KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Nr. 2/2008

Flächendeckende Versorgung

Was der Sicherstellungsauftrag wirklich bedeutet

MVZ

Atrio Med zieht Arztsitz aus Finkenwerder ab

Seite 5

Gesundheitspolitik

Senator Dietrich Wersich fordert Umsetzung der Honorarreform

Seite 10

Äskulap-Stiftung

Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen gehen stiften

Seite 35

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

Redaktionsschluss: 13. Juni 2008

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: Was halten Sie von der Diskussion über die Zukunft der Bedarfsplanung? 4
Atrio Med zieht Arztsitz aus Finkenwerder ab 5
Eimsbüttel: Augenarzt sucht Mitstreiter 6
Was der Sicherstellungsauftrag wirklich bedeutet 8
KV im Fadenkreuz der Medien 8

Gesundheitspolitik
Interview: Der neue Hamburger Gesundheitssenator Dietrich Wersich fordert die Umsetzung der Honorarreform 10

Aus der Praxis für die Praxis
Fragen und Antworten 12
KKH beschränkt Leistungsanspruch für HPV-Impfungen 12
Kassengebühr in Vertretungsfällen
Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen 13
DMP - was sich zum 1. Juli 2008 ändert 14
Einweiserbeauftragte in Hamburger Kliniken / Regressgefahr bei falschen Überweisungen / Notfallseminare für Notfalldienstärzte / Fortbildungspflicht: Bitte Punkte sammeln nicht vergessen! 15
Privatliquidation von Bundeswehrangehörigen / Konsiliarbericht vor Aufnahme der Psychotherapie 16

Abrechnung
Modifizierte Formulare zum 1. Juli 2008 / Abgabe der Abrechungsunterlagen 2. Quartal 2008 17
GOP 01735: Beratung für Cervixkarzinom-Früherkennung / Flyer zur neuen Arztnummern-Systematik 18
Änderung der Kinder-Richtlinien 19

Rundschreiben
Vertrag zum neuen Verteilungsmaßstab 20

Qualitätsmanagement
„Ein Wahnsinns-Aufwand“ - Interview mit den beiden ersten Vertragsärzten, die in Hamburg nach dem QEP-System zertifiziert wurden. 26
Erste Psychotherapeuten-Praxis Hamburgs zertifiziert 27

Qualitätssicherung
Schmerztherapie-Kommission ins Leben gerufen / Ultraschall-Vereinbarung: Vorerst kein Handlungszwang 28

Telematik
Werbefreie Praxissoftware 29

Brennpunkt Arznei
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses 30
Arznei-Telegramm: Ezetimib nach wie vor ohne Nutzenbelege 31

Berliner Seiten
KBV stellt Vertragskonzept zu AHDS vor / Aktualisierter Datenschutz-Leitfaden 34
Die Äskulap-Stiftung - und was dahinter steckt 35

KVH Intern
Vor 75 Jahren wurde die KV Hamburg „gleichgeschaltet“. Ihr Gründer, Dr. Julius Adam, starb im Konzentrationslager. 36
Für Sie in der Vertreterversammlung 38

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!

Sie haben es sicher schon bemerkt: Unser KVH-Journal wandelt sich weiter. Aus den vielgeliebten „gelben Seiten“ ist mittlerweile eine kleine Zeitschrift geworden. Wir berichten ausführlicher und im leicht lesbaren Magazin-Stil. Wir haben die Spalten geöffnet für die Darstellung der Aktivitäten unserer Mitglieder und schauen auch einmal über den KV-Tellerrand hinaus.

Nun wird es eine weitere Neuerung geben: Ab der kommenden Ausgabe des KVH-Journal werden Sie die Mitteilungen Ihrer KV alle sechs (statt derzeit alle zwölf) Wochen erhalten. Der Grund hierfür ist schnell erklärt: Wir haben zu viele Themen, zu viele Informationen, die wir für Sie aufbereiten wollen. Das Tempo der Veränderungen ist hoch, die Notwendigkeit, sich zu informieren, weiter gestiegen. Die rechte Zeit also, auch das Informationsangebot der KV zu erhöhen.

Wir werden das neue Tempo gut gebrauchen können, denn wir stehen vor einem „heißen Herbst“. Aber erst einmal kommt der Sommer - und dass Sie Ihn genießen können, wünscht Ihnen Ihre KV Hamburg!

Ihr

Walter Plassmann

Eine Einschränkung der Niederlassungsfreiheit wäre ein weiterer Schritt in Richtung Staatsmedizin. Auch wenn es noch so heftig abgestritten wird: Es ist einfach zu wenig Geld im System. Den rund um die Alster niedergelassenen Ärzten geringeres Honorar für die gleiche Leistung zu bezahlen, wie es nun in den Medien diskutiert wird, wäre absurd. Ich glaube, das würde keiner der Ärzte in Finkenwerder gutheißen.

Dr. Thomas Stolz ist Hausarzt in Finkenwerder.

Nachgefragt

Was halten Sie von der Diskussion über die Zukunft der Bedarfsplanung?

Sollen die unterschiedlichen Einkommensquellen eines freiberuflichen Arztes nun tatsächlich als Null-Summen-Spiel begriffen werden, indem man Ärzten in Gegenden mit vielen Privatpatienten weniger GKV-Honorar, in Gegenden mit weniger Privatpatienten aber mehr GKV-Honorar zahlt? Mich wundert immer wieder, wie selbstverständlich Politiker und Medien die Honorare der vielgeschmähten privaten Krankenversicherungen als Quersubvention für das heillos unterfinanzierte GKV-System vereinnahmen.

Dr. Axel Hübner ist Hausarzt in Finkenwerder.

Ich glaube nicht, dass es gelingt, einen Keil zwischen die Ärzte in Winterhude und in Finkenwerder zu treiben. Natürlich gibt es in Finkenwerder Probleme. Auf einen Arzt kommen hier 1662 Einwohner, während es im Hamburger Durchschnitt nur 429 sind. Wir haben ein dreifach höheres Scheinvolumen als der Durchschnitt der Hamburger Praxen. Deshalb hoffe ich sehr, dass die Budgets im Zuge der Honorarreform tatsächlich wegfallen. Wer mehr Patienten behandelt, sollte mehr Geld bekommen.

Dr. Niels-Peter Homann ist Hausarzt in Finkenwerder.

Führen die von Atrio Med aufgegebene Praxis weiter: Dr. Abolghassem Mahaleh (rechts) und die beiden Arzthelferinnen Gabriele Lück und Christine Grantin

Dramatische Situation

Das MVZ Atrio Med sorgte bereits für Wirbel, bevor es eröffnet wurde. Denn die Betreiber zogen einen Arztsitz aus Finkenwerder ab - ohne Rücksicht auf die Versorgungslage.

Am 17. April 2008 stand die Versorgungssituation in Hamburg-Finkenwerder einen Moment lang im Zentrum bundesweiter Aufmerksamkeit. An jenem Donnerstag brachte das Polit-Magazin *Panorama* einen Beitrag über die Abwanderung von Arztpraxen aus ärmeren Stadtteilen. Die Ärzte ziehe es in die wohlhabenden Gegenden, so *Panorama*. Dorthin, wo das Geld sitzt. Wo es teure Autos gibt, Villen – und Privatpatienten.

Aufhänger der Berichterstattung war die Schließung einer seit fast 60 Jahren bestehenden Hausarztpraxis in Finkenwerder.

Der betreffende Arzt hatte seinen Sitz an das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Atrio Med verkauft und die Praxis Ende März geschlossen. „Das war schon dramatisch“, erinnert sich die Arzthelferin Gabriele Lück. „Plötzlich standen 1200 Patienten ohne Hausarzt da. Einige brachen in Tränen aus, weil sie Angst hatten, nicht mehr versorgt zu werden.“

Die vier verbliebenen Hausarztpraxen in Finkenwerder hatten kaum noch Kapazitäten, weitere Patienten aufzunehmen. Finkenwerder ist ein alternder Stadtteil mit einem großen Versorgungsbedarf. Weil viele der Patienten nicht mehr mobil genug sind, um in die Innenstadt zu fahren, übernehmen die Finkenwerder Hausarztpraxen auch einen Teil der fachärztlichen Versorgung. „Die Praxen sind voll“, sagt Dr. Thomas Stolz. „Wir arbeiten hier in Finkenwerder 70 Stunden pro Woche, kommen abends um zehn Uhr nach Hause.“

Die Kassenärztliche Vereinigung wurde von der Praxisschließung überrascht. Sie hatte sich auf eine Zusage des MVZ Atrio Med verlassen, die Praxis als Filiale weiter zu betreiben. Als der Arztsitz dennoch abgezogen wurde, war es zu spät, um übergangslos für Ersatz zu sorgen. Zusammen mit Dr. Stolz entwickelte Lösungsstrategien wie die Anstellung eines Arztes per Sonderbedarf in dessen Praxis waren nicht von heute auf morgen zu realisieren. Zunächst musste ein neuer Arzt gefunden und das Projekt vom Zulassungsausschuss genehmigt werden.

Parallel zu diesen Bemühungen organisierten die beiden Arzthelferinnen Gabriele Lück und Christine Grantin Druck von unten. Sie gingen von Haus zu Haus, sammelten insgesamt 800 Unterschriften und schickten sie an die KV. Sie forderten Patienten dazu auf, Protestbriefe zu schreiben. Und sie alarmierten die Öffentlichkeit. Bereits am 31. März, einige Tage, nachdem der Arzt fortgezogen war, erschien ein Artikel im Hamburger Abendblatt, der auf die sich zuspitzende Versorgungssituation in Finkenwerder hinwies. Auch das TV-Magazin *Panorama* begann zu recherchieren.

Unterdessen brachte ein Zufall eine schnellere Lösung als erwartet. Als der Wilhelmsburger Allgemeinarzt Dr. Abolghassem Mahaleh im fahrenden Notfalldienst unterwegs war, traf er auf Patienten, die ihm von der Misere in Finkenwerder erzählten.

„Die Angst der Patienten, keinen Hausarzt mehr zu haben, hat mich berührt“, sagt Mahaleh. Er nahm Kontakt zu den ehemaligen Angestellten der verlassenen Praxis auf und beschloss, nach einem Weg zu suchen, in Finkenwerder eine Filiale zu eröffnen. „Ich bat die KV um Hilfe. Der Vorstand und die für die Sicherstellung zuständige Bereichsleiterin waren sehr bemüht“, so Mahaleh. „Die haben mir wirklich Mut gemacht.“

Am 28. April, beinahe genau einen Monat nach dem Weggang des alten Hausarztes, öffnete die Traditionspraxis wieder ihre Pforten. „Man hat

MVZ Atrio Med (Mitte Juni vor der Eröffnung)

gemerkt, wie erleichtert die Patienten waren“, sagt Mahaleh. „Viele haben sich bei mir bedankt.“ Mahalehs Hauptpraxis in Wilhelmsburg wird von einer angestellten Ärztin weitergeführt. „Mittelfristig“, so Mahaleh, „möchte ich noch eine dritte Zulassung erwerben.“

Das Polit-Magazin *Panorama* griff die Kassenärztlichen Vereinigungen in seinem Beitrag vom 17. April massiv an. Die KV „scheint seit Jahrzehnten überfordert zu sein mit den Aufgaben, die sie zu regeln hat“, so SPD-Politiker Prof. Karl Lauterbach im Interview. Forderungen nach höheren Arzthonoraren seien „natürlich nicht akzeptabel“. Längst gebe es Lösungsvorschläge für eine gerechtere Verteilung der Ärzte: Man könne mehr Geld für Ärzte in ärmeren Stadtteilen ausgeben, und weniger Geld im Villenviertel.

Was immer man von einem solchen Vorschlag halten mag: Ihn anzunehmen oder abzulehnen wäre Aufgabe der Politik. Die Kassenärztliche Vereinigung ist bei der Honorierung der niedergelassenen Ärzte an den bundesweit geltenden EBM und den regionalen Verteilungsmaßstab gebunden. Würde die KV den in den Hamburger Villenvierteln praktizierenden Ärzten weniger Honorar pro Leistung zubilligen als den Kollegen in Finkenwerder, verstieße das gegen geltendes Recht. Die Folge wäre eine Klagewelle – und die betroffenen Ärzte würden selbstverständlich Recht bekommen. Auch die für 2010 im Gesetz vorgesehenen Honoraranreize für Ärzte in unterversorgten Zulassungsbezirken werden in Hamburg ins Leere laufen. Denn selbst wenn man die Stadt in kleinere Zulassungsbezirke aufteilen würde - nach offizieller Definition „unterversorgt“ wäre keiner von ihnen.

Auch für die Diskussion über eine Abwanderung „geldgieriger Ärzte“ in Stadtviertel mit vielen Privatpatienten ist die Krise in Finkenwerder kein gut gewähltes Beispiel. Denn anders als von *Panorama* gemeldet war es nicht der Finkenwerder Hausarzt, der den Arztsitz in ein wohlhabenderes Stadtviertel verlegt hat – sondern das MVZ Atrio Med. Damit kommt eine ganz andere Problemlage ins Spiel. „Die Entstehung von Polikliniken und MVZ wird von der Politik forciert“, sagt der stellvertretende KV-Vorsitzende Walter Plassmann. „Wenn der vom Gesetzgeber ausgerufene Weg in den Wettbewerb die tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten derart außer Acht lässt, müssen wir uns fragen, ob Wettbewerb im Gesundheitswesen der richtige Weg ist.“

Das MVZ Atrio Med konstituiert sich derzeit auf dem Kampnagelgelände in Winterhude – in einer Gegend, die nach Einschätzung von Plassmann „blendend“ versorgt ist. Partner von Atrio Med ist die Techniker Krankenkasse (TK), die ihren Versicherten im neuen MVZ eine Vorzugsbehandlung mit gesondertem Wartebereich und Heißgetränken anbieten will.

Die Arzthelferinnen machten Druck von unten und sammelten 800 Unterschriften.

„Man kann durchaus sagen: Die Techniker Krankenkasse hat einen Hausarzt aus einem minderversorgten Gebiet abgezogen“, schimpft der Finkenwerder Arzt Dr. Niels-Peter Homann. „Noch dazu aus einem Gebiet, in dem die TK durch die Übernahme der BKK-Dasa Airbus ziemlich viele Patienten hat.“

„Nach unseren Recherchen ist es in Finkenwerder zu keinen Versorgungsengpässen bei unseren Versicherten gekommen“, sagt Angelika Schwabe, Leiterin der TK-Landesvertretung Hamburg.

„Der bisherige Praxisbetreiber hat seinen Kassenarztsitz verkauft, weil er außerhalb Hamburgs eine neue Praxis betreiben möchte. Der Kassenarztsitz wurde also unabhängig davon verkauft, wohin ein potenzieller Käufer diesen Sitz innerhalb Hamburgs verlegt.“

Bei Atrio Med ist man bemüht, die Wogen zu glätten. Michael Rauber, Projektentwickler des Hamburger MVZ, sagt: „Wir haben von der prekären Versorgungslage in Finkenwerder nichts gewusst.“ Sobald das Problem offenbar wurde, habe man alles getan, um zu helfen. Tatsächlich erklärte sich Atrio Med in Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung bereit, Dr. Abolghassem Mahaleh die Medizingeräte und das Inventar der Finkenwerder Praxis kostenlos zu überlassen. Auch die Arzthelferinnen, die ursprünglich ins MVZ wechseln sollten, durften in Finkenwerder bleiben, so dass der Praxisbetrieb ohne unnötige Reibungsverluste wieder aufgenommen werden konnte.

Doch auch nach Wiederherstellung des status quo ante bleibt das Zahlenverhältnis von Ärzten und Einwohnern in Finkenwerder ungünstiger als in anderen Stadtteilen. Der KV ist es zwischenzeitlich gelungen, den Zulassungsausschuss davon zu überzeugen, eine Sonderbedarfszulassung für einen weiteren Hausarzt in Finkenwerder auszusprechen; er soll im Juli seine Arbeit aufnehmen. Für einen vollen Pädiatrie-Sitz gibt es in Finkenwerder zu wenig Kinder, eine solche Praxis könnte wirtschaftlich nicht überleben. Aber die KV ist in Verhandlung mit einer Kinderarztgemeinschaft über die Einrichtung von Behandlungsräumen in Finkenwerder, Wilhelmsburg und Dulsberg, in denen Pädiater tageweise Sprechstunden abhalten könnten. Ein ähnliches Projekt verfolgt die KV derzeit im augenärztlichen Bereich.

„Wir sollten schlicht auf die Kassenärztlichen Vereinigungen verzichten“, sagt Lauterbach noch im *Panorama*-Interview. Wer dann den Versorgungsauftrag wahrnehmen soll, sagt er nicht. Groß ist die Auswahl nicht: entweder der Staat – oder die Kassen. Dass deren Interessen nicht immer im Sinne einer flächendeckenden, wohnortnahen Gesamtversorgung sind, hat der Fall Finkenwerder gezeigt. Und er hat gezeigt, dass die KV Hamburg energisch eingreift, wenn Versorgungslücken zu entstehen drohen. *mn*

Turbulente Verhältnisse

Auch in der Nachbarschaft von Dr. Jörg Fischer hat Atrio Med einen Arztsitz gekauft. Ein Grund mehr für Fischer, sich nach Verstärkung umzusehen.

Wenn der Eimsbüttler Augenarzt Dr. Jörg Fischer in seine Patientenkartei blickt, könnte er eigentlich ganz zufrieden sein. „Ich habe einen ganz normalen Prozentsatz an Privatpatienten“, sagt Fischer. „Das ist nicht das Problem. Das Problem ist, dass ich von Patienten überrannt werde.“ Rund um seinen Standort in der Nähe des Sternschanzen-Bahnhofs haben in der vergangenen Dekade mehrere Augenarzt-Praxen geschlossen.

