KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Nr. 2/2012

Honorarentwicklung

Was sind die Einflussfaktoren?

Bürokratie

Warum künstliche Wettbewerbe kontraproduktiv sind

Arzneimittelverträge

Was Sie über die neuen Richtgrößen wissen müssen

Benzodiazepine

Qualitätszirkel berät Ärzte bei Problemfällen

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Das deutsche Gesundheitssystem versinkt in Bürokratie - darüber sind sich alle einig. Dennoch gelingt es nicht, Bürokratie abzubauen und Komplexität zu verringern.
Ursache ist ein Sachleistungssystem, das allen Versicherten gegen die Flatrate „Kassenbeitrag“ weitgehend kostenfreien Zugang zu den Versorgungsleistungen bei gleichzeitig schwindender Kompetenz zur Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit ermöglicht. Deshalb reicht die Summe der Kassenbeiträge nicht aus, alle Bedürfnisse zu befriedigen. So muss mit planwirtschaftlichen Instrumenten ein Ausgleich zwischen Ansprüchen und Finanzmitteln hergestellt werden, gern auch unter Nutzung der ethischen Falle, zu der der hippokratische Eid von der Bürokratie umgedeutet wurde. Am Ende verlieren die Patienten, weil die nur begrenzt zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit sinnlos eingesetzt werden muss, und die Beitragszahler, die statt Versorgung Bürokratie finanzieren müssen.

Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers
Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild: Nikolai Sorokin/fotolia.de

Ausgabe 2/2012 vom 1. Februar 2012

(Redaktionsschluss: 17. Januar 2012)

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Das Versorgungsstrukturgesetz bringt mehr Honorarhoheit für die regionale Selbstverwaltung. Was wünschen Sie sich für Ihren Versorgungsbereich? 4

KV-Chef Dieter Bollmann: Keine Entspannung der Vergütungssituation 5

Gesundheitspolitik

Wettbewerb im Gesundheitswesen – ein Irrweg? 8

Studie: Ärzte halten einen Großteil der Verwaltungstätigkeiten für überflüssig / OECD: Kurze Wartezeiten auf Facharztbesuch in Deutschland 11

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten / Schwangerschaftsdiabetes-Test wird Kassenleistung 12

Berichtspflicht: Schriftliche Einwilligung des Versicherten nötig 13

Brennpunkt Arznei

Arzneimittelverträge: Was Sie über die neuen Richtgrößen und Zielwerte wissen müssen 14

Neue Arzneimittel: Stellungnahmen der Arzneimittelkommission zu Zytiga® (Abirateron), Xgeva® (Denosumab) und Fampyra® (Fampridin) 18

Benzodiazepin-Missbrauch: Qualitätszirkel berät Ärzte bei Problemfällen 20

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik 21

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung 22

Terminkalender 23

Nachgefragt

Das Versorgungsstukturgesetz bringt mehr Honorarhoheit für die regionale Selbstverwaltung. Was wünschen Sie sich für Ihren Versorgungsbereich?

Schlicht und einfach: Wir wünschen uns eine Verbesserung der Honorarsituation. Hamburg hat im Bundesvergleich die höchsten Versorgungskosten (weshalb die politisch verfügten höheren Zuwendungen an Hamburg vorbeifließen), aber die niedrigsten Hausarzthonorare. Wir wünschen uns, dass die KV Hamburg ihre neuen Möglichkeiten mit Phantasie und Engagement nutzt, endlich auch die genuin hausärztlichen Leistungen angemessen und damit besser zu honorieren (Haus- und Heimbesuche, Koordination der medizinischen Leistungen etc). Die Peinlichkeit, dass die Höherbewertung der Hausbesuche den Hamburger Hausärzten absolut nichts gebracht hat, sollte (Phantasie! Engagement!) baldmöglichst in Verhandlung mit den Kassen aus der Welt geschafft werden.

Volker Lambert,
Sprecher des Beratenden
Fachausschusses Hausärzte

Wir Fachärzte brauchen endlich mehr langfristige Planbarkeit und feste Preise für unsere Leistungen ohne Budgetierung. Dies bleibt das klare Ziel. Das VStG eröffnet die Möglichkeit mit den Krankenkassen regional zu verhandeln. Damit können wir sie in die Pflicht nehmen. Für begrenztes Geld kann es auch nur begrenzte Leistung geben. Die Verantwortung für die Leistungsbegrenzungen müssen dann die Kassen übernehmen. In 2012 werden wir die Honorarverteilung wieder selbst regeln können. Ohne zusätzliches Geld machen aber große Veränderungen wenig Sinn. Gleichwohl werden wir schneller als bisher und genauer Fehlentwicklungen bremsen können. Die Ausstiegsmöglichkeit aus den vielfältigen Hamsterrädern wäre für viele Fachärzte schon erstrebenswert. Mehr Zeit für die wirklich kranken Patienten und weniger ökonomische Zwänge wünschen sich ebenso viele.

Dr. Dirk Heinrich,
Sprecher des Beratenden
Fachausschusses Fachärzte

So sehr ich die Rückübertragung der Honorarhoheit auf die Regionen grundsätzlich begrüße: Für die Hamburger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird das eher zu Verschlechterungen führen. Dass die psychotherapeutischen Leistungen weiterhin extrabudgetär bezahlt werden, steht nämlich nicht im Gesetz – und ob es der Hamburger KV-Vorstand dennoch durchsetzen kann, ist ungewiss. Wichtig ist für uns, dass die Zeitkapazitätsgrenzen erhalten bleiben. Außerdem brauchen wir ein Mitspracherecht in den Bedarfsplanungsgremien. Für die dringend benötigten zusätzlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss natürlich auch entsprechend mehr Honorar zur Verfügung gestellt werden.

Hanna Guskowski,
Sprecherin des Beratenden
Fachausschusses
Psychotherapeuten

Foto: PhotoSG/fotolia.de

Keine Entspannung der Vergütungssituation

Zur Honorarentwicklung in Hamburg gibt es immer wieder Nachfragen. Es fanden Umverteilungen statt, viele Vertragsärzte hatten Honoraranstiege und -einbrüche zu verzeichnen. Der KV-Vorsitzende Dieter Bollmann erklärt die Einflussfaktoren dieser Entwicklung.

Die Honorarverteilungsautonomie ist im Zuge der Honorarreform Ende 2008 von der Region auf den Bund übergegangen. Der Bewertungsausschuss hatte die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen und legte die Rahmenbedingungen für die Honorarverteilung in den KVen fest. Doch schon bald zeigte sich ein strukturelles Problem: Das vom Gesetzgeber in Aussicht gestellte Ende des Budgets erwies sich als Chimäre. Die zunächst als „freie Leistungen" beschriebenen dringenden Hausbesuche, unvorhergesehenen Inanspruchnahmen, Akupunktur, Leistungen des organisierten Notfalldienstes, Laborleistungen etc. wurden von den Krankenkassen ebenso wenig ausfinanziert wie die Leistungen, für die Fallwertzuschläge vorgesehen waren, oder die Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, deren bundeseinheitlich festgelegte Kapazitätsgrenze Entwicklungsmöglichkeiten bietet; auch Entwicklungen in den Leistungsbereichen ohne Patientenkontakt, die keiner mengenbegrenzenden Regelung unterlagen, wurden nicht zusätzlich vergütet.

