

KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 4/2006

Gesundheitspolitik Vertragsärzte vom System geknebelt



Abgeblitzt!
Ulla Schmidt in
Erklärungsnot

Kostenliste für Heilmittel

Die Vergütungslisten der Krankenkassen.

Seite 11

Rundschreiben

Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2007 und Richtgrößenvereinbarung 2007

ab Seite 21

Alles ist möglich? – Im Prinzip ja,..

Das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄG)

Seite 40

Impressum

KVH Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter Erscheinungsweise vierteljährlich Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wider.

Redaktion:
Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Barbara Heidenreich, Tel: (040) 22 802-534
Melanie Vollmert, Tel: (040) 22 802-533

Bilder:
www.pixelquelle.de, www.photocase.com

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

Redaktionschluss:
15.09.2006

Inhalt

Gesundheitspolitik

Ulla Schmidt in Erklärungsnot	S.4
Comedy-Sprechstunde	S.5
Protest in Hamburger Praxen	S.5
Ulla Schmidt verordnet bittere Pillen	S.8

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	S.10
Kostenliste für Heilmittel	S.11
Neuerungen bei den STIKO-Empfehlungen	S.15

Brennpunkt Arznei

DDD-Shop	S.16
Leidiges Thema Analoginsuline	S.16
Änderungen der Arzneimittelrichtlinien	S.17
Welche Neuerungen bringt die Zielvereinbarung 2007?	S.17

Abrechnung

Akupunktur wird ab 01.01.2007 GKV-Leistung	S.18
Abgabe der Abrechnungsunterlagen	S.18

Qualitätssicherung

Orientierungshilfe für radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen	S.19
DMP-Qualitätsbericht 2005	S.19

Qualitätsmanagement

Behördliche Überwachungen und Begehungen von Arztpraxen	S.20
---	------

Rundschreiben

Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2007	S.21
Richtgrößenvereinbarung für 2007	S.32
Vereinbarung über die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung	S.35

Berliner Seite

Geiz macht krank	S.39
------------------	------

Forum

Das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄG)	S.40
Datenschutzbeauftragter in der Arztpraxis	S.41

KV hautnah

Für Sie in der Vertreterversammlung	S.42
-------------------------------------	------

letzte Seite

Notfalldienste zum Jahreswechsel 2006/2007	S.43
--	------

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!

„Es war einmal....“, so beginnt das Märchen „Von denen, die auszogen, um das Fürchten zu lernen.“



Wir sind in diesem Jahr, in dem die Politik bisher vergeblich den Stein des Weisen gesucht hat, aber dabei das Fundament der gesundheitlichen Versorgung zu zerstören droht, gemeinsam ausgezogen, um die Rüttelei an den Grundfesten des Gesundheitssystems nicht wider besseren Wissens hinzunehmen. Fürchten müssen wir uns nicht, wenn wir gemeinsam mit den Patienten und Partnern im Gesundheitswesen unsinnige und fragwürdige politische Entwürfe in das Licht der Öffentlichkeit stellen.

„Du verlierst nichts, wenn Du mit Deiner Kerze die eines anderen anzündest“, besagt ein Dänisches Sprichwort. In diesem Sinne sollten wir auch im neuen Jahr nicht nachlassen, uns in der Verantwortung für eine gute Versorgung unserer Patienten stark zu machen.

Ihre Kassenärztliche Vereinigung wird auch im kommenden Jahr die Kräfte bündeln und Ihnen in einer Zeit, die von Wandel und Unsicherheit geprägt ist, das notwendige Rüstzeug geben.

Ich wünsche Ihnen, dass die kommenden Feiertage Ihnen Gelegenheit geben, nach den hektischen Wochen und Monaten inne zu halten und durchzuatmen, und Ihnen und Ihrem Praxisteam ein frohes und besinnliches Weihnachtsfest und ein gutes neues Jahr.

Ihr Dieter Bollmann

Gelächter statt Bruderkuss

Ulla Schmidt in Erklärungsnot

Geladen waren eigentlich nur Eingeweihte aus der SPD, dennoch kamen neben den Parteitreuen auch viele Protestler aus den Reihen der niedergelassenen Ärzteschaft und von Ver.di zu einer Diskussionsveranstaltung mit Ulla Schmidt Ende November 2006 in der „Fabrik“. Entsprechend aufgeheizt war die Stimmung: Die Bundesgesundheitsministerin konnte nur mit Mühe gegen die empörten Zwischenrufer im Saal anreden.



Geknebelt von einem maroden System: Demonstrierender Vertragsarzt

„Gesundheitspolitik geht uns alle an“, hieß es in der Einladung des SPD-Bundestagsabgeordneten Olaf Scholz zu einer Diskussionsrunde mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am 25. November 2006 im Altonaer Veranstaltungszentrum „Fabrik“. Doch diese Einladung hatten nur wenige Auserwählte erhalten. Ansonsten gab es keine Plakate im Stadtgebiet, keine Presseinvitation und keine Information an die Verbände und Institutionen, um auf die Veranstaltung hinzuweisen.

Dennoch hatte sich der Termin unter Hamburgs Ärzten und Beschäftigten im Gesundheitswesen herumgesprochen. Und so kamen nicht nur SPD-Getreue, sondern auch viele Protestler von Ver.di, die vor der Fabrik rote Banner hissten und niedergelassene Ärzte, die Flugblätter verteilten und Transparente entrollten. Braven Applaus für ihre beschwichtigenden Erläuterungen zur Gesundheitsreform ertete die

Ministerin daher nur aus den vorderen Reihen im Publikum, wo die geladenen Genossen saßen.

Von weiter hinten im Saal ertönten dagegen immer wieder laute Zwischenrufe von Ärzten und anderen Gegnern der Reform, die Schmidt das ein oder andere Mal aus der Fassung brachten. Mit schriller Stimme versuchte sie ihr Redeprogramm abzuspuhlen, dabei musste sie immer wieder innehalten, um in ruhiger Tonlage weiter zu sprechen: über den längst fälligen Beitrag der Kassen zur Reform, über die Entbürokratisierung, die sie sich von der Reform verspricht, oder über die geplante leistungsgerechte Honorierung in Euro und Cent für Ärzte. Die Protestler auf den hinteren Bänken hatten für diese leider realitätsfernen Ziele nichts als Gelächter übrig.

Abgeblitzt: Ärzte wollen keinen Pakt mit Ulla Schmidt

Die Ministerin ließ nicht locker und warb mit angestrengtem Lächeln um Sympathie: „Den Ärzten, die jetzt hier sind, biete ich an: Lassen Sie uns einen Pakt schließen und gemeinsam sehen, wo man sparen



Ulla Schmidt und der Hamburger SPD-Bundestagsabgeordnete Olaf Scholz auf dem Podium in der Fabrik

kann. Wenn Sie mitarbeiten, haben Sie mich auf Ihrer Seite und den Rückhalt der Fraktionen!“ Ihre Verbrüderungstaktik ging nicht auf, die Stimmung blieb aufgeheizt und die Ärzteschaft auf Krawall gebürstet.

Mühsam arbeiteten sich die Ministerin und ihr Hamburger SPD-Kollege Olaf Scholz durch die 100 vorab schriftlich eingereichten Fragen aus dem Publikum. „Warum gibt es kein verpflichtendes Qualitätsmanagement und keine ISO-Zertifizierung für Krankenkassen?“, lautete eine dieser Fragen, „ich bin Unternehmerin und weiß genau, dass ich in zwei Monaten pleite wäre, wenn ich meine Firma so verwalten würde wie eine Krankenkasse!“ Natürlich hatte Ulla Schmidt grundsätzlich nichts gegen mehr Qualität bei den Krankenkassen einzuwenden.

„Wie sollen die Wartezeiten in den Praxen kürzer werden, wenn die Regierung die ‚doppelte Facharztschiene‘ abschaffen und 70.000 niedergelassene Fachärzte entsorgen will?“ war eine andere Frage, „hier entstehen langsam Verhältnisse wie in Großbritannien, wo Ärzte für den Wochenenddienst eingeflogen werden müssen, weil der Arztberuf so unattraktiv geworden ist und Mediziner fehlen.“ Mit ihrer Antwort hatte Ulla Schmidt die Lacher auf ihrer Seite: „Wir wollen keine Wartelisten und keine Staatsmedizin, wir halten fest am selbstverwalteten Gesundheitswesen.“

Die Politik dringe einzig und allein auf bessere Kooperation zwischen den einzelnen Leistungserbringern: „Ich habe nie gesagt, dass die ambulante fachärztliche Versorgung abgeschafft werden soll“, erklärte die Ministerin weiter, „wir brauchen die hausärztliche und fachärztliche Versorgung in der Fläche, aber hochspezialisierte Fachärzte tun gut daran, mit Krankenhäusern zu kooperieren.“

Wie sie den Arztberuf generell wieder attraktiver machen und Mediziner trotz Budgetdeckelung leistungsgerecht bezahlen will, oder wie der Gesetzentwurf den Wettbewerb fördern soll, obwohl er doch für die Zentralisierung jeglicher Verwaltung im Gesundheitswesen steht – klare Antworten auf diese Fragen blieb Ulla Schmidt ihrem Hamburger Publikum schuldig.

(Antje Soleimanian)



Ein Augentest der Comedy-Doktoren schärft den Blick auf die Gesundheitsreform

Comedy-Sprechstunde:

Politische Aufklärung mit Kittel und Stethoskop

Für den Protest gegen die geplante Gesundheitsreform hatte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im November 2006 einiges einfallen lassen. Ihre Kampagne „Geiz macht krank“ war darauf angelegt, eine breite Öffentlichkeit darauf aufmerksam zu machen, dass die geplante Gesundheitsreform nicht die niedergelassenen Ärzte, sondern auch die gesetzlich Versicherten belasten wird.

Auftakt war ein überdimensionales Feldposter am Frankfurter Flughafen, das täglich den Blick von rund 136.000 Menschen während über 1.300 Starts und Landungen auf die 40 Meter hohen Buchstaben mit dem Motto der Kampagne lenkte. Für ihre Kampagne engagierte die KBV aber auch Künstler des Berliner Improvisationstheaters „Die Gorillas“ und schickte sie auf eine medienwirksame Comedy-Tour quer durch die Republik.

Am 25. November 2006 gastierten sie in Hamburg und gingen im Altonaer Bahnhof auf Patientenfang, getreu dem Motto der Kampagne „Geiz macht krank, aber Lachen ist gesund!“ In weißen Kitteln, mit Stethoskop und Mullbinden bewaffnet, baten die Schauspieler auf der Straße oder in Einkaufszentren Passanten zur Sprechstunde. Herztöne in Ordnung, das Magenrummeln unverdächtig, vielleicht noch ein Augentest? Der vermeintliche Doktor empfahl: „Denken Sie beim Lesen ganz fest an die Gesundheitsreform, und schon sehen Sie manches klarer!“

Manch ein Passant begriff erst im Laufe der „Untersuchung“, dass hier keine echten Ärzte am Werk waren – ein Effekt, der selbst die Improvisationsprofis von den Gorillas über-

raschte: „So ein weißer Kittel flößt ganz offensichtlich Respekt ein, fast wie eine Uniform“, berichtete der Leiter der Aktion Martin Quilitz. „Manche Leute fangen sogar an, uns ihre Krankengeschichte zu erzählen, dann müssen wir sie natürlich bremsen.“

Häufig entwickelten sich aus dem Klamauk aber Diskussionen über die aktuelle Gesundheitspolitik – und damit eine Chance, die Menschen auf die Nöte der Vertragsärzte und die Aktivitäten der KBV aufmerksam zu machen. Je nach Lokalität und Wetterlage konzentrierten sich die Schauspieler auf ihre augenzwinkernde Sprechstunde oder auf das Verteilen von Cartoon-Postkarten oder Pillendosen der KBV.

Humorlos war dagegen die Haltung der DB-Sicherheitsbeamten, die den Altonaer Bahnhof zur satirefreien Zone erklärten und die Schauspieler aufforderten, das Bahnhofsgelände zu verlassen: „Was Sie da machen, ist eine politische Aktion. Und die Deutsche Bahn muss sich schließlich loyal zur Bundesregierung verhalten.“

Link zur Kampagne der KBV mit Terminen und Bildmaterial: www.geizmachtkrank.com

(Antje Soleimanian)

Protest in Hamburger Praxen:

„Es ist fünf vor zwölf!“

Am 4. Dezember um Punkt 11 Uhr 55 zogen die Ärzte und Mitarbeiterinnen der internistisch-onkologischen Gemeinschaftspraxis Lerchenfeld ihre weißen Kittel aus. Sie ließen den Praxisbetrieb ruhen und versammelten sich am Empfangstresen, um mit ihren Patienten über die Einschränkungen zu diskutieren, die der medizinischen Versorgung drohen, wenn die Gesundheitsreform wie geplant umgesetzt wird.



Zeichen des Protests: Die Praxismitarbeiterinnen zogen ihre Kittel aus und ließen die Arbeit ruhen.

Manch einer mag schon gar nicht mehr mitzählen, wie viele Protesttage die Ärzteschaft mittlerweile organisiert hat. Nach Bekanntwerden aller Details des aktuellen Gesetzentwurfs war den gesundheitspolitisch Aktiven jedoch klar, dass an einem weiteren Aktionstag kein Weg vorbei führte. Die Zeit drängte – immerhin hatte die Bundesregierung die „Feinjustierung“ der Gesundheitsreform bereits für Januar 2007 angekündigt. Der 4. Dezember 2006 war damit die letzte Chance für die Ärzteschaft, noch einmal eindringlich auf die verheerenden Auswirkungen der Reform hinzuweisen.

Presseberichten zufolge blieben bundesweit etwa 40.000 Arztpraxen geschlossen, Apotheker bedienten ihre Kundschaft nur durch den Nachtschalter und Krankenhausmitarbeiter gingen in Scharen auf die Straße. Auch in Hamburg lief der Betrieb in Apotheken, Krankenkassen und Praxen auf Sparflamme. Die KV hatte einen Notdienst organisiert

und im Vorfeld alle Hamburger Praxen mit den Patienten-Inflyern des Hamburger Bündnisses bestückt: „Patient in Not – diese Reform schadet allen“.

Für das Bündnis stand fest, dass die Zeiger für das Gesundheitswesen längst auf „fünf vor zwölf“ stehen. Als sich am 4. Dezember um Punkt 11 Uhr 55 alle Ärzte und Mitarbeiterinnen der internistisch-onkologischen Gemeinschaftspraxis Lerchenfeld um den Empfangstresen versammelten, hatte ein Fernseh-Team bereits Stellung bezogen. Der Internist Dr. Hartmut Horst erklärte den wartenden Patienten: „Es ist nun fünf vor zwölf, wir werden unsere Kittel ausziehen und die Arbeit für eine Weile ruhen lassen, um gegen die geplante Gesundheitsreform zu protestieren.“

Sorge um Patienten, nicht um den eigenen Geldbeutel

Horst verteilte Flyer an die Patienten und betonte, dass es ihm

und seinen ebenfalls protestierenden Kollegen nicht in erster Linie um den eigenen Geldbeutel gehe: „Wir machen diesen Protesttag für Sie, liebe Patienten, weil die anstehende Reform die Qualität Ihrer Versorgung bedroht.“ Anstelle einer individuellen Therapie werde es künftig staatlich definierte Versorgungskonzepte geben – Ärzte könnten ihren Patienten deshalb nicht immer garantieren, dass sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich alle medizinisch notwendigen Leistungen auch erhalten.

Diese Aussicht beunruhigte die Wartenden in Horsts Praxis: „Bedeutet das, dass wir Krebspatienten künftig unsere Chemotherapie aus eigener Tasche bezahlen müssen? Das führt doch in die Zwei-Klassen-Medizin!“, empörte sich eine Patientin. „Noch ist es nicht soweit“, antwortete Horst, „aber uns drohen englische Verhältnisse. In Großbritannien ist es bereits Usus, dass bei einzelnen Krebserkrankungen die Chemotherapie nicht mehr als Kas senleistung finanziert wird.“

Als besonders problematisch bezeichnete der Internist die Gleichschaltung der Bundesländer bei der Gesundheitsfinanzierung. Das Hamburger Gesundheitswesen mit seinen vielen hochspezialisierten Einrichtungen versorge neben den Bewohnern der Hansestadt auch viele Patienten aus dem Umland. „Wenn wir als Metropole dann nur noch pauschal das gleiche Geld zugeteilt bekommen wie ein Flächenstaat, dann sind das zehn bis 15 Prozent weniger Finanzmittel als bisher“, warnte Horst.

Appell an die Patienten: „Wenden Sie sich an Ihre Volksvertreter!“

Der Internist rief seine Patienten auf, sich an ihre Bundestagsabgeordneten zu wenden und gegen die Reform zu protestieren. „Wenn sie mit ihren Abgeordneten sprechen, werden Sie vermutlich feststellen, dass die den Gesetzentwurf noch nicht einmal gelesen haben, weil man diese mehr als 500 Seiten nicht auf die Schnelle lesen kann!“ Dennoch sei ein solcher Widerstand der

Basis wirkungsvoller als alle Ärzteproteste zusammen: „Wir Ärzte werden doch mittlerweile systematisch diskreditiert und angefeindet, als seien wir nur auf mehr Geld aus“, klagte Horst.

Wie wenig die Politik der Ärzteschaft Gehör schenken mag, habe sich in den vergangenen Wochen und Monaten gezeigt: „Wir Ärzte haben Bürgermeister Ole von Beust angesprochen, doch der reagiert nicht und schickt seine Stellvertreterin“, kritisierte Horst. „Wenn in Hamburg ein Aluminiumwerk dichtmacht, dann ist die Politik sofort zur Stelle. Doch wenn im Gesundheitswesen sehr viel mehr Arbeitsplätze bedroht sind, dann interessiert es den Hamburger Senat offenbar nicht.“ Angst um ihre berufliche Zukunft äußerte zum Beispiel Katrin Reinke, die in Horsts Praxis arbeitet: „Ich bin im kommenden Februar mit meiner Ausbildung fertig und muss mir dann einen Job suchen, da mache ich mir natürlich Sorgen!“

Ihre Kollegin Dagmar Jahn, Arzthelferin in der Praxis Lerchenfeld, ergänzte: „Was bei der Diskussion über die Gesundheitsreform noch viel zu wenig rüberkommt, ist die Tatsache, dass die Reform die freie Arztwahl quasi abschaffen wird.“ Der Öffentlichkeit sei noch nicht klar, dass sie als Patienten künftig nur noch über den Hausarzt Zugang zu einem Facharzt erhalten und eben nicht mehr einfach den Facharzt ihrer Wahl aufsuchen dürfen.