Um die Situation zu entspannen, versprach der KV-Vorstandsvorsitzende Dieter Bollmann bereits vor einigen Monaten, Fischer bei der Anstellung eines weiteren Arztes zu helfen. Doch die Suche nach einem Kollegen verlief schwieriger als erwartet. „Vielen Ärzten, die sich vorgestellt haben, war das hier zu turbulent“, berichtet Fischer. „Drei von ihnen entschieden sich dafür, in einem MVZ zu arbeiten.“

Auf Medizinische Versorgungszentren ist Fischer ohnehin nicht gut zu sprechen – spätestens, seit Atrio Med den Arztsitz einer benachbarten Praxis am Schulterblatt aufgekauft hat. Doch ebenso wie in Finkenwerder zeigte sich Atrio Med auch in Eimsbüttel verhandlungsbereit. „In Gesprächen mit der KV haben wir zugesagt, die Augenarztpraxis als Filiale zunächst weiterzuführen“, sagt Michael Rauber, Projektentwickler des Hamburger MVZ. „Dadurch entstehen uns höhere Kosten. Doch wir stehen zu unserer Zusage.“ Wie lange sich Atrio Med an diese Zusage hält und was danach geschieht – wir werden weiter darüber berichten. *mn*

Möchte in seiner Praxis einen Kollegen anstellen: Dr. Jörg Fischer

Der Scheinriese

Sicherstellungsauftrag – und was er wirklich bedeutet

Aber die KV muss doch... sie hat doch den Sicherstellungsauftrag! Zum Handeln wird die KV derzeit sehr häufig aufgefordert, aber nicht immer ist allen klar, was KV eigentlich kann – und was eben nicht. Denn das Wort „Sicherstellungsauftrag" verspricht mehr, als die KV an Rechten zugewiesen bekommen hat.

Stark verkürzt gesagt, hat eine Kassenärztliche Vereinigung dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung ihres Gebietes zu jeder Zeit und an jedem Ort eine adäquate ambulante ärztliche Versorgung erhält. Dies bedeutet nicht, dass rund um die Uhr haus- und fachärztliche Versorgung in breitem Umfang vorgehalten werden muss. Aber hausärztliche Versorgung wird in der Tat zu jeder Tages- und Nachtzeit an jedem Ort angeboten – in sprechstundenfreien Zeiten über den Notfalldienst.

Natürlich ist es wünschenswert, wenn die haus- und fachärztliche Versorgung gleichmäßig in einem Zulassungsbezirk verteilt wäre – aber auch eine KV kann sich dies nur wünschen, anordnen kann sie es nicht. Denn der Arztberuf ist ein freier Beruf; ein niedergelassener Arzt ist selbständig tätig. Hat er einmal eine Zulassung erhalten, kann er innerhalb des Zulassungsbezirks den Ort seiner Praxis frei wählen. Niemand – auch nicht die KV – kann ihm diesbezüglich Vorschriften machen.

Die einzige Ausnahme hiervon besteht dann, wenn die Zulassung im Wege des „Sonderbedarfs" erteilt wurde.

Diese Durchbrechung einer Niederlassungssperre kann immer dann ausgesprochen werden, wenn ärztliche Versorgung entweder aus qualitativen Gründen (die entsprechende Leistung wird nicht oder nicht ausreichend angeboten) oder regionalen Gründen (in der betreffenden Region gibt es keine ausreichende Versorgung) so wenig angeboten wird, dass von „Sicherstellung" eben gerade nicht (mehr) gesprochen werden kann.

Eine Zulassung aus regionalen Bedarfsgründen kann aber logischer-

Unter die Räuber gefallen

Die KV Hamburg im Fadenkreuz der Medien

Eigentlich freut man sich ja, wenn KV-Themen in den Medien auftauchen. Immerhin geht man mit uns sonst gerne um nach dem Motto von Karl Valentin: „Gar nicht erst ignorieren." So war die Wahl des KV-Vorstandes vor vier Jahren keiner Zeitung in Hamburg auch nur eine Zeile wert.

Aber manchmal wird es doch ein wenig viel. So prasselten im April innerhalb weniger Tage veritable KV-Schlagzeilen auf die Leser nieder – und auch die Fernseh-Teams gaben sich im KV-Haus an der Humboldtstraße die Klinke in die Hand.

Was war geschehen? Während die Turbulenzen um die Verlegung eines Hausarztsitzes aus Finkenwerder eine Debatte über Unter- oder Schlechtversorgung in Hamburg auslösten (siehe Bericht auf S. 5), ritt ein Boulevardblatt eine Attacke auf den vertragsärztlichen Notfalldienst („Wenn Sie die KV-Notfall-Nummer anrufen, müssen Sie Glück haben") und das Fernseh-Magazin *Panorama* reaktivierte lebende Leichname, um das alte Lied der Abschaffung der KV zu singen.

Panorama ging dabei besonders perfide vor. Das NDR-Team hatte sich unter einer ganz anderen (Redaktions-) Flagge angemeldet und brach die Interview-Bemühungen auch nicht ab, als die KV darauf hinwies, dass sie für *Panorama* nicht zur Verfügung stünde und das Material hierfür nicht freigegeben sei. *Panorama*-Redakteuren wird nachgesagt, dass sie die Stoßrichtung ihrer Beiträge längst im Kopf haben, bevor sie mit dem Recherchieren beginnen. Ihnen ein Interview zu geben, um sich anschließend öffentlich in die Pfanne hauen zu lassen – darauf ist niemand scharf.

Misstrauisch wurden wir erst, als das Fernseh-Interview, aus dem nur wenige Sekunden genutzt werden sollte, eine geschlagene halbe Stunde dauerte. Es wurde erkennbar auf einen Satz gewartet, der, aus dem Zusammenhang gerissen, ins vorgefasstes Konzept passte.

Panorama suggerierte in seinem Beitrag schließlich, die KV vergebe die Zulassungen und schnitt einen Satz des KV-Vize dagegen, in dem dieser auf die Frage, warum es in einigen Stadtteilen weniger Ärzte als in anderen gäbe, dahingehend geantwortet hatte, dies liege an der unterschiedlich gefühlten Attraktivität der Stadtteile und beziehe sich auch auf andere Lebensbereiche „wie Fleischereien und Boutiquen". In *Panorama* kam dies maßlos ignorant rüber – was auch beabsichtigt war.

Während diese Attacke bekannten Mustern folgte, konnte die KV die Angriffe auf den Notfalldienst zunächst nicht wirklich einordnen. Bis sich die Hinweise verdichteten, dass die Informationen offenbar auf einen Fahrdienst zurückzuführen waren, der außerhalb Hamburgs ansässig ist und der Meinung war, er habe eine Rechnung mit der KV offen. Während der vielen Gespräche mit der Zeitungsredaktion hatte diese uns übrigens zugesichert, die in den Beiträgen genannten Patienten stünden uns zur Verfügung zur Verfolgung der beklagten Schlecht-Behandlung durch einen Arzt im Notfalldienst. Bis heute warten wir darauf, dass sich die Betroffenen melden...

Jetzt stand ein paar Wochen lang kaum etwas über die KV in der Zeitung. Auch mal ganz schön.

Walter Plassmann

weise nicht verlegt werden: Wer eine Zulassung nur deshalb erhalten hat, weil er für einen bestimmten Bezirk eine Versorgungslücke schließt, der muss in diesem Bezirk bleiben.

Allerdings ist nicht jede Fachgruppe für den regionalen Sonderbedarf „geeignet". Während Zulassungsausschuss und Sozialgerichte bei hausärztlicher, kinderärztlicher und kinder-psychotherapeutischer Versorgung recht großzügig mit bezirklichen Sonderbedarfen umgehen, gilt dies für fachärztliche Versorgung nur in sehr seltenen Ausnahmefällen. Denn die Sozialrichter stehen auf dem Standpunkt, dass es in einer Großstadt wie Hamburg mit dem gut ausgebauten öffentlichen Nahverkehr zumutbar ist, zum Augenarzt oder Radiologen ein paar Bezirke weiter zu fahren.

Mit der jüngsten Gesundheitsreform wurde der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt, Regelungen zu treffen, wie eine regionale Unterversorgung innerhalb eines Zulassungsbezirkes behoben werden könnte.

Diese Entscheidungen liegen inzwischen vor. Sie geben den regionalen Landesausschüssen auf, zunächst einmal zu definieren, welche Einheiten betrachtet werden sollen: Bezirke? Kreise? Versorgungsregionen? Wenn diese Definition erbracht ist, können bei festgestellter Unterversorgung (weniger als 60 Prozent Zulassungen, gemessen an den Zahlen der Bedarfsplanung) weitere Zulassungen ausgesprochen werden – selbst wenn im Zulassungsbezirk insgesamt Überversorgung herrscht.

Diese Regelung ist noch sehr neu, und es sind nirgendwo die Regionen definiert worden. Dies wird auch ein mühseliges Geschäft werden, denn die Krankenkassen scheuen sich naturgemäß davor, weitere Arztsitze zu schaffen – sie tragen ab 2009 ja wieder das Morbiditätsrisiko und können eine Verbesserung der Versorgung nicht mehr mit der Gesamtvergütung abgelten. Darüber hinaus wird es sehr schwer werden, in einer Großstadt wie Hamburg klar voneinander abgegrenzte Regionen zu definieren – der HVV fährt halt überall hin.

Der KV Hamburg wird gerne vorgehalten, sie solle sich dafür stark machen, den einheitlichen Zulassungsbezirk Hamburg in kleinere Einheiten aufteilen zu lassen. Dies müsste der Gemeinsame Bundesausschuss beschließen. Damit wird die Hoffnung verbunden, dass dann beispielsweise Wilhelmsburg ein eigener Zulassungsbezirk werden könnte und dort viele Zulassungsmöglichkeiten bestünden.

Doch dies ist ein Trugschluss. Eine Neuaufteilung von Planungsbezirken hat aus zwingenden juristischen Gründen zur Konsequenz, dass ein neuer Stichtag zur Berechnung festgelegt werden müsste. Damit wären auf einen Schlag sehr viele Arztsitze in sehr vielen Bezirken „frei" – sogenannte unterprivilegierte Stadtteile hätten noch mehr das Nachsehen als heute. Außerdem würden absurde Folgen eintreten; so könnte es sein, dass ein zugelassener Arzt noch nicht einmal zur gegenüberliegenden Straßenseite wechseln könnte, weil die schon einem anderen Bezirk angehört. Aus diesen Gründen hat Berlin – wo es zehn Jahre eine bezirkliche Zulassung gegeben hatte – darauf gedrungen, aus der Bundeshauptstadt einen einheitlichen Zulassungsbezirk zu machen; der Gemeinsame Bundesausschuss hat dies 2003 beschlossen.

Sicherstellung über Bedarfsplanung ist also nur in sehr engem Rahmen möglich. Aber man könnte doch – so wird der KV gerne vorgehalten – mit Geld nachhelfen und zusätzliche Finanzmittel in „unterprivilegierte" Stadtteile schaffen. Hierzu fehlt allerdings die gesetzliche Grundlage – und die Logik. Die KV hat die Honorare allein und ausschließlich nach EBM und Verteilungsmaßstab zu berechnen und auszuzahlen. In diesen Werken sind Transferleistungen von „reichen" in „unterprivilegierte" Stadtteile nicht vorgesehen. Das ärztliche Honorarsystem kann nicht Kaufkraft-Unterschiede ausgleichen, die von Teilen der Politik als „soziale Schieflage" bezeichnet werden.

Denn gerade Politiker übersehen gerne, dass es nicht Aufgabe der KV ist, unterschiedlich hohe Anteile an Privatpatienten-Klientel auszugleichen. Eine KV arbeitet ausschließlich im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist nicht möglich, mit GKV-Geldern einen Ausgleich dafür zu schaffen, dass die Zahl der Privatpatienten in den Praxen unterschiedlich hoch ist. Das einzige, was die KV tun kann, hat sie in Hamburg nun getan: Ein einheitliches Budget und damit einen einheitlichen Punktwert für Ersatz- und Primärkassenversicherte einzuführen.

Finanzielle Förderungen sind nur möglich, wenn in einem Zulassungsbezirk der Landesausschuss eine Unterversorgung festgestellt hat – wenn also nur 60 Prozent der Zulassungen in der Bedarfsplanung besetzt sind. Das ist derzeit nur in einigen Regionen im Osten Deutschlands der Fall – wo allerdings auch massive finanzielle Anreize nur sehr wenig Ärzte dazu bewegen können, in offenkundig unattraktiven Regionen zu arbeiten.

Damit sind die Möglichkeiten für die KV in Hamburg, wo es nach wie vor eine (statistische) Überversorgung in allen Fachgruppen gibt, aktive Standortpolitik zu betreiben, stark eingeschränkt. In jedem Fall muss die Initiative aber von einem Arzt ausgehen. Erst wenn von dessen Seite Interesse besteht, in einen Stadtteil zu gehen, der (auf Hamburg bezogen) unterdurchschnittlich versorgt ist, kann die KV Unterstützung leisten – welche, ist immer im Einzelfall zu entscheiden.

Das Wort „Sicherstellung" suggeriert eine größere Macht als der KV tatsächlich zusteht.

Das Wort „Sicherstellung" suggeriert also eine größere Macht, als der KV tatsächlich zusteht. Der KV ergeht es wie dem Scheinriesen aus „Jim Knopf": Je näher man kommt, umso kleiner wird er. Gerade Politiker pflegen dieses Missverständnis aber weiter sehr gerne – wohl auch entgegen besseren Wissens, denn dann hat man wenigstens nicht selbst schuld.

Eine KV darf keinem Arzt vorschreiben, wo er zu arbeiten hat – und das ist auch gut so, denn die Freiberuflichkeit des Arztes ist ein hohes, schützenswertes Gut. Nicht vergessen werden darf aber auch, dass sich im Laufe der Jahre in der Politik und der Bevölkerung die Ansicht darüber, was zur Grundversorgung vor der Haustüre gehört, deutlich verändert hat. Die Ansprüche sind massiv gestiegen. Aber auch insoweit gilt die alte Weisheit, dass der bezahlen muss, der bestellt hat.

Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

Foto: Volker Schinkus / Hamburger Morgenpost

Will den Patienten ihre Macht als Kunden wiedergeben: Dietrich Wersich (CDU)

„Wir brauchen diese Honorarreform“

Der neue Hamburger Gesundheitssenator Dietrich Wersich über die Versorgung in sozial schwächeren Stadtteilen, den Paragraf 116b und Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem durch gedeckelte Budgets.

Sie haben in den Jahren 2000 bis 2002 selbst in einer Arztpraxis gearbeitet. Wird das Ihre Politik als Senator beeinflussen?

Wersich: Überwiegend habe ich im Krankenhaus gearbeitet, war aber im Rahmen der Facharztweiterbildung auch zwei Jahre lang im niedergelassenen Bereich tätig – zunächst in einer allgemeinärztlichen, dann in einer Chirurgie-Praxis. Diese Erfahrungen prägen natürlich auch meine gesundheitspolitischen Vorstellungen. Als Mediziner in der Politik betreibe ich aber keinen Ärztelobbyismus, das wäre kontraproduktiv.

Als Arzt und Politiker vereinen Sie zwei Berufsgruppen in sich, die derzeit nicht gut aufeinander zu sprechen sind. Viele niedergelassene Ärzte haben das Gefühl, die Politik wolle ihnen das Wasser abgraben.

Wersich: Durch die Finanzierungsregelungen und die Budgetierung wurde den Ärzten tatsächlich viel abverlangt. Hinzu kommen gesundheitspolitische Konzepte von Politikern wie Karl Lauterbach, die von einer „doppelten Facharztschiene“ reden - was meiner Meinung nach so nicht zutrifft. Ich kann schon nachvollziehen, dass sich niedergelassene Ärzte bedroht fühlen.

Wie sehen Sie die Zukunft der niedergelassenen Ärzte?

Wersich: Ganz entscheidend wird die Honorarreform sein. Es gibt das Versprechen, dass die ärztliche Vergütung steigt. Im stationären Bereich wurde das Gehalt im Rahmen der Tarifverträge angehoben. Nun ist es dringend erforderlich, dass auch die Vertragsärzte mehr Geld erhalten. Mit dem Gesundheitsfonds kommt die Euro-Gebührenordnung, und dann sollen 2 bis 3 Milliarden Euro mehr für ärztliche Honorare ausgeschüttet werden.

Wird das Geld auch in Hamburg ankommen?

Wersich: Ich gehe fest davon aus, dass sich die Honorarreform auch auf Hamburg positiv auswirken wird. Schauen Sie sich das komplizierte Punktwerte-System an, den Honorarverteilungsmaßstab, die Kopfpauschalen und das derzeit noch bei den Ärzten liegende Morbiditätsrisiko – da ist die feste Euro-Gebührenordnung doch ein riesiger Schritt in die richtige Richtung.

Was tun Sie, wenn das Geld nicht in Hamburg ankommt?

Wersich: Es ist vereinbart, dass das Geld kommt. Ich mache mich in allen

Gremien dafür stark, dass diese Zusage eingehalten wird. Wir brauchen diese Honorarreform und wir brauchen eine Erhöhung der ärztlichen Vergütung. Nehmen Sie beispielsweise die Abwanderung von Arztpraxen aus sozial schwächeren Stadtteilen, über die derzeit diskutiert wird. Wenn eine Arztpraxis ohne Privatpatienten nicht existieren kann, nützt es gar nichts, über dirigistische Eingriffe zur Sicherung der Versorgung zu reden. Die ökonomischen Rahmenbedingungen müssen stimmen.

Die GAL, Ihr Koalitionspartner, hat in ihrem Wahlprogramm gefordert, die Möglichkeiten der Verlagerung von Kassenarztsitzen aus ärmeren Stadtteilen zu begrenzen.

Wersich: Da sollten wir als Stadt nicht eingreifen. Die ärztliche Selbstverwaltung hat die Möglichkeiten, Sonderzulassungen auf den Weg zu bringen und tut das auch. In diesem Bereich ist schon einiges passiert. Auch von der immer wieder geforderten Aufteilung der Stadt in kleinere Versorgungsregionen halte ich nichts. Entscheidend ist, dass die Honorarreform Voraussetzungen für eine leistungsgerechte Bezahlung schafft. Wer als Arzt mehr Patienten versorgt, soll wieder mehr Einkommen erzielen. Solche Anreize sind das einzige Mittel gegen den Ärztemangel in sozial schwächeren Stadtteilen.

Im Koalitionsvertrag steht, die Stadt wolle Konzepte wie Gesundheitshäuser oder Medizinische Versorgungszentren in unterversorgten Stadtteilen prüfen und gegebenenfalls unterstützen. Ist damit auch eine finanzielle Unterstützung gemeint?

Wersich: Nein, das wäre ein ordnungspolitischer Sündenfall. Die Stadt sollte nicht Aufgaben der GKV übernehmen, indem sie Zuschüsse oder vergünstigte Flächen bereitstellt. Das muss durch auskömmliche Honorare geregelt werden. Hinter der Formulierung im Koalitionsvertrag steht der Gedanke, dass Ärztehäuser oder andere Kooperationsformen den niedergelassenen Ärzten wirtschaftliche Erleichterungen bringen können. Mit Medizinischen Versorgungszentren sind hier übrigens nicht unbedingt die ambulanten Einheiten von Kliniken gemeint.

Macht es Ihnen Sorgen, dass immer mehr Arztsitze an die Kliniken gehen?

