kein besseres Ergebnis zu erwarten ist. An diesem Punkt zeigt sich erneut, dass politische Versprechungen und Mitleidsbekundungen immer nur solange Gültigkeit haben, bis Taten eingefordert werden. Unsere Forderungen sind moderat und sachlich begründet. Sie resultieren ausschließlich aus Veränderungen, die von Politik und Krankenkassen vorgegeben wurden. Zur Finanzierung von

Leistungen sind aber die Krankenkassen heranzuziehen und nicht innerärztliche Umverteilung.

In diesem Jahr fallen einige gesetzliche Hürden, die aktuell noch limitierend wirken, was Chancen für die Zukunft eröffnet.

Die Honorarverhandlungen für 2013 müssen deshalb von uns mit allen Mitteln, laut und vernehmbar begleitet werden, um den Krankenkassen und der Politik klar zu machen, dass wir weitere solcher unverschämten Honorierungen nicht hinzunehmen bereit sind!

Versorgung nur gegen Bezahlung! KV Hamburg – hart bleiben!



Foto: Michael Zapf

*Dr. Stephan Hofmeister,
stellv. Vorsitzender der Vertreter-
versammlung der KV Hamburg*

Personalkosten steigen schneller als Arzthonorare

von Dr. Dirk Heinrich

Im Jahr 2005 demonstrierten Ärzte und Arzthelferinnen gemeinsam auf dem Gänsemarkt. Das Motto war damals: „Ein Arzt allein ist noch keine Praxis.“ Vor wenigen Tagen veröffentlichte das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) Kostenstruktur-Daten für die deutschen Arztpraxen. Dabei zeigte sich, das tatsächlich eingetreten ist, wovor die Demonstranten gewarnt haben: Es gab einen massiven Personalabbau in den Praxen.

In diesem Jahr haben wir eine 2,9-prozentige Steigerung der Gehälter unserer medizinischen Fachangestellten und Arzthelferinnen zu schultern. Dafür gibt es keinerlei Ausgleich. Wir sollen diese Personalkostensteigerungen aus unseren persönlichen

Gewinnanteilen finanzieren - sofern diese überhaupt existieren.

In der Hamburger Lokalpresse war kürzlich ein schöner Kommentar zu lesen. Es ging um die Gehaltssteigerung im öffentlichen Dienst, und der Kommentator forderte für den Kulturbetrieb ganz selbstverständlich: Die Mehrkosten müssten ausgeglichen, die Subventionen erhöht werden, ansonsten werde es im Kulturbetrieb zu Leistungskürzungen oder Personalabbau kommen. Kultur ist wichtig, keine Frage. Doch dass der Kultur- und Vergnügungsbetrieb eine Erhöhung der Subventionen bekommen soll, während von den Vertragsärzten erwartet wird, dass sie steigende Personalkosten selbst ausgleichen, ohne Leistungen zu kürzen

oder Personal zu entlassen - das ist eine seltsame Verschiebung der Wertigkeiten. Ich finde das skandalös.

Auf die unzureichende Finanzierung unserer Praxen haben

Fortsetzung auf S. 12 ■■■



Foto: Michael Zapf

*Dr. Dirk Heinrich,
Sprecher des Beratenden
Fachausschusses Fachärzte
und Vorsitzender des
NAV-Virchow-Bundes*

wir schon 2005 aufmerksam gemacht - und es hat sich nichts verbessert. Im Gegenteil: In Hamburg, das in den vergangenen Jahren bei der Verteilung der Gelder benachteiligt wurde, hat sich die Situation noch verschärft. Die Krankenkassen schwimmen im Geld, deshalb

wäre es, neben der Rücknahme des uns verordneten Zwangsrabattes, angemessen, so viele Leistungen wie möglich aus dem Budget zu nehmen. Ganz oben auf unserer Forderungsliste stand eine extrabudgetäre Bezahlung der psychotherapeutischen Leistungen, die ja aus dem fachärztlichen Honorartopf gestützt werden.

Die Krankenkassen haben es allerdings nicht mal fertiggebracht, wenigstens die Heim- und Hausbesuche komplett zu finanzieren. Ab 2013 können wir mit den Krankenkassen wieder selbst verhandeln. Bei diesen Honorarverhandlungen werden wir eine wesentlich härtere Gangart einlegen müssen.

Psychotherapeutische Leistungen müssen extrabudgetär vergütet werden!

von Hanna Guskowski

Alle hatten die gesetzliche Verankerung der extrabudgetären Vergütung für Psychotherapie im VStG gefordert: sämtliche Psychotherapeutenverbände, der Beratende Fachausschuss Psychotherapie der KBV, die KBV – leider vergeblich.

Die gesetzliche Verankerung der extrabudgetären Vergütung wäre die einzig mögliche Garantie dafür gewesen, dass uns KV-Mitgliedern interne Konflikte um's Geld erspart bleiben und dass für die Psychotherapeu-

tenInnen die bisherige Regelung der Zeitkapazitätsgrenzen fortgesetzt wird: Innerhalb eines bestimmten Zeitkontingentes sind dabei alle Leistungen frei austauschbar und fest vergütet. Dies berücksichtigt gleichermaßen die individuellen Bedürfnisse unterschiedlicher PatientInnen wie praxisindividuelle Besonderheiten.

Das Konzept der Zeitkapazitätsgrenzen bleibt zwar auch ohne die gesetzliche Verankerung der extrabudgetären Vergütung die einzig sachgerechte und die einzig gesetzeskonforme Lösung, denn die Begründung im VStG schreibt unmissverständlich die Beibehaltung der Zeitkapazitätsgrenzen für den psychotherapeutischen Bereich vor. Allerdings droht diese Lösung im derzeitigen innerärztlichen Verteilungskampf dennoch unter die Räder zu geraten, da viele Fachärzte fürchten, den wachsenden Psychotherapiebedarf stützen zu müssen. PsychotherapeutInnen bringen

ihre eigene Morbiditätsrate in die Gesamtvergütung ein - und diese liegt deutlich höher als der Durchschnitt der übrigen Fachärzte. Aber die – in Hamburg besonders ausgeprägte - anhaltende Tendenz, dass psychische Krankheiten zunehmen und sich die behandelten Erkrankungen/Kosten im GKV-System dadurch strukturell verschieben, ist allein durch die Morbiditätsrate wohl kaum zu lösen. Wenn sich aber die Morbidität verändert, müssen sich auch die Geldströme zugunsten der notwendigen Maßnahmen verändern - und die Krankenkassen müssen diese finanzieren.

