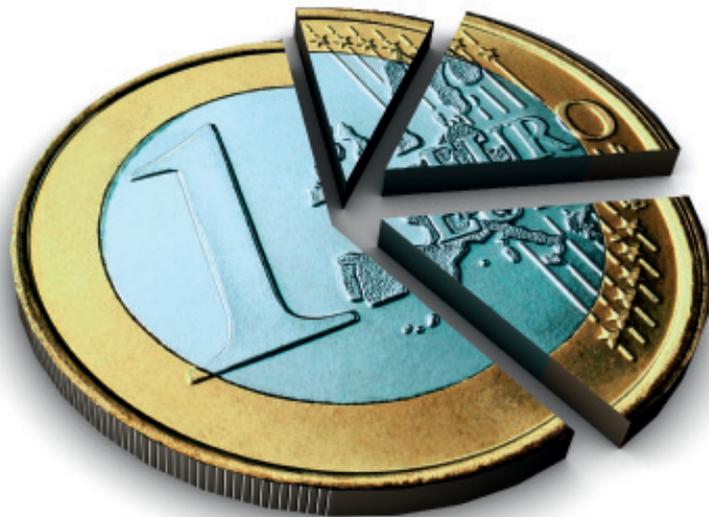


# KVH *journal*

## HONORARE

*Die wichtigsten Einflussfaktoren  
seit dem Jahr 2000*



---

### **PRAXISVERTRETUNG**

*Was tun bei Urlaub oder Krankheit?*

### **VERTRETERVERSAMMLUNG**

*Dr. Silke Lüder zur Vize-Vorsitzenden gewählt*

Das KVH-Journal enthält wichtige Informationen für den Praxisalltag.  
Bitte ermöglichen Sie auch Ihren nichtärztlichen Praxismitarbeitern Einblick  
in diese Ausgabe.

## IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit,  
Martin Niggeschmidt  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 3/2014 (1. März 2014)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

In diesem Heft wird es viel um das Honorar und um Ursachen für Honorarströme und Honorarentwicklungen gehen. Honorar ist ein wichtiges Thema. Zum Versorgungsauftrag, dem wir uns alle verschrieben haben, gehören aber weitere grundlegende Aspekte. Hier gibt es teils offensichtlich, teils im Hintergrund, sehr bedenkliche Entwicklungen.

So wird zum Beispiel ernsthaft über eine gesetzlich geregelte Terminfrist nachgedacht. Abseits jeglicher Realisierbarkeit und ohne einen sinnvollen medizinischen Grund, soll etwas geregelt werden, was in der deutschen Versorgungsrealität (gerade auch im Vergleich mit anderen Ländern) allenfalls ein marginales Problem ist.

In der Bedarfsplanung sind wir in Hamburg in einem hoffentlich konstruktiven Dialog zu diesem Thema, aber auch hier gab es schon klare Signale aus der Politik, dass planwirtschaftliche Eingriffe als Lösungskonzept nicht ausgeschlossen werden können.

Diese Bestrebungen gefährden die Freiberuflichkeit und damit die Grundfesten unserer hervorragenden ambulanten medizinischen Versorgung mehr als alle Honorarprobleme. Hier sollten wir aufmerksam sein und Lösungen vorschlagen, die diese Versorgung zum Wohle der Menschen in Deutschland weiter möglich macht. Ein angemessenes Honorar ist dabei eine selbstverständliche Forderung.

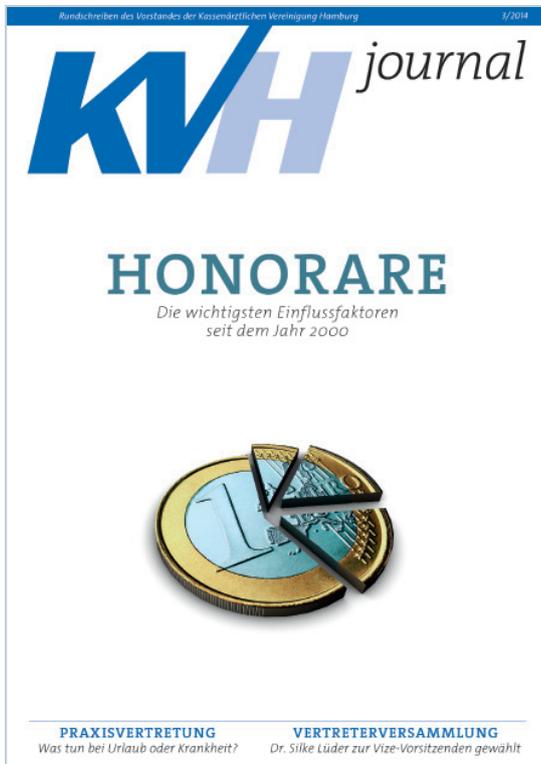
**Ihr Dr. Stephan Hofmeister,**  
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

---

### KONTAKT

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

**Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**SCHWERPUNKT**

- o6\_Nachgefragt: Welchen Schwerpunkt sollte die KV bei den Honorarverhandlungen 2015 setzen?
- o8\_Honorarentwicklung: Angemessene Zuwächse gab es nur im extrabudgetären Bereich
- 12\_Die Honorarstrategie des Hamburger KV-Vorstandes

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 14\_Fragen und Antworten
- 16\_Praxisvertretung: Was tun bei Urlaub oder Krankheit?
- 17\_Häusliche Krankenpflege: Wer ist für die Beschaffung von Blutzucker-teststreifen zuständig?
- 18\_Arbeitsunfähigkeit bei arbeitslosen Schwangeren

**WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE**

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zum **Honorar** und zur **Abrechnung**, zur **Pharmakotherapie** und zur **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. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



## QUALITÄT

- 18\_** QM-Seminar: Wo steht unsere Praxis?  
Neu zertifizierte und rezertifizierte Praxen

## ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 19\_** Off-Label: Liste der verordnungsfähigen Wirkstoffe wurde erweitert

## ABRECHNUNG

- 20\_** Sammelerklärung kann am Computer ausgefüllt werden

## KV INTERN

- 21\_** Dr. Stephan Hofmeister als stellvertretender KV-Vorsitzender im Amt  
Dr. Silke Lüder ist neue stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung
- 22\_** Nachruf:  
Zum Tod von Dr. Elmar Schäfer

## RUBRIKEN

- 02\_** Impressum  
**03\_** Editorial

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 20\_** Bekanntmachungen im Internet

## KOLUMNE

- 25\_** Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

## KV INTERN

- 23\_** Leserbrief  
**26\_** Für Sie in der Selbstverwaltung:  
Dr. Beatriz Helena Cañas de Sandberger  
**27\_** Terminkalender

## BILDNACHWEIS

Titelbild: k-xperience/Fotolia  
Seite 3,6 und 7: Michael Zapf; Seite 15: Felix Faller/Alinea; Seite 16: Alex Kalmbach/Fotolia; Seite 17: juanvelasco/Fotolia; Seite 19: Fotografci/Fotolia; Seite 21 re: Melanie Vollmert; Seite 22: Schäfer/BNC; Seite 25: Barbara Klemm; Seite 28: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockphoto, Fotolia

## Welchen Schwerpunkt sollte die KV bei den Honorarverhandlungen 2015 setzen?

Wir haben die Sprecher der beratenden Fachausschüsse um eine Stellungnahme gebeten.



**Dr. Eckhard von Bock und Polach,**  
Sprecher des beratenden  
Fachausschusses  
Fachärztliche Versorgung

## Weniger Budgetierung, mehr Einzelleistungsvergütung

Unser Ziel ist, weg von der Budgetierung wieder zur Einzelleistungsvergütung zu kommen. Seit Jahren versucht die KV in Verhandlungen mit den Kassen, diesem Ziel näher zu kommen. **Die Budgetierung hat zur Folge, dass wir den Wünschen der Patienten nach medizinische Leistungen nur kontingentiert Folge leisten können.** Denn für Leistungen, die über unser Budget hinausgehen, bekommen wir nur noch ein reduziertes Honorar – das ist ökonomisch nicht sinnvoll. Vor allem in einem Stadtstaat wie Hamburg ist die Anspruchshaltung der Patienten gestiegen. Verständlicherweise möchte jeder Patient am medizinischen Fortschritt teilhaben und möglichst schnell einen Termin bei einem Hausarzt oder Facharzt bekommen. In Zeiten von Budgetierung im ambulanten Bereich ist dieser Anspruch nur zu Lasten der Ärzte zu erreichen, denn die zusätzliche Arbeit wird nicht kostendeckend bezahlt. Es müsste also mehr Geld in das System kommen. ■



**Volker Lambert,**  
Sprecher des beratenden  
Fachausschusses  
Hausärztliche Versorgung

## Asymmetrische Verteilung der Zuwächse

Generell sollten in den kommenden Honorarverhandlungen alle rechtlich möglichen Spielräume genutzt werden, um **diejenigen Fachgruppen zu fördern, die im bundesweiten Vergleich unterdurchschnittliche Fallwerte (und Praxisumsätze) aufweisen. Das betrifft vor allem die Hausärzte**, aber auch grundversorgende Urologen und Orthopäden. Die voraussichtlichen Zuwächse sollten also „asymmetrisch“ verteilt werden, um die Honorar-Schere nicht noch weiter zu öffnen. Darüber hinaus sollten Haus- und Heimbefuche extrabudgetär bleiben und die Fahrtkosten natürlich extrabudgetär werden – in den anderen Disziplinen werden die Kosten (Dialyse, Katheterkosten in der invasiven Kardiologie) ja auch nicht budgetär begrenzt. Meine Anregungen und Wünsche können aber erst dann vollständig sein, wenn ich die Auswirkungen der hausärztlichen EBM-Reform erfahre. ■



**Hanna Guskowski,**  
Sprecherin des beratenden  
Fachausschusses Psychotherapie

## Bessere Bewertung genehmigungs- pflichtiger Leistungen

Die Weiterentwicklung des EBM und die damit verbundene Neukalkulation der psychotherapeutischen Honorare wird voraussichtlich auch in 2015 noch Thema sein. Ich wünsche mir für 2015, dass der Vorstand der KV Hamburg sich auf KBV-Ebene dafür einsetzt, dass unsere genehmigungspflichtigen Leistungen besser bewertet werden. **Ziel ist eine Vergleichbarkeit der durchschnittlichen Erträge der Psychotherapeuten mit den durchschnittlichen Erträgen der Fachärzte.** Die Möglichkeiten für freie Sprechstunden, ein akutpsychotherapeutisches Angebot sowie bessere Bedingungen für die langfristige Stützung von chronisch psychisch Kranken müssen dringend geschaffen werden. Auch diese Forderungen sollten vom Vorstand der KV unterstützt werden und mit den Krankenkassen in Hamburg als Modellprojekt verhandelt werden. Auf Hamburger Ebene ist ansonsten die extrabudgetäre Vergütung auch unserer nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen unser zentrales Anliegen. ■

# Das Elend des Budgets

Eine Analyse der Honorarentwicklung zeigt: Angemessene Zuwächse gab es in den vergangenen Jahren nur im extrabudgetären Bereich. Davon profitieren konnten beileibe nicht alle Ärzte.