Wersich: Es ist nicht sozialverträglich, wenn Arztsitze von Krankenhäusern aufgekauft und aus den Stadtteilen abgezogen werden. Für eine flächendeckende ambulante Versorgung ist das kontraproduktiv.

Wie ist Ihre Position zur Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung schwer und chronisch kranker Patienten?

Wersich: Wir haben den Paragraf 116b SGB V sehr kritisch gesehen, schon im Gesetzgebungsverfahren. Wenn es einen Wettbewerb um ambulante Versorgung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern geben soll, muss er zu gleichen Bedingungen erfolgen. Das betrifft insbesondere die Honorierung der Leistungen, aber auch das Thema Krankenhausinvestitionen. Setzt ein Krankenhaus eine vorhandene Infrastruktur ein, hat es einen wirtschaftlichen Vorteil gegenüber den niedergelassenen Ärzten.

Ich glaube nicht, dass Krankenhäuser mit ihren Strukturen eine ambulante fachärztliche Versorgung grundsätzlich wirtschaftlicher leisten könnten als die Praxen.

Nun geht es beim Paragraf 116b SGB V aber nicht um die Breite der fachärztlichen ambulanten Versorgung, sondern um die Spezialversorgung.

Und da gibt es Ihrer Ansicht nach Handlungsbedarf?

Wersich: Wir haben da als Behörde keinen großen Spielraum. Die Krankenhäuser haben zum Teil einen Anspruch darauf, von uns eine Zulassung zu bekommen, wenn sie die Qualifikation erfüllen. Ich glaube aber, wir konnten den ersten großen Anlauf der Krankenhäuser, breit in die ambulante Versorgung einzusteigen, durch Gespräche und Moderation regulieren. Übrig geblieben sind einige hochspezialisierte Indikationen - und die Onkologie. Hier könnte es Probleme geben, denn auf diesem Gebiet hat Hamburg mit seinen vielen Spezialpraxen wirklich eine ausgezeichnete Versorgung. Wir werden deshalb weiterhin verhandeln und versuchen zu vermitteln. Die Krankenhäuser und die Vertragsärzte sind ja letztendlich aufeinander angewiesen.

Wie viel Wettbewerb kann ein Gesundheitssystem vertragen?

Wersich: Ich bin ein großer Freund des Wettbewerbs. Die Frage ist nur: Welcher Wettbewerb? Brauchen wir tatsächlich einen Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern auf der einen Seite und Krankenkassen auf der anderen Seite, die über den Kopf der Patienten hinweg Verträge abschließen? Ist es hilfreich, wenn die Verhandlungspartner am grünen Tisch Patientenpakete hin- und herschieben? Diese von der Bundespolitik angestoßene Entwicklung geht in die falsche Richtung. Ich glaube: Wir brauchen dringend eine Rückbesinnung auf den Patienten als steuerndes Element im Wettbewerb.

„Es ist nicht sozialverträglich, wenn Arztsitze von Krankenhäusern aufgekauft und aus den Stadtteilen abgezogen werden."

Wie könnte das konkret aussehen?

Wersich: Ein auf Service und Qualität ausgerichtetes System bekommen wir nur, wenn der Patient mit seiner Entscheidung, wo er sich behandeln lässt, auch gleichzeitig darüber entscheidet, wohin die Ressourcen fließen. In einem Gesundheitswesen mit gedeckelten Budgets ist das nicht der Fall. Wenn ein Arzt oder ein Krankenhaus immer ungefähr gleich viel Geld erhält, egal ob 20 Prozent weniger oder 10 Prozent mehr Patienten kommen, läuft etwas schief. Seine Macht als Kunde bekommt der Patient zurück, wenn ärztliche Leistungen nach einer festen Gebührenordnung bezahlt werden. Auch aus diesem Grund brauchen wir so bald wie möglich die Honorarreform im ambulanten Bereich. *mn*

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 Fallen die Kosten für die Verordnung von Impfstoffen für die Ergänzungsvereinbarung (Reiseimpfungen und HPV-Impfung zwischen 18-25 Jahren) in das Arzneimittel-Budget?

Nein. Impfstoffe für die Standardimpfungen der Impfvereinbarung und auch sämtliche Impfstoffe für die Ergänzungsvereinbarung fallen nicht ins Arzneimittelbudget. Die Verordnung im Rahmen der Ergänzungsvereinbarung erfolgt auf einem Arzneimittelrezept (Muster 16) zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse auf den Namen des Patienten. Damit die Kosten der Verordnung nicht in Ihr Arzneimittelbudget fallen, müssen Sie das Markierungsfeld 8 mit einer Nummer 8 überschreiben.

2 Müssen Patienten die Zuzahlung in der Apotheke leisten, wenn sie ein Rezept über einen Impfstoff für die Ergänzungsvereinbarung einlösen?

Ja. Diese Impfstoffe können nur auf den Namen des betreffenden Patienten verordnet werden und sind nicht von der Zuzahlung befreit.

3 Ein Patient möchte eine Verordnung seiner Dauermedikamente für ein halbes Jahr, da er für längere Zeit ins Ausland fährt. Darf ich diese Verordnung ausstellen?

Nein. Laut SGB V § 16 ruht der Leistungsanspruch eines Versicherten, wenn er sich im Ausland aufhält.

4 Wie wird Rückbildungsgymnastik verordnet?

Die Rückbildungsgymnastik ist keine nach der Heilmittel-Richtlinie verordnungsfähige Maßnahme – übrigens auch nicht die Schwangerschaftsgymnastik oder sonstige geburtsvorbereitende Maßnahmen. Die GKV übernimmt die Kosten, wenn diese Leistungen von Hebammen erbracht werden – und, sofern der Bedarf durch diese nicht abdeckt ist, von Krankengymnasten. Der Arzt stellt für diese Maßnahme nur eine formlose Empfehlung zum Beispiel auf einem Privatrezept aus.

KKH beschränkt Leistungsanspruch für HPV-Impfungen

Erstattung nur noch für Patientinnen vom 12. bis 17. Lebensjahr

Die KKH übernimmt ab 1. Juli 2008 keine HPV-Impfungen mehr für Versicherte, die älter als 17 Jahre sind.

Einzige Ausnahme: Ist der vollständige Impfschutz noch nicht erreicht, werden die Kosten der Folgeimpfungen den Versicherten erstattet.

Bisher hatte die Kasse HPV-Impfungen im Rahmen ihrer Satzungsregelungen im Wege der Kostenerstattung auch für ältere Versicherte übernommen. Diese Möglichkeit entfällt nun wegen einer Satzungsänderung zum 01. Juli 2008.

Grundsätzlich übernimmt die KKH fortan nur noch die den Schutzimpfungs-Richtlinien zu entnehmenden Impfungen, das heißt im Falle von HPV: Impfungen für Patientinnen vom 12. bis 17. Lebensjahr. Die Abrechnung dieser Leistungen ist wie bisher über die bestehenden Impfvereinbarungen mittels Krankenversicherungskarte abrechenbar. Den Impfstoff verordnen Sie bitte ebenfalls entsprechend der Impfstoffvereinbarung zu Lasten der BEK.

Kassengebühr in Vertretungsfällen

In den Arztpraxen taucht immer wieder die Frage auf, wie mit der Kassengebühr in Vertretungsfällen umzugehen ist. Wir haben im Folgenden einige Beispiele zusammengetragen:

Situation: Der Patient legt dem Vertretungsarzt eine Quittung über die im gleichen Quartal gezahlte Kassengebühr vor.

Vorgehensweise: Die Quittung wird mit dem Praxisstempel des Vertreters entwertet und es wird auf dem Notfall-/Vertreterschein die Nr. 80033 abgerechnet.

Situation: Der Patient kann dem Vertretungsarzt keine Quittung vorlegen.

Vorgehensweise: Der Notfall-/Vertreterschein wird angelegt, die Kassengebühr wird eingenommen und eine Quittung ausgestellt.

Situation: Der Patient war in dem selben Quartal bei einem anderen Arzt und legt einen von diesem ausgestellten Überweisungsschein vor.

Vorgehensweise: Die Kassengebühr darf nicht eingenommen werden. Der Vertretungsarzt legt einen Notfall-/Vertreterschein an und rechnet die Nr. 80033 ab. Den Überweisungsschein bewahrt der Patient auf. Sollte er in dem selben Quartal den zu vertretenden Arzt aufsuchen, wird dort der Überweisungsschein vorgelegt.

Früherkennungsuntersuchungen

Ab welchem Alter und in welchem zeitlichen Abstand haben Erwachsene Anspruch auf Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?

Frauen		
Gesundheitsuntersuchung	ab 35 Jahre	jedes zweite Jahr
Krebsfrüherkennung Frau	ab 20 Jahre	jährlich
Koloskopieberatung	ab 55 Jahre	einmalig
Totale Koloskopie	ab 55 Jahre	1x Wiederholung nach 10 Jahren
Untersuchung auf Blut im Stuhl	ab 50-55 Jahre	jährlich
Untersuchung auf Blut im Stuhl	ab 55 Jahre	alle 2 Jahre oder Koloskopie mit 1x Wiederholung nach 10 Jahren
Hautkrebs-Screening	ab 35 Jahre	jährlich

Männer		
Gesundheitsuntersuchung	ab 35 Jahre	jedes zweite Jahr
Krebsfrüherkennung Mann	ab 45 Jahre	jährlich
Koloskopieberatung	ab 55 Jahre	einmalig
Totale Koloskopie	ab 55 Jahre	1x Wiederholung nach 10 Jahren
Untersuchung auf Blut im Stuhl	ab 50-55 Jahre	jährlich
Untersuchung auf Blut im Stuhl	ab 55 Jahre	alle 2 Jahre oder Koloskopie mit 1x Wiederholung nach 10 Jahren
Hautkrebs-Screening	ab 35 Jahre	jährlich

Disease Management Programme

Was sich zum 1. Juli 2008 ändert

Vereinfachung der Dokumentationsanforderungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Dokumentationsanforderungen für Disease Management Programme (DMP) vereinfacht. Ab 1. Juli 2008 gibt es eine einheitliche Basisdokumentation für alle Indikationen außer für das DMP Brustkrebs. Bei Patienten, die in zwei Programmen eingeschrieben sind, müssen bestimmte krankheitsbildübergreifende Daten nur noch ein Mal eingegeben werden.

Die Diagnosesicherung, die bisher Bestandteil der Erstdokumentation war, muss künftig nur noch per Unterschrift des koordinierenden Arztes auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bestätigt werden. Die Erstdokumentation ist weiterhin auf dem Bestätigungsschreiben zur Versandliste zu unterzeichnen. Im Falle des Arztwechsels fällt keine zusätzliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung mehr an. Im DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist beim Arztwechsel nur noch eine Folgedokumentation zu erstellen.

Über die vertraglichen Anpassungen wird die KV ihre Mitglieder informieren.

Datenstelle benötigt zwei Datei-Versionen

DMP-Dokumentationen, die mit der Praxissoftware (DMP-Modul) erstellt wurden, müssen jeweils in zwei Versionen an den Server gesendet werden: eine Datei mit der Endung „.idx“, die andere mit der Endung „.zip.xkm“. Beide Dateien werden benötigt, damit die Datenstelle die Dokumente verarbeiten kann. Wird nur eine der Dateien gesendet, steht im Protokoll auf dem KV-Portal dann zwar „abgeholt“, aber nicht „verarbeitet“.

Auswirkungen der neuen Arztnummernsystematik

Die Einführung der neuen Arztnummernsystematik hat in bestimmten Praxiskonstellationen auch Auswirkungen auf die DMP-Dokumentation.

Ein Arzt, der einen Patienten im Rahmen des DMP behandelt, muss künftig unter seiner lebenslangen Arztnummer und seiner Betriebsstättennummer dokumentieren. Die Prüfung der Dokumentationen erfolgt in der Datenstelle anhand von Arztlisten, die nach der neuen Systematik (Arztnummer und Betriebsstättennummer) aufgebaut sind.

Die Abteilung Qualitätssicherung der KV Hamburg erteilt DMP-Teilnahmegenehmigungen personenbezogen. Im Einzelfall kann es daher erforderlich werden, dass Ärzte, die bisher keine personenbezogene DMP-Genehmigung beantragt oder erhalten haben, dies nachholen müssen, um wirksam dokumentieren zu können.

Neues DMP für Diabetes mellitus Typ 1

Mit Wirkung zum 1. Juli 2008 wurde in Hamburg auch für Diabetes mellitus Typ 1 ein DMP-Vertrag abgeschlossen. Bei den Verhandungen mit den Krankenkassen konnte vereinbart werden, dass die bisherigen Überleitungsvereinbarungen zu den Strukturverträgen mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem VdAK/AEV und den BKKn für einen weiteren Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2008 fortgelten. Zum Zeitpunkt der Drucklegung war das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen. Weitere Informationen folgen in Kürze.

Ansprechpartner
DMP-Verträge: Mathias Baer-Zickur, Tel: 22802-728,
Arztnummernsystematik: Infocenter, Tel: 22802-900
Qualitätssicherung: Birgit Schmitt, Tel: 22802-523

Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für Patienten

Ab 1. Juli 2008 müssen neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP KHK und DMP Asthma sowie COPD eingesetzt werden. Die alten Vordrucke dürfen dann nicht mehr verwendet werden. Die neuen Formulare haben folgende Kennung:

DMP Diabetes mellitus
Typ 1 und 2: Muster 10C

DMP KHK: Muster 30B

DMP Asthma: Muster 50A

DMP COPD: Muster 60A

Die Formulare für die Dokumentation liegen beim Pförtner der KV Hamburg aus.

Ansprechpartner: Hotline der Datenstelle 0341 / 259 20-43

Einweiserbeauftragte in Hamburger Kliniken

Wen Vertragsärzte ansprechen können, wenn es um die Behandlung ihrer Patienten geht

Klinik	Einweiserbeauftragter	Telefonnummer	e-mail
AK Altona	Robert Möller	040/1818-81-2012	r.moeller@asklepios.com
AK Barmbek	Günter van Dyk	040/1818-82-6201	g.dyk@asklepios.com
AK St. Georg	Dr. Christiane Stehle	040/1818-85-2107	c.stehle@asklepios.com
AK Harburg	Dr. Achim Rogge	040/1818-86-2398	a.rogge@asklepios.com
AK Wandsbek	Dr. Dagmar Steiner	040/1818-83-2520	d.steiner@asklepios.com
West Klinikum	Dr. Stephanie Hackethal	040/8191-2000	s.hackethal@asklepios.com
AK Nord	Dr. Kristin Drechsler	040/1818-87-3270	k.drechsler@asklepios.com
UK Eppendorf	Katharina Heinecke	040/42803-4448	katharina.heinecke@uke-hh.de

Ambulante Behandlung an Krankenhäusern

Überweisungen sind nicht zulässig

In den Praxen gibt es immer wieder Unsicherheit über die Ausstellung von Überweisungen zur ambulanten Behandlung an Krankenhäusern. Grundsätzlich sind solche Überweisungen nicht zulässig. Es gibt lediglich folgende Ausnahmen:

- Überweisung an die Poliklinik des UKE
- Überweisung an die Ambulanzen der Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen
- Überweisung an namentlich anzugebende ermächtigte Ärzte Hamburger Krankenhäuser für definierte Leistungen
- Überweisungen auf Grund einzeln definierter Institutsermächtigungen

Ansprechpartner Medizinische Fachberatung: Dr. Joachim Weidner, Tel: 22802-442

Was tun, wenn ein echter Notfall auftritt?

Kostenlose Seminare für im Notfalldienst tätige Ärzte

In den Diskussionen um die Reform des Ärztlichen Notfalldienstes kam immer wieder die Frage auf, ob die KV Hamburg Notfallseminare anbietet.

Die KV Hamburg organisiert seit vielen Jahren kostenlose Fortbildungs-Veranstaltungen für die im fahrenden Notfalldienst tätigen Ärzte und die Stand-Ärzte in den Notfallpraxen.

Die Notfallseminare werden regelmäßig von Rettungsmedizinern des Bundeswehrkrankenhauses im Hamburger Ärztehaus durchgeführt. Die Basis-Veranstaltungen dauern etwa vier Stunden und haben einen theoretischen und einen praktischen Teil mit Rettungsübungen an einer Puppe. Daneben werden Vortragsveranstaltungen angeboten, die sich jeweils schwerpunktmäßig mit einem für den Notfalldienst relevanten Thema befassen.

Die KV Hamburg weist nochmals darauf hin, dass der fahrende Notfalldienst auch weiterhin vor allem eine hausärztliche Versorgung außerhalb der Sprechzeiten ist. Eine inhaltliche Verschiebung in Richtung Rettungsmedizin ist mit der Reform nicht verbunden.

Fortbildungspflicht

Bitte Punkte sammeln nicht vergessen!

Das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 verpflichtet alle im vertragsärztlichen Bereich tätigen Ärzte zur fachlichen Fortbildung: Alle fünf Jahre müssen Vertragsärzte jeweils 250 Fortbildungspunkte nachweisen.

Da der erste Fünf-Jahres-Zeitraum am 30. Juni 2009 endet, hat die Ärztekammer in der letzten Maiwoche alle Hamburger Vertragsärzte angeschrieben, um ihnen ihren aktuellen Punktestand mitzuteilen.

Kann ein Arzt die erforderliche Anzahl an Fortbildungspunkten nicht nachweisen, muss die KV ihm laut Gesetz das Honorar kürzen.

Die KV bittet ihre Mitglieder, daran zu denken, bis Mitte 2009 genug Fortbildungspunkte zu sammeln.

Ansprechpartner für Fragen zur Fortbildungspflicht: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Tel: 22802-510

Privatliquidation bei Bundeswehrangehörigen

Nicht ohne Rücksprache mit dem Truppenarzt

Das Bundesverteidigungsministerium bittet die niedergelassenen Ärzte, vor dem Abschluss privater Honorarvereinbarungen mit Soldaten Kontakt zum Truppenarzt aufzunehmen.

Truppenärzte geben – offenbar aus Unachtsamkeit - immer wieder per Überweisungsschein Leistungen in Auftrag, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Dazu gehören zum Beispiel IGeL oder andere Behandlungen, die in der GKV nicht abrechnungsfähig sind. Dies führt dazu, dass Vertragsärzte mit Bundeswehrangehörigen private Honorarvereinbarungen abschließen. Nicht immer ist den Bundeswehrangehörigen klar, dass ihnen die Bundeswehr diese Kosten nicht erstattet – was bereits zu (erfolglosen) Beschwerden und Eingaben beim Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages geführt hat.

