

KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 1/2006

KBV WW

Wie sollen sich die KVen am Ärzteprotest beteiligen?

Ärzteprotest

Das Aktionskomitee schreibt zur Urabstimmung S. 6

Fortbildung

Die KVH bietet Ärzten und Psychotherapeuten eine betriebswirtschaftliche Fortbildung an S.29

Honorarpolitik

Die Kassen als Blockierer? S.9

Telematik

Neues zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte S.30

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 wieder

Redaktion:

Abt. Öffentlichkeitsarbeit

Barbara Heidenreich, Tel. (040) 22 802-534

Melanie Vollmert, Tel. (040) 22 208-533

oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de

Inhalt

Gesundheitspolitik

- KBV VV
- Der Protest geht weiter
„Liebling, die KV ist weg!“
- Honorarpolitik in Zeiten der Kassenblockade

Abrechnung

- Projekt „Verlagerungseffekte“ vorläufig eingestellt

Brennpunkt Arznei

- Änderungen der OTC-Ausnahmeliste
- OTC-Ausnahmeiste

Verträge

- Disease-Management-Programm KHK
- Elektronische DMP-Dokumentation
- Vertragspaket Sprechstundenbedarf
- Sprechstundenbedarfsvereinbarungen in der Praxis

Rundschreiben

- Sprechstundenbedarfsvereinbarungen
- Arzneimittelversorgung mit Schmerzen der Bewegungsorgane
- Nachtrag Prüfungsvereinbarung
- Überleitungsvereinbarung sachliche Berichtigung
Sprechstundenbedarf
- Korrekturen/Ergänzungen der alten KV Journale

Von Ärzten für Ärzte

- Fragen und Antworten
- Vogelgrippe beim Menschen

Fortbildung mit der KV

- Betriebswirtschaftliche Fortbildung
für Ärzte und Psychotherapeuten

Telematik im Gesundheitswesen

- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Forum

- Für Sie in der VV
- WM 2006 - Ärzte gesucht
- ARD Themenwoche Krebs
- INFEKT-INFO meldepflichtige Krankheiten

S. 2

S. 3

S. 4

S. 6

S. 8

S. 9

S.10

S.13

S.13

S.14

S.15

S.16

S.22

S.23

S.24

S.21

S.25

S.26

S.27

S.28

S.30

S.31

S.32

S.32

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,



ich freue mich, Ihnen heute das neue KV Journal vorstellen zu können. Im Rahmen unserer Umfrage erfuhren wir, dass Sie zu viele Informationsblätter aus der KVH erhalten. Aus diesem Grund haben wir uns dazu entschlossen, das KV Journal mit den „Informationen für die Praxis“ zusammen zu legen. Damit haben Sie nun alle Informationen aus der KVH in einem Heft. Sie finden hier neben den amtlichen Veröffentlichungen Erläuterndes, Tipps und wichtige Informationen für den Praxisalltag. Abgerundet wird das Ganze durch den Blick in die Politik, Veranstaltungstermine und den „direkten Draht in die KVH“. Aber auch Sie können dieses Heft mit einem eigenen Beitrag „von Ärzten für Ärzte“ ergänzen. Das Redaktionsteam berät Sie gern.

Ärzteproteste sind in diesem Jahr ein sehr wichtiges Thema. Die Ideen und Gesetzesvorgaben der Politiker in Berlin zeichnen einen Weg in ein Gesundheitssystem, das Ihre Arbeitsbedingungen und die Patientenversorgung weiter verschlechtert. Deshalb haben wir großes Verständnis für Ihre Proteste und Sie unsere Unterstützung.

Auch wenn in Hamburg noch kein Fall von Vogelgrippe aufgetreten ist, so rüsten sich Behörden, Kammer und KV für den Ernstfall. Auf unserer Homepage www.kvhh.de haben wir Hinweise zum Schutz vor Vogelgrippe und den Maßnahmenkatalog der Gesundheitsbehörde Hamburg für Sie zusammengestellt.

Ihr

Dieter Bollmann

Im Hintergrund oder auf den Barrikaden?

KBV-Vertreterversammlung diskutiert die Rolle der KVen im Ärzteprotest

Es war eine Premiere: Zum ersten Mal trafen sich die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu einer Sondersitzung und dies auch noch hinter verschlossenen Türen. Der Grund war eine Diskussion über ein Strategiepapier des KBV-Vorstandes, mit dem dieser in die beginnenden Auseinandersetzungen um die nächste „große“ Gesundheitsreform gehen möchte. Und prompt gab es die nächste Premiere: Zum ersten Mal wurde in der neuen KBV-VV heftig und intensiv gestritten – über die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen im Protest der Ärzte.

Lange hat sie gedauert, die Phase des Selbstfindungsprozesses der KBV-Vertreterversammlung. Offenbar war der Einschnitt, den das GMG 2004 brachte, zu tief gewesen. Immerhin waren es die KVen gewöhnt, zumindest über ihre Vorstände im alten Länderausschuss der KBV die Politik der Bundesebene mehr oder minder deutlich mitzubestimmen. Die Vertreterversammlung hatte insoweit die Aufgabe, die grundsätzlichen Debatten zu führen und vor allem für Außenwirkung zu sorgen. Diese Aufgaben sind nicht immer zur Zufriedenheit der Beteiligten erfüllt worden. Erbitterte Auseinandersetzungen, die teilweise auch persönliche Hintergründe hatten, blockierten häufig genug die Diskussionen im Länderausschuss und „Fensterreden“ dominierten so manche Vertreterversammlung.

Nach der von der Bundesregierung oktroyierten „Professionalisierung“ mussten die Gremien neu geordnet werden. Viel Spielraum bestand dabei nicht, denn der Gesetzgeber hatte selbst die Besetzung der KBV-VV akribisch vorgegeben: Geborene Mitglieder sind die ersten und zweiten Vorsitzenden der KVen, große KVen können weitere Mitglieder per Wahl entsenden, die Höchstzahl beträgt 60 Mitglieder. Daneben einen Länderausschuß bestehen zu lassen, hätte keinen Sinn gemacht, da dieser nahezu identisch besetzt gewesen wäre. Also beließ es die KBV bei der Vertreterversammlung

und der Einrichtung einiger weiterer „Arbeitskreise“.

Doch wer nun gedacht hätte, die neue VV würde die Diskussionskultur der alten VV mit dem Machtanspruch des alten Länderausschusses kombinieren, der hätte sich gewaltig geirrt. Die Sitzungen im Jahr 2005 waren kurz und nahezu geräuschlos. Selbst die engagierten und außerordentlich kenntnisreichen Eingangsreferate von KBV-Chef Dr. Andreas Köhler hatten die Delegierten nicht zu längeren Diskussionen hinreißen lassen – sogar dann nicht, als Köhler bewußt provokativ seine Idee eines „KBV-Konzerns“ ins Spiel brachte, also eine sehr viel engere und abgestimmtere Zusammenarbeit von KVen und KBV, die auch eine deutlich stärkere Arbeitsteilung beinhaltet.

Doch die Ärzteproteste brachen



Die KBV Vertreterversammlung diskutiert über die Ärzteproteste

das Eis. Nachdem Köhler die politische Lage auf der Bundesebene und sein Vize Ulrich Weigeldt die Gründe der Ablehnung des „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz“ dargestellt hatte, entspann sich eine muntere und engagierte Diskussion, die (im Gegensatz zu früher) auch weitgehend auf persönliche Angriffe verzichtete. Allerdings setzte sie sich nicht mit den Thesen von Köhler auseinander oder dem Strategiepapier der KBV, sondern mit dem Selbstverständnis der KVen in Zeiten des Ärzteprotestes.

Im wesentlichen schälten sich zwei Lager heraus. Die einen wollen die KVen an die Spitze der Proteste stellen und sie aktiv in den Kampf der Ärzte und ihrer Verbände einbinden. Die Ideen reichten von der aktiven Beteiligung an Kampagnen und Protesten bis hin zur Verweigerung gesetzlich auferlegter Pflich-

ten und sogar der „Rückgabe des Sicherstellungsauftrages“. Die anderen plädierten zwar ebenfalls dafür, die Ärzteproteste von KV-Seite zu unterstützen, warnten aber davor, die Schutzfunktion der KVen zu einem Zeitpunkt aufzugeben, wo die allermeisten niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten noch über keine Alternative verfügten.

Entzündet hatte sich diese Diskussion nicht zuletzt an der Frage von Köhler, ab welchem Zeitpunkt die gesetzlichen Zumutungen an eine KV so groß seien, daß diese sich verweigern müsse. Die KV Hamburg und auch Mecklenburg-Vorpommerns KV-Chef Dr. Wolfgang Eckert bezweifelten, daß man diesen Punkt ex ante definieren könne. Eckert erinnerte an die Zeit seines Widerstandes gegen die DDR-Diktatur: „Ich konnte auch nur in der Rückschau sagen, wo mein ‚point of no return‘ gewesen war.“ Gleiches gelte für die Ärzteproteste.

Die KV Hamburg unterstützte diese Ansicht. Der Autor erinnerte seine KV-Kollegen daran, daß eine KV auch Verantwortung trage: für ihre Mitglieder, für die Praxismitarbeiter, aber auch für die eigenen KV-Mitarbeiter sowie die jeweiligen Familien. Solange eine harte Verweigerungshaltung der KVen erst einmal dazu führen würde, daß die Ärzte keine oder nur völlig unzureichende Gelder mehr erhielten und damit in höchste finanzielle Bedrängnis gerieten, verböten sich solche Maßnahmen: „Unsere Mitglieder erwarten, daß wir sie unterstützen, aber nicht, daß wir sie völlig ungewissen Bedingungen aussetzen.“

Einen Konsens zu dieser Frage gab es nicht, was allerdings auch nicht zu erwarten war. Die Diskussion über das Selbstverständnis der KVen steht ja auch erst am Anfang. Es ist wichtig, daß sie weiter geführt wird und daß jede KV mit ihren Mitgliedern diesen Standpunkt definiert. Denn KVen sind zuallererst Einrichtungen zur Unterstützung ihrer Mitglieder. Sie sind kein Selbstzweck. Sie sind aber auch (noch) nicht zu ersetzen.

Walter Plassmann

Der Protest geht weiter



Abstimmung im Ärztehaus

Trotz anhaltender Protestaktionen hat der Bundestag das Arzneimittelspargesetz mit seiner unerträglichen Bonus-Malus-Regelung beschlossen.

Selbst wenn dieses Gesetz durch eine regionale Vereinbarung in Hamburg keine direkte Anwendung finden sollte, zeigt dies eines ganz klar: Unser Protest wird in Berlin zwar zur Kenntnis genommen, aber er hat noch nicht zu Änderungen in der Politik geführt. Unbeirrt setzt Frau Schmidt ihre zerstörerische Politik fort. Die Abschaffung der privaten Krankenversicherung, die angedeutete und gewollte, qua-

si zwangsweise Verbringung der Fachärzte in möglichst von Krankenhäusern organisierte MVZ und die Degradierung der Hausärzte zu Budgetverwaltern für alles und nichts, werden das beste Gesundheitswesen der Welt zerstören und in Kürze in eine Wartelisten- und echte Zwei-Klassen-Medizin überführen. Nur der radikale Protest der Ärzteschaft kann dies noch verhindern.

Die Hamburger haben mit der Demonstration vom 22. August die Protestwelle in Deutschland eröffnet. Am 18. Januar haben sie ihren Durchhaltewillen klar demonstriert. Die Urabstimmung hat ein eindeutiges Bild ergeben. 98,7 Prozent der Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten stimmen dem „Protestprogramm 2006“ zu.

Eindrucksvoll sind die Spenden von über 400 Kolleginnen und Kollegen, die bereits auf dem Spendenkonto eingegangen sind. Beträge zwischen 500 und 20 Euro wurden eingezahlt. Unter Apobank (20090602), KtoNr. 6646069 kann und sollte sich jeder weiter beteiligen. Der eindrucksvolle Wille der Hamburger Ärztinnen und Ärzte durchzuhalten, unterstützt von unseren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wird durch eine solche Kampfkasse potenziert.

Das Aktionskomitee hat nun begonnen, die weiteren Aktionen zu organisieren. Als nächste Aktion wird eine Informationskampagne für unsere Patienten stattfinden.

Aktion „Protestwartezimmer“ startet Anfang April

Plakate und Infomaterial sollen in einem ansonsten von Zeitschriften und Wandbildern befreiten Wartezimmer unsere Patienten über die Folgen der Schmidtschen Politik aufklären. Dies wird seine Wirkung bei bundesweiter Ausdehnung nicht verfehlen, sitzen doch täglich in unseren Wartezimmern mehr Menschen, als die BILD-Zeitung Leser hat.

*Dr. med. Dirk Heinrich,
Sprecher des Aktionskomitees*

Protest in Berlin

Am Freitag, den 24. März 2006, fand der nationale Protesttag statt. Alle Praxen blieben auch in Hamburg geschlossen. Der Notdienst war organisiert. Wir fuhren alle mit Sonderzüge, Bussen und als Selbstfahrer zur Großdemo nach Berlin. Das Aktionskomitee der beratenden Fachausschüsse der KV Hamburg und der ärztlichen Berufsverbände rufen Sie auf, sich an allen Aktionen aktiv zu beteiligen. Nur der Druck solcher Aktionen kann das Blatt noch wenden.

Links zu Protesttagsseiten
www.kvhh.de
protesttag.de
www.aegsh.de



Dr. Heinrich und Dr. Späth bei der Auszählung der Urabstimmung

... und schöne Träume: „Liebling, die KV ist weg!“

Dr. Wolfgang Axel Dryden

Neben mir schrillt der allmorgendliche Quälgeist auf dem Nachttisch. Mit einer tastenden Handbewegung stelle ich den Wecker ab. Einmal noch umdrehen! Da bemerke ich, dass das Bett neben mir leer ist. Die beste Ehefrau von allen, natürlich die von Herrn Kishon ausgenommen, ist fort! Im Wohnzimmer finde ich sie. Ziemlich unausgeschlafen schaut sie mir entgegen und berichtet mir von einem Wahnsinnstraum, der so realistisch gewesen sei, dass sie irgendwann schweißgebadet daraus aufgewacht sei. Sie habe erst einmal ihre Gedanken ordnen müssen. „Stell Dir vor, ich habe geträumt, es gebe die KV nicht mehr.“

Kann ich mir eigentlich nicht gut vorstellen“, erwiderte ich. „Aber wenn man die ärztliche Presse sieht, ist das ja wohl der Wunschtraum fast jeden dritten Arztes. Die empfinden das sicherlich als nicht so schlimm. Was ist Dir denn in dem Traum geschehen?“ Damit war ein Damm gebrochen: Die beste Ehefrau von allen, als mitarbeitende Arztfrau sonst eigentlich durch nichts mehr zu erschüttern, erzählte: „Schon als ich in die Praxis kam, hat mir eine unserer Helferinnen von einem Anruf von der AOK berichtet. Die hätten angekündigt, dass der MDK morgen kommt, um das Qualitäts-handbuch der Praxis, die Genehmigungen zur Sonographie und auch die Gerätebücher zu überprüfen. Man wolle zwar nicht stören, aber müsse natürlich im Sinne der Versicherten der AOK die Qualitätssicherung ernst nehmen. Schließlich könne man nur mit Ärzten Verträge aufrecht erhalten, die ihre Qualität auch jederzeit belegen könnten.“

Schreiben für die Knappschaft

Noch bevor der erste Patient für das Sprechzimmer vorbereitet war, war dann die Bundesknappschaft in der Leitung. Die teilten mit, dass sich die Abrechnungsbestimmungen für ihre Versicherten geändert haben. Wir hätten also jetzt auf dem

Formblatt 35 der Bundesknappschaft alle Knappschaftspatienten aufzulisten, getrennt nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern, darunter nach Geschlecht, kurativem oder präventivem Beratungsanlass. Dann müssten wir auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten bei den Mitgliedern aufführen. Dann noch darstellen, wer wann und warum in welches Krankenhaus eingewiesen wurde. Natürlich mit besonderer Begründung dann, wenn die Patienten nicht in das Knappschaftskrankenhaus, sondern in andere Kliniken eingewiesen wurden.

Wohin mit dem Bayer?

Dann kam ein Notfall in die Praxis, Verdacht auf Herzinfarkt. Da hatte ich das Problem, dass der Mann aus Bayern auf Besuch nach Westfalen gekommen und irgendwo im Süden bei einer kleinen lokalen BKK versichert war, mit der wir keinen Vertrag haben. Also musste ich erst einmal aus dem Internet die Liste der BKKen herausuchen. Dabei habe ich festgestellt, dass es die Kasse unter dem Namen, der auf der Versichertenkarte stand, gar nicht mehr gab. So habe ich erst einmal beim BKK-Bundesverband angerufen. Die waren zwar sehr freundlich, aber man hat mich mindestens durch fünf Abteilungen verbunden, bis mir jemand mitteilte, dass ich einen Ersatzkrankenschein anlegen dürfe. Den könnten wir dann über die BKK Hoesch abrechnen, mit denen haben wir ja einen Vertrag.

Wenn aber ein Krankentransport

oder gar eine stationäre Behandlung erforderlich würde, sollten wir das Formular erst einmal nach München faxen, um von dort die Berechtigung zum Ausstellen eines Krankentransportscheines zu erhalten. Zudem sei zu berücksichtigen, dass die bayerischen BKKen ausschließlich Behandlungsverträge mit katholischen Krankenhäusern hätten. Dieser Vertrag sei auch in Westfalen Lippe für eine Krankenhausbehandlung gültig. Außerdem müssten wir beachten, dass wir nur die Leistungspositionen einsetzen dürften, die die bayerischen BKKen mit dem dortigen Hausärzterverband vereinbart haben. Kenne ich nicht, habe ich gesagt – na, da sollten wir halt in Regensburg bei der Außenstelle des bayerischen Hausärzterverbandes anrufen. Die würden uns sicherlich gerne einen Auszug der Gebührenordnung geben.

Der Rest des Vormittages ist dann ziemlich unspektakulär verlaufen. Die Helferinnen haben an die Karteikarten der Patienten Broschüren mit Auszügen aus den möglichen Leistungsangeboten der jeweiligen Krankenkassen geheftet, damit niemand aus Versehen bei einer Kasse eine falsche Position ansetzt.