Der Ausgleich zwischen den Honoraransprüchen (aufgrund der Beschlüsse des Bewertungsausschusses) und den Zahlungen der Kassen musste aus Rückstellungen der KV hergestellt werden. Zudem waren die Vorgaben zur Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil an die veränderten Berechnungsvorschriften für die Gesamtvergütungen anzupassen. Im Zusammenhang mit dieser Anpassung wurde der auf Bundesebene vorgetragenen Forderung der hausärztlichen Vertreter entsprochen, den Fremdkassenzahlungsausgleich kontingentspezifisch (Hausarzt, Facharzt, Labor, Psychotherapie, organisierter Notfalldienst) zu gestalten.

Um die Kluft zwischen der von der KV an die Ärzte ausgezahlten und der von den Kassen erstatteten Geldmenge zu schließen, wurden zum 3. Quartal 2010 die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung neu gefasst. Folge der beschriebenen Handlungsnotwendigkeiten war die Einführung der QZV und die Bildung eigenständiger Vergütungskontingente für Laborleistungen, pathologische Leistungen, Leistungen im Notfalldienst und versorgungsbereichsspezifisch für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM; analog wurde zum 1. Quartal 2011 auch für die humangenetischen Probeneinsendungen ein eigenständiges Vergütungskontingent gebildet.

Fortsetzung auf S. 6

Fortsetzung von S. 5

Auch zur Berechnung der QZV hatte der Bewertungsausschuss ein Formelwerk vorgegeben; für jeden durch ein QZV geregelten Leistungsbereich in einer Arztgruppe ist der Anteil des Honorars der Arztgruppe zur Verfügung zu stellen, der dem Leistungsbedarf des Leistungsbereichs im Verhältnis zum gesamten Leistungsbedarf der Gruppe, jeweils im Jahr 2008, entsprach. Im Zusammenwirken mit der Vorschrift, dass jeweils die Fallzahlen des Vorjahresquartals zur Bemessung des QZV heranzuziehen sind, ergeben sich durch neu zugelassene und durch Ärzte, die eine Qualifikation neu erlangen, tendenziell sinkende Fallwerte. Diese Systematik verstärkt sich, wenn – wie durch die Fallwertzuschläge im hausärztlichen Bereich geschehen – Leistungsanreize gesetzt werden, für die keine zusätzlichen Finanzmittel durch die Krankenkassen bereitgestellt werden.
Ein Sonderproblem stellte sich für das QZV Psychosomatik im hausärztlichen Versorgungsbereich dar, weil die Psychosomatik für Hausärzte im Jahr 2008 durch einen „Qualitätszuschlag" abgegolten wurde und nur einige hausärztliche Praxen aufgrund ihrer speziellen Ausrichtung die Genehmigung für die nunmehr im QZV Psychosomatik enthaltenen Leistungen bekommen hatten. Eine Klärung hat ergeben, dass auch der aus dem Zuschlag entstandene Leistungsbedarf in das QZV einbezogen werden sollte. Da der Zuschlag aber lediglich mit 20 Punkten je Fall bewertet war, musste sich gegenüber der im 3. und 4. Quartal 2010 zugrunde gelegten Berechnungssystematik (bei der nur die Fälle der Ärzte mit Berechtigung zur Einzelabrechnung der Psychosomatik in 2008 berücksichtigt waren) seit dem 1. Quartal 2011 eine Minderung ergeben.

Mit Wirkung zum 2. Quartal 2011 sind Haus- und Heimbesuche durch den Bewertungsausschuss aufgewertet und aus der RLV/QZV-Systematik herausgelöst worden. Die Aufwertung wurde ebenfalls nicht von den Krankenkassen, sondern durch Umverteilung finanziert; sie sollte offenbar dazu dienen, die bei den aktuellen Leistungsbewertungen in mancher KV-Region nicht ausgelastete Gesamtvergütung erarbeiten zu können.
Mit Wirkung zum 3. Quartal 2011 sind schließlich die Zuschläge für arztgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften neu geregelt worden; auch diese Neuregelung hatte eine Umverteilung zur Folge.

Wie oben für die QZV beschrieben, führen Fallzahlsteigerungen auch im Bereich der RLV zu sinkenden Fallwerten. Um dieser Tendenz entgegen zu wirken, wurde im Verteilungsmaßstab eine Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung vereinbart, die erstmals bei der Berechnung der Fallwerte für das 1. Quartal 2012 bei einer größeren Zahl von Arztgruppen angewendet werden musste. Die Regelung bewirkt, dass bei der Berechnung der RLV die Fallzahlsteigerungen von überdurchschnittlich großen Praxen nicht oder nur eingeschränkt berücksichtigt werden; sie kann allerdings die rechtlich gebotene Wachstumsmöglichkeit für kleine und junge Praxen nicht beeinflussen.

Unterm Strich hat die Honorarreform für Hamburg keine guten Ergebnisse gebracht. Die Verhandlungen wurden nicht regional, sondern auf Bundesebene geführt; der KV Hamburg waren bei vielen Entscheidungen die Hände gebunden. Und weil für die Versorgung eines Hamburger Patienten bezogen auf das Bundesgebiet noch immer eine überdurchschnittliche Summe zur Verfügung steht (die allerdings bezogen auf andere Großstädte keineswegs aus dem Rahmen fällt), konnten andere KVen auf Bundesebene eine „asymmetrische Verteilung" der Honorare durchsetzen, was im Jahr 2011 zu einer massiven Benachteiligung Hamburgs führte.

Die Idee, das pro Patient durchschnittlich zur Verfügung stehende Geld durch „asymmetrische Verteilung" der Honorare bundesweit anzugleichen, ist vom Tisch. Das Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, dass die Honorarverhandlungs- und die Honorarverteilungshoheit ab dem Jahr 2012 wieder auf die Regionen übergeht. Doch die Entwicklungsmöglichkeit der budgetierten Gesamtvergütung ist dieses Jahr noch durch die

alten gesetzlichen Regelungen begrenzt. Die in 2011 eingeführte Begrenzung der extrabudgetären Vergütung für ambulante Operationen beispielsweise ist zwar aufgehoben worden. Weil die ursprünglich vereinbarten Punktwertzuschläge nicht mehr gelten, liegt die Bewertung dieser Leistungen aber weiterhin unter den Preisen aus 2008. Somit ist derzeit leider nicht von einer Entspannung der Honorarsituation auszugehen.

Dieter Bollmann,
Vorsitzender des Vorstandes
der KV Hamburg

„Aufhören damit!“

Der Versuch, das Gesundheitssystem durch Wettbewerb auf Trab zu bringen, lässt die Bürokratie wuchern. Der Schweizer Ökonom Mathias Binswanger über die mangelnde Messbarkeit medizinischer Qualität und die Verdrängung ärztlicher Motivation durch unsinnige Controlling- und Anreizsysteme.

Macht Wettbewerb unser Gesundheitssystem effizienter?

