Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg 9/2015

KVH journal

PRAXISAUFKAUF

Wie man das Schlimmste verhindert



AMBULANTISIERUNG
Hamburg ist Best-Practice-Region

MASERN-IMPFUNG
Wissenswertes für die Praxis

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

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 9/2015 (September 2015)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Kassenärztliche Vereinigung verantwortet den Sicherstellungsauftrag. So heißt es allenthalten. Streng genommen, hat ihn in weiten Teilen allerdings nicht die KV allein, sondern die gemeinsame Selbstverwaltung, also KV und Krankenkassen. Darauf haben letztere in den vergangenen Jahren auch zunehmend Wert gelegt, um ihren Anspruch zu untermauern, vom „Payer“ zum „Player“ zu werden.

Wie die Hamburger Krankenkassen diese Mitverantwortung verstehen, haben sie der KV Hamburg wieder einmal eindrücklich demonstriert. Mit zwölf "Nein" und einem „Vielleicht“ schmetterten sie Vorschläge der KV zur Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten ab.

Unsere Vorschläge betrafen einzelne Krankheitsbilder, die im EBM entweder gar nicht oder unterbewertet abgebildet sind oder den Aufbau neuer Versorgungsstrukturen oder die Einführung sinnvoller Qualitätssicherungen. Alle Vorschläge hatten gemein, dass sie in der „normalen“ Honorarvereinbarung nicht geregelt werden können und dass sie finanziell (aus Kassensicht) sehr überschaubare Dimensionen hatten.

Doch es hagelte zwölf „Nein“ und ein „Vielleicht“, in der Regel nur formal begründet, ohne auf die Versorgungsaspekte einzugehen. „Vom Payer zum Player“ – offenbar wollen die Kassen weder das Eine noch das Andere sein. Keine guten Aussichten für die anstehenden Honorarverhandlungen.



Ihr Walter Plassmann,
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

INHALT



SCHWERPUNKT

06_ Nachgefragt: Welchen Effekt hat die Praxisaufkaufregelung für Hamburg?

08_ Was heißt hier „Bedarf“? Vom Umgang mit einem Gesetz, das auf überholten Grundannahmen beruht

12_ Versorgungsforschung: Statt Praxen stillzulegen, sollte man lieber die ambulante Versorgung stärken

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

16_ Fragen und Antworten

18_ Datenschutz: Medizinische Unterlagen an den MDK dürfen nicht über die Krankenkassen geschickt werden

Marfan-Syndrom kann innnerhalb der ASV behandelt werden

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung**, **Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung.** Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.

19_Medizinprodukte: Hamburger Behörden führen Praxisbegehungen durch

20_Masern-Impfung: Wissenswertes für die Praxis

22_Impflücken schließen! Breite Unterstützung für Masern-Impfkampagne in Hamburg

ARZNEI- UND HEILMITTEL

23_Therapiehinweis zu Cilostazol aktualisiert

24_Zuzahlungsbefreiung für Schwangere

FORUM

24_Selbsthilfe-Forum: „Sinnesbeeinträchtigung“

KV INTERN

28_Grundsteinlegung für das neue Ärztehaus

RUBRIKEN

02_Impressum
03_Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

26_Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

29_Hofmeisters Tagebuch

KV INTERN

25_Leserbrief
30_Steckbrief: Dr. Dirk Bumann
31_Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelbild: Sebastian Haslauer
Seite 10: M iStockfoto / Headquarters; Seite 14, 17: Felix Faller/Alinea; Seite 18: G-BA; Seite 20: Adam Gregor/Fotolia; Seite 22: BGV Hamburg; Seite 24: Leonid & Anna Dedukh/Fotolia; Seite 28: Petra Marbs; Seite 29: Michael Zapf; 32: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto

Welchen Effekt hat die Praxisaufkauf-regelung für Hamburg?

Wir haben drei Experten nach ihrer Einschätzung gefragt



Ronald Hensel

Leiter der Hamburger Filiale der Deutschen Apotheker- und Ärztebank

Zahlreiche Sonderregelungen

Eines der wesentlichen Ziele des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) ist, dem voranschreitenden Ärztemangel in strukturschwachen Regionen entgegenzuwirken. Die Praxisaufkaufregelung ist eine Maßnahme, die eine zu hohe Dichte in Ballungsgebieten verhindern soll.

Grundsätzlich sieht das Gesetz jedoch zahlreiche Sonderregelungen vor, beispielsweise müssen Aspekte wie die Weiterführung der Praxis vom Ehegatten, von Kindern oder angestellten Ärzten beachtet werden. Privilegiert werden zudem Nachfolger, die einen besonderen lokalen oder qualifikationsgebundenen Versorgungsbedarf, beispielsweise von Menschen mit Behinderungen, decken können.

Darüber hinaus werden Zulassungsausschüsse künftig erst bei einer Überschreitung des rechnerischen Versorgungsbedarfs um 40 Prozent tätig werden. Die Grenze der Aufkaufpflicht würde also erst bei einem Versorgungsgrad von 140 Prozent gezogen werden.

Insgesamt gehen wir nicht davon aus, dass es sich beim Praxisaufkauf um große Stückzahlen handeln wird. ■



Dieter Röben
Deutsche Ärzte Finanz Hamburg

Wenig Änderung zu erwarten

In den meisten Fällen wird sich durch die neue Praxisaufkaufregelung in Hamburg nichts ändern. Liegt der Versorgungsgrad einer Arztgruppe bei unter 140 Prozent, kann der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung wie bisher ablehnen, wenn die Praxis „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich" ist. Er muss dies aber nicht tun. Eine Änderung der Spruchpraxis des Zulassungsausschusses ist in diesen Fällen nicht zu erwarten.

In einigen Arztgruppen (zum Beispiel Radiologie, Psychotherapie) liegt der Versorgungsgrad in Hamburg über 140 Prozent. **Es bleibt aber möglich, als Praxisinhaber auf seine Zulassung zu verzichten und sich anstellen zu lassen. In diesem Fall findet keine Versorgungsbedarfsprüfung statt.** Die Prüfung des Versorgungsbedarfs entfällt auch, wenn die Praxis von einem Arzt übernommen wird, der seit 5. März 2015 oder seit mindestens drei Jahren entweder beim bisherigen Praxisinhaber angestellt oder dessen Partner gewesen ist.

Übrigens ist es ein Missverständnis, dass die Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes aus einer Berufsausübungsgemeinschaft erst drei Jahre nach deren Gründung erfolgen kann. Der Antrag kann vorher gestellt werden, nur findet dann eben wie bisher bei einer Einzelpraxis auch eine Versorgungsbedarfsprüfung statt.

Psychotherapeuten werden vermutlich in stärkerem Umfang als bisher auf Job-Sharing als Lösung setzen, denn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat neue Regelungen zu beschließen, die dazu führen, dass eine unterdurchschnittlich abrechnende Job-Sharing-Praxis ausgebaut (und somit wieder versorgungsnotwendig) werden kann. ■



Sven Hennings
Fachanwalt für Medizinrecht,
CausaConcilio Rechtsanwälte

Rechtssichere Gestaltungsoptionen

Die Praxisaufkaufregelung kann für Ärzte, die einer Gruppe mit einem Versorgungsgrad von über 140 Prozent angehören, erhebliche Konsequenzen haben. Möglicherweise können sie das wirtschaftliche Substrat ihrer Praxis nicht mehr – wie bisher – am Markt verwenden, sondern sind auf eine Entschädigung in unbekannter Höhe durch die KV angewiesen.

Wichtig ist die Feststellung, dass es rechtssichere Gestaltungsoptionen gibt, dies zu verhindern. Die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ist nämlich vom Gesetz zwingend vorgesehen, wenn der Übernehmer „Ehegatte, Lebenspartner oder ... Kind des bisherigen Vertragsarztes" oder aber Angestellter oder in Berufsausübungsgemeinschaft (auch Job-Sharing) tätiger Arzt des Abgebers seit mindestens drei Jahren ist.

Um größtmögliche Sicherheit für eine Nachbesetzung zu schaffen, ist dringend anzuraten, rechtzeitig die Weichen hierfür zu stellen. Gerade die übergangsweise Zusammenarbeit mit einem (potentiellen) Übernehmer lässt sich planen, wenn man schon einige Jahre vor dem avisierten Übergabezeitpunkt das Projekt „Praxisnachfolge" angeht.

Lässt sich dieses nicht realisieren, gilt es, möglichst viele Argumente für die Versorgungsrelevanz der Praxis zu schaffen, etwa durch Abstimmung mit benachbarten Praxen und deren Bekundung, keine weiteren Patienten bei Wegfall der eigenen Praxis behandeln zu können. Auch an solchen Versorgungsaspekten wird der Zulassungsausschuss künftig nicht vorbeigehen können. ■

VON STEPHAN HOFMEISTER

Was heißt hier "Bedarf"?

Die Praxisaufkaufregelung basiert auf einer veralteten Bedarfsplanung. Nun gilt es, das VSG auf möglichst unschädliche Weise umzusetzen – und für ein realistischeres Sicherstellungskonzept zu kämpfen.



Etwa 50.000 Unterschriften haben die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten gegen das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) gesammelt – und vermutlich war diese Mühe nicht völlig vergebens. Die Vorschrift zum „Praxisaufkauf" wurde immerhin entschärft. Im Referentenentwurf hieß es noch, dass Praxissitze eines Fachbereichs mit einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent nur noch nachbesetzt werden sollen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Diese Grenze wurde in der vom Bundestag verabschiedeten Version des Gesetzestextes auf 140 Prozent heraufgesetzt. Das Grundproblem allerdings bleibt bestehen: Die Bedarfsplanung ist obsolet und muss überarbeitet werden – so steht es sinngemäß auch in der Begründung des Gesetzes. Das hat den Gesetzgeber allerdings nicht davon abgehalten, auf Grundlage der alten Bedarfsplanung eine Versorgungsgrad-Grenze für die Aufkaufregelung zu definieren.

> Was würde passieren, wenn wir Kinder- und Jugendpsychiatrie-Praxen stilllegen? Es gäbe einen Aufschrei in Hamburg.

Was bedeutet die 140-Prozent-Grenze für Hamburg? Ein Blick auf den Versorgungsgrad der Fachgruppen zeigt: Hausärzte, Kinderärzte und Frauenärzte sind nicht mehr von der Aufkaufregelung bedroht. Doch Psychotherapeuten, fachärztliche Internisten und Radiologen liegen oberhalb der Grenze (siehe Grafik rechts). Kaum vorzustellen, was geschehen würde, wenn wir Kinder- und Jugendpsychiatrie-Praxen stilllegen würden, die ebenfalls über der Grenze liegen. Das gäbe einen Aufschrei in Hamburg. Jedem muss klar sein: Würde man alle Praxen jen-

seits der 140-Prozent-Grenze aufkaufen, wäre das ein Kahlschlag der Versorgung in Hamburg.

