

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) Ein neuer Versorgungssektor nimmt Formen an

Zahlreiche Anläufe wurden bereits unternommen, um die Grenze, die den ambulanten Sektor bislang vom stationären trennt, zu überwinden und den Übergang von einem in den anderen Bereich für die Patienten einfacher zu gestalten. Mit der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sollen die Grenzen nun für bestimmte Indikationen überwunden werden.

Alle Vorgaben zur ASV regelt der Gemeinsame Bundesausschuss, heißt es im § 116 b Sozialgesetzbuch V. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat inzwischen sowohl grundsätzliche Bestimmungen zur ASV vorgelegt als auch konkrete Ausgestaltungen für die Indikationen Tuberkulose, Mykobakteriose, gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle.

Mit den darin enthaltenen Vorgaben hat der GBA festgelegt, welche Patienten im Rahmen der ASV behandelt werden können, welche Ärzte zu dem interdisziplinär besetzten ASV-Team gehören müssen und welche Leistungen im Rahmen der ASV erbracht werden können.

Die ASV ist ein Angebot für Menschen, die an einer komplexen, schwer therapierbaren Krankheit leiden. Um welche Indikationen es sich handelt, hat der Gesetzgeber in § 116 b SGB V festgelegt. Die hier ebenfalls beschriebenen Rahmenbedingungen und Kri-

terien grenzen die Indikationen auf folgende Erkrankungen und Leistungen ein:

- Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zum Beispiel onkologische Erkrankungen, Rheuma und Herzinsuffizienz
- Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen, zum Beispiel Tuberkulose, Marfan-Syndrom, Mukoviszidose
- Hochspezialisierte Leistungen, zum Beispiel CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen

Im Bereich der Vergütung gibt es noch eine Reihe ungeklärter Punkte. So müssen sich die Partner der Selbstverwaltung sowohl auf eine in einer Übergangszeit geltende Honorierung der ASV-Leistungen verständigen als auch auf eine eigene Systematik für deren Vergütung.

Anträge stellen die Ärzte an den zuständigen erweiterten Landesausschuss (eLa), der jeden Antrag auf Erfüllung der Qualitätsvoraussetzungen prüft und über die Teilnahme entscheidet. Der erweiterte Landesausschuss (eLa) hat einen ersten Antrag genehmigt und damit einen Arzt zur Teilnahme an der ASV berechtigt. Weitere Informationen unter www.kvhh.de

Themen:

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Informationen zur Bedarfsplanung

Patientenbefragung und Ärztebewertungen

- Versichertenbefragung der KBV
- Ärztevergleichsportal „Weisse Liste“ - Hamburger bewerten ihre Ärzte
- UPD - Monitor Patientenberatung
- Jameda - Patientenbarometer

Aus der KVH

- Entscheidung für Patienten: Gesundheitszentrum Asklepios Bergedorf bleibt
- Patientensicherheit - neue Leistungen
 - Neues Screening-Programm zum Schutz vor multiresistenten Erregern (MRGN)
 - Qualitätsgesicherte ambulante MRSA-Versorgung
 - MRSA-Sanierung in der häuslichen Krankenpflege

Aus Berlin

- Zuzahlung bei Arzneimitteln
- Bundesrat verabschiedet Gesundheitsreformen

Zu guter Letzt...

„Hamburger Ärztemagazin“ täuscht Patienten

Ambulante Versorgung und Bedarfsplanung in Hamburg

Manchmal ist es schwer, die Anspruchshaltung nachzuvollziehen, mit der in Deutschland über medizinische Versorgung gesprochen wird. Die Wartezeiten auf einen Arzttermin sind im internationalen Vergleich sensationell kurz. Die Ärzte sind regional gleichmäßiger verteilt als in fast allen anderen OECD-Ländern. Dennoch sieht die Politik Handlungsbedarf. Hamburg ist eine Medizinmetropole mit einer exzellenten ambulanten Versorgung. Alle Fachgruppen sind mehr als ausreichend vertreten und mit öffentlichen Verkehrsmitteln für die Patienten gut erreichbar. So beschreibt der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann, die Versorgungssituation für die Hamburger Bürger.

Stadtteilpolitiker forderten die KV dazu auf, kleinräumig zu planen, die Verteilung der Praxen stärker zu steuern, und sprechen von einer punktuellen medizinischen Unterversorgung. Diese Forderung griffen Medien und Patienten immer wieder auf und wünschten ihren Arzt in unmittelbarer Nähe, und jederzeit sofort erreichbar.