Mit der Reform wird die freie Arztwahl abgeschafft

„Wenn die Patienten das wirklich begreifen würden, dann würden sie auch in Massen auf die Straßen gehen und zusammen mit uns protestieren“, meinte Jahn. Sie wünscht sich daher, dass Ärzte und ihre Praxisteams ihre Patienten bei jeder Gelegenheit auf die „Risiken und Nebenwirkungen der Reform“ aufmerksam machen. Ansonsten befürchte sie englische oder holländische Verhältnisse auch für Deutschland.

„Wir behandeln in unserer Praxis auch viele Patienten aus Großbritannien und den Niederlanden, die eigens hierher kommen, weil sie zu Hause nicht ausreichend versorgt werden“, erzählte Jahn. Sogar Privatpatienten aus London berichteten von sieben bis acht Stunden Wartezeit in den dortigen Gesundheitszentren. „Das sind Krebspatienten, die zum Teil starke Schmerzen haben!“, erinnerte die Arzthelferin. Für sie sind staatlich kontrollierte Gesundheitszentren à la England aber auch aus einem anderen Grund kein geeignetes Vorbild für das deutsche System: „Die Patienten werden bei jedem Termin von einem anderen Arzt behandelt, es gibt keine kontinuierliche Betreuung. Doch genau so eine Versorgung will unsere Regierung auch hier einführen.“

(Antje Soleimanian)

Blick über den Tellerrand: Protesttag legte bundesweit das Gesundheitswesen lahm

Die Bundesärztekammer zählte bundesweit mehrere hundert Veranstaltungen und Aktionen, mit denen Ärzte und Beschäftigte im Gesundheitswesen am 4. Dezember 2006 gegen die Gesundheitsreform protestierten.

Das Spektrum der Aktionen reichte von Protestmärschen, Kundgebungen und Podiumsdiskussionen bis hin zu Pressekonferenzen und Infoständen. Insgesamt waren über 40 Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens beteiligt. Ziel war es landauf landab, die Bevölkerung über die drohende Verschlechterung der Patientenversorgung durch die geplante Gesundheitsreform zu informieren. Die Bundesärztekammer war stolz auf den Erfolg der Aktion: Innerhalb von nur drei Wochen sei es gelungen, alle Gesundheitsberufe und die Krankenhäuser zu einer wirkungsvollen Informationskampagne zu bewegen.

Besonders spektakulär war etwa ein Grablichterzug durch Bergisch Gladbach. In Mülheim an der Ruhr ließen sich Ärzte vor den sprichwörtlichen Karren spannen und zogen einen Krankenwagen vom Rathausmarkt zu den Parteizentralen von CDU und SPD. In Münster hingen Ärzte symbolisch ihre Kittel an die Tür eines Wahlkreisbüros und in Siegburg marschierten Kinderärzte in ihren Arbeitskitteln zum Weihnachtsmarkt, um dort mit der glühweinseligen Bevölkerung in Kontakt zu treten.

Mehr Informationen zur Aktion gibt es im Internet unter: www.patient-in-not.de



Vor laufender Fernsehkamera warnte Dr. Hartmut Horst: „Im Zuge der Gleichschaltung fehlen dem Hamburger Gesundheitswesen künftig zehn bis 15 Prozent des Geldes.“

Gesundheitsreform: Ulla Schmidt verordnet bittere Pillen

Ein Ende der Budgetierung und eine leistungsgerechte Vergütung in Euro und Cent hatte die Bundesgesundheitsministerin den Ärzten in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform noch versprochen. Im aktuellen Gesetzentwurf für das „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ sucht man diese vollmundigen Ankündigungen jedoch vergeblich: Stattdessen greift eine doppelte Budgetierung durch jährlich neu zu verhandelnde Punktwerte und arztbezogene Regelleistungsvolumina.

Glaubt man Ulla Schmidt, so ist die Gesundheitsreform für Ärzte ein wahrer Segen: Sie erhalten ein vereinfachtes Honorierungssystem mit einer neuen Gebührenordnung, die auf Pauschalhonoraren mit wenigen erforderlichen Einzelleistungsvergütungen basiert. Zahlungsmittel soll künftig auch in ihrem Metier der Euro sein, floatende Punktwerte gehören der Vergangenheit an. So lauteten zumindest die Versprechen, mit denen die Ministerin seinerzeit versuchte, der notorisch misstrauischen Ärzteschaft ihre Eckpunkte schmackhaft zu machen.

Ähnlich klingt es auch heute noch, wenn sie für die Reform wirbt: Die sektoralen Budgets sollen durch neue Instrumente der Mengesteuerung abgelöst werden, Ärzte dürfen sich auf mehr Transparenz und weitgehende Kalkulationssicherheit freuen. Die Kassen tragen das Morbiditätsrisiko, für alle Kassen gelten gleiche Preise für gleiche Leistungen.

Jährlich neue Verhandlungen über die Punktwerte

Tatsächlich soll ein neuer Verteilungsmaßstab erarbeitet werden, der in regionale Euro-Gebührenordnungen umgesetzt wird. Zusammen mit den Landesverbänden der Kassen kalkulieren die KVen als Grundlage Orientierungswerte – und hieraus jährlich die Punktwerte, die im Folgejahr ausgezahlt werden. Honorarzuschläge in unterversorgten Gebieten und Abschläge in überversorgten Regionen sollen die bisherige Bedarfsplanung ersetzen. Aus den vereinbarten Punktwerten und dem EBM für ärztliche Leistungen erstellen sie dann eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen.

Der entscheidende Haken an der Sache: Die erstmalige Festlegung der

Orientierungswerte soll beitragsneutral erfolgen. Es gibt also weiterhin ein Gesamtbudget, welches dazu führt, dass Ärzte wie gehabt zwischen 20 und 30 Prozent ihrer Leistungen unentgeltlich erbringen. Gleichzeitig wird die Kalkulationsgrundlage von 5,11 Cent pro Punkt verlassen. Als sei die Budgetierung über die pauschale Vergütung noch nicht genug, gelten zusätzlich arztbezogene Regelleistungsvolumina (RLV). Die RLV begrenzen die abrechenbare Leistungsmenge und dienen der Mengensteuerung. Fazit: Eine doppelte Begrenzung der Arzthonorare entspricht weder den im Juli 2006 vorgelegten Eckpunkten, noch ist sie transparent oder einfach.

Startschuss für die staatlich verwaltete Einheitsmedizin

Zweifel an der Semantik des „Wettbewerbsstärkungsgesetzes“ sind ebenso angebracht wie an der Mär von der Abschaffung der Budgets: Es weht kaum mehr als ein Hauch von Wettbewerb durch die Zeilen des Berliner Entwurfs. Mit der Reform soll das Gesundheitswesen im Hauruckverfahren umgestaltet und in zwei abgeschottete Sektoren aufgeteilt werden: den staatlich kontrollierten Sektor mit Einheitsvertrag und den Wettbewerbssektor der Sonderverträge.

Im staatlich gesteuerten Sektor geschieht künftig nichts mehr, bei dem das Bundesgesundheitsministerium nicht ein Wörtchen mitzureden hätte. Dieser Sektor entmachtet zum einen die Krankenkassen, denn sie verlieren die Hoheit über ihre Beitragssätze: Der GKV-Beitragssatz wird künftig in Berlin für alle Kassen verbindlich und in gleicher Höhe festgelegt. Kassen, die mit den staatlich verordneten Geldmitteln nicht auskommen, dürfen von ihren Ver-

sicherten innerhalb enger Grenzen Zusatzbeiträge erheben – ein Zugeständnis an die gesundheitspolitischen Forderungen der CDU, auch wenn der Begriff „Kopfpauschale“ in diesem Zusammenhang mittlerweile geächtet wird.

Ministerium kontrolliert den GKV-Leistungskatalog

Der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern geht es kaum besser: Ihr Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) legt zwar weiterhin den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung fest, doch seine Mitglieder unterstehen ministerieller Kontrolle. Auf diese Weise kann Ulla Schmidt direkt beeinflussen, was in Zukunft Kassenleistung sein soll und was nicht.

Entmündigt werden auch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie sollen zwar die Honorarverteilung innerhalb des staatlichen Sektors regeln, unterstehen dabei aber direkter ministerieller Kontrolle. In der Gestaltung und Verwaltung der Wahltarife im Sektor der Sonderverträge hingegen dürfen sich die KVen und auch ihre Dienstleistungsgesellschaften ganz explizit nicht engagieren. Unklar bleibt, wie die KVen in dieser Konstellation die Regelversorgung im verstaatlichten Sektor sicherstellen sollen, denn der Sektor der Sonderverträge umfasst immerhin die hausärztliche Versorgung nach §73b, die fachärztliche Versorgung nach §73c und die integrierte Versorgung nach §140b. Einzig den kostenintensiven Notdienst darf die KV in diesem Sektor weiterhin abdecken.

Attraktive Wahltarife machen die KVen überflüssig

Die Politik degradiert die KVen damit zu Verwaltungsassistenten des Staates, billigt ihnen aber keinen Gestaltungsfreiraum mehr zu. Es wird ihnen verwehrt, auf politischer Ebene die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten und an innovativen Vertragskonzepten mitzuarbeiten, wie sie im Sektor der Sonderver-



Es geht auch ohne KV: Im Sektor der Sonderverträge können sich die Vertragspartner frei entfalten

träge gestärkt werden sollen. In einigen KV-Bezirken machten schon die Begriffe „Nachlassverwalter“ oder „Resteverwalter“ die Runde, mit denen Kritiker die künftige Rolle der ärztlichen Selbstverwaltung beschreiben. Denn klar ist eines: Je attraktiver die Wahltarife sowohl für Patienten als auch für Ärzte werden, desto unwichtiger wird der verstaatlichte Sektor und mit ihm die KV.

Sonderverträge werden die Flächenversorgung durchlöchern, Metropolregionen und Innenstadtbereiche werden sich zu KV-freien Zonen wandeln. Nur in strukturschwachen Regionen, in denen es bereits heute schwierig ist, freigewordene Arztstühle zu besetzen, sollen die KVen noch walten. Wo auch immer Ärzte gut vernetzt oder im Berufsverband organisiert sind, werden sie der KV den Rücken kehren und geschlossen aus dem Kollektivvertrag des verstaatlichten Sektors aussteigen. Sie werden die damit verbundenen Budgets hinter sich lassen und ihre Monopolstellung für Sonderverträge mit den Kassen nutzen – in der Folge entsteht allerdings nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb in den betroffenen Regionen.

Weniger Wahlmöglichkeiten für die Versicherten

Im Sinne der Patienten ist diese Entwicklung trotz gegenteiliger Be-
teuerungen aus Berlin nicht: Sollte die Gesundheitsreform in Kraft treten, geht den Patienten mit dem Erstarken der Wahltarife die freie Arztwahl verloren und ein längst vergessenes Phänomen der 1960-er Jahre wird wieder aktuell: Der Patient wird sich bei der Terminvergabe erkundigen müssen, ob dieser Arzt – entweder allein, über ein Ärztenetz oder über seinen Berufsverband – mit ihrer Kasse einen Vertrag geschlossen hat. Im Zweifelsfall wird er akzeptieren müssen, dass seine Kasse ihn zu einem anderen Arzt schickt. Im neuen System hat der vielbeschworene mündige Patient also auf lange Sicht weit weniger Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten als ihm heute offen stehen.

(Antje Soleimanian)

„Alle Maßnahmen haben das Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten zu erhöhen und insgesamt durch mehr Wirtschaftlichkeit, höhere Transparenz, stärkeren Wettbewerb und systematischen Bürokratieabbau die finanzielle Stabilität der gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürgern zu sichern.“

*(Quelle:
www.die-gesundheitsreform.de)*

Fragen und Antworten

1 Wenn ich im Notdienst zu einem Verstorbenen gerufen werde, kann ich dann den Hausbesuch zu Lasten der Krankenkasse abrechnen?

Werden Sie ausdrücklich zu einem Toten zum Ausstellen des Totenscheins gerufen, ist sowohl der Hausbesuch als auch die Leichenschau privat in Rechnung zu stellen.

2 Ein Patient kommt mit einem Bonusheft, in dem ich bescheinigen soll, dass und wann welche Früherkennungsuntersuchungen gemacht wurden. Bin ich zur Bescheinigung verpflichtet? Wer zahlt mir den Aufwand?

Sie sind nicht zur kostenlosen Bescheinigung verpflichtet. Sie können das Ausstellen der Bescheinigung privat liquidieren.

3 Wir haben ein Problem mit einer benachbarten Praxis, die sich weigert, mehrere Überweisungsscheine auszustellen, obwohl sie die Kassengebühr erhalten hat. Wie sollen wir uns verhalten?

Es gibt keine Bestimmung, die die Ausstellung von Überweisungen auf die Praxis beschränkt, die die Kassengebühr eingezogen hat. Hier sollte eine kollegiale Lösung gefunden werden. Im Übrigen zitieren wir unser KVH-Telegramm vom 29.01.04, Pkt. 5, Immer wieder nachgefragt: Wer darf überweisen?: „Überweisungen dürfen ausgestellt werden von Hausarzt zu Facharzt; Hausarzt zu Hausarzt; Hausarzt zu psychologischem Psychotherapeuten; Facharzt zu Facharzt; Facharzt zu psychologischem Psychotherapeuten. Alle vorgenannten Fälle gelten auch dann, wenn der überweisende Arzt selbst nur eine Überweisung vorliegen hat.“

4 Überweisungen und kein Ende: Im letzten KVJ schreiben Sie, dass Zweit- und Mehrfachüberweisungen an dieselbe Fachrichtung nur in Ausnahmefällen ausgestellt werden dürfen. Gilt dies auch für Überweisungen an (psychologische) Psychotherapeuten?

Hier können bei Bedarf des Patienten (entsprechend den PT-Richtlinien) bis zu fünf Überweisungen ausgestellt werden. Überweisungen zu derselben Fachrichtung sind nach medizinischer Notwendigkeit auszustellen.

5 Wie lange ist ein Betäubungsmittelrezept nach seiner Ausstellung gültig?

Das Betäubungsmittelrezept ist vom Ausstellungstag an sieben Tage gültig. Demgegenüber ist ein gewöhnliches Arzneimittelrezept im GKV-Bereich vier Wochen gültig.

6 Muss ein Patient die Kassengebühr zahlen, wenn er nur die Quittung über die bezahlte Kassengebühr vorlegt?

Eine Quittung über die bezahlte Kassengebühr reicht nicht aus! Nur eine Überweisung entbindet von der Zahlung der Kassengebühr.

Ausnahme: Er kommt von einem Psychotherapeuten oder Ihrem Vertreter.

Wichtig: Auch ein Psychotherapeut braucht eine Überweisung vom Haus- oder Facharzt.

7 Wie sind Kinder und Jugendliche im DMP Diabetes Typ 2 abzurechnen, denn in letzter Zeit sind einige Fälle aufgetreten, in denen tatsächlich schon Kinder/Jugendliche aufgrund deren Adipositas/Fettleibigkeit unter Diabetes mellitus Typ 2 litten.

Nach Aussage der KBV, die im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten ist, ist das DMP Diabetes Typ 2 zwar medizinisch nicht auf Kinder- und Jugendliche ausgerichtet, jedoch findet sich in der RSAV und auch im DMP Diabetes Typ 2 Vertrag Hamburg keine Altersbegrenzung.

Eine Teilnahme von Kindern und Jugendlichen am DMP Diabetes Typ 2 ist somit per se möglich. Dies wurde uns auch nach Rücksprache mit den Kassen bestätigt. Voraussetzung ist selbstverständlich, dass medizinisch die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 nach den Kriterien des

DMP vorliegen muss. Des Weiteren muss der Arzt beurteilen, ob die Behandlung eines Kindes/Jugendlichen im DMP überhaupt sinnvoll ist, d.h. aus medizinischer Sicht sowie ob die notwendige aktive Teilnahme des Patienten gegeben ist.

Für die Einschreibung in das DMP durch den koordinierenden Arzt bedarf es dann der schriftlichen Einwilligung des Erziehungsberechtigten, der auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung als gesetzlicher Vertreter bezeichnet ist.

Für die Schulung müssen die Erziehungsberechtigten bereit sein mit dem Patienten daran teilzunehmen, falls der Sinn und Zweck einer Schulung ohne deren Anwesenheit nicht erreichbar wäre.

Zuzahlungsregelungen bei der Heilfürsorge Bundespolizei

(früher Bundesgrenzschutz)

Die Anspruchsberechtigten haben keine Kassengebühr zu entrichten, müssen aber bei Verordnungen von Arznei- und Verbandmitteln sowie Heil- und Hilfsmittelzuzahlungen leisten. Die Rezepte bitte mit „Geb.-Pfl.“ kennzeichnen.

Sehhilfen

Die Heilfürsorge-Bundespolizei bittet um Beachtung, dass die Verordnung von Sehhilfen nur entsprechend dem Abschnitt E: „Sehhilfen“ der Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgenommen werden darf.

Kostenliste für Heilmittel

Stand: November 2006

Wir möchten Sie erneut über die Heilmittelkosten informieren. Die Vergütungslisten der Kassenarten haben wir so weit wie möglich zusammengeführt. Sie haben mit der neuen Kostenliste die Möglichkeit im Vorwege die eigene Verordnungstätigkeit zu überprüfen. Allerdings müssen wir darauf hinweisen, dass im Einzelnen kurzfristige Änderungen besonders im Primärkassen-Bereich möglich sind.