Der Beratende Fachausschuss Psychotherapie der KV Hamburg begrüßt und unterstützt es daher ausdrücklich, dass der KV-Vorstand in den Verhandlungen mit den Krankenkassen die extrabudgetäre Vergütung für Psychotherapie fordert – und dass er sich auf der Bundesebene für die Beibehaltung der Zeitkapazitätsgrenzen einsetzen will.



Foto: Michael Zapf

Hanna Guskowski,
Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapeuten



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

Fragen und Antworten

■ In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Infocenter Tel: 22802-900

1 *Wir behandeln einen Dienstunfall bei einem Polizeibeamten. Über welche Berufsgenossenschaft werden die Leistungen abgerechnet?*

Die Leistungen werden direkt mit der Freien Heilfürsorge abgerechnet. Der Patient erhält ein spezielles Abrechnungsformular von seiner Dienststelle, das er bei Ihnen vorlegen muss. Das ausgefüllte Abrechnungsformular wird an folgende Adresse geschickt:

VT 63 /Heilfürsorge
Überseering 35
22297 Hamburg

Das gleiche Verfahren wird bei Dienstunfällen von Feuerwehrbeamten angewendet.

2 *Eine schwangere Patientin möchte, dass wir nach der Entbindung eine Verordnung für Beckenbodengymnastik ausstellen. Ist das möglich?*

Nein, nicht grundsätzlich. Eine Heilmittelverordnung zur Beckenbodengymnastik ist nur bei nachgewiesener Harn- oder Stuhlinkontinenz möglich. Würde sich aufgrund der Geburt eine solche medizinische Indikation ergeben, könnte eine Verordnung ausgestellt werden.

3 *Uns wurden aus der Praxis Rezepte entwendet. Wo müssen wir den Diebstahl melden?*

Wenn Ihnen bekannt ist, dass durch den Diebstahl ein Me-

dikamentenmissbrauch stattgefunden hat, müssen Sie eine schriftliche Mitteilung an die Zentralklinik der Behörde für Inneres schicken.

Wenn dies nicht der Fall ist, müssen Sie die schriftliche Information an das Polizeipräsidium schicken (Adressen siehe unten).

Wir bitten Sie, sich zusätzlich telefonisch an das Arztregister der KV zu wenden, um weitere Maßnahmen abzusprechen.

Zentralklinik – ZD 62
Steindamm 82
20099 Hamburg

Polizeipräsidium
Bruno-Georges-Platz 1
22297 Hamburg

Keine Abschiebung von Leistungen zu Lasten anderer!

■ Wie Praxen und Krankenhäuser auf einer fairen Grundlage zusammenarbeiten können

Bei der Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und zwischen Praxen und Krankenhäusern gibt es immer wieder Unstimmigkeiten darüber, wer für die Durchführung bestimmter Leistungen zuständig ist. Muss beispielsweise ein Nervenarzt, der einen Patienten mit Antidepressiva behandelt, die Laborkontrollen selbst durchführen oder kann er dies den Hausarzt erledigen lassen? Wer hat notwendige bildgebende Verfahren zur Ergänzung der Diagnostik zu veranlassen? Wer schreibt ein EKG bei einem Patienten vor einer geplanten ambulanten Operation?

Die Antworten auf diese und ähnliche Fragen stehen im Spannungsfeld kollegialer Zusammenarbeit im Interesse des Patienten und eines sektorierten Vergütungssystems mit zu knappen Mitteln.

Eindeutige Regeln bestehen für den Übergang eines Patienten in die stationäre Versorgung: Stellt ein behandelnder Arzt

stationäre Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten fest und weist ihn in ein Krankenhaus ein, hat das Krankenhaus das Recht und die Pflicht, die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, gegebenenfalls vorstationär, durchzuführen. Eine Rückdelegation in den ambulanten Bereich darf erst erfolgen, wenn eine weitere Behandlung durch das Krankenhaus nicht mehr erforderlich ist. Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen soll der einweisende Arzt bereits von ihm erhobene Befunde bei Einweisung zur Verfügung stellen.

Für die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Bereichen innerhalb der ambulanten Versorgung gibt es gleichermaßen eindeutige Regelungen nicht. Unter Berücksichtigung der für alle Ärzte engen Budgetgrenzen empfehlen wir, sich im Interesse einer sinnvollen und kollegialen Patientenversorgung an folgenden Leitsätzen zu orientieren:

- Wer eine Therapie beginnt oder durchführt, ist auch für die notwendige Diagnostik zur Überwachung dieser Therapie zuständig, solange sich der Patient in seiner Behandlung befindet.
- Wer einen Patienten in Behandlung nimmt, ist auch für die Durchführung oder Veranlassung der nötigen Abklärungsdiagnostik (CT, MRT, EKG usw.) zuständig - und gegebenenfalls auch dankbar, wenn er Informationen über vorliegende Befunde erhält.

Mit der Einhaltung diesen beiden Regeln kann sichergestellt werden, dass Praxen auf einer fairen Grundlage zusammenarbeiten. Die Eröffnung eines Verschiebebahnhofes zwischen Hausärzten und Fachärzten oder den verschiedenen Fachdisziplinen wird am Ende niemandem einen Vorteil einbringen, sondern eher weitere Unzufriedenheit schüren.