Wir haben noch richtig Glück gehabt, denn das Technikerteam unseres Softwarewartungshauses kam erst gegen Mittag, um die neuen Regelwerke der DAK und der BEK gesondert einzuspielen. Ich war froh, dass die Techniker erst so spät kamen. Wir mussten ja alle Arbeitsplätze der Anlage für zwei Stunden abmelden.“

Endlich: 100 Prozent Generika!

„Und was habe ich in Deinem Traum gemacht?“, fragte ich die beste Ehefrau von allen. Obwohl ich schon nicht mehr ganz so sicher war, ob ich in dieser Traumpraxis auch noch hätte auftauchen wollen. Doch, natürlich, meine Gattin träumt auch von mir:

„Du? Während ich mich in der Praxis durchgeschlagen habe, bist Du gemütlich zur DAK gefahren, um mit denen Deinen Vertrag zu



Formulare, Formulare und nichts als Formulare!

verlängern. Sie hatten ja auf einer Absenkung der Vergütungspauschalen bestanden. Wir könnten erst dann wieder höhere Pauschalen bekommen, wenn wir unseren Anteil an Generika in der Medikamentenverordnung endlich auf 100 % erhöhten. Außerdem sollten wir für berufstätige DAK-Versicherte Sprechzeiten zwischen 6 und 7 Uhr morgens und 20 und 22 Uhr abends anbieten. Und in der Zeit von 22 bis 24 Uhr eine Anlaufpraxis am Krankenhaus besetzen, damit unnötige stationäre Aufnahmen vermieden werden können. Wenn wir durch eine Bescheinigung des Apothekers, des Krankenhauses und des Gesundheitsamtes die Umsetzung dieser Auflagen belegen könnten, würde der MDK im Auftrag der DAK eine Praxisbegehung durchführen. Und dann würde auch der Prozentsatz festgelegt für die Erhöhung unserer Pauschale.“

„Auch kein wirklich schönes Programm für den Vormittag“, schoss es mir durch den Kopf. „Aber dann war hoffentlich endlich Ruhe, oder?“

Ein Notfall – in sechs Wochen

„Ach was, das ging genauso weiter. Wir hatten ziemliche Schwierigkeiten, einen Patienten bei einem Gastroenterologen für eine notfallmäßige Gastroskopie unterzubringen. Der bei uns am Ort hatte keinen Vertrag mehr mit der AOK, Vertrag gekündigt! Der Kollege im Nachbarort arbeitet nur mit der Bundesknappschaft. Erst in Dortmund habe ich einen Gastroenterologen gefunden, der einen aktuellen AOK-Vertrag hat. Da habe ich für den Patienten dann einen notfallmäßigen Termin in sechs Wochen bekommen. ‚Tja‘, hat der Kollege gesagt, ‚die AOK vergibt ihre Verträge nur noch regional an Schwerpunktpraxen. Und ich habe die einzige zwischen Münster, Essen, Soest und Lüdenscheid für die AOK. Also in sechs Wochen – vorher ist nichts drin.‘“

„Na, da warst Du sicher froh, als Du endlich wieder zuhause warst“, stupste ich die beste Ehefrau von al-

len an und lächelte aufmunternd. Doch sie schüttelte nur den Kopf.

„Klar war ich froh. Aber nur ganz kurz. Denn zuhause habe ich mich an den Computer gesetzt, um über Internet-Banking unser Konto anzusehen. Was habe ich mich erschrocken, so heftig waren wir ins Soll gefallen! Die haben uns die Netzbeiträge, die verschiedenen Verbandsbeiträge, die Gebühren für die letzten Praxisbegehungen durch MDK, Gesundheitsamt und Bezirksregierung abgebucht. Außerdem mussten wir ja die Gehälter für die Helferinnen auszahlen. Wäre ja alles nicht so schlimm gewesen, wenn die Bundesknappschaft nicht die Abschlagszahlungen für die letzten drei Monate storniert hätten. Aber da haben wir nun mal die meisten Patienten. Warum? Na, per Email haben die mitgeteilt, dass wir unserer Verpflichtung zur jährlichen Zertifizierung unserer Praxis nicht nachgekommen seien. Und um etwaige Ansprüche gegen uns durchsetzen zu können, hätten sie eben die Honorarzahungen des letzten Vierteljahres zurückgehalten.“

Daraufhin habe ich natürlich sofort die Hotline angerufen. Ich war doch sicher, dass wir dieses verdammte Zertifikat eingereicht haben. Irgendwann rückte die Mitarbeiterin damit heraus, dass wir das falsche Zertifikat abgegeben hätten. Unseres stamme von der Soziozert. Die sei aber nur von den Ersatzkassen anerkannt. Die Bundesknappschaft akzeptiert seit drei Wochen nur noch die Zertifikate der Firma Püttozert. Damit hätten wir unsere vertraglichen Verpflichtungen nicht eingehalten und auch keine Honoraransprüche mehr. Das müssten wir doch wissen.“

„Na klar, wie konnten wir das nur vergessen?“, murmelte ich stauend.

„Und dann?“

„Dann habe ich der Zertifikatsfrau gesagt, was ich von solchen traumhaften Verpflichtungen halte. Und das hat mich so sehr geärgert, dass ich endlich aufgewacht bin und nicht mehr wusste, was nun Traum war und was Realität. Ich bin ins Arbeitszimmer gegangen. Auf dem

Tisch lagen noch ein paar KV-Formulare, frisch ausgefüllt. Die gibt es also doch noch! Da wusste ich, dass alles zwar ganz realistisch, aber doch nur ein böser Traum war.“

*Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Westfälischen Ärzteblattes
11/2005*

Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimmigh-Strasse 4-6, 44141 Dortmund

Who is Who im Rathaus

Ihre gesundheitspolitischen Ansprechpartner

CDU

Harald Krüger
Abgeordnetenbüro:
Cuxhavener Straße 335 (SEZ)
21149 Hamburg
Tel.: 702 71 85
Fax: 70 38 15 49
harald.krueger@cduhamburg.de

SPD

Tanja Bestmann
SPD-Abgeordnetenbüro
Billstedter Hauptstr. 52
22111 Hamburg
Tel.: 040 - 28 00 79 92
Fax: 040 - 28 00 79 94
tanja.bestmann@spd-fraktion-hamburg.de

GAL

Katja Husen
Speersort 1
20095 Hamburg
Tel.: 040.32873 203
katja.husen@gal-fraktion.de

FDP

Dr. Luzie Braun
Willy-Brandt-Str. 63
20457 Hamburg
Telefon 040 / 309988-0
Luzie.braun@fdp-hh.de

Honorarpolitik in Zeiten der Kassen-Blockade

Verträge kommen derzeit nur in kleinen Trippel-Schritten zustande – Ausnahme: BKK

„Wir werden versuchen, endlich einmal wieder Verträge vor ihrer Geltungsdauer abzuschließen.“ Mit diesem Versprechen hat der Autor seine erste Rede als KV-Vorstand vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Anfang 2005 beendet – und hierfür herzhaften Beifall erhalten. Einhalten konnte er dieses Versprechen allerdings noch nicht. Die Vertragspolitik mit den Krankenkassen ist zu einem unendlich mühsamen Ringen geworden, die Fristen werden immer drastischer überschritten. Eine rühmliche Ausnahme bildet allein der BKK-Landesverband NORD. Eine Bestandsaufnahme.

Ende 2005 waren in der KV Hamburg die Nerven zum Zerreißen gespannt. Mit nur noch schwer nachzuvollziehenden Volten hielten die Krankenkassen die KV beim Abschluß des neuen Verteilungsmaßstabes hin. Der alte galt nur bis zum 31. Dezember, die KV hatte vorgeschlagen, die alten Regelungen im wesentlichen fortzuschreiben, da tiefgreifende Änderungen in der Honorarverteilung nur vorgenommen werden könnten, wenn ausreichend Daten über die Auswirkungen der Abrechnung unter dem „EBM 2000plus“ vorlägen. Die KV hatte die Kassen auch darauf hingewiesen, daß es nachgerade ein Affront sei, wenn man den Mitgliedern der KV Hamburg erst kurz vor Quartalsbeginn oder sogar erst im Nachhinein mitteilen könne, wie die Honorarverteilung aussieht oder anders ausgedrückt, auf welchem Weg ihr Honorar berechnet wird. „Ich wüßte gerne, was Sie sagen würden, wenn Sie erst im Nachhinein erfahren würden, welches Gehalt Ihnen Ihr Arbeitgeber zahlt“, hielt die KV den Kassen entgegen.

VM nur bis 30. Juni

Doch alles ohne Erfolg. Erst unmittelbar vor Weihnachten gab es eine Rückmeldung, die zwar die Zustimmung zu dem vorgeschlagenen VM-Weg enthielt, diesen aber wieder außerordentlich kurz befristete,

nämlich nur bis zum 30. Juni. Die Folge: Wir konnten die KV-Mitglieder erst zwischen den Jahren über die Honorarverteilung informieren, und die praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina konnten sogar erst im Januar/Februar ermittelt und mitgeteilt werden. Dieser Ablauf ist in den Augen des KV-Vorstandes unhaltbar.

10 Jahre alte Abrechnungsdaten

Gleichwohl droht eine Wiederholung. Denn die Gespräche über die Honorarverteilung ab dem 3. Quartal 2006 gestalten sich äußerst zäh. Die Krankenkassen gefallen sich derzeit darin, immer neue Forderungen nach Abrechnungsdaten (teilweise aus zehn Jahre zurückliegenden Zeiträumen!) zu stellen, deren Sinn sich nicht erschließt und die teilweise überhaupt nicht oder nur mit irrwitzigem Aufwand ermittelt werden könnten. Einziger möglicher Sinn: Die Gespräche sollen verzögert werden.

Diese Taktik wenden die Krankenkassen auch bei allen anderen wichtigen Verträgen an mit Ausnahme der Arznei- und Heilmittelvereinbarung – die allerdings auch durch gesetzliche Fristen sehr strikt



Die Psychotherapie wird jetzt von den Kassen gezahlt.

vorgegeben ist. So streiten KVen und Krankenkassen seit fast zwei Jahren(!) über die Finanzierung der Psychotherapie und die Honorar („Gesamt-“)Verträge 2005. Aber der Reihe nach:

Im Oktober 2004 setzte der Bewertungsausschuß auf Bundesebene die letztgültige Entscheidung

des Bundessozialgerichts zur Honorierung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie um und gab den KVen vor, wie sie rückwirkend und künftig diese Honorare zu berechnen hätten. Bei der Umsetzung in den KVen ergaben sich damit erhebliche Nachzahlungsverpflichtungen sowie einen deutlich höheren Mindest-Punktwert für die Zukunft. Die KV Hamburg zahlte die Differenzbeträge noch in 2004 aus und forderte dieses Geld sowie eine vollständige Finanzierung für die Zukunft bei den Kassen ein.

Auf diese Forderung ging einzig und allein der BKK-Landesverband ein, der im Rahmen einer Vereinbarung zur verstärkten Zusammenarbeit die Psychotherapie-Lasten in der Zukunft zur Gänze übernahm und sich an den Nachzahlungskosten beteiligte. Alle anderen Krankenkassen mauerten und wollten allenfalls lächerliche Beträge zahlen – und diese teilweise sogar durch Zugeständnisse der KV an anderer Stelle „refinanziert“ wissen. Die KV zog vor das Schiedsamt, das nach vielen Verzögerungstaktiken der Kassen (denen per Gesetz die Geschäftsstelle des Schiedsamts übertragen ist) im Februar den mit dem BKK-Landesverband getroffenen Weg als sachgerecht einstufte und die AOK dazu verpflichtete, die Psychotherapie vollständig zu bezahlen. Der Termin mit dem Verband der Ersatzkassen ist für Anfang April gesetzt.

Auseinandersetzung vor dem Schiedsamt zu Spezialleistungen

Diese Auseinandersetzung machte es unmöglich, die Verhandlungen über die Honorarverträge für das Jahr 2005 zu Ende zu führen. In ersten Gesprächen wurde zwar weitgehende Übereinstimmung über viele Tatbestände erzielt, offen blieben aber die Punktwerte für alle Verträge, die außerhalb der Gesamtvergütung finanziert werden, allen voran die Prävention, aber auch Spezialleistungen wie präventive Koloskopie, Poly-Somnographie, Mamma-MRT oder andere. Die KV forderte für

diese im EBM definierten Leistungen den als Kalkulationsgrundlage dienenden Punktwert von 5,11 Cent, die Krankenkassen waren allenfalls bereit, lächerliche Steigerungsraten auf die alten Punktwerte zuzugestehen, die zwischen 3,5 und 4,5 Cent schwanken. Auch diese Frage wird letztlich wohl das Schiedsamt entscheiden müssen.

Bis dies so weit ist, wird das Jahr 2006 schon zur Hälfte um sein – und die Verhandlungen über die Honorarverträge für das laufende Jahr sind noch nicht einmal begonnen worden. Auch in diesen Verhandlungen wird die Psychotherapie eine wichtige Rolle spielen, denn der Schiedsspruch gilt nur für die Zeit bis einschließlich 2005. Darüber hinaus hat das Bundesgesundheitsministerium für 2006 mit gut einem Prozent eine Steigerungsrate für die Gesamtvergütung zugestimmt, die zum ersten Mal seit vielen Jahren wieder einen fühlbaren Honoraranstieg bringen könnte. Es bleibt abzuwarten, ob die Krankenkassen bereit sein werden, diese Steigerungsrate ohne weiteres zu bedienen.

BKK-Landesverband NORD vorbildlich

Auch in dieser Beziehung verhält sich allerdings der BKK-Landesverband NORD vorbildlich. Der Honorarvertrag für die BKKn für 2005 ist ausverhandelt (es müssen lediglich noch Details der Abwicklung vereinbart werden) und die Gespräche für 2006 werden vorbereitet. Da mit den BKKn die Streitpunkte Psychotherapie und feste Punktwerte auch für die Zukunft bereits geklärt sind (die BKKn haben in puncto feste Punktwerte eine Art „best-of“-Regelung akzeptiert), dürften die Verhandlungen aber vergleichsweise kurz sein und vor allem ohne die Einschaltung des Schiedsamtes abgeschlossen werden. Auch hierin zeigt sich wieder, daß mit den Betriebskrankenkassen in der Tat ein neues Kapitel der Zusammenarbeit aufgeschlagen wurde und die Irritationen der vergangenen Jahre ausgeräumt sind.

Kassen haben bei der Honorarverteilung keinen Sachverstand

Im übrigen wird das KV-Geschäft jedoch immer schwerer. Den Krankenkassen ist es nicht gelungen, gleichzeitig zu den zusätzlichen Mitspracherechten, die ihnen der Gesetzgeber eingeräumt hat, entsprechenden Sachverstand aufzubauen, der sie dann in die Lage versetzen würde, der neuen Verant-



Die Verzögerungstaktik der Kassen - der KV sind die Hände gebunden!

wortung auch gerecht zu werden. Dies zeigen am dramatischsten die Verhandlungen über die Honorarverteilung. Insofern räumen die Kassen-Vertreter freimütig ein, die komplizierten Strukturen der Honorarverteilung letztlich nicht zu überblicken. Gleichwohl maßen sie sich aber an, bis in die Details mitbestimmen zu wollen, da sie den KV-Vorgaben grundsätzlich mißtrauisch gegenüber stehen. Auf diesem Weg ist aber kein Vorankommen möglich: Den KV-Vorstellungen vermögen die Kassen nicht zu folgen, weil sie sie nicht überblicken, haben aber ihrerseits nicht die geringste Vorstellung, wie es denn anders gehen könnte. In einer solchen Situation wird dann lieber blockiert und dilatiert – und schließlich die Entscheidung auf einen Dritten geschoben, nämlich

das Schiedsamt. Eine bedenkliche Entwicklung.

Walter Plassmann

Psychotherapie: Schiedsamt bestätigt Kurs der KV Hamburg

Die KV Hamburg kommt der Lösung des Problems der Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen schrittweise näher.

Im Dezember hatte die KV mit dem BKK-Landesverband NORD eine zukunftsweisende Vereinbarung zur Zusammenarbeit schließen können, die ein partnerschaftliches Zusammenwirken von KV und BKK zum Inhalt hat. Ein wesentlicher Teil dieser Vereinbarung ist eine faire Lösung der Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen. Nun hat sich das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Hamburg diesem Lösungsansatz angeschlossen. Es hat verfügt, dass die AOK die in den Jahren 2000 bis einschließlich 2004 von den Fachärzten aufgebrauchten Stützungsmittel zur Finanzierung des Mindestpunktwertes der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie zu 50 Prozent übernehmen müssen. Ab 2005 müssen die Kassen diese Mittel komplett alleine aufbringen. Damit entfällt bei BKK und AOK jegliche Stützungsnotwendigkeit durch Gelder aus der fachärztlichen Versorgung. Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, zeigte sich sehr zufrieden über diese Entscheidung. Walter Plassmann, stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg, bestätigte: „Unser zentrales Ziel, die Fachärzte von der Stützungsverpflichtung zu befreien, haben wir erreicht.“

(KVH)

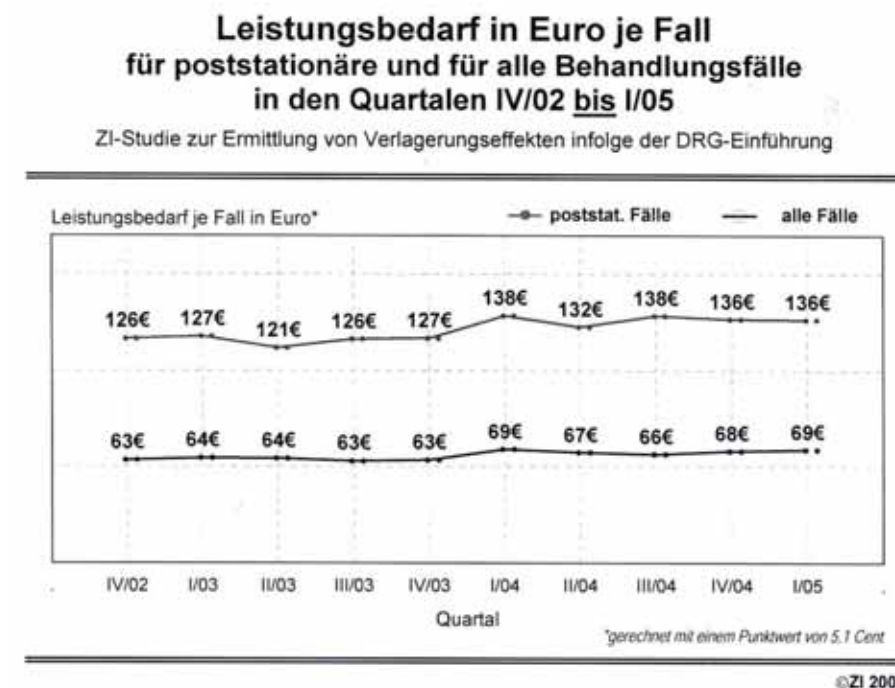
Projekt „Verlagerungseffekte“ vorläufig eingestellt

Das Zentralinstitut für die kasernenärztliche Versorgung (ZI) wertet seit dem 4. Quartal 2002 mit Hilfe einiger KVen Krankheitsfälle aus, die unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt in der Vertragsarztpraxis behandelt werden. Ziel des Projektes „Verlagerungseffekte“ war es, die Hypothese zu prüfen, ob durch die Einführung von Fallpauschalen („DRG“) im Krankenhaus der Leistungsbedarf für die poststationäre Betreuung in der Vertragsarztpraxis wegen der Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus ansteigt.