Die Vertragsärzte sollten deshalb zunächst mit dem Truppenarzt Rücksprache halten und gegebenenfalls eine Kostenübernahmeerklärung anstelle der Überweisung anfordern. Das Ministerium bittet die Vertragsärzte, auf den unmittelbaren Abschluss einer privatärztlichen Vereinbarung mit einem Bundeswehrangehörigen zu verzichten.

Foto: Harald Soehngen, fotolia.com

Konsiliarbericht vor Aufnahme der Psychotherapie

Häufige Missverständnisse beim Ausfüllen des Formulars

Die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung weist in einem Informationsschreiben darauf hin, dass es bei der Bearbeitung des Formulars für den Konsiliarbericht häufig Missverständnisse gibt.

Ziel des Konsiliarberichts, der vom Arzt vor Aufnahme einer Psychotherapie verfasst wird, ist es, den Psychotherapeuten über den körperlichen Befund zu informieren, damit er das Ergebnis einer somatischen Abklärung bei seiner Therapieplanung mit einbeziehen kann. Die Erstellung des Konsiliarberichts ist für den Konsiliararzt berechnungsfähig nach der Ziffer 01612 EBM.

Fehlende somatische Befunde

Bei der Gestaltung des Formulars wurde der häufigste Fall, dass keine ursächliche, im Zusammenhang mit dem psychischen Störungsbild stehende somatische Erkrankung vorliegt, außer Acht gelassen: Es gibt dazu keine Vorgaben und kein entsprechendes Feld zum Ankreuzen. Dennoch sollte im Konsiliarbericht auch auf fehlende somatische Befunde hingewiesen werden, da es sonst bei der Beantragung der Psychotherapie durch den Patienten wegen vermeintlich fehlender Angaben zu verzögernden Rückfragen kommen kann.

Indikation für die Psychotherapie

Psychotherapeutengesetz und Psychotherapierichtlinien regeln klar, dass der Psychotherapeut die Indikation für die Psychotherapie stellt. Das Formular erweckt den gegenteiligen Eindruck. Die Ärzte können dort nämlich ankreuzen, es bestehe eine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung. Setzt der Arzt an dieser Stelle ein Kreuz, führt das regelmäßig zur Einschaltung des MDK.

Bei schwerwiegenden Bedenken des Konsiliararztes empfiehlt die Psychotherapeuten-Vereinigung, diese mit dem Psychotherapeuten im kollegialen Gespräch zu klären – vor allem, wenn es sich um eine psychiatrische Störung handelt oder diese ausgeschlossen werden soll. Hier wird der Behandler dann – wenn nicht ohnehin bereits geschehen – eine Abklärung durch einen psychiatrisch qualifizierten Facharzt veranlassen.

Ärztliche Mitbehandlung

Das Ankreuzfeld „Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich“ bezieht sich ausschließlich auf das psychotherapeutisch zu behandelnde Störungsbild. Ist der Patient beim Konsiliararzt oder einem anderen Arzt in Behandlung wegen organischer Beschwerden, die in keinem Zusammenhang zur geplanten Psychotherapie stehen, sollte das Feld nicht angekreuzt werden.

Modifizierte Formulare zum 1. Juli 2008

Die meisten alten Vordrucke können aufgebraucht werden

Die Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes macht eine Anpassung der Formulare und Verordnungsvordrucke notwendig.

Die alten Formulare können allerdings bis auf wenige Ausnahmen zunächst aufgebraucht werden.

Stichtagsregelungen für Muster 10, 52 und 55

Eine der Ausnahmen ist das Muster 10 (Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung). Aufgrund einer weiteren Änderung darf die alte Version des Muster 10 ab dem 1. Juli 2008 nicht mehr verwendet werden. Ab diesem Stichtag sind ausschließlich die neuen Versionen des Musters 10 zu verwenden. Die neuen Muster 10 sind wie gewohnt im Formularraum der KV Hamburg erhältlich.

Zudem haben sich bei den Mustern 52 (Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) und 55 (Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit) inhaltliche Änderungen ergeben, so dass auch diese Muster ab dem 1. Juli 2008 in der alten Version nicht mehr aufgebraucht werden können. Ab diesem Stichtag dürfen nur noch die neuen Muster 52 und 55 verwenden werden.

Muster 16

In die Codierzeile von Rezepten soll ab 1. Juli 2008 die Betriebsstättennummer eingedruckt werden. Sofern die Arztabrechnungsnummer zur Betriebsstättennummer umfirmiert wird, können die alten Rezepte auf diese Weise weiterverwendet werden. Außerdem können Gemeinschaftspraxen diese Rezeptvordrucke gemeinsam nutzen.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900

Abgabe der Abrechnungsunterlagen 2. Quartal 2008

Montag, 30. Juni 2008 bis Mittwoch, 16. Juli 2008
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 KV Hamburg mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg 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 KV Hamburg, Tel. 22802 – 900 *wa*

Mit der Abrechnung 2. Quartal 2008 Altquartalsscheine einreichen

Aufgrund der weitreichenden Veränderungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1. Juli 2008 werden wir alle Altquartalsfälle aus dem Zeitraum vor dem 1. Juli 2008, die erst mit der Abrechnung für das 3. Quartal 2008 oder später eingereicht werden, nach den bis zum 30. Juni 2008 gültigen Abrechnungsbestimmungen gesondert abrechnen müssen. Dies wird nur mit erheblichem Mehraufwand und zeitlicher Verzögerung vorgenommen werden können.

Um den zusätzlichen Aufwand gering zu halten, bitten wir Sie, möglichst alle Altquartalsfälle mit der Abrechnung des 2. Quartals 2008 einzureichen. *wa*

Beratung für Cervixkarzinom-Früherkennung

In welchen Fällen kann die GOP 01735 EBM abgerechnet werden?

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 01735 wurde rückwirkend zum 1. Januar 2008 in den EBM aufgenommen. Es geht dabei um die Beratung von Frauen zur Früherkennung des Cervixkarzinoms.

Aufgrund der Vielzahl der bei uns eingehenden Anfragen zur GOP 01735 haben wir im Folgenden nochmals Kurzinformationen und die häufigsten Fragen zusammengestellt.

- Die Beratungsleistung ist nur bei Patientinnen berechnungsfähig, die nach dem 1. April 1987 geboren wurden.

- Relevant ist die neue Beratungsleistung nur im Zusammenhang mit dem Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B1 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien (Cervixkarzinom)

- Die Beratungsleistung ist nur einmalig im Zeitraum von zwei Jahren nach Erreichen der Anspruchsberechtigung berechnungsfähig. Die Anspruchsberechtigung bezieht sich hier auf die Berechtigung zur Krebsvorsorge; anspruchsberechtigt sind Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr. Daraus ergibt sich, dass die GOP 01735 EBM nur einmalig bei nach dem 1. April 1987 geborenen weiblichen Versicherten vom vollendeten 20. bis zum vollendeten 22. Lebensjahr abgerechnet werden kann.

- Voraussetzung für die Beratung ist nicht, dass die Versicherte zu diesem Zeitpunkt chronisch erkrankt ist.

- Im Quartal der Berechnung der GOP 01735 und im Folgequartal ist die GOP 01730 EBM (also die dazugehörige Früherkennungsuntersuchung) nicht berechnungsfähig.

Fragen und Antworten:

1 Die GOP 01735 EBM wurde neben der GOP 01730 EBM in Ansatz gebracht und nicht abgerechnet, da dies nach dem EBM ausgeschlossen ist. Die Patientin hat gleich nach der Beratung eingewilligt, eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchfüren zu lassen. Kann ich die GOP 01735 EBM in einem späteren Quartal abrechnen?

Nein, es ist nicht möglich die Beratungsleistung (GOP 01735 EBM) im Nachgang abzurechnen, wenn die Früherkennungsuntersuchung schon stattgefunden hat.

2 Bei der GOP 01735 werden die Chroniker-Richtlinien herangezogen. Ist die Leistung nach GOP 01735 für chronisch Kranke gedacht?

Nein, die Leistung ist nicht als Beratung für chronisch erkrankte Patienten gedacht. Sie soll honorieren, dass der Arzt die Patientin zur Teilnahme an der Krebsvorsorge motiviert.

3 Die GOP 01735 EBM kann nur einmal im Zeitraum von zwei Jahren nach Erreichen der Anspruchsberechtigung abgerechnet werden. Ist es denn möglich, die Leistung abzurechnen, wenn die Patientin im August 1986 geboren und damit 21 Jahre alt ist?

Nein, die Leistung kann nur bei Frauen abgerechnet werden, die nach dem 1. April 1987 geboren sind.

Ansprechpartnerin:
Frauke Leinroth, Tel: 22802- 401

Neue Arztnummernsystematik: Flyer der KV Hamburg

Ab 1. Juli 2008 müssen Vertragsärzte bei der Abrechnung sowohl eine Arzt- als auch eine Betriebsstättennummer angeben. Die KV Hamburg hat zu diesem Thema einen Flyer mit Informationen und Tipps erstellt, der den Vertragsärzten zugeschickt wurde. Er ist auch auf der Startseite der Homepage der KV Hamburg abrufbar:

www.kvhh.de

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, Texte im Internet einzusehen, stellen wir Ihnen den Flyer gerne in Papierform zur Verfügung.

Ansprechpartner zur neuen Arztnummernsystematik: Infocenter, Tel. 22802-900

Foto: Martina Holzendorf

Änderung der Kinder-Richtlinien

G-BA beschließt zusätzliche Früherkennungsuntersuchung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von Ärzten und Krankenkassen hat Änderungen der Kinder-Richtlinien beschlossen. Er wird voraussichtlich Mitte Juli veröffentlicht.

Neue Kinderfrüherkennungsuntersuchung U7a

Zusätzlich zu den bisher bestehenden neun Kinderfrüherkennungsuntersuchungen wird eine zusätzliche Untersuchung (U7a) zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat als GKV-Leistung eingeführt. Damit wird sicher gestellt, dass Kinder künftig ab der Geburt mindestens in jährlichem Abstand dem Arzt zur Früherkennung von Krankheiten vorgestellt werden können. Ziel der neu geschaffenen Früherkennungsuntersuchung U7a ist unter anderem die frühzeitige Entdeckung visueller Entwicklungsstörungen beziehungsweise deren Risikofaktoren.

Das Dokumentationsblatt zur neuen U7a wird es vorerst nur als Einlageblatt zum Untersuchungsheft für Kinder geben. Weil der Druck-auftrag vom G-BA ausgeschrieben werden muss, bekommt die KV das Dokumentationsblatt voraussichtlich erst ab Herbst zur Verfügung gestellt. Bis dahin können die entsprechenden Dokumentationsblätter auf der Internetseite des G-BA aufgerufen und ausgedruckt werden. (Seite 4 und 5 des Beschlußtextes):

www.g-ba.de/downloads/39-261-674/2008-05-15-Kinder-U7a.pdf

Eine Neuauflage des Untersuchungsheftes für Kinder („gelbes Heft“) ist erst mittelfristig geplant. Zunächst sollen die Restbestände des Untersuchungsheftes aufgebraucht werden.

Entbürokratisierung der Dokumentationen

Mit dem Beschluss des G-BA zur Einführung der U7a konnte gleichzeitig der Arbeitsablauf entbürokratisiert werden. So entfällt ab 1. Juli 2008 die Verpflichtung für die untersuchenden Ärzte, Durchschläge der Dokumentationen aus dem Untersuchungsheft für Kinder anzufertigen und an die KVen einzureichen. Entsprechende Hinweise in den im Gebrauch befindlichen Exemplaren des Untersuchungsheftes sind ab Inkrafttreten des Beschlusses gegenstandlos.

Geänderte Untersuchungszeiträume

Des weiteren wurden Änderungen hinsichtlich der Untersuchungszeiträume beziehungsweise Toleranzgrenzen für die U3, die U6 und die U8 beschlossen.

- Bei der U3 wird der Untersuchungszeitraum von jetzt 4. bis 6. Lebenswoche auf die 4. bis 5. Lebenswoche eingeengt.
- Bei der U6 wird die Toleranzgrenze für die Untersuchung von jetzt 9. bis 13. Lebensmonat erweitert auf 9. bis 14. Lebensmonat.
- Bei der U8 wird der Beginn des Untersuchungszeitraums von jetzt 43. Lebensmonat auf den 46. Lebensmonat verschoben.

Die vollständigen Änderungen der Kinder-Richtlinien entnehmen Sie bitte der späteren Veröffentlichung.

Ansprechpartnerin
Abrechnung – AB III:
Frauke Leinroth, Tel: 22802 – 401

Änderungen des Verteilungsmaßstabes zum 1. Juli 2008

Zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

und

der AOK Rheinland/Hamburg – die Gesundheitskasse,

dem BKK Landesverband NORD,
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung,

der Innungskrankenkasse Hamburg,

der Knappschaft,

dem VdAK – Landesvertretung Hamburg – zugleich für den AEV

wird nach § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V folgender

Verteilungsmaßstab (VM)

zur Verteilung der Gesamtvergütungen

vereinbart:

Der Verteilungsmaßstab in der Fassung vom 6. Juni 2007 wird mit Wirkung zum 1. Juli 2008 wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

(2) Die Abrechnungen zu Lasten der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie zu Lasten der Knappschaft und der Ersatzkassen erfolgen nach dem gemäß § 87 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM), den Beschlüssen des Bewertungsausschusses nach § 85 SGB V, den Bestimmungen der Verträge mit den Kostenträgern bzw. deren Verbänden und den Bestimmungen des VM.

2. § 3 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412 und 01721 EBM, für jede erste Visite am Behandlungstag in einer der in Nr. 01414 oder 01415 EBM genannten Einrichtung sowie einmal zu Leistungen nach Nr. 05230 EBM eine Wegepauschale nach Wegebereichen und Besuchszeiten in folgender Höhe:

a) Pauschale für Besuche nach Nr. 01410, 01721, 05230 und 01414 im Kernbereich bis zu 2 km Radius: 3,20 Euro (Abrechnungsnummer 97234);

b) Pauschale für Besuche nach Nr. 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius: 6,30 Euro (Abrechnungsnummer 97235);

c) Pauschale für Besuche nach Nr. 01410 , 01721, 05230 und 01414 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius: 9,20 Euro (Abrechnungsnummer 97236);

d) Pauschale für Besuche nach Nrn. 01411 oder 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km Radius: 6,30 Euro (Abrechnungsnummer 97237);

e) Pauschale für Besuche nach Nrn. 01411 oder 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius: 9,80 Euro (Abrechnungsnummer 97238);

f) Pauschale für Besuche nach Nrn. 01411 oder 01412 oder 01415 im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius: 13,20 Euro (Abrechnungsnummer 97239);

g) Pauschale für einen Besuch nach Nr. 01410 oder 01414 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4 EBM: 10,70 Euro (Abrechnungsnummer 97160);

h) Pauschale für einen Besuch nach Nrn. 01411 oder 01412 oder 01415 in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, nur neben einer Leistung nach Abschnitt 31.4 EBM: 14,80 Euro (Abrechnungsnummer 97161).

3. § 5 Abs. 2 wird gestrichen.

4. § 5 Abs. 3 wird Abs. 2 und erhält folgende Fassung:

(2) Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale der KVH mit einem Fahrdienst ausgeführt, so werden die Beträge für Wegeentschädigungen nicht an den Arzt abgeführt, sondern als Kosten des Notfalldienstes einbehalten. Wird der Ärztliche Notfalldienst auf Veranlassung der Notfalldienstzentrale nicht mit einem Fahrdienst, sondern im eigenen Wagen des Arztes ausgeführt, so erhält der Arzt in einem generell im Notfalldienst mit Fahrdienst befahrenen Bezirk den von den Kostenträgern zu zahlenden Pauschalbetrag.

5. § 5 Abs. 4 wird Abs. 3 und erhält folgende Fassung:

(3) Die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen, die von Vertragsärzten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten sowie bei gegenseitiger Vertretung erbracht werden; diese Leistungen sind auf dem Abrechnungsschein für Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19 der Vordruckvereinbarung) abzurechnen.

6. § 7 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Zur Verteilung werden die Gesamtvergütungen der

Krankenkassen zusammengefasst. Aus den Vergütungen der Krankenkassen sind vorab die in § 8 genannten Beträge zu verteilen. Ferner sind die für die Leistungen, für die eine besondere Vergütung mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden vereinbart wurde und die zur Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen der kurativen Koloskopie vorgesehenen Beträge sowie die für entsprechende Erstattungen nach den vereinbarten Sätzen benötigten Beträge zurückzustellen. Der danach verbleibende Anteil der Gesamtvergütungen wird in Anwendung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Teilung der Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V vom 16. Februar 2000 in der jeweils gültigen Fassung in einen hausärztlichen Anteil (§ 10) und einen fachärztlichen Anteil (§ 11) getrennt. Die Vergütungen der Leistungen gem. § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (sog. k.o.-Leistungen) sowie die Vergütungen von Leistungen im Jahre 2007 nach der Nr. 32000 EBM verbleiben in den Anteilen der Versorgungsbereiche.

7. An § 7 wird folgender Absatz 3 angefügt:

(3) Bei Berufsausübungsgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentren, die versorgungbereichsübergreifend tätig sind, werden die auf die einzelnen Ärzte entfallenden Honoraranteile dem jeweiligen Versorgungsbereich zugeordnet.

8. § 8 erhält folgende Fassung:

Aus den Gesamtvergütungen der Krankenkassen sind vorab zu berücksichtigen:

a) die für die Fahrdienstkosten und die Kosten der Einrichtungen des Ärztlichen Notfalldienstes Hamburg bestimmten Beträge,

b) aus dem sockelwirksam für Leistungen im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg mit Ausnahme des Bereitschaftsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten und der ärztlichen Rufbereitschaft für eine Notfallpraxis eingestellten Betrag die ärztlichen Notfallleistungen mit dem durchschnittlichen Quartalspunkwert (Anlage E) des Vorquartals,

c) ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit 90 % des durchschnittlichen Quartalspunktwertes (Anlage E) des Vorquartals; ambulante ärztliche Notfallleistungen im Rahmen der von Hausärzten am Krankenhaus organisierten Notfalldienste sowie kinderärztliche Versorgung im Rahmen der Rufbereitschaft für die Notfallpraxen Altona und Farmsen mit dem durchschnittlichen Quartalspunktwert (Anlage E) des Vorquartals; am Tag der Notfallversorgung ist neben den EBM-Nrn. für die erbrachten Leistungen die Nr. 99506 in der Abrechnung anzugeben. Abweichend hiervon ist die Bildung von Honorarunterkontingenten aufgrund von Verträgen zwischen der KVH, den Hausärzten und Krankenhäusern nach schriftlicher Zustimmung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen möglich,

d) Kostenpauschalen für Dialysen und andere Kostenerstattungen bzw. Pauschalen nach EBM, Verträgen oder VM,

e) ärztliche Leistungen bei Laboratoriumsuntersuchungen nach Kapitel 32 EBM (z.Zt. Nrn. 12210, 12220, 12225, 32001 EBM) mit dem durchschnittlichen Quartalspunktwert (Anlage E) des Vorquartals.