Dr. Stephan Hofmeister

Dr. Dirk Heinrich

Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (www.kvhh.de) wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / amtliche Bekanntmachungen“ Folgendes bekannt gegeben:

- Ausführungsbestimmungen (zum Gebührenverzeichnis) vom 05.04.2011 - 2. Nachtrag
- Gebührenverzeichnis vom 18.11.2010 - 2. Nachtrag

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

Infocenter, Tel. 22802-900



Bitte keine Formblätter für Zivildienstleistende mehr verwenden

Das Bundesfamilienministerium hat darauf hingewiesen, dass keine Verordnungen mehr zu Lasten der ehemaligen Kostenträger des Zivildienstes ausgestellt werden dürfen. Durch den Wegfall der allgemeinen Wehrpflicht gibt es keine Zivildienstleistenden mehr – die Formblätter BA Zivildienst/B-Scheine 17859 und BA Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben 74895 sind nicht mehr gültig.

Bundesfreiwilligendienstler werden über normale Chipkarte abgerechnet

Personen, die den Bundesfreiwilligendienst absolvieren, sind in der GKV pflichtversichert. Anders als bei Zivildienstleistenden werden medizinische Leistungen für Bundesfreiwilligendienstler über die normalen Chipkarten abgerechnet.

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

Heilmittel: Langfrist-Genehmigung durch die Kasse ersetzt nicht die regelmäßige Verordnung

In der Heilmittel-Richtlinie vom 1. Juli 2011 wurde als neue Regelung aufgenommen, dass Menschen mit dauerhaften schweren Behinderungen eine langfristige Genehmigung für Heilmittelbehandlungen von ihrer gesetzlichen Krankenkasse bekommen können. Die lang-

fristige Genehmigung soll mindestens ein Jahr lang gelten. Hierbei geht es nur um die Möglichkeit einer langfristigen Genehmigung durch die Krankenkasse, nicht aber um die Verordnung durch den Vertragsarzt. Eine Genehmigung durch die Kasse ersetzt nicht

die regelmäßige vertragsärztliche Heilmittelverordnung (siehe hierzu auch KVH-Journal 9/11 S.24, KVH-Journal 12/11 S. 16 sowie www.kvhh.de).

*Ansprechpartnerin:
Abteilung Praxisberatung
Eva-Elisabeth Zunke,
Tel. 22802-402*

Übersicht zu den Impf-Ergänzungsvereinbarungen

■ Welche Leistungen werden von den jeweiligen Krankenkassen bezahlt?

In Sonderverträgen mit der KV Hamburg haben sich einige Kassen verpflichtet, die Kosten für Schutzimpfungen im Rahmen privater Auslandsreisen und für diverse Zusatzimpfungen im Sachleistungsverfahren zu übernehmen. Die Ärzte können diese Impfleistungen mit den entsprechenden Abrechnungsnummern abrechnen, die Honorierung erfolgt extrabudgetär.

Die Impfstoffe werden auf Namen der Patienten zu Lasten der entsprechenden Krankenkasse verordnet (bitte auf dem Kassenrezept Markierungsfeld

8 / Impfstoffe ankreuzen). Geimpft wird gemäß den jeweils aktuellen Empfehlungen der STIKO und den Angaben in den jeweiligen Fachinformationen der Impfstoffe.

Wir haben eine Tabelle zusammengestellt, die einen Überblick darüber bietet, welche Impfungen von der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen der Sonderverträge bezahlt werden (siehe rechte Seite). Die dort aufgeführten Impfungen können nur im Rahmen der Sonderverträge abgerechnet werden, wenn es sich nicht um Pflichtleistungen der Krankenkassen handelt (was beispielsweise bei Hepatitis-

Impfungen der Fall sein kann). Sind zwei Abrechnungsnummern angegeben, so gilt die erste Nummer für die erste Impfleistung und die zweite Nummer für jede weitere Impfleistung beim selben Arzt-Patientenkontakt. Ist nur eine Abrechnungsnummer angegeben, entfällt diese Unterscheidung. Ausnahme: Beim HPV-Impfzyklus gilt die erste Nummer für die erste Impfung und die zweite Nummer jeweils für die beiden Folgeimpfungen.

*Ansprechpartnerin:
Abteilung Praxisberatung
Regina Lilje, Tel. 22802-498*



Foto: Alexander Ratbs/fotolia.de

Kasse Impfung	TK	Novitas BKK (früher KtpBKK)	BKK vor Ort (früher Dräger&Hanse BKK)	Deutsche BKK	Knappschaft	AOK Rheinland / Hamburg (im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung mit der KV)
Hepatitis A	X 89950/89951	X 89950/89951	X 89950/89951	X 89923	X 89856/89857	0
Hepatitis B	X 89952/89953	X 89952/89953	X 89952/89953	X 89924	X 89858/89859	0
Kombinationsimpfung Hepatitis A und B	X 89954/89955	X 89954/89955	X 89954/89955	X 89928	X 89860/89861	0
FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	X 89956/89957	X 89956/89957	X 89956/89957	X 89921	X 89852/89853	0
Meningokokken	X 89958/89959	X 89958/89959	X 89958/89959	X 89925	X 89864/89865	0
Tollwut	X 89960/89961	0	X 89960/89961	X 89926	X 89866/89867	0
Kombinationsimpfung Typhus und Hepatitis A	X 89962/89963	X 89962/89963	X 89962/89963	X 89929	X 89868/89869	0
Typhus	X 89964/89965	X 89964/89965	X 89964/89965	X 89927	X 89870/89871	0
Cholera	X 89966/89967	X 89966/89967	X 89966/89967	X 89920	X 89850/89851	0
Gelbfieber Die Gelbfieberimpfung darf nur durch gesundheitsbehördlich zugelassene Gelbfieberimpfstellen durchgeführt werden.	X 89968/89969	X 89968/89969	X 89968/89969	X 89922	X 89854/89855 Für Versicherte der Knappschaft kann der Gelbfieberimpfstoff direkt durch die Gelbfieberimpfstelle bezogen werden. Die Abrechnung der Impfkosten erfolgt dann über den Behandlungsschein des Patienten (Nachweis!).	0
Malaria (Beratung) Die Malaria-Tabletten sind auf dem Kassenrezeptformular zu Lasten der jeweiligen Kasse zu verordnen. Dabei ist die 8 (Impfstoff) zu kennzeichnen.	X 89990	0	X 89990	0	X 89862/89863	0
HPV (Frauen vom 18. bis 26. Geburtstag)	X 89941/89942	0	0	X 89931/89932	0	0
Rotaviren (Schluckimpfung für Säuglinge)	0	0	0	X 89930	X 89872/89873	X 89935 Kann nur von am HZV-Vertrag teilnehmenden Kinder- und Jugendärzten bei teilnehmenden Versicherten erbracht werden.
Japanische Enzephalitis	0	0	0	0	0	0