Physikalische Therapie

Leistungsart	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Krankengymnastik (KG)		
Krankengymnastische Behandlung, auch auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung	13,62	14,10
Krankengymnastik in der Gruppe, 2 – 5 Patienten, je Patient	4,93	3,88
Krankengymnastik in der Gruppe, bei cerebral bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre, 2 - 4 Kinder, je Patient	9,29	8,23
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschl. Nachruhe		
Einzelbehandlung	15,12	15,35
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschl. Nachruhe		
Gruppenbehandlung, 2 – 3 Patienten, je Patient	10,62	11,30
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschl. Nachruhe		
Gruppenbehandlung, 4 – 5 Patienten, je Patient	8,68	6,07
Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung	40,30	41,57
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät)		
Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten, je Patient	24,24	25,05
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, bis zur Vollendung des 18. Lj. nach Bobath, Vojta, als Einzelbehandlung	22,04	24,95
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lj. nach Bobath, Vojta, PNF, als Einzelbehandlung	17,98	19,42
Manuelle Therapie	16,65	15,68
D1 Standardisierte Heilmittelkombination	30,43	30,68
Massagetherapie		
Klassische Massagetherapie (KMT) einzelner oder mehrerer Körperteile	8,79	9,48
Bindegewebsmassage (BGM) einzelner oder mehrerer Körperteile	8,79	9,37
Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Colonmassage einzelner o. mehrerer Körperteile	8,79	9,37
Unterwasserdruckstrahlmassage + Nachruhe	14,11	16,13

Leistungsart	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Lymphdrainage		
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Teilbehandlung	13,11	14,15
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Großbehandlung	18,82	21,09
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Ganzbehandlung	30,22	35,49
Kompressionsbandagierung einer Extremität	5,64	5,78
Bewegungstherapie		
Übungsbehandlung – Einzelbehandlung	7,08	5,73
Übungsbehandlung – Gruppenbehandlung mit 2 – 5 Patienten, je Patient	3,91	3,88
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. Nachruhe – Einzelbehandlung	15,12	15,56
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. Nachruhe – Gruppenbehandlung mit 2 – 3 Patienten, je Patient	10,62	11,57
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. Nachruhe – Gruppenbehandlung mit 4 – 5 Patienten, je Patient	8,68	7,74
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik)	10,26	9,93
Wärme-/Kältetherapie		
Wärmeanwendung mittels Strahler bei einem oder mehreren Körperteilen	3,73	2,93
Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile	8,47	7,85
Heiße Rolle	5,72	6,52
Ultraschall-Wärmetherapie	6,19	7,16
Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor - Vollbad	22,26	28,78
Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor - Teilbad	16,84	21,76
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen	6,58	6,23
Elektrotherapie		
Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile	4,23	4,06
Elektrostimulation bei Lähmungen	8,26	9,07
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad)	6,09	7,04
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad)	12,54	14,09
Kohlensäurebad	10,31	13,83
Traktionsbehandlung		
Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung	4,48	4,20

Leistungsart	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Inhalationstherapie		
Inhalationstherapie als Einzelbehandlung	3,99	4,43
Hausbesuche - Physikalische Therapie		
Hausbesuch, ärztlich verordnet, Zuschlag	7,39	10,30
Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft; (z.B. auch Alten-/Pfleheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Patient	3,99	5,60
Medizinische Fußpflege		
Hornhautabtragung/-bearbeitung an beiden Füßen	14,50	14,50
Hornhautabtragung/-bearbeitung an einem Fuß	8,70	8,70
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05	13,05
Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25	7,25
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung u. Nagelbearbeitung)	26,10	26,10
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung u. Nagelbearbeitung)	14,50	14,50
Hausbesuch, ärztlich verordnet, Zuschlag	7,00	7,65
Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft; (z.B. auch Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Patient	3,50	2,90
Ergotherapie		
Ergotherapeutische Funktionsanalyse und Anamnese einschl. Beratung	17,54	18,81
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen	21,27	25,28
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen (3 – 5 Patienten)	9,23	8,80
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen	28,81	33,61
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, (3-5 Patienten), je Patient	9,23	11,38
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung	23,03	27,97
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Gruppenbehandlung, (3-5 Patienten), je Patient	9,23	11,38
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen 60 – 70/75 Minuten	36,35	42,48
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung 120 bis 150 Minuten	---	77,61
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen (3 - 5 Patienten), je Patient 90 - 120 Minuten	17,92	20,96

Leistungsart	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, (3 - 5 Patienten), je Patient 180 - 240 Minuten	---	38,81
Thermische Anwendung Wärme oder Kälte	3,60	3,85
Hausbesuch, ärztlich verordnet, Zuschlag	8,03	8,59
Besuch eines weiteren Patienten derselben Gemeinschaft/Einrichtung am gleichen Tag	3,89	4,17
Logopädie		
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung	60,30	
Logopädische Erstuntersuchung	---	25,79
Logopädische Befunderhebung	---	25,79
Logopädische Befunderhebung für sprachentwicklungsgestörte Kinder und bei zentralen Sprachstörungen unter Anwendung standardisierter Testverfahren	---	51,59
Logopädische Einzelbehandlung ca. 30 Min. mit dem Patienten	22,91	21,22
Logopädische Einzelbehandlung ca. 45 Min. mit dem Patienten	31,36	29,86
Logopädische Einzelbehandlung ca. 60 Min. mit dem Patienten	39,81	38,27
Logopädische Gruppenbehandlung Zweier Gruppe, 45 Min. mit den Patienten, je Patient	28,23	---
Logopädische Gruppenbehandlung Zweier Gruppe, 90 Min. mit den Patienten, je Patient	35,82	---
Logopädische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 – 5 Patienten, 45 Min. mit den Patienten, je Patient	17,37	---
Logopädische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 – 5 Patienten, 90 Min. mit den Patienten, je Patient	29,05	---
Logopädische Gruppenbehandlung bei Kindern, Therapiezeit 60 – 90 Minuten (Ø), je Patient	---	17,13
Logopädische Gruppenbehandlung bei Erwachsenen, Therapiezeit 90 – 120 Minuten (Ø), je Patient	---	24,24
Hausbesuch, ärztlich verordnet	7,50	6,75
Besuch eines weiteren Patienten derselben Gemeinschaft/Einrichtung am gleichen Tag	3,75	3,37

Achtung! **Coagu Check Teststreifen**

Coagu Check Teststreifen sind ab sofort für alle Versicherten nur als Arzneimittel verordnungsfähig. VdAK und AEV haben uns informiert, dass auch für Ihre Versicherten die oben genannte Regelung gilt, wir bitten um Beachtung.

Ergänzungsblatt Impfbroschüre

Neuerungen bei den STIKO-Empfehlungen

und der Kostenübernahme durch die Krankenkassen nach Juli 2005

Influenza

s.S. 90

Alle Kassen, ausgenommen die Knappschaft, haben sich bereit erklärt, die STIKO-Empfehlung für Personen mit viel Publikumsverkehr so auszulegen, dass dies letztlich für alle Menschen zutrifft. Im Ergebnis bedeutet das, dass alle Patienten geimpft werden können, die es wünschen.

Abrechnungsnummer: 89040

Gilt nicht für Knappschaft.

Die STIKO-Empfehlung gilt jetzt auch für Personen mit erhöhter Gefährdung durch direkten Kontakt mit Geflügel und Wildvögeln als Indikations-/ Berufsimpfung. Außerdem wird die Impfung für Reisende empfohlen, die unter die unter Standard und Indikationsimpfungen genannten Personengruppen fallen und über keinen aktuellen Impfschutz verfügen. Für andere Reisende ist eine Influenzaimpfung nach Risikoabwägung entsprechend Exposition und Impfstoffverfügbarkeit sinnvoll.

Meningokokken

s.S. 91

Die Impfung mit Meningokokkenkonjakatimpfstoff wird jetzt empfohlen für alle Kinder im zweiten Lebensjahr zum frühest möglichem Zeitpunkt.

Abrechnungsnummer: 89120

Gilt nicht für Knappschaft.

Pertussis

s.S. 80

Die Auffrischung gegen Tetanus und Diphtherie im Alter von 5-6 Jahren wird ergänzt durch Pertussis.

Abrechnungsnummer: 89350**Pneumokokken**

s.S. 94

Durchimmunisierung (4x) aller Kinder bis zum 24. Monat mit einem Pneumokokkenkonjakatimpfstoff, zeitgleich mit anderen im Säuglingsalter empfohlenen Impfungen.

Abrechnungsnummer: 89150

Gilt nicht für Knappschaft.

Varizellen

s.S. 80, 96

Bei Verwendung des 4-fach Impfstoffes MMRV bei der Impfung zwischen 11 und 14 Monaten ist eine zweite Dosis gegen Varizellen erforderlich.

Abrechnungsnummer: 89440

Gilt nicht für Knappschaft.

Die AOK hat bisher nicht zugestimmt und nicht abgelehnt. Sie werden erneut unterrichtet, sobald auch für diese Kasse Klarheit hergestellt ist.

Stand: 27. November 2006



DDD-Shop

Die Wirkstoff - Rechenmaschine im Internet

Mit dem DDD-Shop bietet die KVH ein nützliches Instrument, das Sie bei Ihren Verordnungen unterstützen soll. Mit wenigen Klicks erhalten Sie die Preisgrenze bestimmter Wirkstoffe in der jeweils möglichen Kombinationsform.

Sie können sich Ihre individuelle Liste zusammenstellen und ausdrucken oder auf Ihrem PC herunterladen. Die Wirkstoff-Liste wird monatlich aktualisiert, so dass ein regelmäßiger Besuch des DDD-Shops sinnvoll ist. Sie finden den DDD-Shop im Mitglieder-Bereich des Internetauftrittes der KVH:

www.kvhh.de -> Mitglieder-Login -> rechte Navigationsleiste -> DDD-Shop.

Sollten Sie keinen Internetzugang haben, stellt Ihnen das Infocenter der KVH (Tel. 22 802-900, Fax 22 802-885) gern Ihre individuelle Liste zusammen. Bitte geben Sie den Mitarbeiterinnen des Infocenters folgende Basisdaten: Wirkstoff, Wirkstoffstärke, Darreichungsform, Packungsgröße.



(bg)

Leidiges Thema Analoginsuline

Zur Vorgeschichte

Im Juli diesen Jahres hat der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kurzwirksame Insulinanaloge bei Typ-II-Diabetikern von der Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen, solange die Verordnung mit Mehrkosten im Vergleich zu kurzwirksamen Humaninsulin verbunden ist.

Grundlage dieser Entscheidung war das Gutachten des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitsbereich), dass für Typ 2 Diabetiker keinen erwiesenen Mehrnutzen für Analoginsuline gegenüber Humaninsulinen als gegeben ansah.

Bei der Bestimmung der Mehrkosten sind nach dem Wortlaut des Ende September in Kraft getretenen Beschlusses die bei der zuständigen Krankenkasse tatsächlich entstandenen Kosten ausschlaggebend.

Thema Rabattverträge

Mittlerweile ist bekannt geworden, dass zahlreiche Kassen Rabattverträge mit den Herstellern von Analoginsulinen abgeschlossen haben, um die bei den Kassen tatsächlich anfallenden Kosten (Nettokosten) auf das Niveau von kurzwirkenden Humaninsulinen zu senken. Kompliziert wird es, da nur

die kurzwirksamen Analoginsuline für Diabetiker Typ II und hierbei nur die Verordnungen, die nicht unter die Ausnahmen des G-BA Beschlusses fallen, betroffen sind. Wer und wie die Abgrenzungen der Verordnungen hier gestaltet werden soll, ist zurzeit völlig offen.

Da die Rabattverträge den KVen nicht vorliegen, können wir Sie weder über die tatsächlichen Preise der Analoga noch über die Laufzeiten dieser Verträge informieren.

Selbst bei gesetzeskonformen Rabattverträgen werden dem Vertragsarzt bei der Berechnung seiner Ausgaben allein die Bruttokosten für das ca. 30% teurere Analoginsulin angelastet. Erst im Falle einer Prüfung könnten diese Rabatte berücksichtigt werden. In welcher Form und welchem Ausmaß, wissen wir zurzeit nicht, zumal auch hier differenziert werden müsste nach „Ausnahmeverordnung“ oder „normaler Verordnung“.

Würden einzelne Rabattverträge gekündigt (wir wissen nicht, ob und inwiefern das möglich ist) oder auslaufen (Laufzeit ist ebenfalls unbekannt), müsste sich der Vertragsarzt wieder an den Beschluss des G-BA halten und den Patienten bei Fehlen der Ausnahmebedingungen auf ein Humaninsulin umstellen.

Für Ärzte und Patienten ein unhaltbarer Zustand!

Unsere Empfehlung:

Verordnen Sie kurzwirksames Analoginsulin für Typ II Diabetiker nach strenger medizinischer Indikation. Wenn Sie kurzwirksame Analoginsuline verordnen, wählen Sie, wenn möglich, Reimporte der Firma Eurim Pharm, denn diese Reimport-Firma hat die Preise für kurzwirksame Analoginsuline der Firmen Lilly und Novo Nordisk Pharma auf das Preisniveau der Humaninsuline gesenkt! So wird der günstigere Preis direkt auf das Rezept gedruckt und senkt Ihre Verordnungskosten.

(Li)

Änderungen der Arzneimittelrichtlinien

- Die OTC-Ausnahmeliste ist im Punkt 16.4.8. erweitert worden: Bei Hirnödemen können parenterale Osmodiuretika wie Mannitol und Sorbitol zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden.
Zur Erinnerung: Auch arzneistofffreie Injektions / Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sind lt. OTC Liste verordnungsfähig! (die OTC Liste finden Sie auf unserer Homepage www.kvhh.de).
- Vistabel® (Clostridium botulinum Toxin Typ A) ist vom gemeinsamen Bundesausschuss als sogenanntes Life – Style Arzneimittel eingestuft worden und damit nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig. (Anlage 8 der Arzneimittelrichtlinien)
- Der gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, dass Antiseptika (und Gleitmittel) nur für Patienten mit Katheterisierung (bisher nur bei Selbstkatheterisierung) verordnungsfähig sind. Diesen Beschluss hat das Ministerium nicht beanstandet und er wird in Kürze im Bundesanzeiger veröffentlicht. Die Anlage 4 der Arzneimittelrichtlinien wurde um den Therapiehinweis für inhalierbares, kurzwirksames Humaninsulin (Exubera®) ergänzt. Für diesen Beschluss fehlt noch die Stellungnahme des Ministeriums.
- Acomplia® (Wirkstoff: Rimona-bant) ist keine GKV Leistung. Seit Anfang des Jahres ist Acomplia® zur Behandlung von Übergewicht zugelassen. Unabhängig vom therapeutischen Stellenwert ist nach Meinung des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) das Präparat den „Life-Style“-Medikamenten zuzurechnen. Nach §34 Abs. 1 Satz 7 SGB V dürfen Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, nicht von der GKV erstattet werden. Ausgeschlossen sind insbesondere auch Arzneimittel, die zur Abmagerung, Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat seinen Beschluss über Acomplia® dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt. Es ist davon auszugehen, dass der Beschluss nicht beanstandet wird. Von daher empfehlen wir, Verordnungen von Acomplia® ausschließlich auf Privatrezept auszustellen.

Nachzulesen sind alle o.g. Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses auf der Homepage www.g-ba.de.

Welche Neuerungen bringt die Zielvereinbarung 2007?

Folgende vier neue Zielfelder wurden von den Vertragspartnern vereinbart:

- Triptane
- Selektive alpha-Blocker
- Langwirkende Nitrate
- Systemische Glucocorticoide

Aufgrund der vergleichbaren Wirkprofile soll in der Gruppe der Triptane vor allem das generische Sumatriptan so konsequent wie medizinisch vertretbar eingesetzt werden. Bei der Festlegung des Zielwertes ist ein Mix von Wirkstoffen berücksichtigt worden. Bei den selektiven alpha-Blockern (Prostatamittel) wird ein Ausschöpfen der generischen Einsparmöglichkeiten angestrebt.

Bei den Nitraten setzt der Zielwert ein möglichst konsequentes Verordnen des günstigeren Isosorbiddinitrat voraus und in der Gruppe der systemischen Glucocorticoide ist Prednisolon als Grundlage zur Berechnung des Zielwertes herangezogen worden.

Denken Sie bitte daran, dass alle bereits dieses Jahr geltenden Ziele unverändert weitergelten!

Bei der Zielwertfestlegung aller Zielfelder für 2007 (alte und neue) sind sowohl Preisänderungen als auch die zum 01.01.07 in Kraft tretenden Festbetragsanpassungen sowie die Mehrwertsteuererhöhung berücksichtigt worden.

Der bezugnehmende Basiswert (Durchschnitts-DDD-Wert aller Verordnungen im Zielfeld von allen Hamburger Ärzten) bezieht sich auf das erste Halbjahr 2006.

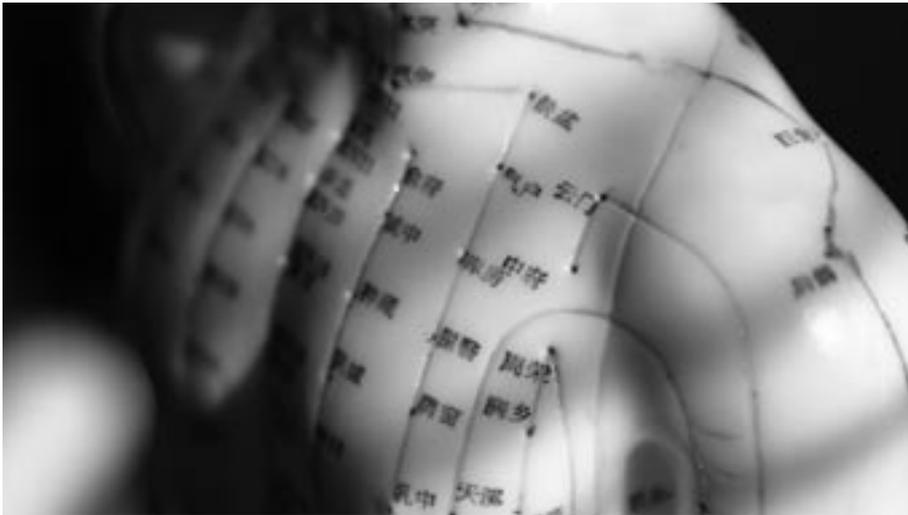
Ihre berechtigte Kritik an einigen Zielwerten (z.B. für Tramadol und inhalative Glucocorticoide) wurde berücksichtigt und der Zielwert für 2007 weniger streng gewählt.