Über Verteilungsmechanismen und Verteilungsgerechtigkeit wurde in den vergangenen Wochen heftig gestritten. Die wichtigsten Fragen, die in diesem Zusammenhang an die KV herangetragen wurden, versuchen wir im Folgenden zu beantworten. Im Mittelpunkt des Interesses stand die Honorarsituation der Grundversorger, die Honorarentwicklung verschiedener Ärzteguppen und die Ziele, die bei den kommenden Honorarverhandlungen verfolgt werden sollen.

## WARUM VERDIENEN HAUSÄRZTE IN HAMBURG WENIGER ALS IN MECKLENBURG-VORPOMMERN?

Beim KV-Honorarumsatz je Hausarzt stehen die KV-Regionen Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern jeweils an den entgegengesetzten Enden der Skala: Setzte ein Hamburger Hausarzt im Jahr 2012 durchschnittlich 164.000 Euro um,

nahm sein Kollege in Mecklenburg-Vorpommern im selben Zeitraum 239.000 Euro ein (KBV-Honorarbericht 2012). Wie kommt es zu dieser Diskrepanz? Mehrere Faktoren spielen dabei eine Rolle.

In Mecklenburg-Vorpommern fehlten zum Ende des Jahres 2012 nach Angaben des dortigen Hausärzterverbandes 190 Hausärzte. Besonders schwerwiegend sei der Hausärztemangel in den Regionen Woldegk, Schwaan und Crivitz (*Deutsches Ärzteblatt*, 3.12.2013).

In der Metropole Hamburg hingegen bleiben Hausarztsitze nicht lange frei. Es gibt einen Versorgungsgrad von 118 Prozent, die Hausarzt-dichte ist – gemessen an den Zahlen der Bedarfsplanung – hoch. Das ist einer der Gründe, warum es in Hamburg viele Hausärzte mit niedrigen Fallzahlen gibt. Im Jahr 2012 hatte ein Hamburger Hausarzt pro Quartal durchschnittlich 20 Prozent weniger Behandlungsfälle als ein Hausarzt in Mecklenburg-Vorpommern (KBV-Honorarbericht 2012). Erstaunlich

ist das nicht: Ein Landarzt muss in der Regel mehr Patienten versorgen als ein Hausarzt in einem großstädtischen Ballungsraum. Das wirkt sich auf den durchschnittlichen KV-Honorarumsatz je Hausarzt aus.

Hinzu kommt, dass Landärzte normalerweise eine große medizinische Bandbreite abdecken müssen. Leistungen wie Hausgeburten, kleine Chirurgie oder Langzeit-EKG, die eine Landarztpraxis anbietet, werden in der Großstadt oftmals von Spezialisten übernommen.

Außerdem gibt es in allen Flächen-KVen noch Hausärzte, die KO-Leistungen (also fachärztliche Leistungen wie Herzecho, Gastroskopie, Röntgen) abrechnen dürfen, weil es in der Gegend, in der sie praktizieren, zu wenige Fachärzte gibt. Das sind Umsätze, die den hausärztlichen Fallwert in KVen mit vielen ländlichen Gebieten ansteigen lassen. Auf diesen Aspekt hatte Dr. Andreas Bollkämper in der KV-Vertreterversammlung am 15. Januar 2014 aufmerksam gemacht, als er von der

„niedrigeren Versorgungstiefe“ der Hausärzte in Hamburg sprach.

Die Honorareffekte, die durch die geringere Hausarztdichte und die größere Bandbreite abgerechneter Leistungen entstehen, werden in Ostdeutschland noch verstärkt durch eine bessere Auszahlungsquote. Im Zuge der Honorarreform 2009 gab es eine asymmetrische Verteilung von den westlichen in die östlichen KVen – letztere erhielten überdurchschnittlich viel Geld, sicherlich auch mit dem Hintergedanken, die vom Arztmangel stärker bedrohten Regionen für Niederlassungswillige finanziell attraktiver zu machen. Hamburg ist bei dieser Umverteilung besonders schlecht weggekommen. Die Ost-KVen hingegen bekamen so viel Geld, dass sie jetzt alle hausärztlichen Forderungen zu 100 Prozent bedienen können. Davon ist Hamburg mit einer Auszahlungsquote von 82 Prozent weit entfernt (KBV-Honorarbericht).

Mehr Fälle, eine größere Bandbreite an Leistungen und eine hohe Auszahlungsquote – diese Formel erklärt, warum der Umsatz pro Hausarzt in Mecklenburg-Vorpommern so viel höher ist als in Hamburg.

Dass Großstädte für niederlassungswillige Hausärzte dennoch attraktiv bleiben, hat auch mit den Präferenzen der jüngeren Generation zu tun. Umfragen unter angehenden Hausärzten zufolge spielt das voraussichtlich zu erzielende Einkommen bei der Wahl des Praxistandortes durchaus eine große Rolle. Beinahe ebenso wichtig aber sind die Rahmenbedingungen für die Familie: Junge Ärzte legen Wert darauf, dass auch das Privatleben zu seinem Recht kommt (was in einer großstädtischen Gemeinschaftspraxis oftmals



Diese Formel erklärt, warum ein Landaarzt in Ostdeutschland höhere Umsätze hat als ein Hausarzt in Hamburg.

besser gelingt als in einer typischen Landpraxis), dass es am Niederlassungsort ein gutes Schul- und Betreuungsangebot für Kinder gibt und dass auch der Lebenspartner gute Bedingungen für seine berufliche Entwicklung vorfindet. (C. Roick et al: "Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig?" In: Gesundheitswesen 74 (1): 12-20). „Der Hausarztmangel auf dem Land ist ein strukturpolitisches Problem und auch nur mit Mitteln der Strukturpolitik zu lösen“, bilanziert Ärztekammerpräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery.

Gegenüber Metropolen wie München oder Stuttgart hat Hamburg allerdings einen Nachteil: Es handelt sich um einen Stadtstaat.

Ob ein Hausarzt in München Patienten aus dem Stadtgebiet oder aus dem Umland behandelt, spielt keine Rolle. Bezahlt wird die Behandlung in beiden Fällen über dieselbe KV.

Der niedrige Fallwert eines Hausarztes in München wird angehoben, weil der Hausarzt im bayerischen Wald einen viel höheren Fallwert hat. Das nützt dem Münchner Hausarzt, weil die Honorarverteilungssystematik im RLV-System mit landesweiten Durchschnitten arbeitet: Er bekommt ein höheres Hono-

rarvolumen zugewiesen, das er abholen kann. Hamburg kann dagegen die spezielle Versorgungssituation der Großstadt nicht durch umliegende Flächen kompensieren.

In Flächen-KVen gleicht die höhere Anforderung der Hausärzte in den ländlichen Gebieten die niedrigere Anforderung („Versorgungstiefe“) in den Metropolen aus. Das ist im Stadtstaat Hamburg nicht möglich. Müssten die Münchener oder Kölner oder Frankfurter Ärzte ebenfalls aus einem „Stadt-Säckel“ honoriert werden, lägen ihre Fallwerte auf der Höhe der Hamburger Werte.

### WARUM SIND DIE FACHARZT-UMSÄTZE IN HAMBURG SO VIEL STÄRKER GESTIEGEN ALS DIE HAUSARZT-UMSÄTZE?

Die Gesamtumsätze des fachärztlichen und des hausärztlichen Versorgungsbereichs haben sich seit der Jahrtausendwende deutlich auseinanderentwickelt. Die Honorarkurve der Fachärzte hatte bis zum Jahr 2009 eine steile Aufwärtsbewegung zu verzeichnen, während der Gesamtumsatz der Hausärzte nur geringfügig anstieg (siehe Grafik Seite 10).

Eine genauere Betrachtung zeigt: Die Honorarzuwächse für den fachärztlichen Bereich sind zu einem großen Teil auf extrabudgetäre Umsätze zurückzuführen. Leistungen, die neu in die Gebührenordnung kommen, werden normalerweise extrabudgetär bezahlt. Auch die Verlagerung ehemaliger Krankenhausleistungen in die ambulante Versorgung spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. Die Krankenkassen hatten großes Interesse an dieser Entwicklung und waren bereit, viele dieser Leistungen

extrabudgetär zu bezahlen. Der größte Brocken: Ambulante Operationen wanderten zu großen Teilen in den ambulanten Bereich. Eine noch weitergehende Entwicklung gab es in der Strahlentherapie, die mittlerweile fast vollständig ambulant erledigt wird. Keine Hamburger Klinik hat noch eine Strahlentherapie-Abteilung – in keiner anderen KV ist dies eine rein ambulante Leistung. Und die Strahlentherapie ist nur pars pro toto: In der Hansestadt werden viele schwer kranke Patienten ambulant behandelt – die niedergelassenen Ärzte

haben weitgehend übernommen, was anderswo noch als „Grund- und Regelversorgung“ stationär erbracht wird.

