



Alles Werbung?

Wo man noch
unabhängige Arzneimittel-
Informationen bekommt

Versorgung

Verträge für Hautkrebsvorsorge und
DMP Asthma/COPD

Seite 16

Rabattverträge

KV Hamburg empfiehlt Wirkstoff-
Verordnung

Seite 26

Off-Label

Hamburger Krankenkasse ignoriert
neue Rechtslage

Seite 27

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.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion:
Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Tel: (040) 22802-655

Layout und Satz:
Headquarters Hamburg, www.hqhh.de
Titelfoto: www.photocase.com

Redaktionsschluss: 14. Juni 2007

E-Mails an die Redaktion

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel,
über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

E-Mail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Vom Umgang mit Pharmareferenten
Arzneimittel-Marketing: Wie groß ist die Gefahr, sich um den Finger wickeln zu lassen?

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten
Hausarztzentrierte Versorgung: Wer muss Kassengebühr zahlen?
AOK übernimmt Impfungen / Umsetzung des VändG
Neues DMP: Asthma-COPD
Privatbehandlung von GKV-Patienten /
Kostenerstattung nach § 13 SGB V

Abrechnung

Abgabe der Abrechnungsunterlagen II. Quartal 2007 /
Fehlerhafte Disketten

Rundschreiben

Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der BKK
Hinweis auf Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der AOK im Internet /
Hinweis auf DMP-Asthma-COPD-Vertrag im Internet

Qualität

Qualitätsmanagement: Bestandsaufnahme in den Hamburger Praxen
Überprüfung der Dokumentation sonographischer Untersuchungen
der Säuglingshüfte

Brennpunkt Arznei

Atypische Neuroleptika: Wo bleibt die Überlegenheit bei
industriueunabhängigen Studien?
US-Wissenschaftler: Vorsicht bei pharmafinanzierten
Arzneimittel-Studien!
Dolomagon/Deltaran: S(+)-Ibuprofen (Dexibuprofen) – ein alter Hut!
Ibuprofen und ASS nicht gemeinsam einnehmen!
Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses /
Erhöhte Risiken bei Glitazon-Anwendung

Rabattverträge: KV empfiehlt Wirkstoffverordnung
Off-Label: Hamburger Krankenkasse ignoriert aktuelle Rechtsprechung

Forum

Was passieren kann, wenn Ärzte direkt mit Krankenkassen
verhandeln. Ein Erfahrungsbericht.

Wie eine Spiegel-TV-Reporterin die wirtschaftliche Realität
von Arztpraxen in sozialen Brennpunkten recherchierte

Berliner Seite

Meldungen aus der KBV

KV hautnah

Jubiläum der Notfallpraxen /
Dr. Gisela Sommer-Barthmeyer: Abschied nach sechzehn Jahren

Steckbriefe

Für Sie in der Vertreterversammlung

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!



Ja, es hat Ärger gegeben, Missverständnisse, falsche Informationen, nachdrückliche Briefe und schäumende Presse-Erzeugnisse. Einige Tage hatte es so ausgesehen, als ob die Auseinandersetzungen, die der Hausärzterverband mit einigen KVen führt, auch in Hamburg hochkochen könnten. Doch Hamburg ist nicht Bayern. Wir haben uns wieder zusammengesetzt und mit hanseatisch-kühlem Kopf die Dinge geordnet. Nun gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen den hausärztlichen Berufsverbänden und der KV über die Vertrags-Verhandlungen zur „hausarztzentrierten Versorgung“. In ihr ist festgehalten, daß die KV beauftragt wird, diese Verhandlungen zu führen, hieran ein Vertreter der GHB teilnimmt und Verträge gemeinsamen unterschrieben werden. Alle Öffentlichkeits-Aktivitäten werden abgestimmt und die jeweils andere Seite informiert, falls neben dieser Schiene mit anderen Partnern über solche Verträge gesprochen wird. Da wir auch beim Thema hausärztliche Honorarverteilung einen Kompromiss für die weitere Planung gefunden haben, sind die Wogen wieder geglättet. Diesmal gehen die Uhren in Hamburg anders. Und das ist auch gut so.

Ihr

Walter Plassmann



Es ist wichtig, beim Umgang mit Pharmareferenten die Kontrolle zu behalten. Das beginnt damit, dass ich nur Referenten empfangen, deren Medikamente und Themen mich wirklich interessieren. Ich vergebe dafür Extra-Termine am Ende der Sprechstundenzeit.

Der Erkenntnisgewinn bei solchen Gesprächen ist höher, wenn man, statt lediglich zuzuhören, gezielt Fragen stellt. Doch man sollte sich darüber im Klaren sein, dass die Informationen der Pharmareferenten nicht neutral sind. Man wird selektiv informiert. Alle Informationen, die der Pharmafirma nicht genehm sind, werden ausgeblendet. Deshalb sollte man sich durch unabhängige Informationsquellen wie den Arzneimittelbrief auf dem Laufenden halten.

Dr. Dag-Alexander Keilhau ist Internist in Uhlenhorst

Nachgefragt

Wie gehen Sie mit den Besuchen von Pharmareferenten um?



Da ich sehr sparsam verordne, kommen nur noch wenige Pharmareferenten in meine Praxis. Einige der großen Firmen sind wohl der Meinung, dass sich der Besuch nicht lohnt. Ich nehme Pharmareferenten gegenüber kein Blatt vor den Mund und erkläre ihnen gegebenenfalls auch, warum ich ihr Medikament nicht verordnen werde. Vertreter von Ratiopharm boykottiere ich. Die Firma ist in einen großen Korruptionsskandal verwickelt, sieht aber ganz offenbar nicht ein, einen Fehler gemacht zu haben.

Den Besuch von Pharmareferenten in Arztpraxen generell zu verbieten, halte ich nicht für sinnvoll. Ich freue mich immer über eine Tüte Ärztemuster, die ich an meine Patienten weitergeben kann. Ich wüsste nicht, woher ich dieses Kontingent an Medikamenten sonst bekommen sollte.

Ralf Siemen ist Hausarzt auf St. Pauli



Ich respektiere die Tätigkeit von Pharmareferenten. Manche von ihnen haben einen höheren pharmakotherapeutischen Kenntnisstand als ich. Ich kann

bei solchen Besuchen also durchaus etwas lernen. Der Informationscharakter dieser Besuche übersteigt meiner Einschätzung nach deutlich den Werbecharakter. Das mag damit zu tun haben, dass ich von Anfang an Grenzen gezogen habe: An Anwendungsbeobachtungen oder anderen Marketingaktionen nehme ich nicht teil.

Dr. Matthias Kleij ist Hausarzt in Billstedt

Angenehme Unterbrechungen des Praxisalltags

Wie groß ist die Gefahr, von Pharmareferenten um den Finger gewickelt zu werden? Die Infos der Industrie gegenzurecherchieren ist ein schwieriges und nicht immer erfolgreiches Unterfangen.

Es gibt viele schwierige Fragen, mit denen man als Pharmakotherapieberater konfrontiert wird. Doch wenn ein Kollege wissen will, wie er sich unbeeinflusst von den Werbebotschaften der Industrie auf dem Laufenden halten kann, wird die Sache heikel. Die Frage ist natürlich berechtigt: Der Kollege will sicher sein, ausschließlich im Interesse seiner Patienten zu handeln.

Gesteuerte Informationen

Wer sich einen Schokoriegel kauft, kann seine Informationen getrost aus dem Werbefernsehen beziehen. Bei gewichtigeren Anschaffungen wie einem Fotoapparat hingegen besorgt man sich üblicherweise schon Testberichte von neutralen Institutionen wie der Stiftung Warentest. Doch welche Informationskanäle nutzen Ärzte, wenn es um die Verschreibung von Medikamenten geht?

Den meisten Kollegen ist bewusst, dass fast alle bequem zugänglichen Informationsquellen pharmagesteuert sind. An erster Stelle sind dabei natürlich die Pharmareferenten zu nennen. An zweiter Stelle stehen all die schön

aufgemachten Zeitschriften, die den Ärzten kostenlos ins Haus geschickt werden.

Doch auch Abo-Zeitungen und -zeitschriften, deren Überleben davon abhängt, dass Pharmafirmen Anzeigen schalten, berichten nicht immer unabhängig. Skepsis ist beispielsweise angebracht, wenn bei bestimmten Indikationen in einem Artikel nur ein einziger Wirkstoff genannt wird, obwohl es noch andere pharmakotherapeutische Möglichkeiten gibt. Solch unvollständige Informationen werden oft als Berichterstattung über Fortbildungsveranstaltungen aufbereitet, deren Finanzierung im Dunkeln bleibt.

Im Bereich Pharmakotherapie haben unabhängige Fortbildungen Seltenheitswert. Kammern, KVen oder Gesellschaften bieten zu diesem Thema nur wenig an – und die Pharmaindustrie hilft gerne.

Die Zertifizierung ist kein Garant für die Neutralität einer Veranstaltung. Die Hamburger Ärztekammer fordert zwar von Veranstaltern und Referenten die Offenlegung von „ökonomischen Verbindungen“, macht Unabhängigkeit aber nicht zur Voraussetzung

für die Zertifizierung. So wissen die Zuhörer nicht immer, ob ein Experte, der sich abends ins Hotel stellt und sagt: „Wenn Sie dieses Medikament nicht verschreiben, begehen Sie einen Kunstfehler“, alleine der Wissenschaft verpflichtet ist.

Da man den unterschiedlichen Angeboten nicht blind vertrauen kann, bleibt dem niedergelassenen Arzt nichts anderes übrig, als sich auf die eigene pharmakotherapeutische Kompetenz zu besinnen. Schließlich ist er es, der mit seiner Unterschrift auf dem Rezept die medizinische und ökonomische Verantwortung übernimmt. Er muss sagen können: Das war nach bestem Wissen und Gewissen die richtige Entscheidung.

Doch auf welcher Grundlage kann ich meine Entscheidungen fällen? Gibt es denn keine Stiftung Warentest, die Nutzen und Risiken von Arzneimitteln unabhängig prüft?

Ausflüge ins Umland

Wirklich verlassen kann man sich nur auf eine Hand voll unscheinbarer, anzeigenfreier Fachzeitschriften (Siehe Kasten). Wer sie abonniert und regel-

Unabhängige Zeitschriften

Der **Arzneimittelbrief** ist die älteste unabhängige Arzneitherapie-Zeitschrift Deutschlands. Sie erscheint seit Januar 1967 monatlich. Die kleine Redaktion besteht aus erfahrenen Klinikern. Ihr Anliegen ist es, Forschungsergebnisse kritisch aufzubereiten und eine rationale Pharmakotherapie zu stärken. www.arzneimittelbrief.de

Das **Arznei-Telegramm** wurde 1969 gegründet. Die neunköpfige, hauptberuflich arbeitende Redaktion aus Ärzten und Apothekern wertet systematisch die Weltliteratur aus, um monatlich über Nutzen und Risiken neuer Arzneimitteln zu berichten. Die Bewertungen sind an Kriterien der evidenzbasierten Medizin ausgerichtet. Die Zeitschrift unterhält eine Arzneimitteldatenbank, die gesondert abonniert werden kann. Die Berichterstattung des Arznei-Telegramms ist aggressiver als die des Arzneimittelbriefs. www.arznei-telegramm.de

Die **Arzneiverordnung in der Praxis** wird von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft herausgegeben und erscheint viermal pro Jahr. In unregelmäßigen Abständen erscheinen Therapieempfehlungen zu Krankheitsbildern als Sonderhefte, die einzeln bestellt werden können. www.akdae.de



mäßig liest, verschafft sich eine gute Basis, um Ausflüge ins bunte, pharma-dominierte Umland zu unternehmen. Findet man in einem der Gratis-Blätter einen Wirkstoff wieder, der beispielsweise im Arznei-Telegramm ganz anders besprochen wurde, fragt man: Wie kann das sein? Und bekommt im Laufe der Zeit ein Gespür dafür, wo verdeckte Werbung lauert.

Für Marketing gibt die Pharmaindustrie Schätzungen zufolge mehr Geld aus als für die Entwicklung von Medikamenten.¹ Das Heer der Außendienstmitarbeiter gehört zu jenen Marketinginstrumenten, die ganz offen eingesetzt werden. Jedermann weiß: Job des Pharmareferenten ist es, Umsatz zu steigern. Er soll die Ärzte davon überzeugen, mehr Präparate seiner Firma zu verschreiben.

Auch offene Werbung ist nicht wirkungslos, sonst gäbe es sie nicht.

Begehe ich einen Kunstfehler, wenn ich das Medikament nicht verschreibe?

Mittlerweile ist unstrittig, dass Gespräche mit Pharmareferenten zu höheren Verschreibungskosten und weniger rationalem Ordnungsverhalten führen.²

Es ist kein Geheimnis, dass flächendeckend genaue Marktanalysen durchgeführt werden. So können Kenntnisse gegebenenfalls über das Ordnungsverhalten einzelner Ärzte gewonnen werden, die gezielt genutzt

werden, um entsprechende Botschaften durch die Pharmareferenten zu platzieren.

Die Informationen und Studien, mit denen die Ärzte von der Pharmaindustrie eingedeckt werden, sind zwar nicht falsch. Sie dienen aber nur dem Interesse der Firmen, sind deshalb bisweilen einseitig und unvollständig und nicht immer zielführend, was die Behandlung der eigenen Patienten angeht.³

Was also kann ich tun, um von den Pharmareferenten nicht um den Finger gewickelt zu werden? Hier einige Punkte, die man gegebenenfalls genauer hinterfragen sollte:

Ist neuer besser?

Nicht selten werden Pseudo-Neuerungen beworben – Wirkstoffe, die sich von den altbekannten nur durch geringfügige Änderungen der Mole-

kularstruktur unterscheiden. Diese minimal veränderten Präparate haben in der Regel die gleiche klinische Wirkung wie die alten Medikamente. Mit denen aber ist kein Geld mehr zu verdienen, weil der Patentschutz abgelaufen ist.

Die Pseudo-Neuerungen sollen in den Markt gedrückt werden, um die höheren Preise für Originalpräparate erzielen zu können. Nehmen wir an,

ein Pharmareferent präsentiert mir ein neues Mittel, das den Blutdruck senkt. Ich habe aber schon sechs blutdrucksenkende Mittel, mit denen ich gut auskomme. Soll ich mir nun tatsächlich einreden lassen, das neue Mittel sei besser, nur weil es neu ist?

Klinisch relevant?

Nehmen wir an, es wird behauptet, die Behandlung durch das neue Medikament führe zu weniger Komplikationen. Die Risikoreduktion betrage 33 Prozent.

Damit ist in der Regel die „relative Risikoreduktion“ (RRR) gemeint. Sie beträgt beispielsweise 33 Prozent, wenn bei 100 in einem bestimmten Zeitraum beobachteten Patienten ohne Behandlung durch das Medikament 36 mal, mit Behandlung aber nur 24 mal Komplikationen auftreten. Dieselbe beeindruckende „relative Risikoreduktion“ ergäbe sich aber auch, wenn die Komplikationsrate von 9 auf 6 oder auch nur von 1,5 auf 1 gesenkt würde.

Deshalb ist es wichtig, stets nach der „absoluten Risikoreduktion“ (ARR) zu fragen – dem Wert, der angibt, bei wie vielen Patienten es einen Nutzen gibt. Bei der 36-zu-24-Relation beträgt die „absolute Risikoreduktion“ 12 Prozent. Das bedeutet, 12 von 100 Patienten haben gegebenenfalls einen Benefit. Bei der 9-zu-6-Relation wären es 3 Patienten. Bei der 1,5-zu-1-Relation ein halber (also keiner).

Je kleiner die *absoluten* Zahlen werden, die sich hinter der „relativen Risikoreduktion von 33 Prozent“ verbergen, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Medikament irgendeinen Effekt hat.⁴



Mehr Schaden als Nutzen?