Damit Ihnen die Auswahl der Arzneimittel mit günstigem Kosten/DDD – Wert leichter fällt, haben wir für Sie einen DDD-Shop im Internet (www.kvhh.de / Interner Bereich) eingerichtet. Bei Fragen zur praktischen Anwendung wenden Sie sich bitte an Frau Grönboldt

(Tel.: 040/22802-378).

Bitte beachten Sie bei der Wahl der zu verordnenden Packungsgrößen, dass die verordnete Menge an den tatsächlichen Bedarf des Patienten angepasst sein soll. Bei Dauertherapie ist selbstverständlich die größte Packung die wirtschaftlichste. Bei Kurztherapien sollten Sie an den Bedarf angepasste Packungsgrößen wählen. So verständlich es ist, dass unter dem Druck der Zielwerte der Trend zu Großpackungen zunimmt, so sollten Sie beachten, dass Mengenausweitungen (Steigerung der verordneten DDD über alle Zielfelder) erfasst und an die Prüfungsgremien weitergemeldet werden. Überschreiten Sie den Zielwert eines Zielfeldes, weil Sie hauptsächlich kleine Packungsgrößen verordnen mussten (Kurztherapie), so kann Ihnen dies bei einer möglichen Prüfung nicht angelastet werden.

*Ihre Ansprechpartnerin:
Regina Lilje, Pharmazeutische
Fachberatung, Tel.: 22802-498*



Akupunktur wird ab 01.01.2007 GKV-Leistung

Mit Wirkung zum 01.01.2007 wird die Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung: Allerdings hat der Bundesausschuss die Erstattungsfähigkeit begrenzt auf chronisch schmerzkrankte Patienten mit der Indikation chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule oder chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk bei Gonarthrose.

Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung ist die Zusatzbezeichnung „Akupunktur“, Kenntnisse in der Psychosomatischen Grundversorgung (80-Stunden-Curriculum „Kern-(Basis) Veranstaltung“) und der Nachweis der Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über

Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer.

Die Übergangsregelung gibt vor, dass Ärzte bis zum 31.12.2007 die Akupunktur zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürfen, auch wenn sie die Voraussetzungen der Psychosomatischen Grundversorgung und der

Schmerztherapie (noch) nicht erfüllen können.

Die Akupunkturleistungen werden extrabudgetär vergütet und sind nach den Nrn. 30790 und 30791 EBM abrechenbar. Über den Punktwert muss mit den Krankenkassen noch verhandelt werden. Antragsformulare für die Abrechnungsgenehmigung können in der Abteilung Qualitätssicherung angefordert werden.

*Ihre Ansprechpartner:
Bianca Hanau - 573
Monika Zieminski - 781*

Abgabe der Abrechnungsunterlagen IV. Quartal 2006

Dienstag, 02.01.2007 bis Montag, 15.01.2007
im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Mo.-Fr. von 7.00 bis 16:30 Uhr und
Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr

Die Frist zur Abgabe der Behandlungsausweise kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss gem. § 1 Abs. 1 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KVH vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen

der KVH für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 € berechnet.

Außerhalb der o. g. Abgabezeiten können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

Den richtigen Ansprechpartner vermittelt das Infocenter der KVH, Tel.-Nr.: 22802 – 900.

(wa)

Achtung: Missbrauch der Krankenversichertenkarte

Die Atlas BKK teilte uns mit, dass der Patient Marcus Wischnack, geb. am 18.07.1976 missbräuchlich Leistungen erschleicht.

Er benutzt eine Krankenversichertenkarte mit der KV-Nummer 002624409.

Bitte denken Sie daran, dass über diese Karte keine Leistungen abgerechnet werden können.

(Hr)



Orientierungshilfe für radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen

Zur Vermeidung einer unnötig hohen Strahlenbelastung der Patienten und gleichzeitiger Verbesserung der medizinischen Diagnostik hat die Strahlenschutzkommission (SSK) im Auftrag des BMU einen Katalog erstellt, der für die unterschiedlichen diagnostischen Fragestellungen jeweils das beste bildgebende Verfahren empfiehlt.

Diese Orientierungshilfe ersetzt nicht das Stellen einer "Rechtfertigenden Indikation" durch den Arzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz. Die rechtfertigende

Indikation ist auch dann zu stellen, wenn ein Überweisungsauftrag vorliegt. Die Verantwortung liegt immer beim anwendenden Arzt.

Unter www.ssk.de stellt Ihnen

die Strahlenschutzkommission eine Online-Version dieser Orientierungshilfe zur Verfügung.

(Bl)

DMP-Qualitätsbericht 2005

für die Indikationen Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 2

Die Gemeinsame Einrichtung DMP Hamburg stellt mit dem DMP-Qualitätsbericht die Maßnahmen zur Qualitätssicherung zusammen und spiegelt eine differenzierte Analyse der im Rahmen der DMP erstellten Dokumentationen wider.

Der Qualitätsbericht 2005 steht nun auf der Internetseite der KV Hamburg unter www.kvhh.de -> Ärzte/Psychotherapeuten -> DMP für das jeweilige DMP zur Verfügung.



Ringversuche und Zertifizierung

Ringversuchsprogramm zur externen Qualitätssicherung im medizinischen Laboratorium

Abrechnung von Laborleistungen

Zur Qualitätssicherung ist die Abrechnung bestimmter Laborparameter nur dann möglich, wenn gegenüber der KV die Teilnahme an Ringversuchen nachgewiesen wird. Die nach erfolgreicher Teilnahme an Ringversuchen ausgestellten Zertifikate sind bei der Abt. Qualitätssicherung der KV Hamburg einzureichen. Über die Termine im Jahr 2007 informiert Sie gern die Abteilung Qualitätssicherung der KVH.

Ihr Ansprechpartnerin:
Monika Zieminski,
Telefon: 22 80 2 – 781

Behördliche Überwachungen und Begehungen von Arztpraxen

Womit jede Praxis rechnen muss

Hinsichtlich der Anforderungen an die Qualität in der ambulanten Medizin vollzieht sich in den letzten Jahren ein Wandel durch geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen. Entstand früher erst bei Schadens- und Komplikationsfällen eine rechtliche Relevanz, z.B. durch haftungsrechtliche Forderungen, so sind heute Qualitätsanforderungen normativ geregelt und nachzuweisen. Daher können durch - z.T. unangemeldete - Inspektionen Konfrontationen mit den zuständigen Behörden, auch ohne besondere Vorkommnisse oder das Vorliegen von Beschwerden, entstehen.

Eine Vielzahl an Gesetzen, Bestimmungen, Verordnungen und Vorschriften räumen den Behörden Rechte ein, legen ihnen aber auch die Pflicht zur Überprüfung von deren Einhaltung auf. Beispielhaft sind hier das Infektionsschutzgesetz, das Medizinproduktegesetz und das Arbeitsschutzgesetz. Daneben spielen auch noch länderspezifische Gesetze und berufsgenossenschaftliche Vorschriften eine Rolle, so dass unterschiedliche Institutionen auf den Plan gerufen werden.

Durch den ihnen per Gesetz übertragenen Überwachungsauftrag wurden in den entsprechenden Behörden Kapazitäten für dessen Durchführung aufgebaut. Werden bei Praxisbegehungen Mängel festgestellt, können erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen die Folge sein. Die möglichen Maßnahmen umfassen etwa das Verhängen von Ordnungsgeldern, die Einschränkung der Praxistätigkeit und im Extremfall sogar die Schließung der Praxis. Zudem können die Inspektionen gebührenpflichtig sein.

Beispiel: Hygieneprüfungen

Ein ganz wichtiger Punkt für die Praxis ist die Einhaltung von Hygienevorschriften; die Verantwortung hierfür obliegt der Praxisleitung. Hygienevorschriften finden sich in mehreren Gesetzen, aber auch in zahlreichen Richtlinien und Empfehlungen, die zwar keine

Rechtsvorschriften sind, aber den wissenschaftlich-technischen Entwicklungsstand widerspiegeln und im haftungsrechtlichen Streitfall den Rang eines Sachverständigen-gutachten erhalten können. Meldet ein Patient z. B. infolge einer Infektion Schadensersatzansprüche an und kann der Arzt nicht beweisen – etwa durch eine entsprechende Dokumentation -, dass er die Vorgaben zur Qualitätssicherung eingehalten hat, können die Gerichte von fahrlässigem Handeln ausgehen. Es droht u. U. sogar der Verlust des Versicherungsschutzes.

Maßgeblich für die Hygiene in medizinischen Einrichtungen sind die gemeinsamen Empfehlungen der „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“, die gemäß § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz beim Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin eingerichtet wurde.

Eine Reihe von Empfehlungen hat die Kommission bisher veröffentlicht:

- Infektionsprävention in Pflege, Diagnostik und Therapie;
- Reinigung, Desinfektion, Sterilisation;
- Abfallbeseitigung;
- Betriebsorganisation in speziellen Bereichen (z.B. Operationen, Endoskopien, Dialyse etc.);
- Erfassung und Bewertung sowie Bekämpfung und Kontrolle nosokomialer Infektionen;
- Anforderungen an die Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen;
- Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten.

Ziel der Empfehlungen ist der optimale Schutz für die Patienten und das medizinische Personal.

Die zuletzt genannte Empfehlung (s. § 4 Abs. 2 Medizinprodukte-Betreiberverordnung) ist auch für

den ambulanten Bereich von besonderer Bedeutung. Sie nimmt z. B. Bezug auf Normen zur Sterilisation von Medizinprodukten und setzt ein umfassendes Qualitätsmanagement voraus, welches wiederum das Vorhandensein eines/r Hygienebeauftragte/n in jeder Praxis voraussetzt.

Vor diesem Hintergrund bereitet die Ärztekammer Hamburg derzeit eine entsprechende Fortbildungsmöglichkeit für medizinisches Personal in Arztpraxen vor. Fragen dazu richten Sie bitte an die Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg.

Detaillierte weitere Informationen rund um das gesamte Thema sowie Erläuterungen zu den relevanten rechtlichen Grundlagen sind in der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Broschüre „Überwachung und Begehung von Arztpraxen durch Behörden“ im Internet unter www.kbv.de/publikationen/7160.html nachzulesen.

(Du)

Tipp: Sprachhilfeführer für Hamburg

Der Hamburger Sprachhilfeführer ist in seiner 7. Auflage erschienen.

Er enthält Informationen zu Selbsthilfegruppen, Sprachtherapien, Beratung, Förderung und Adressen mit Ansprechpartnern. Der Sprachhilfeführer kostet 1,65 Euro.

(vo)

Bestelladresse:

Sprachheilschule
Zitzewitzstraße 51
22043 Hamburg

Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2007

Zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und

der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**,
zugleich für die Knappschaft,

dem **BKK – Landesverband NORD**,

der **IKK Hamburg**,

der **See-Krankenkasse**,

dem **Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg**,
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg,

dem **AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**,
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg

und der **Krankenkasse für den Gartenbau**,
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung

wird zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie mit Heilmitteln gemäß § 84 Abs. 1 und 8 SGB V folgende

Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2007

geschlossen

§ 1 Ausgabenvolumina 2007

(1) Das Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel wird gemäß § 84 Absatz 1 SGB V für das Jahr 2007 wie folgt ermittelt:

Die Anpassungsfaktoren der Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2006 (Anlage 1 Spalte 2006) werden entsprechend den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V – Arzneimittel – für das Jahr 2007 vom 19. September 2006 unter Berücksichtigung regionaler Faktoren für das Jahr 2006 angepasst (Anlage 1 Spalte 2006 neu). Die in diesen Rahmenvorgaben angegebenen Änderungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V für das Jahr 2007 werden übernommen sowie um regionale Faktoren ergänzt (Anlage 1 Spalte 2007).

Arznei- und Verbandmittel

Ausgabenvolumen für das Jahr 2006 alt	€ 495.000.000
2006 Anpassungsfaktoren gemäß § 84 (2) SGB V (Anlage 1)	- 4,3 %
2005 Ausgabenvolumen	€ 474.592.521
2006 neu Anpassungsfaktoren gemäß § 84 (2) SGB V (Anlage 1)	+ 2,5 %
Ausgabenvolumen für das Jahr 2006 neu	€ 486.457.335
2007 Anpassungsfaktoren gemäß § 84 (2) SGB V (Anlage 1)	+ 5,6 %
Ausgabenvolumen für das Jahr 2007	€ 513.698.946

(2) Das Ausgabenvolumen für Heilmittel gemäß § 84 Absatz 8 SGB V für das Jahr 2007 wird wie folgt ermittelt:

Das Ausgabenvolumen für Heilmittel des Jahres 2006 wird entsprechend der Ziffer 1 der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 8 SGB V für das Jahr 2007 – Heilmittel – vom 02.10.2006 angepasst (Anlage 2 Spalte 2006 neu). Die in diesen Rahmenvorgaben angegebenen Änderungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V für das Jahr 2007 werden übernommen sowie um regionale Faktoren ergänzt (Anlage 2 Spalte 2007).

Heilmittel

Heilmittelausgabenvolumen 2006	€ 66.202.761
2006 neu Anpassungsfaktoren gemäß § 84 (2) SGB V (Anlage 2)	+ 2,0 %
Ausgabenvolumen für das Jahr 2006 neu	€ 67.526.816
2007 Anpassungsfaktoren gemäß § 84 (2) SGB V (Anlage 2)	+2,99 %
Ausgabenvolumen für das Jahr 2007	€ 69.545.868

§ 2 Maßnahmen zur Zielerreichung

Die Vertragspartner verpflichten sich, geeignete Maßnahmen durchzuführen, um die vereinbarten Ausgabenvolumina einzuhalten. Dazu gehören insbesondere folgende allgemeine Aktivitäten:

(1) Die Krankenkassen / -verbände verpflichten sich zur:

- Lieferung der arztbezogenen Frühinformationsstrukturdaten 12 Wochen nach Quartalsende an die KVH,
- Lieferung der Heilmitteldaten 6 Monate nach Quartalsende an die KVH,
- Unterrichtung der Versicherten über den Abschluss dieser Vereinbarung und Ergreifung von Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz der in dieser Vereinbarung formulierten Versorgungsziele,
- Unterstützung des Arztes im Einzelfall bei Umstellung auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise durch Information und Beratung der Versicherten. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewirkt werden, dass über die Inhalte dieser Vereinbarung informierte Mitarbeiter der einzelnen Krankenkassen geschlossen mit den Vertragsärzten gegenüber den Versicherten auftreten,
- Hinwirken auf die Einhaltung des § 115 c SGB V (Wirkstoffangabe bei Entlassungsverordnungen) durch die Krankenhäuser. Dies ist ggf. im Rahmen der Vertragsgestaltungen mit den Krankenhäusern und / oder aufgrund von Hinweisen der KVH im Einzelfall durch geeignete Intervention sicherzustellen.

(2) Die KVH verpflichtet sich zur:

- Unterrichtung der Ärzte über den Abschluss und die Bedeutung dieser Vereinbarung sowie die Notwendigkeit der Veränderung des Ordnungsverhaltens der Ärzte in Hamburg,
- quartalsweisen Weiterleitung einer Auswertung der zusammengeführten Frühinformationsstrukturdaten an Ärzte mit Hinweisen zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise sowie insbesondere der
- quartalsweisen Information der Ärzte über den Grad / aktuellen Stand der individuellen Zielerreichung der getroffenen Zielvereinbarungen,
- quartalsweisen Information über die Heilmittelverordnungen,
- gezielten Information an Ärzte über die therapeutische Bewertung einzelner Arzneimittel und zur Substitution bestimmter Arzneimittelgruppen durch nicht medikamentöse Maßnahmen oder andere Arzneimittel,
- Durchführung von Pharmakotherapieberatungen und zur quartalsweisen schriftlichen Unterrichtung der Krankenkassen / -verbände über die durchgeführten Beratungen,
- Information der Verbände der Krankenkassen über Krankenhäuser, die ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 115 c SGB V nicht nachkommen, soweit die KVH hierüber Kenntnis erlangt.

(3) Die Krankenkassen / -verbände und die KVH verpflichten sich gemeinschaftlich zur / zum:

- Förderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- Austausch der zum Controlling der Zielvereinbarungen erforderlichen Datengrundlagen,
- Durchführung einer gemeinsamen Datenbewertung auf Grund der arztbezogenen Frühinformationsdaten mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitspotentiale festzustellen und Maßnahmen zu deren Realisierung zu empfehlen; hierzu gehört insbesondere die
- regelmäßige Zusammenkunft der Arbeitsgemeinschaft Arzneimittel der Vertragspartner zum Monitoring, Controlling sowie zur Erarbeitung von Vorschlägen zu ggf. notwendigen Weiterentwicklungen der getroffenen Zielvereinbarungen sowie Erarbeitung weiterer Zielvereinbarungen auch unterjährig. Näheres kann in einer Geschäftsordnung geregelt werden.

§ 3 Sofortmaßnahmen

Stellen die Vertragspartner auf Grund der arztbezogenen Frühinformationsstrukturdaten in Relation zu den quartalsweise gewichteten Frühinformationsstrukturdaten des Vorjahres gemeinsam fest, dass das Ausgabenvolumen nach § 1 Absatz 1 voraussichtlich um mehr als 1 % überschritten wird, werden die Ärzte von der KVH im Rahmen der Frühinformation für die ersten beiden Quartale des Verordnungsjahres unverzüglich darüber informiert und aufgefordert, ihr Ordnungsverhalten eingehend zu überprüfen.

Darüber hinaus werden ausgewählte Ärzte zusätzlich über ihr individuelles Ordnungsverhalten informiert. Die hierfür infrage kommenden Ärzte werden innerhalb von 4 Wochen gemeinsam von den Vertragspartnern ausgewählt.