Das darf nicht so kommen. Und es wird auch nicht so kommen, denn im Gesetz sind Ausnahmen und Einschränkungen vorgesehen. Die Aufkaufregelung greift nicht, wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz der betreffenden Fachrichtung weiterhin benötigt wird. Darüber hinaus sind im Gesetz einige Konstellationen beschrieben, die ebenfalls vor einem Aufkauf schützen (vgl. auch Nachgefragt-Statements auf Seite 6). Neu ist, dass bei der Nachbesetzung eines Arztsitzes ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) berücksichtigt werden kann, das sich mit einem besonderen Versorgungsangebot bewirbt.

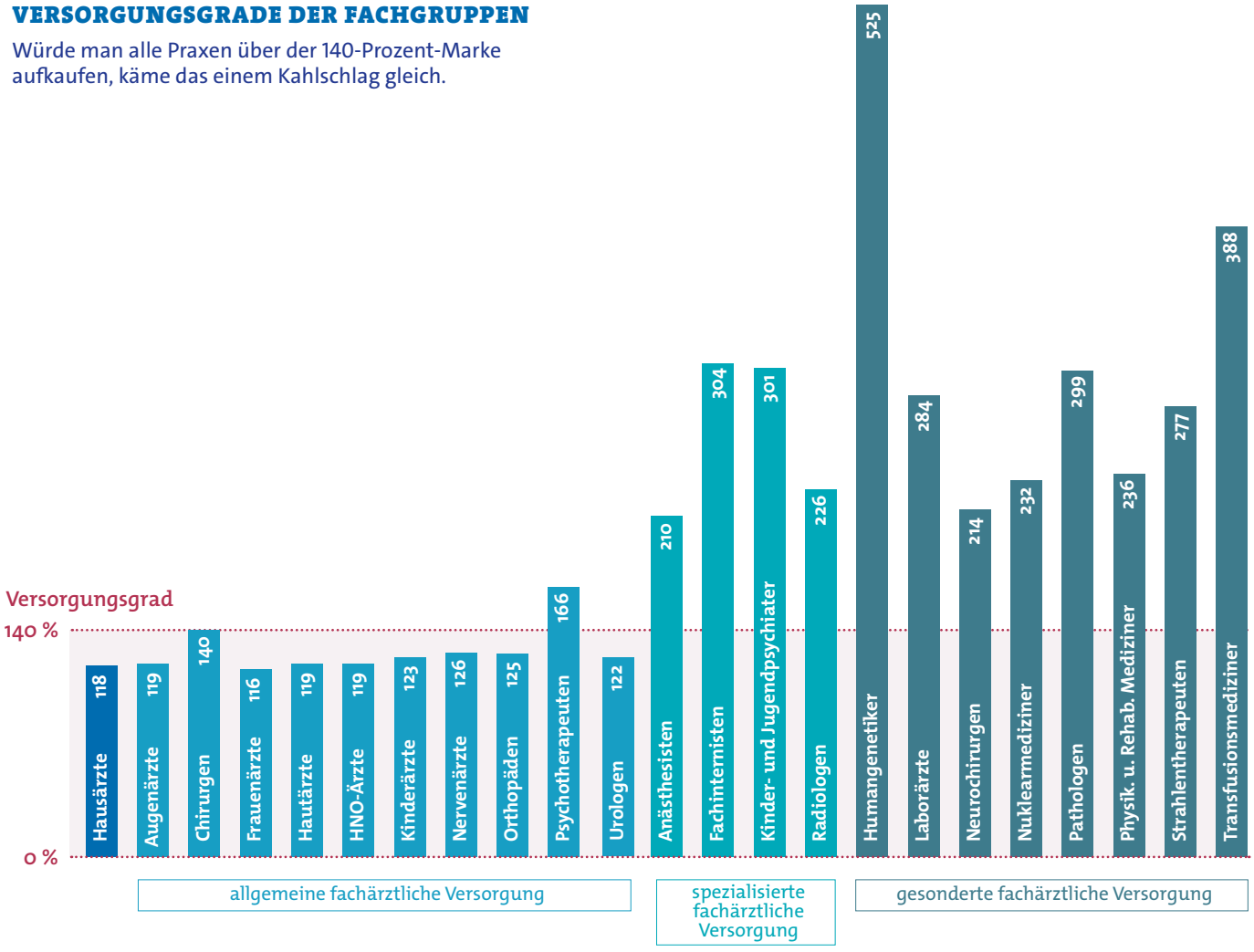
Eine weitere Neuregelung betrifft Vertragsärzte, die für fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet (beispielsweise in der Uckermark) arbeiten. Diese werden privilegiert, wenn sie sich anschließend auf einen frei werdenden Sitz in einem anderen Gebiet (beispielsweise in Hamburg) bewerben. Ob das den wirklich unterversorgten Regionen hilft, bleibt dabei mehr als fraglich.

Die Liste der Ausnahmeregeln sollte sich ein Arzt, der eine Abgabe seiner Praxis in den nächsten fünf Jahren plant, genau ansehen. Zu dieser Planung gehört die Klärung, ob es innerhalb des gesetzlichen Rahmens eine Konstellation gibt, die einen Aufkauf unmöglich macht, um so von vornherein Sicherheit zu erhalten.

Wird der Hamburger Zulassungsausschuss vor die Frage gestellt, ob eine Praxis aufgekauft wird, bekommt nicht nur der Inhaber ein Problem. Es gibt kaum einen vor-

VERSORGUNGSGRADE DER FACHGRUPPEN

Würde man alle Praxen über der 140-Prozent-Marke aufkaufen, käme das einem Kahlschlag gleich.



stellbaren Fall, in dem die KV dem Aufkauf einer Praxis mit gutem Gewissen zustimmen könnte. Wir wüssten auch gar nicht, wie wir einen Aufkauf technisch umsetzen sollten. In der Begründung des Gesetzes wird behauptet, man habe diesbezüglich nachgebessert und Klarheit geschaffen. Es gibt nun einen kleinen Zusatz zur Aufkaufregelung, wonach bei der Ermittlung des Verkehrswertes einer Praxis der Verkehrswert „bei Fortführung der Praxis“ gemeint sei. Und: Auch laufende Verpflichtungen würden übernommen. Inwiefern dies eine Präzisierung ist oder gar Klarheit schafft, erschließt sich nicht. Wenn man berücksichtigt, dass es bisher alleine zur Wertermittlung von Praxen mehrere höchst unterschiedliche Ermittlungssysteme gibt, wird klar, dass hier erst die Rechtsprechung zeigen wird, wohin die Reise geht.

In Hamburg sind vor allem jene Arztgruppen vom Aufkauf bedroht, die in besonders großem Umfang Patienten aus dem Umland versorgen. Wir brauchen diese Praxen. Die Hamburger Gesundheitsbehörde wird das vermutlich ähnlich sehen. Die Frage ist, ob sich die Krankenkassen im Interesse ihrer Versicherten auf unsere Seite schlagen oder irgendwann Rechtsmittel einlegen, um den Aufkauf von Praxen durchzusetzen.

Möglicherweise gibt es dann einen Musterprozess. Der Arzt, den das betrifft, ist nicht zu beneiden. Er hängt in der Luft: Die Zukunft seiner Praxis wird auf dem Rechtsweg entschieden – und das kann dauern.

Unterdessen soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die der Aufkaufregelung zugrunde liegende Bedarfsplanung überarbeiten. Die



Für Hamburg der falsche Ansatz: Kleinräumige Bedarfsplanung würde keine Probleme lösen, sondern neue schaffen.

Planung soll künftig „kleinräumiger“ erfolgen. So sehr eine an realistischen Kategorien orientierte Neu-Regelung zu begrüßen wäre: Das ist für Hamburg der falsche Ansatz. Es wird gerne vergessen, dass bundesweit unter „Kleinräumigkeit“ etwas völlig anderes verstanden wird als in Hamburg. Die hiesigen Entfernungen sind schon jetzt weit unter dem, was im G-BA als „Kleinräumigkeit“ diskutiert wird. Kleinste Kästchen in einer Großstadt führen ins Nichts. Die Patientenströme halten sich nicht an kleinräumige Verwaltungsgrenzen, sondern verlaufen entlang von Verkehrsrouten und individuellen Wegen des Alltags. Eine kleinräumige Planung wird in Hamburg kein Problem lösen, sondern neue schaffen.

Überhaupt sollte man zunächst mal den Begriff „Bedarf“ definieren. Was ist damit gemeint? Die in Anspruch genommene Leistung? Ein irgendwie zu messender Versorgungsbedarf der Patienten? Der von Lokalpolitikern gefühlte Versorgungsbedarf des Stadtteils?

Die Solidargemeinschaft muss definieren, welches Mindest-Angebot für die Bürger unserer Republik an jedem Ort und zu jeder Zeit zur Verfügung stehen muss. Wenn man darüber Einigkeit erzielt hat, gibt es in der Hamburger Innenstadt möglicherweise zehn Mal mehr Ärzte als in Dithmarschen, doch auch die Patienten in Dithmarschen bekommen eine garantierte Mindestversorgung.

Hitzig diskutiert wurden in den vergangenen Monaten die im VSG vorgesehenen Terminservicestellen. Vor einigen Jahren hätten wir noch sagen können: Lass uns doch eine App machen; etwas Nettes, Leichtes, Schönes, womit Patienten an einen Termin kommen können. Eine App ist modern und aktuell; das haben die Deutsche Post, die Bahn und die Lufthansa.

Auch uns hätte ein solches Angebot gut zu Gesicht gestanden, und wir hätten keine vom Gesetzgeber aufgezwungene Regelung bekommen, die uns nun feindlich gegenüber steht. Denn mit der Einführung von Terminservicestellen im VSG werden Erwartungen in der Bevölkerung geweckt, die wir nicht erfüllen können und die vom Gesetzestext auch nicht gedeckt sind. Kaum einem Patienten ist bewusst, dass die Terminservicestellen nur für bestimmte dringende Fälle gedacht sind. Hier wird ein Sachverhalt geregelt, der in Hamburg faktisch kaum vorkommt.

Der benötigte Termin muss innerhalb von einer Woche bei einem Arzt in zumutbarer Entfernung gefunden werden. Die Wartezeit auf den Termin soll vier Wochen nicht überschreiten. Als langjähriger Hausarzt kann ich nur sagen: Wenn

es fünf Wochen Zeit hat, ist es nicht dringlich. Wenn es wirklich dringlich ist, greift der Arzt zum Telefonhörer und sorgt dafür, dass sein Patient gegebenenfalls sofort einen Termin bekommt. Das funktioniert.

Die Ärzteseite konnte im Gesetzgebungsverfahren immerhin durchsetzen, dass die Terminservicestellen evaluiert werden. Davon war anfangs keine Rede, doch wir halten eine Evaluation für wichtig, weil wir davon ausgehen, dass das gesamte Projekt eine Fehlkonstruktion ist.

Das KV-System erarbeitet ein Web-basiertes System, in das die Praxen ihre Termine eintragen. Damit wäre der Kalender mit Angeboten gefüllt, die Patienten beziehungsweise die überweisenden Praxen könnten Termine über den Computer oder das Smartphone zugeteilt bekommen.