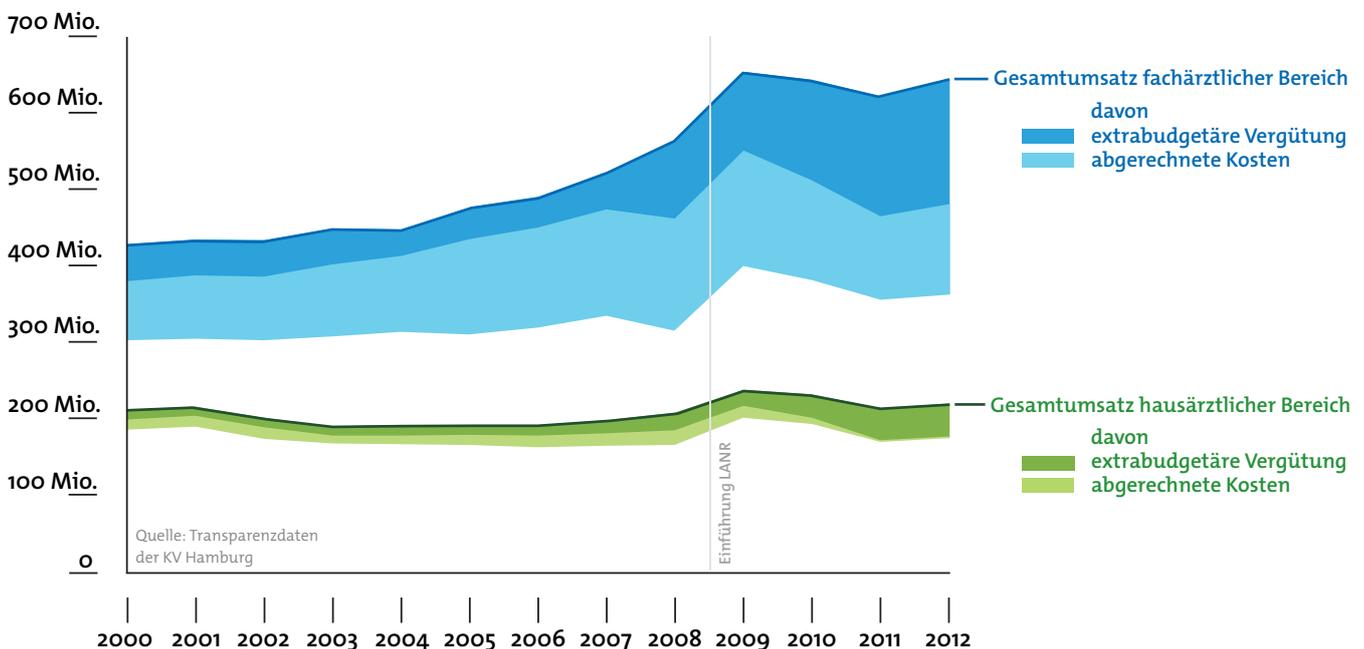
Hamburg ist eine Medizinmetropole mit vielen hochspezialisierten Praxen, die teilweise Patienten aus ganz Norddeutschland behandeln. Wo sonst sollte sich diese Art der Medizin ansiedeln und weiterentwickeln – wenn nicht in gut erreichbaren Ballungsräumen? Einzelne Facharztgruppen haben Fallwerte, die weit über dem Bundesdurchschnitt liegen. Der Fallwert der Hambur-

ger Kardiologen beispielsweise betrug 99,33 Euro im vierten Quartal 2012. Im Bundesdurchschnitt betrug der Fallwert dieser Fachgruppe nur 76,39 Euro (KBV-Honorarbericht 2012). Der Grund dafür ist einfach: Der Anteil der invasiv tätigen Ärzte dieser Fachrichtung ist in Hamburg sehr viel größer als im Bundesdurchschnitt. Im Saarland beispielsweise gibt es nur einen einzigen invasiv tätigen Kardiologen. Fast alle Herzkatheeter werden dort in Kliniken gelegt.

Die invasiv tätigen Kardiologen haben hohe Kosten, die in den Fall-

## Umsätze im Vergleich

Honorarentwicklung der Hamburger Vertragsärzte im Zeitverlauf



Der Anstieg des Gesamtumsatzes im fachärztlichen Bereich ist vor allem auf Zuwächse der extrabudgetären Vergütung und der abgerechneten Kosten zurückzuführen.

- Vom Zuwachs der extrabudgetären Vergütung haben nicht „die Fachärzte“ insgesamt profitiert – sondern vor allem jene Ärzte, die schwerpunktmäßig extrabudgetär bezahlte Leistungen erbringen. Fachärztliche und hausärztliche Grundversorger sitzen auf den unterfinanzierten Budget-Leistungen fest.
- Die abgerechneten Kosten (inklusive Labor) haben im fachärztlichen Bereich stark zugenommen. Entsprechend ist der fachärztliche Umsatz gestiegen. Zu den Gewinnen trägt dieser Teil des Umsatzes nichts bei.

Anmerkung: Bis einschließlich 2008 wurden den Bereichen komplette Praxen zugeordnet, seit Einführung der lebenslangen Arztnummer (LANR) wurden die Umsätze der Gruppen arztweise ermittelt. Die beiden Teile der Grafik sind deshalb nur bedingt miteinander vergleichbar. Zum in der Grafik dargestellten hausärztlichen Bereich gehören Haus- und Kinderärzte. Der fachärztliche Bereich umfasst auch die Psychotherapeuten.

## KV-Handeln unter der Lupe

wert einfließen. Diese Kosten bekommen sie ersetzt, doch kein Cent davon bleibt als Gewinn in der Praxis. Es sind durchlaufende Posten. Dass Praxen mit hohen Kosten (wie auch Radiologie, Nephrologie oder Onkologie) auch hohe Fallwerte haben, liegt also in der Natur der Sache. Über die Gewinne sagt die Höhe der Fallwerte nichts aus.

Die Fallwerte der Arztgruppen bilden lediglich den Durchschnitt ab. Innerhalb der Facharztgruppen gibt es indes große Unterschiede, je nachdem, wie stark die einzelnen Ärzte Zugriff auf extrabudgetäres Honorar haben: Operierende Orthopäden machen mehr Umsatz als ihre schwerpunktmäßig konservativ arbeitenden Fachkollegen. Ähnliche Spreizungen gibt es zwischen operierenden und konservativ arbeitenden Augenärzten und HNO-Ärzten.

Vom extrabudgetären Honorar für ehemalige Krankenhausleistungen und für Innovationen profitieren nur jene Praxen, die diese Leistungen auch erbringen. Genau genommen haben sich also nicht die Honorare der Haus- und Fachärzte auseinanderentwickelt, sondern die der haus- und fachärztlichen Basisversorger einerseits und die hochspezialisierten Fachärzte andererseits.

Was die Abkoppelung von der im extrabudgetären Honorarbereich entstandenen Dynamik angeht, sind die fachärztlichen Grundversorger in einer ähnlichen Situation wie die hausärztlichen Grundversorger.

Im Zeitverlauf seit Mitte der 1990er Jahre gibt es allerdings einen Einflussfaktor, der die hausärztliche Honorarsituation zusätzlich belastet hat. Um eine Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütungsanteile vollziehen zu können, wurde

Gerade im Bereich der Honorarverteilung wird der KV Hamburg akribisch auf die Finger geschaut. So wurde auf Initiative der Vertreterversammlung im Jahr 2001 durch externe Wirtschaftsprüfer kontrolliert, ob sich die KV Hamburg an die Vorgaben der Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil gehalten hat. Der KV wurde bescheinigt, alle Vorgaben korrekt umgesetzt zu haben. Eine weitere externe Prüfung gab es zur Umstellung der Honorarvorgaben 2009. Auch dieser Prüfbericht bescheinigte der KV korrektes

Vorgehen. Am 15. Januar 2014 beschloss die Vertreterversammlung einstimmig eine weitere externe Überprüfung aller Honorarbeschlüsse zur Trennung – mit Ausnahme jener Tatbestände, die bereits früher von externer Seite untersucht worden waren.

Die KV muss sich aber auch auf anderer Ebene rechtfertigen: In einer Unzahl von Widersprüchen und Klagverfahren greifen Ärzte und ihre Anwälte die Honorarverteilung an - mit geringem Erfolg: Lediglich fünf Prozent aller Widersprüche werden stattgegeben.

den Internisten durch das Gesundheitsstrukturgesetz eine Wahlentscheidung für die hausärztliche oder die fachärztliche Versorgung abverlangt. Viele Internisten wählten den fachärztlichen Bereich – und nahmen, den Trennungsvorgaben entsprechend, ihr Honorar mit. Auch Allgemeinmediziner und praktische Ärzte mit einem spezialisierten Behandlungsschwerpunkt wechselten die Seiten. Insgesamt wurden seit dem Jahr 2000 zwischen 10 und 15 Prozent des hausärztlichen Umsatzes in den fachärztlichen Bereich transferiert. Die dadurch frei gewordenen Sitze mussten nachbesetzt werden. Einen finanziellen Ausgleich durch die Krankenkassen sahen die KBV-Regelungen aber nicht vor. Damit musste die gleiche Zahl von Ärzten aus einem niedrigeren Budget bezahlt werden, was den Budgetanteil für den einzelnen Hausarzt zwangsläufig verringerte.

Diese „Wechslerproblematik“ gab es in allen KVen. Doch in Hamburg war der Anteil der Wechsler besonders hoch, und nirgendwo anders war das Loch, das in den hausärztlichen Honoraranteil ge-

rissen wurde, so groß wie hier. Und während die Hausarztsitze in den Flächen-KVen nicht so schnell (oder gar nicht mehr) nachbesetzt werden konnten, wurden die Hausarztsitze in Hamburg beinahe über Nacht wieder aufgefüllt. Das hatte dramatische Auswirkungen auf die Umsätze pro Hausarzt, die bis heute nachwirken.

### WARUM IST DER BUNDESHAUSÄRZTEVERBAND AN DER HAMBURGER SITUATION NICHT GANZ UNSCHULDIG?

Die Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütungsbereiche im Budget ist maßgeblich vom Hausärzteverband unter der damaligen Leitung von Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow betrieben worden. Daraus erwuchs zwangsläufig der Druck für Internisten, sich für die haus- oder fachärztliche Tätigkeit zu entscheiden.

In einer Großstadt wie Hamburg mussten die meisten Betroffenen hierüber nicht lange nachdenken. Wären die Regelungen flexibler gestaltet worden (was politisch nicht

durchzusetzen war), hätte der Effekt zumindest abgemildert werden können.