X = abrechnungsfähige Impfung

0 = keine abrechnungsfähige Impfung (Privatleistung!)

Stand 01.04.2012

Nutzenbewertung von neuen Medikamenten

■ Gemeinsamer Bundesausschuss legt Beschlüsse vor

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) prüft innerhalb von drei Monaten nach Marktzulassung eines neuen Arzneimittels, ob ein Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie belegt werden kann. Nachdem das erste dieser Bewertungsverfahren zu Ticagrelor Ende 2011 abgeschlossen wurde, hat der G-BA nunmehr zu weiteren Arzneimitteln „frühe Nutzenbewer-

tungen“ veröffentlicht (siehe Tabelle unten).

Die Hersteller versuchen, den G-BA mit Hilfe eines auf Zulassungsunterlagen und Studien gestützten Dossiers vom Zusatznutzen des Arzneimittels gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie zu überzeugen. Wird kein Dossier oder ein unvollständiges Dossier eingereicht, gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt. Erkennt

der G-BA einen Zusatznutzen, verhandeln Hersteller und GKV-Spitzenverband über den Preis. Stellt der G-BA keinen Zusatznutzen fest, wird das Arzneimittel in das Festbetragssystem überführt oder es wird ein Erstattungsbetrag vereinbart, bei dem die Jahrestherapiekosten jedoch nicht höher sein dürfen als bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Medikamente, bei denen der G-BA aufgrund eines fehlenden oder unvollständigen Dossiers keinen Zusatznutzen erkennt

Arzneimittel	Wirkstoff	Therapeutisches Gebiet	Ergebnis
Yellox®	Bromfenac	bei postoperativer Entzündung am Auge nach Kataraktoperationen	Erstattungsbetrag
Edarbi®	Azilsartan Medoxomil (als Kaliumsalz)	Hypertonie	Einordnung in Festbetragsgruppe
Trajenta®	Linagliptin	Diabetes mellitus Typ 2	Der G-BA räumt dem Hersteller im Rahmen der Einstiegsphase in das Verfahren der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln die Möglichkeit ein, ein Jahr nach Veröffentlichung des Beschlusses ein überarbeitetes Dossier vorzulegen und damit eine erneute Nutzenbewertung des Wirkstoffs zu veranlassen. Vor dem Hintergrund des Nutzenbewertungsverfahrens hatte der Hersteller entschieden, Linagliptin trotz erfolgter europäischer Zulassung in Deutschland nicht auf den Markt zu bringen.
Rapiscan®	Regadenoson	Myokardperfusionsaufnahmen	Der G-BA räumt dem Unternehmen im Rahmen der Einstiegsphase in das Verfahren der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln die Möglichkeit ein, ein Jahr nach Veröffentlichung des Beschlusses ein überarbeitetes Dossier vorzulegen und damit eine erneute Nutzenbewertung des Wirkstoffs zu veranlassen.

Medikamente, bei denen der G-BA zumindest für einzelne Patientengruppen einen Zusatznutzen erkennt

Arzneimittel	Wirkstoff	Therapeutisches Gebiet	Ergebnis
Victrelis®	Boceprevir	Chronische Hepatitis C	a) In Kombination mit PegInterferon + Ribavirin gegenüber PegInterferon + Ribavirin bei therapie-naiven Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV) Infektion (Genotyp 1) Hinweis auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen b) In Kombination mit PegInterferon + Ribavirin gegenüber PegInterferon + Ribavirin therapieerfahrene Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV) Infektion (Genotyp 1) Hinweis auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen
Incivo®	Telaprevir	Chronische Hepatitis C	a) In Kombination mit PegInterferon + Ribavirin gegenüber PegInterferon + Ribavirin bei therapie-naiven Patienten mit chronischer Hepatitis-C-Virus (cHCV) Infektion (Genotyp 1) Hinweis auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen b) In Kombination mit PegInterferon + Ribavirin gegenüber PegInterferon + Ribavirin bei therapieerfahrenen Patienten mit chronischer HCV-Infektion (Genotyp 1) Hinweis auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen
Esbriet®	Pirfenidon	idiopathische pulmonale Fibrose	Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen Pirfenidon ist zugelassen als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drug). In solchen Fällen gilt der medizinische Zusatznutzen bereits durch die Zulassung als belegt (§ 35a Absatz 1 Satz 10 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt das Ausmaß des Zusatznutzens für die Anzahl der Patienten und Patientengruppen, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht.
Jevtana®	Cabazitaxel	Prostatakarzinom	a) Patienten mit hormonrefraktärem metastasiertem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr infrage kommt Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen gegenüber Best Supportive Care b) Patienten mit hormonrefraktärem metastasiertem Prostatakarzinom, die nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind, grundsätzlich aber noch für eine adäquate Docetaxel-haltige Chemotherapie infrage kommen Zusatznutzen nicht belegt gegenüber Docetaxel-Rethapie