Im Hintergrund muss das System automatisch die No-Shows registrieren – also jene Patienten, die einen Termin annehmen, ihn dann aber nicht wahrnehmen. Patienten oder Praxen ohne Online-Technik können sich den Termin über unsere Hotline geben lassen, die dasselbe System nutzt. Eine Auswertung der Daten wird zeigen, ob das Projekt die Erwartungen der Politik erfüllt.

Auf gar keinen Fall wollen wir hier in Hamburg ein Callcenter einrichten, das erstens viel Geld kostet und dessen Mitarbeiter zweitens auf der Suche nach Terminen ständig in den Praxen anrufen und den Praxisbetrieb stören.

Während die KBV mit ihrem Streit um die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (siehe KVH-Journal 7-8/2015) beschäftigt war, hat der Gesetzgeber still und leise eine weitere Öffnung der Hochschulambulanzen für die ambulante Versorgung vollzogen. Der fakultative Überweisungsvorbehalt bei Forschung und Lehre wurde gestrichen. Gleichzeitig wurde der Indikationsumfang aufgebohrt: Auf fachärztliche Überweisung können künftig alle Patienten behandelt werden, „die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen".

Bisher gab es „Fallzahlobergrenzen", nun fällt diese Deckelung weg. Die Hochschulambulanzen können künftig also ein größeres Leistungsspektrum erbringen, sie können die Leistungen unbegrenzt erbringen – und die Leistungsausweitung geht zu Lasten der Vertragsärzte. In der Begründung zum Gesetz gibt es einen Satz mit absolut bösartigem Potential. Dort wird nämlich der Bewertungsausschuss aufgefordert, Regelungen zu schaffen, mit denen die zu erwartende Leistungsverlagerung aus dem ambulanten fachärztlichen Honorar bereinigt werden kann.

> In Hamburg sind vor allem jene Praxen vom Aufkauf bedroht, die in großem Umfang Patienten aus dem Umland versorgen.

Bisher habe ich noch keinen Aufschrei gehört, doch die weitere Öffnung der Hochschulambulanzen bedroht uns alle. Verbesserungen in der ambulanten Versorgung vermag ich darin auch nicht zu erkennen, sind doch Hochschulambulanzen in der Regel in Ballungsräumen, wo es ohnehin ein hervorragendes ambulantes Versorgungsangebot gibt.

Einige Gesetzesänderungen betreffen die juristische Konstruktion von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die Gründereigenschaft für Ärzte, die zugunsten einer Anstellung in ihrer eigenen MVZ-GmbH auf ihre Zulassung verzichten, bleibt erhalten, solange sie in dem MVZ weiterhin tätig und Gesellschafter des MVZ sind. Das erhöht die Flexibilität für Ärzte am Ende ihrer Berufstätigkeit.

Künftig können auch fachgleiche MVZ gegründet werden. Das heißt: Zwei Hausärzte oder zwei Orthopäden oder zwei Dermatologen können jeweils ein MVZ gründen. Auch das eröffnet weitere Spielräume, die für die Ärzte nutzbar und mit vertretbarem Aufwand umzusetzen sind.

Welche Auswirkungen das Versorgungsstärkungsgesetz auf Hamburg haben wird, ist noch nicht absehbar. Die KBV war in den Monaten während des Gesetzgebungsverfahrens durch Streitigkeiten geschwächt. Der Druck auf die Politik kam diesmal in erster Linie von der Basis. Wir können stolz sein auf das Engagement, mit dem sich die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten gegen die schlimmsten Zumutungen des VSG zur Wehr gesetzt haben. ■

DR. STEPHAN HOFMEISTER,
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

VON DOMINIK GRAF VON STILLFRIED

Mythos Überversorgung

Die exzellente ambulante Versorgung in Hamburg trägt dazu bei, Krankenhausfälle zu vermeiden. Das macht die Medizin wirtschaftlicher. Statt Praxen aufzukaufen, sollte man die ambulante Versorgung deshalb weiter ausbauen.

Im Koalitionsvertrag klingt das Ziel ganz einfach und klar verständlich. „Die Koalition will den Gesundheitsstandort Hamburg weiter stärken", formulierten SPD und Grüne in ihrem Basispapier für die Regierungsperiode in der Hansestadt bis 2020.

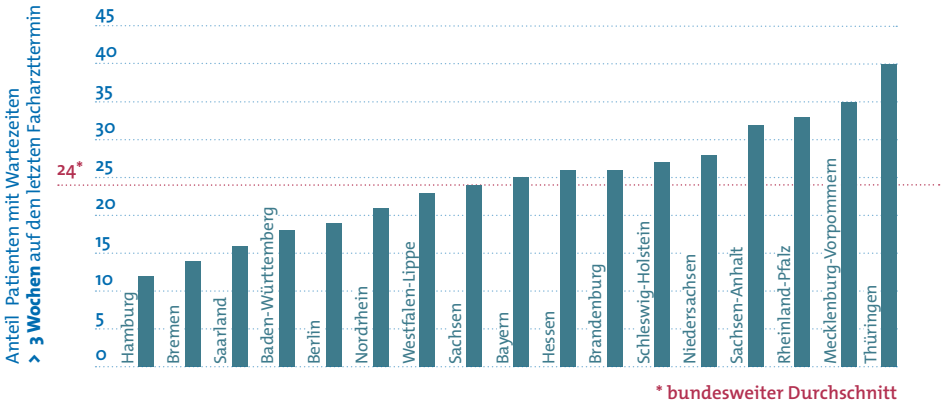
Die Pläne ihrer Kollegen auf Bundesebene hingegen müssen den Hamburger Senatspolitikern Sorgenfalten auf die Stirn treiben: Der Bund will die Versorgung im ländlichen Raum stärken, und zwar zu Lasten der Städte. Das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) sieht vor, dass Praxen aus Fachbereichen mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent aufgekauft und geschlossen werden. Das könnte auch zahlreiche Arztsitze in Hamburg betreffen (siehe Seite 8).

Dabei steht mehr auf dem Spiel als der eine oder andere Facharztsitz. Hamburg hält bislang einen Spitzenplatz, was die qualitativ hochwertige und wohnortnahe ambulante Versorgung betrifft. In der Hansestadt warten Patienten sensationell kurz auf einen Termin beim Facharzt: Während hier lediglich 12 Prozent der Patienten länger als drei Wochen ausharren mussten, bis sie von einem Facharzt behandelt wurden, waren es in Thüringen 40 Prozent. Und selbst im wirtschaftlich gut dastehenden Bayern lag der Anteil mit 25 Prozent mehr als doppelt so hoch wie in Hamburg (Abbildung 1).

Bedenkt man die im internationalen Vergleich in Deutschland ohnehin kurzen Wartezeiten, ist Ham-

Abbildung 1

TERMINVERGABE BEI FACHÄRZTEN: HAMBURG IST AM SCHNELLSTEN



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Versichertenbefragung der KBV 2014

Abbildung 2

ARZT- UND BETTENDICHTE IN HAMBURG IM VERGLEICH ZUM BUND

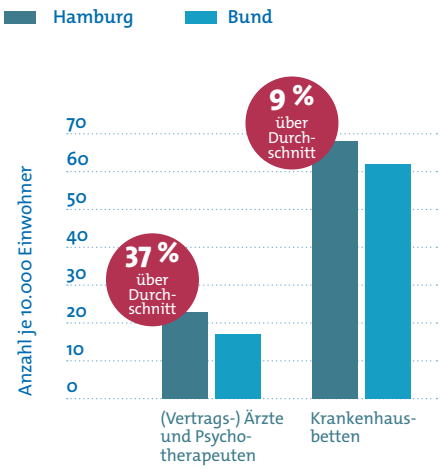
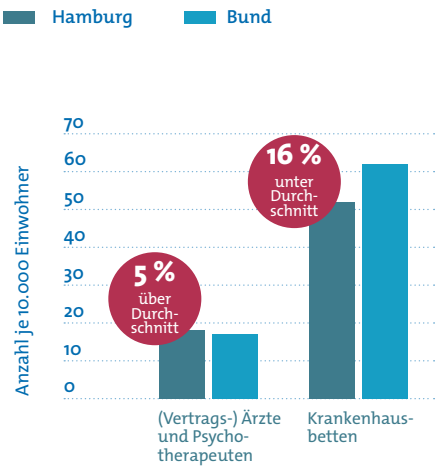


Abbildung 3

ARZT- UND BETTENDICHTE IN HAMBURG IM VERGLEICH ZUM BUND - KORRIGIERT UM MITVERSORGUNG



Quelle: www.versorgungsatlas.de und INKAR-Daten des BBSR, 2013 / Zi-Berechnungen

Auf den ersten Blick liegt Hamburg sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich über dem Bundesdurchschnitt (Abbildung 2). Rechnet man die Mitversorgung des Umlandes heraus, zeigt sich: Die Arztdichte liegt zwar noch immer fünf Prozent über dem Durchschnitt – sorgt aber für eine deutliche Entlastung des stationären Bereichs (Abbildung 3).

burg quasi Nationalmeister in der Weltmeisterklasse.

Ist Hamburg überversorgt? Auf den ersten Blick sieht es ganz danach aus: Die Zahl der Krankenhausbetten liegt neun Prozent über dem Bundesdurchschnitt, die der Vertragsärzte und Psychotherapeuten gleichzeitig 37 Prozent darüber (Abbildung 2).

Allerdings kommen in Hamburg etwa 30 Prozent der Patienten aus dem Umland, sowohl in Arztpraxen als auch im Krankenhaus. Das ändert das Bild: Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zufolge stehen für die medizinische Versorgung der Hamburger dann zwar immer noch gut fünf Prozent mehr Vertragsärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung als im Bundesdurchschnitt. Die Zahl der Krankenhausbetten allerdings rutscht auf 16 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt (Abbildung 3).

Der Mythos der generellen Überversorgung von Ballungsräumen schrumpft oder kehrt sich sogar ins Gegenteil, wenn man die Umlandversorgung herausrechnet. Denn ja: In Hamburg profitieren die Menschen von einem dichten Netz an Arztpraxen, die fußläufig oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen sind. Doch deswegen ist die Stadt noch lange nicht überversorgt – nur dank dieser Infrastruktur gelingt es, die bundesdeutsche Hitliste vermiedener Krankenhausaufenthalte anzuführen. Aus dem per Gesetz geforderten Grundsatz „ambulant vor stationär“ macht Hamburg ein „ambulant statt stationär“.

Für Hamburg wird diese Entwicklung am Beispiel ambulanten Operierens besonders deutlich: Aus Sicht des Sachverständigenrats herrscht auf diesem Gebiet bundesweit Nachholbedarf, in manchen Regionen mehr, in manchen weniger. Hamburger Ärzte operieren hingegen weit häufiger als der Durchschnitt in ihrer Praxis oder in Belegbetten im Krankenhaus, während es zu weniger Operationen kommt, die mit mehrtägigen Krankenhausaufenthalten verbunden sind.