In jüngerer Zeit gibt es zwei weitere vom Hausärzteverband auf Bundesebene angestoßene Änderungen der Honorarbedingungen, die den Hausärzten in Hamburg geschadet haben und die der Hamburger KV-Vorstand von Anfang an ebenso vehement wie erfolglos bekämpft hat.

Erstens: Seit 2008 werden die Leistungen der hausärztlichen Versorgung im EBM im Wesentlichen durch Pauschalen abgebildet – so wollten es die hausärztlichen Vertreter in der KBV und auch der dahinter stehende Hausärzteverband. Die Folge war, dass Entwicklungen der Leistungsabforderungen durch Versicherte im hausärztlichen Versorgungsbereich kaum mehr abgebildet wurden und somit auch keine Berücksichtigung beim nun für die Gesamtvergütung maßgeblichen Behandlungsbedarf fanden. In den Honorarverhandlungen konnten die ärztlichen Vertreter nicht mehr nachweisen, was die Hausärzte tat-

sächlich geleistet und welche Leistungszuwächse es eventuell gegeben hatte. All diese Informationen versanken in den Pauschalen. Die Auswirkungen der Pauschalierung auf den hausärztlichen Honorarbereich lassen sich nicht beziffern – schlagen aber vermutlich in Hamburg negativ zu Buche.

Zweitens: Was die Hamburger Hausärzte nachweislich Honorar gekostet hat, war die Umstellung des Fremdkassenzahlungsausgleichs (FKZ) im Jahr 2012. Bis dahin waren die Gelder aus dem FKZ in die Gesamtvergütung eingeflossen. Die Gesamtvergütung wird in Hamburg entsprechend der Trennungsvorgaben zu rund 65 Prozent auf die Fachärzte und zu rund 35 Prozent auf die Hausärzte verteilt. Von hundert Euro aus dem FKZ bekamen dementsprechend 65 Euro die Fachärzte und 35 Euro die Hausärzte.

Auf Betreiben des Bundes-Hausärzteverbandes wurde die Richtlinie dahingehend geändert, dass die KVen nun prüfen müssen: Zu welchen Teilen wurden die 100 Euro von

Haus- und Fachärzten angefordert? Erbracht werden die FKZ-Leistungen in Hamburg aber zu 95 Prozent von Fachärzten. Seither bekommen die Fachärzte von 100 Euro aus dem FKZ 95 Euro und die Hausärzte nur noch fünf Euro.

In keiner anderen KV werden so viele Patienten aus Nachbar-KVen versorgt, keine andere KV war so stark betroffen. Allein durch diese Regelung fehlen dem hausärztlichen Honorarbereich in Hamburg etwa neun Millionen Euro pro Quartal.

In den ländlich geprägten Flächen-KVen, in denen es weniger Fachärzte gibt, haben die Hausärzte von der Neureglung profitiert, und da diese eine Mehrheit in den KBV-Gremien stellen, ging die Änderung problemlos durch. Dass die Regelung dagegen den Großstadt-Hausärzten massiv schaden würde, hat der Vorstand der KV Hamburg in Berlin immer wieder vorgebracht – doch das wurde von den Hausärzte-Vertretern auf Bundesebene achselzuckend in Kauf genommen. Es gab noch nicht einmal eine Übergangsregelung.

## Der lange Marsch zur angemessenen Vergütung

**D**ieses *KV-Journal* versucht, die wesentlichen Trends der Honorarentwicklung in den vergangenen gut zehn Jahren in verständlichen Worten darzustellen. Diese Bestandsaufnahme und Analyse der Zahlen und ihrer Herkunft ist wichtig und trägt hoffentlich zur Versachlichung der Diskussion bei.

Die Analyse zeigt sehr klar, dass die besondere Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hamburg und die daraus resultierende besondere Praxisstruktur auch besondere, auf Hamburg zugeschnittene Lösungen erfordert. Immer, wenn bundesweite Regelungen dekretiert wurden, gereichte dies

den Ärztinnen und Ärzten in Hamburg zum Nachteil: Die strikte Trennung der Vergütungsanteile oder die deletären Folgen von bundesweiter Honorarverhandlung und -verteilung samt asymmetrischer Komponente haben Hamburg massiv geschadet.

Nun haben wir glücklicherweise durch das „Versorgungsstrukturgesetz“ des ehemaligen Gesundheitsministers Daniel Bahr wieder einen Teil unserer regionalen Kompetenz zurück erhalten und konnten erste Erfolge verbuchen: Die Kassen zahlen nun einen „Hamburg-Aufschlag“ auf den Preis aller ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen

## WELCHE HANDLUNGS- MÖGLICHKEITEN HAT DIE KV? WARUM WERDEN NICHT EINFACH GELDER VOM FACHARZT- IN DEN HAUSARZT-TOPF VERSCHOBEN?

Zwischen dem haus- und fachärztlichen Honorarbereich einfach Geld hin- und herschieben kann die KV nicht. Die KV hat einen engen, gesetzlich genau festgelegten Handlungsspielraum – und gerade bei der Trennung hausärztlicher und fachärztlicher Honorare ist dieser auf Null geschrumpft. In einem vorerst letzten Schritt hat der Gesetzgeber der KBV und den KVen aufgegeben, eine endgültige Trennung des Haus- und Facharzt-Honorars umzusetzen. Bisher musste die KV die Anteile nach einer von der Bundesebene genau vorgegebenen Formel in jedem Quartal neu berechnen. Nun wird der Anteil fixiert, und es entsteht ein festgelegter hausärztlicher und fachärztlicher „Grundbetrag“ pro Versichertem. Die

Trennung wird also von der Ebene der Honorarverteilung auf die Ebene der Honorarzahmung durch die Kassen verlagert. Diese beiden Grundbeträge könnte die KV mit unterschiedlichen Steigerungssätzen weiterentwickeln.

Auch dies ist aber nur in einem engen, ebenfalls gesetzlich vorgegebenen Rahmen möglich.

Man müsste beispielsweise nachweisen, dass die Kostenentwicklung im hausärztlichen Bereich anders verlaufen ist als im fachärztlichen Bereich. Oder dass die Erbringung ehemals stationärer Leistungen schwerpunktmäßig in einem der beiden Bereiche stattfindet. Oder dass sich die Morbiditätsrate in einem der beiden Bereiche stärker als in dem anderen entwickelt hat. In keinem dieser Punkte dürfte eine getrennte Verhandlung von Grundbeträgen für die Hausärzte von Vorteil sein. Weitere Möglichkeiten gibt es aber nicht.

Erfolgversprechender ist eine andere Strategie: Das Gesetz bietet die Möglichkeit, bestimmte Leistungen und bestimmte Praxen als „förderungswürdig“ zu deklarieren und

deren Abrechnung mit einem Aufschlag zu versehen. Auf diese Weise ließe sich die Vergütung beispielsweise für Praxen mit hoher Grundversorgungsleistung gezielt erhöhen.

Des Weiteren kann die KV versuchen, den Anteil an extrabudgetären Leistungen in der Grundversorgung zu erhöhen. Bei den Heim- und Hausbesuchen ist dies bereits gelungen: Dass diese Leistungen vollständig extrabudgetär bezahlt werden wie in Hamburg, gibt es in keiner anderen KV.

Die reine Einzelleistungsvergütung war, ist und bleibt deshalb im Fokus der Honorarstrategie des KV-Vorstandes. ■

**Die Abrechnungs-Daten sind dem KBV-Honorarbericht 2012 entnommen: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) → Mediathek → Honorarbericht → Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2009 bis 4. Quartal 2012**

**Detaillierte Informationen zur Honorarentwicklung in Hamburg finden Sie im Internet unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Mitgliederbereich → Transparenzdaten**

wegen der besonderen Kostensituation. Außerdem werden sämtliche Haus- und Heimbefuche extrabudgetär bezahlt. Beides gibt es in dieser Form in keiner anderen KV.

Auf diesem Weg müssen wir nun weiter gehen:

- Unsere Analyse hat klar gezeigt, dass es in Hamburg eine ganz besonders umfangreiche Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich gegeben hat. Das Gesetz sieht hierfür einen Zuschlag auf den morbiditätsbedingten "Behandlungsbedarf" (= Leistungsmenge in Punkten) vor. Wir werden dies einfordern.
- Die zunehmende Spezialisierung (auch im hausärztlichen Bereich!) hat die „Grundversorger“ in Probleme gebracht. Hier haben wir Modelle entwickelt, wie

man „Grundversorger“ identifizieren kann. Diese sollten gezielt gefördert werden.

- Viele Leistungen der haus- und fachärztlichen Grundversorger in einer Großstadt sind im EBM gar nicht abgebildet. Wir haben ein umfangreiches Forschungsprojekt auf den Weg gebracht, mit dem wir diese Leistungen identifizieren wollen – natürlich mit dem Ziel, für sie auch eine gesonderte Förderung zu verhandeln.

Vier verlorene Jahre sind es, die die KV Hamburg aufzuholen hat. Es wird ein langer Weg sein, aber wir sind schon aufgebrochen.

**WALTER PLASSMANN**  
**DR. STEPHAN HOFMEISTER**  
Vorstand KV Hamburg

# 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**

## HAUSBESUCH DURCH MFA

**Welche Leistung können wir abrechnen, wenn der Besuch bei einem Patienten von meiner medizinischen Fachangestellten durchgeführt wurde?**

Es wird die GOP 40240 EBM (Kostenpauschale einschl. Wegekosten für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis) und ggf. die GOP 40260 (Kostenpauschale für das Aufsuchen eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft) in Ansatz gebracht.

## ALTE BTM-REZEPTE

**Seit März 2013 gibt es neue Betäubungsmittelrezeptformulare (BTM-Rezepte). Muss ich meine alten BTM-Rezepte jetzt entsorgen?**

Nein. Die alten BTM-Rezepte behalten bis zum 31.12.2014 ihre Gültigkeit und sollten bis dahin aufgebraucht werden. Bitte schicken Sie keine alten BTM-Rezepte an die Bundesopiumstelle zurück, um sie gegen neue BTM-Rezepte einzutauschen.