Durch Ihre Dokumentation haben diejenigen von Ihnen, die an diesem Projekt teilnehmen, uns geholfen, den Status quo im Jahre 2003 (siehe Abbildung) zu ermitteln. Dokumentiert wurde in vier Modellregionen. Das Ergebnis: der mittlere Leistungsbedarf poststationärer Fälle in fast allen Arztgruppen fällt fast doppelt so hoch aus, wie bei allen Fällen.

Nachweisbare Verlagerungseffekte (ärztliche Leistungen, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel) könnten budgetrelevant werden und wären in der Gesamtvergütung entsprechend zu berücksichtigen.

Die Analyse der dokumentierten poststationären Fälle im Jahr 2004 und eine Befragung von Praxen ergab, abgesehen von Einzelfällen, keine Hinweise auf ausgelöste Mehrleistungen im ambulanten Be-



reich. Das gilt auch für die bisher ausgewerteten Daten aus dem Jahr 2005.

Die vermuteten Effekte sind bisher nicht nachweisbar. Die liegen möglicherweise an der verzögerten DRG-Einführung, deren gegenwärtige Konvergenzphase erst im Jahre 2009 abgeschlossen ist.

Da Konsequenzen für die Praxen, wie die bisherige Untersuchung zeigt, vorher kaum zu erwarten sind, wurde die Dokumentation zum Jahresende 2005 eingestellt.

Sollte es nach Abschluss der

Konvergenzphase Hinweise auf die Verlagerungseffekte geben, wird das Zentralinstitut die Untersuchung wieder aufnehmen und die jetzt vorhandene Referenzdatenbasis dafür nutzen.

An dem Zustandekommen dieser Datenbasis hatten die teilnehmenden Praxen durch ihre Leistungsdokumentation erheblichen Anteil. Dafür möchten wir uns hiermit ganz herzlich bedanken.

(wa)

Scheinabgabe II. Quartal 2006

**Samstag, 01.07.2006 bis Donnerstag, 13.07.2006
im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
werktags von 7.00 bis 16.30 Uhr und
samstags von 7.00 bis 13.00 Uhr**

Die Frist kann nur ausnahmsweise und 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

den Abrechnungsbestimmungen der KVH für jeden, über die Frist hinausgelaufenen Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 € berechnet.

Außerhalb der regulären Scheinabgabe können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit dem Sekretariat der Honorarabrechnung (Tel.: 22802-373) im Raum 2.01 (II. OG) abgegeben werden.

(va)

Darmkrebsfrüherkennung

Versicherte zwischen 50 und 55 Jahren haben Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf verborgenes Blut im Stuhl. Ab dem 56. Lebensjahr haben Patienten die Möglichkeit, zwischen einer Darmspiegelung (Koloskopie) einerseits und dem Schnelltest alle zwei Jahre andererseits zu wählen. Dieses hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen. Der Beschluss kann im Internet unter: http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=56 abgerufen werden.

(vo)

Änderungen zur OTC - Ausnahmeliste

Der gemeinsame Bundesausschuss hat folgende Änderungen bzw. Ergänzungen zur OTC – Ausnahmeliste beschlossen:

- Synthetischer Speichel ist nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen verordnungsfähig.
- Bei der synthetischen Tränenflüssigkeit ist die Ausnahme Autoimmun-Erkrankungen mit aufgenommen worden.
- Levocartinin ist nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig. (16.4.44)
- Butylscopolamin darf nur in parenteraler Form und dann nur zur Behandlung in der Palliativmedizin auf Kassenrezept verordnet werden. (16.4.45)
- Muss ein Patient zusätzlich zu seiner Hauptmedikation (zwingend durch die Angaben in der Fachinformation vorgeschrieben) ein nichtverschreibungspflichtiges Arzneimittel einnehmen, so kann dieses zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden. (s.16.6)
- Benötigt ein Patient zur Behandlung von schwerwiegenden Arzneimittel-Nebenwirkungen nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, so können diese zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden(16.7.). Die Nebenwirkungen müssen schwerwiegend und beim bestimmungsmäßigen Gebrauch des Hauptmedikaments aufgetreten sein. Als Beispiel wäre hier die Verordnung eines nichtverschreibungspflichtigen Antiemetikums bei Zytostatika-Behandlung zu nennen.
- Für 16.6 und 16.7 gilt selbstverständlich als Voraussetzung, dass es sich bei der

Hauptmedikation um ein zugelassenes und im Rahmen der vertragsärztlichen Verordnung verordnungsfähiges Arzneimittel handeln muss.

Ganz aktuell (Stand 1.03.06) sind noch folgende Änderungen hinzugekommen:

- Antihistaminika sind bei der Behandlung der schwerwiegenden, allergischen Rhinitis auf Kassenrezept verordnungsfähig, wenn eine topische Behandlung mit Glucocorticoiden nicht ausreicht. (Dokumentation beachten!)
- Bei der Behandlung der Psoriasis und der hyperkeratotischen Ekzeme (Dermatotherapie) sind salicylsäurehaltige Zubereitungen verordnungsfähig, wenn sie mindestens 2% Salicylsäure enthalten.
- Bei Ichtyosen können harnstoffhaltige Dermatika auf Kassenrezept verordnet werden. Die Diagnose muss gesichert sein und der Harnstoffgehalt der Zubereitung muss bei mindestens 5% liegen. Voraussetzung ist ebenfalls, dass keine therapeutischen Alternativen indiziert sind.
- Nicht nur Flohsamenschalen sondern auch Flohsamen sind bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziierten Diarrhoen verordnungsfähig.



Arzneimittel nur nach OTC-Ausnahmeliste verordnen

OTC Ausnahmeliste

Die gültige OTC Liste finden Sie auf den Seite 10 -12 und unter www.kvhh.de - Verordnung

Beachten Sie bitte, dass der Ausschluss nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Kassen nicht für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen gilt.

Für alle anderen Versicherten gilt der Ausschluss der nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der gesetzlichen Leistungspflicht. Nur die in der OTC-Liste aufgeführten nichtverschreibungspflichtigen Arzneistoffe können, bei den dafür genannten Indikationen, auf Kassenrezept verordnet werden. (s. hierzu KV Journal 84 S. 25-29)

Auf folgendes möchten wir Sie hinweisen, da die Nachfragen gezeigt haben, dass hier in besonderem Maße ein Informationsdefizit herrscht:

Können Sie einen Patienten bei einer bestimmten Erkrankung ausreichend und zweckmäßig mit einem Arzneimittel behandeln, das nicht verschreibungspflichtig ist, so müssen Sie dieses bevorzugt verordnen. Ein Ausweichen auf ein verschreibungspflichtiges Präparat kann hier als unwirtschaftlich eingestuft werden. Sie müssten im Falle einer Prüfung Ihre Verordnung medizinisch rechtfertigen. Besondere Bedeutung erhält dieser in 16.8 der AMR formulierte Grundsatz bei Wirkstoffen, die sowohl in verschreibungspflichtiger als auch in freiverkäuflicher Form vorliegen. Beispiele sind hier Ibuprofen (bis 400mg), Diclofenac (topische Anwendung) und ACC.

Auch z.B. bei der Wahl eines Antihistaminikums oder Antimykotikums ist o.g. Aspekt zu berücksichtigen.

(lil)

OTC-Ausnahmeliste

Stand: 1. März 2006

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Änderungen/Ergänzungen der Arzneimittelrichtlinien beschlossen und diese im Bundesanzeiger vom 28.02.2006 veröffentlicht.

Wir haben die Änderungen in die OTC-Liste eingepflegt Die Änderungen sind hervorgehoben.

(s.u. 16.4.5, 16.4.15, 16.4.34, 16.4.45).

16.4.1	ABFÜHRMITTEL nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mucoviscidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
16.4.2	ACETYLSALICYLSÄURE (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen. 16.4.3ACETYLSALICYLSÄUREund Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden
16.4.4	ACIDOSE THERAPEUTIKA nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase.
16.4.5	ANTI HISTAMINIKA <ul style="list-style-type: none"> • nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien, zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien, bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus • nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
16.4.6	ANTIMYKOTIKA nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
16.4.7	ANTISEPTIKA und Gleitmittel nur für Patienten mit Selbstkatheterisierung
16.4.8	ARZNEISTOFFFREIE INJEKTIONS-/INFUSIONS-, TRÄGER- UND ELEKTROLYTLÖSUNGEN
16.4.9	CALCIUMVERBINDUNGEN (mind. 300mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose, zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens 6-monatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen, bei Patienten mit Skelettmetastasen (zur Senkung der skelettbezogenen Morbidität) bei Bisphosphonatbehandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
16.4.10	CALCIUMVERBINDUNGEN (mind. 300mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) als Monopräparate nur bei Pseudohypo- und Hypoparathyreoidismus, bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
16.4.11	nicht besetzt
16.4.12	CITRATE nur zur Behandlung von Harnkonkrementen
16.4.13	E. COLI STAMM NISSLE 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin
16.4.14	EISEN-(II)-VERBINDUNGEN nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanaemie
16.4.15	FLOHSAMEN UND FLOHSAMENSCHALEN nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziierten Diarrhoen
16.4.16	FOLSÄURE UND FOLINATE nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms
16.4.17	GINGKO BILOBA BLÄTTER-EXTRAKT (Aceton-Wasserauszug, standardisiert) nur zur Behandlung der Demenz

OTC-Ausnahmeliste

Stand: 1. März 2006

16.4.18	HYPERICUM PERFORATUM-EXTRAKT (hydroalkoholischer Extrakt, mind. 300 mg pro Applikationsform) nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden
16.4.19	IODID nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen
16.4.20	IOD-VERBINDUNGEN nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren
16.4.21	KALIUMVERBINDUNGEN ALS MONOPRÄPARATE nur zur Behandlung der Hypokaliaemie
16.4.22	LACTULOSE UND LACTITOL nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie
16.4.23	LÖSUNGEN UND EMULSIONEN zur parenteralen Ernährung einschl. der notwendigen Vitamine und Spurenelemente
16.4.24	MAGNESIUMVERBINDUNGEN, ORAL, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen
16.4.25	MAGNESIUMVERBINDUNGEN, PARENTERAL nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko
16.4.26	METIXENHYDROCHLORID nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms
16.4.27	MISTELPRÄPARATE, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität
16.4.28	NICLOSAMID nur zur Behandlung von Bandwurmbefall
16.4.29	NYSTATIN nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten
16.4.30	ORNITHINASPARTAT nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie
16.4.31	PANKREASENZYME nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mucoviszidose
16.4.32	PHOSPHATBINDER nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse
16.4.33	PHOSPHATVERBINDUNGEN bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
16.4.34	SALICYLSÄUREHALTIGE Zubereitungen (mindestens 2 % Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme
16.4.35	SYNTHETISCHER SPEICHEL nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen
16.4.36	SYNTHETISCHE TRÄNENFLÜSSIGKEIT bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen des Grades 2, Epidermolysis bullosa, okulärem Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränenrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.

OTC-Ausnahmeliste

Stand: 1. März 2006

16.4.37	VITAMIN K ALS MONOPRÄPARAT nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
16.4.38	WASSERLÖSLICHE VITAMINE auch in Kombination nur bei der Dialyse
16.4.39	WASSERLÖSLICHE VITAMINE, BENFOTIAMIN UND FOLSÄURE ALS MONOPRÄPARATE nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5mg/Dosiseinheit)
16.4.40	ZINKVERBINDUNGEN ALS MONOPRÄPARAT nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson
16.4.41	ZUR SOFORTIGEN ANWENDUNG: Antidote bei akuten Vergiftungen, Lokalanästhetika zur Injektion.
16.4.42	OPISCHE ANÄSTHETIKA UND/ODER ANTISEPTIKA nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z.B. Epidermolysis bullosa, hereditaria, Pemphigus)
16.4.43	L-METHIONIN nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.
16.4.44	LEVOCARNITIN nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel
16.4.45	BUTYLSCOPOLAMIN parenteral, nur zur Behandlung in der Palliativmedizin
16.4.46	HARNSTOFFHALTIGE DERMATIKA Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind.
16.5.	ANTHROPOSOPHIKA – HOMÖOPATHIKA Für die in diesen Richtlinien im Abschnitt F aufgeführten Indikationsgebiete kann der der Arzt bei schwerwiegenden Erkrankungen auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapieeinrichtung angezeigt ist. Der Arzt hat zur Begründung der Verordnung die zugrunde liegende Diagnose in der Patientendokumentation aufzuzeichnen.
16.6.	NICHTVERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL ALS BEGLEITMEDIKATION Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit zugelassenen, im Rahmen der vertrags-ärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Arzneimittel eingesetzt werden (Begleitmedikation), sind verordnungsfähig, wenn das nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.
16.7	NICHTVERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL, UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNGEN; UAW Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines zugelassenen, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen (unerwünschte Arzneimittelwirkungen; UAW) eingesetzt werden, sind verordnungsfähig, wenn die UAW schwerwiegend im Sinne der Nr. 16.2 sind.

Disease-Management-Programm

Koronare Herzkrankheit (DMP KHK)

Der gesetzliche Hintergrund für Disease-Management ist das am 01.01.2002 in Kraft getretene neue Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA).

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme geeignete chronische Krankheiten. Ziel dieser Behandlungsprogramme (DMP) soll es sein, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

Disease-Management-Programme (DMP) müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, die im SGB V § 137 f festgeschrieben sind.

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten,
- finanzieller Aufwand, der bei der Behandlung einer Krankheit entsteht.

Innerhalb des Programms ist ein strukturiertes Vorgehen festgelegt, das die Einbeziehung von Qualitätskriterien und ein enges Zusammenarbeiten aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen (Ärzte, Krankenhäuser, Patienten) vorsieht. Die Krankheitsbehandlung erfolgt dabei auf Basis von Leitlinien, die für das Krankheitsbild entwickelt und wissenschaftlich überprüft werden. Eine Orientierung an Leitlinien stellt die Behandlung der Patientinnen und Patienten anhand aktueller, wissenschaftlich belegbarer Erkenntnisse sicher. Sie sind

eine Empfehlung für den Arzt, die ihm aber gleichzeitig ausreichend Freiraum zur Berücksichtigung individueller Bedürfnisse eines Erkrankten lässt.

Disease Management Programm für koronare Herzerkrankungen auch in Hamburg

Zum 01.02.2006 gibt es nun auch im Bereich der KV Hamburg das DMP KHK (Disease Management Programm für koronare Herzerkrankungen).

An diesem Programm können, nach Genehmigung durch die KVH, alle Ärzte der hausärztlichen Versorgung (Praktiker, Allgemeinmediziner und Internisten), sowie fachärztliche Internisten mit dem Schwerpunkt „Kardiologie“ teilnehmen. Der dazu gehörige Vertrag regelt Mindestanforderungen an die diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis.

Die Genehmigung ist an den Nachweis einer jährlichen Teilnahme an KVH-spezifischen Fortbildungen/Qualitätszirkeln gebunden.

Ärzte die bereits am DMP-Diabetis teilnehmen und Schulungsgenehmigungen diesbezüglich in der vertragsärztlichen Versorgung aufweisen, können bei Erhalt einer Genehmigung zum DMP KHK ihre Patienten auch in diesem Bereich eine Schulung anbieten, ohne nochmaliger Nachweispflicht gegenüber der KVH.

Die erforderlichen Formulare zum DMP KHK erhält man wie üblich beim Pförtner im Ärztehaus.

Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, am „eDMP“ teilzunehmen. Hierbei werden die geforderten Dokumentationen papierlos per Diskette oder CD-ROM an die Datenstelle gesendet.

Elektronische Dokumentation - eDMP

Auf der Grundlage eines auf Landesebene geschlossenen Vertrages zwischen Krankenkassen und KVH ist es in Hamburg möglich, die DMP Dokumentation der Krankheitsbilder Diabetes Typ 2, Brustkrebs und KHK elektronisch zu erstellen und auf Datenträgern (Diskette oder CD-R) an die Datenstelle zu übermitteln.

Die Vorteile für die an diesem Verfahren teilnehmenden Ärzte sind:

- Fehlerfreie Dokumentation aufgrund elektronischer Regelprüfung und Plausibilitätskontrolle durch die Praxissoftware
- Zeitersparnis durch den Wegfall der Datenübertragung auf Papierbögen.

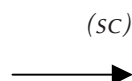
Um am eDMP teilnehmen zu können, sind der Einsatz eines zum eDMP zertifizierten Praxisverwaltungssystems sowie die Anmeldung bei der KVH erforderlich.

Meldebögen für die am eDMP interessierten Ärzte können aus dem Internet www.kvhh.de, Rubrik DMP heruntergeladen oder in der Abteilung PIT angefordert werden.