Binswanger: Nein. Wettbewerb führt im Allgemeinen nur dort zu mehr Effizienz, wo es auch einen Markt gibt - wo also ein Anreiz besteht, sich an den Bedürfnissen der Nachfrager zu orientieren. Es gibt aber wichtige Bereiche der Wirtschaft, in denen keine Marktsituation gegeben ist: in der Wissenschaft beispielsweise oder im Schulwesen. Auch im Gesundheitswesen ist dies der Fall. Würde man diesen Bereich dem Markt überlassen, könnten sich nicht mehr alle Menschen eine Gesundheitsversorgung leisten. Inszeniert man in solchen Bereichen ohne Markt einen Wettbewerb, produziert das hauptsächlich Unsinn.

Nehmen wir als Beispiel den Wettbewerb zwischen Versorgungsmodellen ...

Binswanger: Ja, das klingt natürlich erst mal gut. Doch von außen lässt sich die Qualität von Ärztenetzen und Versorgungsmodellen nicht beurteilen. Deshalb definiert man bestimmte Kennzahlen und Kriterien, die erfüllt werden müssen. Man versucht, medizinische Qualität an messbaren Indikatoren festzumachen.

Was ist daran falsch?

Binswanger: Es führt zu Fehlanreizen. In England beispielsweise gibt es ein groß angelegtes Pay-for-Performance-Modell: Die freiwillig teilnehmenden Hausärzte werden nach 146 Indikatoren beurteilt. Vom Ergebnis hängt etwa ein Viertel ihres Einkommens ab. Inzwischen erreichen über 98 Prozent der Ärzte das Punktemaximum. Das heißt: Die Ärzte haben sich perfekt an diesen staatlich inszenierten Unsinn angepasst. Sie halten sich an vorschriftsmäßige Abläufe, führen immer mehr unnötige Untersuchun-

gen durch und verschreiben vorschnell Medikamente. Die längste Erfahrung mit erfolgsorientierten Prämien auf Basis von Qualitätsindikatoren hat man in den USA. Die Ärzte dort optimieren ihre Patientenportfolios, indem sie möglichst gesunde Patienten behandeln und schwere Fälle zu vermeiden suchen. Damit steigern sie die gemessene Qualität ihrer Arbeit. Gleichzeitig entstehen ganze Wirtschaftszweige und Berufsgruppen, die sich damit beschäftigen, Indikatoren zu messen, Daten auszuwerten und Rankings zu erstellen.

Kann man ärztliche Qualität messen?

Binswanger: Von dieser Vorstellung sollte man sich verabschieden. Aus den Ergebnisindikatoren (also dem Erfolg der Behandlung) lässt sich keine wirkliche Relation zur Qualität der Behandlung herleiten. Man müsste Einflussfaktoren wie das Alter, den sozialen Hintergrund oder die Compliance des Patienten und vieles mehr berücksichtigen - bis man am Ende nur noch gesondert zu betrachtende Einzelfälle hat. Auch die Patientenzufriedenheit ist tückisch: Patienten sind tendenziell zufrieden, wenn sie geheilt wurden - und unzufrieden, wenn sie nicht geheilt wurden. Genau jene Indikatoren, die am wichtigsten wären, funktionieren also nicht. Deshalb konzentriert man sich auf Indikatoren, die man gut messen kann, mit Qualität aber nur indirekt zu tun haben: Können die Ärzte die richtige Qualifikation vorweisen? Sind die Praxen auf dem neusten Stand der Technik?

Sollte man auf diese Art der Qualitätssicherung verzichten?

Binswanger: Nein. Qualitätssicherung ist sinnvoll, solange man einheitliche Mindeststandards festlegt, die eingehalten werden müssen. Das Problem ist: Solche Systeme neigen dazu, sich zu verselbstständigen. Es beginnt mit wenigen Indikatoren. Dann stellt man fest: Die Messung könnte präziser sein. Das System wird verfeinert, es kommen immer mehr Indikatoren hinzu – bis eine undurchdringbare Controlling-Bürokratie wuchert.

Solche Controlling-Systeme gibt es doch in vielen Wirtschaftsbereichen ...

Binswanger: Ja, weil große Unternehmen intern auch Planwirtschaften sind. Bei langweiligen und unangenehmen Arbeiten können künstliche Wettbewerbe und Anreizsysteme zur Motivation der Angestellten beitragen. Im Bildungswesen, in der Wissenschaft und im Gesundheitswesen sollte man aber darauf bauen, dass die Menschen ihre Arbeit grundsätzlich gerne tun. Diese intrinsische Motivation wird zerstört, wenn man mit Zuckerbrot und Peitsche hantiert.

Und was ist mit den schwarzen Schafen?

Binswanger: Wir behelligen 95 Prozent weiße Schafe mit aufwändigen Kontrollen, um fünf Prozent schwarze Schafe zu treffen. Das ist ökonomisch unsinnig. Natürlich gibt es auch schwarze Schafe, doch auf diese fünf Prozent kommt es viel weniger an, als auf die 95 Prozent weißen Schafe. Wichtig ist deshalb, die 95 Prozent der aus sich selbst heraus motivierten Ärzte nicht unter den Generalverdacht der Leistungsverweigerung zu stellen, indem man eine unsinnige Kontrollbürokratie aufbaut. Das ist eine entscheidende Voraussetzung für Qualität: Man soll die Leute, dort wo es funktioniert, in Ruhe arbeiten lassen.

Fortsetzung auf S. 10

Prof. Dr. Mathias Binswanger lehrt Volkswirtschaftslehre an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten. Er ist Autor des Buches „Sinnlose Wettbewerbe – warum wir immer mehr Unsinn produzieren" (Herder Verlag 2010).

Fortsetzung von S. 9

Ein optimales Anreizsystem gibt es nicht?

Binswanger: Nein. Wenn man sich auf Dinge konzentriert, die gemessen werden können, setzt man automatisch falsche Anreize. Nehmen Sie die DRG-Fallpauschalen in den Krankenhäusern. Eigentlich sollten Krankenhäuser und Ärzte doch dazu da sein, Patienten zu heilen, wobei die Kosten nicht aus dem Ruder laufen dürfen. Doch nun wird die Medizin einer anderen Logik unterworfen: Man inszeniert einen Preiswettbewerb. Das wichtigste Ziel ist, ein möglichst gutes finanzielles Ergebnis zu erzielen. Die Patienten werden jetzt zu einem Portfolio, dass es zu optimieren gilt, indem man versucht, aus diesen Patienten durch die „richtigen" Diagnosen möglichst hohe Fallpauschalen herauszuholen, die Behandlungen zu standardisieren und die Patienten möglichst schnell in den ambulanten Bereich abzuschieben. Natürlich haben auch die alten Tagespauschalen zu Fehlanreizen geführt. Doch man hat einen Fehlanreiz durch einen anderen, noch komplexeren Fehlanreiz ersetzt.

Warum ist die Komplexität ein Problem?

Binswanger: Die Ärzte müssen immer mehr Zeit darauf verwenden, sich mit diesen unsinnigen Anreiz- und Kontrollsystemen zu beschäftigen, Kennzahlen zu erheben und in den Computer einzugeben, zu dokumentieren, Vergleiche anzustellen, Anfragen zu beantworten. Die Unzufriedenheit ist sehr groß, denn die Systeme, die eingeführt wurden, um die Qualität zu verbessern, sorgen dafür, dass die Zeit, die für die Patienten zur Verfügung steht, immer knapper wird. Die eigentliche ärztliche Arbeit wird von Bürokratie verdrängt.