Die „relative Risikoreduktion“ sagt also nichts über die klinische Relevanz aus. Sie sagt aber auch nichts darüber aus, wie viele Menschen unnötig medikamentös behandelt werden müssen, um bei einzelnen Patienten einen Vorteil zu erzielen.

Eine diesbezügliche Kenngröße ist die sogenannte NNT („number needed to treat“). Sie gibt die Zahl der Patienten an, die in einem definierten Zeitraum - in der Regel fünf Jahre - behandelt werden müssen, um ein Ereignis zu verhindern. Sie lässt sich bei Kenntnis der „absoluten Risikoreduktion“ leicht berechnen ($NNT = 100 : \text{absolute Risikoreduktion}$). Die NNT wäre also im ersten Fall $100 : 12 = 9$, im zweiten Fall wären es schon $100 : 3 = 33$.

Eine unnötige Behandlung birgt natürlich auch Risiken, gegen die der Nutzen abzuwägen ist. Dabei hilft die sogenannte NNH („number needed to harm“), die aussagt, bei wievielen von 100 Patienten Nebenwirkungen auftreten. Nehmen wir an, bei dem zweiten Beispiel (9 zu 6) sei die NNH 15, es treten also bei 15 von 100 Patienten Nebenwirkungen auf.

Das bedeutet: Bei 100 behandelten Patienten hätten 3 einen Nutzen, 33 Patienten müssten fünf Jahre behandelt werden, um ein Ereignis zu verhindern, und bei 15 würden Nebenwirkungen auftreten. Wer hätte das gedacht bei der (an sich richtigen!) Behauptung, es handle sich um eine „Risikoreduktion von 33 Prozent“?⁵

Auf meine Patienten übertragbar?

Nehmen wir an, die Nutzen/Schaden-Relation fällt günstiger aus. Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Patienten haben der Studie zufolge Vorteile durch das Medikament. Nun muss der Arzt überlegen, ob sich die Ergebnisse der Studie auf seine eigenen Patienten übertragen lassen. Hätte der Patient, den ich mit dem neuen Medikament behandeln will, überhaupt in die Studie gepasst? Hätte er den Kriterien entsprochen, nach denen die Patienten für die Studie ausgewählt wurden? Und falls ja: Hätte er zu jener Hälfte gehört, der das Medikament nützte?

Ein Beispiel: Ein neuer Wirkstoff reduziert bei Magenkranken nachgewiesenermaßen das Risiko einer Blutung. Bevor ich das Medikament meinem Patienten gebe, sollte ich aber

abklären: Besteht bei ihm überhaupt das Risiko einer Blutung? Ist er nicht risikobehaftet, kann ich ihn mit den alten Medikamenten weiterbehandeln.

Hochsignifikante Ergebnisse?

Eine beliebter Werbeparameter ist der p-Wert, die sogenannte Signifikanz. Signifikanz wird häufig angeführt, um die Überlegenheit einer Therapie gegenüber einer anderen zu demonstrieren. Hier wird dann mit „signifikanten p-Werten“ oder sogar „hochsignifikanten p-Werten“ argumentiert. Der p-Wert in einer Studie zeigt aber lediglich an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis zufällig, also ohne Aussagekraft auftrat. Ein p-Wert von 0,5 zeigt demnach an, dass ein beobachtetes Ergebnis mit 5-prozentiger Wahrscheinlichkeit zufällig auftrat. Das heißt, jedes zwanzigste Ergebnis war zufällig. Es handelt sich hier um rein statistische Aussagen, die nicht unbedingt einen klinischen Effekt oder kausalen Zusammenhang repräsentieren und deshalb mit großer Vorsicht zu betrachten sind.

Die hier angesprochenen Parameter sind Interpretationshilfen. Sie sagen noch nichts darüber aus, ob eine von der Industrie präsentierte Studie seriös angelegt und durchgeführt wurde (siehe dazu Seite 23). Dies zu recherchieren, ist für Ärzte ein mühseliges Unterfangen. Auch aus diesem Grunde ist es sinnvoll, sich die wissenschaftliche Kompetenz unabhängiger Fachzeitschriften zu Nutze zu machen.

Man sieht: Das Gespräch mit Pharmavertretern kann ebenso wie der Konsum von Werbefernsehen eine angenehme und anregende Beschäftigung sein. Doch der Erkenntnisgewinn rechtfertigt nicht immer den Zeitaufwand.

*Dr. med Klaus Voelker, Pharmakotherapieberater der KV Hamburg
Martin Niggeschmidt*

1. Angell M: Excess in the pharmaceutical industry. CMAJ Dec7, 2004; 1451-1453.
2. Wazana A: Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? JAMA 283/2000; 373-380
Bero L u.a.: Characteristics and impact of drug detailing for Gabapentin. PLoS Medicine 4(4) 2007, e134
3. Vgl: Ziegler MG, Lew P, Singer BC: The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. JAMA 272/1995; 1296-1298.
Kaiser T, Ewers H, Walthering A, Beckwermert D, Jennen C, Sawicki PT: Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt? Arznei-Telegramm 2/2004; 21-23.
4. Vgl: Meyer, FP: Wie kann man eine Therapiestudie industrieunabhängig beurteilen? KVH-Journal 2/2006; 14-15.
5. Neyer H: Interpretation klinischer Arzneimittelstudien. KVH-Journal 1/2006; 11-18.



Initiative für mehr Unabhängigkeit

Eine im Januar 2007 gegründete Initiative von Ärzten will dem Marketingdruck der Pharmaindustrie entgegenwirken. In Anspielung auf das kostenlose Essen bei pharma-gesponserten Fortbildungsveranstaltungen nennt sich die Initiative MEZIS - „Mein Essen zahl ich selbst“. MEZIS ist Teil des Netzwerkes „No free lunch“, das bereits in Ländern wie Italien, Großbritannien und den USA aktiv ist.

Die Mitglieder von MEZIS verpflichten sich per Aushang in ihren Praxen unter anderem dazu,

- keine Pharmareferenten zu empfangen,
- keine Arzneimittelmuster und Geschenke anzunehmen,
- keine Anwendungsbeobachtungen durchzuführen,
- und keine von Pharmafirmen gesponserte Praxissoftware zu benutzen.

Die Initiative fordert mehr Transparenz bei der Finanzierung von Fortbildungsveranstaltungen. Fortbildungspunkte sollen nur noch für Veranstaltungen vergeben werden, die nicht von Pharmafirmen gesponsert werden.

Nach Einschätzung von MEZIS ist die Beeinflussung des ärztlichen Verordnungsverhaltens durch Arzneimittelhersteller eine fundamentale Bedrohung des GKV-Systems.

Die KV Bayerns unterstützt die Initiative als korporatives Mitglied. Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 in Münster begrüßte die Gründung von MEZIS und forderte, die „einseitige, unvalidierte Information über Pharmaka“ zurückzudrängen.

www.mezis.de

Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Tel. Infocenter: 040 / 22802-900



1 Muss einem Patienten die Kassengebühr wieder zurückerstattet werden, wenn der Überweisungsschein nachgereicht wird?

Nein. Laut Bundesmantelvertrag § 18 Abs. 1 begründet die nachträgliche Vorlage einer Überweisung, einer Quittung oder eines Befreiungsausweises keinen Rückzahlungsanspruch.

2 Zu mir als Hausarzt kommen immer wieder Patienten mit der Bitte um eine Überweisung an einen Anästhesisten, weil ihr Zahnarzt bei ihnen Eingriffe in Narkose vornehmen will. Angeblich kann der Zahnarzt die Überweisung nicht ausstellen. Bin ich zur Ausstellung dieses Scheines verpflichtet?

Da Zahnärzte nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können sie unsere Formulare (hier das Muster 5: Überweisungsschein) tatsächlich nicht benutzen. Allerdings könnte der Zahnarzt dem Anästhesisten sein Anliegen und die Indikation formlos, zum Beispiel auf einem Privat Rezept, mitteilen. Der Anästhesist könnte dann mit Hilfe der Versicherungskarte einen Abrechnungsschein erstellen und die von ihm erbrachten Leistungen abrechnen. Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Erhebung der Praxisgebühr befreit, bei Erwachsenen würde er sie gegebenenfalls einziehen und die Nr. 80030 anschreiben.

Jenen Patienten, die im laufenden Quartal bereits 10 Euro entrichtet haben (zum Beispiel bei Ihnen), würden

Sie mit Ihrem Überweisungsschein an den Anästhesisten weitere 10 Euro ersparen.

3 Unsere Gemeinschaftspraxis wurde neulich von einer Apotheke darauf hingewiesen, dass aus einem Rezept erkennbar sein muss, wer es ausgestellt hat. Bisher hat der jeweils ausstellende Arzt das Rezept zusätzlich zum Praxiseindruck lediglich unterschrieben. Was ist richtig?

Das Arzneimittelrezept muss Name, Berufsbezeichnung und Anschrift der verordnenden Person enthalten. Das bedeutet, dass bei Gemeinschaftspraxen, in denen die Arztnamen auf dem Stempel vorhanden sind, dies zum Beispiel durch Ankreuzen

des verordnenden Arztes geschehen kann. Ist der Name des verordnenden Arztes nicht auf dem Stempel enthalten (große Praxis, MVZ o.ä.) muss der Name des Arztes zusätzlich angegeben werden.

4 Etliche meiner Patientinnen kommen mit der Auskunft ihrer Krankenkasse zu mir, dass die HPV-Impfung gegen Gebärmutterkrebs eine Kassenleistung sei. Stimmt diese Aussage?

Für Mädchen im Alter von 12-17 Jahren ist die HPV-Impfung eine Kassenleistung. Die Impfziffer ist die 89000, die Leistung wird mit 130 Punkten honoriert. Die Impfstoffanforderung erfolgt wie üblich auf Muster 16 zu Lasten der BEK unter Ankreuzen der Nr.8 Impfstoff.

5 Auch in der weiteren Umgebung Hamburgs soll es bereits FSME übertragende Zecken geben. Kann ich meine Patienten nun zu Lasten der Krankenkasse gegen FSME impfen?



Nein. Die FSME-Impfung ist nur dann eine Leistung der GKV, wenn der Patient sich in ein von der Ständigen Impfkommission benanntes FSME-Zecken-Endemiegebiet in Deutschland begibt. Eine Karte, auf der die FSME-Risikogebiete eingezeichnet sind, finden Sie unter: www.rki.de

6 Seit dem 1. April 2007 gibt es im EBM das Kapitel 36 für belegärztliche Operationen. In der Präambel steht, dass der präoperative Abschnitt außerhalb des Kapitels 36 abgebildet sind. Was bedeutet das?

Diese Leistungen wurden nicht in das Kapitel 36 übernommen. Die präoperativen Leistungen für belegärztliche Operationen können weiterhin aus dem Kapitel 31.1 des EBM in Ansatz gebracht werden.

7 Einer meiner Patienten hat eine infektiöse Krankheit hinter sich und ist nun wieder arbeitsfähig. Von ihm geht aber noch ein Ansteckungsrisiko aus. Was tun? Stelle ich eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus?

Nein. Dem Patienten wird vom Gesundheitsamt, das nach Erhalt der Infektionsmeldung eigene Ermittlungen beim Patienten anstellt, gegebenenfalls ein Beschäftigungsverbot erteilt. Für die Zeit des Beschäftigungsverbotes erhält der Versicherte Entgelt aus der Stadtkasse.

Verordnung von Krankentransport

Aufgrund wiederholter Anfragen möchten wir Sie darüber informieren, dass Sie für Patienten, die nicht gehfähig sind, nicht zwingend einen Krankentransportwagen verordnen müssen.

Wenn während der Fahrt eine medizinisch-fachliche Betreuung nicht notwendig ist, können Sie einen Mietwagen mit Krankenliege/Tragestuhl verordnen, der über keine medizinisch-technische Ausstattung und kein medizinisch geschultes Begleitpersonal verfügt. In diesen Fällen kreuzen Sie auf dem Vordruck „Verordnung einer Krankentransport“ die Kombination „Taxi/Mietwagen“, „liegend“ oder „Tragestuhl“ und „Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig“: „nein“ an.

Bitte orientieren Sie sich bei der Verordnung ausschließlich an der medizinischen Notwendigkeit, nur dafür tragen Sie die Verantwortung. Der Transporteur muss gewährleisten, dass der Patient sicher transportiert wird.



Hausarztzentrierte Versorgung: Wer ist von der Zahlung der Kassengebühr befreit?

Patienten müssen einen Nachweis ihrer Kasse über die Befreiung von der Kassengebühr vorlegen.

Auch Patienten, die am Hamburger Vertrag für „hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen, müssen durch einen Nachweis ihrer Krankenkassen belegen, dass sie von der Zahlung der Kassengebühr befreit sind.

Folgende Kassen haben erklärt, dass sie die teilnehmenden Patienten von der Kassengebühr befreien:

- Gmünder ErsatzKasse
- HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe
- Innungskrankenkasse Hamburg
- KEH-Ersatzkasse

Legt ein Patient, der bei einer dieser Kassen versichert ist, keine Bescheinigung über die Befreiung von der Kassengebühr vor, können Sie ihn darauf aufmerksam machen, dass er sich eine solche Bescheinigung von seiner Kasse holen kann.

Die teilnehmenden Versicherten der

- See-Krankenkasse

müssen weiterhin in jedem Fall die Kassengebühr zahlen. Hier erfolgt gegebenenfalls eine Erstattung über die bestehenden Bonusprogramme der See-Krankenkasse.

bz

Aus zwei mach eins!

Neuer Vordruck für Rehabilitationssport und Funktionstraining

Zum 1. Juli wird ein neuer Vordruck in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt: der Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport und Funktionstraining (Muster 56). Die Inhalte des Vordrucks wurden an die überarbeitete Rahmenvereinbarung über Rehabilitationssport und Funktionstraining angepasst. Dabei wurden die Vordrucke zum Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport (Muster 56) und für Funktionstraining (Muster 56) zu einem Vordruck zusammengefasst.

Den neuen Vordruck finden Sie auf der Internetseite der KBV unter:
www.kbv.de/themen/8563.html

AOK übernimmt Impfungen

Ab sofort übernimmt nun auch die AOK die Vierfachimpfung gegen MMRV (Abrechnungsnummer: 89440). Die Impfungen für Kinder gegen Meningokokken (Abrechnungsnummer 89120) und Pneumokokken (Abrechnungsnummer 89150) werden jetzt ebenfalls von der AOK übernommen.

Bundesmantelvertrag und Richtlinie zur KV-übergreifenden Tätigkeit im Internet

KBV sorgt für Klarheit beim VÄndG

Die KBV hat zwei Texte zur Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) ins Internet gestellt.

Unter www.kbv.de/rechtsquellen/2310.html finden Interessierte den Bundesmantelvertrag, unter www.kbv.de/10747.html die Richtlinie der KBV über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer KV übergreifenden Berufsausübung. Beide treten zum 1. Juli in Kraft.

Der Bundesmantelvertrag legt in § 14a (1) fest, dass ein Vertragsarzt künftig bis zu drei vollzeitbeschäftigte Ärzte (oder teilzeitbeschäftigte Ärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang ihrer Arbeitszeit drei vollzeitbeschäftigten Ärzten entspricht) anstellen kann. Erbringt er überwiegend

medizinisch-technische Leistungen, sind vier erlaubt, im Falle eines gut begründeten Antrags sogar mehr. Das VÄndG hatte lediglich festgeschrieben, dass die bisherige Regelung gelockert wird. Bislang waren die Anstellung eines Arztes in Vollzeit oder zweier Ärzte halbtags möglich gewesen. Der Bundesmantelvertrag definiert unter anderem die wesentlichen im VÄndG eingeführten Begriffe.

Die Richtlinie zur KV-übergreifenden Berufsausübung klärt beispielsweise Fragen der Abrechnung, Honorarbescheide, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung im Falle einer vertragsärztlichen Tätigkeit in mehreren KV-Regionen.