Email: pit@kvhh.de

(schu)

Datenstelle
INTER-FORUM Data Service
GmbH
Abteilung HH-KHK
Postfach 500 753
04304 Leipzig
Hotline 0341/ 259 20 43
Fax 0341/ 259 20 22



Vertragspaket Sprechstundenbedarf

Die KV Hamburg hat mit den Krankenkassen eine Reihe von Vereinbarungen zum Thema Sprechstundenbedarf abgeschlossen, die zum 1.4.2006 bzw. rückwirkend zum 1.1.2006 in Kraft treten sollen. Zum Zeitpunkt der Drucklegung war das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen, so dass das Inkrafttreten der Regelungen vorbehaltlich der Unterfertigung der Verträge durch alle Vertragspartner erfolgt.

Die neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung enthält in ihrem Textteil redaktionelle Klarstellungen gegenüber der alten Vereinbarung. Insbesondere ist im Abschnitt III „Begriff und inhaltliche Begrenzung des Sprechstundenbedarfs“ der bezugsfähige Sprechstundenbedarf präziser definiert worden.

Als Sprechstundenbedarf **zulässige Artikel** sind jetzt in **Anlage 2** aufgeführt. Im Abschnitt 6. „Arzneimittel für Notfälle und zur Sofortanwendung“ finden Sie weitere Hinweise zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln über den Sprechstundenbedarf.

Bitte beachten Sie unbedingt, dass es sich um eine abschließende Liste handelt. Bei Bezug nicht aufgeführter Artikel müssen Sie mit Regressanträgen der Barmer Ersatzkasse rechnen.

Neu ist die Anlage 3, in der beispielhaft Mittel aufgeführt sind, die nicht als Sprechstundenbedarf bezugsfähig sind, teilweise verbunden mit Hinweisen auf anderweitige Bezugsmöglichkeiten.

Die Vereinbarung gilt ab 1.4.2006 erstmalig für Ersatzbeschaffungen des ab diesem Zeitpunkt verbrauchten Materials.

Ergänzungsvereinbarung für den kostengünstigen Bezug lang wirksamer Corticoide über den Sprechstundenbedarf

Kristallcorticoide sind in Großpackungen erheblich preisgünstiger als patientenbezogene Kleinpackungen. Im Bemühen um Kosteneinsparungen hatten viele Ärzte Kristallcorticoide in Großpackungen über den Sprechstundenbedarf bezogen, was von den Krankenkassen nicht akzeptiert wurde und eine Flut von Regressanträgen ausgelöst hat.

Die KV Hamburg hat jetzt mit den Krankenkassen ausdrücklich als befristeten Versuch eine gesonderte Vereinbarung geschlossen, mit der für einzelne Arztgruppen der Bezug langwirksamer Corticoide in Großpackungen als Sprechstundenbedarf mit Patientendokumentation ermöglicht wird („Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Arzneimittelversorgung von Patienten mit Schmerzen der Bewegungsorgane“). Führt dieses „Pilotprojekt“ zu Einsparungen im Arzneimittelbereich, können wir über die Ausweitung der Regelungen auf andere Verordnungsbereiche verhandeln. Eine erste Auswertung des Projekts erwarten die Beteiligten Anfang 2007.

Einzelheiten:

- Die Vereinbarung gilt nur für Orthopäden, Neurochirurgen und Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin.
- Erforderlich ist eine schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der KVH, mit der er versichert, die Bedingungen zur Versorgung nach dieser Vereinbarung zu akzeptieren sowie sein Einverständnis mit einer Unterrichtung der Barmer Ersatzkasse über die Teilnahme erklärt.
- Der Bezug der Depotglucocorticoide / lang wirksamen Corticoide in Großpackungen erfolgt

dann regulär über den Sprechstundenbedarf.

- Zur Patientendokumentation ist vom Arzt für jede Injektion die Nr. 94100 patientenbezogen auf dem Behandlungsausweis einzutragen.

Die Ergänzungsvereinbarung gilt ebenso wie die neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung ab 1.4.2006.

Sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs

Die sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs, die bisher auf Antrag der Barmer Ersatzkasse unmittelbar von der KVH durchgeführt wurde, ist jetzt der unabhängigen Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V übertragen worden. Damit entscheidet in diesen Verfahren zukünftig der paritätisch mit Krankenkassen- und KV-Vertretern sowie einem unparteiischen Vorsitzenden besetzte Prüfungsausschuss, der ansonsten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständig ist.

Zur Übertragung der Zuständigkeit wurde eine „Überleitungsvereinbarung“ sowie ein Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung abgeschlossen. Das Berichtigungsverfahren ist jetzt in § 20 der Prüfungsvereinbarung geregelt. Der Zuständigkeitswechsel gilt rückwirkend zum 1.1.2006 und für die Verordnungsquartale ab 1/2004. Noch anhängige Widersprüche zu früheren Quartalen werden ebenfalls von der Prüfungseinrichtung bearbeitet.

(kron)

Ansprechpartner:

- für rechtliche und verfahrenstechnische Fragen:
Herr Kronert, Tel.: 22 802-507
- für inhaltliche Fragen - „was ist SSB und was nicht“
Frau Zunke Tel.: 22 802-402

Sprechstundenbedarfsvereinbarungen

Umsetzung in der Praxis

Die Ratifizierung der neuen Sprechstundenbedarfsvereinbarung steht bevor. Obwohl jede Praxis danach umgehend ein Vertragsexemplar erhalten wird, möchten wir Sie im Vorwege kurz über die wesentlichen Änderungen informieren.

Was gehört zum Sprechstundenbedarf?

Die Aufstellung der als Sprechstundenbedarf zulässigen Artikel ist zukünftig in der Anlage 2 nachzulesen, die sich in 7 Abschnitte gliedert:

1. Verband- und Nahtmaterial
2. Mittel zur Anästhesie und akuten Schmerztherapie
3. Desinfektions- und Hautreinigungsmittel, ausschließlich zur Anwendung am Patienten
4. Reagenzien und Schnellteste
5. Diagnostische und therapeutische Mittel zur Anwendung in der Praxis
6. Arzneimittel für Notfälle und zur Sofortanwendung
7. Kontrastmittel

Wir bitten sehr, nach Erhalt der neuen Sprechstundenbedarfsvereinbarung diese genau zu lesen. Vorab möchten wir Ihnen jedoch kurz auflisten, was neu hinzugekommen ist bzw. gestrichen wurde.

Neu aufgenommene Arzneimittel

Neu in die Vereinbarung aufgenommene Arzneimittel für Notfälle und zur Sofortanwendung:

Antiepileptika
Antibiotika
Antidota
Antiemetika- ausgenommen Serotoninantagonisten
Antifibrinolytika
Antikoagulantia
Emetika
Fibrinolytika
Glaukommittel
Hämostyptika
Koronarmittel

Laxantien (incl. Einmalklysmen) und Entschäumer zur Vorbereitung diagnostischer und operativer Eingriffe
Migränemittel
Prokinetika
Wehenhemmende Mittel



Verbandmittel - jetzt erweitert!

Nicht mehr anforderbar ist in dieser Rubrik Calcium.

Verband- und Nahtmittel

Bei Verband- und Nahtmaterial hat es keine so einschneidenden Veränderungen gegeben.

Alkoholtupfer in Kleinstmengen für den ärztlichen Notfalldienst sind in Zukunft gestattet. Der „Posten“ Idealbinden wurde auf elastische Binden und Pflasterbinden erweitert, soweit diese in der Praxis angewandt werden und keine Hilfsmittel sind. Dies gilt u.a. auch für die Verwendung zur Kompressions-therapie.

Kein Sprechstundenbedarf sind Lederfingerlinge und Watteträger.

Diagnostik und Therapie

Einige „Verluste“ hat es im Kapitel der diagnostischen und therapeutischen Mittel gegeben:

Allergologisches Testmaterial gehört nicht mehr zum Sprechstundenbedarf, da es nach dem neuen EBM mit dem Honorar abgegolten ist. Dies gilt auch für Fertigpackungen, Gase und Gelpackungen zur Thermotherapie sowie für Photochemotherapeutika.

Ebenfalls nicht mehr über Sprechstundenbedarf sind Mundspatel aus Holz und Dreiecktücher zu beziehen.

Desinfektions- und Hautreinigungsmittel

Das Kapitel der Desinfektions- und Hautreinigungsmittel zur Anwendung am Patienten enthält zukünftig zusätzlich Jodtinktur und ähnliche Desinfektionsmittel sowie octlnidin- und polihexanidhaltige Wundspüllösungen.

Bei den Mitteln zur Anästhesie und akuten Schmerztherapie hat sich inhaltlich nichts geändert. Die Auflistung wurde lediglich detaillierter.

Abschnitt F - grundlegend geändert

Abschließend möchten wir Ihr Augenmerk noch auf eine grundlegende Änderung richten:

Der Abschnitt f, der die allgemein formulierten anforderbaren Arzneimittel beschrieb (Gels, Globuli, Salben, Lösungen etc.), ist in dieser Form nicht mehr vorhanden. Seine Bestandteile wurden aber z.T. wie z.B. Augen-, Nasen-, Ohrentropfen, in die anderen Kapitel der Vereinbarung aufgenommen.

Als zusätzliche besondere Hilfestellung ist dem Vertrag eine Anlage 3 angegliedert, in der beispielhaft (wohlgemerkt: nicht abschließend!) die Artikel aufgelistet sind, die keinesfalls über den Sprechstundenbedarf angefordert werden können.

(zu)

Ansprechpartner:
Medizinische Fachberatung
Tel.: 22802-402

Sprechstundenbedarf

Auf der Seite 16 finden Sie die komplette Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf.

Sprechstundenbedarfsvereinbarung

Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung
Hamburg (KVH)
und

der AOK-Hamburg,
zugleich für die Knappschaft, Verwaltungsstelle Hannover

dem BKK-Landesverband NORD,

der Innungskrankenkasse Hamburg,

Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd als Landesverband für die
landwirtschaftliche Krankenversicherung

der See-Krankenkasse,

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

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband
e.V. Siegburg,
vertreten durch die Landesvertretung
Hamburg,

sowie dem Sozialhilfeträger Freie und
Hansestadt Hamburg
vertreten durch die Behörde für Soziales
und Familie

I. Anwendungsbereich

1. Der Sprechstundenbedarf für Anspruchsberechtigte

- der Allgemeinen Ortskrankenkassen
- der Betriebskrankenkassen
- der Innungskrankenkassen
- der landwirtschaftlichen Krankenversicherung
- der Krankenkasse für den Gartenbau
- der Angestellten-Ersatzkassen
- der Arbeiter-Ersatzkassen
- der See-Krankenkasse
- der Knappschaft
- des Sozialhilfeträgers Freie und Hansestadt Hamburg

ist zu Lasten der BARMER Ersatzkasse, Hamburg zu verordnen.

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf für die ambulante Behandlung der Anspruchsberechtigten nach § 75 Abs. 3 SGB V (freie Heilfürsorge) ist zulässig, soweit Vereinbarungen über eine Kostenbeteiligung mit den oben aufgeführten Vertragspartnern bestehen. Folgende Vereinbarungen bestehen:

- Grenzschutzpräsidium Nord, für Angehörige der Bundespolizei (früher Bundesgrenzschutz)
- Freie und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Inneres, für Angehörige der Polizei
- Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium der Verteidigung, vertreten durch die Wehrbereichsleitung I – Kiel, für Bundeswehrsoldaten
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, vertreten durch das Bundesamt für Zivildienst, für Zivildienstleistende

Der nach dieser Vereinbarung verordnete Sprechstundenbedarf ist nur für die ambulante vertragsärztliche Behandlung von Versicherten bzw. der Berechtigten der genannten Kostenträger zu verwenden.

2. Die Vereinbarung gilt für die vertragsärztliche Versorgung durch zugelassene Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, deren Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden, einschließlich der ambulanten Notfallbehandlung.

2.1 Die Vereinbarung gilt nicht für die ambulante Notfallbehandlung in Krankenhäusern. Soweit diese mit der kassenärztlichen Vereinigung Hamburg abgerechnet wird, sind die Kosten der verbrauchten Mittel einzeln über den Behandlungsausweis abzurechnen. Die Kosten gehen nicht in die Gesamtvergütung nach § 85 SGB V ein.

2.2 Der Sprechstundenbedarf kann auch pauschal abgerechnet werden, wenn die hierzu getroffene Regelung in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführt ist. Neben einer pauschalen Abgeltung darf Sprechstundenbedarf nicht zusätzlich angefordert werden.

3. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung gilt nicht

3.1 für eine Privatbehandlung der unter 1. genannten Anspruchsberechtigten, auch in Fällen der Kostenerstattung, bzw. für Versicherte der privaten Krankenversicherung

3.2 für Personen, die vorrangig nach dem Häftlingshilfegesetz und dem Heimkehrergesetz versorgt werden

3.3 für Personen, bei denen Zahlungspflicht eines Unfallversicherungsträgers besteht

3.4 im unmittelbaren Zusammenhang mit Schwangerschaftsunterbrechungen, die nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören

3.5 für stationäre und belegärztliche Behandlung

3.6 für Behandlungen im Rahmen von einzelvertraglichen Regelungen, soweit diese die Kostentragung des Sprechstundenbedarfs abweichend von dieser Vereinbarung regeln.

II. Verordnung von Sprechstundenbedarf

1. Der Sprechstundenbedarf ist grundsätzlich kalendervierteljährlich als Ersatz für zulässig verbrauchte Mittel spätestens bis zum 14. des 1. Monats des Folgequartals zu beziehen.

2. Die zu Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit erforderliche Beschaffung der Grundausstattung der Praxis ist nicht als Sprechstundenbedarf bezugsfähig. Die erstmalige Verordnung von Sprechstundenbedarf darf deshalb erst zum Ende des ersten Abrechnungsquartals als Ersatzbeschaffung der in diesem Quartal verbrauchten Mittel vorgenommen werden.

3. Die Verordnung erfolgt zu Lasten der BARMER - bis zur Vereinbarung eines zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Sprechstundenbedarfs-Verordnungsvordrucks- auf einem Arzneiverordnungsblatt (falls erforderlich auf mehreren Arzneiverordnungsblättern) nach Muster 16. Das Verordnungsblatt ist im Statusfeld (9) als Sprechstundenbedarfsverordnung

zu kennzeichnen.

4. Das Verordnungsblatt muss vollständig ausgefüllt sein. Folgende Angaben sind auf dem Rezept erforderlich:

- Bezeichnung der Krankenkasse (BARMER)
- Kassen-Nummer (IK)
- Vertragsarzt Nummer
- Ausstellungsdatum
- Kennzeichnung der Statusgruppen 9
- Quartal für das die Ersatzbeschaffung erfolgt
- die genaue Bezeichnung der verordneten Mittel und die Mengenangabe
- Unterschrift des verantwortlichen Arztes
- Stempel oder entsprechender Aufdruck der verordnenden Stelle

5. Es sollen je Verordnungsblatt nicht mehr als die vorgesehene Anzahl der Positionen aufgeführt werden.

6. Sprechstundenbedarfsartikel und Impfstoffe dürfen nicht gleichzeitig auf einem Verordnungsblatt rezeptiert werden. Hinsichtlich der verordnungsfähigen Impfstoffe (Statusfeld 8) gilt die separate Vereinbarung.

7. Betäubungsmittel als Sprechstundenbedarf werden mit dem besonderen Betäubungsmittel-Verordnungsblatt (BTM-Rezept) bezogen und sind im Statusfeld (9) entsprechend zu kennzeichnen. Betäubungsmittel können abweichend von Ziffer 1 auch mehrfach im Quartal bezogen werden.

8. Der verordnete Sprechstundenbedarf muss jeweils sofort in vollem Umfang bezogen werden. Eine Depotlagerung in der Apotheke oder bei sonstigen Lieferanten ist nicht zulässig.

III. Begriff und inhaltliche Begrenzung des Sprechstundenbedarfs

1. Als Sprechstundenbedarf gelten nur solche Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden oder die zur Notfall- bzw. Sofortbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung erforderlich sind. Bei anschließender Therapie bzw. geplanten Eingriffen ist nur die Einzelverordnung auf den Namen

des Patienten zulässig.

Mittel, die nur für einen Patienten bestimmt sind, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar und sind daher mit Angabe der zuständigen Krankenkasse auf den Namen des Versicherten zu verordnen. Soweit solche Mittel für den betreffenden Patienten nicht mehr benötigt werden und in der Praxis verbleiben, sind sie dem Sprechstundenbedarf zuzuführen.

Die Kosten der für einzelne Kranke bestimmten Hilfsmittel können auch über den Behandlungsausweis abgerechnet werden. Diese Kosten gehen nicht in die Gesamtvergütung nach § 85 SGB V ein und unterliegen auch nicht der Budgetierung nach § 84 SGB V.

2. Bei der Anforderung von Sprechstundenbedarf sind nur die in der Auflistung in Anlage 2 als zulässig aufgeführten Mittel unter Beachtung der dort ggf. genannten zusätzlichen Voraussetzungen verordnungsfähig. Ein ersatzweiser Bezug anderer Mittel ist nicht zulässig.

3. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und sog. Bagatellarzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Sätze 1–5 SGB V bzw. § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V von der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind sowie nicht apothekenpflichtige Mittel, können ausnahmsweise dann als Sprechstundenbedarf verordnet werden, wenn sie in der Liste der als Sprechstundenbedarf zulässigen Mittel – Anlage 2 - aufgeführt sind.

Abweichend davon dürfen Arzneimittel der sogenannten Negativliste aufgrund der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 3 SGB V nicht angefordert werden.

4. Gefäße für den Sprechstundenbedarf und die im Zusammenhang mit den Gefäßen anfallenden Kosten für in Apotheken hergestellten oder abgefüllten Mittel werden nicht bezahlt. Dies gilt sinngemäß auch beim Direktbezug von anderen Lieferanten.

5. Festbetragsregelungen sind bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf zu beachten. Werden Arzneimittel, deren Kosten die zugrundeliegenden Festbeträge übersteigen, als Sprechstundenbedarf verordnet, so müssen

die Mehrkosten vom Vertragsarzt selbst getragen werden.