Doch die Vorgaben des Gesetzgebers sind klar, eine Änderung der Bedarfsplanung hat er an Bedingungen geknüpft – und die sind nirgendwo in Hamburg erfüllt.

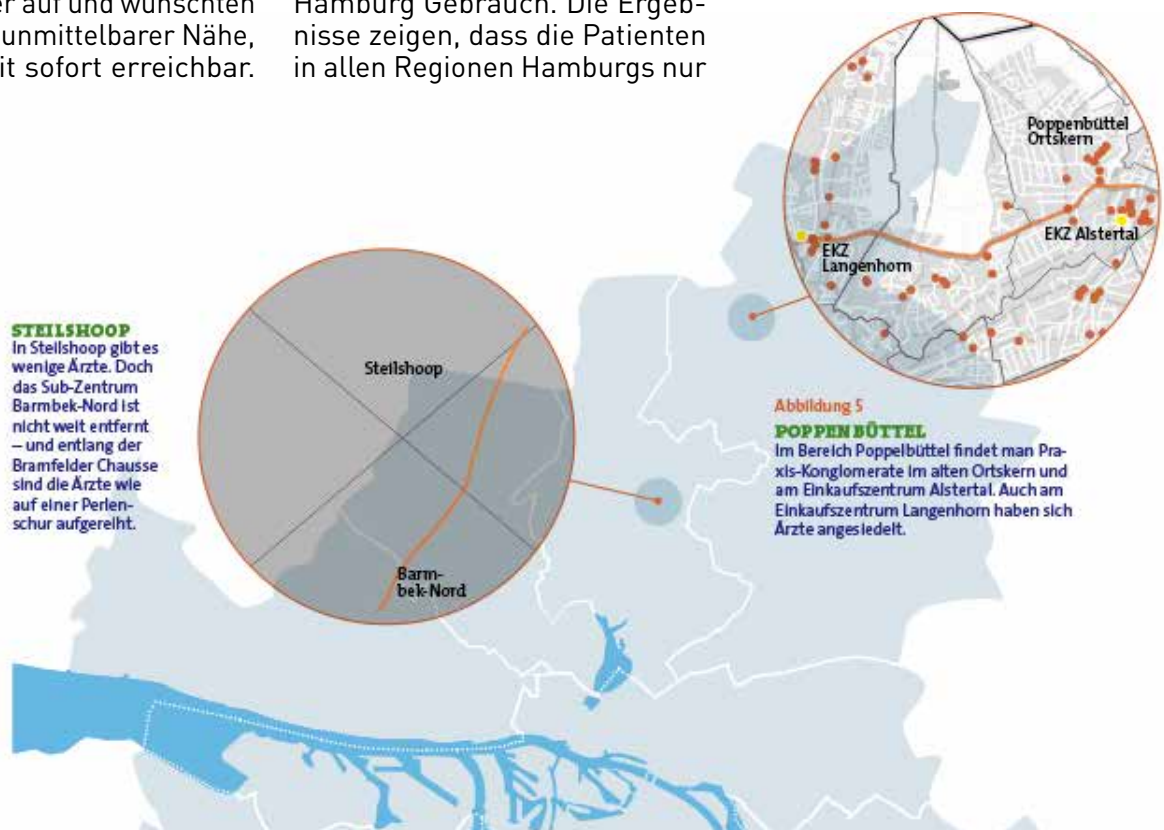
Die KV Hamburg ist der Sache auf den Grund gegangen und hat vor dem Hintergrund der andauernden öffentlichen Diskussion über mögliche regionale Versorgungsmängel in Hamburg die Patientenkontakte des Jahres 2011 ausgewertet. In Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat die KV im Rahmen einer Studie analysiert, welche Wege Patienten zu ihren Ärzten zurücklegen. Suchen sie wirklich den Arzt um die Ecke auf, oder stehen bei der Wahl des Arztes andere Aspekte im Vordergrund?

Die Studie belegt: Nur 29 Prozent der Arzt-Patienten-Kontakte finden in der nächstgelegenen Praxis statt. Die Hamburger Patienten machen von der großen Auswahl gut erreichbarer Praxen in ganz Hamburg Gebrauch. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten in allen Regionen Hamburgs nur

sehr geringe Wege zurücklegen müssen, um zum Arzt zu gelangen – und dass es oftmals sogar noch schneller erreichbare Praxen gegeben hätte als jene, die tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Von einem Mangel an Versorgungsangeboten kann also keine Rede sein.