9. § 9 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

(1) Für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen wird ein Honorarkontingent gebildet, das dem Anteil dieser Leistungen am Honorarkontingent nach § 11 HVM a.F. in den Ausgangsquartalen 1/2004 bis 4/2004 (vor Berücksichtigung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V) entspricht. Der sich daraus ergebende Betrag wird auf die entsprechenden Punktzahlen für Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aufgeteilt. Die so ermittelten Punktwerte werden als Auszahlungspunktwerte auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet. Die nach Abrechnung mit diesen Punktwerten verbleibenden Beträge werden dem psychotherapeutischen Honorarausgleichsfonds zugefügt. Für die Verteilung gelten im übrigen nachfolgende Besonderheiten.

10. § 10 Abs. 1 Buchstabe c wird gestrichen.

11. § 10 Abs. 1 Buchstabe d wird gestrichen.

12. § 10 Abs. 1 Buchstabe e wird Buchstabe c.

13. § 10 Abs. 2 wird gestrichen.

14. § 10 Abs. 3 wird Absatz 2 und erhält folgende Fassung:

(2) Die danach verbleibenden Beträge werden auf die Punktzahlen der von den Hausärzten abgerechneten Leistungen sowie der kinderärztlichen Leistungen aufgeteilt. Rechnerische Punktwerte vor Durchführung mengenbegrenzender Maßnahmen werden auf 5,11 Euro-Cent begrenzt; die die Begrenzung übersteigenden Beträge werden den Rückstellungen nach § 14 zugeführt. Zur Ermittlung des Auszahlungspunktwertes erfolgt eine Verteilung der verbleibenden Beträge auf die nach Durchführung mengenbegrenzender Maßnahmen und Anwendung praxisbezogener Regelversorgungsvolumina (Anlage B) abzurechnenden Punktzahlen. Der sich daraus ergebende Punktwert in Euro-Cent wird als Auszahlungspunktwert auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet. Die nach der Abrechnung mit diesem Punktwert verbleibenden Beträge werden einem hausärztlichen Honorarausgleichsfonds zugeführt.

15. § 10 Abs. 4 wird gestrichen.

16. § 11 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

(2) Die nach Durchführung des Abs. 1 verbleibende fachärztliche Gesamtvergütung wird in arztgruppen- bzw. leistungsspezifische Honorarkontingente unterteilt

(Anlage I). Die Zuordnung einer Praxis zu einem gruppenspezifischen Honorarkontingent richtet sich nach dem Schwerpunkt der Praxistätigkeit. Ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich, entscheidet der Vorstand nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Honorarkontingente werden als Vergütungsanteile gebildet und entsprechen dem Leistungsbedarfsanteil der einzelnen Kontingente an dem Gesamtleistungsbedarf der Kontingente. Zur Berechnung der Leistungsbedarfsanteile werden die Abrechnungsergebnisse der jeweils letzten vier verfügbaren Honorarabrechnungen herangezogen, mit der Maßgabe, dass für die Abrechnung des Quartals 1/06 lediglich die Quartale 2/05 und 3/05 und für die Abrechnung des Quartals 2/06 lediglich die Quartale 2/05, 3/05 und 4/05 herangezogen werden. Leistungsbedarfsänderungen, die sich aus Änderungen des EBM oder strukturellen Veränderungen der Vergütung der Leistungen ergeben, werden gesondert berücksichtigt. Minderungen der Honoraranteile einzelner Kontingente gegenüber den gemäß § 11 Abs. 2 VM i.d.F. vom 11.08.2005 ermittelten Honoraranteilen der Kontingente des Vorjahresquartals werden, soweit sie durch die Änderung der Kontingentberechnung in § 11 Abs. 2 VM begründet sind, auf 2 % je Quartal begrenzt. Zur Ermittlung der auf die Leistungen des ambulanten Operierens nach Abschnitt 31.2 EBM entfallenden Vergütung wird arztgruppenbezogen auf die Vergütungsanteile des ambulanten Operierens im jeweiligen Vergleichsquartal aus dem Zeitraum der Quartale 2/05 bis 1/06 abgestellt. Satz 7 findet keine Anwendung.

17. § 11 Abs. 5 wird gestrichen.

18. § 11 Abs. 6 wird Abs. 5 und erhält folgende Fassung:

(5) Von den arztgruppenspezifischen Honorarkontingenten gem. Absatz 2 werden, sofern in den Arztgruppen eine Vergütung durch praxisbezogene Regelversorgungsvolumina nach Anlage B erfolgt, gesonderte Vergütungsanteile in Höhe von jeweils 3% zurückgestellt.

19. § 11 Abs. 6a wird Abs. 6.

20. § 11 Abs. 7 erhält folgende Fassung:

(7) Die sich nach Abs. 2 bis 6 ergebenden Beträge werden auf die im jeweiligen Honorarkontingent abzurechnenden Punktzahlen verteilt. Rechnerische Punktwerte vor Durchführung mengenbegrenzender Maßnahmen werden honorarkontingentbezogen auf 5,11 Euro-Cent begrenzt; die die Begrenzung übersteigenden Beträge werden den Rückstellungen nach § 14 zugeführt. Zur Ermittlung der honorarkontingentbezogenen Auszahlungspunktwerte erfolgt eine Verteilung der verbleibenden Beträge auf die nach Durchführung mengenbegrenzender Maßnahmen abzurechnenden Punktzahlen. Die sich daraus ergebenden Punktwerte in Euro-Cent werden je Honorarkontingent als Auszahlungspunktwerte auf zwei Stellen hinter dem Komma abgerundet. Die nach der Abrechnung mit diesen Punktwerten verbleibenden Beträge werden einem fachärztlichen Honorarausgleichsfonds zugeführt. Für die Verteilung gelten folgende Besonderheiten:

a) Das Honorarkontingent Radiologen und Nuklearmediziner wird in Unterkontingente nach Anlage J VM unterteilt. Innerhalb der radiologischen Teilkontingente werden die Leistungen nach den Regelungen der Anlage J vergütet.

b) Innerhalb des Honorarkontingentes der fachärztlichen Internisten wird ein Vergütungsanteil für ambulante und soweit diese nicht unter § 11 Abs.1 fallen, belegärztliche invasiv-kardiologische Leistungen gebildet. Für Leistungen der invasiven Kardiologie (EBM-Nummern: 34283 – 34292 und 01520 – 01531) erhalten Ärzte mit entsprechender Genehmigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie ein Zusatzvolumen nach Anlage B VM.

c) Innerhalb des Honorarkontingentes für histo-/zytologische Auftragsleistungen einschl. der Leistungen der Pathologen werden die Leistungen mindestens mit einem Punktwert von 3 Euro-Cent bewertet. Über- oder Unterdeckungen des Kontingentes werden über die fachärztlichen Rückstellungen ausgeglichen.

d) In den Honorarkontingenten der psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin werden die Leistungen ohne Mengenbegrenzung durch praxisbezogene Regelversorgungsvolumina vergütet.

21. An § 11 wird folgender Absatz 8 angefügt:

(8) Bei Berufsausübungsgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften und medizinischen Versorgungszentren, die fachgruppenübergreifend tätig sind, werden die auf die einzelnen Ärzte entfallenden Honoraranteile dem jeweiligen Fachgruppenkontingent zugeordnet

22. § 13 Abs.1 erhält folgende Fassung:

(1) Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen werden in die Verteilung nach den §§ 7 bis 11 einbezogen.

23. Anlage B erhält folgende Fassung:

Anlage B

zum Verteilungsmaßstab

Vergütung nach
praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina

Allgemeines

Die Abrechnung der im EBM enthaltenen ärztlichen Leistungen wird je Quartal durch praxisbezogene Regelversorgungsvolumina (pRVV) begrenzt. Grundlage der pRVV ist der anerkannte und begrenzte Leistungsbedarf in Punkten des jeweiligen Vergleichsquartals aus dem Zeitraum 1. Quartal 2004 bis 4. Quartal 2004. Nachträgliche rechtskräftige Änderungen des anerkannten Leistungsbedarfes in den

Vergleichsquartalen führen von Amts wegen zu einer Anpassung der pRVV.

1. Anpassung des Leistungsbedarfs an die Gesamtvergütungen

a. Der nach § 11 Abs. 2 in die gruppenspezifischen Honorarkontingente unterteilte Teil der für den Abrechnungszeitraum erwarteten Gesamtvergütung wird durch 4,87 Euro-Cent geteilt und ergibt so das arztgruppenspezifische Gesamtpunktzahlvolumen. Diesem Gesamtpunktzahlvolumen wird der aus dem Gruppenkontingent zu finanzierende, anerkannte und begrenzte Leistungsbedarf des Vergleichsquartals gegenübergestellt. Die Relation dieser Werte zueinander ergibt die für alle Praxen der Arztgruppe anzuwendende Veränderungsrate.
b. Für invasiv-kardiologische Leistungen wird der aus dem Leistungskontingent nach § 11 Abs. 7 b) VM zu finanzierende Leistungsbedarf entsprechend angepasst.
c. Die Gesamtpunktzahlvolumina für Hausärzte und Fachärzte werden zum 01. Juli 2008 unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer Hochrechnung (Transcodierung über alle Ärzte) einer Änderung des Leistungsbedarfs vom EBM 2000plus auf den EBM in der ab dem 01.01.2008 geltenden Fassung wie folgt neu ermittelt und die Punktwerte nach Buchst. a wie folgt angepasst:

Arztgruppe	Veränderung Leistungsbedarf %	Punktwert
Hausärzte	9,1	4,43 Euro-Cent
Anästhesisten	1,1	4,82 Euro-Cent
Augenärzte	10,0	4,38 Euro-Cent
Chirurgen	7,2	4.52 Euro-Cent
Fachärztliche Internisten	11,0	4,33 Euro-Cent
Frauenärzte	5,1	4,62 Euro-Cent
Gynäkologische Endokrinologen	-27,5	5,11 Euro-Cent
Hautärzte	8,3	4,47 Euro-Cent
HNO-Ärzte	10,3	4,37 Euro-Cent
Kinder- und Jugendpsychiater	12,2	4,28 Euro-Cent
MKG-Chirurgen	4,4	4,66 Euro-Cent
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	9,9	4,39 Euro-Cent
Orthopäden	10,4	4,36 Euro-Cent
Urologen	7,8	4,49 Euro-Cent

2. Berechnung des praxisbezogenen Regelversorgungsvolumens

Der anerkannte Leistungsbedarf je Gruppenkontingent der Quartale 1/04 bis 4/04 wird für jede Praxis berechnet und mit der nach Ziff. 1 errechneten Veränderungsrate korreliert. Das daraus errechnete Punktzahlvolumen ist das pRVV.

Daneben wird die Fallzahl der Vergleichsquartale 1/04 bis 4/04 festgestellt.

Für invasiv-kardiologische Leistungen werden praxisbezogene Zusatzvolumina entsprechend berechnet. Als Fallzahl wird dabei die Zahl der invasiv kardiologischen Fälle der Vergleichsquartale zu Grunde gelegt. Daneben gelten die Vorschriften der Ziffer 4 a) – d) dieser Anlage entsprechend. Überschreitungen des pRVV werden mit Unterschreitungen des Zusatzvolumens verrechnet. Unterschreitet die Fallzahl im Abrechnungsquartal die Fallzahl des entsprechenden Vergleichsquartals gemäß Satz 3, um mehr als 10%, wird das pRVV um jeden vollen Prozentpunkt zusätzlicher Unterschreitung um 1,25% gekürzt.

Fallzahlen im Sinne dieser Regelung sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 und 2 Arzt-/Ersatzkassenvertrag, ausgenommen der Auftragsfälle für Laboruntersuchungen und histo-/zytologische Untersuchungen sowie der Fälle des ärztlichen Haupt- und Reservedienstes.
Über das pRVV hinausgehender Leistungsbedarf wird nicht gesondert vergütet.

Für Leistungen von Hausärzten werden die pRVV unter Einbeziehung eines Altersmodifikators für junge Patienten (bis zum vollendeten 5. Lebensjahr) und alte Patienten (ab Beginn des 60. Lebensjahres) dem Abrechnungsergebnis entsprechend angehoben. Dazu wird die durchschnittliche Punktzahl der Versichertenpauschalen je Arzt ins Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt gesetzt. Bei Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts wird das pRVV um die Differenz der tatsächlich vom Arzt abgerechneten Punktzahlen der Versichertenpauschalen erweitert.

3. EBM-Anpassung

Praxen des fachärztlichen Versorgungsbereichs, die mit ihrem anerkannten Leistungsbedarf ihr pRVV mehr als im Umfang der arztgruppendurchschnittlichen Überschreitung zuzüglich der einfachen Standardabweichung (Grenzwert) überschreiten, erhalten eine Zusatzvergütung aus den gesonderten Vergütungsanteilen nach 11 Abs. 5. Hierzu wird je arztgruppenspezifischem Honorarkontingent ein Zusatzvergütungspunktwert aus dem gesonderten Vergütungsanteil geteilt durch die Summe derjenigen Punktzahlen ermittelt, mit denen die Praxen ihre pRVV in einem den Grenzwert übersteigenden Umfang überschritten haben. Der Zusatzvergütungspunktwert ist in seiner Höhe auf 5,11 Cent begrenzt. Die Überschreitungspunktzahlen werden mit dem Zusatzvergütungspunktwert gesondert vergütet. Die Berechnung und Verteilung der Zusatzvergütung wird quartalsweise und von Amts wegen durchgeführt. Wird der gesonderte Vergütungsanteil nicht vollständig aufgebraucht, so werden die Beträge in das jeweilige Kontingent zurückgeführt.

Die Ermittlung der arztgruppendurchschnittlichen Überschreitungen sowie der Zusatzvergütungspunktwerte

erfolgt abschließend auf der Grundlage der Abrechnungsdaten im Zeitpunkt der Honorarabrechnung. Nachträgliche Änderungen bei einzelnen Praxen bleiben für diese Berechnungen außer Betracht. Ergibt sich für einzelne Praxen durch nachträgliche rechtskräftige Änderungen des Leistungsbedarfs oder des pRVV eine Änderung der individuellen Überschreitungsquote, wird auch die Zusatzvergütung nachträglich neu berechnet mit der Maßgabe, dass sie bei nachträglicher Unterschreitung des Grenzwertes vollen Umfangs entfällt.
Für die praxisbezogenen Zusatzvolumina der invasivkardiologischen Leistungen gelten die vorstehenden Regelungen entsprechend mit der Maßgabe, dass für die Überschreitungen der fachärztlich-internistischen pRVV sowie der Zusatzvolumina gesonderte Grenzwerte nach Durchführung der Verrechnungen ermittelt werden und bei Grenzwertüberschreitungen auch die Zusatzvergütung gesondert entrichtet wird.

4. Sonderregelungen im Einzelfall

a) Neuzulassungen

Zur Ermittlung der Abrechnungsbegrenzung innerhalb der ersten sechzehn Quartale nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit wird ein arztgruppendurchschnittliches Regelversorgungsvolumen (aRVV) gebildet. Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen sind im aRVV nicht enthalten.

- Hat ein Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit neu aufgenommen und ist die Summe der für ihn berechneten pRVV größer als das aRVV, gelten die pRVV, ansonsten das aRVV.

- Bei Übernahme des Arztsitzes eines ausgeschiedenen Vertragsarztes werden dessen pRVV übernommen, soweit diese für den ausgeschiedenen Vertragsarzt berechnet werden können und deren Summe größer als das aRVV wäre; ansonsten gilt das aRVV.

- Soweit für den übernehmenden Vertragsarzt pRVV berechnet werden können und deren Summe größer als das aRVV ist, gelten die pRVV, ansonsten das aRVV.

b) Berufsausübungsgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften

Bei Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilberufsausübungsgemeinschaft wird das pRVV gleichmäßig auf die einzelnen Ärzte bzw. Praxen aufgeteilt. Scheidet ein Arzt durch Aufgabe seines Vertragsarztsitzes aus einer solchen Gemeinschaft aus, verbleibt das für die Praxis errechnete pRVV bei dem / bei den verbleibenden Praxispartner(n).

Bei Bildung einer oder Aufnahme eines weiteren Partners in eine solche Gemeinschaft wird das pRVV der neuen Praxis aus der Summe der pRVV der beteiligten Ärzte/ Praxen gebildet.

c) Kleine Praxen

Praxen, deren Summe der pRVV kleiner als das aRVV ist, erhalten quartalsweise fallbezogene Zusatzvolumina. Das fallbezogene Zusatzvolumen errechnet sich aus der Multiplikation des pRVV-relevanten, altersgewichteten Fallwertes mit der Fallzahldifferenz zwischen dem Abrechnungsquartal und dem entsprechenden Quartal des Vorjahres. Das Zusatzvolumen wird auf 10 % der Summe der pRVV begrenzt und höchstens bis zum Umfang des aRVV gewährt.

d) Angestellte Ärzte

In Teilzeit angestellte Ärzte, die nicht den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis unterliegen und zulässig beschäftigt werden, erhalten ein pRVV nach den vorgenannten Regelungen, beschränkt auf die Quote ihrer Teilzeitbeschäftigung.

e) Übernahme von Versorgung

Wird nachweislich eine im Vergleichszeitraum durchgeführte Versorgung von einer anderen Praxis übernommen, können dieser die der bisherigen Praxis dafür zugemessenen Anteile des pRVV übertragen werden. Die Übertragung findet auf Antrag statt. Dem Antrag sind Nachweise beizufügen, die Art und Inhalt des Leistungsüberganges belegen.

f) Job-Sharing

Auf Job-sharing Praxen nach den Bedarfsplanungs- bzw. den Angestellte-Ärzte-Richtlinien werden die Regelungen dieser Anlage in der Weise angewendet, dass das vom Zulassungsausschuss festgelegte Gesamtpunktzahlvolumen auf die dieser Anlage unterliegenden Leistungsbereiche und die übrigen Leistungsbereiche aufgeteilt wird. Der dieser Anlage unterliegende Leistungsbereich wird den Regelungen für die Arztgruppe, der die Job-sharing-Praxis zugehört, entsprechend begrenzt.

g) Härtefallregelung

Der Vorstand kann auf Antrag in besonderen Ausnahmefällen das pRVV abweichend von den vorstehenden Bestimmungen der Anlage B VM festlegen,

- wenn die vorgegebene Berechnung insbesondere wegen nach § 32 Ärzte-ZV angezeigten Abwesenheiten von der Praxis von mehr als 4 Wochen in einem Quartal des Vergleichszeitraumes zu einer unbilligen Härte führen würde,

- um die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen. In diesem Fall soll die Auswirkung der nach Anpassung verbleibenden Leistungsmengenbegrenzung der Auswirkung in

der Arztgruppe entsprechen. Für die Entscheidung sind die Auswirkungen auf die von den übrigen Ärzten der Honorarkontingentgruppe geleisteten Sicherstellung mit zu berücksichtigen.