KBV

Neu in Hamburg:

Disease-Management-Programm Asthma/COPD

Das DMP Asthma/COPD startet zum 1. Juli 2007. Es sieht unter anderem erweiterte Schulungsmöglichkeiten für Patienten und eine verbesserte Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten vor. Eine besondere Berücksichtigung fand die Versorgung asthmabedingter Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen.

Neben der hausärztlichen/pädiatrischen „Versorgungsebene 1“ und der pneumologisch qualifizierten beziehungsweise besonders pädiatrisch qualifizierten „Versorgungsebene 2“ werden noch Krankenhäuser (Krankenhaus Großhansdorf) sowie Reha-Einrichtungen (Klinik Norddeich) in gesonderten Verträgen durch die Hamburger Krankenkassen eingebunden. Weitere Verträge stehen unmittelbar vor dem Abschluss. Einführungsveranstaltungen für Pädiater und Pneumologen sowie Fortbildungskurse sind in Vorbereitung. Wir werden Sie über Einzelheiten informieren, sobald die Vorbereitungen abgeschlossen sind.

Der Vertragstext ist auf der Website der KV Hamburg einsehbar. Dort finden Sie auch Informationen zur außerbudgetär gewährten Vergütung. www.kvhh.de (linke Navigationsleiste) Ärzte / Psychotherapeuten: DMP: DMP Asthma/COPD

Für die ab sofort mögliche Einschreibung benötigen Sie die Teilnahmeerklärung (Anlage 4 des Vertrages) sowie die Dokumentationsbögen, die am Empfang des Ärztehauses erhältlich sind.

Die inhaltlich zu erfüllenden Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Anlagen 1a/b für die Versorgungsebene 1 sowie den Anlagen 2a/b für die Versorgungsebene 2, welche im Internet zu finden sind. Gleichzeitig mit der Teilnahmeerklärung können Sie sich auch als Schulungsarzt anmelden.

Wir empfehlen im Hinblick auf die ab dem 1. April 2008 bestehende Verpflichtung schon jetzt die Teilnahme am elektronischen DMP (eDMP). Benötigt wird dazu eine Praxissoftware mit DMP-tauglichem Modul, das von der KBV zertifiziert wurde. Auch dazu finden Sie nähere Informationen im Internet:

www.kvhh.de (linke Navigationsleiste) Ärzte / Psychotherapeuten: DMP: eDMP

Als Datenstelle arbeitet wie bei den anderen Hamburger DMPs die Firma „Inter Forum Data Service“ in Leipzig.

Höhere Vergütungen für DMP Koronare Herzkrankheit

Für einige Schulungen zur Durchführung des Disease Management Programms der Indikation koronare Herzkrankheit wurden die Vergütungen angehoben. Die neuen Honorare finden Sie im Internet unter:

www.kvhh.de (linke Navigationsleiste) Ärzte / Psychotherapeuten: DMP: DMP KHK: herunterladen: Alle für den Hamburger Vertrag wichtigen Informationen: Abrechnungsnummern / Euro-Beträge

Datenstelle kann alte DMP-Vordrucke nicht mehr annehmen

Wir bitten Sie, für die Disease Management Programme der Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzkrankheit und Brustkrebs nur noch die neuen, seit September 2006 gültigen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen zu benutzen, auf denen der Patient jeweils nur noch eine Unterschrift leisten muss. Die Formulare sind am Empfang des Ärztehauses erhältlich.

Die Datenstelle kann die alten Vordrucke nicht mehr annehmen, da das Bundesversicherungsamt bei einer späteren Prüfung die alten Formulare beanstanden wird. Bitte setzen Sie nur noch die neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen ein und vernichten Sie die alten Vordrucke!

*Ansprechpartner:
Hotline der Datenstelle
0341 / 259 20-43*

Die neuen Wahltarife ...

... haben für den Praxisalltag vor allem einen Effekt: Es wird mehr gesetzlich versicherte Patienten geben, die Kassenleistungen selbst bezahlen wollen.

Bei einigen der seit April 2007 angebotenen GKV-Wahltarifen können die Versicherten Geld sparen, wenn sie keine ärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen oder die Kosten bis zu einem bestimmten Betrag selbst übernehmen. Die Vertragsärzte werden es also künftig vermehrt mit GKV-Patienten zu tun haben, die bestimmte Kassenleistungen selbst bezahlen wollen.

Die Möglichkeit, sich als GKV-Patient privat behandeln zu lassen, hat es bereits vor der Gesundheitsreform gegeben – unabhängig von den neuen Wahltarifen. Folgende Fallkonstellationen sind denkbar:

- Der GKV-Patient äußert den

ausdrücklichen Wunsch, als Privatpatient behandelt werden, und zwar in vollem Umfang oder für einen Teil der Leistungen. So kann er zum Beispiel wünschen, dass die ärztliche Leistung privat, die Verordnung von Arzneimitteln aber über seine Krankenkasse abgerechnet wird.

- Der GKV-Patient wünscht ganz oder zum Teil Leistungen, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören.
- Der GKV-Patient wünscht Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, die in dem konkreten Behandlungsfall nicht zweckmäßig oder erforderlich im Sinne des

Wirtschaftlichkeitsgebotes sind (Wunschbehandlung).

Wichtig ist, dass der Arzt vor Beginn einer solchen Privatbehandlung mit dem GKV-Patienten eine schriftliche Vereinbarung abschließt (§ 18 Abs. 8 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 8 BMV Ärzte/Ersatzkassen).

Um Ihnen die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu erleichtern, haben wir ein Musterformular entwickelt, das Sie von Ihrem Patienten ausfüllen lassen können (siehe nebenstehende Seite). Wir empfehlen Ihnen, eine Kopie des von Ihnen und dem Patienten unterschriebenen Formulars in der Patientenakte zu hinterlegen.

Kostenerstattung nach § 13 SGB V

Abgesehen von der variablen Kostenerstattung, die als einer der neuen Wahltarife angeboten wird, gibt es für GKV-Versicherte bereits seit längerem die Möglichkeit, Kostenerstattung nach § 13 SGB V zu wählen. Auch dabei entscheidet sich der GKV-Patient dafür, die Behandlung zunächst selbst zu zahlen. Allerdings bekommt der Versicherte bei der Kostenerstattung nach § 13 SGB V höchstens so viel Geld erstattet, wie die Kasse für die entsprechende Sachleistung ausgegeben hätte.

Durch die Gesundheitsreform wurden dem behandelnden Arzt mehr Informations- und Dokumentationspflichten auferlegt. Er hat Patienten, die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt haben, darauf hinzuweisen, dass sie die Arztrechnung in voller Höhe bezahlen müssen - unabhängig davon, dass die Krankenkasse nur einen Teil der Privatliquidation übernehmen wird. Die Patienten wiederum müssen dem Arzt gegenüber schriftlich bestätigen, dass sie diese Beratung erhalten haben.

Ein Musterformular zur Umsetzung dieser neuen Vorgaben finden Sie auf der übernächsten Seite. Wir empfehlen Ihnen, eine Kopie des von Ihnen und dem Patienten unterschriebenen Formulars in der Patientenakte zu hinterlegen.

**Kopiervorlage
„Wahlentscheidung zur privat-
ärztlichen Behandlung“**

**Die Kopiervorlage
„Wahlentscheidung zur Kosten-
erstattung nach § 13 SGB V“
finden Sie auf der
übernächsten Seite.**

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung

gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw.
§ 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen

Ich wünsche, durch meine behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin / meinen behandelnden Arzt/Psychotherapeuten die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

.....

.....

.....

Dieser Wunsch ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war dabei folgender Sachverhalt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung
- ☐ Die von mir gewünschten Leistungen sind zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Ich bestätige Frau/Herrn Dr. hiermit, dass sie/er mir ausführlich erläutert hat,

- wie sie/er meine Erkrankung/meine Beschwerden zu Lasten meiner Krankenkasse behandeln kann und
- welche Behandlungsmöglichkeiten es noch gibt, die aber keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind, weil sie nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 des Sozialgesetzbuches V entsprechen oder nicht zu Lasten meiner Krankenkasse erbracht werden dürfen.

Ich habe mich freiwillig für die Behandlungsmöglichkeit als Privatpatient entschieden. Die Rechnung über diese Behandlung nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werde ich nach Zugang bezahlen. Mir ist bekannt, dass ich als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse auf diese Privatrechnung und für privat verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel keine Kostenerstattung von meiner Krankenkasse erhalten kann.

.....
(Ort)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten)

.....
(Unterschrift des
Arztes/Psychotherapeuten)

Erklärung über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung

nach § 13 Abs. 2 SGB V
(vom Patienten auszufüllen)

Name:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Ich erkläre hiermit, dass ich von der Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V Gebrauch machen will. Meine Krankenkasse habe ich von der Inanspruchnahme dieses Wahlrechts bereits unterrichtet. An die Wahl der Kostenerstattung bin ich ein Jahr gebunden.

Mir ist bekannt, dass ich für die von mir beanspruchten ärztlichen Leistungen von meiner behandelnden Ärztin/Psychotherapeutin / meinem behandelnden Arzt/Psychotherapeuten eine Privatliquidation auf der Grundlage der GOÄ erhalte. Für diese Rechnung bin ich unabhängig von der Erstattung meiner Krankenkasse **in voller Höhe** zahlungspflichtig. Mir ist bekannt, dass die Erstattung meiner Krankenkasse nicht den vollen Betrag der Privatliquidation erreicht.

Meine Wahlentscheidung gilt für (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ sämtliche ärztliche/psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen
- ☐ sämtliche Verordnungen

Sollte ich meine Wahlentscheidung gegenüber meiner Krankenkasse nach Ablauf eines Jahres widerrufen, werde ich meine behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin / meinen behandelnden Arzt/ Psychotherapeuten unverzüglich schriftlich informieren. Bis zum Zugang dieser Information bin ich an diese Erklärung gebunden.

.....
(Ort)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten)

.....
(Unterschrift des
Arztes/Psychotherapeuten)

Kopiervorlage Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach § 13 SGB V

(Siehe Text auf Seite 16)

Abgabe der Abrechnungsunterlagen II. Quartal 2007

Montag, 2. Juli 2007 bis Montag, 16. Juli 2007
im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Montag bis Freitag von 7.00 bis 16:30 Uhr und Samstag von 7.00 bis 13.00 Uhr

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

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet. Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten können

die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

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

wa

Fehlerhafte Abrechnungsdisketten

Verfrühtes Entnehmen der Diskette führt zu Schreibfehlern.

Bitte kontrollieren Sie den Inhalt des Abrechnungsdatenträgers.

Die KV Hamburg und auch andere KVen hatten im 1. Quartal 2007 sehr viel häufiger mit defekten Abrechnungsdisketten zu kämpfen als sonst.

Ursache war in den meisten Fällen ein CRC-Fehler, was bedeutet, dass die Abrechnungsdateien fehlerhaft oder unvollständig waren und deshalb in der KV nicht verarbeitet werden konnten. Es ist zu vermuten, dass die Probleme mit dem Kryptomodul und dem sogenannten Laufwerks-Cache zusammenhängen. Die Abrechnungsdisketten wurden in der Praxis nach augenscheinlich abgeschlossener

Übertragung der Abrechnung aus dem Laufwerk genommen, obwohl der Laufwerks-Cache noch Daten zu übergeben hatte. Somit konnte die Abrechnungsdatei nicht ordnungsgemäß abgeschlossen werden.

Die KBV ist bemüht, das Problem durch Etablierung von Pufferzeiten während des Verschlüsselungsvorgangs weitgehend zu lösen. Da dies erst mit dem Update für das 3. Quartal 2007 möglich sein wird, sollte bei der Erstellung der Quartalsabrechnung II /2007 unbedingt darauf geachtet

werden, dass die Leuchte am Diskettenlaufwerk erloschen ist, bevor der Datenträger aus dem Laufwerk entnommen wird. Sinnvoll ist die anschließende Kontrolle in der Praxis, ob die Abrechnungsdiskette eine Datei realistischer Größe (bei 1000 abgerechneten Scheinen etwa 500 KB) enthält.

Die sichere Alternative zur Diskette ist, als Abrechnungsdatenträger eine CD zu brennen - leider bieten einige Softwarehäuser diese Möglichkeit nicht an.

ps

Vertrag über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

**im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V
in Verbindung mit § 73 c SGB V**

zwischen der

BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD

- vertreten durch den BKK - Landesverband NORD -
dieser vertreten durch den Vorstand
Süderstraße 24
20097 Hamburg

- nachfolgend BKK-VAG NORD genannt -

und der

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

- vertreten durch den Vorstand -
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

- nachfolgend KV Hamburg genannt -

Präambel

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen. Die vertragsschließenden Parteien verfolgen mit dieser Vereinbarung das Ziel

- Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen,
- Schulungen einzelner Versicherten zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potentiell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Hautärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebserkrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

§ 1 Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Hamburg.

§ 2 Anspruchsberechtigter Personenkreis

Dieser Vertrag gilt für alle Versicherten der Betriebskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der BKK-VAG NORD gemäß Anlage 1 erklärt haben.

§ 3 Zur Durchführung berechnigte Vertragsärzte

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung gem. § 4 dieses Vertrages, muss der Arzt im Bereich der KV Hamburg als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zugelassen oder als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in einem hier zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum tätig sein.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2) hat einmal jährlich Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (§ 3); diese umfasst
 - a.) die Anamnese
 - b.) eine körperliche Untersuchung, sofern erforderlich einschließlich Auflichtmikroskopie (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute), Gesamthautuntersuchung, Hauttypbestimmung
 - c.) die vollständige Dokumentation
- (2) Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen, dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinzuweisen.
- (3) Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.
- (4) Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.
- (5) Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten – mit Einverständnis des Patienten/der Patientin – dem/den weiterbehandelnden Arzt/Ärzten zur Verfügung stellen.

§ 5 Vergütung

Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen vergüten dem Vertragsarzt für die Durchführung der Leistungen nach § 4 dieses Vertrages einen pauschalen Betrag in Höhe von 21,00 EUR (Abrechnungs-Nummer 94500). Damit ist eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ausgeschlossen.

§ 6 Abrechnungsverfahren

- (1) Die erbrachten Leistungen gem. § 4 dieses Vertrages sind von den Vertragsärzten über die KV Hamburg abzurechnen.
- (2) Die Leistungen werden im Formblatt 3 für die an diesem Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen unter der Kontenart 400 erfasst.
- (3) Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen können quartalsweise die abgerechneten Leistungen mittels des Formblatt 3-Viewers einsehen.
- (4) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg, der Zahlungsstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.
- (5) Die Vergütung erfolgt außerbudgetär. Eine Bereinigung der kopfpauschalisierten Gesamtvergütung findet nicht statt.

§ 7 Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht sowie das Sozialgeheimnis unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 8 Beitritt anderer Betriebskrankenkassen

Der Beitritt weiterer Betriebskrankenkassen zu diesem Vertrag ist nur im Einvernehmen der Vertragspartner möglich.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am Nächsten kommen.

§ 10 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.06.2007 in Kraft.
- (2) Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende und ist frühestens zum 31.12.2007 möglich.
- (3) Wenn die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung gem. § 4 dieses Vertrages Teil der Regelversorgung wird, endet dieser Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung einer der Vertragsparteien bedarf.