Wie kommt es, dass Wettbewerb über alle Parteigrenzen hinweg zum Zauberwort der Gesundheitspolitik geworden ist?

Binswanger: Der neue Wettbewerbsenthusiasmus geht auf die Regierungen von Ronald Reagan und Margaret Thatcher zurück. In den 1980er Jahren hat man gesagt: Der Staat muss auf ein Minimum geschrumpft werden. Am liebsten hätte man alles privatisiert – was natürlich in der Wissenschaft, im Schul- und im Gesundheitsbereich nicht möglich war. Wo es keinen Markt gab, wollte man aber wenigstens einen künstlichen Wettbewerb anzetteln. Diese Ideen wurden von Thatchers Nachfolger Tony Blair übernommen, der versuchte, zu entbürokratisieren und auf Effizienz zu trimmen, was vom britischen Staat noch übrig war. Über die Regierung Gerhard Schröder, die sich programmatisch von „New Labour" inspirieren ließ, kam das Idealbild eines durch künstliche Wettbewerbe modernisierten Staates nach Deutschland - vor allem in Form des Schlagwortes „New Public Management."

Das ist der Grund, warum auch Sozialdemokraten mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen fordern?

Binswanger: Das absurde ist: Es sind vor allem sozialdemokratische Regierungen, die hinter dieser Entwicklung hin zu immer mehr künstlichem Wettbewerb stecken. Es gibt allerdings durchaus Verbindungslinien zu den alten planwirtschaftlichen Ideen: Auch in der DDR wurden künstliche Wettbewerbe inszeniert, die Anreize für mehr Effizienz setzen sollten. Das ist kläglich gescheitert. Und genauso kläglich scheitern wir heute auch.

Was also ist zu tun?

Binswanger: Ein Hauptproblem der Gesundheitspolitik ist, dass über die Köpfe derjenigen hinweg entschieden wird, die in diesen Bereichen arbeiten. Hätte man Ärzte und Pflegepersonal in der Vergangenheit stärker mit einbezogen, wären all diese unsinnigen Wettbewerbs-Systeme gar nicht erst eingeführt worden. Die wichtigste Botschaft lautet: Aufhören damit! Es bringt nichts, die alte Beamtenbürokratie durch eine Controlling- und Ranking-Bürokratie zu ersetzen, die unter dem Deckmantel der Effizienzsteigerung daherkommt und dazu tendiert, sich dynamisch auszubreiten.

Interview: Martin Niggeschmidt

Krankenkassen als Bürokratietreiber?

Ärzte halten einen Großteil der Verwaltungsaufgaben für „schlicht überflüssig“

Größte Bürokratietreiber im deutschen Gesundheitssystem sind neben dem Staat offenbar die Krankenkassen. Über 70 Prozent des Verwaltungsaufwandes in den Arztpraxen wird einer Studie der Unternehmensberatung A. T. Kearney zufolge von den Krankenkassen verursacht. Knapp drei Viertel der Kassen-induzierten Bürokratie ist nach Einschätzung von 3000 durch die Unternehmensberatung befragten Ärzten „schlicht überflüssig“.

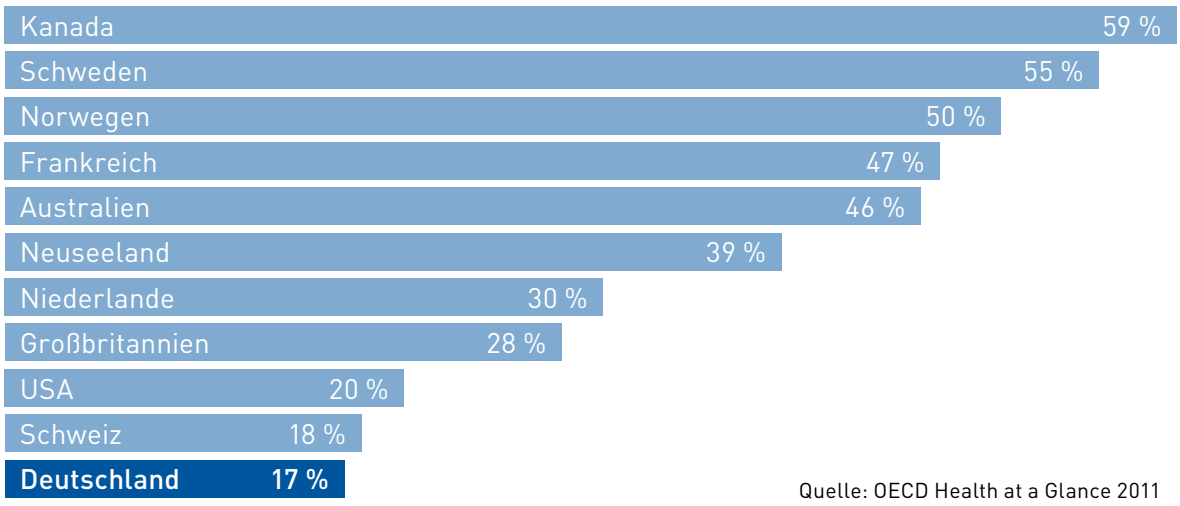
www.atkearney.de – Neue Studie: Deutsches Gesundheitssystem auf dem Prüfstand

Kurze Wartezeiten auf Facharztbesuch

OECD bescheinigt Deutschland einen Spitzenplatz

Trotz aller Klagen: Aus internationaler Perspektive steht Deutschland bei der Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt sehr gut da. Unter elf von der OECD verglichenen Ländern nimmt Deutschland den Spitzenplatz ein: Nirgendwo sonst erhielten so viele Patienten innerhalb von vier Wochen einen Termin beim Spezialisten (ohne Notfälle).

Wartezeit von vier Wochen oder mehr auf einen Facharzttermin



Quelle: OECD Health at a Glance 2011

Foto: Felix Faller

Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter (v.l.n.r.): Sandy Kupferschmidt, Monique Laloire, Fleur Priess, Katja Egbers und Heike Kühnel

Fragen und Antworten

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

1 *Ist der Beginn einer Heilmittelbehandlung an eine Frist gebunden?*

Ja. Wenn der Vertragsarzt keine Angabe auf dem Verordnungsvordruck zum Behandlungsbeginn gemacht hat, sollte die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen begonnen werden. Bei der podologischen Therapie gibt es eine Frist von 28 Tagen.
Ist eine Genehmigung bei der zuständigen Krankenkasse einzuholen, beginnt die Frist mit dem Genehmigungszeitpunkt. Wird die Behandlung innerhalb der genannten Zeiträume nicht begonnen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

2 *Frage: Einige unserer Patienten nehmen an den Bonusprogrammen ihrer Krankenkasse teil und verlangen nach einer Behandlung, dass wir das dafür vorgesehene Bonusheft ausfüllen. Können wir das privat in Rechnung stellen?*

Ja. Das Ausfüllen dieser Art von Bescheinigungen ist nach GOÄ Nr. 70 privat in Rechnung zu stellen. Der Arzt muss im Vorfeld die schriftliche Zustimmung des Versicherten zu einer entsprechenden privatärztlichen Abrechnung einholen.