Die Ergebnisse der Studie zeigen auch, dass sich die Ärzte und Psychotherapeuten in ihrem Niederlassungsverhalten an den Bedürfnissen der Patienten, ihren alltäglichen Wegen und dem Anspruch einer besonders wohnortnahen Basisversorgung orientieren. Verglichen mit den Wegen, die Patienten in anderen KV-Regionen zurücklegen müssen, gibt es in allen Regionen Hamburgs eine sehr große Auswahl an überaus gut erreichbaren Praxen.

Die Ergebnisse der Studie sind im Detail in den KV Journalen Nr. 5 und Nr. 7-8 / 2014 veröffentlicht und unter www.kvhh.de – Medien und Publikationen einsehbar.



Patientenbefragungen und Ärztebewertungen

...eigentlich sind alle zufrieden

Sie ist wichtig geworden, die Meinung des Patienten, offenbart sie doch die guten Seiten unseres Gesundheitssystems und zeigt seine Schwachstellen auf. Patienten sollen bewerten, Stellungnahmen abgeben und dieses nicht nur mit einem Klick „Like us“, sondern durchaus sehr ausführlich und begründet.

Gerade in den letzten Wochen wurde eine ganze Reihe von Befragungen veröffentlicht. Alle

rankten sich um das Thema „Patientenversorgung in unserem Gesundheitssystem“. Wirft man einen Blick auf die unterschiedlichen Facetten und Schwerpunkte der Befragung, so bekommt man einen recht guten Einblick in den Alltag der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung.

Eines wird dabei deutlich: Eigentlich sind die Patienten mit ihren Ärzten und der medizinischen Versorgung zufrieden. Es ist eher

das Gesundheitssystem, das in seiner Kompliziertheit viele Patienten überfordert. Vertrauen und Verlässlichkeit sowie eine verständliche Kommunikation und Betreuung wünschen sie sich und das vor allem auch von ihrer Krankenkasse und den Kostenträgern. Zunehmend rücken die Patientenrechte in den Blickpunkt, wenn es um Einsicht in die Patientendokumentation geht oder die Beratung zu IGeLeistungen.

Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Patienten: Große Skepsis gegenüber zentraler Terminvermittlung

Eine Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV hat gezeigt, dass die meisten Bürger mit ihren behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten sehr zufrieden sind. Beim Thema Wartezeiten spielt der Wunsch nach einer entscheidenden Rolle. Nur bei ihm wollen Patienten einen möglichst schnellen Termin haben.

Für die aktuelle und mittlerweile siebte Untersuchung befragte die Forschungsgruppe Wahlen vom 22. April bis 20. Mai insgesamt 6.087 zufällig ausgewählte Bundesbürger. Ein klares Ergebnis lautete: Die Patienten sind – wie auch in den Jahren zuvor – sehr zufrieden mit den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. So beschreiben 92 Prozent aller Befragten ihr Vertrauensverhältnis zum letztbesuchten Arzt als „gut“ oder „sehr gut“. Ebenfalls 92 Prozent der Versicherten schätzten die Fachkompetenz ihres zuletzt besuchten Arztes als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Diese Werte zei-

gen, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten eine hervorragende Arbeit leisten und diese auch von den Patienten geschätzt wird.

Auch das Thema Wartezeiten wurde abgefragt. Wie in den Jahren zuvor zeigt sich auch hier, dass die derzeit herrschenden Wartezeiten objektiv nur von wenigen als zu lang empfunden werden. Nur einem von zehn Befragten hat es bei seinem letzten Arztbesuch nach eigener Einschätzung zu lange gedauert, bis ein Termin zustande kam. 62 Prozent der Befragten erhielten innerhalb von drei Tagen einen Arzttermin. Zwei Drittel aller Befragten suchten einen Facharzt ohne Überweisung auf. Wartezeiten von mehr als drei Tagen gab es daher in der Regel eher bei Fach- als bei Hausärzten. Zudem gab fast jeder vierte Befragte an, im letzten Jahr einen Arzttermin schon einmal kurzfristig nicht wahrgenommen zu haben.

Detaillierte Ergebnisberichte zur KBV-Versichertenbefragung 2014 und zur Studie der Medizinischen Hochschule Hannover sind im Internet zu finden: www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php

(Quelle KBV)

Randnotizen...

Mit Blick auf die Bewertungen muss konstatiert werden, dass die Patienten offensichtlich im Großen und Ganzen mit ihren Ärzten zufrieden sind. Trotzdem diskutieren Politiker und Krankenkassen über Wartezeiten, Terminvergaben, Facharzttermine binnen vier Wochen, während sie gleichzeitig Praxisaufkauf und Überversorgung thematisieren. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die momentanen publikumswirksamen geführten Diskussionen wirklich der Patientenversorgung dienen.