Hamburg, den 30.05.07

BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD
gez. Schurwanz

KV Hamburg
gez. Plassmann

Anlage1: Liste der am Vertrag „Hautkrebsvorsorge“ teilnehmenden Betriebskrankenkassen der BKK-VAG NORD

	Betriebskrankenkasse	Straße	PLZ	Ort
1	BKK 24	Am Ziegeleiweg 3	31683	Obernkirchen
2	advita BKK	Johann-Klein-Straße 6	67227	Frankenthal
3	BKK AESCULAP	Jetterstraße 13	78532	Tuttlingen
4	BKK AHLMANN	Postfach 730	24751	Rendsburg
5	BKK Aktiv	Universitätsstraße 43	44789	Bochum
6	BKK Akzo Nobel - Bayern -	Glanzstoffstraße	63785	Obernburg
7	BKK ALLIANZ	Wotanstraße 88	80639	München
8	BKK Altenloh, Brinck & Co	Kölner Straße 71-77	58256	Ennepetal
9	BKK ANKER-LYNEN-PRYM	Zweifaller Straße 130	52224	Stolberg
10	ATLAS BKK	Hastedter Heerstraße 290	28207	Bremen
11	Audi BKK	Ettinger Straße 70	85057	Ingolstadt
12	Autoclub BKK	Blutenburgstraße 66	80636	München
13	BKK Axel Springer	Fuhrentwiete 10	20350	Hamburg
14	BKK Barmag-Steinmüller	Leverkuser Straße 65	42897	Remscheid
15	BAYER BKK	Ludwig-Erhard-Platz 1	51373	Leverkusen
16	BKK Beiersdorf AG	Unnastraße 20	20253	Hamburg
17	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Straße 214	33311	Gütersloh
18	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23a	61476	Kronberg
19	Brose BKK	Ketschendorfer Straße 44	96450	Coburg
20	BKK BVM	Sachsenfeld 4	20097	Hamburg
21	BKK Continental	Walderseestraße 6	30163	Hannover
22	Die Continentale BKK	Ruhrallee 92	44139	Dortmund
23	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18	56073	Koblenz
24	BKK DELPHI	Blombachstraße 8	42369	Wuppertal
25	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Straße 82-84	47051	Duisburg
26	BKK Dematic	Ruhrstraße 11	58300	Wetter
27	BKK der Hansestadt Lübeck	Zur Sägemühle 1	23558	Lübeck
28	BKK Deutsche Bank AG	Klosterstraße 24-28	40211	Düsseldorf
29	BKK Deutsche BP Aktiengesellschaft	Pawikerstraße 30	45877	Gelsenkirchen
30	DRÄGER & HANSE BKK	Doberaner Straße 114	18057	Rostock
31	Energie-BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
32	BKK ESSANELLE	Postfach 11 01 28	40501	Düsseldorf
33	ESSO BKK	Kapstadtring 2	22297	Hamburg
34	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Straße 62	52525	Heinsberg
35	BKK Faber-Castell & Partner	Bahnhofstraße 45	94209	Regen
36	BKK firmus	Gottlieb-Daimler-Straße 11	28237	Bremen
37	Ford BKK	Geestemünder Straße 48	50725	Köln
38	FORTISNOVA-BKK gesund & aktiv	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen
39	BKK Freudenberg	Höhnerweg 2-4	69469	Weinheim
40	BKK futur	Girmesgath 5	47803	Krefeld
41	G+H BKK	Bürgermeister-Grünzweig-Straße 1	67059	Ludwigshafen
42	BKK Gaenslen & Völter	Friedrich-Herrmann-Straße 3	72555	Metzingen
43	Gemeinsame BKK Nordrh.-Westf. Köln	Jakordenstraße 18-20	50668	Köln
44	BKK Gesundheit	Wiener Platz 6	01069	Dresden
45	BKK Gildemeister Seidensticker	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
46	BKK Gruner + Jahr	Beethovenstraße 7	25524	Itzehoe
47	BKK für Heilberufe	Schiess Straße 43	40549	Düsseldorf
48	BKK Herford Minden Ravensburg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
49	BKK Hochrhein-Wiesental	Karlstraße 3	79618	Rheinfelden
50	BKK Hoesch	Kirchderner Straße 47-49	44145	Dortmund
51	HypoVereinsbank BKK	Arnulfstraße 27	80335	München
52	BKK IHV	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden
53	INOVITA BKK	Graf-von-Galen-Ring 37	58095	Hagen
54	BKK Krups/Zwilling	Focher Straße 64	42719	Solingen
55	ktpBKK	Kurfürstenstraße 58	45138	Essen
56	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Straße 18	65189	Wiesbaden
57	LOGISTIK BKK	Betenstraße 19	44137	Dortmund
58	BKK der MAHLE GmbH	Pragstraße 26-46	70376	Stuttgart
59	BKK MAN und MTU München	Karlsfelder Straße 209e-f	80995	München
60	BKK Mannesmann	Rather Kreuzweg 106	40472	Düsseldorf
61	MDBKK (Mitteldeutsche BKK)	Bahnhofstraße 13	06217	Merseburg
62	BKK MEDICUS	Ledenweg 2	01445	Radebeul
63	BKK Merck	Frankfurter Straße 133	64293	Darmstadt
64	METRO AG Kaufhof BKK	Hansaring 97	50670	Köln
65	mhplus BKK	Franckstraße 8	71636	Ludwigsburg
66	BKK Miele	Carl-Miele-Straße 29	33332	Gütersloh
67	BKK MOBIL OIL	Steinstraße 5	20095	Hamburg
68	Neckermann-BKK	Hugo-Junkers-Straße 5	60386	Frankfurt
69	neue bkk	St.-Pöltener-Straße 37	89522	Heidenheim
70	BKK NORDDEUTSCHE AFFINERIE	Hovestraße 50	20539	Hamburg
71	NOVITAS Vereinigte BKK	Schifferstraße 92-100	47059	Duisburg

	Betriebskrankenkasse	Straße	PLZ	Ort
72	BKK Oechsler	Matthias-Oechsler-Straße 9	91522	Ansbach
73	BKK Ost-Hessen	Schloß 12	63607	Wächtersbach
74	BKK PFAFF	Pirmasenser Straße 132	67655	Kaiserslautern
75	BKK Pfalz	Lichtenbergerstraße 16	67059	Ludwigshafen
76	BKK Philips	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
77	BKK PHOENIX	Harburger Ring 10	21073	Hamburg
78	BKK Provita	Eschenstraße 25, III. Stock	90441	Nürnberg
79	BKK PUBLIK	Thiestraße 15	38226	Salzgitter
80	BKK R + V	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
81	BKK Rheinland	Am Schickshof 7	53123	Bonn
82	BKK Rieker.Ricosta.Weisser	Stockacher Straße 4-6	78532	Tuttlingen
83	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
84	BKK Sachsen-Anhalt	Thalheimer Straße 59	06766	Wolfen
85	Salus BKK	Siemensstraße 5a	63263	Neu-Isenburg
86	BKK Salzgitter	Thiestraße 15	38226	Salzgitter
87	BKK Scheufelen	Neue Straße 95	73230	Kirchheim/Teck
88	BKK SCHOTT-ZEISS	Rheinallee 143	55120	Mainz
89	BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	Löhrstraße 45	78647	Trossingen
90	Schwenninger BKK	Spittelstraße 50	78056	Villingen-Schwenningen
91	BKK S-H	Stadtstraße 10	25348	Glückstadt
92	Shell BKK/LIFE	Suhrenkamp 59	22335	Hamburg
93	SIGNAL IDUNA BKK	Postfach 103445	44034	Dortmund
94	SKD BKK	Gunnar-Wester-Straße 12	97421	Schweinfurt
95	Südzucker-BKK	Philosophenplatz 1	68165	Mannheim
96	TAUNUS BKK	Wächtersbacher Straße 89	60386	Frankfurt am Main
97	BKK Technoform	Weender Landstraße 94-108	37075	Göttingen
98	BKK Textilgruppe Hof	Fabrikzeile 21	95028	Hof
99	BKK der Thüringer Energieversorgung	Schwerborner Straße 33	99086	Erfurt
100	BKK TUI	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
101	BKK umedia	Schutterwälder Straße 4	77656	Offenburg
102	BKK UPM	Georg-Haindl-Straße 5	86153	Augsburg
103	Vaillant BKK	Bahnhofstraße 15	42897	Remscheid
104	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
105	BKK Vereinigte Dt. Nickel-Werke AG	Rosenweg 15	58239	Schwerte
106	BKK der VICTORIA und D.A.S.	Fischerstraße 8	40477	Düsseldorf
107	BKK Vita - Dyckerhoff & Partner	Hagenauer Straße 42	65203	Wiesbaden
108	BKK Vital	Giulinistraße 2	67065	Ludwigshafen
109	BKK Voralb HELLER*LEUTZE*TRAUB	Neuffener Straße 54	72622	Nürtingen
110	BKK Waldrich Coburg	Hahnweg 116	96450	Coburg
111	BKK Werra-Meissner	Sudetenlandstraße 2a	37269	Eschwege
112	BKK der Wieland-Werke AG	Graf-Arco-Straße 34	89079	Ulm
113	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofsstraße 19	34212	Melsungen
114	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen
115	BKK Würth	Gartenstraße 11	74653	Künzelsau
116	BKK Württ. Schw. vom Roten Kreuz	Relenbergstraße 90	70174	Stuttgart
117	BKK ZF & Partner	Charlottenstraße 2	88045	Friedrichshafen

Hautkrebsvorsorge-Vertrag AOK

Der Vertrag über die Durchführung einer Hautkrebsvorsorgeuntersuchung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der **KV Hamburg** und der **AOK Rheinland/Hamburg** ist auf der Homepage der KV Hamburg veröffentlicht.

www.kvhh.de (linke Navigationsleiste) Ärzte / Psychotherapeuten: Weitere Versorgungsformen: Hautvorsorge

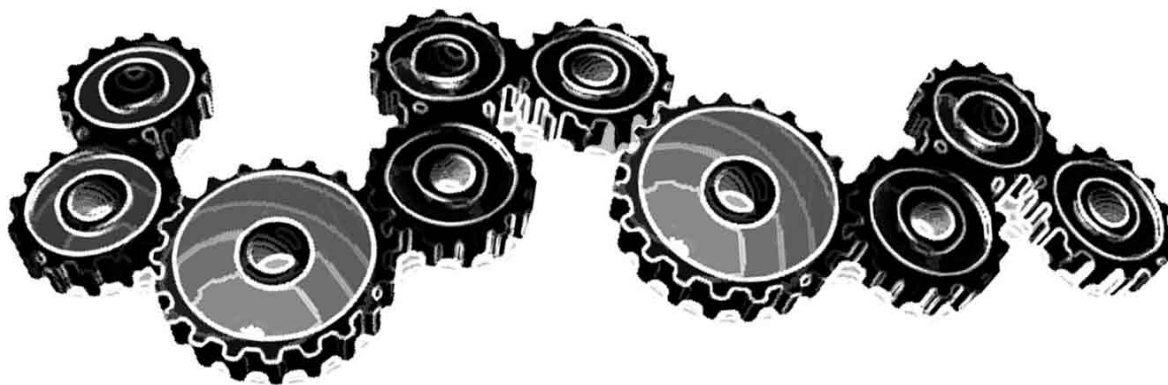
DMP Asthma/COPD Vertrag ab 1. Juli 2007

Der Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Asthma beziehungsweise COPD vom 1. Juli 2007 ist auf der Homepage der KV Hamburg veröffentlicht.

www.kvhh.de (linke Navigationsleiste) Ärzte / Psychotherapeuten: DMP: DMP Asthma/COPD

Bitte beachten Sie, dass bei Redaktionsschluss das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen war, so dass das Inkrafttreten der Verträge unter dem Vorbehalt der Beendigung des Unterschriftenverfahrens steht.

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, den Vertrag im Internet einzusehen, hilft Ihnen unsere Fachabteilung gerne weiter. Ansprechpartnerin: Frau Schöppich, Tel: 22803-381



Qualitätsmanagement-Offensive

Die Qualitätsmanagement-Kommission plant eine Bestandsaufnahme zum QM-Stand in den Hamburger Praxen. Im Vordergrund steht aber nicht Kontrolle, sondern kollegiale Hilfestellung.

Drei Viertel der vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeschriebenen Planungsphase zur Einführung von Qualitätsmanagement in den Arztpraxen ist mittlerweile vorbei. In den nächsten Monaten soll eine erste Bestandsaufnahme durchgeführt werden, die zeigt, wie weit die Planungen in den Hamburger Praxen gediehen sind.

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sieht die Einrichtung von QM-Kommissionen in jeder KV vor. Das Gremium soll jährlich mindestens 2,5 Prozent der KV-Mitglieder in zufällig ermittelten Stichproben per Fragebogen zur Darlegung des QM-Standes in ihren Praxen auffordern.

In Hamburg hat sich die Qualitätsmanagement-Kommission im März 2007 konstituiert. Voraussetzung für

die Mitarbeit in der QM-Kommission sind profunde Kenntnisse verschiedener gängiger Qualitätsmanagement-Systeme und eigene Erfahrungen durch die Anwendung mindestens eines dieser Systeme in der eigenen Praxis. In der Hamburger Qualitätsmanagement-Kommission sind entsprechend geschulte und erfahrene fachärztlich, hausärztlich und psychotherapeutisch tätige Mitglieder vertreten.

Ab Oktober 2007 sollen erste Stichproben gezogen werden. Bei Fragebögen, aus denen ersichtlich wird, dass in der Praxis noch unzureichende QM-Planungsmaßnahmen ergriffen wurden, tritt die QM-Kommission beratend und unterstützend in Aktion.

Die Kommissionsmitglieder haben keine Sanktionsmöglichkeiten und legen Wert darauf klarzustellen, dass im Vordergrund ihrer Tätigkeit

die kollegiale Hilfestellung steht. Bei der Entscheidung für das individuell „richtige“ Qualitätsmanagement-System, bei Fragen zur Implementierung eines Praxis-QM's oder bei der Kosten-/Nutzenabwägung eines vom Praxisinhaber eventuell ins Auge gefassten QM-Systems kann die Kommission den KV-Mitgliedern hilfreich zur Seite stehen – und das, anders als bei Inanspruchnahme einer Beraterfirma, kostenlos und mit praktischem ärztlichem/psychotherapeutischem Sachverstand.

Auch Praxisinhaber, die nicht von der Stichprobe erfasst werden, haben die Möglichkeit, eine qualifizierte kollegiale Beratung zum Thema QM zu erhalten. Der Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen der QM-Kommission wird über die Mitarbeiterinnen der Abteilung Qualitätsmanagement der KV Hamburg hergestellt, die das QM-Gremium bei dessen Arbeit logistisch und administrativ unterstützt.

Da alle QM-Kommissionsmitglieder im turbulenten Praxisalltag stehen, wird bei einem Wunsch nach Kontaktaufnahme darum gebeten, sich an die Mitarbeiterinnen der Abteilung Qualitätsmanagement der KV Hamburg zu wenden. Die KVH-Mitarbeiterinnen stehen den Praxen darüber hinaus – wie auch schon in der Vergangenheit – jederzeit für Beratungen und Fragen zur Verfügung.

Ansprechpartner:

Ursula Dudziak Tel. 22802-633

Katrin Jürgen Tel. 22802-847

Michaela Puschmann Tel. 22802-894

Zeitrahmen

Die Pflicht zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements in allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen ist im Sozialgesetzbuch V festgelegt.

Die Richtlinien hierfür wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss formuliert. Im Januar 2006 begann die zweijährige Planungsphase, in der die Praxen Zeit für die Orientierung und Vorbereitung haben. Danach folgt eine ebenfalls zweijährige Umsetzungsphase, in der ein Qualitätsmanagement-System eingeführt werden soll. Zuletzt ist eine einjährige Phase der „Selbstüberprüfung“ vorgesehen. Für alle Ärzte, die sich erst nach Januar 2006 niedergelassen haben, gelten diese Zeiträume ab dem Datum der Niederlassung.

Prüfung der Ultraschall-Dokumentationen

Bitte unbedingt beachten: Sonographische Untersuchungen der Säuglingshüfte müssen nach genauen Vorgaben dokumentiert werden.



Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V regelt seit dem 1. April 2005 die Dokumentation sonographischer Untersuchungen der Säuglingshüfte mit dem Ziel, eine gleichbleibende Untersuchungsqualität zu gewährleisten.

Jeder an der Vereinbarung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, sich regelmäßig jeweils innerhalb von 24 Monaten einer Überprüfung der ärztlichen Dokumentation zu unterziehen. Hierzu wird die KV Hamburg von jedem teilnehmenden Arzt 12 Ultraschalldokumentationen von Untersuchungen der Säuglingshüften anfordern. Überprüft wird die bildliche und die schriftliche Dokumentation.

Die bildliche Dokumentation muss folgende Informationen enthalten:

- Patientenidentifikation (Name, Geburtsdatum, Untersuchungsdatum)
- Darstellung der Hüfte aus zwei unterschiedlichen, zeitverschiedenen Einstellungen
- Darstellung der Messlinien auf einem der zwei Bilder
- Seitenbezeichnungen auf jedem Bild
- Abbildungsverhältnis 1:1,7
- Darstellung in Standardebene nach Graf (Ausnahme: Schienerversorgte Luxationshüften, wenn ausreichend schriftlich begründet)
- Deutliche Darstellung des Unterandes des os ilium mit knöchernem und ggf. knorpeligen Erker, des mittleren Pfannendachbereiches (in korrekter Schnittebene) und des labrum acetabulare
- Gerade Abbildung des os ilium parallel zum Bildrand
- Winkelbefunde (Alpha-Winkel und Beta-Winkel) auf Grundlage der Auswertung jeweils eines Bildes pro Gelenkseite
- Name des Untersuchers

Die Bilddokumentationen müssen in Form von Ausdrucken vorgelegt werden. Dokumentationen auf Video, Diskette und CD sind nicht zulässig.

Die schriftliche Dokumentation muss nach den sogenannten „Kinder-Richtlinien“ erfolgen und - für jede Hüfte getrennt - folgende Informationen enthalten:

- Anamnese
- Stabilität des Hüftgelenks
- Abspreizhemmung
- Hüfttyp nach Graf
- Alpha-Winkel und Beta-Winkel jeder Gelenkseite
- Diagnostische und therapeutische Konsequenzen:
 - Kontrolluntersuchung
 - Behandlungsempfehlung „breit wickeln“
 - Behandlungsempfehlung „Krankengymnastik“
 - Behandlungsempfehlung „Spreizbehandlung“
 - andere Behandlungsempfehlung

Wir bitten Sie, die aufgeführten Mindestanforderungen bei der Erstellung der Dokumentationen sorgfältig zu beachten, da wir die Prüfung genau nach den in der Ultraschallvereinbarung festgelegten Kriterien durchführen müssen.

Ansprechpartner:
Birgit Gaumnitz
 Tel. 22802-886 (Mo - Do)
Kay Siebolds
 Tel. 22802-478 (Mo - Fr)

Atypische Neuroleptika

Wo bleibt die Überlegenheit bei industrieunabhängigen Studien?

Nachdem die mit 1.463 Patienten erste groß angelegte, industrieunabhängige CATIE-Studie zur Effektivität so genannter „atypischer“ Antipsychotika versus Perphenazin keine statistisch signifikante Überlegenheit der „Atypika“ gegenüber dem herkömmlichen Perphenazin (zum Beispiel Decentan®, Generika) ergab (siehe bei ¹⁾), stellen in rascher Folge weitere (industrieunabhängige) Studien den Mythos der Überlegenheit der so genannten „Atypika“ erheblich in Frage.

Eine finnische Gruppe verglich (ähnlich CATIE) die Abbruchraten der medikamentösen Therapie, die stationären Wiederaufnahmen und die allgemeine Mortalität unter einer Monotherapie mit den zehn in Finnland gebräuchlichsten Antipsychotika zwischen 1995 und 2001².

Von den untersuchten Antipsychotika erwiesen sich Clozapin (zum Beispiel Elcrit®, Leponex®, Generika), Perphenazin-Depot und Olanzapin (Zyprexa®) hinsichtlich der Behandlungstreue und Vermeidung von Wiederaufnahmen allen anderen untersuchten Medikamenten einschließlich Haloperidol (zum Beispiel Haldol®, Generika) überlegen.

In der Diskussion der Ergebnisse befassen sich die Autoren mit einigen methodischen Aspekten ihrer Studie. Dem Argument, den niedrigeren Abbruch- und Rehospitalisierungsraten unter Perphenazin-Depot und Clozapin könnte ein Selektionseffekt im Rahmen der nicht randomisierten Beobachtungsstudie zugrunde liegen, wird entgegengehalten, dass insbesondere Perphenazin-Depot bei Patienten mit schlechter Compliance eingesetzt wird, sodass die Ergebnisse nicht durch einen Selektionseffekt zu erklären sind.

Bezüglich des signifikant höheren Risikos, dass Patienten eine initiale Medikation mit Haloperidol im Unterschied zu Clozapin und Perphenazin-Depot absetzen, verweisen die

Autoren darauf, dass dies bei den verwendeten Dosierungen von Haloperidol (Median der Dosierung 8 mg/Tag) nicht auf eine zu hohe Dosierung dieses herkömmlichen Neuroleptikums zurückzuführen sei. Dazu ist allerdings einschränkend zu bemerken, dass mit Haloperidol-Dosierungen von 8 mg/Tag nach den PET-Untersuchungen der Gruppe um Fardè vom Karolinska Institut in Stockholm die für extrapyramidale Nebenwirkungen (EPS) kritische Schwelle einer Blockade von > 80% der striatalen Dopamin-D2-Rezeptoren bereits überschritten wird, was die ungünstige Compliance der Haloperidol-Patienten in der Studie erklären könnte.

Bezüglich des Rehospitalisierungsrisikos erwies sich von den drei Medikamenten mit dem niedrigsten Risiko das herkömmliche Perphenazin-Depot mit einer 41%igen Risikoreduktion gegenüber Clozapin (28%) und Olanzapin (27%) als die Substanz, unter der es zu den wenigsten Rehospitalisierungen kam. Das allgemeine Mortalitätsrisiko war für die Patienten ohne antipsychotische Behandlung am höchsten (75 unbehandelte versus 9 antipsychotisch behandelte Patienten verstarben im Untersuchungszeitraum). Statistisch

signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Antipsychotika ergaben sich bei der insgesamt niedrigen Mortalität der antipsychotisch behandelten Patienten nicht.

Zusammenfassend ergibt sich für die Autoren, dass es in der Gemeindepsychiatrie erhebliche Unterschiede bezüglich der Effektivität „typischer“ und „atypischer“ Antipsychotika gibt und dass sich unter diesen Bedingungen Perphenazin-Depot, Olanzapin und Clozapin gegenüber Haloperidol als überlegen erweisen.

Bezüglich der Überlegenheit der „Atypika“ in vorausgegangenen Vergleichsstudien liegt mit der sogenannten CUtLASS-1-Studie (Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study) nun weitere Evidenz dafür vor, dass diese vor allem auf (den Industrie-Sponsoring zuzuschreibenden) „Design-Artefakten“ (überhöhte Dosierung der herkömmlichen Vergleichssubstanzen) und einem Bewertungs-„Bias“ zugunsten der gesponserten Medikamente beruhen: bei einem „Follow-up“ über zwölf Monate zeigten sich in CUtLASS 1 hinsichtlich Lebensqualität, Abbruchraten, symptomatischer Wirkung oder

Fazit

Angesichts der ernüchternden Ergebnisse aktueller Studien besteht weiterhin keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für den uneingeschränkten Einsatz „atypischer“ Antipsychotika als „Mittel der ersten Wahl“.

Eine optimierte Strategie besteht vielmehr darin, orientiert an Zielsymptomen, Wirkprofilen, unerwünschten Wirkungen und subjektiver Verträglichkeit gemeinsam mit den Betroffenen die jeweils sinnvollste Therapieoption zu wählen. Metabolischen (Olanzapin, Clozapin) und hormonellen (Prolaktinerhöhung vor allem unter Amisulprid und Risperidon) Nebenwirkungen ist dabei genauso viel Bedeutung zuzumessen, wie den seit Jahrzehnten bekannten und in der Regel durch Dosisanpassung, Anticholinergika oder gegebenenfalls Medikamentenwechsel behandelbaren extrapyramidalen Nebenwirkungen unter den herkömmlichen (aber auch einigen „atypischen“) Substanzen.

Beeinflusst die Finanzierung das Ergebnis?

US-Forscher ziehen die Aussagekraft pharmagesponserter Statin-Studien in Zweifel

Wissenschaftler der University of California haben 192 Studien analysiert, in denen cholesterinsenkende Medikamente gegen Konkurrenzprodukte getestet wurden.¹ Sie stellten fest, dass die Resultate einer Studie 20 mal wahrscheinlicher zugunsten eines Medikamentes ausfielen, wenn dessen Herstellerfirma die Studie bezahlt hatte. Was die wissenschaftlichen Schlussfolgerungen angeht (nicht die Zahlen, sondern die Interpretation) war es sogar 35mal wahrscheinlicher, dass das Medikament des Sponsors die Nase vorn hatte. Offenbar spielt es für das Ergebnis einer Studie eine nicht unerhebliche Rolle, wer sie finanziert.

Für Placebo-Studien wurde dieser Zusammenhang bereits mehrfach beschrieben.² Die Analyse der University of California wies einen solchen „bias“ nun für Studien nach, die Statine im Vergleich („Kopf an Kopf“) zu anderen Statinen oder zu anderen Medikamenten testeten.

„Wir können das nicht erklären“, sagt Lisa Bero, die Leiterin der Untersuchung. „Aber wir sollten pharmafinanzierten Studien gegenüber sehr skeptisch sein.“

Es gibt viele Faktoren, die für die Schieflage der Forschungsergebnisse verantwortlich sein könnten. Bero zufolge ergaben frühere Analysen von Statin-Studien, dass die gegeneinander getesteten Medikamente nur selten äquivalent dosiert wurden. Zudem werden nicht alle Studienergebnisse publiziert, so dass die der Öffentlichkeit zugänglichen Daten bereits eine Vorauswahl darstellen. Auch das Design der Studie kann verzerrte Ergebnisse verursachen. Etwa die Hälfte der in Kalifornien analysierten Studien war nicht verblindet. Wissen Ärzte und Patienten, wer welches Medikament bekommt, hat das Einfluss auf die Ergebnisse. Dies bestätigen auch die US-Wissenschaftler: Waren die analysierten Studien verblindet, war die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse zugunsten des getesteten Medikaments ausfielen, geringer.

mn

1. Bero L, Oostvogel F, Bacchetti P, Lee K: Factors associated with findings of published trials of drug-drug comparisons: Why some statins appear more efficacious than others. *PLoS Medicine* 4(6) 2007, e184 <http://www.plos.org/press/plme-04-06-bero.pdf>

2. Bekelman JE, Li Y, Gross CP: Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: A systematic review. *JAMA* 289/2003; 454-465
Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O: Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: Systematic review. *BMJ* 326/2003; 1167-1170

unerwünschter Wirkungen keinerlei Vorteile der untersuchten „Atypika“ (Risperidon/Risperdal®, Olanzapin/Zyprexa®, Amisulprid/Solian®/Generika, Zotepin/Nipolept® und Quetiapin/Seroquel®) gegenüber herkömmlichen Antipsychotika wie unter anderem Chlorpromazin (Propaphenin®), Flupentixol (zum Beispiel Fluanxol®, Generika) und Haloperidol einschließlich der gängigen Depot-Präparate¹.

Entgegen Mitteilungen der DGPPN³, die unerschütterlich daran festhalten, dass sich durch „CATIE“ nichts an der (auch in der S-3-Leitlinie „Behandlung der Schizophrenie“ der DGPPN/2006 propagierten) Bewertung der „Atypika“ als „Mittel der ersten Wahl“ ändern, vermitteln US-Wissenschaftler inzwischen ein anderes Bild.

So schreibt zum Beispiel J. A. Lieberman (Erst-Autor der CATIE-Studie) in einem Kommentar zu CATIE und CUTLASS 1 (S. 1069–1072 in ¹): „Die Ergebnisse von CUTLASS 1 und CATIE sind ernüchternd ... Ungeachtet

einiger (im Text vorgebrachter) Einschränkungen muss jede vernünftige und objektive Betrachtung der Evidenz im Lichte von CUTLASS 1 und CATIE zu der Schlussfolgerung führen, dass – vielleicht mit Ausnahme von Clozapin (das sich in Folgestudien von CATIE und CUTLASS 2 gegenüber allen anderen „Atypika“ als überlegen erwies – der Verfasser) – die SGA's (second generation antipsychotics/„Atypika“) nicht der große therapeutische Durchbruch sind, für den sie einst gehalten wurden; bestenfalls stellen sie einen kleinen (incremental) Fortschritt dar.“

Diese Aussagen bestätigen die bereits in der AVP 2004 geäußerte, zurückhaltende Bewertung der „atypischen“ Neuroleptika, die weder hinsichtlich ihrer Wirkungsmechanismen noch ihrer erwünschten und unerwünschten Wirkungen eine homogene Gruppe darstellen^{4,5}.

Prof. Dr. M. Dose, Taufkirchen
m.dose@bkh-taufkirchen.de

Interessenskonflikte:

Der Autor hat 2005/2006 Vortragshonorare im Rahmen gesponserter Fortbildungsveranstaltungen von den Firmen Sanofi-Aventis, Novartis, Janssen-Cilag und Bayer-Vital erhalten.

Literatur:

1. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al.: Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUTLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 1079–1087.
2. Tiihonen J, Wahlbeck K, Lonnqvist J et al.: Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ* 2006; 333: 224.
3. Fritze J, Aldenhoff J, Bergmann F et al.: Mitteilungen der DGPPN: CATIE: Die Auswahl von Antipsychotika bei Schizophrenie. *Nervenarzt* 2005; 76: 1559–1564.
4. Dose M: Äquivalenzdosen bei Neuroleptika. *Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)* 2004; 31: 88.
5. Dose M: Vergleich von Olanzapin und Haloperidol. *Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)* 2004; 31: 87.

*Nachdruck mit freundlicher
Genehmigung: Arzneiverordnung in
der Praxis, April 2007*

Dolomagon/Deltaran: S(+)-Ibuprofen (Dexibuprofen) – ein alter Hut!

Die Qualitäten von Ibuprofen bei der Behandlung leichter bis mittelstarker Schmerzen sowie rheumatischer Beschwerden sind bekannt – ebenso die zahlreichen Kontraindikationen und möglichen Interaktionen.

Weniger bekannt ist, dass das übliche, preiswerte Ibuprofen (ca. 100 Präparate sind in Deutschland auf dem Markt) aus zwei Isomeren besteht: dem S(+)-Ibuprofen und dem D(-)-Ibuprofen, die sich in der Molekülstruktur wie die linke im Vergleich zur rechten Hand darstellen. Mit anderen Worten: das marktgängige Ibuprofen ist ein Razemat.

Ein wirksamer Cyclooxygenasehemmer ist allerdings nur das S-Ibuprofen (heute als Dexibuprofen bezeichnet). Die (weitgehend inaktive) R-Form wird im menschlichen Organismus in erheblichem Umfang (zwischen 70–90%) in das aktive S-Ibuprofen umgewandelt. Bei der sehr kurzen Eliminationshalbwertszeit von S-Ibuprofen führt der im Razemat (beide Formen in gleicher Quantität) vor-

handene R-Ibuprofenanteil zu einer gewissen Verlängerung der Wirkung – möglicherweise auch zu einem geringgradig (um Minuten) verzögerten Wirkungseintritt. Die Hersteller des reinen S-Ibuprofen (Dexibuprofen, als Deltaran® und Dolomagon® auf dem Markt) behaupten, dass durch die Konzentration auf den eigentlichen

Fazit

Es war schon immer etwas teurer, einen besonderen Geschmack zu haben, sagt die Zigarettenwerbung. Die Verwendung von S-Ibuprofen anstelle von racemischem Ibuprofen hat keine wissenschaftlich begründbaren Vorteile.