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland beim Verhältnis von ambulantem zu stationärem Operieren derzeit im Mittelfeld. Spit-



Dr. Dominik Graf von Stillfried auf dem Versorgungsforschungstag in Hamburg: "Durch Stärkung der ambulanten Versorgung könnte man den durch den demografischen Wandel verursachten Kostenanstieg halbieren."

zenreiter in Europa sind Dänemark und die Niederlande, das Schlusslicht bilden Italien und Portugal.

Grundsätzlich gehen Wissenschaftler davon aus, dass das Potenzial längst nicht ausgeschöpft ist. Technische Fortschritte in der Pharmaindustrie, bei Therapien und Operationsmöglichkeiten werden in den kommenden Jahren dazu beitragen, Eingriffe für Patienten komfortabler und unkomplizierter zu gestalten. So können etwa minimal-invasive Verfahren in vielen Fällen mittlerweile offene Eingriffe ersetzen; den Patienten bleibt damit nicht nur die Narbe erspart, sie sind auch schneller wieder fit.

Auch der Sachverständigenrat setzt auf diese erwarteten Innovationen. Wenn es gelingt, Krankenhausaufenthalte tatsächlich wann immer möglich zu verringern, würden die mit einer alternden Gesellschaft verbundenen Kosten abgemildert – so seine These, der das Zentralinstitut für die ambulante Versorgung (Zi) nachgegangen ist: Wir haben fünf Prozent der Landkreise und kreisfreien Städte identifiziert, die den höchsten Ausschöpfungsgrad des Potenzials ambulanter Versorgung haben. Sie gelten als modellhaft ganz im Sinne des Sachverständigenrats, der eine hohe Dichte an ambulanter Versorgung mit einer ebenso hohen Qualität dieser Angebote gleichsetzt, denn bei bestimmten Krankheiten ist heute eine Krankenhausbehandlung nur noch dann notwendig, wenn Lücken in der ambulanten Versorgung auftreten. In diesem Sinne sind die 21 Kreise mit dem höchsten Ausschöpfungsgrad des Potenzials ambulanter Versorgung aus unserer Sicht „Best-Practice-Regionen".

In diesen Regionen nehmen Patienten 13 Prozent häufiger als im Bundesdurchschnitt Angebote niedergelassener Ärzte wahr, während der stationäre Bereich 15 Prozent unterdurchschnittlich ausgelastet ist. In dieser Auswahl befinden sich Kreise aus Ost und West, Stadt und Land. Insgesamt geht es um elf Millionen Einwohner – eine durchaus kritische Masse.

Auf dieser Basis haben wir eine Hochrechnung mit zwei Szenarien erstellt. Im ersten Szenario ändert sich nichts außer der Altersstruktur. Mit welchen Ausgaben müsste das Gesundheitswesen binnen zehn Jahren rechnen? Im zweiten Szenario wären alle Regionen ambulant so versorgt, wie die 21 Best-Practice-Regionen es heute schon sind – auch dafür haben wir die erwarteten Kosten ausgerechnet.

Das Ergebnis: Der demographisch bedingte Ausgabenanstieg könnte halbiert werden. Würde sich ganz Deutschland diesen Best-Practice-Regionen annähern, würden wir insgesamt etwa zwei Milliarden Euro weniger an zusätzlichen Ausgaben erwarten. Und das, obwohl man erheblich mehr Geld in den Ausbau des ambulanten Versorgungsnetzes stecken müsste.

Eine bessere ambulante Versorgungsstruktur ist die Grundvoraussetzung dafür, dass sich andere Gegenden dem Niveau der Musterregionen nähern. Besondere Unterstützung bräuchten sicherlich die Kreise

und kreisfreien Städte mit einem weit unterdurchschnittlichen ambulanten Versorgungsgrad – hier müsste erheblich in die Strukturen investiert werden, nicht nur in Prozesse.

Hamburg gehört zur Spitzengruppe. Wie eine Studie des IGES-Instituts belegt, sparen die Krankenkassen in der Hansestadt aufgrund der gut ausgebauten ambulanten Versorgungsstruktur jetzt schon 30 Euro pro Versichertem für vermiedene Krankenhausaufenthalte. Mit diesem Wert hebt sich Hamburg von anderen Bundesländern deutlich ab.

Doch auch in Hamburg gibt es noch Sparpotenzial. Dabei geht es weniger darum, die Zahl der Einweisungen insgesamt zu verringern. Ihre Zahl liegt in Hamburg schon jetzt weit unter dem Bundesdurchschnitt. Auffallend ist der hohe Anteil an Patienten, die sich selbst in den Notfallambulanzen von Krankenhäusern vorstellen. Solche Selbsteinweisungen machen etwa 80 Prozent der Patienten in Hamburger Notfallambulanzen aus.

Die gesamten Zuwächse bei stationären Behandlungen in Hamburg gründen auf diesen Notfallpatienten, die oft weniger als drei Tage im Krankenhaus bleiben. Sowohl der Anteil an Menschen, die sich nur für ein paar Stunden im Krankenhaus behandeln lassen, als auch der Anteil an Kurzliegern ist in Hamburg auffällig hoch. Berücksichtigt man die Altersstruktur im Stadtstaat, liegt der Anteil dieser Patientengruppe sogar 14 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt.

Detaillierte Informationen liefert eine weitere IGES-Studie, die das Zi in Auftrag gegeben hat: Bei bis zu drei Vierteln dieser Patienten haben die Ärzte im Wesentlichen nur eine diagnostische Leistung erbracht. Analysiert man deren Art und Umfang, hätten die Betroffenen meistens bei niedergelassenen Ärzten gleichwertige Hilfe erhalten – mit weitaus weniger Belastungen und unter angenehmeren Umständen. Hier könnte man ansetzen, um die hohe Zahl der Selbsteinweisungen zu verringern.

Eine schnelle Lösung wird es aber nicht geben. Vielmehr geht es um eine koordinierte Strategie. Die niedergelassenen Ärzte und ihre Standesvertreter müssen die Menschen in Hamburg davon überzeugen, dass Praxen und Notfallpraxen erste Anlaufstellen sind.

Doch nicht nur die potenziellen Patienten stehen im Fokus. Genauso wichtig sind Ansätze, die sich den niedergelassenen Ärzten und ihren Arbeitsbedingungen widmen. Es ist nicht plausibel, dass niedergelassene Mediziner in Hamburg für ambulante Behandlungen werben, wenn sie weiterhin einen erheblichen Teil der Leistungen ohne angemessene Vergütung erbringen.

Für etwa 20 Prozent ihrer Arbeit bekommen sie nicht das Honorar ausbezahlt, das laut Gebührenordnung fällig wäre. Nirgends anders in Deutschland ist diese Auszahlungsquote so niedrig.

Es ist ein Auftrag an Politik, Krankenkassen und Berufsvertreter gleichermaßen: Statt über angebliche „Überversorgung“ zu diskutieren und den Aufkauf von Praxen in Ballungsgebieten zu forcieren, sollten sie im Gegenteil die ambulante Versorgung stärken. Unsere Forschungsergebnisse zeigen: Es lohnt sich, in diesen Bereich zu investieren, um das Gesundheitswesen zukunftssicher zu machen. ■

Versorgungsforschungstag Hamburg

Als erste Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland hat die KV Hamburg einen regionalen „Versorgungsforschungstag“ veranstaltet. Rund 150 Teilnehmer interessierten sich für das **Thema „Die Ambulantisierung der Medizin“**, das die KV und der Co-Veranstalter, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), gewählt hatten.

Sechs hochkarätige Referenten aus ganz Deutschland stellten den Stand der Forschung zur Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Bereich dar. **Den Vortrag des Zi-Geschäftsführers Dr. Dominik Graf von Stillfried dokumentieren wir nebenstehend in leicht gekürzter Form.**

Die große Resonanz hat die KV Hamburg darin bestätigt, künftig weitere Veranstaltungen zu Themen aus der Versorgungsforschung mit Regionalbezug durchzuführen.

Weitere Informationen zum Versorgungsforschungstag und die dort gehaltenen Referate finden Sie im Internet: www.versorgungsforschungstag-hamburg.de

DR. DOMINIK GRAF VON STILLFRIED
Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

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

DIGITALISIERUNG VON PATIENTENAKTEN

Wir wollen unsere Patientenakten digitalisieren. Was müssen wir dabei beachten?

Wenn es sich um Dokumentationen handelt, die Sie selbst erstellt haben, gilt das gleiche Prinzip wie bei der Patientenakte in Papierform: Nachträgliche Änderungen sind nur zulässig, wenn der Korrekturzeitpunkt und der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleiben. Bei einer elektronisch geführten Patientenakte muss die Praxis also eine Software nutzen, die diese Anforderungen erfüllt.

Externe Dokumente, insbesondere in Papierform übermittelte Arztbriefe, können durch Scannen in die elektronische Patientenakte aufgenommen werden. Umstritten ist jedoch, ob die Original-Arztbriefe in Papierform nach dem Scannen vernichtet werden können oder aufbewahrt werden müssen. Ein vom Ersteller unterzeichneter Original-Arztbrief hat vor Gericht die Qualität einer Urkunde und damit den vollen Beweiswert. Die eingescannte Version dieses Arztbriefes hat einen verringerten Beweiswert und kann in einem Prozess allenfalls als Augenscheinsbeweis gewertet werden.

Der Arzt muss daher im Einzelfall abwägen, ob er die Original-Arztbriefe nach dem Scannen vernichtet oder aufbewahrt.
Näheres zum Thema: www.kvhh.de → Recht & Verträge → Datenschutz → Bekanntmachung der Bundesärztekammer: "Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis" (Deutsches Ärzteblatt / Juni 2014)

EINSCHREIBUNG DMP DIABETES UND KHK

Wir möchten unsere Patienten für das DMP Diabetes und KHK einschreiben. Da es neue Formulare gibt, sind wir unsicher, welche wir benutzen können.

Neu und verpflichtend seit 1. Juli 2015 anzuwenden sind die Formulare Diabetes mellitus 010D und KHK 030C.

ARBEITSSCHUTZUNTERSUCHUNG

Wie rechnen wir die Jugendarbeitsschutzuntersuchung vor Antritt einer Ausbildung ab?

Diese Untersuchung ist keine Kassenleistung. Die Patienten bekommen vom Einwohnermeldeamt einen Berechtigungsschein, den sie in der Praxis vorlegen und über den die Untersuchung direkt mit dem Amt für Arbeitsschutz abgerechnet wird. Die KV erhält keine Kopie des Scheines.
Amt für Arbeitsschutz
Rechnungsstelle Billstraße 80
20539 Hamburg
Telefonnummer: 040-428 372112

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

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

ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Im Praxisalltag kommt es häufig vor, dass wir Patienten behandeln, die ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht vorlegen können. Können wir zu diesem Zeitpunkt trotzdem die Gebührenordnungspositionen des EBM in unserem Praxisverwaltungssystem (PVS) zur Abrechnung eintragen oder werden Leistungen grundsätzlich erst nach dem Einlesen der eGK von der KV vergütet?