Einzelheiten des Berechnungsweges nach Satz 1 werden von der Arbeitsgruppe nach § 2 Abs. 3 festgelegt.

§ 4 Zielvereinbarungen

Die Arzneimittelversorgung soll entsprechend dem in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß §§ 2, 12 und 70 SGB V sowie den dieses Gebot konkretisierenden Arzneimittelrichtlinien erfolgen.

§ 4a Indikationsbezogene Zielvereinbarungen

(1) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die im folgenden beschriebenen Maßnahmen im Zusammenwirken mit den jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen zur Zielerreichung eine Regelung im Sinne der regionalen Öffnungsklausel des § 84 Abs. 4a SGB V sind und die Voraussetzungen zur Anwendung dieser Vorschrift somit vorliegen. Vor diesem Hintergrund werden die folgenden in Anlage 3 beschriebenen Indikationsbezogenen Zielvereinbarungen getroffen.

(2) Die Vertragspartner werden das System der Indikationsbezogenen Zielvereinbarungen als Steuerungsinstrument für die Arzneimittelausgaben auch über das Jahr 2007 hinaus um solche Indikationsgebiete ergänzen, die von den Vertragspartnern nach Beratung durch die Arbeitsgemeinschaft nach § 2 Abs. 3 als fachlich und rechtlich vertretbar angesehen werden.

Allgemeiner Teil

Allgemeine Ziele der Vertragspartner sind:

(1) Generika

Ziel:

Erhöhung des Ordnungsanteils der Generika am Gesamtmarkt. Gleichzeitig sollen nach Möglichkeit Generika aus dem unteren Preissegment des jeweiligen Wirkstoffmarktes genutzt werden.

(2) Me-Too-Präparate

Ziel:

Me-Too Präparate ohne relevanten höheren therapeutischen Nutzen aber mit höheren Kosten sollen soweit wie möglich vermieden werden; stattdessen soll die Therapie bei entsprechender Indikation mit preisgünstigen anderen Präparaten derselben Wirkstoffklasse erfolgen.

Maßnahmen zu (1) und (2):

Ihre individuellen Verordnungsanteile in den Bereichen Generika und Me-Too erfahren die Ärzte über die quartalsweise Information, die aus den Frühinformationsstrukturdaten gewonnen wird. Die Vereinbarungspartner wirken darauf hin, dass mögliche Fehlkennzeichnungen von Präparaten dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WidO) zwecks Korrektur in der Stammdatei des GKV-Arzneimittelindex zur Kenntnis gebracht werden. In diesem Kontext soll auch eine eindeutige Zuordnung der Präparate zu den einzelnen Kennzeichnungen (Ausschluss von Mehrfachzuordnungen) bewirkt werden.

(3) Kontrovers diskutierte Arzneimittel

Ziel:

Weitgehender Verzicht auf die Verordnung kontrovers diskutierter Arzneimittel und ggf. Substitution durch nichtmedikamentöse Behandlungsmaßnahmen oder Arzneimittel mit nachgewiesener Wirksamkeit.

Besonderer Teil

(Indikationsbezogene Zielvereinbarungen)

Die Vertragspartner verständigen sich in bestimmten Segmenten des Arzneimittelsektors auf spezifische Wirtschaftlichkeitsziele und bestimmte Maßnahmen zur Zielerreichung, die in der Anlage 3 zu dieser Vereinbarung aufgeführt sind.

§ 5 Anpassung der Ziele und Maßnahmen

Die Vertragspartner können durch einvernehmliche Absprache jederzeit die Ziele und Maßnahmen an die individuelle Entwicklung, gewonnene Erfahrungen und Erkenntnisse anpassen. Vorschläge hierzu sollen insbesondere von der nach § 2 Abs. 3 einzurichtenden Arbeitsgemeinschaft ausgearbeitet und den Vertragspartnern vorgelegt werden. Vereinbarte Anpassungen sind unverzüglich zu veröffentlichen.

§ 6 Anpassungsklausel

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich darüber einig, dass die Ausgabenvolumina nachträglich angepasst werden können zum Beispiel in Bezug auf

- Verordnungsanteile für Polikliniken, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren ggf. unter wertender Betrachtung,
- Veränderungen der brutto-netto Quote (insbesondere Zuzahlungen der Versicherten, Rabatte nach §§ 130, 130 a SGB V etc.),
- Auswirkungen gesetzlicher Änderungen,
- Kosten für Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln im Rahmen von Verträgen nach § 140 a ff. SGB V. Die in § 140 d Abs. 2 und 3 SGB V genannten Kriterien werden im Zuge der Bewertung nach § 7 berücksichtigt.

Diese Faktoren werden spätestens im Rahmen der Bewertung der tatsächlichen Ausgaben nach § 84 Abs. 3 SGB V berücksichtigt.

§ 7 Bewertung, Zielerreichungsanalyse

(1) Die Vertragspartner stellen nach Vornahme der Bewertung gemäß § 84 Abs. 3 SGB V gemeinsam fest, ob die vereinbarten Ausgabenvolumina eingehalten und die Ziele nach den Zielvereinbarungen erreicht wurden. Bei der Feststellung der Zielerreichung werden von den Vertragsärzten nicht beeinflussbare Faktoren, wie zum Beispiel Preisentwicklung, berücksichtigt. Ebenso prüfen die Partner dieser Vereinbarung welche Konsequenzen aus den im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnisse für die künftige Arzneimittel-ausgabensteuerung und die Arzneimittelversorgung zu ziehen sind.

(2) Die Bewertung und Zielerreichungsanalyse nach Absatz 1 sind binnen 4 Monaten nach Zugang der Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens nach § 84 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V gemeinsam vorzunehmen. Diese Frist kann von den Vertragspartnern im Einvernehmen verlängert werden.

§ 8 Maßnahmen bei Zielverfehlung

(1) Die Partner dieser Vereinbarung haben für den Fall der Verfehlung der Ziele des besonderen Teils nach § 4a Maßnahmen in den Gesamtverträgen und flankierend in der Prüfungsvereinbarung vereinbart.

(2) Die individuelle Verantwortlichkeit des einzelnen Vertragsarztes für die Zielverfehlung der in der Anlage 3 getroffenen Zielvereinbarungen tritt nur dann ein, wenn das tatsächliche nach § 84 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V festgestellte Ausgabenvolumen für Arzneimittel das nach § 84 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vereinbarte Volumen überschreitet. Anpassungen des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 84 Abs. 1 Nr.1 SGB V, die sich aufgrund von neuen Rahmenvorgaben der Bundesebene ergeben oder Faktoren, die nicht vom Ordnungsverhalten der Vertragsärzte beeinflussbar sind (z.B. brutto-netto Preisentwicklung, Arzneimittelpreisentwicklung etc.) sind vorab zu berücksichtigen.

Hamburg, den 15.11.2006

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
gez. Plassmann

AOK Rheinland/Hamburg (zugleich für die Knappschaft)
gez. Schwemin

BKK - Landesverband NORD (zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau)
gez. Puppel

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. Der Leiter der Landesvertretung Hamburg
gez. Ploß

Innungskrankenkasse Hamburg
gez. Dilschmann

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. Der Leiter der Landesvertretung Hamburg
gez. Ploß

See-Krankenkasse
gez. Köpke

Anlage 1 zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2007

Anpassungsfaktoren nach § 84 Absatz 2 SGB V für den Bereich der Arznei- und Verbandmittel (unter Berücksichtigung der Anlagen 1 und 2 der Rahmenvorgaben nach § 84 Absatz 7 SGB V – Arzneimittel – für das Jahr 2007 vom 19.09.2006)

Veränderungsfaktor	2006	2006 neu	2007
1. Zahl und Altersstruktur der Versicherten	+ 0,2 %	+ 1 %	+ 1,1 %
2. Preisentwicklung	+ 0,2 %	- 2,5 %	+ 1,2 %
3. gesetzliche Leistungspflicht	0,0 %	0,0 %	0,0 %
4. Richtlinien des Bundesausschusses	+ 0,5 %	+ 0,6 %	0,0 %
5. Einsatz innovativer Arzneimittel	+ 3,5 %	+ 3,5 %	+ 3,4 %
6. Zielvereinbarungen (indikationsbezogen)	- 0,5 %	- 0,5 %	- 0,5 %
7. Verlagerung zwischen Leistungsbereichen	+ 0,4 %	+ 0,4 %	+ 0,4 %
8. Wirtschaftlichkeitsreserven / Zielvereinbarungen	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Summe	+ 4,3 %	+ 2,5 %	+ 5,6 %

Anlage 2 zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2007

Anpassungsfaktoren nach § 84 Absatz 2 SGB V für den Bereich der Heilmittel (unter Berücksichtigung der Ziffer 1 und der Anlage 1 der Rahmenvorgaben nach § 84 Absatz 7 i.V.m. Absatz 8 SGB V – Arzneimittel – für das Jahr 2007 vom 02.10.2006)

Veränderungsfaktor	2006 neu aufgrund veränderter Rahmendaten	2007
1. Zahl und Altersstruktur der Versicherten		+ 1,1 %
2. Preisentwicklung		+ 0,16 %
3. gesetzliche Leistungspflicht		0,0 %
4. Richtlinien des Bundesausschusses		0,0 %
5. Einsatz innovativer Heilmittel (Podologie)		+ 0,9 %
6. Zielvereinbarungen (indikationsbezogen)		0,0 %
7. Verlagerung zwischen Leistungsbereichen		+ 0,83 %
8. Wirtschaftlichkeitsreserven / Zielvereinbarungen		0,0%
Summe	+ 2,0 %	+ 2,99 %

Anlage 3

zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2007

Indikationsbezogene Zielvereinbarungen im Rahmen der Arzneivereinbarung 2007 für die Zeit vom 01.01.2007 bis 31.12.2007.

1. Analgetika

Um die Versorgung der Patienten mit diesen Schmerzmitteln bei zunehmendem Kostendruck sicherzustellen, ist es notwendig, dort wo es möglich ist, durch Ersatz von teuren gegen kostengünstige Präparate Kosten einzusparen.

Transdermale Applikationsformen:

Die orale Anwendung von retardiertem Morphin gilt nach WHO – Leitlinien als Mittel der 1. Wahl zur Behandlung schwerer, chronischer Schmerzen.

Transdermale Applikationsformen können indiziert sein bei Patienten mit stabiler Schmerzsymptomatik, die unter Schluckstörungen, persistierender Übelkeit oder gastrointestinaler Obstruktion leiden. Eine generelle Überlegenheit gegenüber oraler Anwendung von retardiertem Morphin ist nicht ausreichend belegt (Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen; AVP Sonderheft der Arzneimittelkommission d. dt. Ärzteschaft).

Deshalb soll die Verordnung transdermaler Applikationsformen, die gegenüber oraler Applikationsform viel kostenintensiver ist, auf die o.g. Indikationen beschränkt werden.

Fentanyl wird ebenfalls alternativ zur oral-transmukosalen Anwendung angeboten. Aufgrund der geringen klinischen Erfahrung und der hohen Kosten handelt es sich hierbei um ein Reservearzneimittel (s. AT 2005/ Jg.35, Nr.2).

Generisches Einsparpotential ist in der Gruppe der Opioiden bei den oralen Morphinpräparaten sowie der transdermalen Applikationsformen vorhanden und kann durch Wahl günstiger Generika realisiert werden.

a) Opioide

Es wird vereinbart, dass die Kosten je DDD der abgeteilten oral bzw. oral-transmukosalen zu verabreichenden und transdermalen Opioide (Morphin ab 60mg, Hydromorphon, Oxycodon, Pentacozin, Fentanyl-Lutschtablette, Fentanyl - und Buprenorphin – Pflaster) (6,00 Euro) um 2% gesenkt werden sollen.

b) Tramadol

Beim Tramadol können durch Verordnung preisgünstiger Generika Kosten eingespart werden. Die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD von Tramadol (1,51 Euro) sollen um 7,7% gesenkt werden.

c) Tilidin

Bei den Kombinationen von Tilidin und Naloxon können durch Verordnung preisgünstiger Generika ebenfalls Kosten eingespart werden.

Die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD von Tilidin/Naloxon (1,64 Euro) sollen um 4,6% gesenkt werden.

d) Triptane

Alle Vertreter der selektiven Serotonin-5-HT₁-Agonisten haben ein ähnliches Wirkungsprofil. Unterschiede gibt es in der Pharmakokinetik und damit in der Wirkungsdauer sowie der Häufigkeit des Wiederauftretens von Migräneanfällen.

Am besten untersucht ist Sumatriptan, das in Dosen von 25 – 100mg oral bei 40 – 70% der Patienten die Beschwerden innerhalb von zwei Stunden lindert (s. hierzu Arzneiverordnungsreport 2006 S. 154ff).

Durch Substitution von teuren Analogpräparaten durch günstige Sumatriptangenerika können Kosten eingespart werden.

Die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der Triptane (7,04 Euro) sollen um 7,7% gesenkt werden.

2. Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen

a) inhalative Glucocorticoide

Um die therapeutischen Verbesserungen im Bereich der Antiasthmatika trotz des Kostendrucks umzusetzen, ist es notwendig noch mehr als bisher Einsparmöglichkeiten zu realisieren.

Die beim Asthma bronchiale verwendeten inhalativen Glukokortikoide (Monopräparate) werden weitgehend als therapeutisch äquivalent angesehen. Relevante Unterschiede in der klinischen Wirksamkeit sind nicht belegt (Arzneitherapie 23. Jahrgang Heft 1, 2005).

Durch den Einsatz von preisgünstigen Budesonidgenerika, vor allem bei Neueinstellungen, können Kosten gespart werden.

Die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der inhalativen Glukokortikoide (Budesonid, Ciclesonid, Beclomethason, Fluticason und Mometason / Monopräparate) (0,83 Euro) sollen um 15,2% gesenkt werden.

b) inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika

Die inhalativen langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika werden insbesondere bei Patienten mit nächtlichem Asthma oder häufiger Bedarfsmedikation tagsüber eingesetzt.

Der Einsatz sollte leitliniengerecht erfolgen, da es aus Studien Hinweise auf eine Zunahme von Asthmakomplikationen gibt (Arzneimittelbrief Nr.11, Nov. 2005/ Arzneitelegramm 2005, Jg.36, Nr.8).

Durch den möglichst konsequenten Einsatz von generischem Formoterol kann kostengünstig verordnet werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Verhandlungspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (Monopräparate Formoterol) (1,26 Euro) maximal um 4,2% ansteigen dürfen.

3. Mittel mit Wirkung auf das Renin – Angiotensin – System

Die generelle Überlegenheit der Sartane gegenüber den deutlich günstigeren, generisch verfügbaren ACE-Hemmern ist laut Studienlage entsprechend der jeweiligen Indikation nicht belegt (s. auch Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission d. dt. Ärzteschaft – Arterielle Hypertonie – 2004). Unstrittig ist der Einsatz der Sartane z.B. im Falle von Unverträglichkeitsreaktionen bei der Therapie mit ACE-Hemmern, die bei ca. 10 – 15% der Patienten auftritt (Literaturwerte). Die Verordnungszahlen deuten allerdings im Bereich der Kombinationspräparate auf einen höheren Einsatz hin.

a) Mono - und Kombinationspräparate

Die Vertragspartner vereinbaren, dass das Verhältnis der verordneten Packungen von ACE-Hemmern (Mono – und Kombinationen mit Hydrochlorothiazid) zu den Sartanen (Mono und Kombinationen mit HCT) 80 : 20 betragen soll.

b) Monopräparate

Die Vertragspartner vereinbaren, dass die durchschnittlichen Kosten je DDD der ACE – Hemmer und Sartane (nur Monopräparate/ohne Captopril) (0,26 Euro) um 11,5% gesenkt werden sollen.

4. Kardioselektive Betarezeptorenblocker

Die klassischen kardiovaskulären Indikationen der β_1 – selektiven Betablocker sind arterielle Hypertonie und koronare Herzkrankheit. Für diese Indikationen sind die meisten Wirkstoffe dieser Gruppe zugelassen (Ausnahmen: Nebivolol und Betaxolol).

Für die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz sind von den reinen β_1 – selektiven Betablockern nur Metoprolol und Bisoprolol zugelassen.

Der Arzneiverordnungsreport 2006 schlägt Bisoprolol als Leitsubstanz für die o.g. wichtigsten kardiovaskulären Indikationen der Betablocker vor.

Durch die Substitution von teuren Analogpräparaten durch preisgünstige Bisoprololgenerika und den Einsatz günstiger Atenololpräparate (nur: Hypertonie und koronare Herzkrankheit!) kann ein relevantes Einsparpotential realisiert werden (s. AVR 2006 S. 127 ff.).

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD (0,40 Euro) um 14% gesenkt werden sollen.

5. Nitrate

Langwirkende Nitrate erhöhen die Belastungstoleranz und lindern die Symptome von Patienten mit Angina-pectoris-Anfällen. Nach den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft (2004b) sind sie aber nur Mittel zweiter Wahl nach Betablockern, da eine Reduktion klinischer Endpunkte nicht nachgewiesen wurde.

Es gibt keine klinischen Studien, die eine Überlegenheit eines bestimmten Langzeitnitrats nachgewiesen haben (Arzneiverordnungsreport 2006 S. 141ff.).

Die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der langwirkenden Nitrate (0,29 Euro) sollen um 12,1% gesenkt werden.

6. Antidiabetika

Insuline

Um die wachsende Anzahl an Diabetikern weiterhin ausreichend arzneilich versorgen zu können, ist es erforderlich, dort wo es medizinisch und pharmakologisch möglich ist, kostengünstig zu therapieren.

a) Kurzwirksame Analoginsuline

Das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen hat 2005 in seinem Abschlussbericht über kurzwirksame Analoginsuline festgestellt, dass keine überzeugenden Belege für eine Überlegenheit kurzwirksamer Insulinanaloga gegenüber Humaninsulin hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele bei der Behandlung des Typ 2 Diabetes bestehen. Daraufhin hat der gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, dass kurzwirksame Insulinanaloga für Typ 2 Diabetiker grundsätzlich nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ordnungsfähig sind, wenn sie nicht teurer als Humaninsulin sind (Arzneiverordnungsreport 2006 S. 372 ff.).