Fortsetzung auf S. 20

Arzneimittel	Wirkstoff	Therapeutisches Gebiet	Ergebnis
Zytiga®	Abirateronacetat	Prostatakarzinom	a) Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr infrage kommt Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Best Supportive Care b) Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient sind, grundsätzlich aber noch für eine adäquate Docetaxel-haltige Chemotherapie infrage kommen Zusatznutzen nicht belegt gegenüber Docetaxel-Rethapie
Gilenya®	Fingolimod	Multiple Sklerose	a) Glatirameracetat bei Patienten mit hochaktiver schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS), die nicht auf einen vollständigen und angemessenen normalerweise mindestens ein Jahr andauernden Zyklus mit Beta-Interferonen (IFN-β 1a oder 1b) angesprochen haben Zusatznutzen gegenüber Glatirameracetat nicht belegt b) IFN-β (1a oder 1b) bei Patienten mit hochaktiver RRMS, die noch keine ausreichende Therapie mit IFN-β erhalten haben Zusatznutzen gegenüber IFN-β 1a nicht belegt c) IFN-β 1a bei Patienten mit einer rasch fortschreitenden schweren RRMS Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber IFN-β 1a Die Geltungsdauer des Beschlusses wurde aufgrund eines erhöhten Risikoprofils sowie des schwachen Nutzenbelegs auf drei Jahre befristet.

Sie finden die Beschlüsse im Volltext und weitere Informationen insbesondere zur zweckmäßigen Vergleichstherapie auf der Homepage des G-BA unter www.g-ba.de → *Informationsarchiv* → *Frühe Nutzenbewertung*.

Ansprechpartnerin: Abteilung Praxisberatung Barbara Spies, Tel. 22802-564



Foto: by-studio/fotolia.de

QEP-Einführungsseminar für Praxen

Am 11. und 12. Mai 2012 bietet die KV Hamburg erneut ein QEP-Einführungsseminar an. Es sind einige Restplätze frei. Wer bereits vor dem Jahr 2006 niedergelassen war und die Vorgaben der Qualitätsmanagement-Richtlinie eingehalten hat, verfügt seit Anfang des vergangenen Jahres über ein eingeführtes Qualitätsmanagement-System und entwickelt es nun kontinuierlich weiter. Das Seminar richtet sich an

Ärzte, die bisher noch nicht dazu gekommen sind, sich mit Qualitätsmanagement zu beschäftigen – oder die sich neu niedergelassen haben.

Das QEP-Einführungsseminar eignet sich sowohl für Praxisinhaber als auch für die Mitarbeiter. Nach einem bundesweit einheitlichen Curriculum werden die Teilnehmer dazu befähigt, das von den KVen speziell für niedergelassene Praxen entwickelte Qualitätsmanagement-System

QEP ohne externe Hilfe einzuführen. Das Seminar wird von KBV-lizenzierten Trainern durchgeführt.

Termin: Freitag, 11.5.2012 (15 bis 21 Uhr) / Samstag, 12.5.2012 (8.30 bis 16.30 Uhr)
Teilnahmegebühr: Erster Teilnehmer einer Praxis 220 Euro, jeder weitere 160 Euro (inkl. aller Unterlagen).
Ort: Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56
Fortbildungspunkte: 16

QEP-Hygiene-Seminar

Am 29. August 2012 findet wieder ein Hygiene-Seminar im Ärztehaus statt. Zwei vorherige Seminare zu diesem Thema, die um die Jahreswende stattfanden, waren innerhalb kürzester Zeit nach Bekanntgabe der Termine ausgebucht. Deshalb bietet die KV nun einen weiteren Termin an.

Das Seminar ist für Praxisinhaber und -mitarbeiter geeignet. Es werden unter anderem

Kenntnisse darüber vermittelt, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden, welche Aufgaben ein Hygienebeauftragter hat, wie die Praxis sich auf Begehungen von Behörde vorbereiten kann und welche Gesetze zu beachten sind.

Die Teilnehmer erhalten ein Zertifikat, welches auch als Qualitätsmanagement-Nachweis genutzt werden kann.

Termin: Mittwoch, 29.8.2012 (9.30 bis 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: 149 Euro inkl. Verpflegung
Ort: Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56
Fortbildungspunkte: 10

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

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

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

Tel: 040/202 299 222

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



Neue Workstation erleichtert die Qualitätsprüfung

■ Dank moderner technischer Ausstattung können die vorgeschriebenen Stichprobenprüfungen leichter und schneller durchgeführt werden als bisher.



Foto: Melanie Vollmert

Der Besprechungsraum im zweiten Stock der KV Hamburg wirkt auf den ersten Blick eher unspektakulär: ein großer Konferenztisch mit Stühlen, daneben ein Computerarbeitsplatz mit zwei hochformatigen Bildschirmen. Die große Leinwand, die sich im Kinoformat über fast die gesamte Raumbreite erstreckt, fällt erst auf den zweiten Blick auf. Doch sie ist ein besonderes Highlight der neuen Workstation der Abteilung Qualitätssicherung, an der verschiedene Kommissionen die vorgeschriebenen Stichprobenprüfungen bei einzelnen Vertragsärzten durchführen.

Innerhalb von drei Jahren wird jeder Vertragsarzt mit einer Genehmigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie mindestens einmal kontrolliert. Je nach Ab-

scheiden bei der letzten Kontrolle wird er dann nach zwölf bis 36 Monaten das nächste Mal aufgefordert, zwölf Fälle in der Geschäftsstelle der Qualitätssicherung einzureichen. Die Fachkommission überprüft die diagnostische Bildqualität und die rechtfertigende Indikation.

Früher fand die Kontrolle der diagnostischen Bildqualität anhand von Film-Folien-Systemen an einem Lichtkasten statt, um den sich bei einer Sitzung zwischen vier und sieben Personen drängten.

Dank des neuen Arbeitsplatzes gehören derartige Probleme der Vergangenheit an. Die Bilder können großformatig auf einer Leinwand betrachtet werden, und die technische Ausstattung ist von gleicher Qualität wie die in den radiologischen Praxen. Das ist insbesondere für die Beurteilung von Fällen in der Radiologie und in der Mammographie wichtig, wo der DICOM-Standard vorgeschrieben ist.

