

Risiko Arzneimittelbudget

Warum die Vertragsärzte
von der Kostenverantwortung
entlastet werden sollten

Reformmodell

Wie die Arzneimittelausgaben effektiver gesteuert werden könnten

Neue Arzt-nummern

Die wichtigsten Fragen und Antworten

Hausarzt-vertrag

Ein Schritt auf dem richtigen Weg



Liebe Leserinnen und Leser!

Wir brauchen nachvollziehbare Verantwortlichkeiten. Jeder Arzt trägt die Verantwortung für Indikation und Menge der von ihm verordneten Medikamente. Dass er darüber hinaus für die Kosten gerade stehen soll, ist seit Einführung der Rabattverträge nicht mehr nachvollziehbar. Wie eine Reform der Kostensteuerung aussehen könnte? Lesen Sie dazu das Interview mit Prof. Dieter Cassel (Seite 10).



Weil nicht nur im Arzneimittelbereich einiges nicht mehr nachvollziehbar ist, findet am 19. September in Berlin eine Demonstration niedergelassener Ärzte statt. Mehr Informationen dazu finden Sie auf der Website: www.aerzte-protest.net

Ihr Dieter Bollmann

Ihre Meinung ist gefragt

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

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Impressum

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

Erscheinungsweise sechswöchentlich
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: 1. August 2008

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt	4
Arzneimittelbudget in der Diskussion	5
Erfahrungsbericht eines Hausarztes	5
Erfahrungsbericht eines Neurologen	7
Interview mit dem Gesundheitsexperten Prof. Dr. Dieter Cassel	10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	12
Bewertung für neue Kassenleistungen	14
Korrektur: Hautkrebs-Screening nur jedes zweite Jahr	14
100. QEP-Zertifizierung	15
Verletzungssichere Instrumente	15
AOK-Hausarztvertrag in Hamburg: Das Machbare umsetzen	16
Ein Schritt auf dem richtigen Weg	17

Rundschreiben

Hinweis auf amtliche Veröffentlichungen im Internet	18
„Barmer-Hausarztvertrag“: Befreiung von der Praxisgebühr entfällt	18
Zivildienst und Bundeswehr: Übernahme von Diabetes-Regelung	18
Hautvorsorgeverfahren: Widerruf des Beitritts der DAK	18

Brennpunkt Arznei

Pharmakotherapieberatung für Neu-Niedergelassene	19
Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten	19
Verordnungsfähigkeit von arzneiähnlichen Medizinprodukten	20

Hamburg

Umstellung des fahrenden Notfalldienstes	21
Marktplatz Praxis-EDV	21
Asklepios MVZ will auf die Zentralisierung von Arztsitzen verzichten	21

Steckbriefe

Für Sie in der Kreisversammlung	22
---------------------------------	----

Nachgefragt

■ Sollen die Ärzte Verantwortung für Arzneimittelkosten tragen?



Die Arzneimittelkosten steigen vor allem im Bereich der Innovationen. Natürlich sollte der Arzt die Therapiefreiheit behalten. Aber die Solidargemeinschaft muss darüber diskutieren, nach welchen Kriterien das zur Verfügung stehende Geld ausgegeben wird. Ist es unstatthaft, darüber zu sprechen, ob man Kosten von 40.000 Euro verursachen darf, um das Leben einer Tumorpatientin um zwei Wochen zu verlängern? Solche ethischen Entscheidungen werden derzeit in die einzelnen Praxen verlagert. Früher oder später wird man über immer mehr therapeutische Fragen einen fachlichen oder gesellschaftlichen Konsens herstellen müssen – und Ärzte, die davon abweichen, werden zu Recht unter Begründungszwang stehen.

*Volker Lambert
ist Hausarzt in Tonndorf*



Bei Überschreitungen der Arzneimittelrichtgröße oder bei Off-Label-Use kann es in unserem Fachbereich um Millionenbeträge gehen. Dass der Arzt sich in diesem undurchsichtigen Regulierungswust zu rechtfinden soll und am Ende persönlich haftet, ist eine große Belastung. Die Pharmaindustrie verdient an den Arzneimitteln, der Apotheker verdient an den Arzneimitteln – völlig Interessenfrei in dieser Hinsicht ist nur der Arzt, und ausgerechnet er bekommt den schwarzen Peter zugeschoben. Gerade für Schwerpunktbehandler sollten großzügigere Lösungen gefunden werden. Wichtig wäre mir auch, dass bei der Überprüfung des Off-Label-Use durch die Kostenträger die Therapiefreiheit nicht zu sehr unter die Räder kommt.