## ULTRASCHALL BEI SCHWANGEREN

**In welchen Fällen kann die GOP 01771 EBM abgerechnet werden?**

Zum 1. Januar 2014 wurde der Basisultraschall im zweiten Trimenon in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Zusätzlich zur Hauptleistung (Betreuung

einer Schwangeren – GOP 01770 EBM) kann für die neue Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie im zweiten Trimenon die Zuschlagsleistung nach der GOP 01771 EBM abgerechnet werden. Für beide Leistungen ist eine Abrechnungsgenehmigung erforderlich.

Bis Ende vergangenen Jahres gab es Sonderverträge mit den Kassen, über die ein erweiterter Basisultraschall im zweiten Trimenon abgerechnet werden konnte. Diese Übergangsregelung ist nun hinfällig, die Leistung ist in den EBM aufgenommen

## IMPfung GEGEN ROTAVIREN

**Stimmt es, dass die Impfung gegen Rotaviren jetzt eine Kassenleistung ist?**

Ja, die Impfung gegen Rotaviren ist jetzt eine Pflichtleistung der Krankenkasse für Säuglinge im Alter von zwei und drei (ggf. vier) Monaten. Sie wird mit den Nummern 89127A (erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie) und der 89127B (letzte Impfdosis) abgerechnet. Die Honorierung beträgt 6,75 Euro pro Impfung. Die Abrechnung der Impfung gegen Rotaviren im Rahmen des Hausarztvertrages der AOK Rheinland/Hamburg (GOP 89935) ist für am Vertrag teilnehmende Ärzte nur noch bis zum 31.3.2014 möglich.

**Weitere Infos: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Verordnung/ Schutzimpfung**



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

[www.kvvh.de](http://www.kvvh.de) →  
Beratung und  
Information → Fragen  
und Antworten

#### JUGENDARBEITSSCHUTZUNTERSUCHUNG

**Wir haben anhand eines Untersuchungsberechtigungs Scheins eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung bei einem Patienten durchgeführt. Müssen wir den Schein der Abrechnung für die KV Hamburg beilegen und welche Leistung können wir dafür abrechnen?**

Die Abrechnung der Jugendarbeitsschutzuntersuchung (Vergütung in Höhe von 23,32 Euro) wird direkt auf dem Untersuchungsberechtigungs Schein vorgenommen und beim Amt für Arbeitsschutz eingereicht. Die KV erhält kein Exemplar.

**Amt für Arbeitsschutz**  
Rechnungsstelle Billstraße 80  
20539 Hamburg  
Telefonnummer: 040-428 372112

#### SIEBENWOCHENFRIST BIS GEBURTSTERMIN

**Stimmt es, dass die Siebenwochenfrist bei der Ausstellung des „Musters 3“ (Zeugnis über den mutmaßlichen Tag der Entbindung) zukünftig wegfällt?**

Ja. Der Hinweis, dass das Formular frühestens sieben Wochen vor dem errechneten Geburtstermin ausgestellt werden darf, entfällt. Nach Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes wurde die Siebenwochenfrist aufgehoben.

#### PODOLOGISCHE THERAPIE

**Können wir adipösen oder aus anderen Gründen in ihrer Mobilität eingeschränkten Patienten Podologie verordnen?**

Nein. Die Verordnung der Podologischen Therapie kommt nur bei Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom mit Neuro- und/oder Angiopathie ohne Hautdefekt (Wagner-Stadium 0, das heißt: ohne Hautulcus) in Betracht. Vor der Erstverordnung ist eine Eingangsdagnostik notwendig, vor jeder Folgeverordnung die erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Fußbefundes.

#### AU-BESCHEINIGUNG FÜR PRIVATPATIENTEN

**Dürfen wir für Privatpatienten ebenfalls das Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) verwenden?**

Nein. Alle vertragsärztlichen Formulare sind nur zur Verwendung für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehen. Die Arbeitsunfähigkeit kann bei Privatpatienten auf einem Privatzept attestiert werden.

Infocenter Tel: 22802-900



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

# Ich bin dann mal weg ...

Vertragsärzte können sich gegenseitig vertreten. Doch es gibt einige Regeln, die dabei beachtet werden müssen.

Es gibt immer wieder Klagen darüber, dass Ärzte urlaubsbedingt ihre Praxen schließen, ohne einen Vertreter bekanntzugeben. Manchmal werden nach außen auch Vertreter benannt, mit denen dies gar nicht abgesprochen ist und die dann womöglich ebenfalls im Urlaub sind.

Ein Vertragsarzt ist grundsätzlich dazu verpflichtet, seine vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Eine Vertretung ist allerdings zulässig bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder einer Wehrübung und in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung.

Kann ein Vertragsarzt aus einem dieser Gründe nicht arbeiten, muss er vom ersten Tag an für eine Vertretung sorgen. Ist der Vertreter in einer anderen Praxis tätig, muss er dies in geeigneter Weise bekanntgeben (zum Beispiel durch Anschlag an seiner Praxistür und Ansage auf dem Anrufbeantworter). Die Vertretung muss mit dem vertretenden Arzt abgesprochen werden.

Den ärztlichen Notfalldienst als Vertretung anzugeben, ist nicht zulässig. Aufgabe des Notfalldienstes ist es, die Versorgung außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten und am Wochenende sicherzustellen. Während der normalen Praxisöffnungszeiten ist der Notfalldienst nicht im Einsatz.

Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist der KV unter Benennung des Vertreters eine Mitteilung zu machen. Die Pflicht zur Mitteilung besteht unabhängig davon, ob ein Vertreter in der Praxis tätig wird oder ob ein anderer Vertragsarzt die Vertretung seiner Praxis übernimmt.

Innerhalb von zwölf Monaten kann sich der Arzt maximal drei Monate lang genehmigungsfrei vertreten lassen. Für eine

über diesen Zeitraum hinausgehende Vertretung ist eine vorherige Genehmigung durch die KV erforderlich.

Die Vertretung hat in der Regel durch einen anderen (Vertrags-)Arzt zu erfolgen, der über eine identische oder zumindest fachverwandte Zulassung verfügt. Der Vertretene ist für die Auswahl seines Vertreters verantwortlich. Der Vertretene hat sich zu vergewissern, dass sein Vertreter für die zu erbringenden Leistungen die nötigen Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt.

Eine Besonderheit gilt für Psychotherapeuten: Wegen der besonders engen Patienten-Therapeuten-Beziehung ist eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen unzulässig, wobei von diesem Grundsatz in Härtefällen gegebenenfalls abgewichen werden kann.

Neben den oben bereits benannten Gründen, in denen eine Vertretung in Betracht kommt, gibt es – im Falle des Vorliegens bestimmter Voraussetzungen – auch die Möglichkeit der Beschäftigung eines Vertreters, wenn dies während Zeiten der Erziehung von Kindern und während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung erfolgt. In diesen Fällen bedarf die Vertretung vom ersten Tag an einer vorherigen Genehmigung der KV. ■



Ist ein Vertragsarzt im Urlaub, muss er vom ersten Tag an für eine Vertretung sorgen.



## Häusliche Krankenpflege: Muss der Arzt Blutzuckerteststreifen verordnen?

Über die Verordnung von Blutzuckerteststreifen in der häuslichen Krankenpflege gibt es immer wieder Meinungsverschiedenheiten. Wer ist für die Beschaffung der Streifen zuständig, wenn ein Patient die Messung nicht selbst durchführen kann und dies von der häuslichen Krankenpflege auf Basis einer ärztlichen Verordnung übernommen wird? (Voraussetzung ist, dass die Krankenkasse die Verordnung nach den Vorgaben der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege auch genehmigt hat.)

Die Pflegedienste stellen sich oftmals auf den Standpunkt, die Ärzte hätten die Blutzuckerteststreifen zu Lasten der jeweiligen Kasse auf Muster 16 zu verordnen. Doch ist das tatsächlich so?

Um die Zuständigkeiten zu klären, haben wir die maßgeblichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände um eine verbindliche Auskunft gebeten.

Ergebnis: Die meisten Krankenkassen stehen auf dem Standpunkt, die Kosten der Blutzuckerteststreifen seien Bestandteil der Vergütungssätze für die Pflegedienste. Der Arzt stellt also keine gesonderte Verordnung aus. (Bei Patienten der IKK classic ist ebenso zu verfahren. Die Kasse hat nicht geantwortet. Es gibt also keine verbindliche Zusage, dass die Blutzuckerteststreifen vom Arzt verordnet werden können.)

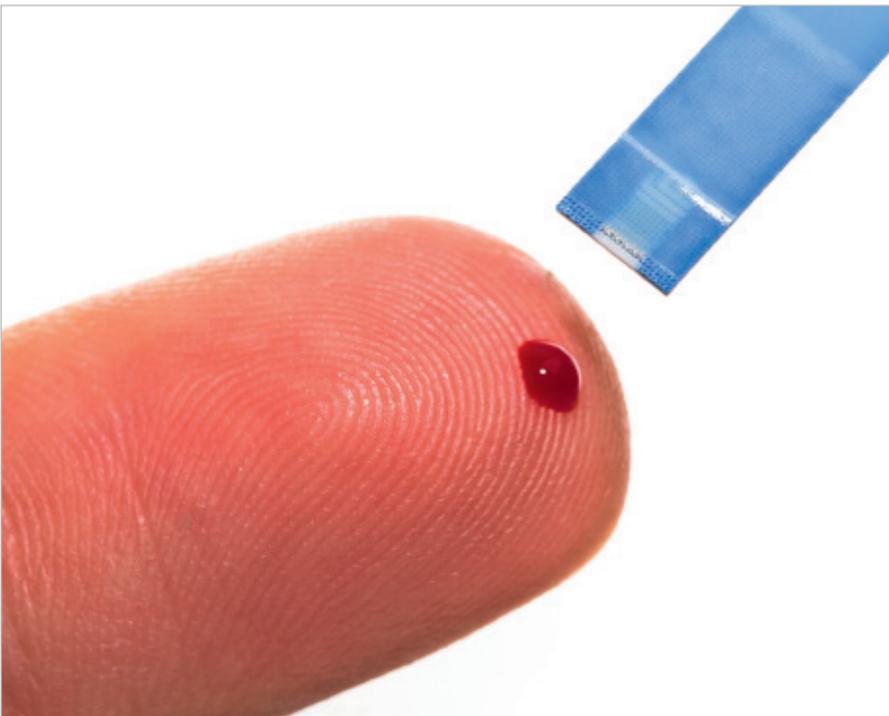
Einzig der BKK-Landesverband Nordwest schreibt: Die benötigten Blutzuckerteststreifen sind durch den Arzt zu verordnen. ■

### Wir haben die Krankenkassen um verbindliche Auskunft gebeten: Wer ist zuständig für die Beschaffung von Blutzuckerteststreifen?