Das Einlesedatum der eGK innerhalb eines Quartals muss nicht zwingend vor dem ersten Abrechnungstag einer Gebührenordnungsposition liegen. Wenn der Patient im laufenden Quartal seine eGK nachreicht, werden also auch die Leistungen abgerechnet, die vor dem Einlesedatum der Karte in Ihre PVS eingetragen wurden. Sie sind allerdings berechtigt, eine Privatrechnung zu stellen, wenn der Patient nicht innerhalb von zehn Tagen nach der Behandlung die eGK nachgereicht hat. Dieser Betrag ist jedoch wieder zu erstatten, wenn der Patient bis zum Ende des Quartals doch noch seine eGK nachreicht.

MASERN-MUMPS-RÖTELN-IMPFUNG

Stimmt es, dass die Knappschaft die Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR) bei vor 1971 geborenen Erwachsenen übernimmt?

Ja, die Knappschaft übernimmt seit dem 1. Juli 2015 die MMR-Impfung für vor 1971 geborene Erwachsene (unabhängig vom Wohnort)

- mit unklarem Impfstatus,
- ohne Impfung oder
- mit nur einer Impfung in der Kindheit.

Die Abrechnung erfolgt über die Nummer 89301Z und wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit einem Betrag in Höhe von 9,74 Euro vergütet. Der Impfstoff wird auf Muster 16 auf den Namen des Patienten zu Lasten der Knappschaft verordnet, das Feld Impfstoffe ist mit der Nummer 8 zu kennzeichnen.

Infocenter Tel: 22802-900



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

Nur direkt an den MDK

Medizinische Unterlagen müssen ohne Umwege geschickt werden

Die Bundesdatenschutzbeauftragte hat darauf hingewiesen, dass medizinische Unterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ohne Umwege übermittelt werden müssen. Wenn der MDK gutachterliche Stellungnahmen abzugeben oder Prüfungen durchzuführen hat, so dürfen die Vertragsärzte die hierfür benötigten Unterlagen nicht über die Krankenkassen schicken.

Bislang wird von den Praxen häufig das sogenannte Umschlagsverfahren genutzt. Bei diesem Verfahren werden die Unterlagen in zwei Umschlägen zunächst an die Krankenkasse geschickt: Der erste Umschlag enthält einen gesonderten und verschlossenen zweiten Umschlag, der von der Krankenkasse an den MDK weitergeleitet werden soll. In der Regel trägt dieser zweite Umschlag den Vermerk „ärztliche Unterlagen – nur vom MDK zu öffnen".

Die Bundesdatenschutzbeauftragte hält dieses Verfahren für unzulässig. Kontrollen hätten ergeben, dass die datenschutzrechtlichen Vorgaben von den Krankenkassen nicht immer beachtet würden, heißt es im 25. Tätigkeitsbericht der Bundesdatenschutzbeauftragten. Mit dem Umschlagsverfahren könne nicht verhindert werden, dass Unbefugte von den Unterlagen Kenntnis erhalten.

Für Vertragsärzte bedeutet dies: Sie dürfen Unterlagen an den MDK zukünftig nur noch ohne Umwege an den MDK schicken.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802 - 900
Ilona Lühr, Tel: 22802 - 481
Margret Colschen, Tel: 22802 - 318

Marfan-Syndrom kann in der ASV behandelt werden

Seit Ende Juni 2015 gehört das Marfan-Syndrom zu den Erkrankungen, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden können. Es ist das dritte ASV-Krankheitsbild, für das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Detailregelungen definiert hat. Wie die Ärzte an dem neuen Behandlungsprogramm teilnehmen können und welche besonderen Anforderungen an die spezialfachärztliche Behandlung dieser seltenen Bindegewebserkrankung gestellt werden, erläutert ein Informationsblatt der KBV:
Im Internet unter: www.kbv.de/html/praxisinformationen.php



PRAXISBEGEHUNGEN DURCH BEHÖRDEN

Gesundheitsamt und Gesundheitsbehörde prüfen den Umgang mit Medizinprodukten in Arztpraxen. Wir haben nachgefragt, worum es geht – und wie man sich vorbereiten kann.

Warum gibt es zwei Behörden, die Praxisbegehungen durchführen, um den Umgang mit Medizinprodukten zu kontrollieren?

Die Gesundheitsämter in den Bezirken sind für die allgemeine Praxishygiene nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig. Bei diesen Hygiene-Kontrollen können auch Eckpunkte der Medizinprodukte-Aufbereitung überprüft werden. Die Überwachung des Betreibens und Anwendens von Medizinprodukten fällt aber spezialrechtlich in die Zuständigkeit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Sie ist auf Grundlage des Medizinproduktegesetzes beziehungsweise der Medizinprodukte-Betreiberverordnung dazu verpflichtet, Praxen zu begehen. Die Mitarbeiter der BGV kontrollieren in diesem Bereich sehr viel eingehender als die Mitarbeiter der Gesundheitsämter.

Was wird von den BGV-Mitarbeitern geprüft?

Es gibt drei verschiedene Themenbereiche: Erstens können sich die BGV-Mitarbeiter das Bestandsverzeichnis und die gegebenenfalls zu führenden Medizinproduktebücher ansehen. Zweitens können sie die hygienische Aufbereitung der Medizinprodukte kontrollieren. Der dritte Bereich umfasst die Qualitätssicherung und die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen.

Was passiert, wenn die Praxis bestimmte Anforderungen nicht erfüllt?

Die Praxis muss die Mängel beheben. Gegebenenfalls kann auch ein Bußgeldverfahren eingeleitet werden.

Kündigen die Behörden ihre Besuche an?

Die Routinekontrollen werden vorher schriftlich angekündigt. Dabei teilt die Behörde mit, was kontrolliert werden soll und in welche Unterlagen sie Einsicht nehmen will. Es gibt allerdings auch anlassbezogene Besichtigungen, die durchgeführt werden, wenn es Beschwerden gegeben hat. Solche Besichtigungen werden in der Regel nicht angekündigt.

Stimmt es, dass die Praxen dafür zahlen müssen, wenn sie kontrolliert werden?

Seit Anfang des Jahres sind die Besichtigungen der BGV gebührenpflichtig. Die der Praxis in Rechnung gestellten Gebühren werden nach Zeitaufwand berechnet. Man kann ganz grob mit etwa 60 Euro pro Stunde rechnen. Für Praxisbegehungen der Gesundheitsämter fallen keine Kosten an.

Wie kann man sich auf die Kontrollen vorbereiten?

Die KV Hamburg hat eine Internetseite zum Thema erstellt: **www.kvhh.de → Beratung und Information → Hygiene & Medizinprodukte**
Auf dieser Seite finden Sie:

- einen Leitfaden „Hygiene in der Praxis“, der grundlegende Informationen enthält,
- den neu erstellten „Fragebogen zur Feststellung des Hygiene-Status in der Arztpraxis“ und
- eine Link zum „PraxisCheck Hygiene“.

Zu den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes hat die BGV eine Broschüre herausgebracht. Siehe: **www.hamburg.de/bgv → Publikationen → Broschüren und Faltblätter → „Medizinprodukte - Was müssen Betreiber und Anwender tun?“**

Können sich die Praxen von den zuständigen Behörden beraten lassen?

Ja. Für Fragen zu den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes und zu den Hygiene-Kontrollen sind die Gesundheitsämter der Bezirke zuständig. Wir haben Ihnen eine Liste der jeweiligen Ansprechpartner zusammengestellt: **www.kvhh.de → Beratung und Information → Hygiene & Medizinprodukte → Weiterführendes → Liste der Bezirksämter in Hamburg**

Für Fragen zu den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes und die Medizinprodukte-Kontrollen ist die BGV zuständig. **Ansprechpartner: Fachbereich Medizinprodukte der BGV, Ottfried Boeck, Tel: 428 37-3888, E-Mail: ottfried.boeck@bgv.hamburg.de**

Masern-Schutzimpfung

Wissenswerte Informationen für den Praxisalltag im Überblick



Nach wie vor sind zu wenig Menschen in Deutschland gegen Masern geimpft. Den Vertragsärzten kommt bei der Erhöhung der Impfquote eine wichtige Rolle zu. Grundsätzlich empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) die Gabe des Dreifachimpfstoffs MMR mit dem Ziel, sowohl Masern- als auch Rötelerkrankungen in Deutschland zu eliminieren.

Die von der STIKO empfohlenen MMR-Impfungen sind Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen (Schutzimpfungs-Richtlinie). Sie können mit den nebenstehend aufgeführten Abrechnungsnummern extrabudgetär (9,74 Euro) über die KV abgerechnet werden.

Die Impfstoffe (z.B. M-M-RvaxPro® oder Priorix®) werden als Impfbedarf über die Rezeptprüfstelle Duderstadt angefordert. **Einzelheiten dazu: www.kvh.de → Verordnung → Schutzimpfung**

KINDER UND JUGENDLICHE

Alle Kinder und Jugendliche sollen laut STIKO-Empfehlung bis zum 18. Geburtstag zwei MMR-Impfungen erhalten.

Alter	Impfempfehlung	Abrechnungsnummer
11. bis 14. Lebensmonat	erste MMR-Impfung	89301A
15. bis 23. Lebensmonat	zweite MMR-Impfung	89301B
2 bis 18 Jahre	Nachholung versäumter MMR-Impfungen	89301A 89301B

Eine Impfung bereits ab dem 9. Lebensmonat ist möglich – beispielsweise

- bei bevorstehender Aufnahme in einer Gemeinschaftseinrichtung oder
- bei möglichem Kontakt zu Masernkranken.

Besonderes Augenmerk sollte auf Kinder und Jugendliche (ab zwei Jahren bis zum 18. Geburtstag) gerichtet werden, die nicht über zwei im Impfpass nachgewiesene MMR-Impfungen verfügen. Hier sollten unbedingt die entsprechenden Impfungen nachgeholt werden.

ERWACHSENE, DIE NACH 1970 GEBOREN WURDEN

Bei Erwachsenen, die nach 1970 geboren sind und die nicht zwei (dokumentierte) MMR-Impfungen erhalten haben, empfiehlt die STIKO eine einmalige MMR-Impfung.

Alter	Indikation	Impf-empfeh-lung	Abrech-nungs-nummer
Erwach-sene ab 18 Jahren, die nach 1970 geboren sind (ge-boren ab 1.1.1971 und später)	Wenn sie • gar nicht gegen Masern geimpft sind, • in der Kindheit und Jugend nur einmal gegen Masern geimpft wurden oder • nicht wissen, ob sie gegen Masern geimpft wurden	einmalige MMR-Impfung	89301B

ERWACHSENE, DIE 1970 ODER FRÜHER GEBOREN WURDEN

Personen, die 1970 oder früher geboren wurden, haben mit großer Wahrscheinlichkeit die Masern in ihrer Kindheit durchgemacht. Sero-epidemiologische Daten belegen, dass in dieser Vorimpf-Ära 95 bis 98 Prozent der Kinder bis zum 10. Lebensjahr eine Immunität gegen Masern aufgewiesen haben (Epid. Bull. 32/2010).