Wer mehr Geld ausgeben will, kann das natürlich tun. Klare Vorteile, die über eine marginal beschleunigte Anflutung oder eine etwas schnellere Elimination hinausgehen, sind nicht erwiesen.

Wirkstoff eine Verbesserung der Wirkung und eine Verminderung der unerwünschten Arzneimittelwirkungen erreicht werden können. Dafür gibt es weder eine theoretische Grundlage noch klinische Beweise.

Dementsprechend empfiehlt die Gebrauchsinformation gleiche (hohe) Dosen des reinen Dexibuprofens wie des racemischen Ibuprofens bei gleichen Indikationen. Die Kosten liegen um das 3 bis 4-fache höher im Vergleich zu preiswerten Ibuprofen-Generika.

Auch S-Ibuprofen hebt die Wirkung des ASS als Hemmer der Plättchenaggregation auf. Es darf also nicht mit ASS kombiniert werden. (Diclofenac zeigt diese Wechselwirkung nicht.)

Prof. Dr. med. Kay Brune, Erlangen
brune@pharmakologie.med.uni-erlangen.de

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung: Arzneiverordnung in der Praxis, April 2007

Ibuprofen und ASS nicht gemeinsam einnehmen!

Die FDA hat mit Datum vom 13. September 2006 noch einmal darauf hingewiesen, dass Ibuprofen und ASS nicht gemeinsam gegeben werden dürfen.

Wir hatten bereits in AVP 2002¹ und 2003² darauf hingewiesen, dass Ibuprofen die plättchenaggregationshemmende Wirkung von Acetylsalicylsäure (ASS) zumindest teilweise aufhebt.

Eine Arbeit³ beschrieb sogar eine erhöhte Mortalität bei Patienten, die aus kardiologischen Gründen ASS erhielten und dann Ibuprofen einnahmen. Jetzt weist die FDA noch einmal auf diesen Zusammenhang hin⁴. Zwar gibt es Hinweise, dass bei einer bestimmten zeitlichen Abfolge der Einnahme (Ibu-

profen 30 Minuten nach ASS oder 8 Stunden zuvor) dieser Effekt ausbleibt, doch erscheint uns ein solches Einnahmeverhalten zu kompliziert, als dass wir es für die Praxis anraten könnten.

Vielmehr empfehlen wir, bei einem unter ASS stehenden Patienten, bei dem die Gabe eines NSAR erforderlich ist, Diclofenac zu verordnen, das nach den Arbeiten von Catella-Lawson et al.⁵ keine Interferenz zeigt.

Da Ibuprofen bekanntlich rezeptfrei erhältlich ist, sollte ein Patient, bei dem ASS als Plättchenaggregationshemmer indiziert ist, wiederholt auf diesen Umstand hingewiesen werden.

Hö

Literatur

1. Höfler D: Ibuprofen antagonisiert die Gerinnungshemmung von ASS. Arzneiverordnung in der Praxis 2002; 29 (3): 15.
2. Höfler D: Ibuprofen hebt den kardioprotektiven Effekt von ASS auf – unter Umständen mit tödlichen Folgen! Arzneiverordnung in der Praxis 2003; 30 (4): 20.
3. MacDonald TM, Wei L: Effect of ibuprofen on cardioprotective effect of aspirin. Lancet 2003; 361: 573–574.
4. FDA: New Information [9/2006] – Concomitant Use of Ibuprofen and Aspirin: http://www.fda.gov/cder/drug/infosheets/HCP/ibuprofen_aspirinHCP.htm.
5. Catella-Lawson F, McAdam B, Morrison BW et al.: Effects of specific inhibition of cyclooxygenase-2 on sodium balance, hemodynamics, and vasoactive eicosanoids. J Pharmacol Exp Ther 1999; 289: 735–741.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung: Arzneiverordnung in der Praxis, April 2007

Aktuelle Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses im Arzneimittelbereich

Verordnungsausschlüsse

Das zur Raucherentwöhnung zugelassene Präparat Champix® (Varenicline) wurde als „Lifestylepräparat“ eingestuft (Anlage 8 der Arzneimittelrichtlinien) und ist nicht auf Kassenrezept verordnungsfähig.

Das testosteronhaltige, transdermale Pflaster Intrinsa® wurde ebenfalls als Lifestylemittel bewertet. Der Beschluss vom 15. März diesen Jahres ist allerdings noch nicht rechtskräftig. Trotzdem raten wir wegen des hohen Regressrisikos schon jetzt dringend von einer Verordnung ab (www.g-ba.de).

Therapiehinweise

Die Anlage 4 der AMR wurde um den Therapiehinweis zu Teriparatid (zum Beispiel Forsteo®) ergänzt. Es handelt sich hierbei um ein Mittel der Reserve zur Behandlung der manifesten Osteoporose (nach Fraktur!) bei

postmenopausalen Frauen. Bei nicht ausreichend belegtem Mehrnutzen im Vergleich zu den Bisphosphonaten und bei bis zu 35-fach höheren Tagestherapiekosten ist die Verordnung dieses Mittels in der Regel unwirtschaftlich. Die wenigen definierten Ausnahmefälle, die eine Verordnung rechtfertigen könnten, entnehmen Sie bitte dem Text des Therapiehinweises (www.g-ba.de).

Auch zum Wirkstoff Adalimumab (Humira®) hat der gemeinsame Bundesausschuss einen Therapiehinweis beschlossen. Allerdings ist dieser Beschluss im Gegensatz zum Teriparatid noch nicht in Kraft getreten! Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei derzeitiger Datenlage in der Regel keine Primäranwendung des TNF-alpha-Hemmers bei der Rheumatoiden Arthritis indiziert ist. Ausnahmen können Kontraindikationen gegen

alle DMARD's (= Basistherapeutika) oder eine hohe Krankheitsprogression sein. Die Tagestherapiekosten der verschiedenen TNF-alpha-Hemmer sind wichtige Entscheidungskriterien, da bei derzeitiger Datenlage keine allgemeinen Prioritäten gesetzt werden können. Bei der Anwendung dieser Wirkstoffe bei der Psoriasis-Arthritis bitte die Zulassungen der betreffenden TNF-alpha-Hemmer beachten!

Alle weiteren Informationen können Sie dem Text des Beschlusses entnehmen, der im Internet zu finden ist: www.g-ba.de

Le

Bitte beachten Sie: Die G-BA-Beschlüsse sind verbindlich!

Erhöhte Risiken bei Glitazon-Anwendung

Rosiglitazon (Avandia®) ist zu Beginn des Jahres durch eine Nachricht über das erhöhte Frakturrisiko für Frauen auffällig geworden. In zwei kontrollierten klinischen Langzeitstudien wurde ein erhöhtes Frakturrisiko festgestellt. Diese Feststellung ließ sich anhand des Wirkmechanismus plausibel erklären.¹

Die Fachinformation zu Avandia® enthält seit Beginn dieses Jahres den Hinweis auf dieses erhöhte Frakturrisiko, das als häufige Nebenwirkung eingestuft wurde.² Auch für Pioglitazon (Actos®) wurde ein erhöhtes Frakturrisiko festgestellt, so dass der Verdacht nahe liegt, dass es sich um einen Klasseffekt der Glitazone handelt.³

Im Mai veröffentlichte das Arzneitelegramm die Meldung, dass eine aktuell publizierte Metaanalyse für Rosiglitazon ein erhöhtes Herzin-

farktisiko ergeben hat. Die Autoren weisen daraufhin, dass schon in den Zulassungsstudien ein erhöhtes Herzinfarktisiko bestand und raten von der Verordnung der Glitazone ab.⁴

Auch die europäischen Zulassungsbehörde EMEA hat in ihrer Stellungnahme zu dieser Metaanalyse auf dieses erhöhte Risiko hingewiesen (www.emea.de).

Wir empfehlen eine kritische Nutzen/Risiko-Betrachtung hinsichtlich der Verordnung der Glitazonantidiabetika Rosiglitazon (Avandia®) und Pioglitazon (Actos®).

Le

Literatur

1. blitz-a-t 21.2.2007/Arzneitelegramm
2. Fachinformation Avandia® Stand: Januar 2007
3. Arznei-Telegramm 2007/Jg.38,Nr.4
4. blitz-a-t 23.05.2007 /Arzneitelegramm

Verordnung von Exubera ist unwirtschaftlich

Der gemeinsame Bundesausschuss hat das inhalierbare Insulin Exubera® in seinem Therapiehinweis vom Oktober letzten Jahres (Anlage 4 der Arzneimittelrichtlinien) als unwirtschaftlich eingestuft. (www.g-ba.de)

Bei vergleichbarer Wirksamkeit zum subcutan injizierten Normalinsulin verteuert das Exubera® die Behandlung um das Fünffache. Zudem wurden die fehlenden Langzeitdaten und das unklare Risiko im Vergleich zum s.c. Insulin negativ bewertet. Die Aussage des Therapiehinweises ist klar formuliert: Die Verordnung von Exubera® kann nicht empfohlen werden! Die Kosten/Nutzen-Relation ist negativ zu beurteilen.

Wir empfehlen die Beachtung dieses Beschlusses! Verordnen Sie abweichend zu dieser Beurteilung, sollten sie dies für eventuelle Wirtschaftlichkeitsprüfungen gut dokumentieren.

Le

Rabattverträge: KV empfiehlt Wirkstoffverordnung

Vertragsärzte müssen sich über Rabattverträge nicht auf dem Laufenden halten. Verordnet der Arzt einen Wirkstoff, ist die Apotheke verpflichtet, ein günstiges Arzneimittel auszuwählen.



Immer mehr Krankenkassen verhandeln mit Pharmafirmen über Preisnachlässe für Arzneimittel. Die Verantwortung dafür, dass eventuelle Rabattverträge berücksichtigt werden, liegt jedoch nicht bei den Ärzten, sondern bei den Apothekern.

Details dazu regelt der neue Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs.2 SGB V zwischen dem Deutschen Apothekenverband und den Krankenkassen. Wichtig ist dabei die Beachtung der Aut-idem-Regelung und ihre richtige Anwendung im Einzelfall:

Freigelassenes Aut-idem-Feld

- Wenn der Arzt einen Wirkstoff verordnet und das Aut-idem-Feld freilässt, muss die Apotheke aus den drei günstigsten Arzneimitteln, die der Verordnung entsprechen, auswählen. Gibt es für den Wirkstoff einen Rabattvertrag, muss die Apotheke ein rabattiertes Arzneimittel abgeben.
- Wenn der Arzt ein Fertigarzneimittel verordnet und das Aut-idem-Feld freilässt, stehen das verordnete Arzneimittel und die drei preisgünstigsten wirkstoffgleichen Arzneimittel zur Auswahl. Auch hier gilt allerdings: Gibt es einen Rabattvertrag, muss die Apotheke ein rabattiertes Arzneimittel abgeben.

Angekreuztes Aut-idem-Feld

- Wenn der Arzt ein Fertigarzneimittel verordnet und das Aut-idem-Feld ankreuzt, darf die Apotheke nur das verordnete Fertigarzneimittel abgeben - unabhängig davon, ob ein Rabattvertrag besteht oder nicht.

Das Aut-idem-Feld ankreuzen und damit die Substitution ausschließen sollte der Arzt nur in Einzelfällen - wenn er aus medizinischen Gründen oder aus Gründen der Compliance sichergehen muss, dass sein Patient das Medikament eines bestimmten Herstellers bekommt.

Die KV Hamburg empfiehlt den Ärzten, Wirkstoffe zu verordnen. Die Preisverantwortung liegt dann bei der Apotheke und den Krankenkassen.

Lässt sich eine Wirkstoffverordnung nicht mit der Praxis-Software vereinbaren, sollte man darauf achten, das Aut-idem-Feld freizulassen.

Für die Auswahl des preisgünstigen Wirkstoffs trägt auch weiterhin der einzelne Vertragsarzt die medizinische und wirtschaftliche Verantwortung.

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass die Verordnung von rabattierten Arzneimitteln bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt wird. In welcher Form dies geschieht, ist derzeit noch nicht geregelt.

Auch in Hamburg gibt es nach Auskunft des Apothekervereins Liefer Schwierigkeiten bei rabattierten Medikamenten. Dass Patienten die Apotheke verlassen, ohne mit einem Medikament versorgt worden zu sein, sei aber nicht der Fall. Ist ein rabattiertes Medikament nicht lieferbar, kann es nach den Vorschriften des Rahmenvertrages substituiert werden.

*Ansprechpartner:
Regina Lilje Tel. 22802-498
Ulrich Skoglund Tel: 22802-811*

Off-Label:

Barmer ignoriert aktuelle Rechtsprechung

Die rechtliche Grauzone bei der Verordnung von Medikamenten außerhalb der Zulassungsindikationen (Off-Label) war für Ärzte lange Zeit ein unkalkulierbares Risiko.

Ein Beschluss des Bundessozialgerichts vom 31. Mai 2006 schien nun endlich Rechtssicherheit zu bringen. Dem höchstrichterlichen Beschluss zufolge kann der Vertragsarzt im Voraus bei der Krankenversicherung anfragen, ob sie eine Off-Label-Verordnung auf Kassenrezept genehmigt. Stimmt die Krankenkasse der Verordnung zu, muss der Arzt nicht fürchten, im Nachhinein auf den Kosten sitzen zu bleiben.

Lehnt die Krankenkasse die Off-Label-Anwendung ab, kann der Arzt das Medikament auf einem Privat Rezept verordnen. In diesem Falle geht das Kostenrisiko auf den Patienten über, der nun direkt mit seiner Kasse verhandeln muss.

Soweit die aktuelle Rechtslage. Nun aber zeigt sich, dass nicht alle Krankenkassen gewillt sind, den Bundessozialgerichts-Beschluss zu beachten. In teilweise vorformulierten Briefen an Ärzte, die eine Off-Label-Verordnung beantragt haben, schreibt die Barmer: „Eine Genehmigung der Verordnung durch die Kasse ist nicht möglich, da die Verordnung von Arzneimitteln gemäß § 15 des Arzt-Ersatzkassenvertrages allein in Ihrer Verantwortung als Vertragsärzte liegt. Eine (Vorab-)Genehmigung oder Ablehnung von Vertragsverordnungen bzw. eine Vornehmen von Erstattungen ist den Krankenkassen nicht erlaubt.“

Dass eine Genehmigung von Arzneimittelverordnungen unzulässig ist und der Arzt die alleinige Therapiehoheit hat, ist natürlich grundsätzlich richtig – nur eben nicht im Off-Label-Bereich.

Trotz massiver Intervention der KV Hamburg beharrt die Barmer auf einer veralteten Rechtsauffassung, die alle finanziellen und juristischen Risiken des Off-Label-Use auf die Ärzte abzuwälzen versucht.

Zwar gibt es eindeutig zulässigen und eindeutig unzulässigen Off-Label-Use: jene Medikamente und Anwendungen nämlich, die in Anlage 9 zum Abschnitt H der Arzneimittelrichtlinien positiv oder negativ gelistet sind oder zu denen es höchstrichterliche Entscheidungen gibt. In die Haftungsfälle geraten Ärzte aber bei allen anderen (den sogenannten „umstrittenen“) Off-Label-Anwendungen. Für diesen Bereich stehen dem Arzt als Entscheidungshilfe lediglich einige vage, vom Bundessozialgericht aufgestellte Kriterien zur Verfügung, die 2002 formuliert wurden: Voraussetzung für einen zulässigen Off-Label-Use ist demnach,

*Die finanziellen
und juristischen
Risiken sollen
weiterhin auf die
Ärzte abgewälzt
werden.*

dass es sich um eine schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende) Erkrankung handelt, dass keine andere Therapie verfügbar ist und dass auf Grund der Datenlage begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht.