3 *Zurzeit behandeln wir häufig Patienten, die in Deutschland Urlaub machen. Müssen die Patienten, deren Behandlung dann über das Auslandsabkommen abgerechnet wird, auch die Kassengebühr zahlen?*

Antwort: Ja.

Test auf Schwangerschaftsdiabetes wird GKV-Leistung

Merkblatt unterstützt die ärztliche Aufklärung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15.12.2011 den Beschluss gefasst, dass künftig schwangere Frauen Anspruch auf einen Test auf Schwangerschaftsdiabetes als GKV-Leistung haben. Künftig sind in der Betreuung von Schwangeren zwei Testungen vorgesehen: Der Vortest und, soweit erforderlich, auch der zweite Test sollen im sechsten oder siebten Schwangerschaftsmonat angeboten werden. Zusätzlich wurde ein Merkblatt erarbeitet, das schwangere Frauen beim Beratungsgespräch mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin unterstützen soll.
Wird der Beschluss vom Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet, tritt er nach Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Berichtspflicht: Schriftliche Einwilligung des Versicherten nötig

Im EBM ist seit Mitte 2011 ausdrücklich geregelt, dass die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde eine schriftliche Einwilligung des Versicherten voraussetzt. Diese Einwilligung kann vom Versicherten widerrufen werden.

Hintergrund für die Änderung war ein Schreiben des Bundesdatenschutzbeauftragten, der monierte, im EBM werde die geltende Rechtslage nicht eindeutig wiedergegeben. Daraufhin änderte der Bewertungsauschuss die Formulierung der Nr. 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM und übernahm insbesondere die datenschutzrechtliche Terminologie („schriftliche Einwilligung" statt „Genehmigung").

Der vollständige Beschluss im Internet:
www.kbv.de/8157.html – Dokumente zum Download → Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 257. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des EBM Nr. 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen

Ein Musterformular zur schriftlichen Einwilligung des Versicherten finden Sie unter:
www.kvhh.de → Recht und Verträge → Datenschutz

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

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

Tel: 040/202 299 222

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

Arzneimittelverträge 2012

Was Sie über die neuen Richtgrößen und Zielwerte wissen müssen

Krankenkassen und KV Hamburg haben den gesetzlichen Vorgaben entsprechend für 2012 neue Ausgabenvolumina für Arznei- und Verbandmittel sowie für Heilmittel festgelegt. Auch die Richtgrößen 2012 wurden für Arznei-/Verbandmittel und Heilmittel neu bestimmt (siehe Tabelle 1 und 2).

Tabelle 1: Richtgrößen Arznei-/Verbandmittel 2012

Richtgrößengruppe	Richtgröße 2012 MF / R* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	MF: 43,01 R: 120,63
Augenheilkunde	MF: 6,50 R: 14,85
Chirurgie	MF: 7,45 R: 14,52
Gynäkologie	MF: 20,35 R: 43,04
HNO	MF: 13,67 R: 6,42
Haut- und Geschlechtskrankheiten	MF: 24,46 R: 22,84
Innere Medizin, hausärztlich	MF: 75,16 R: 130,82
Innere Medizin, fachärztlich, ohne Schwerpunkt	MF: 146,10 R: 246,00
Innere Medizin, fachärztlich Schwerpunkt Kardiologie	MF: 35,89 R: 51,50
Innere Medizin, fachärztlich Schwerpunkt Gastroenterologie	MF: 78,81 R: 95,70
Innere Medizin, fachärztlich Schwerpunkt Pneumologie/Pulmologen	MF: 107,43 R: 132,44
Kinderheilkunde	MF: 30,37 R: 54,47
Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ohne KJP	MF: 170,39 R: 159,92
Orthopädie	MF: 16,78 R: 36,71
Urologie	MF: 32,39 R: 84,88

Tabelle 2: Richtgrößen Heilmittel 2012

Richtgrößengruppe	Richtgröße 2012 MF / R* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	MF: 6,20 R: 20,46
Chirurgie	MF: 18,41 R: 28,64
Innere Medizin, hausärztlich	MF: 4,65 R: 13,48
Innere Medizin, fachärztlich ohne Schwerpunkt	MF: 2,49 R: 5,52
Innere Medizin, fachärztlich Schwerpunkt Gastroenterologie	MF: 2,19 R: 3,83
Innere Medizin, fachärztlich Schwerpunkt Pneumologie / Pulmologen	MF: 1,30 R: 3,91
Kinderheilkunde	MF: 21,87 R: 31,11
Orthopädie	MF: 30,96 R: 33,65

* MF: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte); R: Rentenversicherte; für fehlende Fachgruppen wurde keine Richtgröße vereinbart

Zielvereinbarung 2012

Als konkrete Wirtschaftlichkeitsziele wurden für die schon bekannten Leitsubstanzen zum Teil neue Werte für die Verordnungsanteile festgelegt (siehe Tabelle 3). Nur bei den Schleifendiuretika ist Torasemid als zusätzliche Leitsubstanz hinzugekommen. In fast allen Bereichen entsprechen die vereinbarten Anteile den tatsächlichen durchschnittlichen Verordnungsanteilen für Hamburg. Die Zielsetzungen für 2011 sind zum großen Teil gut erreicht worden. Ausreißer ist der Verordnungsanteil für die GLP 1 Analoga (Byetta, Victoza), der mit 2,1 Prozent die für 2011 vereinbarten 1,2 Prozent weit überschritten hat – womit Hamburg bundesweit an der Spitze liegt.

Für 2012 soll der Verordnungsanteil für die GLP 1 Analoga maximal bei 1,5 Prozent liegen (Tabelle 4). Da es in diesem Bereich auch Einzelprüfanträge von einzelnen Kassen gibt, empfehlen wir, die Verordnungen für diese Präparate kritisch zu prüfen und die Gründe für die Verordnungen gut zu dokumentieren.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und die KBV haben zum Wirkstoff Liraglutid (Victoza) eine Information/Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnung veröffentlicht. Darin heißt es unter anderem: „Insulin ist Mittel der Wahl bei Patienten mit Typ-2-Diabetes, bei denen mit oralen Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckersenkung erreicht werden kann. Liraglutid (Victoza®) kann in begründeten Einzelfällen (durch nicht-medikamentöse Maßnahmen nicht zu beeinflussende Adipositas mit BMI > 30 kg/m2, deutlicher Gewichtsanstieg (> 6 kg innerhalb von sechs Monaten) nach Beginn einer Insulintherapie, klinisch inakzeptable Hypoglykämieneigung unter Insulin) indiziert sein. Die hohen Behandlungskosten (ca. fünfmal höher als eine vergleichbar wirksame Insulintherapie) und die unklare Situation im Hinblick auf die langfristige Entstehung von Schilddrüsenerkrankungen und das potenzielle, zurzeit für den Menschen noch nicht einzuordnende Risiko für C-Zellkarzinome der Schilddrüse sind zu beachten.“ (siehe „Wirkstoff Aktuell Liraglutid 1/2011“; *www.kbv.de*) Zur Verordnung von Byetta ist der Therapiehinweis des Bundesausschusses zu beachten (siehe *www.g-ba.de*).