Deshalb ist die MMR-Impfung für Personen, die 1970 oder früher geboren wurden, keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen und muss – soweit keine Vereinbarung der einzelnen Kasse mit der KV Hamburg vorliegt – von den Patienten selbst bezahlt werden. Diese können gegebenenfalls bei ihren Kassen nachfragen, ob die Kosten rückerstattet werden.

Die AOK Rheinland/Hamburg, die Knappschaft und der Verband der Ersatzkassen haben sich in einer Vereinbarung mit der KV Hamburg dazu verpflichtet, die Impf-Kosten zu übernehmen. Bei den Versicherten dieser Kassen kann die Leistung direkt über die KV Hamburg abgerechnet werden. Die Impfstoffe sind in diesen Fällen als Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zu verordnen. Die Rezeptgebühren sind zu entrichten.

	AOK Rheinland/ Hamburg	Knapp-schaft (bundes-weit)	Alle Ersatzkas-sen
MMR-Impfung für 1970 oder früher Geborene	89301Z (€ 9,74)	89301Z (€ 9,74)	89301Z (€ 9,74)

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

Impflücken schließen!

Breite Unterstützung für Hamburger Masern-Kampagne

Im September 2015 startet in Hamburg eine Kampagne, mit der auf die Risiken einer Masernerkrankung hingewiesen und für die entsprechenden Impfungen geworben wird. Auf Initiative der Gesundheitsbehörde haben sich verschiedene Akteure des Gesundheitswesens in Hamburg zusammengeschlossen, um ihre Kräfte in dieser Kampagne zu bündeln und auf diesem Wege eine möglichst große Öffentlichkeit zu erreichen.

Es sind verschiedene abgestimmte Aktionen geplant, wie etwa aufsuchende Impfaktionen in Schulen oder Wohnunterkünften, eine gezielte Ansprache von Patienten in Arztpraxen, die Einbeziehung von Arbeitsmedizinern und Betrieben sowie eine verstärkte Beratung durch das Impfzentrum. Zielgruppe der Kampagne sind insbesondere die jungen Erwachsenen. Es sollen aber auch gerade Fachkräfte des Gesundheitswesens angesprochen werden.

Deutschland hat sich wiederholt zu dem Ziel der WHO bekannt, die Masern zu eliminieren. Trotz des sehr guten Gesundheitswesens und der wiederholt von verschiedenen Stellen forcierten Öffentlichkeitsaktionen kommt es – wie etwa in den vergangenen Monaten in Berlin – immer wieder zu Ausbrüchen. Von diesen sind zunehmend auch jüngere Erwachsene betroffen. Mit der Kampagne sollen daher möglichst viele Bürger im Alter zwischen 20 und 40 Jahren ermutigt werden, sich über ihren bestehenden Immunstatus gegen die Masern zu informieren und bestehende Impflücken zu schließen. Die Kampagne will aber auch die Ärzteschaft unterstützen und sensibilisieren, damit



es gelingt, etwaige Impfhindernisse zu überwinden oder bisherige Impfskeptiker und -gegner vom Nutzen einer Impfung zu überzeugen.

Die Kampagne wird getragen von der Gesundheitsbehörde und der KV Hamburg, der Hamburger Ärztekammer, der TK-Landesvertretung, der BKK-LV Nordwest, der AOK Rheinland/Hamburg, dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), der Barmer GEK, der IKK Classic, dem Forum Patientenvertretung, dem ifi-Institut, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG), dem Hebammen Verband Hamburg e.V. und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Bezirken. Auch andere Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg haben bereits ihre Unterstützung angeboten, damit Menschen der im Fokus stehenden Altersgruppe auf möglichst vielen unterschiedlichen Wegen erreicht werden können.

Weitere Informationen: www.hamburg.de/masern

Therapiehinweis zu Cilostazol aktualisiert

Aufgrund einer Nutzen-Risiko-Neubewertung durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) wurde die Zulassung cilostazol-haltiger Arzneimittel eingeschränkt und um risikominimierende Maßnahmen ergänzt. Dementsprechend hat auch der G-BA den Therapiehinweis für Cilostazol (Pletal©, Generika) in der Arzneimittel-Richtlinie aktualisiert. Der Therapiehinweis ist am 7. Mai 2015 in Kraft getreten. Wir haben die wichtigsten Punkte auszugsweise für Sie zusammengefasst.

Zugelassene Anwendungsgebiete

Cilostazol ist seit 2006 in Deutschland zugelassen zur Verlängerung der maximalen und schmerzfreien Gehstrecke bei Patienten mit Claudicatio intermittens, die keinen Ruheschmerz und keine Anzeichen von peripheren Gewebsnekrosen haben (periphere arterielle Verschlusskrankheit Fontaine Stadium II). Die Zulassung ist eingeschränkt auf Patienten mit Claudicatio intermittens, bei denen Lebensstilumstellungen einschließlich Einstellung des Rauchens und Gehtraining sowie andere angemessene Interventionen die Symptome der Claudicatio intermittens nicht ausreichend verbessern konnten.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

Bei ausgewählten Patienten kann ein medikamentöser Therapieversuch wirtschaftlich sein, wenn kumulativ folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die Gehleistung ist nicht durch andere Faktoren limitiert (beispielsweise durch eine Gonarthrose oder Polyneuropathie).
- Revaskularisierende Interventionen sind nicht angezeigt.
- Ein Gehtraining ist erfolglos geblieben oder kann nicht durchgeführt werden.
- Das Rauchen wurde eingestellt.
- Aufgrund der Claudicatio bestehen im Alltag relevante Einschränkungen und selbst moderate Verlängerungen der Gehstrecke können ein Zugewinn an Lebensqualität bedeuten. Davon kann bei maximalen Gehstrecken unter 200 Metern meist ausgegangen werden.

Entsprechend der Zulassungsänderung ist die Indikation für eine medikamentöse Therapie mit Cilostazol neben anderen Behandlungsmöglichkeiten, wie beispielsweise einer Revaskularisation, sorgfältig und durch Ärzte mit Erfahrung in der Therapie der PAVK zu prüfen. Bei Patienten > 70 Jahre mit bestehender ASS- und Statin-Medikation ist die Indikation zur Behandlung mit Cilostazol besonders streng zu stellen. Nach drei Monaten ist eine Kontrolle des Behandlungserfolges vorgesehen. Bei ausbleibendem Therapieerfolg soll die Therapie abgebrochen werden. Bei Fortsetzen der Behandlung soll der Therapieerfolg dokumentiert und jährlich reevaluiert werden. Eine lebenslange Dauerbehandlung ohne regelhafte Überprüfung ist nicht indiziert.

Risiken – gegebenenfalls Vorsichtsmaßnahmen

Neben Patienten mit ventrikulärer Tachykardie, Kammerflimmern, multifokalen ventrikulären Ektopien und mit Verlängerung des QT-Intervalls dürfen nun ebenfalls Patienten mit schwerer Tachyarrythmie in der Vorgeschichte kein Cilostazol einnehmen.
Weitere neue Kontraindikationen sind

- die gleichzeitige Einnahme von zwei oder mehr Thrombozytenaggregationshemmern bzw. Antikoagulantien,
- instabile Angina pectoris oder Myocardinfarkt/Koronarintervention in den letzten 6 Monaten.

Cilostazol kann unter anderem Tachykardie, Palpitationen, Tachyarrhythmie und/oder Hypotonie hervorrufen. Bei Risikopatienten beziehungsweise bei bestehenden kardialen Erkrankungen ist Cilostazol daher besonders vorsichtig anzuwenden und zu überwachen.
Der Therapiehinweis im Volltext sowie die tragenden Gründe zum Beschluss des G-BA im Internet: www.g-ba.de

Ansprechpartner für Fragen zu Arzneimitteln: Abteilung Praxisberatung Tel. 22802-571 / -572

Zuzahlungsbefreiung für Schwangere



Schwangere müssen bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung keine Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln leisten. Das ist seit längerem gesetzlich so geregelt. Nun hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Mutterschafts-Richtlinie den gesetzlichen Vorgaben angepasst.

Faktisch ändert sich durch die Anpassung nichts. Die vorherige Formulierung in der Mutterschafts-Richlinie, wonach die Zuzahlungsbefreiung nur solche Beschwerden umfasst, die schwangerschaftsbedingt sind, aber noch keinen Krankheitswert haben, hatte immer wieder für Verwirrung gesorgt. Maßgeblich ist allerdings stets der Gesetzestext gewesen, der diese Einschränkung nicht macht (siehe § 24e SGB V). Nun wurden die Regelungen vereinheitlicht.

Die Änderung der Mutterschafts-Richtlinie (Abschnitt G „Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln“) ist seit 5. Mai 2015 in Kraft.

Die Mutterschafts-Richtlinie im Volltext: www.g-ba.de

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

Einladung zum Selbsthilfe-Forum

Die Ärztekammer und die Hamburger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) laden zum 22. Selbsthilfe-Forum ein. Thema der Veranstaltung ist diesmal "Seh- und Hörbeeinträchtigungen".
Es sprechen unter anderem:

- Dr. med. Oliver Niclaus, Oberarzt der HNO-Abteilung der Asklepios Klinik Nord - Heidberg
- Matthias Schulz, Vorsitzender des Cochlear Implantat Verbandes Nord e.V., Hamburg
- Marianela von Schuler Alarcon, Zahnärztin (beschäftigt und bildet gehörlose Zahnmedizinische Fachangestellte aus)
- Heiko Kunert, Geschäftsführer des Blinden- und Sehbehindertenvereins Hamburg
- Dr. Hanno Elsner, Facharzt für Augenheilkunde
- Petra Koalick, Einrichtungsleitung des Senator-Ernst-Weiß-Hauses der Hamburger Blindenstiftung

Mi. 30.9.2015 (17 bis 20 Uhr)
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122 b, 13. Stock, 22083 Hamburg
3 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ansprechpartnerin: Höbke Prielipp / Ärztekammer Hamburg, Tel: 202299-258
Um Anmeldung im Internet wird gebeten: www.fortbildung.aekhh.de
Die Veranstaltung wird von Gebärden- oder Schriftdolmetschern begleitet, wenn Bedarf besteht.
Bitte teilen Sie dies gegebenenfalls bei Ihrer Anmeldung mit.