Ob eine geplante Off-Label-Anwendung diesen Ausnahmekriterien entspricht, kann kein Vertragsarzt rechtssicher beurteilen. Verschreibt er das Medikament auf Kassenrezept, droht ihm ein Regress. Verschreibt er es nicht, wirft ihm die Kasse womöglich Behandlungsverweigerung vor.

Um dieser Zwickmühle zu entgehen, hat die KV Hamburg ihren Ärzten schon 2002 in Reaktion auf das Bundessozialgerichts-Urteil empfohlen, eine „umstrittene“ Off-Label-Ver-

ordnung nur dann auf Kassenrezept vorzunehmen, wenn die Krankenkasse einen Regressverzicht erklärt hat – und ansonsten ein Privat Rezept auszustellen. Die Hamburger Krankenkassen reagierten darauf mit einer Aufsichtsbeschwerde gegen die KV: Die Aufforderung, ein eventuell zu Lasten der Kasse verordnungsfähiges Medikament ohne Prüfung durch den Arzt auf Privat Rezept zu verschreiben, sei rechtswidrig. Der Beschluss des Bundessozialgerichts hat die Auffassung der KV Hamburg dann aber im Ergebnis bestätigt.

In der aktuellen Auseinandersetzung hat die Intervention der KV immerhin bewirkt, dass die Barmer den Ärzten grundsätzlich das Recht zugesteht, bei „umstrittenem“ Off-Label-Use ein Privat Rezept auszustellen. Zudem sagte die Barmer zu, bei Anträgen auf Kostenübernahme von Off-Label-Use eine Vorabprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchführen zu lassen. Das Ergebnis dieses Gutachtens soll dem Arzt aber lediglich mitgeteilt werden – gewissermaßen als Entscheidungshilfe. Verbindlich für die Barmer ist es nicht.

Damit ist das Problem nicht gelöst. Wenn sich die Krankenkassen auch weiterhin erst im Nachhinein entscheiden, ob sie die Kosten einer Off-Label-Verordnung übernehmen, ist der Arzt weiterhin gezwungen, auf Privat Rezept zu verordnen.

Das finanzielle Risiko landet damit in jedem Fall bei den Patienten. Deshalb ist es dringend erforderlich, dass die Kassen tun, was ihnen die Rechtsprechung vorschreibt: bei Off-Label-Anwendungen, der nicht eindeutig zulässig oder eindeutig unzulässig sind, vorab eine verbindliche Entscheidung zu treffen.

mn

Weitere Informationen und den Beschluss des Bundessozialgerichts finden Sie auf der Startseite der KV Hamburg: www.kvhh.de

Ende der Illusionen

Das Konzept der Integrierten Versorgung hat einige Haken. Das stellten Hamburger Ärzte fest, die sich auf direkte Verhandlungen mit einer Krankenkasse einließen. Ein Erfahrungsbericht.

Direktverträge mit Krankenkassen abzuschließen erwogen wir erstmals, als der Punktwert für strahlentherapeutische Leistungen Anfang 2004 um 40 Prozent absackte. Ich war seit etwas über einem Jahr Teilhaber einer radiologischen und radioonkologischen Gemeinschaftspraxis in der Mörkenstraße, und wir befanden uns plötzlich in einer prekären finanziellen Lage.

Vierzig Prozent weniger Honorar – eine solche Differenz war nicht einzusparen. Es gab unangenehme Gespräche mit der Bank. Die Fallzahlen stiegen, die Patienten waren zufrieden, doch die Bank sagte: „Das interessiert uns nicht.“

Ein Fach wie die Strahlentherapie hat hohe Fixkosten. Wir hätten die Gehälter und die Raten für die Maschinen selbst dann nicht aufbringen können, wenn wir umsonst gearbeitet und die Praxis als Hobby weiterbetrieben hätten. Auch die beiden anderen Einrichtungen, die zu dieser Zeit in Hamburg ambulante Strahlentherapie betrieben, überlegten, ihren Standort zu schließen. So war die Situation.

Definierte Bezahlung

Die KV teilte uns mit, es sei zu einer Ausweitung der strahlentherapeutischen Leistungen gekommen. Dass dies der alleinige Grund für einen derart dramatischen Einbruch der Punktwerte sein sollte, war für uns nicht nachvollziehbar.

Überhaupt erschien uns die Ärzte-Selbstverwaltung wie ein undurchdringlicher Monolith: Die Abrechnungen verstanden wir nicht, und über die Entscheidungsprozesse der KV drang so wenig nach draußen, dass wir argwöhnten, in den Hinterzimmern werde gekungelt und gemauschelt.

So setzten wir große Hoffnung in das vom Gesetzgeber forcierte Konzept der Integrierten Versorgung. Mensch, dachten wir, da kann man an der KV vorbei verhandeln. Da bekommt man für eine definierte Leistung einen definierten Betrag und kann länger als drei Monate im Voraus kalkulieren. Und als eine große gesetzliche Kran-

kenkasse uns Strahlentherapeuten und die Vertreter verschiedener anderer Fachdisziplinen an einen Tisch lud, um über die Integrierte Versorgung von Krebs-Patienten zu verhandeln, überlegten wir nicht lange.

Hohes Niveau

Für die Onkologie bietet sich eine Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung, ein schlüssiges Konzept von der Diagnose über die Therapie bis hin zur Nachsorge ja geradezu an.

Unser Angebot war: Wir garantieren eine Behandlung nach neuesten medizinischen Erkenntnissen und auf hohem technischen Niveau sowie einen raschen Beginn der Therapie ohne Zeitverzögerungen für jene Patienten, die an der Integrierten Versorgung teilnehmen. Mir war nicht ganz wohl bei diesem Angebot, denn eine solche Differenzierung ist in der Krebstherapie nicht unproblematisch. Eigentlich sollten alle Patienten mit einer lebensbedrohlichen Diagnose

Vorrang haben, unabhängig davon, wie sie versichert sind.

Kann man einem Krebspatienten tatsächlich sagen: „Ach, Sie nehmen nicht an der Integrierten Versorgung teil? Dann warten Sie mal noch zwei Wochen, bevor Sie zu uns kommen...“ Das hätten wir so sicher nicht umgesetzt. Wir hätten die Patienten in unserer Praxis nicht anders behandelt als zuvor.

Aus einem Guss

Natürlich argumentierte auch die Kassen-Seite mit der besseren Versorgung der Patienten. Im Vordergrund aber standen strategische und finanzielle Erwägungen: Eine Behandlung aus einem Guss anbieten zu können, ist für eine Krankenkasse ein Wettbewerbsvorteil. Außerdem spekulierten die Kassenvertreter darauf, über die Integrierte Versorgung an Gelder aus dem Risikostrukturausgleich heranzukommen. Das war legitim. Auch wir hofften ja auf extrabudgetäre Gelder, um das Überleben unserer Praxis zu



Foto: Stefan Albrecht

Kämpfte für die finanzielle Absicherung seines Fachgebiets: Dr. Würschmidt

gewährleisten. Allerdings wurde bald klar, dass wir uns in der schlechteren Verhandlungsposition befanden: Die Kasse verfügte über einen riesigen Apparat mit Rechtsanwälten und Fachleuten, die den finanziellen Vorteil ihres Arbeitgebers im Auge behielten. Sie hatte jahrzehntelange Erfahrung im Verhandeln und verfügte über Informationen, die uns nicht zugänglich waren.

Unübersichtliches Gelände

Auch die Hoffnung, dass über die Integrierte Versorgung mehr Geld ins System käme, erwies sich als naiv. Wir mussten feststellen: Diese Gelder werden an anderer Stelle weggenommen. Es gibt jemanden, der dafür blutet.

Um es vorwegzunehmen: Der Vertrag wurde nicht unterschrieben. Es gibt eine ganze Reihe von Gründen, warum das Projekt scheiterte. Die Gespräche fanden noch vor Einführung des EBM 2000plus statt. Beide Seiten wollten keine Eckdaten vereinbaren, die sich später als ungünstiger erweisen könnten als die Honorare des neuen EBM.

Als Problem für die Kasse erwies sich auch die Uneinheitlichkeit der Gegenseite: „Wir können doch nicht mit jedem einzelnen Arzt einen Vertrag abschließen“, hieß es. Die Hamburger Strahlentherapeuten hätte man schnell unter einen Hut bekommen. Doch welche Internisten hätte man hinzunehmen sollen? Welche Radiologen? Und hätte man die Hausärzte beteiligen sollen? Da wäre man schnell auf unübersichtliches Gelände geraten. Interessant war, dass die Kasse bei diesen Diskussionen immer wieder die KV ins Spiel brachte: „Vielleicht brauchen wir sie doch ...“

Ein anderer Knackpunkt war die Sorge, dass die an der Integrierten Versorgung beteiligten Ärzte ihre Leistungen doppelt abrechnen könnten - direkt mit der Kasse und dann nochmals über die KV. „Vielleicht sollten wir wenigstens die Abrechnung über die KV laufen lassen“, hieß es dann. „Um in diesem Punkt Sicherheit zu haben.“

Doch nicht nur der Kasse dämmerten langsam die Nachteile einer zersplitterten Vertragslandschaft. Im Laufe der Verhandlungen wurde uns klar, dass es bei einer Vereinbarung mit einer einzigen Krankenkasse nicht etwa um tausend, sondern wahrscheinlich um weniger als 50 Patienten ging. Eine

ernüchternde Erkenntnis. Wir hätten für diese Patienten eine zusätzliche Dokumentation erstellen und die Leistungen extra abrechnen müssen. Der Aufwand für Verwaltung und Bürokratie hätte sich nicht verringert, sondern erhöht.

Wir verhandelten über zwei Jahre lang, investierten viel Zeit, auch viel Arbeitszeit - um schließlich frustriert aufzugeben. Viele Probleme der Integrierten Versorgung, die uns unüberwindbar erschienen, wären wohl

*Soll man einem
Krebspatienten
sagen: „Ach, Sie
nehmen nicht an
der Integrierten
Versorgung teil?
Dann warten Sie
mal noch zwei
Wochen!“*

lösbar oder zumindest hinnehmbar gewesen. Es gibt ja erfolgreich ausgehandelte Direktverträge, und es werden immer mehr.

Frei verhandelbar

Wer sich darüber Gedanken macht, wohin eine solche Entwicklung führen kann, sollte allerdings einen Blick auf das Gesundheitssystem der USA werfen. Dort gibt es Krankenhausmitarbeiter, die nichts anderes tun als zu prüfen: Mit welchen Versicherungsträgern hat dieser Patient Verträge abgeschlossen? Zu welchen Ärzten können wir ihn schicken?

Mein Bruder lebt seit zehn Jahren in den USA. Er leidet an einem Schmerzsyndrom und ist regelmäßig in ärztlicher Behandlung. Seiner Erfahrung nach funktioniert das US-Gesundheitswesen wie ein Basar: Jede Leistung ist frei verhandelbar. Wer juristische Kenntnisse, politische Beziehungen oder Beschwerdemacht anderer Art hat, muss für seinen Arztbesuch

weniger zahlen. So desintegriert und unsolidarisch sollte die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems nicht aussehen.

Anfang 2005 wurde der EBM 2000plus umgesetzt, und die KV Hamburg war bereit, mit den niedergelassenen Strahlentherapeuten über die Honorarverteilung zu sprechen. Was ich den beiden KV-Vorständen Dieter Bollmann und Walter Plassmann persönlich hoch anreche, ist ihr Bemühen, sich in die Materie einzuarbeiten und sich mit den Leistungen, den Abläufen und dem Finanzbedarf unseres Fachbereichs vertraut zu machen. Es ging ja um eine sehr kleine Disziplin - strahlentherapeutische Leistungen machen nur etwa zwei bis drei Prozent des Budgets aus - und außer uns gab es noch viertausend andere Hamburger Ärzte, die bei der Honorarverteilung „hier!“ riefen.

Mühsames Geschäft

Die Gespräche mit der KV waren sehr offen und hart. Ich weiß nicht, ob es an unseren Argumenten lag oder an der Tatsache, dass Strahlentherapie nun mal eine unverzichtbare Säule der Krebstherapie ist: Jedenfalls gingen die Punktwerte nach oben und stabilisierten sich. Wir konnten wieder kalkulieren, der ökonomische Druck ließ nach. Es gab keine Notwendigkeit mehr, das Projekt Integrierte Versorgung weiterzuverfolgen.

Unkritisch stehe ich der KV auch heute nicht gegenüber. Doch viele meiner früheren Vorbehalte haben sich durch meinen Ausflug in die Welt der Vertragsverhandlungen relativiert. Wer tiefer in die Details einsteigt, stellt fest, wie mühsam und undankbar dieses Geschäft ist. Ich hätte mir manches Mal gewünscht, auf die Erfahrung und Expertise der KV zurückgreifen zu können.

Rückblickend denke ich, dass die mit der Integrierten Versorgung verbundenen Erwartungen unangemessen hoch waren. Wer in Direktverhandlungen mit einer Kasse geht, sollte exzellent informiert sein. Er sollte sehr viel Zeit mitbringen. Und er sollte sich über die Stärke der eigenen Verhandlungsposition keine Illusionen machen: Das Risiko, ungünstige Verträge abzuschließen, ist relativ hoch.

*Dr. med Florian Würschmidt,
Strahlentherapeut*

„Wie kann das sein?“

Aufreibende Arbeit bei lausiger Bezahlung: Eine Fernseh-Reportage zeigt den Alltag in Arztpraxen, die mit GKV-Honoraren auskommen müssen. Wie kam dieser Film zustande? Interview mit der Spiegel-TV-Autorin Christina Pohl.



Wie kamen Sie darauf, einen Film über die wirtschaftliche Situation von Ärzten in sozialen Brennpunkten zu drehen?

Pohl: Ich hatte von Ärzten gelesen, die am Wochenende Notdienste fahren oder nach England fliegen, um sich Geld dazuzuverdienen. Ich habe mich gefragt: Wie kann das sein? Verdienen Ärzte in Deutschland nicht genug? Mit dem gängigen Arztbild, das man von früher kennt, war das nicht in Übereinstimmung zu bringen.

Ihre Redaktion sprang sofort auf das Thema an?

Pohl: Naja, die ersten Reaktionen waren eher skeptisch. Auch unter Jour-

nalisten herrscht die Vorstellung vor, dass ein abgeschlossenes Medizinstudium ein gewisses Maß an Wohlstand garantiere. Ich musste also ein wenig Überzeugungsarbeit leisten.

Wie kamen Sie in Kontakt zu den Ärzten, die Sie dann mit der Kamera begleiteten?

Pohl: Um begreifbar zu machen, woran unser Gesundheitssystem krankt, wollte ich über Ärzte berichten, die auf die Behandlung von Kassenpatienten angewiesen sind. Bei einem Film mit dieser Stoßrichtung rechnete ich nicht mit Schwierigkeiten, Ärzte zum mitmachen zu bewegen. Doch der Hausärzteverband, an den wir uns zunächst gewandt hatten, fand nie-

manden, der sich von uns begleiten lassen wollte.

Weshalb? Hatten die Ärzte Angst, in die Pfanne gehauen zu werden?

Pohl: Ja. Die sagten: Mit Reportern vom Privatfernsehen haben wir schlechte Erfahrungen gemacht. Einer nach dem anderen sagte ab. Am Ende bot sich der Pressesprecher des Hausärzteverbandes selbst an. Der praktiziert allerdings in Fischbek, und da war uns zu wenig los.

Und dann?

Pohl: Ich druckte mir eine Liste mit Hausärzten aus und telefonierte einen



„Hausärzte in Not“ (Spiegel TV) - Sat 1, 26. März 2007

nach dem anderen ab. So kam ich in Kontakt mit Ralf Siemen, der auf St. Pauli praktiziert.