24. Anlage D erhält folgende Fassung: unbesetzt.

25. Anlage I Nr. 15 wird gestrichen.

26. Anlage I Nr. 16 wird zu Nr. 15.

27. Anlage I Nr. 17 wird zu Nr. 16.

28. Anlage J Nr. 2 erhält folgende Fassung:

2. Zur Verteilung der im Unterkontingent 1 vorhandenen Gesamtvergütungsanteile werden praxisbezogene Regelleistungsvolumina (pRLV) gebildet. Zur Berechnung des pRLV wird der Leistungsbedarf in Punkten für die aus dem Unterkontingent zu finanzierenden Leistungen einer Praxis durch die für diesen Leistungsbedarf kalkulierten ärztlichen Arbeitszeiten nach Anlage 3 EBM (Kalkulationszeit) geteilt. Diese Division ergibt die dem Leistungsspektrum der jeweiligen Praxis entsprechende Punktzahl je Arztminute (Pz/Arztmin.). Basis für das pRLV des 1. Quartals 2006 ist die errechnete Pz/Arztmin. des 2. Quartals 2005, für das 2. Quartal 2006 die entsprechende Größe aus dem Durchschnitt der Quartale 2/05 und 3/05, für das 3. Quartal 2006 der Durchschnitt aus den Quartalen 2/05, 3/05 und 4/05 und für die Folgezeit der Durchschnitt aus den zuletzt abgerechneten 4 Quartalen. Diese Berechnungsmethode gilt entsprechend für die Neuberechnung des pRLV, wenn sich der Bestand von Abrechnungsgenehmigungen (CT, MRT, Röntgen, Nuklearmedizin) in einer Praxis verändert.

Hamburg, den 18.04.2008

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
gez. Plassmann

AOK Rheinland/Hamburg
gez. Prüfer-Storcks

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

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

Innungskrankenkasse
Hamburg
gez. Dilschmann

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

Knappschaft, Fachbereich
See-Krankenversicherung
Hamburg gez. Faust

Die Erklärungsfrist der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz war noch nicht abgelaufen.

Hamburger QEP-Pioniere: Andreas Henke (links) war als Erster am Ziel. Die radiologische Praxis, die er zusammen mit einem Partner führt, erhielt im Juni 2007 die QEP-Zertifizierungsurkunde. Henkes Freund, der Internist Dr. Michael Böse, hält den Geschwindigkeitsrekord: Er benötigte ein dreiviertel Jahr, um seine Praxis bis Ende 2007 zertifizierungsreif zu machen.

„Ein Wahnsinns-Aufwand“

Sie wollten das Unvermeidliche nicht lange vor sich herschieben: Die beiden ersten Vertragsärzte, die in Hamburg nach QEP zertifiziert wurden, über Licht- und Schattenseiten des Qualitätsmanagements.

Ist die Zertifizierung ein Pfund, mit dem man wuchern kann?

Henke: Wir haben das Siegel auf dem Praxisschild, auf der Visitenkarte und auf dem Briefkopf. Ob’s jemanden beeindruckt, kann ich nicht sagen.

Böse: Ich benutze ebenfalls Visitenkarte und Briefpapier als Aushänger – zudem steht die Urkunde am Empfang. Es gibt durchaus einige Patienten, die sich da interessiert drüberbeugen und auch nachfragen.

Wie kommt es, dass Sie beim Qualitätsmanagement so fix waren?

Henke: Ich begann bereits 2005, mich mit Qualitätsmanagement zu beschäftigen. Anstoß war, dass wir in der Praxis sehr viele Teilzeitkräfte beschäftigen. Es gibt immer wieder Situationen, in denen eine Angestellte sagt: „Oh, an diesem Arbeitsplatz war ich lange nicht mehr.“ Da ist es praktisch, aktuelle, nach einer bestimmten Norm angefertigte Arbeitsbeschreibungen in der Schublade zu haben.

Böse: Meine Motivation war eine andere. Ich sah einfach keine Chance, drum herum zu kommen. Und ich gehöre nicht zu den Leuten, die etwas Unvermeidliches lange vor sich herschieben.

Aber warum die Zertifizierung? Gesetzlich vorgeschrieben ist doch lediglich, ein Qualitätsmanagement-System einzuführen.

Böse: Auch die Zertifizierung wird Pflicht werden. Davon bin ich überzeugt. Und dann möchte ich nicht nochmals Anlauf nehmen müssen. Außerdem erwarte ich in absehbarer Zeit eine Honorarverbesserung für die Zertifizierung. Dafür sollte sich die KBV stark machen.

Wie lange haben Sie insgesamt bis zur Zertifizierung gebraucht?

Böse: Anfang 2007 besuchte ich ein Einführungsseminar im Ärztehaus. Es wurde von Christiane Hoops geleitet, die ich hier übrigens ausdrücklich loben will. Sie macht das ausgesprochen gut und unterhaltsam. Ich nahm mir vor, die ganze Sache innerhalb eines Jahres durchzuziehen. Und das habe ich auch geschafft.

Haben Ihre Angestellten mitgezogen?

Henke: Es kam schon mal der Einwand: „Das gehört eigentlich nicht zu meinem Arbeitsfeld.“ Texte zu formulieren und in den Computer einzugeben fiel nicht allen Angestellten leicht. Das kann man auch nicht unbedingt erwarten. Die Hauptlast bleibt an den Praxischefs hängen. Die müssen auch das Tempo vorgeben.

Böse: Qualitätsmanagement ist ein Wahnsinns-Aufwand. Ich saß jedes Wochenende und manchmal noch abends über diesen Arbeitsanweisungen. Auch die Angestellten mussten Überstunden leisten. Das war für alle ziemlich belastend. Zwei meiner drei Angestellten haben offenbar mit dem Gedanken gespielt, zu kündigen. Niemand sollte denken, dass es bei so viel Mehrarbeit nicht zu Konflikten kommt. Wir haben dann aber

Wege gefunden, die Sache zusammen durchzuziehen. Letztlich haben alle Mitarbeiterinnen hervorragend mitgearbeitet.

Was bringt Qualitätsmanagement für die Patienten?

Böse: Meine Praxis hat einen endoskopischen Schwerpunkt. Für die Qualitätssicherung Koloskopie, die wirklich sinnvoll und notwendig war, hatte ich ohnehin schon alle Arbeitsschritte standardisiert. Diese Unterlagen mussten für das Qualitätsmanagement nur in eine neue Form gebracht werden. Auch die übrigen Praxisabläufe hatte ich vor 20 Jahren bereits ausformuliert.

Diese Papiere kopiert man immer wieder und kramt sie wieder hervor, wenn man sie braucht. Und dann sind sie zum Erschrecken aller nicht mehr aktuell. Insofern haben wir QEP dafür genutzt, um uns zu disziplinieren. Aber wir haben die Praxis für die Patienten nicht neu erfunden.

Henke: Qualitätsmanagement macht die Arbeit vieler unterschiedlicher Menschen nachvollziehbar. Wir sind ja nicht in der Flugzeugindustrie, wo schon immer peinlich genau darauf geachtet wurde, dass der Hergang eines Unfalls später zu rekonstruieren ist. Man nimmt die übriggebliebenen Stücke, fügt sie zusammen, und weiß: Der Hammer mit der Nummer 20567 wurde von Mitarbeiter 3245 am 23. März 2007 falsch abgelegt und hat den Absturz ausgelöst. In einer Arztpraxis sind die Dimensionen der möglichen Katastrophen nicht ganz so groß, doch wenn es um Fehlermanagement und Regresse geht, kann ein wenig mehr Nachvollziehbarkeit nicht schaden.

Sie haben ja mit ISO begonnen, bevor Sie auf QEP umgestiegen sind. Was ist der Unterschied?

Henke: Am Ende des ISO-Systems steht eine relativ aufwändige und teure Zertifizierung. Außerdem kommt ISO aus der Industrie und ist viel technischer ausgerichtet als QEP. Am QEP-System schätze ich, dass es so viele weiche Ziele enthält. Sinngemäß etwa: „Wir sind nett zu unseren Angestellten." Oder: „Wir gehen auf die Bedürfnisse der Patienten ein." Viele der vorgegebenen Formulierungen sind allerdings so allgemein, dass man damit nichts anfangen kann. Statt „Wir berücksichtigen die religiösen Eigenheiten der Patienten" muss man dann beispielsweise ganz konkret formulieren: „Wenn moslemische Patientinnen bei einer Untersuchung unbekleidet sind, achten wir darauf, dass sie vor den Blicken männlicher Mitarbeiter geschützt sind." Sich über solche Dinge mal Gedanken gemacht zu haben, ist hilfreich.

Wie konkret kann man das bei QEP geforderte Praxisleitbild formulieren?

Böse: Das Praxisleitbild zu formulieren ist eine Pflichtübung, deren Nutzen mir nicht ganz klargeworden ist.

Henke (lacht)**:** „Ich will mehr Geld verdienen und weniger arbeiten" wäre doch ziemlich konkret.

Welche Tipps würden Sie Kollegen geben, die mit Qualitätsmanagement noch am Anfang stehen?

Henke: Man sollte sich vor Anbietern hüten, die versprechen, für wenig Geld die Implementierung eines Qualitätsmanagement-Systems in die Hand zu nehmen. Erstens bringt es nichts, das einem Außenstehenden zu übertragen. Zweitens gibt es in diesem Bereich einige schwarze Schafe. Deshalb sollte man auch darauf achten, dass die Kosten von Anfang bis Ende kalkulierbar und transparent sind. Wichtig ist auch, sich ein Qualitätsmanagement-System auszusuchen, das zertifizierungsfähig ist. Sonst muss man möglicherweise nochmals von vorne beginnen, wenn die Zertifizierung Pflicht wird. *mn*

Erste Psychotherapeuten-Praxis zertifiziert

Die erste QEP-Zertifizierung für eine psychotherapeutische Praxis in Hamburg wurde im März 2008 an Dipl. Psych. Christa Prieß vergeben.

„Im Januar 2006 habe ich mit der Auseinandersetzung und Einführung von QEP in meiner Praxis begonnen", berichtet die berufspolitisch aktive Psychotherapeutin. In ihrer Einzelpraxis ohne Mitarbeiter mussten alle Planungen, Umsetzungen und die Weiterentwicklung des QM-Systems von ihr alleine und ausschließlich neben dem normalen Praxisbetrieb bewerkstelligt werden. „Dafür sollte man sich ganz bewusst Zeit lassen", sagt Prieß, die für ihren Berufsverband im Ärztehaus QEP-Einführungsseminare für Psychotherapeuten gibt.

Eine Zertifizierung für psychotherapeutische Praxen bringt nach ihrer Einschätzung derzeit keine Wettbewerbsvorteile. „Das mag sich allerdings in den nächsten Jahren verändern", so Prieß. Sinnvoll sei ein praxisinternes QM-System in einer psychotherapeutischen Praxis aber in jedem Fall – vorausgesetzt, man sei neugierig und offen dafür, seine eigenen Arbeitsabläufe strukturiert zu hinterfragen, Neues hinzuzulernen, seine Ergebnisse und Leistungen zu messen, zu objektivieren und zu dokumentieren. „Ich habe für meine Praxisorganisation, für meine therapeutische Arbeit und für meine persönlichen beruflichen Ziele trotz der hohen Zeitinvestition von QEP profitiert", so Prieß. „Ich werde weiter QEPpen und habe auch schon Ideen für weitere Verbesserungsprojekte in meiner Praxis."

Christa Prieß

Schmerztherapie-Kommission ins Leben gerufen

Zentrale Qualitätssicherung für alle drei Nord-KVen

Die konstituierende Sitzung einer neuen überregionalen Schmerztherapie-Kommission hat am 9. April 2008 in Hamburg stattgefunden. Die Kommission wird qualitätssichernde Maßnahmen für Arztpraxen in den KV-Gebieten Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern durchführen.

In Fragen der Qualitätssicherung ist die KV Hamburg als zuständiges Kompetenzcenter künftig Ansprechpartner für schmerztherapeutisch tätige Ärzte dieser drei KV-Gebiete.

Für die Antrags- und Genehmigungsverfahren bleibt wie bisher die jeweilige "Heimat-KV" zuständig.

Jede der drei Nord-KVen wird künftig schwerpunktmäßig für bestimmte Indikationsbereiche zuständig sein. Bei der KV Hamburg sind neben dem Bereich Schmerztherapie noch Kompetenzzentren für Dialyse und Photodynamische Therapie angesiedelt. Schleswig-Holstein hat Kompetenzzentren für Akupunktur und Kernspintomographie geschaffen, Mecklenburg-Vorpommern übernimmt den Bereich Koloskopie.

Die Zusammenarbeit der Nord-KVen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung hat mehrere Vorteile. Durch die Synergieeffekte werden Verwaltungskosten eingespart, durch Prüfung nach einheitlichen Standards werden zudem auch die Prozesse selbst verbessert.

Ansprechpartner:
Kay Siebolds,
Tel: 22802-478

Kein Handlungszwang zum Kauf neuer Geräte

Neue Ultraschall-Vereinbarung wird dreijährige Übergangsregelung enthalten

Die KBV berät derzeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen über eine Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung. Dies haben Hersteller von Ultraschall-Systemen zum Anlass genommen, aktiv auf niedergelassene Ärzte zuzugehen, um ihnen neue Geräte zu verkaufen. Die KV Hamburg weist darauf hin, dass die Arbeit an der neuen Ultraschallvereinbarung noch nicht abgeschlossen ist und die bisherigen Entwürfe noch Änderungen unterworfen sein können.

Nach bisherigem Stand soll die Signalverarbeitung der Geräte künftig 8 Bit (256 Graustufen) gewährleisten. Welche Ultraschallsysteme den künftigen Anforderungen nicht mehr genügen werden, lässt sich aber derzeit noch nicht sagen.

Im Moment besteht für die niedergelassenen Ärzte keinerlei Handlungszwang. Zunächst müssen die Beratungen abgeschlossen sein. Die neue Vereinbarung wird dann eine Übergangsregelung enthalten. Voraussichtlich können die derzeit im Gebrauch befindlichen Ultraschallsysteme noch mindestens drei Jahre nach Inkrafttreten der neuen Vereinbarung weiter verwendet werden.

Foto: Melanie Vollmert

Ansprechpartner:
Kay Siebolds,
Tel: 22802-478

Manipulationsfreie Praxissoftware

Werbung muss als solche erkennbar sein

Bislang konnten Arzneimittelhersteller über die Praxissoftware Einfluss auf die Verordnung von Medikamenten nehmen. Pharmafirmen sponserten die Software und sorgten im Gegenzug dafür, dass ihre Produkte an prominenter Stelle auf dem Bildschirm auftauchten. Nicht immer hatten Ärzte im Praxisalltag die Zeit, manipulierte Trefferlisten zu überprüfen.

Mit dieser Art verdeckter Werbung soll nun Schluss sein. Künftig dürfen die Softwarehersteller den Vertragsärzten nur noch Praxissoftware anbieten, die eine Medikamentenauswahl nach objektiven Kriterien gewährleistet und von der KBV zertifiziert wurde. „Der Arzt entscheidet, nicht die Software“, so die KBV in ihrem Magazin *Klartext*.

KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu einen Anforderungskatalog für Softwareanbieter erstellt. Für die Praxissoftware gelten in Zukunft folgende Kriterien:

- Auswahllisten zur Verschreibung von Arzneimitteln müssen in einem einheitlichen Layout ohne Hervorhebungen erscheinen.
- Die Ergebnisliste einer Arzneimittelsuche muss nach Preisen sortiert sein. Das günstigste Präparat muss immer an erster Stelle stehen. Sollten mehrere Mittel den gleichen Preis haben, so muss der gesamte Bereich markiert werden. Die endgültige Wahl trifft der Arzt.
- Der Arzt muss die Ergebnisliste alternativ nach Packungsgröße, Wirkstärke oder Zuzahlung sortieren können.
- Verordnungsvorschläge (zum Beispiel im Zusammenhang mit einer Diagnose) dürfen nicht automatisch erfolgen. Bei Substitutionsvorschlägen darf kein Präparat besonders hervorgehoben werden.
- Werbung muss eindeutig und sofort als solche erkennbar sein. Anzeigen und Werbefenster dürfen nicht als Informationsfenster erscheinen. Der Arzt muss die Werbehinweise generell mit einer einzigen Aktion aus der Ansicht entfernen können.
- Eine automatische Vorbelegung des Feldes „aut idem“ auf dem Rezept erfolgt nicht.

Grundsätzlich werden die Software-Hersteller dazu verpflichtet, auch völlig werbefreie Versionen ihrer Software anzubieten. Da diese Versionen keine Finanzspritzen der Pharmaindustrie mehr bekommen, werden sie wohl mehr kosten. Software-Versionen, die noch Werbung enthalten, dürfen die Entscheidung des Arztes nicht mehr manipulieren. „Zur Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses setzen wir aber auf die völlig werbefreie Variante“, sagt KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller. *vo/mn/kbv*

Aktuelle Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses im Arzneimittelbereich

Verordnungsausschluss für Clopidogrel als Monotherapie

Das Bundesgesundheitsministerium hat den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Februar 2008 zur Änderung der Arzneimittelrichtlinie in Anlage 10 bezüglich der Verordnung von Clopidogrel (Plavix®, Iscover®) nicht beanstandet.

Es gilt also:

Clopidogrel ist als Monotherapie zur Prävention artherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt, mit ischämischem Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit nicht verordnungsfähig.

Ausgenommen von diesem Verordnungsausschluss sind:

- Patienten mit pAVK-bedingter Amputation oder Gefäßintervention
- Patienten mit diagnostisch gesicherter typischer Claudicatio intermittens
- Patienten mit Acetylsalylsäureunverträglichkeit, soweit wirtschaftlichere Alternativen nicht eingesetzt werden können.