Leserbrief

Für die Niederlassung werben

Mit Interesse habe ich den Ausführungen von KV-Chef Walter Plassmann zur Nachwuchsgewinnung bei der Vertreterversammlung am 11. Juni 2015 im niedergelassenen Bereich verfolgt. Seit 2012 nimmt meine Praxis in Zusammenarbeit mit der Allgemeinmedizin des UKE an der Berufsfelderkundung für Medizinstudierende im ersten Semester teil. Neben den fachlich-medizinischen Fragen zu meiner Praxis kam immer wieder das Thema der Niederlassung auf und wurde unweigerlich und meinerseits unerwartet zum Schwerpunkt der Berufsfelderkundung. Das Interesse an dem Thema Niederlassung war enorm. Verblüffende 70 Prozent der von mir befragten Studenten können sich ihre spätere ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis vorstellen. Ein eher geringer Teil im Anstellungsverhältnis. „Der eigene Chef" sein, selbstverantwortlich, selbstbestimmt, ärztlich zu praktizieren, das waren die Kernaussagen der Studierenden.

Analog zu den Ausführungen von Walter Plassmann zur sogenannten „Work-Life-Balance" musste ich allerdings auch feststellen, dass es sich um eine neue, junge, heranwachsende Medizinergeneration handelt, deren Vorstellungen zu Arbeitszeiten und Niederlassung selbst einen 41-Jährigen „alt" aussehen lassen. Im Kontrast hierzu steht bei vielen Studierenden ein hohes Sicherheitsbedürfnis. Kurz gesagt: gerne selbstständig ärztlich als eigener Chef praktizieren, aber bitte ohne Risiko und zu möglichst sozial verträglichen, familienfreundlichen Arbeitszeiten.

Wie wir diesen Widerspruch auflösen können, wird eine spannende Frage sein. Plakataktionen werden hierfür nicht ausreichen. Derartige Werbung verstehe ich als Kampagne, die öffentliche Wahrnehmung für dieses Thema zu sensibilisieren. Das ist auch gut so. Doch um den ärztlichen Nachwuchs für die Niederlassung zu gewinnen, bedarf es meines Erachtens weitaus mehr. Hier müssen wir uns einiges einfallen lassen!

Angesichts knapper Mittel, permanent veränderter Vorgaben aus Berlin, ständiger Änderungen in der Vergütung und der Abrechnungssystematik, angesichts von Diffamierungsversuchen seitens der Kassen und Politik sind gute Argumente, um den Nachwuchs für die Niederlassung zu begeistern, kaum vorhanden. Welchem halbwegs vernünftigen Menschen ist unser KV-System noch verständlich zu erklären? Würden alle niedergelassenen Ärzte uneingeschränkt für die Niederlassung werben?

Es kann auch nicht alleinige Aufgabe der KV oder KBV sein. Die Basis, wir niedergelassenen Ärzte, müssten mindestens genauso für die Zukunft unseres Berufes werben. Dies fällt aber vielen Kollegen schwer.

Etwas Positives aus dem Studentenunterricht nehme ich jedoch mit, die Grundwerte der Niederlassung (ärztliches freies Handeln, Therapieren, selbstbestimmtes und selbstständiges ärztliches Praktizieren) haben nach wie vor bei der jungen Medizinergeneration einen sehr hohen Stellenwert - entgegen aller politisch gewollten Regulierungsversuche! Hier sehe ich unsere Chance für die Erhaltung einer freien, selbstständigen Ärzteschaft. Ich werde dieses Vorhaben mit Spannung verfolgen und hoffe sehr, dass es nicht unter die Kategorie Sonntagsreden fällt. Dann hätten wir eine Chance vertan. Welche Zukunft hätte denn eine KV ohne selbstständige niedergelassen Ärzte? Eine Verwaltungsbehörde für angestellte Ärzte? Na, dann hätten die KVen ihren ursprünglichen Auftrag endgültig verloren. Von dem, was es für die ambulante Patientenversorgung bedeuten würde, ganz zu schweigen.

Joachim Flack,
Facharzt für Neurochirurgie
in Eppendorf,
stellvertretender Vorsitzender
des Landesverbandes
der Neurochirurgen

Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge

• 8. Nachtrag zum Vertrag vom 9. November 2005 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V KHK auf der Grundlage von § 83 SGB V.

• 10. Nachtrag zum Vertrag vom 1. April 2006 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern nach § 137f SGB V auf der Grundlage von § 73a SGB V.

• Vereinbarung über die Durchführung einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung für Erwachsene, die vor 1971 geboren wurden mit der Knappschaft (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

• Vereinbarung über die Durchführung einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung für Erwachsene, die vor 1971 geboren wurden mit dem vdek (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

• 33. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit der IKK classic über die Vereinbarung zur Sicherstellung und Förderung der Erbringung von Narkosen im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen mit Gültigkeit ab 1. Juli 2015 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

• Strukturvertrag nach § 73a SGB V mit der AOK Rheinland/Hamburg zur Erhöhung der Versorgungsqualität von chronisch Hepatitis C (HCV)-Infizierten ab 1. Juli 2015 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

• Vereinbarung zur Bereinigung offener Posten für die Jahre 2006 bis 2008 mit dem vdek (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

• Im KVH-Journal 7-8/2015 wurde der 10. Nachtrag zum Vertrag vom 10. Juni 2008 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 auf der Grundlage von § 83 SGB V unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

• zur Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung der ambulanten Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe:

Im Hamburger Ärzteblatt 07/08 · 2015 wurde die Vereinbarung über die Erbringung und Vergütung der ambulanten Behandlungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe zum 5. Februar 2015 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucher schutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

• zum 1. Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung für Erwachsene, die vor 1970 geboren wurden zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg:

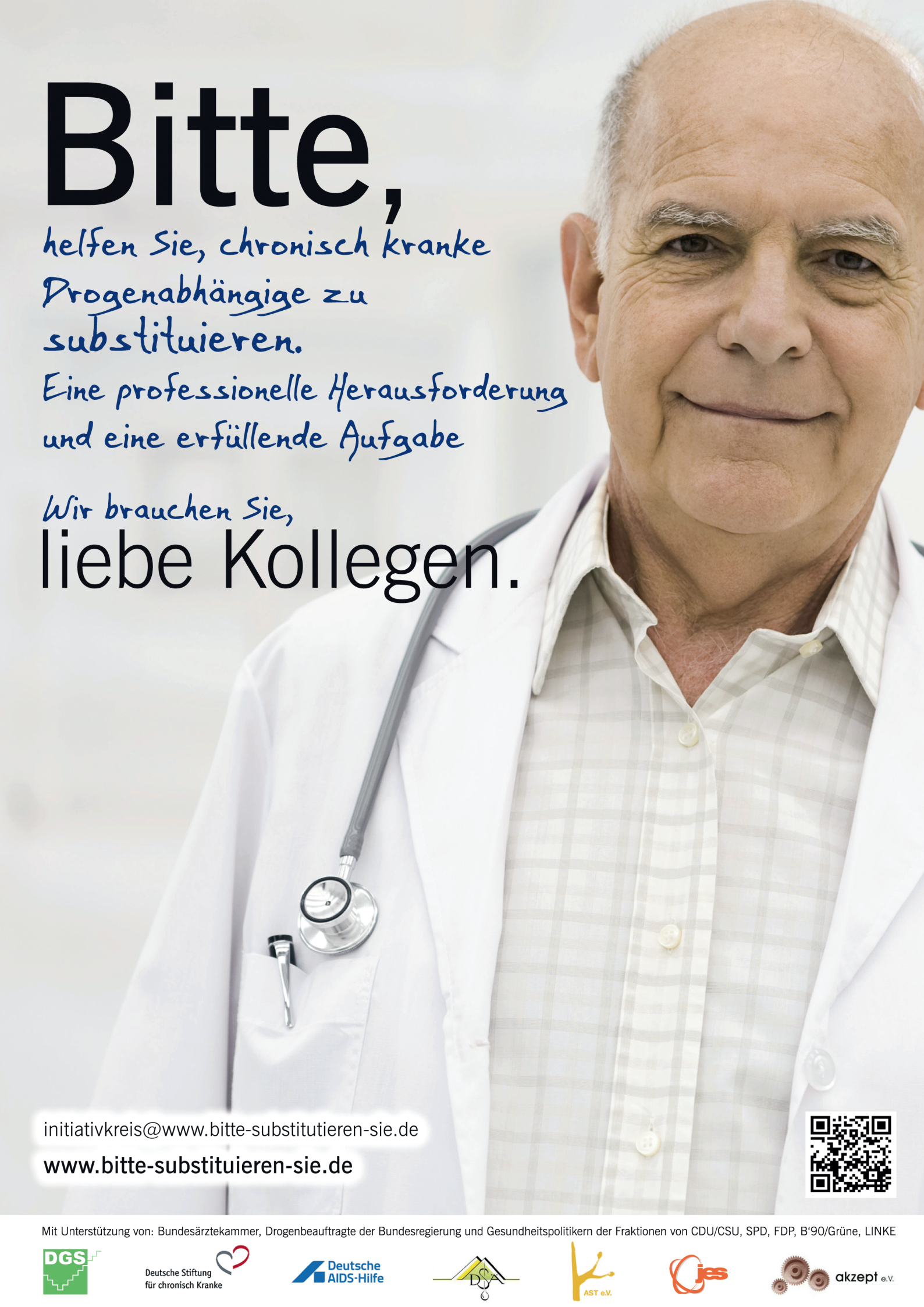
Im Hamburger Ärzteblatt 07/08 · 2015 wurde der 1. Nachtrag zur Vereinbarung über die Durchführung einer Masern-Mumps-Röteln-Impfung für Erwachsene, die vor 1970 geboren wurden zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg zum 1. Januar 2015 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

• zu der Vereinbarung zur Bereinigung offener Posten für die Jahre 2006 bis 2008 mit dem BKK-Landesverband NORDWEST und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK):

Im KVH-Journal 6/2015 wurde die Vereinbarung zur Bereinigung offener Posten für die Jahre 2006 bis 2008 mit dem BKK-Landesverband NORDWEST und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbrau-cherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

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

Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 - 900



Mit Unterstützung von: Bundesärztekammer, Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Gesundheitspolitikern der Fraktionen von CDU/CSU, SPD, FDP, B'90/Grüne, LINKE

DGS · Deutsche Stiftung für chronisch Kranke · Deutsche AIDS-Hilfe · DSA · AST e.V. · jes · akzept e.V.

„Mit Gottes Hilfe möge der Bau gelingen“

Feierliche Grundsteinlegung für das neue Ärztehaus in der Humboldtstraße



Sie befestigten die kupferne "Zeitkapsel" im Grundstein: (von l.n.r.) Dr. Eckhard von Bock, Bezirksamtsleiter Harald Rösler, KV-Chef Walter Plassmann, Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, KV-Vertreterversammlungsvorsitzender und Bauherr Dr. Dirk Heinrich, KV-Vizechef Dr. Stephan Hofmeister, Dr. Werner Feld und Dr. Wolfgang Wesiack

Der Grundstein des neuen Ärztehauses Hamburg ist gelegt. An der feierlichen Zeremonie nahmen auf Einladung der Vorsitzenden der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Selbstverwaltung und des Vorstandes der KV Hamburg am 8. Juli 2015 zahlreiche Gäste aus Verwaltung, Ärzteschaft und Baugewerbe teil.

Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVH und Bauherr des Ärztehauses, betonte in seinem Grußwort, die Entscheidung, auf dem eigenen Grund in der Humboldtstraße ein neues Verwaltungsgebäude zu errichten, sei sorgfältig abgewogen und für die vernünftigste und wirtschaftlich sinnvollste erachtet worden. Er dankte seinem Amtsvorgänger und heutigen Ehrenvorsitzenden der KV Hamburg, Dr. Michael Späth, sowie dem ehemaligen Vorstandsvorsitzenden Dieter Bollmann für ihr unermüdliches Engagement. Nur auf der Grundlage ihrer Planungen und Vorarbeiten sei es möglich gewesen, dieses Projekt nun Wirklichkeit werden zu lassen. Stehen werde dieses Haus auf einem Fundament, so Heinrich, welches von 240 Pfählen getragen wird, doch es sei mehr als ein Verwaltungsgebäude, „hier leben die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten Selbstverwaltung“.

Cornelia Prüfer-Storcks, die Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, nahm in ihrer Rede diesen Gedanken auf, indem sie sagte, dieses Projekt sei ein Bekenntnis zur Zukunft der KV und der Selbstverwaltung. In Berlin, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, könne man Zweifel haben, ob es gut wäre, einen Neubau zu wagen, doch in Hamburg sei dies anders. Prüfer-Storcks verwies auf die gute Versorgung, um die uns andere Regionen beneideten, und auf die gute Zusammenarbeit zwischen Behörde und KV.

Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, konzentrierte sich in seiner Rede auf den bevorstehenden Akt der Grundsteinlegung, sagte „alle in der KV freuen sich darauf, wenn sie zurückziehen dürfen“, zukünftig werde es ein Restaurant geben, welches auch abends öffnen könne.

Dann folgte der Akt der Grundsteinlegung. Unter Anleitung des beratenden Architekten Olaf Schindel, der die Veranstaltung moderierte, befüllten Dr. Dirk Heinrich und Walter Plassmann eine Kupferrolle mit diversen Opfergaben – einer aktuellen Tageszeitung, einem *KVH-Journal,* diversen Bauplänen des Gebäudes, ein wenig Kleingeld und einigen Gesteinsbrocken des alten, abgerissenen Ärztehauses. Mit dem Leitspruch „Mit Gottes Hilfe möge der Bau gelingen“ eröffnete Plassmann den Reigen derer, die nun die Kupferrolle symbolisch mit je einer Kelle Zement im Grundstein „einmauerten“.

Dieser Akt bildete zugleich den Übergang zum kulinarischen Teil der Veranstaltung: Unter großem Beifall wurde das Buffet nun eröffnet.

Dr. Jochen Kriens



Wer sich nicht bewegt, wird bewegt

Tagebuch von **Dr. Stephan Hofmeister**, stellv. Vorsitzender der KV Hamburg

DIENSTAG, 30. JUNI 2015

Ein heißer Tag, eine Besprechung folgt der anderen und abends noch eine Kreisversammlung – uff!

Kreisversammlung – das ist wie eine Wundertüte. Man weiß nie, was drin ist. Es ist aber immer spannend und lohnend, mit den Kolleginnen und Kollegen in den direkten Austausch zu kommen. Was ich weiß ist, dass es ein Raum unter dem Dach sein wird. Also wird es heiß.

Anwesend sind etwa 25 KV Mitglieder ganz verschiedener Fachrichtungen. Ich trage zum Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) und weiteren aktuellen Entwicklungen in der KBV und KV vor. Die Zuhörer fragen nach, und es kommt ein interessanter Diskurs zustande. Irgendwann sind wir beim Thema Selbstverwaltung und Beteiligung in derselben. Natürlich trifft man mit Appellen an mehr Engagement immer die falschen, wenn man die Anwesenden anspricht, aber es gibt interessante Hinweise und Anregungen. Ein Einwand kommt allerdings auch wieder. "Warum soll man sich noch engagieren, wenn man doch sowieso nichts ändern kann?“ Hierauf möchte ich mit einem abgewandelten Zitat antworten: „Wer sich nicht bewegt, wird bewegt.“ Anders gesagt: Wer sich nicht engagiert, hat von vorneherein nicht einmal eine theoretische Möglichkeit mitzugestalten.

WIR LEGEN DEN GRUNDSTEIN FÜR DAS ZUHAUSE DER SELBSTVERWALTUNG. MIT LEBEN MÜSSEN WIR ES NACHHER GEMEINSAM FÜLLEN.

Am Ende habe ich erfreulicherweise das Gefühl, ein großes Verständnis für den Wert der Selbstverwaltung im Raume zu spüren.

MITTWOCH, 8. JULI 2015

Grundsteinlegung für den Neubau des Ärztehauses. Ein sehr traditionelles Ereignis, eine Zäsur, die deutlich macht, was dort eigentlich geschieht. Wir legen den Grundstein für ein neues Ärztehaus, für das Zuhause der Selbstverwaltung. Mit Inhalt und Leben müssen wir es nachher gemeinsam füllen. Der Grundstein selbst mit seiner kupfernen Zeitkapsel wird im Neubau an prominenter Stelle zu sehen sein.

„Unsere“ Senatorin ist da und spricht, bekennt sich deutlich zur Hamburger Selbstverwaltung, begrüßt den Neubau und das damit verbundene klare Zeichen in die Zukunft. Der Bezirksamtsleiter Nord ist da und spricht von einem „Vorzeigeprojekt“ in seinem Bezirk, freut sich, dass wir bleiben, als Institution, als Eigentümer und Bauherr.

Viele Mitglieder der Vertreterversammlung sind da und „begrüßen“ ihr Haus: Ich habe das Gefühl, dass auch andere hier in der Baugrube zum ersten Mal einen persönlichen Bezug zum neuen Ärztehaus bekommen.

Das Wetter hält trotz widriger Prognosen, ich nehme das als gutes Omen. Etwas Jazz im Hintergrund, Häppchen, Getränke – eine fröhliche und schöne Veranstaltung!



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Dirk Bumann**
Vorsitzender der Radiologie-Kommission / Ärztliche Stelle der KV Hamburg

Name: **Dr. Dirk Bumann**
Geburtsdatum: **9.3.1964**
Familienstand: **verheiratet**
Fachrichtung: **Radiologie und Nuklearmedizin**
Weitere Ämter: **Vorsitzender Berufsverband Nuklearmedizin Hamburg**
Hobbys: **Laufen, Tennis, alte Autos**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?
Unbedingt, was den Beruf des Mediziners und speziell auch die von mir gewählten Fachrichtungen und die Arbeit für die Patientinnen und Patienten anbelangt. Nur sehr bedingt, was die schwierigen Rahmenbedingungen in unserem Gesundheitssystem und durch Vorgaben der Politik anbelangt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission?
Das Setzen und die Einhaltung von verbindlichen Standards zu erreichen und zu überwachen, was im Laufe der letzten Jahre durch den hohen persönlichen Einsatz zahlreicher Kolleginnen und Kollegen in der Radiologiekommission in hervorragender Weise gelungen ist.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?
Sich als vergleichsweise sehr kleine und zudem in sich sehr inhomogene Fachgruppe zu behaupten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?
Eine gerechte Aufteilung der Ressourcen innerhalb der Fachgruppe.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?
Eine längere "Ich bin dann mal weg"-Reise ■

TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 24.9.2015 (ab 20 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Personalmanagement	**QEP-Einführungsseminar**	**Datenschutz für Fortgeschrittene**
Für Ärzte und Praxispersonal mit Führungsaufgaben: Grundsätze und Regeln eines zeiteffizienten Personalmanagements 10 FORTBILDUNGSPUNKTE	Praxisinhaber und Personal werden dazu befähigt, das Qualitätsmanagementsystem QEP ohne externe Hilfe einzuführen. Das Seminar wird von KBV-lizensierten Trainern geleitet. 16 FORTBILDUNGSPUNKTE	Für alle, die bereits ein Datenschutzseminar besucht haben und sich über Änderungen und neue Urteile informieren wollen. Auch zum Auffrischen geeignet. 10 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 23.9.2015 (9.30-17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)	Fr. 9.10.2015 (15-21 Uhr) / Sa. 10.10.2015 (8:30-16:30 Uhr); Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160 (inkl. aller QEP-Unterlagen und Imbiss)	Mi. 25.11.2015 (9.30 – 17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Für Praxispersonal: Sprechstundenbedarf	**Für Praxispersonal: Formulare in der Vertragsarztpraxis**	**DPM-Patientenschulungen**
Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen	Umgang mit wichtigen vertragsärztlichen Formularen. Zielgruppe vorzugsweise Berufsanfänger oder Auszubildende	Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen
Mi. 23.9.2015 (15-17 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 25.11.2015 (15-17 Uhr) € 20	Mi. 4.11.2015 (15-18 Uhr) € 30	Termine und weitere Infos: www.arztekammer-hamburg.de → Ärztl. Fortbildung
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b; Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de; Online-Anmeldung: www.fortbildung.aekhh.de		

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer	**Für Praxispersonal: „Gefährdungsbeurteilung I“**
Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen, BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE	Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
Mi. 4.11.2015 (15-20 Uhr) € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Mi. 25.11.2015 (15-18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, FAX: 2780 63 48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de		

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 3. QUARTAL 2015 VOM 1. BIS 15. OKTOBER 2015

INFOCENTER DER KVH

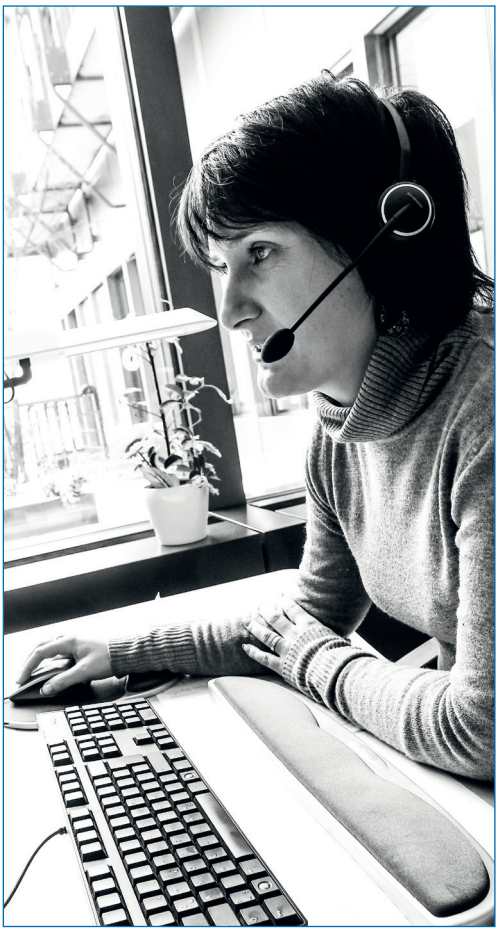
BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?
Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

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

Wie erreichen Sie uns?
Infocenter der KVH
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg
Telefon: 22 802 - 900
Telefax: 22 802 - 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?
Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr



KVH

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