Krankenkasse	Bereitstellung durch Pflegedienst	Verordnung durch den Arzt
AOK Rheinland/Hamburg	X	
vdek	X	
Knappschaft	X	
IKK classic	X*	
BKK Nordwest		X

\*(keine Antwort)

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





## Arbeitsunfähigkeit bei arbeitslosen Schwangeren

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Regelung für die Arbeitsunfähigkeit von arbeitslosen Schwangeren geändert.

Bisher war in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (§ 3 Abs. 2) geregelt, dass bei einem Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Für arbeitslose Schwangere konnte dies zur Folge haben, dass sie weder einen Anspruch auf Krankengeld noch einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hatten, da sie infolge des Beschäftigungsverbots dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung standen.

Nun hat das Bundessozialgericht entschieden, dass ein Beschäftigungsverbot nach dem

Mutterschutzgesetz den Anspruch auf Arbeitslosengeld nicht automatisch entfallen lässt – sondern nur, wenn das Beschäftigungsverbot jegliche Arbeit ausschließt.

Bei der Beurteilung, ob eine schwangere Frau generell arbeitsunfähig ist, hat der Vertragsarzt festzustellen, ob sich das gesundheitliche Risikopotential nur auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit oder auf alle zumutbaren Beschäftigungen bezieht. Bezieht sich das Risiko auf alle Tätigkeiten und ist die Frau zudem nicht mehr in der Lage, mindestens 15 Stunden in der Woche eine leichte Tätigkeit auszuüben, so steht sie dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung. In diesem Fall liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor, und der Arzt kann für die Schwangere eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) ausstellen. ■

## Qualitätsmanagement-Seminar: „Wo steht unsere Praxis?“

Das Seminar richtet sich an alle Praxisinhaber und -mitarbeiter, die ihre Praxis unter Qualitätsmanagement-Aspekten analysieren und verbessern möchten. Es werden sowohl das Gesamt-Erscheinungsbild der Praxis als auch einzelne Bereiche unter die Lupe genommen. ■

**Termin: Mi. 26.03.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

pro Teilnehmer € 149 inkl. Verpflegung

Ort: Ärztehaus,

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

**10 PUNKTE**

### QUALITÄTSMANAGEMENT

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Praxis	Fachrichtung	Adresse	
Dr. Maren Oberländer	Allgemeinmedizin	Lohbrügger Landstr. 4 21031 Hamburg	zertifiziert im Oktober 2013
Dres. Thomas Sorgenfrei, Konstantinos Akrivakis	Innere Medizin	Max-Brauer-Allee 52 22765 Hamburg	rezertifiziert im November 2013
Dres. Volker Ahrens, Dag-Alexander Keilhau, Heike Gatermann; Werner Petersen, Maren Sommer	Innere Medizin (MVZ)	Lerchenfeld 14 22081 Hamburg	rezertifiziert im Dezember 2013
Dres. Sigrun Müller-Hagen, Mathias Bertram; Petra Dollmann; Dres. Daniel Gharaei, Lutz Hoffmann, Peter Müller	Hämatologisch-onkologische Schwerpunktpraxis	Pinneberger Str. 25 22457 Hamburg	rezertifiziert im Januar 2014

**Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Qualitätsmanagement:**  
**Ursula Gonsch, Tel. 22802-633, [ursula.gonsch@kvhh.de](mailto:ursula.gonsch@kvhh.de)**  
**Birgit Gaumnitz, Tel. 22802-889, [birgit.gaumnitz@kvhh.de](mailto:birgit.gaumnitz@kvhh.de)**



# Off Label

Zum 3. Dezember 2013 sind die Beschlüsse zu folgenden Wirkstoffen rechtskräftig geworden:

Wirkstoff	Off label Indikation	Weitere Anmerkungen
Mycophenolat Mofetil (Cellcept und Generika)	<b>Myasthenia gravis</b> Bei generalisierter Myasthenia gravis und der klinischen Notwendigkeit einer lang anhaltenden Immunsuppression, bei denen sich Azathioprin als unverträglich erwiesen hat oder bei denen sich Azathioprin bei einer ausreichend dosierten Therapie als nicht ausreichend wirksam erwiesen hat (Therapieresistenz) oder eine Absenkung der begleitenden Kortikoid-Dosis unter die Cushingschwelle nicht erreichbar war	Die Therapie einer Myasthenia gravis mit Mycophenolat Mofetil darf ausschließlich durch eine/einen im Krankheitsbild erfahrene(n) Fachärztin/Facharzt für Nervenheilkunde oder Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Nervenärztin/Nervenarzt erfolgen.
Amikacin	<b>Tuberkulose</b> Es dürfen nur Patienten behandelt werden, bei denen eine Tuberkuloseerkrankung vorliegt, und bei denen <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufgrund des Resistenzmusters der Tuberkelbakterien oder</li> <li>• aufgrund der Anamnese, die auf eine Resistenz (Index oder wahrscheinlich ein Index-Patient mit Resistenz-Tuberkulose) schließen lässt oder</li> <li>• aufgrund von Nebenwirkungen</li> </ul> keine andere Therapie zur Verfügung steht. Der Allgemeinzustand des Patienten muss für eine solche Therapie ausreichend sein.	Nutzen und Risiko sollen von einem in der Tuberkulose-Therapie erfahrenen Arzt abgewogen werden.

Die Liste der Wirkstoffe, die in bestimmten zulassungsüberschreitenden Anwendungsgebieten zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnungsfähig sind, wurde erweitert (Anlage VI; AM-RL). Weitere Informationen und die vollständige Liste der Arzneimittel, die für genann-

te Anwendungen außerhalb der zugelassenen Indikationen verordnet werden können, finden Sie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses:

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittelrichtlinie → Anlage VI

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

## PATIENTENBERATUNG

HILFE FÜR IHRE PATIENTEN



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

[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)

Tel: 040 / 202 299 222



## Sammelerklärung wird künftig am Computer ausgefüllt

Für die Abgabe der Abrechnung gibt es eine neue Sammelerklärung, die am Computer ausgefüllt wird. Das alte Formular „Bestätigung zur Abrechnung“ ist nicht mehr gültig. Die neue Sammelerklärung steht ab Mitte März 2014 im KV-Hamburg-Onlineportal zur Verfügung. Die Anzahl der Behandlungsscheine wird direkt am Bildschirm eingegeben. Man druckt das Formular aus, unterschreibt es und sendet es per Fax oder per Post an die KV Hamburg. ■

## Amtliche Veröffentlichung

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

### I. Verträge

- **Ergänzungsvereinbarung zum Strukturvertrag nach § 73a SGB V zur Versorgung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom in Hamburg** zwischen der **KV Hamburg** und der **AOK Rheinland/Hamburg**

- **4. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V** zwischen der **KV Hamburg**, der **AOK Rheinland/Hamburg** sowie dem **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte**

- **5. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V** zwischen der **KV Hamburg**, der **AOK Rheinland/Hamburg** sowie dem **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte** (**Hinweis:** Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen.)

- **Vereinbarung zur Aufwandsentschädigung des Vorsitzenden, seines Stellvertreters und der unparteiischen Mitglieder des erweiterten Landesausschusses Hamburg gemäß § 116b Abs. 3 SGB V** zwischen der **KV Hamburg**, der **Hamburgischen Krankenhausesellschaft (HKG)**, dem **vdek**, der **AOK Rheinland/Hamburg**, der **IKK classic**, dem **BKK-Landesverband NORDWEST** (zugleich handelnd für die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)** als Landwirtschaftliche Krankenkasse) und der **Knappschaft** (**Hinweis:** Die Zustimmung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz steht noch aus.)

- **Vereinbarung zur Aufwandsentschädigung des Vorsitzenden, seines Stellvertreters und der unparteiischen Mitglieder des Landesausschusses Hamburg gemäß § 90 SGB V** zwischen der **KV Hamburg**, dem **vdek**, der **AOK Rheinland/Hamburg**, der **IKK classic**, dem **BKK-Landesverband NORDWEST** (zugleich handelnd für die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)** als Landwirtschaftliche Krankenkasse) und der **Knappschaft** (**Hinweis:** Die Zustimmung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz steht noch aus.)

- **2. Nachtrag zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73c SGB V** zwischen der **IKK classic** und der **AG Vertragskoordination**

- **2. Nachtrag zur Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung (GE) nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c) RSAV**

- **Honorarvereinbarung 2014** (**Hinweis:** Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz noch nicht abgelaufen.)

**II. Hinweis:** Das Unterschriftenverfahren für folgende Verträge ist nunmehr abgeschlossen:

- **9. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ I**

- **9. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ II**

- **Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit der **IKK classic** mit Gültigkeit für das **Jahr 2014**

**III. Hinweis:** Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist für folgende Verträge jetzt abgelaufen:

- **Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle **KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme** vom 20. Dezember 2010 in der Fassung des Nachtrages vom 23. September 2013 mit Gültigkeit für das **Jahr 2014**

- **Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes** bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit der **Techniker Krankenkasse** mit Gültigkeit für das **Jahr 2014**

**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



## Dr. Silke Lüder neue stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung

Die Allgemeinärztin Dr. Silke Lüder ist die neue stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg. Sie konnte sich bei der Wahl am 15. Januar 2014 mit 18 zu 9 Stimmen gegen den Allgemeinarzt Michael Klemperer durchsetzen. Dr. Silke Lüder trat das Amt als Nachfolgerin von Dr. Stephan Hofmeister mit sofortiger Wirkung an.

Dr. Silke Lüder ist niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis in HH-Bergedorf und seit 2011 stellvertretende Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Hausärzte der KV Hamburg. Sie ist Vizevorsitzende der Freien Ärzteschaft e.V. und hat sich bundesweit als Kritikerin der „Gesundheitswirtschaft“ und des Projekts „Elektronische Gesundheitskarte“ profiliert.