Arztvergleichsportal „Weisse Liste“

Hamburger bewerten ihre Ärzte

Rund 85 Prozent der Patienten in Hamburg würden ihren Haus- oder Facharzt weiterempfehlen. Das ergab eine Auswertung der Patientenbeurteilungen im Arztvergleichsportal „Weisse Liste“ im Mai dieses Jahres, auf welchem Versicherte der Krankenkassen AOK, BARMER GEK und Techniker Krankenkasse (TK) ihren Arzt bewerten können.

Für die Auswertung wurden rund 13.800 Bewertungen aus Hamburg herangezogen. 84 Prozent der

Teilnehmer im Bundesland äußerten sich zufrieden mit der Praxis und dem Personal, 86 Prozent mit der Kommunikation des Arztes. Im Bundesdurchschnitt liegt die Zufriedenheit mit der Behandlung bei 84 Prozent.

In Hamburg wurden bisher 72 Prozent der Haus- und Fachärzte bewertet. Am besten schnitten Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und Internisten ab. Ärzte, die auf Fragen, Ängste und Sorgen des Patienten eingehen und

verständlich erklären, erhalten die höchste Zustimmung.

Die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen können sich mit den Angaben auf ihrer Versichertenkarte für die Bewertung registrieren. Die Bewertung erfolgt anonym und dauert nur wenige Minuten. Basis aller Portale ist die „Weisse Liste“, ein gemeinsames Angebot der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen.

(Quelle: TK)

Monitor Patientenberatung 2014

UPD: „Patienten fühlen sich allein gelassen und betrogen“

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hat ihren Jahresbericht „Monitor Patientenberatung 2014“ veröffentlicht. Dominierende Themen der 80.000 Beratungsgespräche von April 2013 bis März 2014 waren die Leistungen der Krankenkassen, die Rechte der Patienten sowie Geldforderungen.

„Der Bericht spiegelt wider, wie Patienten das Gesundheitssystem erleben“, sagt Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler, Geschäftsführer der UPD, bei der Übergabe des Reports an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann. Das Thema, zu dem mit 28.000 Mal am häufigsten beraten wurde, waren die Ansprüche gegen die Kostenträger. Hier ging es vor allem um Krankengeld und stationäre medizinische Rehabilitation. Bei

den erfassten Diagnosen der Patienten dominierten psychische Erkrankungen. Mit fast 15.000 Gesprächen nahmen die Beratungen zu Patientenrechten im Vergleich zum Vorjahr deutlich zu. Themen waren dabei vor allem die Einsicht in die Krankenakte und die Zweitmeinung. Dritter größerer Bereich waren die Geldforderungen der Patienten. Dabei ging es vor allem um Mehrkostenvereinbarungen mit dem Zahnarzt, Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) von Fachärzten sowie Beitragsschulden von Patienten.

„Unser komplexes Gesundheitswesen kann überforderte Patienten immer weniger unterstützen – sei es infolge von Zeitmangel oder administrativen Vorgaben“, betont Schmidt-Kaehler. „Was bleibt, sind Patienten mit dem Gefühl, nicht zu bekommen, was ihnen zusteht.“

Sie fühlen sich allein gelassen, betrogen, und viele haben Angst.“ Information und Aufklärung seien daher das Querschnittsthema überhaupt.

Selbstverwaltung ist gefragt

Für Staatssekretär Laumann liefert der UPD-Bericht wichtige Hinweise: „Beim Anspruch auf Krankengeld gibt es ganz offensichtlich Handlungsbedarf bei den Krankenkassen“, sagt er. Mitarbeiter von Kassen dürften nicht bei einem Erkrankten anrufen und fragen, wann er wieder arbeiten könne. Es sei Sache des GKV-Spitzenverbandes, das abzustellen. Es ginge auch nicht, dass Ärzte Patienten erst dann ins Wartezimmer ließen, wenn sie sich mit einer IGeL-Behandlung einverstanden erklärten. „Die Selbstverwaltung muss dafür

sorgen, dass so etwas nicht einreißt und dass solche Einzelfälle korrigiert werden“, unterstreicht Laumann. Ein weiteres großes Problem sei für viele Bürger zudem die Einsichtnahme in ihre

Patientenakten. Dabei sei das durch das Patientenrechtegesetz klar geregelt. „Das muss endlich von allen Ärzten akzeptiert und umgesetzt werden“, so der Staatssekretär weiter. Auch bei

den Behandlungsfehlern müssten „alle, auch die Politik, prüfen, ob man die Verfahren nicht beschleunigen kann, damit die Menschen schneller zu ihrem Recht kommen“.