Tabelle 3: Verordnungsanteile für die in der Tabelle benannten Leitsubstanzen 2012

Leitsubstanz	Anteil
HMG-CoA-Reduktasehemmer Verordnungsanteil für Simvastatin	91,0%
Selektive Betablocker Verordnungsanteil für Bisoprolol und Metoprolol	89,8%
Alpha-Rezeptorblocker Verordnungsanteil für Tamsulosin	80,0%
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose Verordnungsanteil für Alendronsäure	78,0%
ACE Hemmer Monopräparate Verordnungsanteil für Enalapril, Lisinopril, Ramipril	97,7%
ACE Hemmer-Diuretika-Kombinationen Verordnungsanteil für Enalapril, Lisinopril, Ramipril jeweils mit Diuretikum	87,9%
Antidiabetika exklusive Insuline Verordnungsanteil für Sulfonylharnstoffe und Metformin	89,7%
Schleifendiuretika Verordnungsanteil für Furosemid und Torasemid	98,0%
Calciumantagonisten Verordnungsanteil für Amlodipin, Nitrendipin	84,1%
Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer (NSMRI) Verordnungsanteil für Amitriptylin	34,0%
Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) Verordnungsanteil für Citalopram	54,0%
Nicht-steroidale Antirheumatika Verordnungsanteil Diclofenac, Ibuprofen	87,4%

Tabelle 4: Neu festgelegte Maximalquoten für Ezetimib-haltigen Arzneimittel, GLP-1-Analoga und Opioidpflaster

Arznei	Quote
HMG-CoA-Reduktasehemmer plus Ezetimib-haltige Arzneimittel Verordnungsanteil für Ezetimib-haltige Arzneimittel	maximal 6,7%
Antidiabetika exklusive Insuline Verordnungsanteil für GLP-1-Analoga	maximal 1,5%
orale und transdermale Opioide Verordnungsanteil für transdermale Darreichungsformen	maximal 44,2%

Tabelle 5: Minimalquoten für Biosimilars und orales generisches Morphin für 2012

Arznei	Quote
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe Anteil „biosimilarer“ Wirkstoffe	mindestens 35,0%
orale Opioide Verordnungsanteil für generisches orales Morphin	mindestens 48,3%

Die festgelegten Verordnungsanteile sind definiert als prozentualer Anteil der verordneten DDD der jeweils genannten Leitsubstanz beziehungsweise des Wirkstoffs oder der Wirkstoffgruppe.

Generell haben sich die Vertragspartner darauf geeinigt, dass bei vergleichbaren Therapieoptionen generisch verfügbare Wirkstoffe bevorzugt verordnet werden sollen. Der Verordnungsanteil von generisch verfügbaren Wirkstoffen soll im Vergleich zur Gesamtheit aller verordneten Wirkstoffe erhöht werden. Im Bereich der patentgeschützten Präparate sollen Arzneimittel mit unklarem oder strittigem Mehrnutzen für den Patienten nur in begründbaren Einzelfällen verordnet werden.

Die seit 2011 gültige Regelung zur Anerkennung der Praxisbesonderheiten ändert sich nicht. Die vereinbarten Praxisbesonderheiten können auch weiterhin im Rahmen der Abrechnung unter Angabe der entsprechenden Symbolnummern gemeldet werden.

Für den Arzneimittelbereich wurden einige Ergänzungen und Klarstellungen (Tabelle 6) vorgenommen. Soweit sich neue Symbolnummern ergeben, haben wir diese in der Tabelle zugefügt. Ansonsten gelten die bisher bekannten Symbolnummern weiter. Die vollständige Auflistung der vereinbarten Praxisbesonderheiten für 2012 (inklusive der entsprechenden Symbolnummern) finden Sie in der Anlage 1a der Prüfungsvereinbarung (*www.kvhh.de → Recht und Verträge → Amtliche Bekanntmachungen*).

Tabelle 6: Auflistung der Praxisbesonderheiten, die neu aufgenommen wurden oder bei denen Ergänzungen oder Klarstellungen vereinbart worden sind (Änderungen sind kursiv gesetzt)
Die nicht genannten Praxisbesonderheiten aus 2011 bleiben unverändert bestehen (siehe. Anlage 1a der Prüfungsvereinbarung).

Gruppe 1 Praxisbesonderheiten, die ab der ersten Verordnung berücksichtigt werden	- Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase/ *Velaglucerase* - Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln, *Monotherapie der Hepatitis B mit Nucleosiden/Nucleotiden (Adefovir, Entecavir, Jamivudine, Telbivudine, Tenofovir)* - Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung, *Therapie des multiplen Myeloms mit Thalidomid, Lenalidomid* - *Therapie der idiopatischen Lungenfibrose mit Pirfenidon (91039)* - *Therapie systemischer Mykosen (Voriconazol, Caspofungin)(91040)*
Gruppe 2 Berücksichtigung der Kosten soweit der Richtgrößengruppendurchschnitt hinsichtlich dieser Wirkstoffe überschritten wird	- *Therapie der Colitis ulzerosa mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten (91041)* - Antiepileptika *zur Behandlung der Epilepsie* - Moderne Glaukomtherapie (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost, *Tafluprost* und Bimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen - Antiparkinsonmittel *zur Behandlung des Morbus Parkinson* - Antithrombotische Mittel, *oral* und parenteral - Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer und *Memantine* - Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten *(Triptane)*

Die Praxisbesonderheiten für Heilmittel aus 2011 gelten auch für 2012 unverändert weiter.

Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Arzneimitteln:
Abteilung Praxisberatung; Regina Lilje, Tel. 22802-498; Barbara Spies, Tel. 22802-564

Nützlich? Überflüssig? Schädlich?

In dieser Rubrik informieren wir Sie über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln.

Neu zugelassene Arzneimittel werden von den Herstellerfirmen oftmals intensiv beworben. Zum Zeitpunkt der Markteinführung ist es für Ärzte aber noch schwierig, sich ein Urteil zu bilden. Es liegen lediglich die Ergebnisse der Zulassungsstudien vor. Die Beurteilung der klinischen Relevanz im Vergleich zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation ist schwierig. Außerdem fehlen Langzeitstudien, Erkenntnisse über unerwünschte Nebenwirkungen, Interaktionen oder ähnliches.

Um die zur Verfügung stehenden Informationen leichter zugänglich zu machen, berichten wir in dieser Rubrik über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln. Diese Stellungnahmen werden relativ schnell nach der Zulassung auf Grundlage des Europäischen öffentlichen Beurteilungsberichts (EPAR) über neu zugelassene Arzneimittel in der EU erarbeitet.
Wir kürzen diese Stellungnahmen auf die für den Alltag in der Praxis wichtigen Aussagen. Falls vorhanden, fügen wir außerdem Preisvergleiche hinzu, die von Prof. Dr. Ulrich Schwabe an der Universität Heidelberg erstellt wurden.

Wir bitten Sie, diese Informationen auch im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu berücksichtigen. Bei Arzneimitteln, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Nutzenbewertung abgibt, kann sich der Preis auch nach längerer Zeit nochmals ändern. Arzneimittel, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die gegenüber der Vergleichstherapie teurer sind, können bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrages als unwirtschaftlich angesehen werden. Außerdem kann es zu Verordnungseinschränkungen kommen.

Fampyra® (Fampridin)

Indikation
Fampyra® ist zur Verbesserung der Gehfähigkeit von erwachsenen Patienten mit Multipler Sklerose (MS) mit Gehbehinderung zugelassen (EDSS 4–7).