Durch den Einsatz der kurzwirksamen Humaninsuline anstelle der o.g. Analoginsuline und die Verordnung von generischem kurzwirksamen Humaninsulin können Kosten eingespart werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der kurzwirkenden Insuline (1,35 Euro) um 11% gesenkt werden sollen.

b) Längerwirksame Insuline

Der Einsatz der längerwirksamen Insulinanaloga verursacht erheblich höhere Kosten im Vergleich zu den konventionellen längerwirksamen Humaninsulinen. Ein gesicherter Vorteil mit aussagekräftigen Endpunktstudien für Insulinanaloga gegenüber den länger wirksamen Humaninsulinen ist jedoch nicht belegt. Zudem ist die Risiko/Nutzen-Diskussion noch offen (s. AVR S. 374 ff.). Durch entsprechende Substitution bzw. strenge Indikationsstellung für langwirksame Analoginsuline und den Einsatz generischer längerwirkender Humaninsuline können Kosten gespart werden.

Es wird vereinbart, dass die durchschnittlichen Kosten je DDD der längerwirksamen Insuline (1,42 Euro) nicht ansteigen sollen.

c) Sulfonylharnstoffe

Weitere Einsparmöglichkeiten bei den Antidiabetika ergeben sich durch den Einsatz preisgünstiger Generika bei den Sulfonylharnstoffen.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD von Glimpirid und Glibenclamid (0,24 Euro) um 2% gesenkt werden sollen.

d) Biguanide

Auch bei Metformin kann durch Verordnung möglichst preisgünstiger Generika Kosten eingespart werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD von Metformin (0,35 Euro) um 5,7% gesenkt werden sollen.

7. Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen

Um eine ausreichende Versorgung der Patienten mit Protonenpumpenhemmern zu gewährleisten, ist es notwendig, auch weiterhin die in dieser Arzneimittelgruppe vorhandenen Einsparpotentiale zu realisieren.

Dies soll erreicht werden einerseits durch die Verordnung von möglichst preisgünstigen Protonenpumpenhemmern, andererseits durch die korrekte Indikationsstellung für die Anwendung der Protonenpumpenhemmer.

In der derzeit gültigen Anlage 6 (Protonenpumpeninhibitoren) der Arzneimittelrichtlinien ist festgelegt, dass die Behandlung von Refluxbeschwerden mit negativem endoskopischen Befund nicht routinemässig mit Protonenpumpenhemmer behandelt werden sollten. Hier stehen gerade bei gelegentlich auftretenden oder leichteren Refluxbeschwerden mit negativem endoskopischen Befund als kostengünstige Alternativen die Antazida und H₂-Antagonisten zur Verfügung.

Es wird vereinbart, dass der Generikaanteil am generikafähigen Ausgabenvolumen für die Protonenpumpenhemmer gehalten werden soll. Die Anzahl der DDD an Protonenpumpenhemmer (auf Basis der DIMDI DDD 2006) soll nicht gesteigert werden.

8. Lipid senkende Mittel

a) Statine

Damit auch weiterhin trotz des entstehenden Kostendrucks die Patienten ausreichend versorgt werden können, müssen Einsparpotentiale möglichst konsequent umgesetzt werden.

Der therapeutische Nutzen der CSE – Hemmer zur Prophylaxe kardiovaskulärer Ereignisse bei gefährdeten Patienten ist in zahlreichen Langzeitstudien bei unterschiedlichen Risikopopulationen belegt. Die einzelnen Statine sind weitgehend in ihrer Wirksamkeit vergleichbar, so dass nach der Kosten/Nutzen – Relation für die allgemeine Therapie ein günstiges Simvastatin – Generikum das Mittel der Wahl darstellt (zur Vergleichbarkeit der Statine s. auch Stellungnahme d. Gemeinsamen Bundesausschusses / Dez.2004).

Durch weiter steigenden Einsatz der günstigeren Generika der Referenzsubstanz Simvastatin und durch Umstellen der Patienten von höherpreisigen Statinen auf die Referenzsubstanz, können die Kosten gesenkt werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der Statine (0,33 Euro) um 20,9% gesenkt werden sollen.

b) Ezetimib

Der Einsatz von Ezetimib (als Monopräparat oder in Kombination mit CSE-Hemmern) verursacht höhere Kosten gegenüber den preisgünstigen Generika der CSE-Hemmer. Ohne Beleg des Überlebensvorteils und ohne aussagekräftige Langzeitdaten zur Arzneimittelsicherheit für Ezetimib (Wirkstoff aktuell 01/2003; AMK der Ärzte April 2004, AVR 2005) sollte daher der Einsatz nur im Einzelfall erfolgen. Aus diesen Gründen soll die freie oder fixe Kombination eines Statins mit Ezetimib erst bei Verfehlen der risikoadaptierten Zielwerte bei einer Statintherapie oder bei Unverträglichkeit eines Statins erfolgen (s. hierzu die Zulassungsinformationen lt. Fachinformation für Ezetrol bzw. Inegy).

9. Calciumkanalblocker

Die Hauptgruppe bilden die Calciumantagonisten vom Dihydropyridin – Typ. Neuesten Beurteilungen zufolge gibt es keine ausreichenden Belege dafür, dass einzelne Wirkstoffe der Dihydropyridine aufgrund von pharmakodynamischen oder pharmakokinetischen Eigenschaften in der Behandlung der essentiellen, arteriellen Hypertonie und Angina pectoris generell therapeutisch überlegen wären. Ausnahme ist das nichtretardierte Nifedipin, das aufgrund seiner pharmakokinetischen Eigenschaften klinisch relevante Nachteile hat (Hinweis zu Calciumantagonisten vom Dihydropyridin – Typ; Anlage 6 der Arzneimittel-Richtlinien). Ohne Qualitätsverlust in der Therapie kann also bei diesen Indikationen auf günstige generische Präparate zurückgegriffen werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der langwirkenden Dihydropyridine (0,23 Euro) um 17,8% gesenkt werden sollen.

10. Antidepressiva

Große Metaanalysen z.B. der Cochrane Collaboration haben keinen generellen Wirksamkeitsunterschied zwischen den herkömmlichen tricyclischen Antidepressiva (z.B. Amitriptylin) und den neueren Antidepressiva (z.B. Citalopram, Paroxetin) feststellen können (s.AVR 2006 S. 825ff.). Somit kann nicht von einer generellen Überlegenheit der neueren Serotonin – Rückaufnahme - Inhibitoren gegenüber den älteren klassischen Antidepressiva ausgegangen werden. Zur Auswahl des optimalen Arzneimittels für den einzelnen Patienten sind vielmehr folgende Faktoren entscheidend: individuelle Verträglichkeit (Interaktionspotential), Überdosierungssicherheit, Ansprechen in einer früheren Krankheitsepisode, Handhabbarkeit, Anwendungserfahrung, Komorbidität und Komedikation, Patientenpräferenzen und Kosten (s. hierzu Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission d. dt. Ärzteschaft „Depression“, 2006).

Durch Verordnung günstiger generischer Wirkstoffe können Kosten eingespart werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der Serotonin – Rückaufnahme – Inhibitoren (SSRI) (0,71 Euro) um 14,8% gesenkt werden sollen.

11. Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat Empfehlungen zur Anwendung von allen Cox-2-Hemmern veröffentlicht (1/05 in Arzneiverordnung in der Praxis Bd. 32, Ausgabe 1, Jan.05).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Coxibe nur für die kurzfristige Anwendung von Patienten zu vertreten sind, die ein **nachgewiesenes erhöhtes Risiko** für gastrointestinale Nebenwirkungen haben und die weder zu den kardiovaskulären Risikopatienten zählen, noch unmittelbar vor oder nach einem operativen Eingriff sich befinden.

Im Arzneitelegamm wird gar die Marktrücknahme aller Cox-2-Hemmer wegen negativer Nutzen – Schadens – Bilanz gefordert (2/2005 AT S. 22).

Die Vertragspartner vereinbaren, dass sich die Verordnung der Coxibe streng nach o.g. Therapieempfehlungen richten soll.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der Nichtsteroidalen Antirheumatika (0,57 Euro) um 1,7% gesenkt werden sollen.

12. Biphosphonate

Biphosphonate haben gut belegte und vergleichbare Effekte bei der Sekundärprophylaxe der manifesten Osteoporose mit vorangegangenen Frakturen und werden daher in den maßgebenden Leitlinien als Mittel erster Wahl empfohlen (Arzneimittelkommission d. dt. Ärzteschaft 2003, National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE – 2005a). Für die Primärprophylaxe ist nach den aktuellen Leitlinien eine differenzierte Risikoermittlung Voraussetzung (s. hierzu Arzneiverordnungsreport 2006 S. 129 ff.).

Durch die bevorzugte Verordnung der generisch zur Verfügung stehenden Alendronsäure können Kosten eingespart werden.

Die Vertragspartner vereinbaren, dass die durchschnittlichen Kosten je DDD von Alendronsäure (Tagesdosis 10mg/Wochendosis 70 mg) und Risedronsäure (Tagesdosis 5mg/Wochendosis 35 mg) (1,33 Euro) um 7,5% gesenkt werden sollen.

13. Systemische Glucocorticoide

Systemische Glucocorticoide werden überwiegend zur Entzündungshemmung und Immunsuppression eingesetzt.

Prednisolon gilt als Mittel der Wahl mit hohem Bewährungsgrad für Glucocorticoid-Indikationen (Arzneimittelkursebuch 2004/2005). Außerdem hat Prednisolon gegenüber seinem Prodrug Prednison pharmakokinetische Vorteile, weil es bereits die aktive Wirkform darstellt. Dies führt zu einem schnelleren Wirkungseintritt und damit zu einem Vorteil in der akuten Therapieindikation. Für das kostenintensivere Methylprednisolon sind keine wesentlichen therapeutischen Unterschiede dokumentiert (Arzneiverordnungsreport 2006 S. 547 ff.).

„Fluorierte Glukokorticoide eignen sich nicht zur Dauerbehandlung, weil sie wegen intensiverer Rezeptorbindung die endogene Rhythmik der Nebennierensekretion langfristig unterdrücken und ihre eiweißkatabolen sowie zentralnervösen Störwirkungen ausgeprägter sind. Sie sind jedoch angezeigt, wenn eine längerfristige Suppression der Nebennierenrinde sinnvoll ist“ (Arzneimittelkursebuch 2004/2005).

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD (0,35 Euro) der systemischen Glucocorticoide um 14,3% gesenkt werden sollen.

14. Selektive alpha1 – Rezeptorenblocker

Selektive alpha1-Rezeptorenblocker können indiziert sein zur Behandlung von Miktionsstörungen bei benigner Prostatahyperplasie. Es handelt sich dabei um die Wirkstoffe Doxazosin, Alfuzosin, Terazosin und Tamsulosin. Ausreichend lange Eliminationshalbwertszeiten und galenische Retardierung erlauben heute bei allen Substanzen eine tägliche Einmaldosierung.

Von einer vergleichbaren Wirksamkeit der o.g. Substanzen zur symptomatischen Behandlung der PHP kann ausgegangen werden (s. AVR 2006 S. 927 ff.).

Durch die Verordnung von generisch verfügbaren Wirkstoffen können Kosten eingespart werden.

Die von den Vertragspartner ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD (0,76 Euro) sollen um 19,7% gesenkt werden.

Anmerkungen:

Die Vertragspartner verpflichten sich, den Ärzten die notwendigen Informationen zur Umsetzung der obigen Zielvereinbarungen zur Verfügung zu stellen.

Voraussetzungen für den Austausch von Präparaten ist die im Einzelfall zu prüfende medizinische Unbedenklichkeit dieser Maßnahme.

Die gesetzten Ziele (Kosten/DDD) sind so gewählt, dass Spielraum für individuelle Therapieentscheidungen besteht.

Die oben verwendeten Daten beruhen auf den Frühinformationsdaten des 1. Halbjahres 2006. Grundlage der Berechnungen ist die vom DIMDI herausgegebene amtliche Fassung des ATC Index mit DDD Angaben für Deutschland im Jahr 2006 (Stand 1. Januar 2006).

Bei der Ermittlung der Zielwerte für das Jahr 2007 wurden die Mehrwertsteuererhöhung sowie die zum 01.01.2007 in Kraft tretenden Festbetragsanpassungen berücksichtigt.

Preisänderungen der Arzneimittel werden entsprechend berücksichtigt.

Sofern die Anzahl der DDD über alle vereinbarten Indikationsgruppen je Arzt im Verhältnis zu den Fallzahlen trotz Erreichung der Verordnungsziele um mehr als 10% ansteigt, soll die Arbeitsgruppe nach § 2 Abs. 3 einen Hinweis auf Mengenausweitung an den Prüfungsausschuss geben, der in einem durchzuführenden Prüfverfahren nach § 106 SGB V entsprechend berücksichtigt werden kann.

Richtgrößenvereinbarung für 2007

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg –die Gesundheitskasse–**,
zugleich für die Knappschaft,

dem **BKK – Landesverband NORD**,

der **Innungskrankenkasse Hamburg**,

der **See-Krankenkasse**,

dem **Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg**,
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg,

dem **AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**,
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg

und der **Krankenkasse für den Gartenbau**,
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung

wird gemäß § 84 Abs. 6 SGB V und gemäß der Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen ab dem Jahr 2002 (Richtgrößenvereinbarung 2002) vom 15.10.2002 für das Jahr 2007 folgende

Anlage 2007 zur Richtgrößenvereinbarung 2002

vereinbart:

§ 1 Richtgrößen für das Jahr 2007

Die Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel und die Richtgrößen für Heilmittel werden aus den Richtgrößen für das Jahr 2006 gemäß der „Anlage 2006 zur Richtgrößenvereinbarung 2002“ weiterentwickelt.

Die sich danach ergebenden Richtgrößen sind in der Anlage 1 (Arznei- und Verbandmittel) und Anlage 2 (Heilmittel) jeweils in den Spalten 5 und 6 aufgeführt.

§ 2 Arznei- und Verbandmittel

Die Erhöhung der Richtgrößen des Jahres 2006 ergibt sich unter sinngemäßer Anwendung der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2007 vom 19. September 2006 (Arzneimittel) unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedingungen. Dabei bleiben der Anpassungsfaktor für Zahl und Altersstruktur der Versicherten, der keine Relevanz für die fallbezogene Richtgröße hat, sowie solche Anpassungsfaktoren unberücksichtigt, die sich auf eine von den Bruttokosten abweichende Entwicklung der Nettokosten beziehen.

Die Vertragspartner vereinbaren für die Weiterentwicklung der Arzneimittelrichtgrößen aufgrund veränderter Rahmendaten des Jahres 2006 eine Basiskorrektur von $-1,8\%$ sowie für das Jahr 2007 eine Anpassung von $+5,0\%$.

§ 3 Heilmittel

Die Erhöhung der Richtgrößen des Jahres 2006 ergibt sich unter sinngemäßer Anwendung der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2007 vom 2. Oktober 2006 (Heilmittel) unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedingungen. Dabei bleibt der Anpassungsfaktor für Zahl und Altersstruktur der Versicherten, der keine Relevanz für die fallbezogene Richtgröße hat, unberücksichtigt.

Die Vertragspartner vereinbaren insoweit aufgrund veränderter Rahmendaten des Jahres 2006 eine Basiskorrektur von $+2,0\%$ sowie für das Jahr 2007 eine Anpassung von $+1,89\%$.

§ 4 Fortentwicklung der Richtgrößen

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, für das Jahr 2008 die Richtgrößensystematik durch eine Bereinigung um weitere Spezialpräparate in Form einer Aktualisierung und Erweiterung der Anlage 2 der Bundesempfehlungsvereinbarung zu Richtgrößen fortzuentwickeln. Dabei werden die Vertragspartner auch eine sachgerechte Anpassung der gem. § 2 der Richtgrößen-Vereinbarung 2002 geltenden Gliederung der Arztgruppen, für die Richtgrößen vereinbart wurden, vornehmen.

Gleichzeitig sollen Veränderungsnotwendigkeiten durch die gesetzliche Weiterentwicklung des Vertragsarztrechts (unter Einbeziehung untergesetzlicher Regelungen) mit berücksichtigt werden.

Die Vertragspartner werden die Einzelheiten der zu regelnden Tatbestände im Laufe des 1. Halbjahres 2007 abstimmen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg wird die Vertragsärzte im 1. Halbjahr 2007 über die Änderungen der Richtgrößensystematik für 2008 unterrichten. Dabei wird die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg den Vertragsärzten nur zur Information ihre nach der neuen Systematik berechnete Richtgröße für das Jahr 2007 vorläufig mitteilen, damit die Vertragsärzte frühzeitig durch den Vergleich der Richtgrößen (vertraglich vereinbarte Richtgröße 2007 und nach der neuen ab 2008 geltenden Systematik berechnete Richtgröße 2007) die Möglichkeit haben, sich auf die Neuregelung einzustellen und vorzubereiten.

§ 5 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2007 in Kraft.