6. Soweit als zulässiger Sprechstundenbedarf Fertigarzneimittel verordnet werden, müssen diese beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte registriert bzw. zugelassen und allgemein in Apotheken erhältlich sein. Der Bezug in der Bundesrepublik nicht allgemein verkehrsfähiger Arzneimittel durch Einzelimport aus dem Ausland ist als Sprechstundenbedarf zu Lasten der Krankenkassen unzulässig.

7. Die in der Auflistung in Anlage 2 als über den Sprechstundenbedarf verordnungsfähig aufgeführten Mittel sind dann nicht bezugsfähig, wenn sie für solche ärztliche Verrichtungen verwendet werden, bei denen die Kosten dieser Mittel aufgrund einer besonderen Regelung in der Leistungslegende oder aufgrund einer Sachkostenpauschale mit dem Honorar oder der Sachkostenpauschale abgegolten sind.

8. Materialien und Mittel, deren Kosten gemäß Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen Ziff. 7.1 des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, können nicht als Sprechstundenbedarf angefordert werden:

- allgemeine Praxiskosten
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula und Einmalküretten
- Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen
- Kosten für Filmmaterial und Radionuklide

Änderungen des EBM gelten auch für die Sprechstundenbedarfsvereinbarung, ohne dass es einer Änderung dieser Vereinbarung bedarf.

Materialien und Mittel, die nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden können, sind beispielhaft in Anlage 3 aufgeführt.

IV. Wirtschaftlichkeit des Sprechstundenbedarfs

1. Bei der Verordnung, dem Bezug und der Verwendung von Sprechstundenbedarf ist der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit zu beachten.

2. Der vom Vertragsarzt verordnete Sprechstundenbedarf hat den Bedürfnissen seiner vertragsärztlichen Praxis zu entsprechen und muss zur Zahl der Behandlungsfälle bzw. zur Zahl der erbrachten Leistungen in einem angemessenen Verhältnis stehen.

3. Sind von einem Mittel größere Mengen zu ersetzen, sind preisgünstige Großpackungen, Anstalts- oder Bündelpackungen zu verordnen.

4. Die nach den §§ 44 oder 47 des Arzneimittelgesetzes in der jeweils gültigen Fassung von der Apothekenpflicht oder von der Vertriebsbindung über die Apotheken ausgenommenen Arzneimittel sowie Nicht-Arzneimittel (z. B. Röntgenkontrastmittel, Verbandmittel, Infusionsnadeln und -bestecke, Nahtmaterial etc.) sollen direkt vom Hersteller oder Großhandel bezogen werden, wenn ein solcher Direktbezug bei der benötigten Menge in wirtschaftlicher Hinsicht sinnvoll ist.

5. Verbandmittel (Pflaster, Binden usw.) und Nahtmaterial sind – soweit möglich und medizinisch vertretbar – ohne Angabe des Firmennamens bzw. ohne Nennung der Markenbezeichnung zu verordnen. Arzneimittel sind – soweit möglich – unter der Wirkstoffbezeichnung zu verordnen.

6. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) in der jeweils gültigen Fassung sowie alle anderen einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen gelten auch bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf.

V. Berichtigung und Prüfung des Sprechstundenbedarfs

1. Werden andere als die nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zu-

lässigen Mittel verordnet, so sind die dafür entstandenen Kosten im Verfahren der sachlichen Berichtigung vom Vertragsarzt zu erstatten.

2. Das Verfahren der sachlichen Berichtigung der Sprechstundenbedarfsanforderungen wird den Prüfungsgremien des § 106 SGB V als besondere Aufgabe zugewiesen. Die Einzelheiten des Verfahrens werden in der Prüfungsvereinbarung nach § 106 Abs. 3 SGB V geregelt.

3. Hinsichtlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Sprechstundenbedarfsanforderungen gilt die Prüfungsvereinbarung nach § 106 Abs. 3 SGB V.

VII. Fallzahlübermittlung

Zur Durchführung des kasseninternen Abrechnungsverfahrens übermittelt die KVH der BARMER Ersatzkasse Hamburg quartalsweise die ambulant kurativen Fallzahlen nach Formblatt 3, Kontenart Ebene 1, 400 und die Fallzahlen für Schutzimpfungen nach Formblatt 3, Kontenart Ebene 1, 518.

VII. Inkrafttreten und Kündigung

1. Die Vereinbarung tritt am 1.4.2006 in Kraft, mit Ausnahme der Vorschriften des Teils V., die ab dem 1.1.2006 in Kraft treten. Sie gilt für Anforderungen zum Ersatz des ab dem II. Quartal 2006 verbrauchten Sprechstundenbedarfs.

2. Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Auf Antrag eines Vertragspartners kann auch ohne formelle Kündigung eine Anpassung einzelner Vertragsbestimmungen an die Erfordernisse der Praxis vereinbart werden.

3. Nach einer Kündigung gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

Hamburg, den 18.01.2006

ANLAGE 1

Regelung über die pauschale Abgeltung von Sprechstundenbedarf (Abschnitt I Ziff. 2.2 der Vereinbarung)

Für den im kinderärztlichen Notfall-

dienst am

- Krankenhaus Mariahilf
- Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift
- Klinikum Nord – Betriebsteil Heidberg
- Altonaer Kinderkrankenhaus

benötigten Sprechstundenbedarf werden je Fall Euro 0,26 erstattet.

ANLAGE 2

Aufstellung der als Sprechstundenbedarf zulässigen Artikel (Abschnitt III Ziff. 2 der Vereinbarung)

1. Verband- und Nahtmaterial

- Alkoholtupfer (zulässig nur als Kleinmenge im ärztlichen Notfalldienst)
- Augenklappen, -binden
- Augenkompressen
- Augenwatte
- elastische Binden, soweit diese in der Praxis angewandt werden und keine Hilfsmittel sind (u.a. auch zur Kompressionstherapie)
- elastische Pflasterbinden
- Gewebeklebstoff
- Gipsbinden (einschl. Ergänzungsmaterial für Gipsverbände, z. B. Gehstollen, -bügel, Gummiabsätze)
- Heft- und Wundpflaster (vorzugsweise Meterware)
- Kirschnerdrähte
- Mullbinden
- Nahtmaterial
- Ohrenklappen, -binden
- Papierbinden
- Polsterbinden / -watte
- Schnellverbandmaterial
- Stärkebinden
- Synthetische Stützverbandmaterialien (nur für Verbände mit einer Liegezeit von mehr als vier Wochen)
- Tamponadestreifen (auch steril und/oder imprägniert mit Arzneistoffen)
- Tampons
- Trikotschlauchbinden als Meterware
- Tupfer (sterile nur in kleinen Mengen)
- Verbandklammern
- Verbandklebstoffe und ähnliche Fixiermittel
- Verbandmull bzw. Mullkompressen (auch Salbenkompressen)
- Verbandwatte
- Wattestäbchen (unsteril)
- Wundklammern (ohne Gerät)
- Zellstoff (nur in Verbindung mit Verbänden)

- Zinkleimbinden

2. Mittel zur Anästhesie, auch zur akuten Schmerztherapie

- Inhalationsnarkotica
- Mittel zur Lokal- und Leitungsanästhesie (z. B. Procain und Derivate)
- Mittel zur i. v. und rektalen Narkose
- Mittel zur Prämedikation als Narkosevorbereitung
- Sauerstoff (nicht zur Sauerstofftherapie)

3. Desinfektions- und Hautreinigungsmittel, ausschließlich zur Anwendung am Patienten

- Desinfektionsmittel für Haut, Schleimhaut und Wunden (ausgenommen Äthanol, auch nicht apothekenpflichtige Mittel)
- Isopropylalkohol 70 % (auch sterilfiltriert)
- Jodtinktur und ihnen ähnliche Desinfektionsmittel
- Octenidin- und Polihexanid-haltige Wundspüllösungen
- Wasserstoffsuperoxyd 3 %
- Wundbenzin

Anmerkung:

Soweit Desinfektionsmittel zur Reinigung und Pflege ärztlicher Instrumente, Apparaturen und der Praxisräume sowie zur Händedesinfektion des Arztes bzw. Praxispersonals verwendet werden, gehören diese nicht zum Sprechstundenbedarf.

4. Reagenzien und Schnellteste

Reagenzien und Schnellteste sind Sprechstundenbedarf, soweit diese Kosten innerhalb des gültigen EBM nicht mit dem Honorar abgegolten sind.

Zulässig sind Testmaterialien für den Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn (ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie die Bestimmung des pH-Wertes im Harn. Eine Gegenrechnung der Kosten dieses Tests mit den Kosten unzulässiger Tests ist nicht möglich.

5. Diagnostische und therapeutische Mittel zur Anwendung in der Praxis

- Dauerkatheter (nur in geringen Mengen im ärztlichen Notfalldienst)

- Drainageschläuche
- Einmal-Biopsie-Nadeln (ausgenommen Ovarbiopsie-Nadeln)
- Einmal-Drainage-Sauggeräte für amb. Operationen, einschl. Zubehör (z. B. Wechselflasche)
- Einmalhautstanzen
- Einmal-Infusionsbestecke / Einmal-Infusionskatheter / Einmal-Infusionsnadeln, auch Butterflykanülen
- Essigsäure 3%ig vor Durchführung von Kolposkopien
- Glycerin (nur bei Ballonkathetern: als Gleitmittel und zum Befüllen)
- Mittel zur Kryotherapie: Kohlendioxid, flüssiger Stickstoff (jedoch nicht zur Durchführung von kryochirurgischen Leistungen)
- Paukenröhrchen
- Schienen (z.B. Cramerschien, Drahtschienen, Fingerschienen)
- Substanzen, die bei Funktionsprüfungen appliziert werden (z.B. TRH-Test, Pancreolauryltest)
- suprapubische Fistelkatheter (nur in geringen Mengen im ärztlichen Notfalldienst, sonst als patientenbezogene Sachkostenabrechnung zulässig)
- Thermoplastisches Material /Platten zur Anfertigung von Schienenverbänden
- Urinauffangbeutel für Kinder
- Vorlagen nach gynäkologischen, urologischen und proktologischen Eingriffen

6. Arzneimittel für Notfälle und zur Sofortanwendung

Für die Notfallbehandlung oder für die ungeplante Sofortanwendung in der Praxis sind die nachstehenden Arzneimittel in geringen Mengen, einer geeigneten Darreichungsform und unter Berücksichtigung der zu den einzelnen Mitteln angeführten besonderen Vorgaben als Sprechstundenbedarf zulässig.

Bei anschließender Therapie bzw. geplanten Eingriffen sind Arzneimittel, die nur für einen Patienten bestimmt sind, mit Angabe der zuständigen Krankenkasse auf den Namen des Versicherten zu verordnen.

- Alt-Insulin (ohne Depot-Insulin)
- Analgetika
- Antiepileptika
- Antiallergika - ausgenommen zur topischen Anwendung (keine Anaphylaxie-Bestecke und epinephrinhaltige

- Fertigspritzen)
- Antiarrhythmika
- Antiasthmatica und Broncholytika
- Antibiotika
- Antidota
- Antiemetika – ausgenommen Serotoninantagonisten
- Antifibrinolytika
- Antikoagulantia
- Antihypertonika
- Antiphlogistika / Antirheumatika (nur parenterale Anwendung)
- Aqua ad injectabilia (nur zum Lösen/Verdünnen von Arzneimitteln zur parenteralen Anwendung)
- Augen-, Ohren- und Nasentropfen
- Corticoide (keine Depot- oder langwirksamen Corticoide)
- Diuretika
- Emetika
- Fibrinolytika
- Glaukommittel
- Glucose Toleranztest
- Hämostyptika
- Harnröhren-Gleitmittel, auch mit einem medikamentösen Zusatz, auch nicht apothekenpflichtige Mittel
- Heparin zur Injektion
- Hypnotika / Sedativa inkl. Benzodiazepine (vor diagnostischen Eingriffen, zur Akutbehandlung und zur Praemedikation) - nur rezeptpflichtige
- Infusionslösungen zum Volumenersatz
- Kardiaka
- Koronarmittel
- Laxantien (incl. Einmalklysmen) und Entschäumer zur Vorbereitung diagnostischer und operativer Eingriffe
- Magnesiumpräparate - nur zur parenteralen Anwendung
- Migränemittel – nur zur parenteralen Notfallbehandlung
- Mittel für Ätzungen
- Neuroleptika (für die akute Notfallbehandlung - keine Depotpräparate) - nur rezeptpflichtige
- physiologische Kochsalzlösung in kleinen Mengen
- Prokinetika - nur zur parenteralen Anwendung
- Sauerstoff (nur für Notfall und Anästhesie, nicht für Sauerstofftherapie)
- Spasmolytika - nur rezeptpflichtige (ausgenommen Butylscopolamin)
- Tetanus-Immunglobulin (nicht aber bei Zahlungspflicht eines Unfallversicherungsträgers)
- Uteruskontraktionsmittel
- Wehenhemmende Mittel

7. Kontrastmittel

Kontrastmittel bei bildgebenden Verfahren, die nach einmaliger Anwendung verbraucht sind, soweit sie nicht mit dem Honorar für die Untersuchung gemäß dem jeweils gültigen EBM abgegolten sind.

ANLAGE 3

Beispielhafte Aufstellung der Materialien und Artikel, die nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden dürfen (Abschnitt III Ziff. 8 der Vereinbarung)

A

Abdeckfolien, -Tücher
Aceton
Acidosetherapeutika
Aderlassbestecke und -nadeln (zulässig als patientenbezogene Sachkostenabrechnung)
Alkoholtupfer (zulässig nur als Kleinstmenge im ärztlichen Notfallfalldienst)
Ärztекреpp als Liegenauflage
Äther
Äthylalkohol/Äthanol in jeglicher Konzentration (statt dessen Isopropanol 70%)
Anaphylaxiebestecke und epinephrinhaltige Fertigspritzen
Antiallergika - zur topischen Anwendung
Antianämika
Antidementiva
Anti-D-Immunglobulin (zulässig als Verordnung auf den Namen des Patienten)
Antihypotonika
Antimykotika
Antitussiva / Expektorantien
Applikatoren z. B. für Endoclips
Aqua dest
Arteriosklerosemittel
Atemkalk
Augenstäbchen

B

Balneotherapeutika und Mittel zur Wärmertherapie
Bandagen als orthopädische Hilfsmittel (zulässig als Verordnung auf den Namen des Patienten)
Benzin (zulässig nur als Wundbenzin zur Anwendung am Patienten)
Biopsienadeln (zulässig nur Einmalbiopsienadeln, ausgenommen Ovarbiopsienadeln)
Blutegel

Blutlanzetten

Blutzuckertests (z. B. Haemo-Glucotest)

Brennspiritus

C

C-13-Harnstoff-Atemtests
Cholagoga und Gallenwegstherapeutika
Cyto-Lack

D

Darmrohre, auch Einmal-
Dauer-/Ballonkatheter (zulässig als Verordnung auf den Namen des Patienten, als Sprechstundenbedarf nur geringe Mengen im ärztlichen Notfalldienst, ausgenommen suprapubische Katheter, siehe unter S)
Deckgläser
Desinfektionsmittel, die nicht ausschließlich zur Anwendung am Patienten dienen
Dextrostix
Diätetika / Ernährungstherapeutika
Durchblutungsfördernde Mittel

E

Einmaldarmrohre
Einmal-Dispetten
Einmalgeräte zur Arthroskopie, z. B. Spülschläuche
Einmalhandschuhe
Einmalharnblasenkatheter
Einmalinjektionsnadeln zur Sklerosierung
Einmalkanülen
Einmalküretten
Einmalskalpelle, auch – Messer
Einmalspritzen
Einweg-Spekula
Eisbeutel
Eisspray
Elektroden - auch Einmalelektroden
Elektrodengel
Endotrachealtuben
Eosin-Methylenblau
Epikutantest (= Läppchenprobe), desgleichen alle Testreagenzien für epi- und intrakutane Testungen
Epikutanpflaster
Esbachs Reagenz
Ether
Ethylalkohol/Ethanol in jeglicher Konzentration (statt dessen Isopropanol 70%)

F

Färbemittel für histolog. oder mikrobiolog. Untersuchungen
Fieberthermometer, -schutzhüllen

Filmmaterial

Filterpapier
Fixiermittel für Abstrichmaterial und histolog. Proben
Formaldehyd (Formalin)
Fuchsin-Lösung

G

Gehgaloschen (zulässig als Verordnung auf den Namen des Patienten)
Gehstöcke
Geräte zur Blutentnahme (z. B. Lanzetten)
Gerätedesinfektionsmittel
Gipslösegel
Glasstäbchen
Grippemittel und Mittel gegen Erkältungskrankheiten
Gummihandschuhe

H

Haemoccult-Test u. ä.
Haemo-Glukotest u. ä. Blutzuckernachweise
Hämorrhoidenmittel
Halskrawatten (zulässig als Verordnung auf den Namen des Patienten)
Handdesinfektionsmittel
Handgelenkbandagen/Handgelenkriemen (siehe Hilfsmittelverzeichnis)
Handschuhpuder
Hautklammergeräte
Hautmarkierungsmittel
Hautreinigungsmittel wie Emulsionen, Seifen, Syndets, auch wenn sie medizinische Substanzen enthalten
Hepatika
Herzkatheter

I

Immersionsöl
Immunmodulatoren
Impflanzetten
Impfstoffe - siehe gesonderte Vereinbarung
Infusionslösungen (zulässig nur zum Volumenersatz, nicht bei Mikrozyklulationsstörungen)
Injektionskanülen, auch Einmalinjektionsspritzen, auch Einmal-Insulinspritzen
Irrigatoren

K

Kalilauge
Karies-, Parodontosemittel und andere Dentalpräparate
Katheterset
Ketostix u. ä. Keton-Nachweise
Koaxiale Interventionsnadeln

Kondome für Ultraschall
 Kontaktgel
 Krankenunterlagen
 Kreuzprobe-Testpapier

L

Labstix u. ä. Mehrfachnachweise
 Lanzetten
 Lochtücher
 Lugolsche Lösung

M

Maden
 Magen-Darm-Mittel - zulässig Prokinetika zur parenteralen Anwendung
 May-Grünwald-Lösung
 Methylenblau
 Migränemittel – zulässig nur zur parenteralen Notfallbehandlung
 Millipore Filter
 Mineralstoffpräparate - zulässig nur Magnesium zur parenteralen Anwendung
 Minispikes
 Monovetten
 Mund- und Nasenmasken
 Mund- und Rachentherapeutika
 Mundschutz
 Mundspatel