In einer Rede vor der Wahl wandte sich Dr. Silke Lüder gegen eine Spaltung der Ärzteschaft: „Wir müssen gemeinsame Interessen gegenüber den Kassen verteidigen.“ Es sei genug Geld da, die Krankenkassen verfügten über ein Milliardenpolster, so Lüder. „Wir müssen dafür sorgen, dass die Zukunft der wohnort- und patientennahen Haus- und Facharztpraxen durch eine bessere Finanzierung der Kassen gesichert wird.“ ■



Dr. Silke Lüder:  
"Gemeinsame  
Interessen gegen-  
über den Kassen  
verteidigen!"

## Hofmeister als stellvertretender KV-Vorsitzender im Amt



Dr. Stephan Hofmeister hat am 15. Januar 2014 sein Amt als stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg angetreten. Der Allgemeinmediziner hat eine eigene Praxis geführt, die er nun aufgibt, um sich voll auf seine neue Aufgabe zu konzentrieren.

Dr. Stephan Hofmeister übernimmt das Vorstandsamt von Dieter Bollmann, der nach fast 35 Jahren KV-Arbeit und zehnjähriger Vorstandstätigkeit in den Ruhestand gegangen ist. ■



# Pionier der modernen Wundtherapie

Dr. Elmar Schäfer ist im Alter von 63 Jahren verstorben.



**DIE ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG** in Hamburg hat einen unersetzlichen Mitstreiter verloren. Der Chirurg Dr. Elmar Schäfer engagierte sich bis 2011 als Obmann des KV-Kreises Harburg, war Mitglied der Vertreterversammlung, des Satzungsausschusses und des Beratenden Fachausschusses Fachärzte.

„Dr. Elmar Schäfer hat sich bereits früh der Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden verschrieben“, sagt Dr. Wolfgang Tigges, Vorstand des Wundzentrums Hamburg e.V. „Man kann ihn zu Recht als Pionier und Verfechter einer modernen Wundtherapie bezeichnen, die zwischenzeitlich weitgehend etabliert ist.“

Nach Medizinstudium und chirurgischer Weiterbildung in Köln, Berlin und Hamburg wechselte Dr. Elmar Schäfer 1986 vom Berliner Urbankrankenhaus in seine erklärte Lieblingsstadt Hamburg. Hier wurde er Partner in der chirurgischen Gemeinschaftspraxis von Dr. Manfred Giensch und Dr. Hanns-Michael Englert in Harburg.

Giensch erinnert sich: „Elmar fand, dass Hausbesuche ein wichtiger Teil auch der Chirurgie sind. In jeder Mittagspause besuchte er Patienten zu Hause oder im Heim, die nicht selbst in die Praxis kommen konnten.“ Bei diesen Hausbesuchen begegnete Schäfer vielen Patienten mit chronischen Wunden – ein bis heute eher ungeliebtes Stiefkind der Medizin.

Dr. Elmar Schäfer etablierte die Wundbehandlung als dritten Praxisschwerpunkt und gründete im Jahre 2002

das überregionale Wundnetz Wundzentrum Hamburg e. V., dessen Geschicke er über viele Jahre als Gründungspräsident und Vorsitzender mitbestimmte. Schäfer setzte sich engagiert und unermüdlich dafür ein, die Behandlung chronischer Wunden nicht nur wissenschaftlich, sondern auch finanziell auf eine gesicherte Basis zu stellen. Hierfür arbeitete er in vielen Gremien der Selbstverwaltung mit. Darüber hinaus lag ihm die Weiterbildung von Medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften besonders am Herzen, denn er sah die Patientenbehandlung als ein gleichberechtigtes Miteinander aller Beteiligten an.

Trotz seiner langen Arbeitstage war Dr. Elmar Schäfer ein ausgeprägter Familienmensch. Seine Frau, Angelika Bleicker-Schäfer, sagt: „Elmar dachte an Menschen, begegnete ihnen immer auf Augenhöhe und verlor sie nicht aus dem Blick – seine Patienten ebenso wenig wie seine Kollegen, seine Mitarbeiter, seine Freunde, seine Familie. Der einzige, für den ihm die Zeit fehlte, war er selbst.“

Als seine Krebserkrankung die weitere Arbeit in der Praxis unmöglich machte, gab Dr. Elmar Schäfer seinen Praxissitz auf und arbeitete am Asklepios Westklinikum Hamburg als Leiter der chirurgischen Notfallpraxis.

Dr. Elmar Schäfer verstarb am Donnerstag, den 23. Januar 2014, in Hamburg.

**ANTJE THIEL**



## Leserbrief

KVH-Journal Nr. 1/2014, S. 25  
„Spitze des Eisbergs“

### ADHS ist kein Schulproblem!

Auch wir begrüßen die ADHS-Diskussion in Hamburg, die durch die Beiträge im KVH-Journal ausgelöst wurde. Dabei wünschen wir uns eine Diskussion, die frei ist von berufspolitischen Grabenkämpfen und die sich am aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand orientiert sowie das betroffene Kind / den betroffenen Jugendlichen und seine Familie im Fokus hat.

In dem Artikel „Spitze des Eisbergs“ finden sich einige Aussagen, die sich nicht an den aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der ADHS orientieren und somit unseres Erachtens dringend einer Korrektur bedürfen.

Bereits im Jahr 2005 hat die Bundesärztekammer in einer interdisziplinären Stellungnahme zur ADHS versucht, eine sachliche Auseinandersetzung auch innerhalb der Ärzteschaft zu betreiben.

Im Vorwort zu dieser Stellungnahme heißt es: „Über die Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADHS) beziehungsweise die hyperkinetische Störung (HKS) hat sich sowohl in der Öffentlichkeit als auch innerhalb der Ärzteschaft eine intensive Diskussion entwickelt, in der zum Teil Auffassungen vertreten werden, die mit dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht in Einklang zu bringen sind.“

Bei der Benennung möglicher Ursachen einer ADHS lassen die Autoren des Artikels „Spitze des Eisbergs“ zum Beispiel einen wichtigen Aspekt, nämlich die Rolle der Genetik, außer Acht.

Dabei wird das ADHS zu 65 bis 90 Prozent durch genetische Faktoren determiniert. Bei der phänotypischen Varianz beeinflussen gleichwohl soziokulturelle Faktoren.

In unserer täglichen Arbeit sehen wir dieses Phänomen bei einem Großteil unserer Patienten-Eltern, die ebenfalls „ADHS-Betroffene“ sind und häufig entsprechende Schwierigkeiten

haben, ihren beruflichen und / oder privaten Lebensalltag zu bewältigen. Dieses wiederum führt oft zu Problemen in der Psychoedukation, welche bei den ADHS-Familien ein gewichtiger Therapie-Baustein ist.

Bei einem Drittel der Kinder persistiert die Störung bis ins Erwachsenenalter und ist unter anderem mit psychiatrischen Problemen, Delinquenz, Abbrüchen von Berufskarrieren und Partnerschaften verbunden.

Unerwähnt sind außerdem exogene Risikofaktoren (Frühgeburt, pränatale Alkohol- und Nikotinexposition, Deprivation) sowie strukturelle (präfrontaler Cortex, Basalganglien, anteriorer Gyrus anguli) und funktionelle Defizite (im Dopamin- und Noradrenalin-Stoffwechsel).

Die Aussage, „... oder einfach nur Stress.“ ist uns zu wenig differenziert.

Eine Medikation ist in dem von uns betreuten Klientel oft ein wichtiger Bestandteil einer multimodalen Therapie.

Da es sich bei der ADHS definitionsgemäß um eine belastende Störung handelt, die in mindestens zwei Lebensbereichen (zum Beispiel Schule und häusliches Umfeld) auftritt, muss eine medikamentöse Therapie auch in zwei Lebensbereichen erfolgen, damit sie effektiv sein kann.

Eine medikamentöse Therapie ausschließlich an Schultagen, wie dies im Artikel „Spitze des Eisbergs“ beschrieben wird („Ein großer Teil der Kinder, die in unseren Praxen mit Methylphenidat behandelt werden, nehmen das Medikament nicht am Wochenende oder in den Ferien.“) wird der ADHS-Problematik nicht gerecht und findet sich daher auch nicht in den aktuellen Leitlinien. Die ADHS ist kein Schulproblem! Eine medikamentöse →



KVH-Journal Nr. 1/2014, S. 25  
„Spitze des Eisbergs“



→ antidepressive Therapie, die genau wie Methylphenidat, Amfetamin oder Atomoxetin in einen Neurotransmitter-Stoffwechsel eingreift, wird auch nicht an Wochenenden und Ferien pausiert, sondern konsequent durchgeführt.

Eine regelmäßig erfolgende Medikation hilft im Übrigen auch mögliche Nebenwirkungen zu reduzieren oder gar zu vermeiden.

Unerwähnt bleibt auch die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung mit Lis-Dex-Amfetamin, welches seit Juni 2013 in Deutschland als „second-line-Medikament“ zugelassen ist und aufgrund seiner hohen Effektstärke seit langem in Nordamerika einen großen Stellenwert hat.

Zu der erstaunlich umfangreich ausgefallenen „Pharma-Schelte“ möchten wir lediglich anmerken, dass jeder ärztliche Kollege mit sich selbst abmachen muss, inwieweit er den Kontakt mit den Vertretern der Pharmaindustrie pflegt. Wir erwarten, dass sich alle Fachkollegen eine eigene Meinung bilden zu den vielen Therapie-, Medikamenten- und Studieninformationen.

In den vergangenen Jahren ist in Hamburg ein erstes interdisziplinäres Netzwerk aus Kin-

derärzten und KJP-Kollegen entstanden, welches von gegenseitiger Wertschätzung vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse geprägt ist. Gemeinsame Fortbildungen für Ärzte verschiedener Fachdisziplinen und Therapeuten gibt es auch in Hamburg regelmäßig.

Gerade im Sinne der uns anvertrauten „ADHS-Familien“ werden wir unabhängig von berufspolitischen Ressentiments dieses Netzwerk ausbauen und für eine flächendeckende Versorgung mit einem hohen medizinischen Standard sorgen.