Hamburg, den 15.11.2006

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
gez. Plassmann

AOK Rheinland/Hamburg (zugleich für die Knappschaft)
gez. Schwemin

BKK - Landesverband NORD (zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau)
gez. Puppel

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. Der Leiter der Landesvertretung Hamburg
gez. Ploß

Innungskrankenkasse Hamburg
gez. Dilschmann

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. Der Leiter der Landesvertretung Hamburg
gez. Ploß

See-Krankenkasse
gez. Köpke

Anlage 1 zur Richtgrößenvereinbarung 2007

Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

Arznei- und Verbandmittel	FG-Nr	Richtgrößen 2006		Korrektur aufgrund veränderter Rahmendaten		Richtgrößen 2007	
		MF	R	MF	R	MF	R
		€	€	€	€	€	€
		1	2	3	4	5	6
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	80-90	33,98	108,13	33,37	106,18	35,04	111,49
Augenheilkunde	4	6,19	13,44	6,08	13,20	6,38	13,86

Arznei- und Verbandmittel	FG-Nr	Richtgrößen 2006		Korrektur aufgrund veränderter Rahmendaten		Richtgrößen 2007	
		M / F	R	MF	R	MF	R
Chirurgie	7	6,86	11,64	6,74	11,43	7,07	12,00
Gynäkologie	10	9,44	16,93	9,27	16,63	9,73	17,46
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	13	11,86	6,57	11,65	6,45	12,23	6,77
Haut- und Geschlechtskrankheiten	16	19,10	19,41	18,76	19,06	19,69	20,01
Innere Medizin – Hausärzte	19-20	51,37	119,64	50,45	117,49	52,97	123,36
Innere Medizin – Fachärzte ohne Schwerpunkt	19-20	84,21	170,32	82,69	167,25	86,83	175,62
Innere Medizin – Fachärzte Schwerpunkt Kardiologie	19-20	27,08	39,33	26,59	38,62	27,92	40,55
Innere Medizin – Fachärzte Schwerpunkt Gastroenterologie	19-20	59,91	136,32	58,83	133,87	61,77	140,56
Innere Medizin-Fachärzte Schwerpunkt Pneumologie/Pulmologen	19-20 / 29	90,32	132,22	88,69	129,84	93,13	136,33
Kinderheilkunde	23	17,88	wie MF	17,56	wie MF	18,44	wie MF
Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ohne KJP	38	77,87	93,85	76,47	92,16	80,29	96,77
Orthopädie	44	7,55	18,90	7,41	18,56	7,78	19,49
Urologie	56	24,58	53,29	24,14	52,33	25,34	54,95

Anlage 2 zur Richtgrößenvereinbarung 2007

Richtgrößen für Heilmittel

Heilmittel	FG-Nr	Richtgrößen 2006		Korrektur aufgrund veränderter Rahmendaten		Richtgrößen 2007	
		M / F	R	MF	R	MF	R
		€	€	€	€	€	€
		1	2	3	4	5	6
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	80-90	3,69	9,25	3,76	9,44	3,83	9,61
Chirurgie	7	8,61	14,52	8,78	14,81	8,95	15,09
Innere Medizin - Hausärzte	19-20	2,08	5,82	2,12	5,94	2,16	6,05
Innere Medizin – Fachärzte ohne Schwerpunkt	19-20	1,66	4,96	1,69	5,06	1,73	5,15
Innere Medizin – Fachärzte Schwerpunkt Gastroenterologie	19-20	0,53	2,75	0,54	2,81	0,55	2,86

Heilmittel	FG-Nr	Richtgrößen 2006		Korrektur aufgrund veränderter Rahmendaten		Richtgrößen 2007	
Innere Medizin – Fachärzte Schwerpunkt Pneumologie/Pulmologen	19-20 / 29	1,25	1,67	1,28	1,70	1,30	1,74
Kinderheilkunde	23	5,31	wie MF	5,42	wie MF	5,52	wie MF
Orthopädie	44	22,47	24,02	22,92	24,50	23,35	24,96

Vereinbarung über die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

Zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

und

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse**
zugleich für die Knappschaft,

dem **BKK – Landesverband NORD**,

der **Innungskrankenkasse Hamburg**,

der **See-Krankenkasse**,

dem **Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg**,
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg,

dem **AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**,
vertreten durch die Landesvertretung Hamburg

und der **Krankenkasse für den Gartenbau**,
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung

wird gemäß § 106a Abs. 5 SGB V folgende Vereinbarung über die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung geschlossen:

Präambel

Der gesetzgeberische Auftrag zur Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung richtet sich gemäß § 106 a Abs. 1 SGB V an die Kassenärztliche Vereinigung und an die Krankenkassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu nach § 106 a Abs. 6 SGB V Richtlinien erlassen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die Verbände der Krankenkassen in Hamburg setzen mit dieser Vereinbarung die gesetzliche Pflicht nach § 106 a Abs. 5 SGB V um, auf Landesebene gemeinsam und einheitlich die Durchführung der Abrechnungsprüfung zu konkretisieren. Die Richtlinien sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die von jedem Vertragspartner eigenständig durchzuführenden Verfahrensabschnitte regeln die Vertragspartner in eigenen Verfahrensordnungen.

Zur Beratung der Prüfergebnisse sowie zur Abstimmung möglicher Maßnahmen bilden die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die Verbände der Krankenkassen in Hamburg eine Gemeinsame Beratungskommission Abrechnungsprüfung. Die endgültige Entscheidungsfindung bleibt dem für die jeweilige Prüfung verantwortlichen Vertragspartner vorbehalten.

§ 1 Anwendungsbereich

Dieser Vertrag findet Anwendung für die Prüfung der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen und medizinischer Versorgungszentren (im folgenden Vertragsärzte genannt). Er gibt die Rahmenbedingungen für Umfang und Art der Prüfungen vor und nimmt Bezug auf die von den Vertragspartnern gemäß Gesetz und Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu treffenden verwaltungsrechtlichen Regelungen.

A Prüfungen durch die KVH

§ 2 Sachlich/rechnerische Richtigstellung

Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von der KVH nach Maßgabe der gesetzlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Bestimmungen sachlich/rechnerisch richtiggestellt.

Die Überprüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte umfasst die Überprüfung der rechtlich ordnungsgemäßen Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen und der geltend gemachten Sachkosten. Bestandteil dieser Prüfung ist die Prüfung auf Plausibilität nach § 3 dieser Vereinbarung.

§ 3 Plausibilitätsprüfungen

(1) Im Rahmen der regelhaften Plausibilitätsprüfung wird der Umfang der abgerechneten Leistungen der Vertragsärzte nach § 1 im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (Zeitprofile) überprüft. Die KVH erstellt die Zeitprofile gemäß den im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen sowie den Bestimmungen der Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Plausibilitätsrichtlinien der KVH (Verfahrensordnung nach § 13 Abs. 1 der Richtlinien der KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen).

(2) Außerhalb der regelhaften Prüfung kann eine Abrechnung geprüft werden, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen. Das Nähere ist in den Plausibilitätsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg geregelt.

(3) 2 % der abrechnenden Ärzte im Quartal werden im Rahmen einer Stichprobenprüfung überprüft. Zielrichtung, Zielgruppen sowie Aufgreifkriterien sind in den Plausibilitätsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg geregelt.

(4) Plausibilitätsprüfungen bei Praxismgemeinschaften werden stichprobenhaft – insbesondere auch in Bezug auf Anteile identischer Patienten – sowie bei MVZ stichprobenhaft in Bezug auf die Einhaltung der für die angestellten Ärzte genehmigten Arbeitszeiten überprüft. Die Größe der Stichprobe bestimmt die KVH nach Bedarf und eigenem Ermessen. Die Stichprobe beträgt jedoch mindestens 10 % bei den Praxismgemeinschaften. Das Nähere ist in den Plausibilitätsrichtlinien der KVH geregelt.

(5) Die Prüfung nach Abs. 4 in Bezug auf die Anteile identischer Patienten kann unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen von den Vertragspartnern gemeinschaftlich durchgeführt werden. Die jeweilige Krankenkasse oder deren Verband kann die KVH gegen Aufwandsentschädigung mit der Verarbeitung der notwendigen Daten beauftragen und/oder in einer gesonderten Vereinbarung mit der KVH regeln. Die KVH ist berechtigt, diesen Auftrag abzulehnen. Die Vereinbarung muss Regelungen zu Art und Umfang der Prüfungen, zu Datenlieferungen und -formaten, Fristen sowie zur Aufwandsentschädigung enthalten.

§ 4 Information durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

(1) Die KVH unterrichtet die Verbände der Krankenkassen unverzüglich schriftlich über die Durchführung der Prüfungen nach § 3 den Abs. 1 bis 4 soweit Unplausibilitäten festgestellt wurden und hieraus sachlich-rechnerische Berichtigungen erfolgt sind oder sonstige vertragsarztrechtliche oder rechtliche Maßnahmen im Sinne von § 9 dieser Vereinbarung ergriffen worden sind. Dieser Informationspflicht kann im Rahmen einer Sitzung der Gemeinsamen Beratungskommission nach § 9 dieser Vereinbarung nachgekommen werden.

(2) Die KVH unterrichtet die Verbände der Krankenkassen unverzüglich schriftlich über konkrete Hinweise und Verdachtsmomente auch aufgrund eigener Recherchen und Ermittlungen außerhalb der regulären Prüfungen bevor weitere Maßnahmen – insbesondere Veröffentlichungen – ergriffen werden. Dieser Informationspflicht kann auch im Rahmen einer Sitzung der Gemeinsamen Beratungskommission nach § 9 nachgekommen werden.

§ 5 Maßnahmen nach Abrechnungsprüfungen

Mögliche Maßnahmen der KVH für den Fall von festgestellten Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, bei Überschreitung von Zeitprofilen oder bei dem Vertragsarzt bekannten Nichtbestehen einer Leistungspflicht der Krankenkassen können u.a. Honorarberichtigungen, Disziplinarverfahren, Zulassungsentzug oder Mitteilung / Anzeige bei den Strafverfolgungsbehörden sein. Diese Maßnahmen richten sich nach den einschlägigen vertragsärztlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Vorschriften sowie Verwaltungsvorschriften der KVH.

B Prüfungen durch die Krankenkassen

§ 6 Prüfungen durch die Krankenkassen

(1) Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von den Krankenkassen nach Maßgabe der gesetzlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Bestimmungen insbesondere auch versichertenbezogen geprüft. Das Nähere ist in den Verfahrensordnungen der Krankenkassen zur Abrechnungsprüfung geregelt (§ 15 Abs. 2 der Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen).

(2) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Vertragsärzte insbesondere hinsichtlich

1. des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht,
2. Plausibilität der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die Diagnose/Befund,
3. Plausibilität der Zahl der in Anspruch genommenen Vertragsärzte,
4. der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung.

Das Nähere ist in den Verfahrensordnungen der Krankenkassen zur Abrechnungsprüfung geregelt (§ 15 Abs. 2 der Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen).

(3) Die Krankenkassen prüfen im Rahmen ihrer Verfahrensordnung auch, ob ärztliche Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 140 a ff. SGB V und daneben im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über die KVH abgerechnet wurden (Vermeidung von Doppelabrechnungen). Ergeben sich Anhaltspunkte für missbräuchliches Verhalten, so werden die Vertragspartner auch gemeinsam eine Lösung für die Gewähr der künftigen Rechtmäßigkeit der Abrechnungen finden. In derartigen Fällen wird das Vorgehen in der Beratungskommission nach § 9 abgestimmt.

(4) Die Krankenkassen können die KVH mit den Prüfungen nach Abs. 2 Nr. 2 und 3 durch entsprechende Vereinbarungen beauftragen. Die jeweilige Krankenkasse oder deren Verband kann die KVH gegen Aufwandsentschädigung mit der Verarbeitung der notwendigen Daten beauftragen und/oder das Verfahren in einer gesonderten Vereinbarung mit der KVH regeln. Die KVH ist berechtigt, diesen Auftrag abzulehnen. Die Vereinbarung muss Regelungen zu Art und Umfang der Prüfungen, zur Datenlieferung, zu Datenformaten, Fristen sowie zur Aufwandsentschädigung enthalten. Die Vereinbarung soll auch das Verfahren der Folgerungen bei festgestellten Unplausibilitäten enthalten.

§ 7 Information durch die Verbände der Krankenkassen

(1) Ergeben sich Feststellungen über Fehlerhaftigkeit oder Unplausibilität im Rahmen der Prüfungen nach § 6 werden die Verbände der Krankenkassen von ihren Mitgliedschaften informiert. Die Verbände der Krankenkassen informieren die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg unverzüglich schriftlich über die Ergebnisse und geben dieser Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Informationspflicht der Verbände kann auch im Rahmen einer Sitzung der Gemeinsamen Beratungskommission nachgekommen werden.

(2) Die Verbände der Krankenkassen sowie deren Mitglieder informieren die KVH unverzüglich schriftlich über konkrete Hinweise und Verdachtsmomente auch aufgrund eigener Recherchen und Ermittlungen außerhalb der regulären Prüfungen, bevor weitere Maßnahmen – insbesondere Veröffentlichungen – ergriffen werden. Dieser Informationspflicht kann auch im Rahmen einer Sitzung der Gemeinsamen Beratungskommission nach § 9 nachgekommen werden.

§ 8 Maßnahmen der Krankenkassen

Bei festgestellten Verstößen von Versicherten oder ehemaligen Versicherten oder von Vertragsärzten gemäß § 1 gegen sozialrechtliche, sonstige gesetzliche oder satzungsrechtliche Regelungen werden die Krankenkassen, die ihnen im Rahmen des Gesetzes und der Satzung zur Verfügung stehenden Maßnahmen ergreifen, um diese Vorkommnisse für die Zukunft zu verhindern und ggf. Schadenersatz zu erlangen.

C Gemeinsame Vorschriften

§ 9 Gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“

Zur Durchführung der gegenseitigen Unterrichtung sowie Abstimmung und Empfehlung möglicher Maßnahmen wird eine gemeinsame Beratungskommission „Abrechnungsprüfung“ eingerichtet. Die Kommission ist mit mindestens 2 Vertretern der Verbände der Krankenkassen und mit mindestens 2 Vertretern der KVH paritätisch besetzt. Die Beratungskommission soll medizinischen, abrechnungstechnischen und juristischen Sachverstand vereinen. Die Vertragspartner stellen hierfür geeignete Mitglieder zur Verfügung. Das Nähere ist in einer Geschäftsordnung der Beratungskommission zu regeln. Die Geschäftsordnung soll auch verbindliche Regelungen über die Formate und Fristen von gegenseitigen Datenlieferungen zwischen den Partnern der Vereinbarung sowie zur schriftlichen Dokumentation der Kommissionsarbeit enthalten. Die Geschäftsordnung wird den Vertragspartnern von der Beratungskommission bekannt gegeben.

§ 10 Antragsverfahren

(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände sind berechtigt, einen Antrag auf Überprüfung der arztbezogenen Abrechnung auf Plausibilität bei der KVH zu stellen. Der Antrag muss den zu überprüfenden Zeitraum, die substantiierten Gründe und den Anlass für die Überprüfung enthalten. Ihm sind alle zur Beurteilung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Er hat auch Angaben zur vermuteten Schadenshöhe zu enthalten. Der Antrag ist nur zulässig, wenn glaubhaft gemacht wird, dass die Leistungen je Praxis und Quartal die Bagatellgrenze in Höhe von 50,00 Euro übersteigen. Der Antrag ist innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des zu überprüfenden Quartals zu stellen. Die vertragsarztrechtlichen Regelungen und/oder die Rechtsprechung zur Bestandskraft von Honorarabrechnungen und zur Verjährung von Honorarrückforderungsansprüchen sowie Vertrauensschutz sind bei Prüfungszeiträumen von mehr als einem Quartal bereits bei Antragsstellung zu beachten.

(2) Die KVH kann, sofern dazu Veranlassung besteht, eine Prüfung durch die Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V beantragen.

(3) Die Antragsverfahren nach den Absätzen 1 und 2 werden in einem nicht förmlichen Verfahren durchgeführt. Rechtsmittel gegen die Ablehnung eines Antrages sind nicht gegeben.

§ 11 Schlussbestimmungen

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.04.2005 in Kraft und kann erstmalig auf die Abrechnung des 1. Quartals 2007 angewendet werden.

(2) Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und darauf bezogene Plausibilitätsprüfungen durch die KVH bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung, richten sich nach den bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Vorschriften sowie der Verfahrensordnung zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen in der KVH vom 01.01.2002.

(3) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner in Gänze oder in Teilen jeweils mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden.

(4) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig oder unwirksam sein oder werden durch gesetzliche Regelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragsparteien unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Das gleiche gilt für den Fall, dass der Vertrag eine Regelungslücke aufweisen sollte.

Hamburg, den 30.11.2006

„Geiz macht krank“

Die Aktions-PR-Kampagne der KBV und KVen zur Gesundheitsreform

Sie läuft seit dem 12. November: Eine mutige, eine ungewöhnliche Kampagne, mit immer neuen Überraschungen. Die Resonanz bei KV-Mitgliedern, bei Patienten und Journalisten spricht für sich. Alle zeigen sich berührt bis begeistert.

Mit einer Kaskade von aufeinander folgenden Guerilla-Aktionen haben KBV und KVen mit der PR-Agentur comm:up eine bundesweite PR-Kampagne aus der Taufe gehoben, die täglich mehr und mehr an Fahrt gewonnen hat. Nicht nur alle Medien (Print, TV, Radio, Online) multiplizierten regelmäßig die Botschaft.

Kernstück der Kampagne ist die Website www.GEIZMACHTKRANK.com, die täglich aktualisiert wird. Hier findet man alle Informationen rund um die Kampagne, aktuelle Maßnahmen und Aktionen. Über verschiedene „Mach mit“-Aktionen, wie Unterschriftensammlung, die Kittelsammelaktion, e-cards, Pillendosen wurden viele Mitstreiter und Unterstützer gewonnen.

Flughafen Frankfurt

So z. B. über das spektakuläre Flugfeld: in der Einflugschneise des Frankfurter Flughafens, 70.000 qm groß, in 40 m langen Buchstaben in Magenta. Außer den täglich 136.000 Fluggästen auf Deutschlands größtem Flughafen hatten im Zeitraum vom 12. November bis zum 2. Dezember hunderttausende das Feld bei RTL, aber auch in den großen Zeitungen gesehen und fanden so auf die Website. Allein mit dieser Aktion gab es rund 7 Mio. Kontakte.

Humorvoller Protest

Spektakuläre Aktionen wie die Medizin-Comedy-Tour durch zehn große Städte in Deutschland erzielten noch größere Resonanz. Auf humorvolle Weise klärte ein vierköpfiges Improvisationstheater über die Gesundheitsreform auf. Oft war es auch umgekehrt und begeisterte Passanten setzten die Schauspieler über die Folgen der Gesundheitsreform in Kenntnis.