Das Bundesgesundheitsministerium hat aber als Auflage verfügt, im Richtlinientext eine weitere Ausnahme aufzunehmen: Der Verordnungsausschluss gilt ebenfalls nicht für:

- Patienten mit akutem Koronarsyndrom, die Clopidogrel als Kombinationstherapie mit Acetylsalicylsäure (ASS) zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse erhalten

Mehr Informationen finden Sie im Internet unter:

www.g-ba.de
→ Informationsarchiv
→ Beschlüsse

Therapiehinweise

Zwei neue Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses sind in Kraft getreten

Zur Erinnerung: Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot in der ambulanten Versorgung. Sie sind verbindlich und von den Vertragsärzten bei Verordnungen zu beachten. Verordnungen, die von den Ausführungen dieser Therapiehinweise abweichen, sollten für eventuelle Wirtschaftlichkeitsprüfungen gut dokumentiert werden (siehe Anlage 4 der Arzneimittelrichtlinien).

1. Montelukast (Singulair®)

Für schwergradiges persistierendes Asthma, COPD und als Monotherapie des Asthmas ist Montelukast für Erwachsene (ab 15 Jahre) nicht zugelassen. In Kombination mit ICS ist es, als letzte Therapieoption, für Erwachsene nur wirtschaftlich, wenn eine Monotherapie mit ICS in niedriger bis mittlerer Dosis beim mittelgradigem persistierenden Asthma nicht ausreichend ist.

Bei Kindern (2 bis 14 Jahre) soll bei leichtem persistierenden Asthma Montelukast nur angewandt werden, wenn ICS nicht inhaliert werden kann oder nicht tolerierbare Nebenwirkungen (erheblich verzögertes Längenwachstum) der Kortikosteroide auftreten. Eine generelle Überlegenheit von Montelukast in Wirkung oder niedrigerer Nebenwirkungslast ist nicht belegt.

2. Omalizumab (Xolair®)

Omalizumab wird nur unter sehr engen Grenzen für Patienten mit schwerem persistierenden allergischen Asthma als wirtschaftlich eingestuft. Die sehr konkreten Voraussetzungen, die Sie bei der Verordnung berücksichtigen müssen, entnehmen Sie bitte dem Text des Beschlusses im Internet.

Mehr Informationen zu den beiden Therapiehinweisen finden Sie unter:

www.g-ba.de
→ Informationsarchiv
→ Beschlüsse

Ansprechpartner für Fragen zu Arzneimitteln:

Regina Lilje Tel. 22802-489
Ulrich Skoglund Tel. 22802-811
Dr. Klaus Voelker Tel. 22802-571

Foto: MSD SHARP & DOHME

Nicht verordnen: Ezetimib (Ezetrol u.a.) nach wie vor ohne Nutzenbelege

Wir dokumentieren nebenstehend einen Artikel der industrie-unabhängigen Zeitschrift *Arznei-Telegramm* (Ausgabe 2/ 2008) über den Lipidsenker Ezetimib. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.

Unter großem öffentlichen und politischen Druck haben die Firmen Merck & Co und Schering-Plough (USA / hierzulande: MSD und Essex Pharma) Mitte Januar die Ergebnisse der ENHANCE*-Studie mit ihrem Lipidsenker Ezetimib (EZETROL) bekannt gegeben.

Die Studie ist bereits seit April 2006 abgeschlossen. Sie prüft den Einfluss der Kombination von Ezetimib mit Simvastatin (INEGY) auf die Wanddicke der Halsschlagader bei 720 Patienten mit familiärer Hypercholesterinämie. Wie die Firmen jetzt einräumen, verhindert der Zusatz von Ezetimib trotz stärkerer LDL-Senkung die Bildung atherosklerotischer Plaques nicht besser als Simvastatin (ZOCOR, Generika) allein (mittlerer Zuwachs um 0,0111 mm [E+S] vs. 0,0058 mm [S]). Die monatelange Verzögerung und die jetzt bekannt gewordenen negativen Ergebnisse begründen den Verdacht, dass die Daten bewusst unter Verschluss gehalten wurden, um den Absatz des Mittels nicht zu gefährden.

Mit Monopräparat und Fixkombination sollen 2007 weltweit zusammen 5 Milliarden Dollar umgesetzt worden sein. Bereits seit Dezember 2007 untersucht eine Kommission des US-amerikanischen Repräsentantenhauses den Fall.

Der Eindruck eines manipulativen Umgangs mit den Studiendaten wird verstärkt durch den Versuch der Firmen, noch im November 2007 den primären Endpunkt der Studie abzuändern. Auch fällt auf, dass der Direktor der pharmazeutischen Abteilung von Schering-Plough, Carrie COX, in der Zeit zwischen Studienende im April 2006 und Bekanntgabe der Ergebnisse im Januar 2008 einen großen Teil seiner Schering-Plough-

Aktien verkauft hat. Die Firma bestreitet, dass dies in Kenntnis der Ergebnisse geschah.

Anonyme Einträge auf einer Homepage für Pharmareferenten (cafepharma.com) vom März, Juni und November 2007 sprechen aber dafür, dass die Daten innerhalb der Firmen damals schon bekannt waren. Inzwischen ermitteln auch Staatsanwälte.[1-8]

Bei der Wanddicke der Arteria carotis handelt es sich um einen Surrogatparameter für atherosklerotische Erkrankungen. Klinische Ereignisse unterscheiden sich in der ENHANCE-Studie aber ebenfalls nicht, mit numerisch höheren Raten unter der Kombination im Vergleich zu Simvastatin allein (Herzinfarkt bei 2 von 357 vs. 1 von 363 Patienten, Schlaganfall bei jeweils einem, Revaskularisationen bei 6 vs. 5 und kardiovaskulärer Tod bei 2 vs. 1).[9] Für diese Frage war die Studie allerdings nicht ausgelegt. Sie ist daher nur bedingt aussagekräftig. Die Ergebnisse erinnern aber daran, dass auch fünf Jahre nach Markteinführung völlig unklar ist, was mit dem zunehmend verordneten Ezetimib außer einer Senkung des LDL-Cholesterins überhaupt erreicht wird. Der klinische Nutzen des Cholesterin-Resorptionshemmers ist nicht bekannt.

Andererseits sind aber in Langzeitextensionsstudien, die der US-amerikanischen Zulassung der Fixkombination INEGY zugrunde liegen, relevante Transaminasenanstiege und zumeist operativ behandelte Gallenblasenerkrankungen unter Zusatz von Ezetimib häufiger als unter Statin allein.[10] Eine Häufung von Cholezystektomien wegen Gallensteinen ist auch von dem überholten Lipidsenker Clofibrat (außer Handel: REGELAN) bekannt (a-t 1991; Nr. 12: 111-5).[11] Wie das Beispiel von Clofibrat zeigt, das in einer von zwei großen Interventionsstudien ohne Einfluss auf die Sterblichkeit bleibt, in der zweiten die Sterblichkeit sogar signifikant steigert,[12] lässt sich auf der Basis des cholesterinsenkenden Effekts eines Arzneimittels ein klinischer Nutzen nicht zuverlässig vorhersagen.

Dennoch bildet der Surrogatparameter nicht nur nach wie vor die Grundlage von Zulassungen wie beispielsweise für Ezetimib. Auch die Therapieempfehlungen in internationalen Leitlinien orientieren sich daran.[13-15] Die in den Leitlinien empfohlenen LDL-Zielwerte lassen sich aus den vorliegenden Endpunktstudien mit Lipidsenkern nicht ableiten, auch nicht aus den in jüngster Zeit publizierten direkten Vergleichen einer intensivierten Statintherapie mit herkömmlicher Dosierung (PROVE-IT, TNT, IDEAL, A bis Z)[16-19]*. Ein Vorteil dieser intensivierten Therapie lässt sich in zwei der vier Studien gar nicht,[17,19] in einer dritten wegen erheblicher Studienmängel nicht zuverlässig belegen.[16,20] In der vierten Studie wird die geminderte kardiovaskuläre Sterblichkeit unter intensivierter Therapie durch Zunahme der nicht-kardiovaskulären Todesfälle mehr als aufgewogen.[18] Auf die Sterblichkeit der Patienten hat diese Therapie in keiner Studie einen nachgewiesenen Einfluss (a-t 2004; 35: 94 und 2005; 36: 41-2, 86-7, 111). Ein mortalitätssenkender Effekt ist unter allen Lipidsenkern nur für Simvastatin und Pravastatin (PRAVASIN, Generika) in Standarddosierungen belegt. Der klinische Nutzen von Simvastatin ist darüber hinaus nach den Ergebnissen der HPS*-Studie[21] unabhängig vom Ausmaß der LDL-Senkung.

Dessen ungeachtet wurden die in Leitlinien empfohlenen LDL-Zielwerte in den vergangenen Jahren noch weiter nach unten korrigiert. Bei sehr hohem Risiko soll nach europäischen Leitlinien inzwischen ein LDL unter 80 mg/dl angestrebt werden, in amerikanischen Leitlinien wird für diese Patienten ein LDL-Zielwert unter 70 mg/ dl empfohlen.[14,15] Um diese Ziele zu erreichen, werden hohe Statindosierungen oder Kombinationen mit Lipidsenkern wie Ezetimib empfohlen.[13-15]

Die im November 2007 publizierte randomisierte kontrollierte ILLUMINATE*-Studie[22] mit dem nicht zugelassenen Wirkstoff Torcetrapib, dessen Entwicklung inzwischen ge-stoppt wurde, demonstriert erneut die Gefährlichkeit des Konzepts der Orientierung therapeutischer Empfehlungen an Surrogatparametern. 15.067 Patienten mit Typ-2-Diabetes oder kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinfarkt in der Vorgeschichte, deren LDL in einer Run-in-Phase mit Atorvastatin (SORTIS) auf unter 100 mg/dl gesenkt wird, nehmen zusätz-lich zu Atorvastatin Torcetrapib oder Plazebo ein. Torcetrapib hemmt das so genannte Cholesterinester-Transferprotein (CETP), das Cholesterin von dem erwünschten HDL auf andere Lipoproteine überträgt, darunter das unerwünschte LDL.

Trotz der erwarteten Steigerung des mittleren HDL-Wertes um 72% und der Senkung der mittleren LDL-Konzentration um 25% hat Torcetrapib nicht nur keinen klinischen Nutzen, es steigert im Gegenteil Morbidität und Mortalität der Patienten im Vergleich zu Atorvastatin allein signifikant und klinisch relevant. Der primäre Endpunkt, eine Kombination aus koronar bedingtem Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall und Krankenhausaufnahme wegen instabiler Angina pectoris, nimmt von 5% unter Atorvastatin auf 6,2% unter der Kombination zu (Hazard Ratio [HR] 1,25; 95% Vertrauensbereich [CI] 1,09-1,44). Die Gesamtsterblichkeit steigt von 0,8% auf 1,2% (HR 1,58; 95% CI 1,14-2,19). Als Ursachen werden unter anderem toxische Effekte wie Aldosteronzunahme mit Blutdrucksteigerung diskutiert.[22]

Die Erfahrungen mit Torcetrapib reihen sich ein in eine Vielzahl von Studien, in denen die klinischen Ergebnisse mit einem Arzneimittel dem widersprechen, was auf der Basis von Surrogatparametern erwartet wurde.

Wohl bekanntestes Beispiel ist die CAST*-Studie mit Flecainid (TAMBOCOR, Generika), das maligne Rhythmusstörungen bei Herzinfarktpatienten zwar unterdrückt, ihre Sterblichkeit aber steigert (a t 1992; Nr. 6: 54-6). Das Antidiabetikum Rosiglitazon (AVANDIA) senkt das HbA1c bei Typ-2-Diabetes, erhöht jedoch nach Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien das Herzinfarktrisiko (a-t 2007; 38: 61-2).

Dass LDL-Senkung nicht automatisch einen klinischen Nutzen beinhaltet, zeigt neben Clofibrat nicht zuletzt auch die Erfahrung mit Sexualhormonen nach den Wechseljahren (a-t 2002; 33: 81-3).

Trotz der fehlenden klinischen Nutzen- und Sicherheitsbelege für Ezetimib schnellen die Verordnungszahlen der Fixkombination INEGY in die Höhe: 2006 haben die Verkäufe über öffentliche Apotheken gegenüber 2005 um 50% zugenommen. INEGY

gehört zu den teuren Neuerungen, die mit Hilfe groß angelegter Anwendungsbeobachtungen in den Markt gedrückt werden.[23]

Mit monatlich 55 Euro bis 75 Euro kostet INEGY das Fünf- bis Siebenfache eines preiswerten Simvastatingenerikums (40 mg; 11 Euro/Monat).

Solange der klinische Nutzen nicht belegt ist, raten wir von der Anwendung von Ezetimib ab. Bei der Mehrzahl der Patienten mit Indikation für einen Lipidsenker, z.B. wegen Zustands nach Herzinfarkt, ist Simvastatin in Standarddosierung Mittel der Wahl. Eine Therapiekontrolle durch LDL-Bestimmung erübrigt sich hierbei (a-t 2002; 33: 83-4).[24] Aber auch für Patienten mit familiären Formen der Hypercholesterinämie erscheint uns Ezetimib beim gegenwärtigen Kenntnisstand nur noch im Rahmen von Studien gerechtfertigt.

- Von dem Cholesterin-Resorptionshemmer Ezetimib (EZETROL, in INEGY), der das LDL-Cholesterin senkt, ist auch sechs Jahre nach Markteinführung nicht bekannt, ob er einen klinischen Nutzen hat.

- Trotz stärkerer LDL-Senkung wird die Wanddicke der Halsschlagader, ein Surrogatparameter für atherosklerotische Erkrankungen, nach jetzt bekannt gewordenen Ergebnissen der ENHANCE-Studie durch Zusatz von Ezetimib nicht besser beeinflusst als durch Simvastatin (ZOCOR, Generika) allein.

- Wie eine Vielzahl randomisierter kontrollierter Studien mit klinischen Endpunkten, zuletzt die ILLUMINATE-Studie mit Torcetrapib, zeigt, kann von Effekten eines Arzneimittels auf Surrogatparameter wie LDL-Senkung nicht zuverlässig auf einen klinischen Nutzen geschlossen werden.

- Solange keine klinischen Nutzenbelege vorliegen, sehen wir für das teure Ezetimib keine Indikation.

(R = randomisierte Studie, M = Metaanalyse)

1 BERENSON, A.: New York Times vom 21. Nov. 2007
2 DINGELL, J.D., STUPAK, B. (US House of Representatives, Committee on Energy and Commerce): Schreiben an Merck und Schering Plough vom 11. Dez. 2007
3 BERENSON, A.: New York Times vom 15. Jan. 2008
4 Editorial: New York Times vom 16. Jan. 2008
5 Scrip 2008; Nr. 3328: 20
6 Scrip 2008; Nr. 3330: 13
7 Scrip 2008; Nr. 3332: 15
8 RICHWINE, L.: Reuters vom 11. Febr. 2008
9 Merck/Schering-Plough Pharmaceuticals Provides Results of the ENHANCE Trial, 14. Jan. 2008 http://www.merck.com/newsroom/press_releases/product/2008_0114.html
10 FDA: Medical Review VYTORIN (Ezetimibe + Simvastatin), Juli 2004
R 11 Committee of Principal Investigators: Br. Heart J. 1978; 40: 1069-118
M 12 BUCHER, H.C. et al.: Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. 1999; 19: 187-95
13 3rd Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on: Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report, September 2002
14 GRUNDY, S.M. et al.: J. Am. Coll. Cardiol. 2004; 44: 720-32
15 European Society of Cardiology et al.: Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. 2007; 14 (Suppl. 2): E1-E40
R 16 CANNON, C.P. et al.: N. Engl. J. Med. 2004; 350: 1495-504
R 17 DE LEMOS, J.A. et al.: JAMA 2004; 292: 1307-16
R 18 LAROSA, J.C. et al.: N. Engl. J. Med. 2005; 352: 1425-35
R 19 PEDERSEN, T.J. et al.: JAMA 2005; 294: 2437-45
20 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Nutzenbewertung der Statine unter besonderer Berücksichtigung von Atorvastatin, 15. Aug. 2005; zu finden über http://www.iqwig.de
R 21 HPS Collaborative Group: Lancet 2002; 360: 7-22
R 22 BARTER, P.J. et al.: N. Engl. J. Med. 2007; 357: 2109-22
23 GRILL, M.: Stern 5/2007
24 DONNER-BANZHOFF, N., SÖNNICHSEN, A.: BMJ 2008; 336: 288-9

* CAST = Cardiac Arrhythmia Suppression Trial, ENHANCE = Effect of Combination Ezetimibe and High-Dose Simvastatin vs. Simvastatin Alone on the Atherosclerotic Process in Patients with Heterozygous Familial Hypercholesterolemia, HPS = Heart Protection Study, IDEAL = Incremental Decrease in Endpoints Through Aggressive Lipid Lowering, ILLUMINATE = Investigation of Lipid Level Management to Understand its Impact in Atherosclerotic Events, PROVE IT = Pravastatin or Atorvastin Evaluation and Infection Therapy, TNT = Treating to New Targets

KBV stellt Vertragsangebot zu ADHS vor

Betroffene Kinder sollen zunächst ohne Medikamente behandelt werden

„Mit diesem Vertragsangebot lässt sich ein qualifiziertes Behandlungsprogramm für die häufigste psychische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen deutschlandweit verwirklichen. Wir hoffen, dass die Krankenkassen diese Chance nutzen." Das sagte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei der Präsentation eines neuen Konzepts zur Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) am 29. Mai 2008 in Berlin.

„Das ist ein guter Tag für die betroffenen Kinder und ihre Familien. Ich begrüße das Konzept, weil es eine unverzügliche und qualifizierte Versorgung garantiert. Die Bildung interdisziplinärer ADHS Teams weist in die richtige Richtung. Vertragsärzte, Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer setzen sich gemeinsam an einen Tisch, um die beste Lösung für die jungen Patienten zu finden", erklärte Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit.

„Die Vertragswerkstatt der KBV, der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Berufsverband für Kinder- und Jugendärzte und die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung haben dieses einzigartige Versorgungskonzept für an ADHS erkrankte Kinder und Jugendliche gemeinsam erarbeitet", erläuterte Müller. Caspers-Merk würdigte besonders diese Zusammenarbeit. „Die beispielhafte Vernetzung der Fachexperten mit entsprechenden Selbsthilfeverbänden hat es ermöglicht, das Behandlungsangebot optimal auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen", sagte sie.

Der neue Vertragsentwurf soll den Krankenkassen als Vertrag nach Paragraf 73c (besondere ambulante ärztliche Versorgung) angeboten werden. Das Konzept deckt medizinische und therapeutische Versorgungsbereiche ab.