Hier liegt unserer Meinung nach die größte Herausforderung.

**Dr. Jan O. Schönfeldt und Angela Bauer**  
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin,  
Schwerpunkt Neuropädiatrie,  
Institut für Kinderneurologie, Rothenbaumchaussee  
114, 20149 Hamburg

**Dipl. Psych. Britta Meyer**  
Rothenbaumchaussee 114, 20149 Hamburg

**Dr. Nicolaus Lingens**  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Tibarg 21, 22459 Hamburg und Lingens Institut,  
Mühlenberger Weg 54, 22587 Hamburg

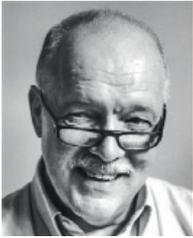
## PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG DER KV HAMBURG

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxisspezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

**Alle Hamburger Vertragsärzte sind  
herzlich willkommen.**

**Vereinbaren Sie einen Termin!  
Tel: 22802-572 oder 22802-571**





# Märchen

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

**I**n einer chirurgischen Praxis fließen nicht immer nur Blut und Eiter, gibt es nicht immer nur Spritzen und Schmerz. Manchmal kann man auch Glück erleben.

Die 86-jährige Patientin hatte nach dem Krieg zwei Kinder großgezogen, was man damals noch nicht "alleinerziehend" nannte, sondern "Kriegerwitwe". Arbeiten musste sie immer, arbeitslos war sie zu ihrem Glück nie. Auf die bescheidene Rente hatte sie sich gefreut, doch bald machten die Gelenke nicht mehr mit. Am schlimmsten quälten sie die Hüftgelenke. In letzter Zeit ging sie nur noch an Krücken, sie kam kaum noch aus ihrer Wohnung.

So kam sie in meine Praxis, hatte Röntgenbilder dabei und wusste nicht mehr weiter. Ein künstliches Hüftgelenk war die einzige Lösung. Wahrscheinlich brauchte sie sogar zwei. "Zahlt das denn die Kasse noch, in meinem Alter?" - Ihre Frage machte mich sprachlos. So weit waren wir schon gekommen? Die drei großen Lügenmärchen fielen mir ein, mit denen die Demontage unseres solida-

rischen Gesundheitswesens begründet wird: die Überalterung, die Kostenexplosion und die Lohnnebenkosten.

Wenn man sich erst einmal dazu durchgerungen hat, den Lauf des Lebens in Euro und Cent zu berechnen, stellt es sich rasch als Märchen heraus, dass die Zunahme von Alten und Hochbetagten zunehmend höhere Kosten im Gesundheitswesen verursacht. Im Gegenteil: Über

ein ganzes Leben betrachtet verursacht der Mensch als Patient den Löwenanteil der Krankheitskosten in den letzten eineinhalb Jahren vor seinem Ableben, unabhängig von seinem Alter. Umgekehrt gilt sogar: Je jünger der Patient, desto höher diese Kosten. Dazu kommt: Rentner zahlen auch kräftig ein ins Solidarsystem der Krankenversicherung! Man muss also noch nicht einmal ein guter Mensch sein,

um die Diskussion über die Einschränkung der medizinischen Leistungen in hohem Lebensalter widerwärtig zu finden.

Aber wenn man auf jemanden trifft, der so argumentiert, dann weiß man: Hier wird gelogen! Da stellt sich dann nur die Frage nach dem Motiv. Uninformiertheit? Soziale Kälte? Dummheit? Meistens stecken politische Absichten dahinter!

**Ein künstliches Hüftgelenk war die einzige Lösung. „Zahlt das denn die Kasse noch, in meinem Alter?“**

Zurück zum Glück: Meine Patientin kommt heute ohne Krücken in die Sprechstunde. Zwei neue Hüftgelenke im Abstand von acht Monaten. Im Krankenhaus mitten in ihrem Stadtteil hatte man sie operiert. Keine Schmerzmittel mehr, sie kann wieder einkaufen, sich verabreden: "Herr Doktor, es ist wie ein neues Leben, ein Geschenk!"

So schön kann Chirurgie sein. ■

[chirurg@hontschik.de](mailto:chirurg@hontschik.de), [www.medizinHuman.de](http://www.medizinHuman.de)

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung:  
**Dr. Beatriz Helena Cañas de Sandberger**  
 Kreisobfrau des Kreises 13

Name: **Dr. Beatriz Helena Cañas de Sandberger**

Geburtsdatum: **18. Februar 1963**

Familienstand: **verheiratet, zwei Kinder**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin/Tropenmedizin/Migrationsmedizin/Suchtmedizin**

Hobbys: **Ich mag gerne Blues, höre oder lese gern Geschichten, fahre Fahrrad und würde gerne mehr Zeit haben, um meine Freundschaften zu pflegen.**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Ich sag's mal so: In der Nähe sein, wo Personen leiden, ist sicher nicht immer schön. Aber wenn eine Verbesserung oder Linderung erreicht wird, kann das große Glücksgefühle auslösen.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** Es ist ein Skandal, dass Frauen in diesem Land in vielen Bereichen (auch im medizinischen Bereich) immer noch für die gleiche Tätigkeit weniger Geld bekommen als ihre männlichen Kollegen. Dieses Recht der Männer entbehrt jeder Grundlage und gehört abgeschafft.

**Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?** Genauso skandalös finde ich die Tatsache, dass Gesundheit heute wieder zunehmend eine Frage des Geldbeutels wird. Eines der größten Probleme unserer Zeit ist, dass alles, womit kein direkter Gewinn zu erzielen ist, in unserer kapitalistischen Gesellschaft keine Daseinsberechtigung mehr zu haben scheint. Auch das Gesundheitssystem leidet darunter. Die Vergabe von Geldern sollte wieder mehr nach Bedürftigkeit gehen statt nach Macht. Als Obfrau des Kreises 13 spreche ich sicher für viele, wenn ich dafür plädiere, dass die Überlegungen zu den Reformen und Paragraphen wieder mehr im Sinne der arbeitenden Ärzte und somit indirekt im Sinne unserer Patienten gestaltet werden muss. Die Rolle der KV? Gute Frage, die Antwort kennen wir alle: Richtig kalkulierte Vergütung der EBM-Leistungen, die einer tatsächlich geleisteten, qualitativ hochwertigen Arbeit entspricht, die nicht darauf reduziert ist, nur noch dem Geld hinterherrennen zu müssen.

**Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?** Ich würde gerne mal dem Gesundheitsminister anbieten, nur einen einzigen Tag in einer normalen Arztpraxis zu arbeiten, um ihm die wahren Probleme, Realitäten und Herausforderungen vor Augen zu führen, mit denen wir heute konfrontiert sind.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Dass ich von meiner Arbeit leben und mein Personal bezahlen kann ohne Angst, dass die Bank meinen vollen KV-Abschlag blockiert - wie ich es leider erleben musste wegen zu gering vergüteter Leistungen, trotz langer Arbeitstage. ■



## TERMINKALENDER

### VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

**Do. 27.3.2014 (ab 20 Uhr)** im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

### QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

#### QM - Wo steht unsere Praxis?

Ziel des Seminars ist eine Bestandsaufnahme der Organisation und Kommunikation in Ihrer Praxis. Sowohl das Gesamt-Erscheinungsbild als auch einzelne Bereiche wie zum Beispiel die Anmeldung, das Wartezimmer, das Sprechzimmer oder das Labor werden beleuchtet. Dabei wird deutlich, welche Verbesserungen möglich wären. Die Teilnehmer erhalten Arbeitsmaterial, damit eine Umsetzung in der eigenen Praxis erfolgen kann.

**Mi. 26.3.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 inkl. Verpflegung

**10 PUNKTE**

#### Fit am Empfang

Der Empfang ist das Spiegelbild der Praxis. Von der professionellen Konversation über den Umgang mit Patientenbeschwerden bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung - in diesem Seminar lernen medizinische Fachangestellte, einen positiven Eindruck von sich und Ihrer Praxis zu vermitteln.

**Mi. 7.5.2014 (9:30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

**10 PUNKTE**

#### QEP-Einführungsseminar

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

**Fr. 20.6.2014 (15:00-21:00 Uhr) /**

**Sa. 21.6.2014 (8:30-16:30 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

**10 PUNKTE**

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://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 KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

## **Was bieten wir Ihnen?**

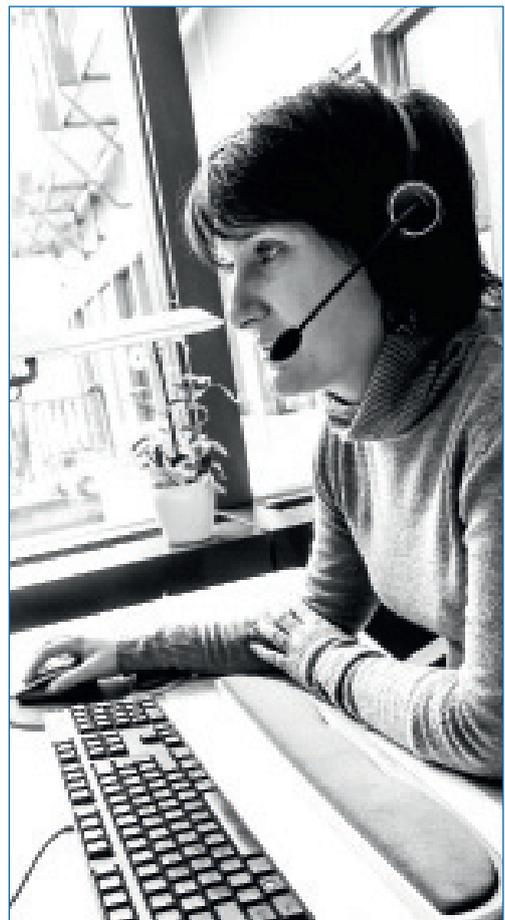
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

## **Wie erreichen Sie uns?**

Infocenter der KVH  
Humboldtstrasse 56  
22083 Hamburg  
Telefon: 22 802 900  
Telefax: 22 802 420  
E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)

## **Wann sind wir für Sie da?**

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



# KVH

**Infocenter der KVH**  
Telefon 040/22 802 900  
[infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)