Die Workstation ist aber auch für Stichprobenprüfungen bei Arthroskopien und Sonographien im Einsatz, wo andere Bildformate eingereicht werden können. Nach und nach soll die Workstation dann für Stichprobenprüfungen in den übrigen relevanten Bereichen genutzt werden.

Weil die Workstation mit einer Datenbank und einem Befundungsprogramm ausgestattet ist, kann sie auch ohne Viewer alle DICOM-Daten darstellen – also neben den reinen Bilddaten auch die relevanten Patienten- und Expositionsdaten. Man kann sich wahlweise auf den Bildschirmen oder auf der Leinwand durch ganze Bildserien scrollen, die Bilder heranzoomen oder mit Messwerkzeugen arbeiten – genau wie in der Praxissoftware auch.

Die Workstation kann aber auch bei der Kontrolle der vorgeschriebenen Konstanzprüfungen für bildgebende Verfahren eingesetzt werden. Zudem ermöglicht sie die Durchführung von Kolloquien, die bei Genehmigungsanträgen für die Abrechnung radiologischer oder teilradiologischer Leistungen veranstaltet werden.

Fast 80 Prozent der Hamburger Praxen arbeiten bereits mit digitaler Technik. Um dem gesetzlichen Auftrag, Qualitätsprüfungen durchzuführen, gerecht zu werden, hat sich die KV Hamburg dieser Entwicklung angepasst.

Ansprechpartner:

Angela Scholz, Tel: 22802-451

Claudia Hinsch, Tel: 22802-893

Thomas Müller, Tel: 22802-552

aerztliche.stelle@kvhh.de

Gehen die Deutschen zu oft zum Arzt?

- Eine neue Studie gewährt einen Blick hinter die statistischen Mittelwerte. Dabei zeigt sich: Weder sind die Arztkontakte in Deutschland durchgängig überdurchschnittlich hoch, noch in der Sache unbegründet.

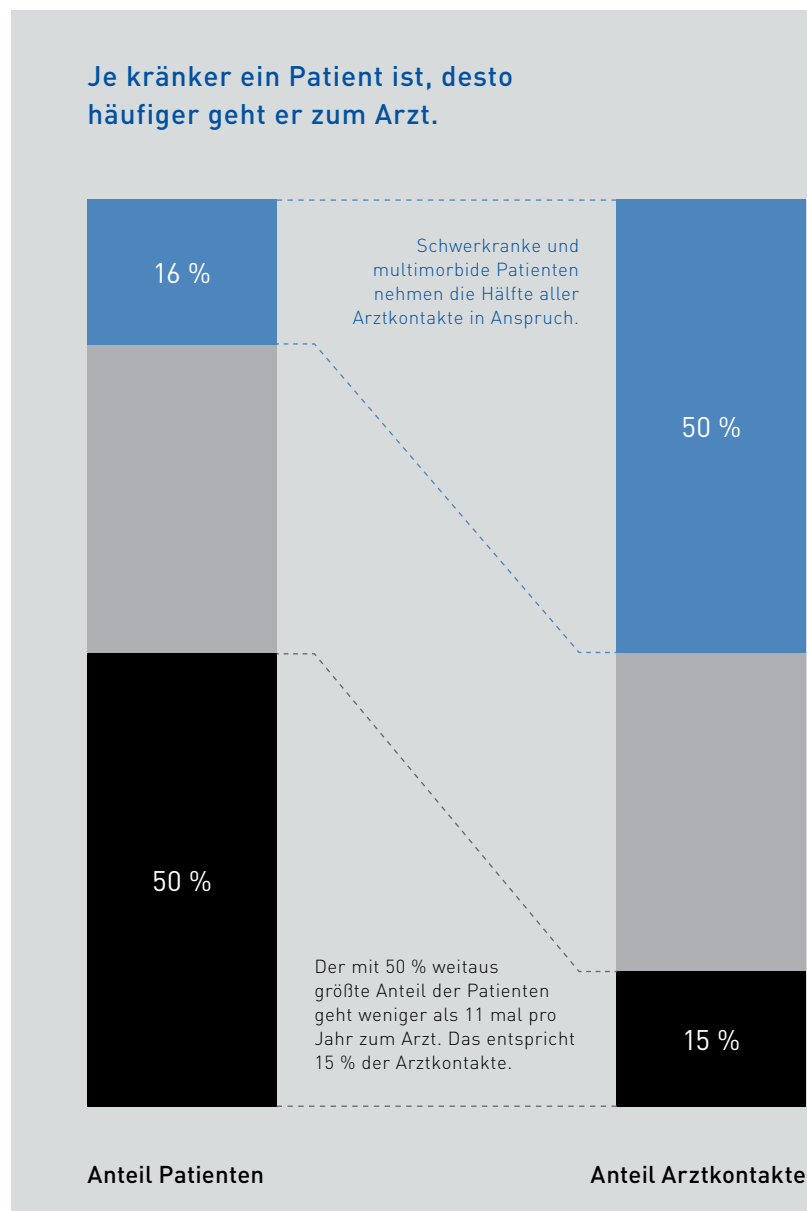
Die mittlere Anzahl der Arztkontakte pro Versichertem und Jahr ist ein zentraler Indikator für die Inanspruchnahme des ambulanten Versorgungsektors - und in Deutschland unter der Überschrift "Arztrennerei und Drehtüreffekt" ein klassisches Argument der Kritiker des Gesundheitswesens. Denn in der jährlichen Gesundheitsberichterstattung der OECD landet Deutschland mit seinen Kontaktzahlen regelmäßig auf den höheren Rängen.