(Quelle: upd)

Patientenbarometer des Arztbewertungsportals jameda

Wartezeit - Gute Noten für Termine

Patientenzufriedenheit: Patienten sind mit den Wartezeiten auf einen Arzttermin weitestgehend zufrieden. Das legt eine aktuelle statistische Analyse des Arztbewertungsportals jameda nahe.

Es gibt jedoch deutliche Zufriedenheitsschwankungen zwischen den einzelnen Facharztgruppen. So sind die Patienten sehr zufrieden mit der Wartezeit auf einen Arzttermin beim Zahnarzt und Urologen, weniger zufrieden jedoch mit der Wartezeit bei Haut- und Augenärzten. Dies ist eines der

Ergebnisse des jameda Patientenbarometers 2/2014, das Deutschlands größte Arztempfehlung (www.jameda.de) jedes Trimester erhebt. Durchschnittlich vergeben die deutschen Patienten für die Zufriedenheit mit der Wartezeit auf einen Arzttermin die Note 2+ (1,91) auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6. Führend in dieser Kategorie sind die Zahnärzte, die von ihren Patienten für die Wartezeit auf einen Arzttermin ein „sehr gut“ (1,54) erhalten. Mit den Noten 2,43 und 2,53 wird die Wartezeit auf einen Arzttermin

bei Augen- und Hautärzten eine ganze Note schlechter bewertet.

Anmerkung

Beim jameda Patientenbarometer handelt es sich um eine statistische Analyse der aktuell abgegebenen 537.000 Bewertungen auf www.jameda.de innerhalb des vergangenen Trimesters. Aus den abgegebenen Bewertungen werden Rückschlüsse auf die allgemeine Patientenzufriedenheit mit Ärzten gezogen.

(Quelle: jameda, Ärztezeitung)

... aus der Presse

... Die gesetzlichen Krankenkassen haben gefordert, Zulassungen für Arztpraxen nur noch auf Zeit zu vergeben. Nur so lasse sich das Problem der Überversorgung lösen, sagte GKV-Vorstandschefin Doris Pfeiffer der "Neuen Osnabrücker Zeitung". (30.07.2014)

... Überversorgung - Praxisaufkauf als neue Drohkulisse

Ordentlich Sprengstoff haben die Gesundheitsweisen in ihr Gutachten gesteckt: Ab 200 Prozent Versorgungsgrad sollen KVen Arztsitze aufkaufen, wird dort empfohlen. Auf heftigen Widerstand stoßen die Gesundheitsweisen mit ihrer Einschätzung, in Planungsregionen mit

einem Versorgungsgrad von mehr als 200 Prozent sei die "Förderung des freiwilligen Verzichts bzw. der Aufkauf von Arztsitzen" eine "wichtige Maßnahme". Der Sachverständigenrat hat in seinem im Juni vorgelegten Gutachten empfohlen, statt der von der Koalition geplanten Soll-Regelung beim Aufkauf frei werdender Arztsitze eine Muss-Regelung zu verankern...
(Ärzte Zeitung, 25.07.2014)

... In letzter Minute vollzog der Gesetzgeber dann aber doch noch einen Schwenk und führte stattdessen ab 2013 ein Recht der KVen ein, ausgeschriebene Vertragsarztpraxen nicht wieder zu besetzen. Der Arzt soll in diesem Fall den Verkehrswert der

Praxis von der KV ersetzt bekommen, die Praxis selbst bleibt ihm aber erhalten – mit allen Arbeits-, Miet- und Leasingverträgen, um die er sich nun kümmern muss...

(Pressemitteilung ZI Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 25. Juni 2013)

... Nach Auffassung der Krankenkassen gibt es in den Ballungsräumen zu viele niedergelassene Ärzte. Der GKV-Spitzenverband hat deshalb vorgeschlagen, dass Kassenärztliche Vereinigungen verpflichtet werden sollten, frei werdende Praxissitze durch Aufkauf vom Markt zu nehmen...

(GKV Spitzenverband online, 8.7.2011)

Aus der KV

Verlegung von Arztsitzen aus dem Asklepios Gesundheitszentrum in Bergedorf untersagt

Der Berufungsausschuss Hamburg hat die Verlegung von Arztsitzen angestellter Ärzte von einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) auf ein anderes untersagt. Wie der Berufungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung

Hamburg (KVH) mitteilte, gebe es derzeit weder eine rechtlich saubere Möglichkeit, einen Arztsitz angestellter Ärzte unmittelbar von einem MVZ auf ein anderes MVZ zu übertragen, noch dies in einem „Mehr-Schritt-Verfahren“ zu tun.