Ein Schwerpunkt ist die leitlinienorientierte Diagnose und Differenzialdiagnose. Diese soll sicherstellen, dass lediglich eindeutige Fälle behandelt werden. Von ADHS betroffene Familien profitieren von einem festen Ansprechpartner in ihrer Nähe. Eltern werden spezielle Trainings angeboten. Vorgesehen ist auch ein Patientenpass, der für die Patienten individuell aufbereitete Informationen enthält.

„Unser Ziel ist es, dass die jungen Patienten zunächst ohne Medikamente behandelt werden können", betonte Müller. Ist eine Medikation dennoch unumgänglich, wird diese regelmäßig überprüft und angepasst. *kbv/mn*

Die Vertragswerkstatt der KBV hat bisher außerdem folgende Vertragskonzepte für ausgewählte Indikationsbereiche entwickelt:

- koordinierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden
- qualitätsgesicherte CT-gestützte interventionelle Schmerztherapie
- qualitätsgesicherte Betreuung und Behandlung von HIV/AIDS-Patienten
- qualitätsgesicherte Betreuung und Behandlung von Patienten mit Darmkrebs
- ambulante Komplexbehandlung geriatrischer Patienten
- Vertrag zur palliativmedizinischen Versorgung

Die KBV hat die Vertragsentwürfe den Krankenkassen vorgestellt. An ihnen liegt es nun, die Angebote für ihre Versicherten zu nutzen.

Aktualisierter Datenschutz-Leitfaden

Hauptschwerpunkt ist die Datenkommunikation in der Arztpraxis

„Wir können die Ärzte nicht in einem rechtsunsicheren Raum mit unzulänglichen Mitteln arbeiten lassen, sondern wollen ihnen Empfehlungen an die Hand geben." So begründet Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer (BÄK), die von seiner Organisation zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgenommene Überarbeitung der „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis". Die zunehmende elektronische Kommunikation und Speicherung von Patientendaten in Arztpraxen hatte eine Aktualisierung der erstmals 1996 veröffentlichten Richtlinien notwendig gemacht.

Schwerpunkt der Überarbeitung ist die Datenkommunikation in der Arztpraxis. „Bisher galt: Praxisrechner, die Patientendaten verwalten, dürfen nicht ans Internet. Dies ist nun nicht mehr zwingend, wenn Provider einen entsprechenden Schutz durch Firewalls garantieren. Dies ist zum Beispiel im Rahmen des Hochsicherheitsdatennetzes der KVen, dem KV-Safenet der Fall", erklärt Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV.

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Neuerungen des Leitfadens findet sich im *Deutschen Ärzteblatt* (Nr. 19/ 9. Mai 2008). Die Empfehlungen von BÄK und KBV sowie eine dazugehörige technische Anlage mit Sicherheitshinweisen sind auf der Website der KBV abrufbar.

www.kbv.de
→ *Fachbesucher* → *Rechtsquellen*
→ *weitere Rechtsquellen*

Der Vorstand ist stiften gegangen

Ungewöhnliche Zeiten erfordern ungewöhnliche Schritte: Wie die Äskulap-Stiftung dazu beitragen will, den freiberuflichen Charakter vertragsärztlicher Versorgung zu erhalten.

Dieter Bollmann

Walter Plassmann

Die beiden Vorsitzenden der KV Hamburg sind mit gut 30 Vorstands-Kolleginnen und Kollegen aus anderen KVen stiften gegangen – und der Beobachter reibt sich verwundert die Augen: Geld geben ohne jegliche Gegenleistung? Da muss es doch ein verstecktes Geschäft geben!

Naheliegend, diese Gedanken. In der Tat wirft der KV-Vorstand in der Regel kein Geld zum Fenster hinaus – vor allem, wo der Vorsitzende auch noch Volkswirt ist und alljährlich mit dem KV-Etat beweist, dass er mit Geld umgehen kann. Aber im Fall der „Äskulap-Stiftung" hatte es keine andere Wahl gegeben, wenn das gesamte Projekt nicht hätte scheitern sollen.

Zur Erinnerung: Angesichts des zunehmend unfairer werdenden Wettbewerbs im ambulanten Bereich möchte das KV-System unter Führung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verhindern, dass Klinik-Ketten oder Venture-Capital-Firmen nennenswerte Teile der ambulanten ärztlichen Versorgung in die Hand bekommen oder dominieren. Das geht nur, wenn man mit den Wölfen heult, wenn man also selbst am Markt aktiv wird.

Nach über einjährigen Vorbereitungsarbeiten und der Erarbeitung eines mehrere hundert Seiten dicken Geschäftsplans stand fest, dass die Grundidee richtig war: Das KV-System kauft, errichtet und betreibt Medizinische Versorgungszentren – vor allem in unterversorgten Gebieten oder mit thematischer Ausrichtung (Senioren, Familien) – und bietet Ärzten, die ihre Praxen abgeben (müssen) eine Alternative, wenn diese ihre Zulassung in einem System belassen wollen, das auch in Zukunft dem freiberuflichen Charakter eines niedergelassenen Arztes verpflichtet ist.

Denn die „KV-MVZ" werden „systemfreundlich" betrieben werden, also unter Beachtung der Grundsätze einer freiberuflichen und selbstbestimmten Arbeit als niedergelassener Arzt – auch wenn wir wissen, dass in Zukunft die Arbeit in Anstellung deutlich stärker nachgefragt werden wird, nicht zuletzt, weil der Anteil der Frauen in der ambulanten Medizin kontinuierlich ansteigt. Aber Anstellung und Freiberuflichkeit schließen sich nicht grundsätzlich aus.

Geld geben ohne Gegenleistung? Da muss es doch ein verstecktes Geschäft geben!

Das Ganze hatte nur einen Haken: KBV und KVen stehen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter der Aufsicht der jeweils zuständigen Behörden. Freies Unternehmertum wäre unter diesen Umständen nicht möglich gewesen. Also musste die „Geburtsstunde" des Konstruktes außerhalb des öffentlich-rechtlichen Bereiches stattfinden – privat eben. Und so kam es, dass die KV-Vorständler privates Geld gaben, um eine private Stiftung zu gründen, die ihrerseits wirtschaftlich frei agierende Unternehmen gründen kann, unter anderem die (noch namenlose) „New Company", mit der das MVZ-Geschäft betrieben werden soll.

Das Gründungs-Geld ist dabei im wahrsten Sinne des Wortes stiften gegangen. Es gibt den Stiftern keinerlei Recht, außer im Stiftungs-Beirat über die grundsätzliche Ausrichtung der Stiftung zu entscheiden. Es gibt keine Rechte auf Anteile an der „New Company", die als Aktiengesellschaft gemeinsam mit der „Deutschen Apotheker- und Ärztebank" sowie dem „Deutschen Ärzteverlag" gegründet werden soll. Und es lässt sich noch nicht einmal von der Steuer absetzen, weil die Stiftung nicht gemeinnützig sein kann.

Der Stiftungs-Schritt war also ungewöhnlich, aber notwendig. Ob sich das Ganze gelohnt hat, werden wir erst in einigen Jahren wissen. Dann werden viele der Stifter gar nicht mehr in ihrem KV-Amt sein. Aber auch beim Ausscheiden bekommen sie ihr Geld nicht wieder. Echte Stifter eben.

Dieter Bollmann und Walter Plassmann, Vorstände der KV Hamburg.

„Nichtarische Herkunft“

Vor 75 Jahren wurde die KV Hamburg „gleichgeschaltet“. Ihr Gründer, der jüdische Arzt Dr. Julius Adam, starb im Konzentrationslager.

Jüdische Mediziner spielten eine wichtige Rolle im sich formierenden Standeswesen der Hamburger Ärzteschaft. Als im Jahr 1919 mit der „Vereinigung der Krankenkassenärzte Groß-Hamburgs“ die Vorläuferorganisation der KV gegründet wurde, wählten die Anwesenden einen jüdischen Arzt zum Vorsitzenden, dessen Biographie nahezu in Vergessenheit geraten ist.

Dr. Julius Adam wurde im August 1862 im Städtchen Lissa in Posen geboren. 1888 ließ er sich als praktischer Arzt nieder – zunächst in Altona, dann in der Wilhelminenstraße, der heutigen Hein-Hoyer-Straße, auf St. Pauli. Nach dem ersten Weltkrieg, den er als Truppenarzt miterlebte, litt er einige Jahre lang an Depressionen. Adam war Gründungsmitglied der Hamburger Ärztekammer und Mitglied der Patriotischen Gesellschaft. Er liebte klassische Kunst und Seefahrt, galt als klarer Analytiker und geschickter Diplomat. „Vor allem möge ihn der köstliche Humor auch in Zukunft nicht verlassen“, schreibt ein Laudator in den *Mitteilungen für die Ärzte und Zahnärzte Gross-Hamburgs* 1932 zu Adams 70. Geburtstag. Zehn Jahre später starb Adam im KZ Theresienstadt.

In einer Sonderausgabe des *Hamburger Ärzteblattes*, die 1969 anlässlich des 50jährigen Bestehens der KV Hamburg erschien, wird Adams Rolle bei der Entstehung des kassenärztlichen Systems gewürdigt. Adam war maßgeblich an den Vorarbeiten zur 1917 vom Gesundheitsamt ins Leben gerufenen „Einigungskommission Hamburger Ärzte und Krankenkassen“ beteiligt. Die Einigungskommission sollte einen Interessensausgleich beider Seiten herbeiführen und den „Zustand verworrener und regelloser Honorarverhältnisse“ beenden.

Wollte den „Zustand verworrener und regelloser Honorarverhältnisse“ beenden: Dr. Julius Adam

„Es stand im Belieben jeder einzelnen Krankenkasse, mit den Ärzten Verträge abzuschließen, wobei sie die Zahl der für sie tätigen Ärzte selbst bestimmen konnte“, beschreibt das Hamburger Ärzteblatt die Situation der Ärzte vor 1919. „Die Bezahlung war fast bei jeder Krankenkasse eine andere, die Arbeitsverteilung so ungleich wie nur möglich.“

Dr. Julius Adam, Dr. Hugo Niemeyer und einige andere Hamburger Kassenärzte vertraten in der Einigungskommission die Ärzteseite und schufen mit der Gründung der „Vereinigung der Krankenkassenärzte Groß-Hamburgs“ eine schlagkräftige Selbstorganisation.

Die von der Einigungskommission erarbeiteten Vorschläge wurden von Ärzten und Kassen akzeptiert. Im Juli 1919 trat das Hamburger Abkommen in Kraft.

Es führte neuartige, für das KV-System wegweisende Strukturen ein: Die Kassenärzte traten als organisatorische Einheit auf und wurden nicht mehr von einzelnen, sondern von allen am Abkommen beteiligten Krankenkassen gemeinsam unter Vertrag genommen. Über die Zulassung der Ärzte entschied ein von Ärzten und Kassen paritätisch besetzter Ausschuss. Und: Innerhalb eines Bezirks konnten die Patienten ihren Arzt frei wählen.

Dr. Julius Adam blieb 1. Vorsitzender der „Vereinigung der Kassenärzte Groß-Hamburgs“, bis er 1923 von Dr. Hugo Niemeyer abgelöst wurde. Adam wechselte zunächst auf den Posten des 2. Vorsitzenden und schied zwei Jahre später freiwillig aus.

Nach der Machtübernahme der NSDAP 1933 wurden die ärztlichen Standesorganisationen binnen Wochen „gleichgeschaltet“. Dr. Hugo Niemeyer musste abtreten und wurde durch Dr. Wilhelm Lochmann, Mitglied des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes, ersetzt.

Entwertete Zulassungskarte des Gründers der KV Hamburg - die Diskriminierung war für alle Kollegen wahrnehmbar.

Im August 1933 verlor die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg ihren unabhängigen Status und ging in der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands auf. Der letzte frei gewählte Vorsitzende der KV Hamburg, Dr. Hugo Niemeyer, wurde von einer Reihe nationalsozialistischer Ärzte denunziert und der Beleidigung und der Veruntreuung von Geldern beschuldigt. Die Verfahren wurden mangels Beweisen eingestellt. Es handelte sich ziemlich offensichtlich um den Versuch einer politischen Abrechnung.

Schon am 1. April 1933 inszenierte die NSDAP einen Boykott jüdischer Geschäfte, Ärzte und Rechtsanwälte. Unter anderem vor dem Haus des Wandsbeker Arztes Fritz Heppner bezogen SA-Männer Posten. Sie stellten ein Schild auf mit der Parole: „Jüdischen Ärzten überlasset nicht deutsche Gesundheit!“

Im Mai 1933 mussten alle niedergelassenen Ärzte einen Fragebogen der Kassenärztlichen Vereinigung ausfüllen, in dem sie über Vorfahren, Konfession und Kriegstätigkeiten Auskunft zu geben hatten. Die Angaben wurden von dem neu eingerichteten Amt für Rasseangelegenheiten der NSDAP überprüft. Die KV schloss im ersten Jahr der nationalsozialistischen Herrschaft mindestens 68 Hamburger Ärzte als „Nichtarier“ aus.

Die Diskriminierung ihrer jüdischen Kollegen war für die Hamburger Kassenärzte deutlich wahrnehmbar: Seit Juli 1933 durften sich „nichtarische“ und „arische“ Ärzte nicht mehr vertreten, gegenseitige Überweisungen wurden verboten. Ab 17. Mai 1934 erhielten auch Ärzte mit „nichtarischen“ Ehegatten keine Zulassung mehr. Bis dahin geltende Ausnahmeregelungen für Frontkämpfer wurden zurückgenommen. 1938 folgte schließlich das totale Berufsverbot für jüdische Ärzte.

Dr. Julius Adam gab seine Praxis, die er über vierzig Jahre lang geführt hatte, im April 1935 auf und plante, nach Amerika auszuwandern. Am 29. Oktober 1938 wurde er der „Heimtücke“ beschuldigt und im KZ Fuhlsbüttel inhaftiert. Seine Denunziation und Verhaftung stand möglicherweise in Zusammenhang mit seinem früheren Engagement im kassenärztlichen Wesen, das als Projekt der Sozialdemokratie galt. Nach einjähriger Haft kam er frei. In der Folge musste er wie alle in Hamburg verbliebenen Juden in eines der "Judenhäuser" ziehen. Am 19. Juli 1942 wurde der inzwischen 80jährige nach Theresienstadt deportiert, wo er drei Monate später umkam.

Anna von Villiez,
Martin Niggeschmidt

Der nebenstehende Artikel basiert auf Recherchen, die von der Historikerin Anna v. Villiez für ihr Buch "Entrechtung und Verfolgung jüdischer Ärzte in Hamburg 1933 bis 1945" vorgenommen wurden. Unterstützt wurde das Buch, das im Laufe des Jahres erscheinen wird, durch die Hamburger Ärztekammer und Spenden Hamburger Ärzte.

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. med. Dietrich Lau

Geburtsdatum: 13. März 1943
Familie: verheiratet, vier Kinder
Fachrichtung: Allgemeinmedizin
Weitere Ämter: Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Universität Hamburg. Mitglied der ÄK-VV, des Weiterbildungsausschusses und des Ausschusses für die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen
Hobbys: Tennis, Radfahren, Gartenarbeit, Trompete

Wie war Ihr beruflicher Werdegang?
Studium der Landwirtschaft an der TU Berlin; Studium der Medizin in Göttingen und Hamburg; Promotion über Erkrankungen der Landwirte in Zusammenarbeit mit der Agrarsozialen Gesellschaft; Rotationsstelle für Allgemeinmedizin am AK St. Georg (Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Haut, Physikalische Therapie); seit 1983 in Gemeinschaftspraxis mit zwei Kolleginnen niedergelassen.

Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Jahren in der VV erreichen?
- Erhalt der ärztlichen Selbstverwaltung auf Grundlage einer vollständigen (auch finanziellen) Gleichberechtigung der drei großen Versorgungsebenen mit Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten.
- Verhinderung eines „gläsernen" Arzt-Patienten-Verhältnisses; E-Card darf der Ärzteschaft nicht von oben diktiert werden
- Erhalt und langfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgungsebene mit ihrer unverzichtbaren Koordinierungsfunktion

Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitssystem in 10 Jahren?
Entwicklung der KV mehr zu einer Servicegesellschaft. Wieder mehr Koordination durch Hausärzte. Mehr Prävention auf allen Ebenen.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?
Nelson Mandela. Ich würde ihn fragen, wie er sich seine gute Laune erhalten hat.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?
Auf einigen Spuren von Humboldt zu wandeln.

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. med. Bastian Steinberg

Geburtsdatum: 12. Oktober 1951
Familie: verheiratet, zwei Kinder
Fachrichtung: Praktischer Arzt
Weitere Ämter: Stellvertretender Vorsitzender des beratenden Fachausschusses Hausärzte
Hobbys: Familie, klassische Literatur, Golf

Wie war Ihr beruflicher Werdegang?
1974-1978 Studium Physik und Informatik an der Fachhochschule in Wedel; 1978-1984 Medizinstudium in Hamburg;1984-1985 Anästhesie in Ahlen in Westphalen; 1985-1986 Anästhesie in Kiel; 1986-1991 Anästhesie am UKE mit Forschungsschwerpunkt „Mikrozirkulation und Schock", eigenen Veröffentlichungen und nationalen sowie internationalen Vorträgen; 1991 Gründung der eigenen Praxis mit dem Behandlungsschwerpunkt Schmerz- und Palliativmedizin

Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Jahren in der VV erreichen?
Erhalt der ärztlichen Behandlungsfreiheit in eigener Praxis oder als angestellter Arzt; verbesserter Interessenausgleich zwischen einzelnen Fachgruppen; Stärkung der hausärztlichen Position in der Gesamtversorgung; Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der Hausärzte in der sich neu entwickelnden Versorgungslandschaft.

Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitssystem in 10 Jahren?
Die KV wird sich verstärkt zur Dienstleistungsgesellschaft wandeln. Die ordnungspolitischen Aufgaben werden in den Hintergrund treten. In der Versorgung wird es verstärkte Konzentrationsprozesse im Bereich der fachärztlichen Versorgung geben. Risikokapital wird verstärkt versuchen, Teile der ambulanten Versorgung unter Kontrolle zu bekommen.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?
Keinen! Ich bekäme da nur Phrasen als Antwort

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?
Ins All fliegen und unseren Planeten Erde von oben betrachten – aber das bleibt wirklich nur ein Traum.

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:	040/22 802 900
Telefax:	040/22 802 885
E-Mail:	infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag und Donnerstag	8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch	8.00 – 12.30 Uhr
Freitag	8.00 – 15.00 Uhr