Im Rahmen einer aktuellen Studie geht das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) der Frage nach den Ursachen der variierenden Inanspruchnahmestrukturen nach. Als Datenbasis dienen die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2007 – dem letzten Jahr, in dem die Vergütung nicht pauschaliert wurde und deshalb noch eine differenziertere Auswertung der Arzt-Patienten-Kontakte möglich war. Das ZI entschied sich dafür, alle Kontakte eines Patienten mit der Praxis zu erfassen, die sich in einer Abrechnung niederschlugen – also auch Anrufe beim Doktor und rein administrative Kontakte wie die Abholung eines Überweisungs-

scheins oder eines Rezeptes. Hätte man diese Kontakte, die streng genommen keine Fälle darstellen, herausgerechnet, wäre ein Absinken der durchschnittlichen Kontaktzahlen zu erwarten gewesen.

Mehrere Kontakte eines Patienten mit demselben Arzt an einem Tag wurden als ein Fall gewertet. Von der Betrachtung grundsätzlich ausgenommen

Fortsetzung auf S. 24 ■■■



Eigene Grafik. Quelle: Riens, B. u.a.: Arztkontakte im Jahr 2007. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2012.

wurden Labor- und pathologische Leistungen.

Zwar ergab auch die vorliegende Studie mit bundesweit im Schnitt 17 Arztkontakten je Versichertem und Jahr (Hamburg: 17,8) einen vergleichsweise hohen Wert, der auch im regionalen Vergleich der Bundesländer und KV-Regionen nur eine geringe Variation aufwies. Jedoch wird bei der differenzierten Betrachtung deutlich, dass dennoch eine bedeutende Ungleichverteilung vorliegt: Eine kleine Gruppe sehr intensiv versorgter Patienten dominiert das Bild: 16 Prozent der Patienten lösen die Hälfte aller erfassten Arztkontakte aus. Es handelt sich dabei überwiegend um ältere Patienten, die aufgrund ihrer chronischen oder schwer wiegenden Leiden eine intensivere Versorgung benötigen. Im Schnitt suchen diese Patienten 34 mal einen Arzt auf. Patienten mit Organtransplantation weisen mit 54 Kontakten im Jahr die höchste Zahl auf. Der mit 50 Prozent weitaus größte Anteil aller Patienten ging jedoch im Verlaufe des gesamten Jahres weniger als 11 mal zum Arzt. Der Durch-

schnitt wird damit durch einen kleinen Anteil von Hoch- und Höchst-Inanspruchnehmern ganz wesentlich geprägt.

Bei gesonderter Betrachtung der psychotherapeutischen Versorgung weisen die Großstädte und urbanen Gebiete erwartungsgemäß die höchsten Kontaktzahlen je Versichertem auf. Während der Bundesdurchschnitt bei 0,3 Kontakten je Versichertem und Jahr liegt, weist Hamburg ähnlich wie andere Großstadtregionen rund 0,45 Kontakte auf. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftspolitischen Diskussionen kann in diesem Fall die erhöhte Kontaktzahl als ein deutliches Zeichen von Qualität in der Versorgung ausgelegt werden: Die allorts steigende Anzahl von psychischen Erkrankungen kann in urbanen Bereichen bereits gut im ambulanten Bereich abgefangen und der kostenintensivere, stationäre Sektor entlastet werden. Den erhöhten Kontaktzahlen steht somit eine gehobene Versorgungsqualität und -intensität im ambulanten Bereich gegenüber, die es zu erhalten und in einzelnen Bereichen auszubauen gelten muss.

Dank der Studie des ZI gelingt erstmals ein Blick auf das durchaus differenzierte Inanspruchnahmeverhalten. Und es wird deutlich, dass die Kontaktzahlen nicht - wie es die verbreiteten Diskussionen gern nahelegen - flächendeckend und einheitlich gleich hoch sind. Vielmehr nimmt eine sehr kleine Gruppe von sehr kranken Patienten mit intensivem Versorgungsbedarf die Hälfte aller Arztkontakte in Anspruch. „Die bisherige Diskussion zur Häufigkeit der Arztkontakte in der vertragsärztlichen Versorgung wird stark durch den Mittelwert geprägt“, fasst Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des ZI, zusammen. „Die Analyse zeigt aber, dass dieser Mittelwert entscheidend durch eine kleine Patientengruppe mit besonderem Versorgungsbedarf beeinflusst wird. Eine isolierte Betrachtung des Mittelwertes führt somit zu einer Fehlinterpretation des Versorgungsgeschehens.“

Der vollständige Bericht des ZI im Internet: www.versorgungs-atlas.de

*Eva Schiffmann,
Fachberatung Morbidität und
Vergütung, Bereich Beratung
und Information*

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) ist ein gemeinsames Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Seit seiner Einrichtung im Jahr 1973 führt das ZI mit dem Ziel der Weiterentwicklung des Systems der ambulanten Versorgung im Auftrag der KVen wissenschaftliche Studien in den Bereichen Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung durch.

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



Foto: Barbara Klemm

Traumhaft

Das Telefon klingelt, ich hebe ab. Der Herr Gesundheitsminister ist dran, persönlich. „Herr Kolumnist“, sagt der Herr Gesundheitsminister, „jetzt lese ich schon über fünf Jahre lang Ihre Kolumnen. Da wollte ich Sie heute, in dieser besonderen Situation mal etwas fragen.“ Ich bin verblüfft: „Was ist so besonders an der Situation, Herr Gesundheitsminister?“ entgegne ich. „Ja, haben Sie denn nicht gehört, wir haben fast zwanzig Milliarden Euro zu viel, und jetzt streiten wir uns, was wir damit machen sollen. Sie sind doch Arzt, Sie kennen sich aus. Herr Kolumnist, was würden Sie raten?“