N

Nährböden
 Natriumcitrat
 Neuropathiepräparate u. a. neurotrope Mittel
 Nierenschalen, auch Einmal-

O

Objektträger
 Operationsfolien, auch Einmal-
 Operationstücher, auch Einmal-
 Ovarbiopsienadeln (zulässig als patientenbezogene Sachkostenabrechnung)

P

Papanicolaou-Lösung
 Paraffinöl
 Pessare (zulässig als Verordnung auf den Namen des Patienten)
 Pinzetten, auch Einmal-
 Plasmapheresebeutel
 Pumpenschläuche für CT-Injektor
 Punktionskanülen jeglicher Art (zulässig nur zur Entnahme von Flüssigkeit zur histologischen bzw. zytologischen Untersuchung)

R

Radionuklide
 Rasierer, auch Einmal-
 Reagenzgläser, auch Einmal-
 Reagenzien, auch weitere als die hier

genannten
 Rectal-Specula

S

Salzsäure
 Salbenspender
 Schwangerschaftsteste
 Scheren, auch Einmal-
 Schilddrüsentherapeutika
 Schnellteste: siehe Teststreifen
 Silikon-Spray
 Spülschläuche, z. B. für Arthroskopie
 Steriband
 Stilleinlagen
 suprapubische Fistelkatheter (als Sprechstundenbedarf nur in geringen Mengen im ärztlichen Notfalldienst, sonst zulässig als patientenbezogene Sachkostenabrechnung)

T

Testmaterial für Hauttests
 Testmaterial für Sinnestests
 Teststreifen, alle (zulässig nur Harn-teststreifen zum Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose (ggf. einschließl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie zur Bestimmung des pH-Wertes)
 Thrombozytenaggregationshemmer
 Türksche Lösung
 Troponin-T-Test

U

Ultraschallgel
 Umstimmungsmittel
 Uricult u. ä. Teste
 Urinbehälter

V

Vacutainer
 Vaginal-Specula
 Venenstripper, auch Einmal-
 Vitamine

W

Waschäther - siehe Ether
 Wattestäbchen (steril) für Probeentnahmen, da mit der Gebühr abgegolten

X

Xylol

Z

Zellstoff (zulässig nur für Verbände zur Anwendung am Patienten)
 Zentrifugiergläser, auch Einmal-
 Zitronensäure
 Zytostatika

Vereinbarung zur Förderung der Qualität in der Arzneimittel-Versorgung mit Schmerzen der Bewegungsorgane

Zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung
Hamburg (KVH)
und

der AOK Hamburg,
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,

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

sowie dem Sozialhilfeträger Freie und Hansestadt Hamburg vertreten durch die Behörde für Soziales und Familie

wird folgende

Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Arzneimittel-Versorgung von Patienten mit Schmerzen der Bewegungsorgane getroffen

(Ergänzungsvereinbarung zur Sprechstundenbedarfsvereinbarung)

Präambel, Versorgungsauftrag

Die Versorgung von Patienten mit Schmerzen der Bewegungsorgane weist trotz reichhaltiger ärztlicher und medikamentöser Versorgungsangebote Defizite auf. So sind Patienten mit Schmerzen, deren Dauer und Intensität den Einsatz von Depotglucocorticoiden oder lange wirksamen Corticoiden indiziert aufgrund der Verpflichtung der behandelnden Ärzte, diese Medikamente auf den Namen des Patienten zu rezeptieren, gezwungen, bei einem Arztbesuch trotz ihrer Beschwerden zunächst eine Apotheke aufzusuchen, um die bei einem weiteren Arztbesuch per Injektion zu verabfolgenden Medikamente zu erhalten. Diese –zunächst be-

fristete– Vereinbarung soll dazu dienen, den Patienten schnellere medikamentöse Hilfe zuteil werden zu lassen und gleichzeitig durch Nutzung gegenüber der Einzelverordnung preisgünstigerer größerer Gebinde der Medikamente Einsparpotenziale zu realisieren, um auf diese Weise die Versorgung zu verbessern. Die Partner dieser Vereinbarung erhoffen sich während deren Laufzeit Erkenntnisse darüber, ob die mit dieser Vereinbarung angestrebten Ziele zu realisieren sind.

§ 1 Teilnahme an der Vereinbarung

(1) Teilnahmeberechtigt an dieser Vereinbarung sind alle im Versorgungsbereich Hamburg niedergelassenen Vertragsärzte, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Arzt für Orthopädie“, „Arzt für Neurochirurgie“ oder „Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin“ zu führen.

(2) Die Teilnahme ist der KVH schriftlich zu erklären. Mit der Teilnahmeerklärung muß der Arzt versichern, die Bedingungen zur Versorgung nach dieser Vereinbarung zu akzeptieren. Weiterhin muß er sein Einverständnis mit einer Unterrichtung der BARMER Ersatzkasse über seine Teilnahme an der Vereinbarung erklären.

(3) Kommt ein Arzt den Verpflichtungen aus dieser Vereinbarung nicht nach oder verstößt in grober Weise gegen die Bedingungen dieser Vereinbarung, so kann die KVH den Arzt von der Teilnahme an dieser Vereinbarung ausschließen.

§ 2 Bezugsweg der Medikamente

Depotglucocorticoide und lange wirksame Corticoide können abweichend von der Sprechstundenbedarfsvereinbarung von den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzten zu Lasten der BARMER Ersatzkasse als Sprechstundenbedarf bezogen werden. Es gelten die Regelungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung.

§ 3 Wirtschaftlichkeitsgebot, Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven

(1) Für Sprechstundenbedarfsanforderungen nach dieser Vereinbarung gelten alle Anforderungen an eine wirtschaftliche Ordnungsweise in der Vertragsärztlichen Versorgung. Zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven sollen die benötigten Medikamente in Großpackungen bezogen werden.

(2) Zuständigkeiten und Verfahren für die sachliche Berichtigung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Sprechstundenbedarfsanforderungen bestimmen sich nach den Regelungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung und der Prüfungsvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung.

§ 4 Dokumentation

Der an der Vereinbarung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, bei Injektion eines Medikaments je verabfolgter Ampulle die Nr. 94100 auf dem Abrechnungsschein einzutragen.

§ 5 Datenübermittlung

(1) Die KVH leitet die mit der Abrechnungsnummer 94100 gekennzeichneten Abrechnungsunterlagen je Kostenträger unter vollständiger Anonymisierung des Patienten (mit Ausnahme der Versichertennummer) quartalsweise an die BARMER Ersatzkasse weiter. Ebenso erhält die BARMER Ersatzkasse quartalsweise eine Liste der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte.

(2) Auf Anforderung stellt die KVH dem Prüfungsausschuss die vollständigen Abrechnungsdaten zum Zwecke der Durchführung seiner Aufgaben zur Verfügung. Die Einzelheiten richten sich nach der Prüfungsvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung.

§ 6 Inkrafttreten, Kündigung, Evaluation

(1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.04.2006 in Kraft. Sie endet, ohne daß es einer Kündigung bedarf, am 31.03.2007. Sie kann von jedem Partner mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung

(2) Die Arbeitsgruppe nach der Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2006 wird auf der Grundlage der nach § 5 an die BARMER Ersatzkasse gelieferten Daten prüfen, ob die mit der Vereinbarung intendierten Versorgungs- und Einspareffekte eintreten. Soweit dazu weitere Datengrundlagen benötigt werden, stellt die BARMER Ersatzkasse die der Arbeitsgruppe auf Anfrage zur Verfügung.

Anhand der Feststellungen der Arbeitsgruppe werden die Partner dieser Vereinbarung spätestens bis 28.02.2007 entscheiden, ob die Vereinbarung weitergeführt werden soll.

Hamburg, den 18.01.2006

über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch den Prüfungs- und den Beschwerdeausschuss

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)
und

der AOK Hamburg,
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

1. Nach § 19 wird folgender § 20 eingefügt:

§ 20 Sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs

(1) Den Ausschüssen obliegt gemäß den Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung auch die sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs. Die Berichtigungsverfahren werden auf Antrag der BEK durchgeführt. § 7 findet auf das Verfahren der sachlichen Berichtigung keine Anwendung, im übrigen gelten die §§ 8 ff des Abschnittes 2, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen vereinbart sind.

(2) Der Antrag muss dem Prüfungsausschuss innerhalb einer Frist von 12 Monaten nach Abschluss des Ausstellungsquartals der Verordnung vorliegen. Er ist nur zulässig, wenn die (Netto-) Kosten der beanstandeten Mittel je Quartal die Bagatellgrenze von 50,00 Euro übersteigen. Der Antrag ist zu begründen. Die Verordnungsunterlagen

sind dem Antrag beizufügen.

(3) Die Berichtigungsanträge sind grundsätzlich je Quartal für alle Vertragsärzte als Sammelantrag unter Beifügung eines Datenträgers zu stellen, der die zur Prüfung der Anträge erforderlichen Angaben in verarbeitungsfähigem Listenformat enthält. Die Einzelheiten der EDV-technischen Antragstellung sowie -bearbeitung sind zwischen der Geschäftsstelle und der BEK auf der Grundlage von Vorgaben des Gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschusses abzustimmen.

(4) Stellt der Prüfungsausschuss fest, dass die Beanstandungen berechtigt sind, beschließt er einen Regress in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten. Soweit der Regress die Bagatellgrenze nach Absatz 2 nicht übersteigen würde, erfolgt eine schriftliche Beanstandung. Über die getroffene Entscheidung erhält der Vertragsarzt einen schriftlichen Bescheid. Die BEK und die KVH erhalten die Entscheidungen grundsätzlich auf Datenträger in Form der bearbeiteten Antragsliste. Der Vertragsarzt, die BEK und die KVH können gegen die Entscheidung Widerspruch einlegen. Dieser hat aufschiebende Wirkung.

(5) Zwischen Vertretern der BEK, der KVH und der Geschäftsstelle findet in der Regel einmal im Quartal eine Konferenz statt, in der die Teilnehmer aktuelle Fragen der Anwendung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung erörtern. Die Erörterungen erfolgen mit dem Ziel, weitgehend inhaltlich abgestimmte Ergebnisse als Grundlage der seitens der BEK zu stellenden Berichtigungsanträge, der Entscheidungsvorschläge der Geschäftsstelle sowie der Beratung durch die KVH zu erhalten. Die Erörterungsergebnisse der Quartalskonferenz sind für die Beteiligten nicht bindend. Stellt die Quartalskonferenz einen durch die Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht abgedeckten Versorgungsbedarf fest, informiert sie die Vertragspartner der Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

Überleitungsvereinbarung zur Regelung des Handlungsbedarfs aus der Übertragung der Zuständigkeit zur sachlichen Berichtigung des Sprechstundenbedarfs auf die Prüfungseinrichtung

2. Aus § 20 –alt– wird § 21 –neu–, aus § 21 –alt– wird § 22 –neu–.

3. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt neu gefasst:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1
Prüfungseinrichtung

Abschnitt 2
Verfahren vor den Ausschüssen

- Abschnitt 3**
Prüfungsarten
- Auffälligkeitsprüfung (Richtgrößenprüfung)
 - Zufälligkeitsprüfung (Stichprobenprüfung)
 - Durchschnittsprüfung ärztlich verordneter Leistungen
 - Durchschnittsprüfung ärztlicher Leistungen
 - Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter oder veranlasster Leistungen/ „Feststellung sonstigen Schadens“
 - Prüfungen der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen auf Antrag

- Abschnitt 4**
Besondere Aufgaben der Ausschüsse
- Feststellung von Regressansprüchen aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen
 - Sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs

Abschnitt 5 Sonstiges

4. Die Änderung tritt mit Wirkung zum 1.1.2006 in Kraft.

Hamburg, den 18.01.2006

Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und

der AOK Hamburg, 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 Regelung des Handlungsbedarfes aus der Übertragung der Zuständigkeit zur sachlichen Berichtigung des Sprechstundenbedarfs auf die Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V folgende

„Überleitungsvereinbarung“

getroffen:

1. Die sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs wird aufgrund der Zuständigkeitsregelung in Abschnitt V Ziff. 2 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung vom 18.1.2006 mit Wirkung zum 1.1.2006 Aufgabe der gemeinsamen Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V. Ab diesem Zeitpunkt finden auf die Verfahren der sachlichen Berichtigung die Bestimmungen des § 106 SGB V sowie der Prüfungsvereinbarung vom 21.4.2005 in der Fassung des 2. Nachtrages vom 18.1.2006 Anwendung. Dies gilt insbesondere für die in § 106 Abs. 4a SGB V enthaltenen Regelungen zur Geschäftsstelle und zur Kostentra-

gung. Die in der KVH für die sachliche Berichtigung des Sprechstundenbedarfs zuständigen Sachbearbeiterinnen werden zum 1.1.2006 Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle.

2. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg wird bis zum 31.12.2005 abhängige Berichtigungsanträge der BEK in der Reihenfolge der Quartalseingänge bearbeiten. Sie wird sich bemühen, die Anträge bis einschließlich des Antragsquartals 4/2003 abschließend erstinstanzlich zu entscheiden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg wird Widersprüche, die gegen die bis zum 31.12.2005 ergangenen erstinstanzlichen Entscheidungen eingelegt werden, kurzfristig bescheiden, soweit die Widersprüche entscheidungsreif sind.

Bis zum 31.12.2005 anhängig gewordene Klagverfahren von Vertragsärzten gegen Widerspruchsentscheidungen der KVH werden von der KVH weitergeführt.

3. Die bis zum 31.12.2005 nicht erledigten anhängigen Berichtigungsanträge werden ab 1.1.2006 von der Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V weiterbearbeitet.

Vor dem 31.12.2005 anhängig gewordene und nicht gem. Ziff. 2 beendet Widerspruchsverfahren werden ebenfalls von der Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V weiterbearbeitet.

4. Die ab dem 1.1.2006 eingehenden Berichtigungsanträge zu Altquartalen vor dem 1.4.2006, für die inhaltlich die Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung vom 1.1.1996 gelten, werden von der Prüfungseinrichtung nach § 106 SGB V bearbeitet.

Gleiches gilt für die ab dem 1.1.2006 eingehenden Widersprüche gegen Entscheidungen der KVH vor dem 31.12.2005.

Die Prozessführung für die ab 1.1.2006 eingehenden Klagen von Vertragsärzten gegen Widerspruchsentscheidungen, die noch gem. Ziff. 2 von der KVH vorgenommen wurden, erfolgt durch den Beschwerdeausschuss.

Hamburg, den 18.01.2006

Fragen und Antworten

1 Als Kinderärztin bin ich an Impfungen besonders interessiert. Es gibt eine neue STIKO-Empfehlung vom Januar 2006, die eine Pertussis Auffrischimpfung mit 5-6 Jahren vorsieht als Kombinationsimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten (TdaP). Kann ich diese Impfung zu Lasten der Krankenkassen durchführen?

Sie können die Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten bei Versicherten aller Kassen zu deren Lasten ausführen.

2 Verordnung medizinischer Rehabilitation auf Formular Nr. 61, wie lange gilt die Übergangsfrist zur Verordnung noch?

Die Übergangsfrist wurde erneut verlängert, jetzt bis zum 31.03.07. Ab dann ist eine Genehmigung der KV erforderlich, die den Nachweis eines 16-Stunden-Kurses oder einer besonderen Qualifikation (KVJ 79,22) voraussetzt. *Hinweis:* Bei Operationen an paarigen Organen wird ab dem 1.7.2006 die Seitenangabe Pflicht, es sei denn sie ergibt sich bereits aus der OPS Codierung

3 Bin ich als Hausarzt verpflichtet, fachfremde Medikamente wie z. B. Antiepileptika zu verordnen, wenn der Patient im laufenden Quartal bei einem Facharzt in Mitbehandlung ist?

Bei Mitbehandlung durch einen Fachkollegen ist dieser zur Verordnung der Medikamente seines Fachgebietes verpflichtet.

4 Wenn ich Reha-Sport oder Funktionssport verordne, belasten die Verordnungen meine Heilmittelrichtgröße?

Reha- bzw. Funktionssportverordnungen gehen nicht in Ihre individuelle Heilmittelrichtgröße ein.

5 Ist die HPV-Diagnostik mittels PCR eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen?

Nein. Der Nachweis mikrobieller/viraler Nukleinsäure mittels einer Amplifikationsmethode (z.B. Polymerase-Kettenreaktion) einschließlich Aufbereitung und Spezifitätskontrolle des Amplifikats gilt nur für Bestimmung von

- Hepatitis C-Virus-RNA nach positivem Antikörpertest,
- von Hepatitis B-Virus-DNA oder
- Hepatitis C-Virus RNA vor oder während der spezifischen Therapie,
- von HIV-RNA unter speziellen Voraussetzungen,
- von DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis Complex unter definierten Bedingungen,
- von Chlamydia trachomatis-DNA und/oder RNA
- und von Bestimmung des Hepatitis C-Virus-Genotypus.

Die genauen Bedingungen der DNA/RNA Bestimmung der einzelnen Bakterien/ Viren sind unter den EBM Nrn. 32822 bis 32827 aufgeführt.

6 Wie verordne ich eine Brille bei einem Angehörigen der Polizei?

Die Heilmittelrichtlinien gelten auch für die Angehörigen der freien Heilfürsorge. Damit ist eine Brillenverordnung nur auf einem Privat Rezept möglich. Ob und welche Kosten der Patient bei Vorlage des Rezeptes bei der Heilfürsorge ersetzt bekommt, liegt in deren Entscheidungskompetenz.

7 Im KVJ 84 Frage 10 wird das metabolische Syndrom als eine der möglichen Indikationen zur Abrechnung der hausärztlichen Strukturleistungen 03001, 03002, 04001 und 04002 genannt. Die Frage wird aber nicht beantwortet, ob die Diagnose metabolisches Syndrom zur Abrechnung der obg. Leistungen berechtigt.

Nur wenn das metabolische Syndrom zu einer cerebralen Dysfunktion führt und deshalb eine Koordi-

nation der Betreuung erforderlich wird, kann die 03001 bzw. 03002 bzw. 04001 bzw. 04002 abgerechnet werden.