*Dr. Wolfgang-Gerhard Elias
ist Neurologe und Psychiater
in Wandsbek*



Sich bei der Verordnung nach einer Positivliste zu richten, fände ich wesentlich angenehmer als ständig von Regressen bedroht zu werden. Es ist nicht meine Aufgabe zu prüfen, ob der Preis für ein Medikament angemessen ist oder nicht. Ich war selbst schon mit Regressforderungen konfrontiert, weil bei der Berechnung von Richtgrößen alle Internisten ohne Berücksichtigung der Subspezialitäten über einen Kamm geschoren werden. Meine Praxisbesonderheiten wurden im Nachhinein zwar berücksichtigt. Doch einen Regress abzuwehren ist viel Arbeit. Man hat ein bis zwei volle Tage zu tun, auch wenn die Regressforderung völlig unbegründet ist. Das alles ist Teil dieser unsinnigen Bürokratie, die mich ironisch sagen lässt: Eigentlich stören nur noch die Patienten. Gäbe es die nicht mehr, könnten wir Ärzte uns voll und ganz der Bürokratie widmen.

*Dr. Karl Bischoff ist
Internist in Bergedorf*



Dr. Georg Kotter: "Leitlinien tragen nicht dazu bei, das Anwachsen der Pharmakotherapie zu stoppen."

In der Zwickmühle

■ Die Wirtschaftlichkeit von Verordnungen abzuwägen ist für die Ärzte viel Arbeit. Sauberer wäre es, wenn Kassen und Industrie ihren Teil der Verantwortung übernehmen würden.

Wer nicht allzu freigiebig verschreibt, kann als Hamburger Hausarzt mit seinem Arzneimittelbudget leben. Doch es gibt Entwicklungen, die für ein stetiges Anwachsen der Pharmakotherapie sorgen und die Ärzte immer stärker unter Zugzwang setzen. Da ist zum einen die Überalterung der Gesell-

schaft: Die Menschen bekommen immer mehr Krankheiten, die medikamentös behandelt werden können (und den Leitlinien zufolge auch müssen). Zum anderen gibt es den Trend, gesundheitliche Risiken immer weiter zu reduzieren, auch wenn sie noch so klein sind. Die Medikamente werden immer bes-

ser und immer spezieller. Doch wenn ich tausend Patienten fünf Jahre lang medikamentös behandeln muss, um zwei statt einen zu retten, darf man getrost die Frage stellen: Wo liegt die Grenze? In letzter Konsequenz könnte man die Einwohner Hamburgs flächendeckend mit Antibiotika versorgen, um sofort jene Menschen zu erreichen, denen das nutzt.

Arzneimittelbudget in der Diskussion

Deutschland ist im Bereich der OECD das einzige Land, in dem Arzneimittelregresse existieren und gegen Ärzte ausgesprochen werden. Wir haben Hamburger Vertragsärzte gefragt, wie sie mit den ihnen durch das Arzneimittelbudget auferlegten Einschränkungen und der Regressdrohung zurecht kommen.

Dem Trend, auf Nummer Sicher zu gehen, können sich offenbar auch Fachgesellschaften nicht entziehen. Deren Leitlinien setzen die Ärzte unter Druck, Standardtherapien mit immer ausgefeilterer Pharma-

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

kotherapie einzusetzen. Diese Therapien sind sicherlich auf der Höhe der Forschung. Doch die meisten Studien, die den Fachgesellschaften als Entscheidungshilfe zur Verfügung stehen, werden von Pharmafirmen in Auftrag gegeben. Fallen die Ergebnisse nicht wünschgemäß aus, bleiben sie unter Verschluss. Hilfestellungen für einen restriktiven Umgang mit Medikamenten ist von dieser Seite nicht zu erwarten.

In meine Praxis kommen viele alte, multimorbide Patienten, die man leitlinienkonform mit einer endlosen Liste von Me-

findet man beispielsweise auf jedem Arztbrief eines Krankenhauses 40 mg Pantozol. Doch Protonenpumpenhemmer heben den Schutz des Magens vor Bakterien, Viren und Pilzen auf und machen die Patienten noch krankheitsanfälliger. Da sollte man schon prüfen, ob der Patient das Medikament braucht und ob es ihm nützt.