Sofort lege ich los: „Schaffen Sie endlich die unsägliche Praxisgebühr ab. Das ist doch keine Krankheitsgebühr, das ist eine Krankheitsgebühr. Und wenn Sie schon dabei sind, Herr Gesundheitsminister, bitte schaffen Sie doch gleich alle Zuzahlungen ab. Nutzen Sie die günstige Lage, schwenken Sie endlich um!“ – „Was heißt hier umschwenken?“ – „Ja, umschwenken, total umschwen-

ken, das heisst, dass Sie jetzt doch endlich aufhören könnten, die Kranken zu schröpfen, mit der Rezeptgebühr, mit der Zuzahlung für Hilfsmittel, für Physiotherapie, für jeden Tag Krankenhausaufenthalt. Umschwenken, das heisst, nicht mehr die Kranken zusätzlich zur Kasse zu bitten. Umschwenken, das heisst zurück zur Solidargemeinschaft, weg

Der Gesundheitsminister ist am Telefon und fragt: Herr Kolumnist, was würden Sie raten?

von der Schuldzuweisung.“ Am anderen Ende ist es ganz still, ich rede weiter wie ein Wasserfall: „Und wenn ich Sie schon mal am Apparat habe, Herr Gesundheitsminister, darf ich gleich noch zwei Bitten hinterherschicken: Das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge war ein großer Fehler, machen Sie das bitte wieder rückgängig. Und dann wären da noch die Privatversicherungen, die der Solidargemeinschaft viel Geld vorenthalten, schaffen Sie die doch auch gleich ab!“

Und als ich mich gerade artig bedanken will, dass der Herr

Gesundheitsminister überhaupt meinen Rat hören will, da klickt es, und die Leitung ist tot. Plötzlich klingelt es wieder. Es ist aber gar kein Telefon, es ist mein Wecker. Ich reibe mir die Augen: Alles war nur ein Traum. Ein schöner Traum. Schade!

Beim Frühstück lese ich dann in der Zeitung: „Bahr will die Praxisgebühr abschaffen.“

Also doch kein Traum? Aber dann weiter: Stattdessen überlege man, die Patienten an den

Krankheitskosten prozentual zu beteiligen. Doch kein Umschwung. Kein Traum, ein Albtraum.

chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de

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

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Heike Peper



Jahrgang: 1960

Fachrichtung: Psychologische Psychotherapeutin

Weitere Ämter: Mitglied im BFA Psychotherapie, Vorstandsmitglied der Psychotherapeutenkammer, Delegierte beim Deutschen Psychotherapeutentag, Landesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Hobbys: Theater, Kino, Konzerte – ab und zu gehe ich ins Fußballstadion. Ich bin gerne in der Natur unterwegs und freue mich, wenn ich Zeit finde, ein gutes Buch zu lesen.

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, ich bin sehr zufrieden mit meiner Berufswahl und erlebe meine psychotherapeutische Arbeit als erfüllend und sinnvoll. Die Rahmenbedingungen meiner Tätigkeit als „Leistungserbringerin im GKV-System“ empfinde ich allerdings oft als bürokratisch, einengend und behindernd. Ich würde mir beispielsweise eine Flexibilisierung der Psychotherapierichtlinien (erweiterte Kontingente für schwer kranke Menschen) und eine Erweiterung der Abrechnungsmöglichkeiten (zum Beispiel für das Angebot einer offenen Sprechstunde oder zur Akutbehandlung) wünschen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Reform der Bedarfsplanung: Die willkürlichen Verhältniszahlen für die psychotherapeutische Versorgung, die zu einer eklatanten Unterversorgung geführt haben, müssen geändert werden. Angesichts der steigenden Zahl psychischer Erkrankungen brauchen wir dringend mehr psychotherapeutische Behandlungskapazitäten.

Honorargerechtigkeit: Behandlergruppen, die überwiegend Zuwendungs- und Gesprächsleistungen erbringen, stehen am Ende der Einkommensskala. Diese Schieflage ist nicht länger hinnehmbar.

Reform der Psychotherapieausbildung: Der unhaltbare Zustand, dass die AusbildungskollegInnen keine oder nur eine sehr geringe Bezahlung während ihrer praktischen Tätigkeit in den Kliniken erhalten, muss dringend abgestellt werden.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Die zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens, mittlerweile auch gerne „Gesundheitsmarkt“ genannt, erfüllt mich mit großer Sorge. Der Kollektivvertrag stellt für mich immer noch die beste Möglichkeit dar, eine flächendeckende und bedarfsgerechte ambulante Gesundheitsversorgung sicher zu stellen. Selektivverträge unter Beteiligung der KV sollten als Experimentiermöglichkeiten genutzt werden, um neue Versorgungsformen zu erproben und diese gegebenenfalls in die Regelversorgung zu übernehmen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Es wäre schön, einmal ein längeres Gespräch mit der Gesundheitsministerin Frau Prüfer-Storcks zu führen und mit ihr über gesundheitspolitische Ziele für Hamburg zu diskutieren.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Einen langgehegten Wunsch habe ich mir in diesem Jahr gerade erfüllt: eine Reise nach Nepal.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 07.06.2012 (ab 20.00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

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

Fr 11.05.2012 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 12.05.2012 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

Nach fünf Jahren Anwendung in der Praxis wurde das QM-System QEP überarbeitet. Das Seminar soll einerseits Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr QEP auf die neue Version umzustellen.

Mi 19.09.2012 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 180,

jeder weitere € 130

inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen

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

5-teiliges Blockseminar 2012

Teil 1: Mi 15.08.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 12.09.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

QEP®-Datenschutz

Die Wahrung der Schweigepflicht und der Datenschutz haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. In diesem Seminar stehen folgende Themen im Mittelpunkt:

- gesetzliche Grundlagen
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- Datensicherung und Umgang mit Patientendaten
- Aufbewahrung
- Diskretion in der Arztpraxis

Mi 06.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Arbeitsschutz

In einer Arztpraxis muss das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz beachtet werden. In diesem Workshop lernen Sie den Umgang mit Gefahrstoffen, wie Sie Personal und Patienten vor Unfällen schützen können und wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird.

Mi 13.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP-Hygiene in der Arztpraxis

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

Mi 29.08.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 420
E-Mail: infocenter@kvvh.de

Wann sind wir für Sie da?

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



Foto: Felix Faller