Im konkreten Fall wurde dem MVZ Bergedorf der „Asklepios-Gruppe“ aus diesem Grund untersagt, die Arztsitze aus Bergedorf auf ein anderes MVZ der „Asklepios-Gruppe“ in Harburg zu übertragen.

Patientensicherheit

Bekämpfung antibiotika-resistenter Keime

Multiresistente Erreger stellen weltweit eines der größten Probleme für die öffentliche Gesundheit dar. In Deutschland sterben jährlich etwa 10.000 Menschen an den Folgen solcher Infektionen. Längst ist klar, dass der Kampf gegen die "Killerkeime" eine sektorenübergreifende Aufgabe ist.

Neues Screening-Programm zum Schutz vor multiresistenten Erregern

In Hamburg gibt es ein neuartiges Screening-Programm auf multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN). Darauf haben sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen geeinigt. Das Ziel des Modellprojektes ist die Bekämpfung der Weiterverbreitung multiresistenter Erreger. Patienten werden im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes auf sogenannte multiresistente gramnegative Keime (MRGN) hin getestet. Durch diese Erweiterung der bereits bestehenden MRSA-Testungen soll eine weitere Ausbreitung resistenter Bakterien verhindert und somit ein größerer Schutz für Patienten erreicht werden.

Resistenzen gegenüber Antibiotika bei gramnegativen Stäbchenbakterien haben in den letzten Jahren im klinischen Alltag zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieses birgt erhebliche gesundheitliche Gefahren für die Patienten. Um infizierte Patienten bestmöglich zu versorgen und die Weiterverbreitung von MRGN-Bakterien auf abwehrgeschwächte und kranke Menschen zu verhindern, soll im Vorfeld einer geplanten Operation in einem Krankenhaus der einweisende niedergelassene Arzt Risikopatienten ein bis zwei Wochen vor dem Klinikaufenthalt auf die Erreger testen. So können sich Kliniken frühzeitig auf

betroffene Patienten einstellen, Schutzmaßnahmen ergreifen und andere Patienten künftig besser vor einer Ansteckung mit den MRGN-Erregern schützen. Mit dem MRGN-Screening-Programm ist jetzt ein erster wichtiger Schritt zur Eindämmung dieser Entwicklung vollzogen.

Wird aufgrund des Screenings festgestellt, dass der Patient Träger von MRGN Bakterien ist, bespricht der behandelnde Arzt mit dem Patienten das weitere Vorgehen. Außerdem informiert er die Klinik.

Qualitätsgesicherte ambulante MRSA-Versorgung

Die konsequente Durchführung von Präventionsmaßnahmen, wie Hygiene- und Antibiotikamanagement, kann die Ausbreitung von MRE-Infektionen drastisch reduzieren. Die KV Hamburg hat für die Umsetzung eines Hygiene-Konzeptes nach neuestem Stand

in der Arztpraxis umfassende Informationen zusammengetragen. Sie bietet außerdem geeignete Fortbildungsmaßnahmen für ihre Mitglieder an, mit denen sich Ärzte qualifizieren können und eine Genehmigung zur ambulanten MRSA-Versorgung erhalten.

Das Konzept umfasst sowohl Veranstaltungen als auch Online-Zertifizierungen. Vertragsärzte, die MRSA-Sanierungen durchführen wollen, müssen entweder eine Zusatzweiterbildung "Infektiologie" oder eine "MRSA"-Zertifizierung nachweisen.

MRSA-Sanierungsbehandlung ist in der häuslichen Krankenpflege GKV-Leistung

Die ambulante MRSA-Eradikationstherapie (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus-Sanierung) kann im Rahmen der häuslichen Krankenpflege für bestimmte Patientengruppen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Einen

entsprechenden Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Januar 2014 in Berlin gefasst. Hintergrund der Entscheidung ist das Pflegeausrichtungsgesetz (PNG) aus dem Jahr 2012, mit dem der Gesetzgeber den G-BA beauftragt

hatte, Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Sanierung von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) zu regeln.

(Quelle: G-BA)

Aktionswoche für ein besseres Leben mit Demenz in Hamburg

Anlässlich des Welt-Alzheimer-tages findet in Hamburg vom 15. bis 21. September 2014 zum ersten Mal eine Aktionswoche zum Thema Demenz statt. Mehr als 140 zentrale und dezentrale Veranstaltungen in vielen Hamburger Stadtteilen bieten Interessierten Informationen und Gelegenheit zum Austausch mit anderen Betroffenen.