Am 25.11. tourte die Comedytruppe durch Hamburg und verteilte

www.geizmachtkrank.com-Pillendosen. Der darin liegende Beipackzettel informiert über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsreform. Die Pillendosen können übrigens über das Mitmach-Fenster im Internet unter „Gesundheit verschenken“ angefordert werden!

Die als e-card oder Postkarte von bekannten Zeichnern und Sketchschreibern entwickelten Cartoons und Witze fanden reißenden Absatz. Mehr als 350.000 Karten wurden bislang verteilt!

Ärzte hängen Kittel an den Nagel

Ein großer Erfolg war ein Poster mit dem Motiv des Kittels, der kurz vor zwölf an den Nagel gehängt wird. Der damit verbundenen Bitte, an die Ärzte, bis zum 8. Dezember 2006 alle verfügbaren Kittel an die KVen zu geben oder direkt an ein zentrales Depot zu senden, sind viele gefolgt. Am 14. Dezember 2006 werden diese vor dem Reichstag symbolisch an den Nagel gehängt. Rund zweihundert Studenten der Medizin bildeten die längste lebende Garderobe der Welt. Ein starkes Motiv, das das Anliegen der KBV und der KVen, der 147.000 Ärzte und Psychotherapeuten und den 72 Mio. Patienten symbolisieren sollte: Eine bessere Gesundheitsreform!

Die rollende Botschaft

Tausende hatten ihre Unterschrift innerhalb von kürzester Zeit geleistet, und damit ihre Unzufriedenheit mit der Reform noch einmal deutlich gemacht! Am 8. Dezember schickten wir einen Truck mit vielen Unterschriften auf Deutschlandtournee: die rollende Botschaft der Menschen, die eine Änderung der Gesundheitsreform wollen.

Die breite Front in der Bevölkerung, nicht nur von Ärzten und Psychotherapeuten, sondern auch von Patienten wird immer deutlicher: Niemand will diese Reform!



Dies wurde auch bei der Diskussionsveranstaltung am 25. November in Hamburg deutlich, als Ulla Schmidt mit Olaf Scholz diskutierte: harte Kritik und Zurückweisung überall im Publikum. Die Medien zitierten tags darauf: „GEIZ MACHT KRANK“.

Licht ins Dunkle

Ein Lichtposter in einer Megagröße von 100 mal 200 Metern war ein weiteres weit sichtbares Highlight, das nachts als Botschaft in Berlin (1.12.), Hamburg (8.12.) und Frankfurt (13.12) an bekannte Gebäude projiziert wurde. In hellem Licht waren die Kampagnenmotive mit der Website-Adresse zu sehen.

In nur drei Wochen entstand so hohes Interesse an der Kampagne, dass über 330 Ergebnisse in den Suchmaschinen auf Medienberichterstattungen und auf Meldungen von Verbänden und Organisationen hinwiesen, in den Print- und AV-Medien waren es mehr als 12 Mio. Kontakte und direkt erreicht wurden bis zum 2. Dezember weitere 4 Mio. Menschen. Auf breiter Front fand sich Aufmerksamkeit und Sympathie und oft sogar begeisterter Zuspruch für diese aufmerksamkeitsstarken Aktionen.

*Elke Neujahr
comm:up, Kommunikation &
Management GmbH
Düsseldorfer Straße 132,
40545 Düsseldorf*

Das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄG)

Alles möglich? – Im Prinzip ja,...

Mit dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄG) hat der Gesetzgeber den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ein schönes Weihnachtsgeschenk unter den Tannenbaum gelegt. Es glitzert und funkelt und verspricht nahezu endlose Freiheit, aber so manche Verheißung ist erst einmal nur ein Versprechen ohne tatsächliche Auswirkungen. Denn die Regierung hat trotz nachdrücklicher Bitten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen nicht gewartet, bis die entsprechenden untergesetzlichen Normen wie z.B. vertragliche Bestimmungen der Selbstverwaltung angepasst wurden. So ergibt sich eine etwas undurchsichtige Gemengelage: Es gibt Dinge, die können ohne weiteres getan werden, bei anderen ist Vorsicht geboten, wieder andere sind noch gänzlich unmöglich. Wir versuchen eine erste Klärung.

Mit dem VÄG hat die Bundesregierung die Liberalisierung des Arztrechtes, die durch den Ärztetag 2005 in Bremen angestoßen wurde, auf die gesetzlichen Normen der Vertragsärzte und –psychotherapeuten übertragen. Diese gesetzlichen Normen geben aber lediglich einen Rahmen vor, der in einer ganzen Reihe von Verträgen zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie in einer Vielzahl von Richtlinien ausgefüllt werden muss. Dieses ist teilweise sehr aufwendig, beispielsweise wenn es darum geht, dass ein Arzt in mehreren Gemeinschaftspraxen oder mehreren KVen tätig werden will. Alle Möglichkeiten des VÄG werden wohl erst im Laufe des kommenden Jahres in Anspruch genommen werden können. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass alle Entscheidungen, die eine der Möglichkeiten nach dem VÄG betreffen, auch dann, wenn sie ab dem 1.1.2007 getroffen werden, unter den Vorbehalt einer nachträglichen Überprüfung und ggfs. Änderung nach Inkrafttreten der Untergesetzlichen Normen gestellt werden.

Was geht ab dem 1. Januar 2007?

Überörtliche Gemeinschaftspraxis

Schon seit der Änderung der Hamburger Berufsordnung im April ist es auch Vertragsärzten und –psychotherapeuten möglich, eine überörtliche Gemeinschaftspraxis zu bilden. Dies bedeutet, dass zwei Praxen an unterschiedlichen Standorten sich zu einer Gemeinschaftspraxis zusammenschließen können. Sie erhalten eine gemein-

same Abrechnungsnummer und werden auch im Übrigen behandelt wie eine „normale“ Gemeinschaftspraxis an einem Standort. Einzige Besonderheit: Sie erhalten nicht den Gemeinschaftspraxis-Aufschlag auf den Ordinationskomplex des EBM. Solange die beteiligten Ärzte ausschließlich an dem Standort tätig sind, für den sie ihre Zulassung hatten, ist diese Form der Praxisausübung ohne Weiteres möglich und wird auch bereits in einigen überörtlichen Gemeinschaftspraxen in Hamburg durchgeführt.

Anstellung von Ärzten

Grundsätzlich wird es ab dem 1.1.2007 möglich sein, Ärzte anzustellen, auch wenn diese in einem anderen Fach tätig sind, als der anstellende Arzt. Für den anzustellenden Arzt muss der anstellende Arzt eine (weitere) Zulassung erhalten; dies geht in nicht gesperrten Fächern durch einen entsprechenden Antrag an den Zulassungsausschuss, in gesperrten Fächern dadurch, dass der anzustellende Arzt sich um die Nachfolge eines abgehenden Arztes bewirbt.

Altersgrenze

Die Altersgrenze von 55 Jahren für die Zulassung von Ärzten und Psychotherapeuten ist aufgehoben.

Gleichzeitige Tätigkeit in einer Praxis und im Krankenhaus

Ab dem 1.1.2007 ist es unschädlich, wenn ein Arzt sowohl (teilzeit) in einer Praxis, als auch (teilzeit) in einem Krankenhaus arbeitet.

Was ist noch unsicher?

Tätigkeit an mehreren Orten

Grundsätzlich möglich ist es künftig, an mehreren Orten tätig zu sein. Dies gilt sowohl für die Partner einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis als auch für bestehende Praxen (auch Einzelpraxen), die auch an einem anderen Ort Praxisleistungen anbieten wollen. Allerdings müssen für diese Tätigkeit an mehreren Orten noch Rahmenbedingungen festgelegt werden, beispielsweise, wie viel Zeit man mindestens an seinem Hauptsitz arbeiten muss. Solange diese Rahmenbedingungen noch nicht feststehen, sollten man vorsichtig sein mit Plänen und Investitionen in dieser Richtung, vor allem, wenn es um sehr komplexe Strukturen geht.

Anstellung von Ärzten

Zu klären ist noch, wie viele Ärzte ein einzelner Arzt anstellen darf. Auch hierfür gilt: Solange diese Zahl noch nicht feststeht, sollte man mit Bemühungen um angestellte Ärzte vorsichtig umgehen. Von Plänen, mehr als drei Ärzte anzustellen, ist erst einmal abzuraten.

Was geht noch gar nicht?

Teilgemeinschaftspraxen

Wegen einer ganzen Reihe fehlender Regelungen ist es noch nicht möglich, Teile seiner Praxis mit Teilen einer anderen Praxis zu einer Teilgemeinschaftspraxis zu verbinden. Gänzlich ausgeschlossen wird dies in jedem Fall sein für Leistungen, die nur auf Überweisung er-

bracht werden können (z.B. Labor, Röntgen); die Zulassungsausschüsse werden sich aber auch in anderen Fällen sehr genau anschauen, ob mit Teilgemeinschafts-Konstruktionen das „Kick-back-Verbot“ umgangen werden soll.

Tätigkeit in mehreren KVen

Auch wird es noch nicht möglich sein, in mehreren KVen Praxen zu betreiben. Hierfür müssen noch eine ganze Reihe von Regelungen getroffen werden, die es den KVen ermöglichen, solche Tätigkeiten auch korrekt abrechnen zu können.

Wie geht es weiter?

Die KBV wird in den nächsten Wochen sehr intensiv mit den Krankenkassen die Umsetzung der angesprochenen Normen verhandeln. Hierüber werden wir Sie auf dem Laufenden halten. Anfang des nächsten Jahres werden wir Sie darüber hinaus zu einer Informationsveranstaltung der KV Hamburg über

die aktuellen Möglichkeiten des VÄG einladen. Sie erhalten hierzu unmittelbar nach dem Jahreswechsel eine entsprechende Einladung.

Bitte beachten Sie auch, dass wir alle mit dem VÄG Neuland betreten. Aussagen über die Zu- oder Unzulässigkeit von Praxiskonstruktionen werden noch eine Weile nur mit Vorbehalt gemacht werden können. Dies gilt nicht zuletzt auch deshalb, weil alle Maßnahmen vom Zulassungsausschuss gebilligt werden müssen – und dieser Ausschuss arbeitet bekanntlich unabhängig. Auch spielen in vielen Fällen die Kammer-Regelungen im Berufsrecht eine nicht unerhebliche Rolle. Es ist also sehr wichtig, sich möglichst früh mit der KV in Verbindung zu setzen, vor allem, wenn größere Investitionen zur Umsetzung der Pläne erforderlich sind.

Hierfür stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Kontaktieren Sie bitte unser Info-Center Tel.: 22802-900 oder die Abteilung Arztregister 22802-342 oder -329

Walter Plassmann
Stellv. Vorsitzende der KVH

Medizinische Versorgungszentren

Sieben Bausteine für die erfolgreiche Gründung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat auf ihrer Homepage www.kbv.de eine Broschüre mit Einstiegsinformationen für Vertragsärzte zum Thema Medizinische Versorgungszentren (MVZ) eingestellt. Dieses steht kostenlos zum Download unter folgendem Link: http://www.kbv.de/MVZ_Kompendium.pdf zur Verfügung.

(vo)

Masern-Epidemie: Ministerin fordert Impfpflicht

Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen (CDU) hat vor einer Häufung von Masernerkrankungen in Deutschland gewarnt und eine gesetzliche Impfpflicht für alle Kinder gefordert.

In Deutschland erkrankten immer mehr Kinder an Masern, sagte von der Leyen der Zeitung „Bild am Sonntag“. „2004 gab es 121 Fälle, 2005 waren es 778 und in diesem Jahr wurden bis Ende August schon 2.224 Erkrankungen gemeldet“, erklärte die Ministerin. Nur noch jedes dritte Schulkind habe den vollen Impfschutz. „Wer einmal erlebt hat, wie ein lebenslustiges Kind nach einer Masern-Hirnhautentzündung zu einem schwerst geistig behinderten Kind wurde, vergisst dieses Bild nie wieder. Dieses Kind hätte ein unkompliziertes Leben vor sich haben können, wenn es geimpft worden wäre“, mahnte von der Leyen. „Wir sind so nachlässig mit dem Impfen, weil viele von uns die Masern gar nicht mehr kennen und jeder denkt: Mich trifft es nicht. Das stimmt nicht.“

(Agenturmeldung, 2. Oktober)

Datenschutzbeauftragter in der Arztpraxis

Durch das Erste Gesetz zum Abbau bürokratischer Hemmnisse insbesondere in der mittelständischen Wirtschaft vom 22. August 2006 kam es u.a. zu einer Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Diese Änderung hat auch Auswirkungen auf die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis.

Nach § 4f Abs. 1 Satz 4 BDSG ist nunmehr eine Bestellung eines betrieblichen Datenschutzbeauftragten dann erforderlich, wenn mehr als neun Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind. Bislang war ein Datenschutzbeauftragter bereits ab vier Arbeitnehmern zu bestellen.

Über welche Fachkunde der Datenschutzbeauftragte verfügen muss, wird in § 4f Absatz 2 Satz 1 BDSG beschrieben. Sie richtet sich insbesondere nach dem Umfang der Datenverarbeitung der verantwortlichen Stelle und dem Schutzbedarf der erhobenen und verwendeten personenbezogenen Daten.

(List)

Für Sie in der Vertreterversammlung

Olaf Draeger

Geburtsdatum: 3. August 1951

Fachrichtung: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie

Weitere Ämter: Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie und im Zulassungsausschuss (KJP), Mitglied der Kammerversammlung der Hamburger Psychotherapeutenkammer

Hobbys: Ausgleichsbewegung sowie Musik und Literatur



1. Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

Erste Ausbildung als Pädagoge, danach Arbeit in der Erwachsenenbildung. Nebenher Abschluss als Psychologe, Arbeit in der Psychotherapie-Forschung und Fortbildung zum Psychotherapeuten. Neben der Psychotherapeutischen Therapie Zusatzausbildung in Familien- sowie Hypnotherapie. Seit 1988 als angestellter Psychologe in Beratungsstellen tätig, seit 1993 freie Praxis in Bergedorf (Erwachsene + Ki/Ju.). 1999 die Zulassung als PP und KJP.

2. Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Jahren in der VV erreichen?

Deutlichere Anerkennung der Psychotherapie im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung von Patienten. Gerechtere Honorierung psychotherapeutischer Leistungen.

3. Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitswesen in zehn Jahren?

Wenn die KVen deutlich machen, wie und was sie zur besseren medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Patienten beitragen können, sehe ich Chancen für ihr Weiterbestehen.

4. Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden sie ihn fragen?

Ulla Schmidt würde ich gerne fragen, was sie sich davon verspricht, so viele Widerstände zu erzeugen, anstatt zu versuchen, Ärzte und Psychotherapeuten als Kooperationspartner zu gewinnen.

5. Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Aufbau eines MVZ (ggf. unter psychotherapeutischer Leitung), bei kollegialer Zusammenarbeit von somatischen Medizinerinnen und Psychotherapeuten.

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Karin Hanke

Geburtsdatum: 13. Mai 1956

Familie: Verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Allgemeinmedizin

Weitere Ämter: Landesärztin für Blinde und Sehbehinderte

Hobbys: Schmuckherstellung, Filzen



1. Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

- Studium und Facharztausbildung in Hamburg
- Niedergelassen in Gemeinschaftspraxis mit meinem Ehemann seit 1989

2. Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Jahren in der VV erreichen?

Weiterhin Frieden und Solidarität unter den Arztgruppen

3. Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitswesen in zehn Jahren?

- Sehr schwer voraussehbar
- Wahrscheinlich interdisziplinäre Zentren, verwaltet von Gesundheitsmanagern

4. Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden sie ihn fragen?

Ich würde Ulla Schmidt fragen, ob sie mich einen Tag in der Praxis begleitet.

5. Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Vier Wochen Urlaub am Stück für Wander- und Strandurlaub auf Reunion.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zum Jahreswechsel 2006/2007

Wenn Sie den Jahreswechsel für Betriebsferien nutzen, so möchten wir Sie bitten, rechtzeitig für einen Praxisaushang mit Hinweis auf Ihre Vertretung zu sorgen. Geben Sie bitte auch entsprechende Hinweise auf Ihrem Anrufbeantworter mit Angabe des Vertreters, Telefonnummer der Notfalldienstzentrale und Adresse der Notfallpraxen in Altona und Farmsen.

Die Dienstzeiten des Ärztlichen Notfalldienstes Hamburg, der beiden Notfallpraxen und der vier Notfallambulanzen können Sie gern kopieren und in der Praxis aushängen.

*Ihr Ansprechpartner:
Christian Wieken, Abt. Notfalldienste, Tel.: 22802-444*



Notfalldienste zum Jahreswechsel 2006/2007



Ärztlicher Notfalldienst Hamburg

Der "Taxi-Notdienst", erreichbar unter der Telefon Nr. 22 80 22, ist dienstbereit:

vom 22.12.2006 ab 19.00 Uhr	bis zum 27.12.2006 um 7.00 Uhr
vom 29.12.2006 ab 19.00 Uhr	bis zum 02.01.2007 um 7.00 Uhr

Notfallpraxen Farmsen und Altona

Die Notfallpraxen Farmsen, Berner Heerweg 124 und Altona, Stresemannstraße 54 haben geöffnet:

am 24.12.2006 und am 31.12.2006	von 7.00 Uhr bis 24.00 Uhr
an den Feiertagen, samstags und sonntags	von 7.00 Uhr bis 24.00 Uhr

Kinderärztlicher Notfalldienst

Die Notfallambulanzen für Kinder sind in den vier Hamburger Kliniken wie folgt erreichbar:

am 24.12. und 31.12.2006 an Wochenenden + Feiertagen

Altonaer Kinderkrankenhaus

Bleickenallee 38	von 10 - 18 Uhr
------------------	-----------------

Klinikum Nord (Heidberg)

Tangstedter Landstr. 400	von 10 - 18 Uhr
--------------------------	-----------------

Kinderkhs. Wilhelmsstift

(Rahlstedt) Liliencronstr.	von 10 - 18 Uhr
----------------------------	-----------------

Krankenhaus Mariahilf

(Harburg) Stader Str. 203c	von 13 - 19 Uhr
----------------------------	-----------------