8 Vor etlicher Zeit gab es eine Information der KVH zu Teststreifen. Gelten Coagu Chek-Teststreifen bei den Ersatzkassen weiterhin als Hilfsmittel?

Die Ersatzkassen haben diese Entscheidung nicht widerrufen. Die Coagu Chek-Teststreifen können Sie bei Ersatzkassen-Patienten als Hilfsmittel verordnen. Bitte vergessen Sie nicht, auf dem Rezept das Kästchen „7“ für Hilfsmittel anzukreuzen. Marcumar und Teststreifen bitte nicht auf einem Rezept verordnen, damit die Teststreifen nicht in die Richtgröße mit eingehen. Achtung: Diese Regelung gilt nicht für Primärkassen!

Wissenswertes

Patienten der Bundespolizei (früher Bundesgrenzschutz) dürfen als Angehörige der freien Heilfürsorge am DMP KHK teilnehmen.

EBM Nr. 08520 - Erstellung eines Behandlungsplanes bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen

Bei gemischt versicherten Paaren (ein Partner GKV-, ein Partner privatversichert) ist der Behandlungsplan über die EBM Nr. 08520 nicht privat abzurechnen.

Die Knappschaft weist daraufhin, dass die **Verordnung häuslicher Krankenpflege** nicht quartalsgebunden ist. Eine Verordnung häuslicher Krankenpflege kann auch über das Quartalsende hinausgehen oder bis zu 12 Monaten ab Verordnungsdatum ausgestellt werden, wenn aus ärztlicher Sicht angenommen werden kann, dass häusliche Krankenpflegeleistungen über einen entsprechenden Zeitraum erforderlich sind.

Vogelgrippe beim Menschen

Zahlt die Kasse den Test?

Eine Vogelgrippe-Infektion beim Menschen ist bisher sehr selten aufgetreten. Eine Infektion ist jedoch möglich und führte bisher in ca. 50 Prozent der bekannten Fälle zum Tod. Daher ist es nicht auszuschließen, dass in nächster Zeit verängstigte Patienten mit Grippe-symptomen die Praxen aufsuchen. Bei einigen Tieren kann ein Kontakt mit infizierten Tieren nicht ausgeschlossen werden.

Für Fälle mit begründetem Verdacht hat das Robert-Koch-Institut (RKI) eine Empfehlung zum konkreten Vorgehen veröffentlicht.

Abrechnung

Weder der Influenza-A-Schnelltest noch die PCR sind im EBM enthalten. Die Kassen sehen derzeit lediglich in seltenen Einzelfällen eine Begründung für die Abklärungsdiagnostik bei Verdacht auf aviäre Influenza. Der RKI-Empfehlung entsprechend werden die Kosten der Diagnostik bei GKV-Versicherten nur auf Grundlage einer vor den Untersuchungen einzuholenden Kostenübernahmeabklärung in Einzelfällen übernommen. Die Abrechnung der Diagnostik erfolgt demgemäß durch Privatliquidation gegenüber dem Patienten.

Ausbruch in Hamburg?

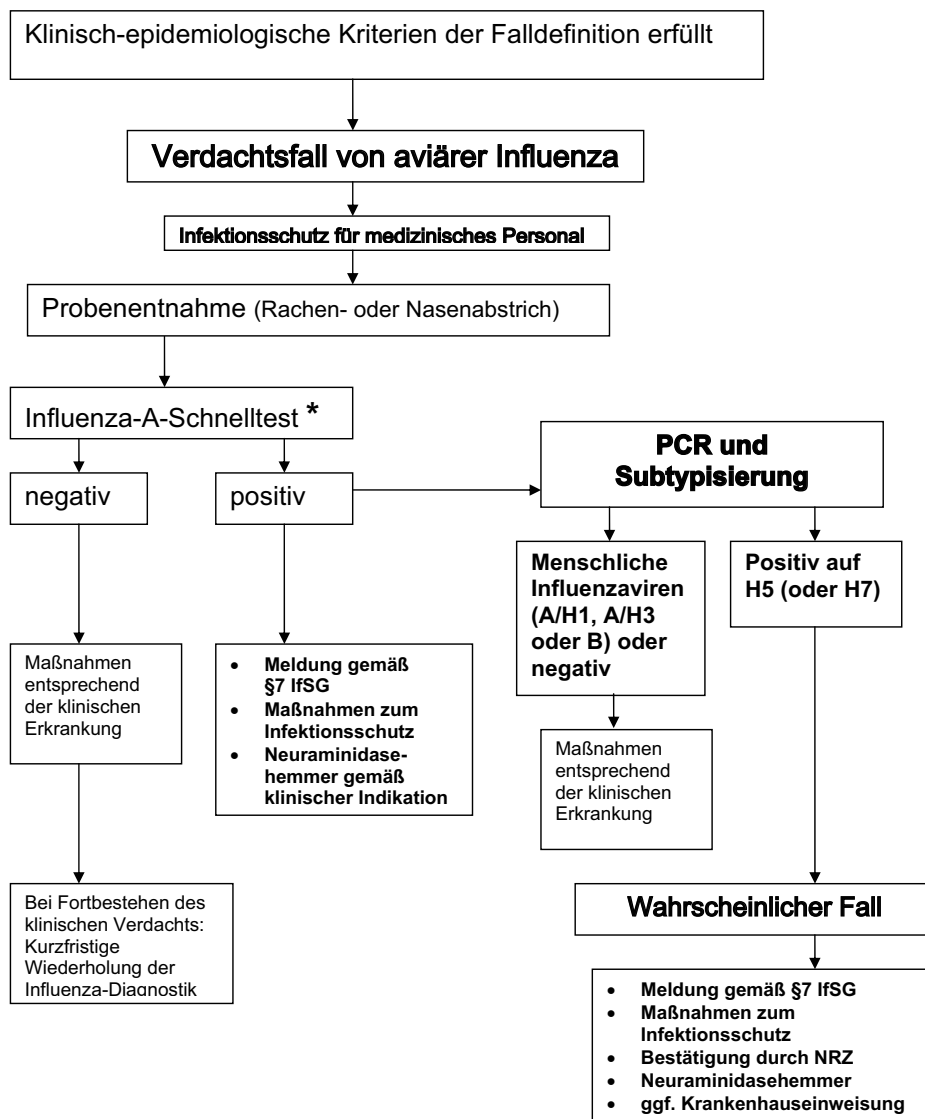
Bis zum Redaktionsschluss lag kein bestätigter Fall von Vogelgrippe in Hamburg vor.

Katze infiziert

Auf Rügen hat sich eine Katze mit dem H5N1-Virus angesteckt. Bereits in Asien haben sich Katzen mit dem H5N1-Virus infiziert.

In den Schutzzonen dürfen Katzen nicht mehr nach draußen und Hunde müssen angeleint werden. Doch auch von infizierten Katzen geht kaum eine Gefahr für den Menschen aus. Das RKI schreibt, dass es weltweit bisher keine Übertragung von der Katze auf den Menschen gegeben hat.

Flussdiagramm – Vorgehen bei Verdacht auf aviäre Influenza (Influenzavirus A/H5 oder A/H7)



* Falls kein Influenza-Schnelltest verfügbar ist, sollte das Probenmaterial in ein Labor mit der Möglichkeit für einen labordiagnostischen Virusnachweis gesandt werden.

Stand: 14.2.2006

Quelle: Robert-Koch-Institut

Pandemie jetzt möglich?

Die Risikoeinschätzung für die Entstehung eines neuen Influenzavirus, das eine weltweite Grippewelle (Pandemie) auslösen kann, ändert sich durch das aktuelle Geschehen nicht grundlegend. Dies wäre nur der Fall, wenn der Erreger die Fähigkeit erlangt, sich effizient von Mensch zu Mensch auszubreiten.

Keine Panik

Die Vogelgrippe ist eine Tierseuche, es gibt keinen Grund, in Panik

zu verfallen.

Das Vogelgrippevirus kann nur durch engen Kontakt mit infizierten Vögeln übertragen werden. Bisher hat es laut WHO noch nie einen Fall gegeben, bei dem Menschen sich über Wildvögel angesteckt haben. In der EU gibt es noch keinen Fall, bei dem ein Mensch betroffen war. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.kvhh.de oder auf www.rki.de.

Beim Robert-Koch-Institut (www.rki.de) können Sie sich eine Falldefinition herunterladen.

(vo)

Korrektur:

Im KVJ 83, Seite 6 wurde gefragt, ob bei Vorliegen einer Überweisung auch die Chipkarte eingelesen werden muß.

Nach weiterer Abklärung müssen wir sagen, dass die Chipkarte bei Vorhandensein einer Überweisung nicht eingelesen werden muß, die Überweisung allein reicht zur Abrechnung aus.

(so)

Ergänzung**KVJ 84, Seite 30 Krankenförderung**

Aus gegebenem Anlaß weisen wir darauf hin, dass die Genehmigungspflicht von Krankentransporten entgegen unserer letzten Information im KV Journal alle Krankenkassen betrifft. Die DAK hat ihren Genehmigungsverzicht zurückgezogen.

Von der Genehmigungspflicht ausgenommen sind Krankentransporte zur vor- oder nachstationären Behandlung und zu einer ambulanten Operation.

(so)

Berufsverband gründet wissenschaftliches Institut

Der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und internistischen Onkologen in Deutschland (BNHO) hat ein eigenes wissenschaftliches Institut gegründet. Aufgabe des „Wissenschaftlichen Institut der Niedergelassenen Hämatologen und internistischen Onkologen GmbH“ (WINHO) ist die Rahmenbedingungen für die Versorgung onkologischer Patienten zu optimieren. Ziel ist die Schaffung von mehr Transparenz.

www.winho.de

(vo)

Betriebswirtschaftliche Fortbildung für Ärzte und Psychotherapeuten

Steigende Bürokratie, sich ständig ändernde Gesetzesvorgaben, erhöhter Leistungsdruck und Zeitmangel – wer kennt das nicht aus seinem Praxisalltag? Ein Mindestmaß an betriebswirtschaftlichen Kenntnissen ist heute zum Führen einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis unentbehrlich.

Grundlagen der Unternehmensfinanzierung und Investitionsentscheidung helfen Ihnen, Ihr Unternehmen „Praxis“ erfolgreicher zu führen.

Für Ihr persönliches Erfolgsmangement bietet die KVH Ihnen einen eintägigen Crashkurs, der Ihnen das erforderliche Basiswissen für eine gezielte Kennzahlensteuerung innerhalb der Praxis vermittelt.

Sie bekommen wertvolle Tipps für Ihre tägliche Arbeit und können diese auch sofort umsetzen. Der Workshop wird interaktiv und mit Beispielmodellen aus der täglichen Praxis durchgeführt.

(mö)

Themenübersicht:

- Grundlagen der Investitionsentscheidung
- Ziele der Investitionsrechnung (Ersatz- oder Erweiterungsinvestition)
- Investitionsrechnung als Entscheidungshilfe an praxisnahen Beispielen
- Berechnung des Zeitpunktes, ab wann sich die Investition selbst bezahlt hat
- (ROI-Return on Investment) unter Berücksichtigung der Abschreibung als Tilgungsinstrument
- Grundlagen der Unternehmensfinanzierung
- Ermittlung des kurz- langfristigen Kapitalbedarfs
- Erstellung einer Finanzplanung nach Zeitachsen
- Sonderformen der Finanzierung (Leasing oder Tilgungsaussetzung)
- Alternative Verwendung von Kapital (Vergleich: Eigen- oder Fremdmittel)
- Sinn und Unsinn von Abschreibungsmodellen
- Auswirkung des Alterseinkünftegesetzes
- Controlling mit Kennzahlen (Excel-basiert)
- Controllingsysteme auf Basis von BWA
- Prognoserechnungen für kurz- und mittelfristige Zeiträume
- Liquiditätsplanung

Terminübersicht:

Sa 08.04.2006
Sa 06.05.2006
Sa 13.05.2006
Sa 24.06.2006
jeweils 09.00 bis 18.00 Uhr

Teilnahmegebühr: 35 Euro (inkl. Unterlagen und Mittagessen)

Teilnehmerzahl: max. 20 Personen

Seminarort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Anmeldung: Ihre verbindliche Anmeldung senden Sie bitte an die Abt. Vertragsärztliche Information und Fortbildung, Stefan Möllers
Tel.: 040 / 22802-880
Fax: 040 / 22802-420
Email: stefan.moellers@kvhh.de

Pandemie**Info-Veranstaltung für Ärzte**

4.4.2006
20 Uhr CCH Saal 2

Anmeldung bitte bei der Abt. Vertragsärztliche Information und Fortbildung, Stefan Möllers

Fortbildungspunkte 4

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Hintergründe und Status Quo

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ist ein ehrgeiziges Vorhaben, welches in seiner Komplexität sicherlich zu den größten IT-Projekten in Europa zu zählen ist.

Zum Aufbau der geplanten Telematikinfrastruktur müssen alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen miteinander elektronisch vernetzt werden, außerdem gilt es, 80 Millionen Menschen mit einer personalisierten Karte auszustatten.



Aktuelle IT-Technik ist für Telematik ein absolutes Muss.

Ein Projekt dieser Größenordnung kann nur schrittweise und in mehreren Ausbaustufen realisiert werden.

Rechtliche Grundlagen

Die Verpflichtung, die Krankenversichertenkarte (KVK) durch eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) zu ersetzen, ist im GKV Modernisierungsgesetz § 291 a SGB V geregelt.

Die im Gesetz beschriebene Ausgestaltung der eGK unterscheidet zwischen einem verpflichtenden Teil und einem freiwilligen medizinischer Teil.

Der Pflichtteil beinhaltet zusätzlich zu den bereits bisher gespeicherten Daten der KVK die nachfolgenden Informationen und Bestandteile:

- Angabe des Geschlechts
- Zuzahlungsstatus
- Lichtbild des Versicherten
- Elektronisches Rezept

- Sichtausweis der europäischen KVK (EHIC) auf der Rückseite

Für den freiwilligen medizinischen Teil der eGK sollen lt. § 291 folgende medizinische Funktionen zur Verfügung gestellt werden:

- Notfalldatensatz
- Arzneimitteldokumentation
- Elektronischer Arztbrief
- Elektronische Patientenakte
- Daten, die der Versicherte zur Verfügung stellt (z.B. Hinweis auf Organspendeausweis).

Datenschutz und Datensicherheit

Neben der Ausgestaltung und Funktionalität der eGK enthält § 291 a detaillierte Vorgaben bzgl. der Zugriffsrechte auf die Patientendaten:

- Der Versicherte muss jederzeit die Möglichkeit erhalten, die über ihn gespeicherten Daten einsehen zu können. Andererseits muss sichergestellt werden, dass Unbefugte keine Möglichkeit erhalten, auf die gespeicherten Daten zuzugreifen (Autorisierung nur durch elektronischen Heilberufsausweis eHBA).
- Die Speicherung der medizinischen Daten darf nur erfolgen, wenn die Einwilligung des Patienten vorliegt.

Ziele

Die Einführung der eGK soll nach § 291 a der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung dienen.

So werden eine Verringerung von Doppeluntersuchungen, die Verminderung von Wechsel- und Nebenwirkungen von Medikamenten, die Beseitigung von Medienbrüchen im Bereich der Rezeptabwicklung und eine schnellere Verfügbarkeit von Notfall- und Behandlungsdaten erwartet.

Maßnahmen zur Umsetzung des Vorhabens

Im August 2003 erfolgte vom BMG eine bundesweite Ausschreibung für die Unterstützung der Ein-

Linktipps:

ATG - Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen
ehealth.gvg-koeln.de

BMG - Bundesministerium für Gesundheit
www.die-gesundheitskarte.de

BSI - Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
www.bsi.de

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
www.dimdi.de/dynamic/de/index.html

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung / IT in der Arztpraxis
www.kbv.de/ita/index.html

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
www.datenschutzzentrum.de/medizin/arztprax/

ZTG - Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen
www.ztg-nrw.de/

führung der eGK mit dem Ergebnis, dass ein Industriekonsortium namens bit 4health (bessere IT für bessere Gesundheit) unter Leitung der IBM Deutschland GmbH mit der Erstellung einer herstellernerneutralen Telematikrahmenarchitektur und Sicherheitsinfrastruktur beauftragt wurde.

Im Juli 2004 wurde die Rahmenarchitektur um erste Planungen zur Lösungsarchitektur ergänzt.

In diesem Zusammenhang wird ein sogenannter Connector erwähnt, der u.a. als wesentlicher Bestandteil für die geschützte Netzverbindung zwischen den EDV Anlagen in Arztpraxen/Apotheken und dem Kommunikationsnetz eingesetzt werden soll.

Ebenfalls im Juli 2004 wurde die erste Version der Basisspezifikation der eGK veröffentlicht.

Ende Oktober 2004 erhielten drei Fraunhofer-Institute den Auftrag, im Rahmen eines gemeinsamen Forschungs- und Entwicklungsprojekts (F&E-Projekt) die technischen Spezifikationen der Lösungsarchitektur



Mit Einführung der Gesundheitskarte hat der Papierkrieg hoffentlich ein Ende.

zu erarbeiten.

Die Dokumente zur Telematikrahmenarchitektur und zu den Grundlagen für die Entwicklung der Lösungsarchitektur wurden auf der CeBIT 2005 öffentlich an die Bundesgesundheitsministerin übergeben.

Um eine rasche Einführung sowie die Pflege und Weiterentwicklung der eGK zu gewährleisten, haben die Verbände der Selbstverwaltung im Januar 2005 die Betriebsorganisation gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen im Gesundheitswesen GmbH) gegründet.

Die Organisationsstruktur und die Finanzierung dieser Gesellschaft ist im „Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen“ § 291b SGB V geregelt.

Da es der gematik nicht gelungen war, termingerecht Beschlüsse zur Schaffung von Rahmenbedingungen für die Testverfahren vorzulegen, kam es im September 2005

zu einer Ersatzvornahme durch das BMG, welches im November 2005 die Kriterien zur Auswahl der Testregionen und die Verordnung über Testmaßnahmen veröffentlichte.