Ein Abbau von Vorurteilen und Unsicherheiten im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen gehört somit ebenso wie die Bekanntmachung von zahlreichen Hilfs- und Unterstützungsangeboten vor Ort zu den Zielen der Aktionswoche. Zudem sollen Wege und Angebote aufgezeigt werden,

die eine soziale Teilhabe von Menschen mit Demenz fördern und ein Leben mit der Erkrankung lebenswerter machen. Vielfältige Aktionen und Veranstaltungen befassen sich mit Themen, wie Demenz und Migration, Selbstbestimmung und Pflege.

Die Aktionswoche Demenz wird im Rahmen der Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg ausgerichtet und von der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e.V. sowie der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V. organisiert. Viele Organisationen und Akteure machen sich unter Federführung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz auf den Weg

diese noch weiter auszubauen, sich zu vernetzen und somit ein besseres Leben mit Demenz in Hamburg zu unterstützen.

Weitere Informationen und eine ausführliche Übersicht aller Veranstaltungen der Aktionswoche findet man unter www.agfw-hamburg.de im Veranstaltungsprogramm oder kann diese telefonisch bei der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege unter 040 – 26 68 65 57 nachfragen. Informationen zur Landesinitiative sowie zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten in Hamburg sind im Internet unter www.hamburg.de/demenz aufgeführt.

(Text: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz)

Aus Berlin

Bundesrat verabschiedet Gesundheitsreform

Die Bundesländer haben in ihrer letzten Sitzung vor der Sommerpause diverse Gesetze verabschiedet und so den Weg für die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) freigemacht. Mit der GKV-Finanzreform ist künftig ein von Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätisch zu finanzierender Beitragssatz von 14,6 Prozent vorgesehen. Der Arbeitgeberanteil wird bei 7,3 Prozent gesetzlich festgeschrieben. Damit ist der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent, den Krankenkassen bisher von ihren Mitgliedern erheben konnten, abgeschafft. Im Gegenzug dürfen

die Krankenkassen entstehende Finanzlücken durch individuelle und einkommensabhängige Zusatzbeiträge decken, die die Versicherten allein bezahlen müssen. Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds wird für das Jahr 2014 auf 10,5 Milliarden und für das Jahr 2015 auf 11,5 Milliarden Euro abgesenkt.

Der Aufbau eines wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist damit ebenso verabschiedet wie der „Sicherstellungszuschlag“ für Hebammen, die nur wenige Geburten betreuen und ihre Haftpflichtprämien nicht

aufbringen können.

Ab Oktober 2015 gilt die erweiterte Verordnung zur Informationspflicht bei Medizinprodukten. Krankenhäuser, die Implantate einsetzen, müssen alle Fälle in Datenbanken festhalten, die Hersteller Gerätepässe ausstellen. Dann können Patienten selbstständig überprüfen, ob sie bei Produktfehlern betroffen sind. Mit der Verordnung reagiert der Gesetzgeber auf den Brustimplantate-Skandal von 2009. Damals hatte der französische Hersteller PIP billiges Industriegel für Brustimplantate anstelle von Medizinsilikon verwendet.

(Quelle: Gerechte Gesundheit)

Zuzahlungen bei Arzneimitteln – eine Wissenschaft für sich

Am 1. Juli traten für 13 Wirkstoffgruppen neue, abgesenkte Festbeträge in Kraft.

Festbeträge sind ohne Zweifel ein wirksames Instrument, um die Ausgaben für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung zu steuern. Doch jede Festbetragsanpassung hat auch Konsequenzen für die Patienten. Veränderte Zuzahlungen und teilweise sogar Aufzahlungen kommen auf die Patienten zu. Chronisch kranke Menschen müssen sich eventuell für einen Produktwechsel entscheiden. Denn möglicherweise wird das Rezept über das gewohnte Arzneimittel den Patienten in der Apotheke mit einer ganz erheblichen Zuzahlung konfrontieren. Produkte, die zuvor noch von der Zuzahlung

befreit waren, könnten nun wieder zuzahlungspflichtig sein.

Die Gründe dafür sind vielschichtig und finden sich zum Teil im Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG). Aber auch von den Rabattverträgen, die die Krankenkassen mit den Arzneimittelherstellern geschlossen haben hängt ab, ob Patienten auf ihr Rezept in der Apotheke ein zuzahlungsbefreites Arzneimittel erhalten können.