Bewertung
Fampridin kann bei einigen MS-Patienten die Gehgeschwindigkeit verbessern. Gemessen wurde dieser Effekt über eine kurze Strecke von 7,6 Metern. Unsicherheit besteht darüber, ob der Effekt über längere Gehstrecken anhält, inwieweit er mit einer besseren Gehqualität einhergeht und welche Risiken Fampridin in Subpopulationen besitzt. Die Zulassung wurde nur unter der Einschränkung erteilt, dass die Verordnung zunächst auf 2 Wochen beschränkt bleibt und nur bei auch von Patienten berichteter Besserung fortgeführt wird. (Stand 30.11.2011)

Zytiga® (Abirateron)

Indikation
Zytiga® ist zugelassen mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (CRPC) bei erwachsenen Männern, deren Erkrankung während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist.

Bewertung
Zur Erstlinienchemotherapie für Patienten mit hormonrefraktärem metastasierten Prostatakarzinom wird Docetaxel in Kombination mit Prednison oder Prednisolon eingesetzt. Das für die Zweitlinienchemotherapie in Kombination mit Prednison oder Prednisolon zugelassene Abirateronacetat zeigt bei Patienten mit Krankheitsprogression ein um 3,9 Monate verlängertes Gesamtüberleben im Vergleich zu Placebo mit Prednison. Ein Vorteil könnte neben der oralen Darreichungsform die im Vergleich zu anderen Chemo-therapeutika relativ gute Verträglichkeit sein. (Stand 30.11.2011)

Xgeva® (Denosumab)

Indikation
Zur Prävention von skelettbezogenen Komplikationen (SRE) (pathologische Fraktur, Bestrahlung des Knochens, Rückenmarkkompression oder operative Eingriffe am Knochen) bei Erwachsenen mit Knochenmetastasen aufgrund solider Tumoren.

Bewertung
Denosumab reduziert das Risiko des Auftretens des ersten skelettbezogenen Ereignisses bei Erwachsenen mit Knochenmetastasen aufgrund solider Tumoren im Vergleich zu Zoledronsäure absolut um ca. 5 %, relativ um ca. 17 %. Die mittlere Zeit bis zum Auftreten des ersten SRE betrug 27,6 Monate für Denosumab und 19,4 Monate für Zolendronsäure. Wie auch schon die Bisphosphonate verlängert Denosumab das Gesamtüberleben (OS) nicht. Bei Patienten mit soliden Tumoren war das OS zwischen Denosumab und Zoledronsäure vergleichbar, bei Patienten mit multiplem Myelom war das OS unter Denosumab geringer als unter Zoledronsäure. Daten zur Langzeitsicherheit zu der in dieser Indikation sehr hohen Dosis und hohen Applikationsfrequenz liegen bisher nicht vor. Da Denosumab auch auf das Immunsystem wirkt, besteht bei Patienten, insbesondere bei transplantierten, immunkompromitierten, aber auch immobilisierten, ein Risiko schwerwiegender Infektionen. (Stand 30.11.2011)

Die kompletten Stellungnahmen der AKdÄ einschließlich der Literaturangaben finden Sie unter *www.akdae.de → Neue Arzneimittel*. Die öffentlichen Europäischen Beurteilungsberichte (EPAR), auf deren Grundlage die Stellungnahmen erarbeitet wurden, finden Sie unter *www.ema.europa.eu*. Weitere Informationen zu den Arzneimitteln (unter anderem zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Risiken) entnehmen Sie bitte der Fachinformation in der jeweils aktuellen Fassung: *www.fachinfo.de*

Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung, Tel: 22802-571 oder -572

Missbrauch von Benzodiazepinen und „Z-Drugs“

Qualitätszirkel berät Ärzte und Apotheker bei Problemfällen

Im Rahmen der Kampagne „MIT-DENKEN – Bewusster Umgang mit Medikamenten“ stehen die Benzodiazepine und ihr Missbrauchspotential im Mittelpunkt. Um Missbrauch in diesem Bereich zu begrenzen, bedarf es einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern.
Zum Auftakt der Kampagne haben deswegen Apothekerkammer Hamburg, KV Hamburg und Ärztekammer Hamburg eine gemeinsame Handlungsempfehlung „Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga“ vorgelegt. Die Handlungsempfehlung beschreibt die Rolle von Ärzten und Apothekern bei einem verantwortungsvollen Umgang mit Verschreibungen dieser Arzneimittel sowie die Interventionsmöglichkeiten bei einem Missbrauchsverdacht. Um die Umsetzung der Handlungsempfehlung zu fördern, haben die Beteiligten die Bildung eines interdisziplinären Ärzte/Apotheker-Qualitätszirkels verabredet, dem Vertreter der Ärztekammer, der KV, der Apothekerkammer und des Apothekervereins angehören. Der Qualitätszirkel bietet seine Unterstützung bei allen Problemfällen an, bei denen ein Missbrauch von Benzodiazepinen oder sogenannten „Z-Drugs“ vermutet wird, die Beteiligten vor Ort aber keinen gemeinsamen Lösungsweg finden. Beispielsweise können dies Auffassungsunterschiede darüber sein, ob tatsächlich ein nicht verantwortbarer Missbrauch vorliegt, oder es gibt Missverständnisse und Kommunikationsprobleme zwischen den beteiligten Ärzten und Apothekern, so dass es zur Fortführung des Gespräches einer Vermittlung bedarf.
In solchen und anderen Fällen bietet der Qualitätszirkel seine Unterstützung an. Der Qualitätszirkel versteht sich dabei als niedrigschwelliges Beratungsangebot. Gelingt es im Einzelfall nicht, die aufgeworfenen Probleme auf telefonischem Wege zu lösen, so sind die Mitglieder des Qualitätszirkels bereit, mit den beteiligten Kollegen ein gemeinsames Gespräch zu führen.
Wenn Sie dieses Beratungsangebot für Ärzte und Apotheker zur Verordnung von Benzodiazepinen und Z-Medikamenten in Anspruch nehmen möchten, so wenden Sie sich bitte an:
Ärztekammer Hamburg, Dr. Ishorst-Witte, Hotline Medikamentenabhängigkeit, Tel: 202299-220
Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg, Tel: 22 802-571
Apothekerkammer Hamburg, Dr. Reinhard Hanpft, Geschäftsführer, Tel: 448048-30

Die Handlungsempfehlung „Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga“ im Internet: *www.kvhh.de → Verordnung*

APOTHEKERKAMMER HAMBURG

KV

ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga

Gemeinsame Handlungsempfehlung von Ärztekammer Hamburg, Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg und Apothekerkammer Hamburg

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

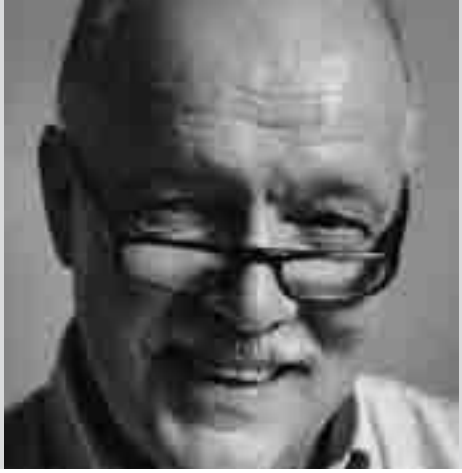


Foto: Barbara Klemm

Folgekosten

Es wird behauptet, die Deutschen gingen zu oft zum Arzt, sie seien mit achtzehn Arztbesuchen im Jahr sogar Weltmeister. Das ist zwar Unfug, denn die europäischen Gesundheitssysteme lassen sich so nicht vergleichen. Nur ein Beispiel: In Deutschland muss man für jedes Wiederholungsrezept den Arzt aufsuchen, in den Niederlanden muss man nicht einmal für eine Krankschreibung zum Arzt. Aber dennoch, vor den Arztbesuch müssen Hürden aufgebaut werden.