Anfang Januar 2006 wurden die vom BMG festgelegten Testregionen bekannt gegeben. Es handelt sich um alle acht Regionen, die bereits mit Vorbereitungen für die Testphase begonnen hatten: Bochum-Essen (Nordrhein-Westfalen), Bremen, Flensburg (Schleswig-Holstein), Heilbronn (Baden-Württemberg), Ingolstadt (Bayern), Löbau-Zittau (Sachsen), Trier (Rheinland-Pfalz) und Wolfsburg (Niedersachsen).

Die Teststufen

Die Einführung der eGK soll in vier Stufen erfolgen. Bei den ersten beiden Stufen handelt es sich um Tests unter Laborbedingungen. Dazu ist bei der gematik am 15.12.2005 ein Testlabor eröffnet worden.

Im Vordergrund der Labortests stehen zunächst sogenannte Komponententests, in denen Funktionen und technische Eigenschaften der eGK und der Kartenlesegeräte sowie deren Zusammenspiel erprobt werden. Außerdem soll geprüft werden, ob die Datenschutzerfordernisse erfüllt wurden.

Die zweite Stufe der Labortests beinhaltet praktische Anwendertests zur Prüfung einer grundsätzlichen Praxistauglichkeit des Gesamtsystems.

Nach erfolgreichen Testungen im Labor sollen Feldtests mit Echtdateien von bis zu 10.000 Versicherten unter realen Bedingungen (Praxisorganisation, Zusammenspiel eGK und eHBA, ...) in den acht Testregionen durchgeführt werden.

Für die vierte Teststufe ist eine Teilnahme von 100.000 Versicherten in einzelnen Testregionen geplant.

Anschließend soll mit der flächendeckenden bundesweiten Einführung der eGK begonnen werden.

(schu)

Adressverzeichnisse

Hamburger Stiftung Gesundheit prüft Verträge über Einträge in dubiose Verzeichnisse

Adressverlage bieten Praxisinhabern immer wieder dubiose Verträge zur Aufnahme in Adressverzeichnisse an. Diese Angebote kosten meist viel Geld und sind oftmals ohne Gegenleistung. Eine beliebte Falle für Ärzte und Psychotherapeuten sind etwa die im Kleingedruckten versteckten Zahlungsbedingungen. Diese Zahlungsbedingungen sind zum Teil für mehrere Jahre verpflichtend und kosten bis zu 900 Euro. Die Hamburger Stiftung Gesundheit arbeitet mit dem Verein Medizinrechtsanwälte e.V. zusammen und bietet eine Prüfung solcher Angebote an.

Eine gute Alternative ist ein kostenloser Eintrag im Internetverzeichnis bei der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

(vo)

Bei Entsorgung von Altgeräten Elektrogerätegesetz beachten

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) hat einen Flyer über die Entsorgung von Medizinprodukten und Altgeräten herausgegeben. Grundlage ist das Elektro- und Elektronikgesetz vom 16. März 2005. Er informiert über Vermeidung von Abfällen und Schadstoffen zur Schonung von Ressourcen. Danach sind Hersteller von Geräten ab 24. März 2006 zur Rücknahme von Altgeräten verpflichtet. Den kompletten Flyer können sie unter www.bvmed.de kostenlos herunterladen.

(vo)

Für Sie in der VW

Dr. Heinz Breuer



Geburtsdatum: 06.08.1951

Familie: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Innere Medizin - Kardiologie

Weitere Ämter:

Fachprüfer Angiologie, Mitglied Qualitätskommission Invasive Kardiologie, Mitglied Beratender Fachausschuss für Fachärzte, Vertreterversammlung seit 2000

Hobbys: Joggen und Schwimmen

1. Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

- Ärztliche Tätigkeit und Ausbildung Kardiologie und Angiologie und Innere Medizin an der Universität Ulm bis 1995
- Seit 1995 niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis

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

- Verbesserung der Honorarsituation der Ärzte
- Bezahlung der Leistung in Euro
- Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Kassen
- Gleiches Geld für gleiche Leistung – bezogen auf die unterschiedliche Vergütung Vertragsärzte - Krankenhäuser

3. Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitswesen in 10 Jahren?

Die KV muss als Organ der Vertragsärzte erhalten werden, die KV soll sich für Informationen öffnen und die Möglichkeiten für Kooperationen aktiv unterstützen.

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

Frau Schmidt. Ich würde fragen, wie es möglich ist, dass jemand, wie sie, die sich sehr lang mit der Problematik beschäftigt hat, so wenig Verständnis für die tatsächliche Situation der Ärzte und Patienten entwickelt.

5. Welchen Traum möchten Sie gerne einmal verwirklichen?

Eine angemessene leistungsgerechte Vergütung für ärztliche Arbeit zu erhalten, die sich an der Erkrankung des Patienten orientiert und nicht an Budgets.

Dr. med. Michael Funke



Geburtsdatum: 29.06.1950

Familie: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Allgemeinmediziner

Hobbys: Klassische Musik, ins Theater gehen, seriöse Zeitungen lesen

1. Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

- 1972 Studienbeginn
- 1979 Approbation, im Juni des selben Jahres Promotion, danach Erfahrungen im Tropeninstitut, im UKE und im AK Altona gesammelt.
- 1985 Facharzt für Allgemeinmedizin
- Seit 1987 niedergelassener Arzt in Hamburg

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

Ich möchte meine hausärztlichen Kollegen und ihre Interessen angemessen vertreten. Ich wünsche mir, dass die Hausärzte eine wichtige Rolle in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung einnehmen.

3. Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitswesen in 10 Jahren?

Ich halte es für wahrscheinlich, dass das Gesundheitswesen in den nächsten zehn Jahren bestehen bleibt, so wie es heute ist. Für die KV als Interessenvertretung der Ärzteschaft gibt es nach meiner Meinung zur Zeit kaum eine Alternative. Mögliche staatliche Eingriffe aufgrund der Kostenentwicklung sind zu erwarten.

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

Eine Gruppendiskussion mit dem Bundesausschuss für Gesundheit.

5. Welchen Traum möchten Sie gerne einmal verwirklichen?

Einer meiner größten Träume ist es, einmal in die Mailänder Scala zu gehen, um dort z.B. Anna Netrebko und Roberto Alagna in einer Verdi-Oper zu genießen.

Heilmittelinformations- system online

Die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiKK) stellen seit 3. Januar 2006 quartalsweise Berichte aus dem Heilmittel-Informationssystem zur Verfügung. Mit diesen Berichten können Fragen zu Unterschieden in der Umsatz- und Mengenentwicklung im Heilmittelbereich insgesamt und in einzelnen Heilmittelsegmenten beantwortet werden. In den Berichten werden auch Aussagen über arztgruppenspezifische Besonderheiten getroffen. Insgesamt werden konkrete Steuerungs- und Wirtschaftlichkeitspotentiale in der Heilmittelversorgung aufgezeigt.

Neben dem Bundesbericht findet man unter www.gkv-his.de auch Berichte der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine diagnosebezogene Auswertung ist derzeit leider noch nicht möglich, weil der Indikationsschlüssel auf der Heilmittelverordnung häufig nicht oder fehlerhaft angegeben wird. Um Ihnen auch diese Daten zur Verfügung stellen zu können, bitten die KBV und die SpiKK darum, auf die korrekte Angabe des Indikationsschlüssels zu achten.

(vo)

Zahlen zur ambulanten Versorgung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine neue Liste mit den wichtigsten Kennzahlen zur ambulanten Versorgung ins Internet gestellt.

In dieser Liste finden Sie die wichtigsten Zahlen auf einen Blick - ob Arztzahlen, Praxisgebühr, Arbeitszeit oder Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Die Liste finden Sie unter: www.kbv.de/presse/7479.html

Die Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland finden Sie unter: www.kbv.de/publikationen/125.html (vo)

Fußball-WM 2006 - Ärzte gesucht

Die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit plant zur Zeit in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr Hamburg die Umsetzung eines Sicherheitskonzeptes während der Fußball-WM (10.06. bis 30.06.2006) für die Spieltermine in Hamburg.

Zur Unterstützung der Feuerwehrrettungskräfte werden dringend zusätzlich freiwillige Ärzte mit der Qualifikation



Volltreffer: die ambulante Versorgung bei der Fußball-WM.

- Bereichsbezeichnung Rettungsmedizin oder
- Erfahrener Notarzt oder
- Notfallbehandlungs- und Intensivmedizinerfahrung oder
- Erfahrung in der Behandlung von Notfallpatienten

für den Sanitätswachdienst im Stadion, für den Einsatz in Behandlungsplätzen in der Nähe des Stadions, sowie für den Dienst in den Bereitstellungsräumen innerhalb der Stadt benötigt.

Der Einsatz wird mit einer Aufwandsentschädigung durch die Behörde vergütet.

Weitere telefonische Auskünfte erteilt Ihnen gern die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Herr Wieken Tel. 22802-444
Frau Striewski Tel. 22802-363
(mg)

ARD Themenwoche Krebs

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg unterstützt, wie viele andere Kassenärztlichen Vereinigungen auch, die erste bundesweite Themenwoche zum Thema Krebs. Die öffentlichen Rundfunkanstalten der Sendeverbundsgruppe ARD wollen das Thema vom 3. bis 9. April in verschiedenen Sendeformaten behandeln.

Das Thema „Krebs“ wird während der Themenwoche unter anderem in „Monitor“, in den „Tagesthemen“, bei „Beckmann“ aber auch Spielfilmen aufgegriffen. Die Spartensender der „Öffentlich Rechtlichen“ werden sich ebenfalls beteiligen.

Der Vorsitzende der ARD, Prof. Dr. Thomas Gruber meinte, dass die Themenwoche eine besondere Premiere ist, da es eine solche Programmaktion in Deutschland noch nicht gab. „Wir wollen umfassend und seriös berichten, aber auch in Fernsehfilmen auf das Thema ein-

gehen. Mit der Bandbreite unseres Angebots verfolgen wir das Ziel, das Thema Krebs in das Bewusstsein möglichst vieler Menschen zu rücken.“

Der zuständige Themenkoordinator, Andreas Weiss teilte mit, dass die Sendeanstalten ganz auf Partner und Sponsoren verzichte, um die journalistische Unabhängigkeit zu wahren.

Während der Themenwoche wird eine Info-Hotline mit Experten geschaltet. Die Hotline ist unter 0180 / 511 77 12 täglich von 05.00 Uhr bis 0.00 Uhr (Sonntags bis 3.00 Uhr) erreichbar.

Die KV Hamburg unterstützt das Vorhaben, insbesondere die Verteilung von Patienteninformationen. Um die Themenwoche bei möglichst vielen Patienten in Hamburg bekannt zu machen, legen wir diesem KV Journal Patienteninformationen zur Auslage in der Praxis bei.

(vo)

„INFEKT-INFO“

Elektronischer Informationsdienst für meldepflichtige Infektionskrankheiten in Hamburg

Mit dem seit Januar 2001 geltenden neuen Infektionsschutzgesetz (IfSG) hat sich auf dem Gebiet der meldepflichtigen Infektionskrankheiten allerhand verändert. Ein wesentliches Ziel der Neustrukturierung des Meldewesens war die Verbesserung des Informationsrücklaufes bezüglich der gewonnenen Daten und Erkenntnisse an die meldenden Ärztinnen und Ärzte. Die gesetzliche Meldepflicht soll keine „Einbahnstrasse“ sein, sondern ist ein Instrument der Surveillance, von dem nach Möglichkeit alle Beteiligten profitieren sollen.

In Hamburg fließen die Daten aus den bei den 7 Gesundheits- und Umweltämtern eingehenden Arzt- und Labormeldungen beim „Zentrum für Impfmedizin und Infekti-

onsepidemiologie“ des Instituts für Hygiene und Umwelt zusammen. Von dort werden sie an das Robert Koch Institut nach Berlin weitergeleitet.

Dies ermöglicht eine auf Hamburg bezogene Datenaufbereitung und ein entsprechendes Feedback an die hiesige Ärzteschaft. Zu diesem Zweck wird ein elektronischer Informationsbrief mit dem Titel „INFEKT-INFO“ herausgegeben, der alle 14 Tage jeweils Freitags erscheint.

„INFEKT-INFO“ enthält regelmäßig Angaben zur aktuellen Anzahl der in Hamburg gemeldeten und registrierten Fälle meldepflichtiger Krankheiten in übersichtlichen, zur raschen Information geeigneten graphischen Darstellungen. Darü-

ber hinaus wird fallweise über Geschehen und Vorkommnisse von allgemeinem Interesse, z.B. über Krankheitshäufungen und Ausbrüche, berichtet.

Alle Ausgaben von „INFEKT-INFO“ finden sich auf der Homepage des Instituts für Hygiene und Umwelt (<http://www.hu.hamburg.de>) zur Einsicht bzw. zum Herunterladen. Außerdem kann man „INFEKT-INFO“ auf Wunsch elektronisch abonnieren und hat so immer die aktuelle Ausgabe in seinem Email-Posteingang. Um in den Verteiler aufgenommen zu werden, genügt eine kurze Nachricht an die Adresse: gerhard.fell@hu.hamburg.de. Selbstverständlich entstehen dafür keine Kosten.

(Behörde f. Gesundheit)

Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz

Der Krankheitsverdacht, die Erkrankung, der Tod an

- Botulismus
 - Cholera
 - Diphtherie
 - humaner spongiformer Enzephalopathie,
 - außer familiär-hereditärer Formen
 - akuter Virushepatitis
 - enteropathischem hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS)
 - virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
 - Masern
 - Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis
 - Milzbrand
 - Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatischbedingt)
 - Pest
 - Tollwut
 - Typhus abdominalis/Paratyphus
- die Erkrankung und der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt,
- an einer mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftung oder an

einer akuten infektiösen Gastroenteritis, wenn

- eine Person betroffen ist, die eine Tätigkeit in Gastronomie/Lebensmittelgewerbe ausübt,
 - zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird,
- der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung,
- die Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtigtes oder -ansteckungsverdächtigtes Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers,
- soweit nicht ohnehin meldepflichtig, das Auftreten einer bedrohlichen Krankheit oder von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist und Krankheitsereignisse Ursache in Betracht kommen.
- Dem Gesundheitsamt ist mitzuteilen, wenn Personen, die an

Plötzliche Todesfälle bei Säuglingen und Kleinkindern

RKI bittet Ärzte um Mithilfe

Das Robert-Koch-Institut (RKI) führt eine Studie über plötzliche Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern im 2. bis 24. Lebensmonat durch. Diese epidemiologische Untersuchung soll bisher unbekannte Risikofaktoren für einen frühen Tod erkennen und erfassen. Das RKI sucht betroffene Eltern, die bei dieser Studie mitmachen.

Informationen finden Sie im Internet unter:

www.rki.de / Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie / Datenerhebung / weitere Studien / TOKEN-Studie.

Material können Sie auch per Email anfordern: TOKEN@rki.de

einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen.

- Dem Gesundheitsamt ist unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden.

www.kvhh.de

Zentrale KV 040 / 22 802 - 0

eMail kvhamburg@kvhh.de

Fax 040 / 22 802 - 420

Rechtsabteilung

Ulrich Kronert -507
Stefan Hagen -397
Widerspruchsstelle

Neue Versorgungsformen

Deike Dümmer -728

Vertragsärztliche Information und Fortbildung

Stefan Möllers -880

Medizinische Fachberatung

Dr. Gisela Sommer -438
Dr. Joachim Weidner -442
Eva-Elisabeth Zunke -402

Pharmazeutische Fachberatung

Regina Lilje -498

Arztregister

Evelyne Bock -342
Ermächtigungen Institute,
Zulassung Psychologen
Margret Bahlke -329
Förderung Allgemeinmed.
Jana Koil -326
Arztregister
Sabrina Borchers -672
Zulassung
Inga Werner -472
Arztregister für Psychologen
Martina Obenauf -429
Ermächtigungen
Brigitta Dose -344
Assistentengenehmigungen/
Famuli
Katherina Stach -673
Vertretungsanzeigen/
-vermittlung

Qualitätssicherung und Abrechnungsgenehmigung

Birgit Schmitt -523
Silke Blauert -451
Konstanzprüfungen
(Teilradiologie)
Beate Gehrke-Vehrs -384
Sonographie
Birgit Gaumnitz -889
DMP KHK
Gutachterbefreiung
Psychotherapie
Manuela Gottschlich -406
Koloskopie, Psychotherapie
Bianca Hanau -573
Qualitätskontrolle Röntgen
Susanne Keller -603
DMP Diabetes,
Qualitätszirkel
Christiane Meyer -552
Konstanzprüfungen
Svenja Mindermann -601
Substitution, Labor
Meike Pudler -631
DMP Brustkrebs, Röntgen
Kay Siebolds -478
Dialyse, Sonographie
Christine Schwarzloh -741
Substitution, Schlafapnoe
Cornelia Wehner -602
Rehabilitation,
Langzeit-EKG, Herzschritt-
macherkontrollen
Monika Zieminski -781
Onkologie

Qualitätsmanagement

Ursula Dudziak -633

Notfalldienste

Christian Wieken -444
Inge Striewski -363

Praxis-Service und Informationstechnologie

Petra Schulte -497
Fleur Priess -554
Praxis-EDV-Beratung

Abrechnung I/II

Silke Denner -350
Praktiker / Allgemeinärzte,
Augenärzte, Humangenetik,
Kinderärzte, Internisten,
Pulmologen, Verhaltenstherapie

Abrechnung III

Frauke Leinroth -401
Anästhesisten, Gynäkologen,
HNO-Ärzte, Dermatologen,
MKG-Chirurgen, Nervenärzte,
Urologen, Transfusionsmedizin

Abrechnung IV

Ulrich Schlüter -305
Chirurgen, Labormedizin,
Neurochirurgen, Orthopäden,
Pathologen, Psychotherapeuten,
Radiologen, Nuklearmediziner

Abrechnung V

Karin Mackel -345
Krankenhäuser und Institute,
rechnerische Berichtigung

Ärztelkontokorrent

Hannelore Genter -351

Formulare

Ernst-Dieter Timmann -372

Ansprechpartner für Ihre Patienten:

Patientenberatung der KV Hamburg und der Ärztekammer Hamburg
Psychotherapeutischen Bereitschaftsdienst erreichen die Patienten unter
Montag bis Freitag von 13 bis 15 und 19 bis 20 Uhr.

Tel.: 040 / 22 802 -650
Tel.: 040 / 22 802 -777