Die Pressestelle der KV Hamburg vermittelte mir Frau Dr. Christiane Zebidi, eine Ärztin, deren Harburger Praxis zwar vor Patienten überquillt, aber dennoch seit Jahren am Rande der Pleite steht. So fand ich nach zweimonatiger Suche doch noch zwei Ärzte, über deren Arbeit ich berichten konnte.

War es nicht problematisch, die Patienten zu filmen?

Pohl: Die Ärzte übernahmen es, uns vorzustellen. Deshalb bekamen wir von überraschend vielen Patienten die Erlaubnis, sie zu filmen. Natürlich gab es Patienten, die aus nachvollziehbaren Gründen nicht einverstanden waren. Das haben wir natürlich respektiert.

Was hatten Sie für einen Eindruck von den Arbeitsbedingungen der Ärzte?

Pohl: Die Arbeit ist außerordentlich anstrengend. Als wir mit Frau Dr. Zebidi unterwegs waren, begann der Arbeitstag morgens um 6:45 Uhr, als sie ihre Praxis öffnete. Am Nachmittag erledigte sie ihre Hausbesuche. Ab 18:45 Uhr fuhr sie Notfalldienst, was bis morgens um 2 Uhr dauerte. Jeder Patient kommt in all diesen Stunden mit seinen Problemen und seinen Wehwehchen an, während vom Arzt erwartet wird, dass er immer freundlich

und nett bleibt. Ich kann nur sagen: Hut ab! Frau Dr. Zebidi hat ja auch ein Privatleben und drei Kinder zu Hause. Ich finde es bewundernswert, wie sie dieses Pensum bewältigt.

Hat sich das Bild verändert, das Sie persönlich von Beruf des Mediziners haben?

Pohl: Auf jeden Fall. Ich dachte zunächst: So schlimm kann's nicht sein. Schließlich gibt es auch Ärzte, die gutes Geld verdienen. Aber dass die Ärzte in den sozialen Brennpunkten für so wenig Geld so hart arbeiten, hätte ich nicht für möglich gehalten. Dass sich Herr Siemen nicht mal ein Auto

gleichsweise gut. Als Frau Dr. Zebidi und Herr Siemen mit ihrem Studium begonnen haben, haben sie sicher nicht damit gerechnet, später unter solch aufreibenden Bedingungen arbeiten zu müssen.

Das durchzustehen, ist nicht leicht - und wird mit zunehmendem Alter nicht leichter. Die beiden sind ja nicht mehr so ganz weit weg von der Pensionierung.

Welche Reaktionen bekamen Sie nach der Ausstrahlung Ihrer Reportage?

Pohl: Ein Gas- und Wasserinstallateur beschwerte sich, weil ich im Film gesagt hatte, ein Klempner verdiene,

„Viele Zuschauer sagten: Wie die Ärzte zu kämpfen haben, wußte ich nicht.“

leisten kann und mit seinen 55 Jahren noch immer in einer WG leben muss - das ist für jemanden mit vergleichbarer Berufserfahrung in meinem Beruf undenkbar.

Sie dachten also nicht während der Dreharbeiten: „Ach, hätte ich doch lieber Medizin studiert“?

Pohl: Nein. Ich dachte während der Dreharbeiten: Mir geht's ver-

wenn er ins Auto steige, mehr als ein Arzt auf Hausbesuch. Er rechnete mir vor, dass dies nicht sein könne - und verstand nicht, dass es nicht um den Stundenlohn ging, sondern um das Honorar für den gesamten Hausbesuch. Abgesehen davon reagierten die meisten Zuschauer positiv auf den Film. Viele waren ziemlich schockiert und sagten: Wie die Ärzte hier in unserer Nachbarschaft zu kämpfen haben, wusste ich nicht.

mn



Ambulante Versorgungsforschung vorantreiben

Neue Aufgaben für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Berlin – Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) wird neu organisiert. Das hat das Kuratorium der Stiftung am 14. Mai 2007 in Münster bekannt gegeben.

Die ZI-Stiftung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) getragen. Künftig wird sich das ZI in seiner Arbeit auf vier Themenkomplexe konzentrieren: Marktanalyse, Versorgungsanalyse, Evaluation und Führungsdaten.

„Die KVen müssen ihren gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung künftig unter Wettbewerbsbedingungen erfüllen. In dieser neuen Welt des Wettbewerbs brauchen die KVen ein gemeinsames Informationszentrum“,

erklärte Dr. Andreas Köhler, der Vorstandsvorsitzende der KBV, in seiner Funktion als Vorsitzender des Stiftungskuratoriums.

Der Forschungsauftrag des ZI dient der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung. Das Augenmerk liegt dabei auf der Nützlichkeit.

„Wir haben die Aufgaben des Instituts am Leitbild der KBV ausgerichtet. Damit wollen wir die ambulante Versorgungsforschung stärker vorantreiben. Die Erkenntnisse aus den wissenschaftlichen Analysen des ZI müssen in erster Linie den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten zugutekommen“, so Köhler.

Das ZI solle sich als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis entwickeln, um die KVen und die KBV bei der Sicherstellung der qualitativ

hochwertigen Versorgung der Bevölkerung zu unterstützen.

An der Spitze des ZI steht ein Vorstand mit drei ehrenamtlichen Mitgliedern. Zwei Vorstandsmitglieder werden von dem Kuratorium bestellt und sind Vertreter von KVen. Der Vorstandsvorsitzende der KBV gehört dem ZI-Vorstand automatisch an und steht dem Gremium vor.

„Um in der Welt des Wettbewerbs erfolgreich sein zu können, brauchen wir einen kontinuierlichen Überblick über die Entwicklung des Marktes und der Leistungsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Dies ist eine wesentliche Aufgabe des ZI, das wir dafür auf eine neue Basis stellen müssen. Die Grundlagen dazu sind heute gelegt worden“, unterstrich Köhler.

KBV

Schlüsseldienst kostet mehr als Hausbesuch des Arztes

Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt Vergleichstabelle vor

Berlin – „Wenn ein Schlüsseldienst für die Anfahrt besser bezahlt wird als ein Arzt für einen Hausbesuch bei einem kranken Patienten und wenn eine künstliche Beatmung mit Herzmassage weniger kostet als die Programmradreparatur an der Waschmaschine, dann stimmt etwas nicht.“ Das erklärte der KBV-Vorsitzende Dr.

Andreas Köhler am 12. Juni 2007 in Berlin. Ärzte bekämen im Vergleich zur freien Wirtschaft „oft absurd wenig Geld für ihre Leistungen.“

Köhler sagte, 30 Prozent der Leistungen, die niedergelassene Ärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung erbrächten, würden derzeit nicht bezahlt. Er wolle darauf hin arbeiten,

dass sich die Situation mit der nächsten Honorarreform bessere. 2008 soll eine Pauschalen-Gebührenordnung und 2009 eine Gebührenordnung in Euro kommen. Die niedergelassenen Ärzte werden ab 2009 dann nicht mehr Punkte abrechnen, sondern Preise in Euro und Cent.

KBV

Ambulante Versorgung und Verbraucherpreise im Vergleich

Arztleistungen	Euro*	Verbraucherpreise	Euro
kurzes ärztliches Zeugnis	4,09	Bockwurst mit Kartoffelsalat und Getränk (Schnellimbiss)	4,50
hausärztliche Beratung	7,67	Kinokarte	7,00
Erstversorgung einer kleinen Wunde	7,92	Ohr läppchenpiercing	8,00
		Nasenpiercing/Stichkanaldehnung	15,00
Wegepauschale für den Arzt (Tag)		Wegepauschale Schlüsseldienst (am Tag)	11,80
bei 0 bis 2 km Anfahrt	3,20	bis 10 km Anfahrt (laut WiSo-Recherche)	
bei 2 bis 5 km Anfahrt	6,30		
bei 5 bis 10 km Anfahrt	9,20		
Enddarmspiegelung	11,75	Ölwechsel am Auto zuzüglich Filter, Discountwerkstatt	19,00
Hausärztliche	15,33	allgemeine Untersuchung Hund (1,5-facher Satz GOT, zuzüglich 16 % Mehrwertsteuer)	16,11
Ganzkörperuntersuchung			
künstliche Beatmung mit Herzmassage	127,75	Programmraderparatur an der Waschmaschine inklusive Anfahrt	150,00

* Der Punktwert wurde hier mit dem kalkulatorisch üblichen Wert von 5,11 Cent berechnet; der tatsächliche Auszahlungspunktwert liegt oft deutlich darunter.

Jubiläum der Hamburger Notfallpraxen

Seit 1982 sichert die Notfallpraxis Farmsen die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der regulären Praxisprechstunden. 1987 kam die Notfallpraxis Altona hinzu. Um dieses 25- beziehungsweise 20-jährigen Jubiläum zu feiern, lud die KV Hamburg Ende Mai Ärzte und Mitarbeiter ins Ärztehaus ein.

Knapp zwei Millionen Mal haben die Hamburger bisher eine der beiden Notfallpraxen aufgesucht, wenn sie nachts, an Wochenenden und an Feiertagen medizinische Hilfe benötigten. Insgesamt 55 Ärzte leisten hier freiwilligen Dienst. Kinder-, Augen-, HNO-Ärzte sowie Chirurgen und Orthopäden stehen darüber hinaus auf Abruf zur Verfügung.

Dank der räumlichen Ausstattung der Hamburger Notfallpraxen mit septischem OP, Gipsraum, Röntgenraum, Labor oder HNO-Raum kann auf alle Arten von Notfällen schnell reagiert werden. Die Notfallpraxen sind 65 Stunden pro Woche geöffnet.



Abschied von der KV nach sechzehn Jahren

Dr. Gisela Sommer-Barthmeyer ist seit 1. Juli 2007 im Ruhestand. Sechzehn Jahre lang arbeitete die Internistin in der Medizinischen Fachberatung der KV Hamburg.

Beinahe ebenso lange hatte sie zuvor gemeinsam mit ihrem Mann



*Führte Ratsuchende sicher durch den EBM-Dschungel:
Dr. Gisela Sommer-Barthmeyer*

eine Gemeinschaftspraxis am Gerhard-Hauptmann-Platz geführt - ein Erfahrungshintergrund, der ihr bei den Beratungsgesprächen mit niedergelassenen Kollegen zugute kam.

Die Rahmenbedingungen, unter denen Frau Dr. Sommer-Barthmeyer in der KV arbeitete, änderten sich im Lauf der Jahre. Das den Ärzten zur Verfügung stehende Geld wurde knapper, die Bürokratie schwoll an.

„Vor einigen Jahrzehnten konnte man sich als niedergelassener Arzt fast ausschließlich auf die Patienten und auf die medizinischen Aspekte konzentrieren“, sagt Frau Dr. Sommer-Barthmeyer. „Heute drängen die wirtschaftlichen und organisatorischen Fragen in den Vordergrund.“

Das wirkte sich auch auf die Beratungstätigkeit aus. „Viele Ärzte wollten erst mal Frust ablassen, wenn sie bei uns anriefen“, so Frau Dr. Sommer-Barthmeyer. Über die alltäglichen Probleme zu reden mit jemandem, der selbst aus der Praxis kommt und weiß, wovon man spricht - das war für viele Ärzte erleichternd. Danach konnte man viel entspannter über inhaltliche Fragen reden. Über die unzähligen Kassenanfragen beispielsweise, die

bei Ärzten eingehen. Und darüber, ob man sie wirklich alle beantworten muss. „Es kommt vor, dass Kassen Grenzen überschreiten und nach Informationen über häusliche oder berufliche Probleme der Versicherten fragen“, sagt sie. „Darauf reagieren Ärzte empfindlich.“

Großen Raum nahmen bei den Beratungsgesprächen natürlich Abrechnungsfragen ein. „Der EBM 2000 plus ist der vierte EBM, den ich in meiner Zeit bei der KV erlebt habe“, sagt Frau Dr. Sommer-Barthmeyer. Mit jedem neuen EBM sollte es eigentlich übersichtlicher werden. Doch davon war über die Jahre hinweg nicht viel zu merken.

„Es ist ähnlich wie bei der Steuer“, so Frau Dr. Sommer-Barthmeyer. „Mal sehen, wann die Steuererklärung tatsächlich auf einen Bierdeckel passt.“

Die medizinische Fachpresse wird sie auch nach ihrer Pensionierung nicht abbestellen. Und sie wird sich weiterhin mit gesundheitspolitischen und medizinischen Fragen beschäftigen. „Allerdings erst, wenn die Gartenarbeit getan ist“, sagt sie, „und nur noch als Hobby.“

mn

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Georg Kotter

Geburtsdatum: 9. März 1963**Fachrichtung:** Allgemeinmedizin**Hobbys:** Mitglied im Beratenden Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung und Mitglied im Finanzausschuss - Gründungsmitglied der Hamburger Ärztenossenschaft**Hobbys:** Skilaufen, Motorradfahren.**Wie war Ihr beruflicher Werdegang?**

Studium in Frankfurt (Promotion in der Humangenetik unter Prof. Langenbeck), Tätigkeit im Hamburger Jerusalem-Krankenhaus und im Diakonie-Klinikum Alten Eichen. 1989 und 1990 am Victoria Hospital Wynberg in Kapstadt RSA tätig gewesen. Niedergelassen seit 1993.

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

Mit KV, KBV und Verbänden zusammen gute Verträge über hausarztzentrierte Versorgung erarbeiten. Diese Verträge müssen flächendeckend sein, um die Bürokratie nicht ausufern zu lassen.

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

Ich hoffe, dass sich die KV in naher Zukunft eine neue Rechtsform gibt, in der sie sich stark behaupten kann. In

Frage käme beispielsweise eine Genossenschaft. Als öffentlich-rechtliche Institution ist die KV von den Weisungen und Vorgaben der Politik nicht unabhängig genug.

Das Gesundheitssystem wird mehr privat-kommerzielle Züge tragen. Die derzeitigen Strukturen unterstützen eine passive Erwartungshaltung vieler Patienten. Künftig wird mehr Eigenverantwortlichkeit gefordert sein.

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

Sollte ich mal einen Gesundheitspolitiker treffen, würde ich ihn fragen: Warum verspricht man noch immer unbegrenzte medizinische Leistungen, obwohl dafür gar kein Geld mehr vorhanden ist?

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Auf den Virgin Islands arbeiten.

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Hans Ramm

Geburtsdatum: 24. November 1949**Fachrichtung:** Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik**Hobbys:** Darstellende und bildende Kunst, klassische Musik, Literatur**Wie war Ihr beruflicher Werdegang?**

Studium in Hamburg, Ausbildung zum Facharzt im AKO, UKE, KH Alsterdorf. Seit 1982 niedergelassen als Psychiater, Neurologe, Psychotherapeut.

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

Angemessene und ausgeglichene Entlohnung für die Leistungen der Ärzte unter besonderer Berücksichtigung der Tätigkeiten auf psychotherapeutischem und nervenärztlichem Fachgebiet.

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

In der jetzigen Zeit des Umbruchs wäre diese Frage nur mit hellseherischen Fähigkeiten zu beantworten. Mein Interesse besteht darin, an einem konstruktiven Entwicklungsprozess mitzuarbeiten.

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

Al Gore mit der Frage: „Ist unsere Erde noch zu retten?“

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Den humanistischen Gedanken weiterhin zu praktizieren und zu kommunizieren.

Hilfe für Ihre Patienten

Patientenberatung

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

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

040 / 22 802 650

Montag bis Donnerstag 9 - 13 Uhr
und 14 - 16 Uhr
Freitag 9 - 12 Uhr



Infocenter der KVH

...bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag!

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

040/22 802 900

040/22 802 885

infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag und Donnerstag

Mittwoch

Freitag

8.00 – 17.00 Uhr

8.00 – 12.30 Uhr

8.00 – 15.00 Uhr