Seit 2004 soll die Praxisgebühr mit zehn Euro im Quartal als "Steuerungsinstrument" von unnötigen Arztbesuchen abhalten, aber irgendwie hat das nicht so recht geklappt. Die Deutschen gehen immer noch zum Arzt, wenn sie krank sind. Deswegen machte schon 2009 ein Ärztefunktionär den Vorschlag, die Praxisgebühr bei jedem Arztbesuch auf bis zu fünfundzwanzig Euro zu erhöhen. Der Bundesverband der Deutschen Arbeitgeber forderte fünf Euro Praxisgebühr bei jedem Arztbesuch, die CSU trat sogar für zehn Euro pro Arztbesuch ein, auch die CDU/CSU-Mittelstandsvereinigung verlangte das, die Kassenärztliche Bundesvereinigung ebenso.

Aber ist das nicht enttäuschend, halbherzig, ja feige? Da versammelt sich so viel Sachverstand, und dann kommt so etwas dabei heraus. Warum nur fünf, nur zehn, nur fünfundzwanzig Euro, warum die Praxisgebühr nicht gleich auf 100 Euro bei jedem Besuch anheben und die Zuzahlung zu Medikamenten in eine Komplettzahlung umwandeln? Nur so kann man doch die Zahl der Arztbesuche auf Dauer minimieren und die Ausgaben im Gesundheitswesen nachhaltig begrenzen.

Die Praxisgebühr ist nicht nur ein tägliches Ärgernis in den Praxen. Sie ist medizinethisch eine Schande.

Die London School of Economics hat vor drei Jahren 173 Studien aus fünfzehn Nationen über Zuzahlungen im Gesundheitswesen ausgewertet. Es wurde festgestellt, dass die Folgekosten durch weniger Arztbesuche, durch verzögerte Notfallbehandlungen und durch verschleppte Krankheiten höher sind als alle Einsparungen und Einnahmen durch Zuzahlungen zusammen. Durch die Praxisgebühr und durch das Gestrüpp all der Zuzahlungen werden ausschließlich die einkommensschwachen Patienten vom Arztbesuch abgehalten. Die Praxisgebühr ist also nicht nur ein tägliches Ärgernis in jeder Arztpraxis, sondern sie ist ökonomisch eine Milchmädchenrechnung und medizinisch-ethisch eine Schande. Vielleicht erfüllt sie aber doch ihren - allerdings heimlichen - Zweck, nämlich als ein Teil eines erwünschten sozialpolitischen Umschwungs, der die Krankheitskosten mehr und mehr von der Solidargemeinschaft auf den einzelnen Kranken abwälzt. Und deswegen gibt es nur zwei Möglichkeiten: Entweder macht man die Praxisgebühr und die Zuzahlungen so hoch, dass kaum noch jemand zum Arzt geht, oder alle Gebühren und Zuzahlungen werden endlich abgeschafft, ganz und gar!

www.medizinHuman.de
chirurg@hontschik.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau - nachgedruckt mit freundlicher Genehmigung des Autors

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Hans Ramm

Geburtsdatum: 24. November 1949
Familienstand: ledig
Fachrichtung: Nervenheilkunde, Psychosomatik, Psychologie
Weitere Ämter: Vorstandsmitglied der Ärztekammer Hamburg, Vorstandsmitglied im Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten, Vorstandsmitglied im Weiterbildungsverbund Psychiatrie/Psychotherapie, Obmann Kreis 10, diverse Ausschüsse in Ärztekammer und KV
Hobbys: Malerei, Literatur, Musik, Wandern

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Meine Wünsche und Vorstellungen haben sich erfüllt, und gerade in der Psychiatrie haben sich zum Glück in den letzten 30 Jahren, solange bin ich mindestens schon im psychiatrischen Beruf, erhebliche Veränderungen ergeben. Daran mitwirken zu dürfen ist auch beruflich ein großes Glück.
Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die Einzelpraxen und Kleinpraxen sollten wiederbelebt werden – die Patienten wollen das so. Ich erlebe es tagtäglich. Niemand will in die großen Praxen oder MVZ. Besonders die individuelle Betreuung der psychiatrischen und neurologischen Patienten ist unbedingt erforderlich.
Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Auf jeden Fall muss die KV bestehen bleiben, da nur so eine gewisse – vielleicht nicht immer gerechte – Umverteilung der Gelder möglich ist. Ich möchte die KV'en stärken. Eine Übervorteilung der Ärzte und Psychologen bei Direktverhandlungen mit den Krankenkassen sehen wir immer wieder. Das Gesundheitssystem sollte so reformiert werden, dass nicht jede einzelne KV einen Honorarverteilungsmaßstab festlegt, sondern zentral von hochkompetenten Wirtschaftsfachleuten und Medizinern die Vorgaben für die einzelnen KVen gegeben werden. Das Verteilungssystem müsste durchsichtiger gestaltet werden.
Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Zur Zeit gibt es keinen Politiker, den ich etwas fragen möchte, weil keine aufrichtigen Antworten zu erwarten sind.
Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Wenn ich den anstehenden Praxisumzug in den Kreuzweg 7 (St. Georg) zum 1. Juli 2012 überstanden habe, wäre es ein persönlicher Traum von mir, noch lange in meinem Beruf zu arbeiten, so lange es meine Gesundheit erlaubt.

Terminkalender

Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 16.2.2012 (ab 20.00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

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

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

Teilnahmegebühr:
Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

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

Mi 22.02.2012 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr:
Erster Teilnehmer einer Praxis € 180,
jeder weitere € 130
inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen

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

5-teiliges Blockseminar 2012
Teil 1: Mi 15.08.2012 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 2: Mi 12.09.2012 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 3: Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 4: Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 5: Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

In diesem Seminar können Sie überprüfen, ob Ihre Praxis zertifizierungsreif ist und an welchen Stellen gegebenenfalls noch nachgebessert werden muss.

Mi 06.06.2012 (09:30–17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Datenschutz in der Praxis

Hier wird aufgezeigt, was in puncto Datenschutz in der Praxis zu beachten ist, wann ein Datenschutzbeauftragter benannt werden muss und welche Aufgaben er übernimmt.

Mi 21.03.2012 (09:30–17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Arbeitsschutz

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

Mi 13.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP-Hygiene in der Arztpraxis

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

Mi 29.08.2012 (09:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

Mi 31.10.2012 (09:30–17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

Mi 28.11.2012 (09:30–17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Infos zur Anmeldung: *www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement*

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

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

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

Foto: Felix Faller