► Zuzahlung

Kassenpatienten müssen für Arzneimittel generell

- 10 Prozent zuzahlen, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro und „nicht mehr als die Kosten des Mittels“ (§ 61 SGB V).

- Die Kassen können Produkte von

der Zuzahlung befreien, wenn deren Herstellerabgabepreis ohne Mehrwertsteuer mindestens 30 Prozent unter Festbetrag liegt (§ 31 Abs. 3 SGB V).

- Zudem können die Kassen im Rahmen von Rabattverträgen auf die Zuzahlung verzichten (§ 130a Abs. 3b SGB V).

► Aufzahlungen sind immer zu leisten

Von den gesetzlichen Zuzahlungen zu unterscheiden sind die sogenannten Aufzahlungen (Mehrkosten). Wenn der Preis eines Medikaments über dem Festbetrag liegt, muss der Patient nicht nur die Zuzahlung leisten, sondern auch die Differenz zwischen Festbetrag und tatsächlichem Preis des Arzneimittels entrichten. Auch in diesem Fall kann der Apotheker

den Patienten bei der Suche nach einer nicht-aufzahlungspflichtigen Alternative helfen.

Eine Reihe von Patienten hat sich inzwischen an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung gewandt. Sie machen sich Sorgen um ihre weitere medizinische Versorgung, weil sie sich die aktuell in einigen Fällen ganz erhebliche Zuzahlung nicht leisten können.

Eine regelmäßig [aktualisierte Liste aller zuzahlungsbefreiten Arzneimittel](#) hat der Apothekerverband ABDA ins Internet gestellt.

(Quelle: Ärztezeitung, aponet)

Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)

Das Gesetz sollte helfen, die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel zu dämpfen. Es erlaubt dem Spitzenverband der Krankenkassen, besonders preisgünstige Arzneimittel von der Zuzahlung durch die Patienten zu befreien. Damit ein Arzneimittel gemäß AVWG von der Zuzahlung befreit wird, muss es im Vergleich mit gleichwertigen Medikamenten, die denselben Wirkstoff enthalten, im Preis wesentlich günstiger sein, d.h. er muss mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag, einem Erstattungshöchstbetrag, liegen. Außerdem muss der Hersteller das Arzneimittel so günstig anbieten, dass auch die Kasse trotz der wegfallenden Patientenzuzahlung entlastet wird.

Beilage im Hamburger Abendblatt

„Hamburger Ärztemagazin“ täuscht Patienten

Das Hamburger Abendblatt der Funke Mediengruppe, welche die Publikation Mitte 2013 übernommen hatte, hat im Mai ein neues Anzeigenprojekt gestartet: Das „Hamburger Ärztemagazin“ besteht zu 100 Prozent aus bezahlten Werbeseiten, die den Anschein erwecken, es handele sich um redaktionelle (und damit unbezahlte) Beiträge über Hamburger Ärztinnen und Ärzte. Im Rahmen von Veröffentlichungen muss presserechtlich deutlich zwischen redaktionellen und gewerblichen Inhalten getrennt, Werbung eindeutig als solche gekennzeichnet werden. Dies ist aus Sicht der Ärztekammer Hamburg nicht der Fall. Im Editorial, das ein ehemaliger Schriftleiter des Hamburger Ärzteblattes verfasst hat, wird Patienten suggeriert, dass die Arztsuche dank des neuen Magazins keine Glückssache mehr sei. Das heißt, der Arzt, der für seine Seite im Blatt bezahlt hat, wird im Gegenzug als der beste Experte für Patienten

verkauft. Die Ärztekammer Hamburg distanziert sich ausdrücklich von dieser Art Geschäftemacherei, von einer Beteiligung rät sie dringend ab, da es sich aus ihrer Sicht um Werbung von Patienten handelt. Dies ist nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar und beschädigt den ärztlichen Berufsstand. Die Kammer hat sich in einem Brief an die Chefredaktion des Hamburger Abendblattes gewandt, um zu intervenieren, und überprüft, ob ein Verstoß gegen das Hamburgische Pressegesetz vorliegt. | ti

(Quelle: Hamburger Ärzteblatt)



Die KVH zieht um - vorübergehend



**Ab dem 15. September 2014
im Übergangsquartier**

Während der Neubauphase sind wir hier für Sie da:



**Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg**

Alle Telefonnummern und E-Mailadressen bleiben gleich!

**Rückfragen?
040 / 22 802 900
oder infocenter@kvhh.de**

Das Übergangsquartier der KVH am Heidenkampsweg

Während der Umzugsphase
vom 5.-12. September ist die
KV geschlossen!