Die Medikamentenliste eines aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten durchzugehen, ist oft ein unglaublicher Zeitaufwand. Die Versuchung ist groß zu sagen: „Mensch, das haben die im Krankenhaus so eingestellt, das hat bestimmt seine Richtigkeit.“ Doch die Verantwortung für die eigenen

>> Plötzlich findet man auf jedem Arztbrief eines Krankenhauses 40 mg Pantozol. <<

dikamenten versorgen könnte. Ein Präparat würde zum anderen kommen, eine Medikamentengabe würde den Einsatz weiterer Medikamente nach sich ziehen. Doch die Pharmakologie lehrt uns: Gibt man mehr als vier Medikamente, sind die Interaktionen der Medikamente untereinander nicht mehr abzuschätzen. Deshalb kann es nur darum gehen, die Pharmakotherapie auf ein sinnvolles und notwendiges Maß zu reduzieren.

Pharmafirmen stellen den Krankenhäusern kostenlos oder sehr günstig Medikamente zur Verfügung, um sie im niedergelassenen Bereich auf den Markt zu drücken. Plötzlich

Folgeverordnungen kann einem niemand abnehmen.

Meist sind die Menschen dankbar, wenn sie weniger Medikamente schlucken müssen. Doch einige Patienten muss man sich zur Brust nehmen: „Sie müssen vernünftig essen, zwanzig Kilo abnehmen und mit dem Rauchen aufhören. Dann haben wir Ihren Blutdruck schon mal um die Hälfte runter und Sie haben keine Gelenksbeschwerden mehr.“ Natürlich könnte ich das alles auch medikamentös behandeln. Doch der Patient ist verpflichtet, mitzuhelfen. Einfach zu sagen: „Ich esse weiter Schweinshaxen, brauche aber massiv Fettsenker (CSE-Hemmer), um einen guten Choleste-

rinspiegel zu bekommen“ – das geht nicht. Dieses Spiel mache ich nicht mit. Es gibt begrenzte Ressourcen, und ich bin nicht dazu da, die Pharmaindustrie glücklich zu machen.

Wenn kein Ereignis und keine anderen Risikofaktoren vorliegen, wird eine Cholesterinerhöhung nicht therapiert. Basta.

Wenn Kosten und Nutzen eines Medikaments in keinem Verhältnis zueinander stehen, bleibe ich bei der günstigeren Therapie. Bei zehn Prozent der Patienten, die ACE-Hemmer nehmen, tritt als Nebenwirkung Hustenreiz auf. Das heißt aber doch: 90 Prozent der Patienten können problemlos mit ACE-Hemmern versorgt werden. Treten Nebenwirkungen auf, ändert man die Therapie. Die teuren AT1-Blocker reduzieren Hustenreiz-Risiko, haben aber ebenfalls Nebenwirkungen. Das Arzneimittelbudget macht den niedergelassenen Ärzten mehr Arbeit, diszipliniert sie aber auch, die Pharmakotherapie nicht ausufern zu lassen. Ich bin sicher, dass das den Patienten unterm Strich zu Gute kommt. Hausärzte, die ihre Verordnungen immer aufs Neue hinterfragen und zusätzlich darauf achten, statt Originalpräparaten günstige Generika zu verordnen, müssen sich nicht vor Regressen fürchten.

Allerdings habe ich als Hausarzt kein Budget für die Verordnung von Spezialpräparaten. Es kommt vor, dass Kardiologen oder Neurologen zu einem

Patienten sagen: „Lassen Sie sich das Iscover doch von Kotter verschreiben. Bei dem sind Sie doch ohnehin jeden dritten Tag.“ Das Medikament aufzuschreiben, wäre tatsächlich kein großer zusätzlicher Aufwand. Doch weil das Budget begrenzt ist und nicht von einem auf den anderen Kollegen übertragen werden kann, muss man zum Telefonhörer greifen und mit den Fachärzten besprechen, wie man das Medikamentenvolumen untereinander aufteilt. Die Kollegen reagieren darauf zum überwiegenden Teil sehr verständnisvoll.

Ich würde dafür plädieren, aus der roten Liste eine Positivliste zu machen und die unendliche Vielfalt der Substanzen auf einige wenige zu reduzieren. Das würde den Arbeits- und Organisationsaufwand ein-

dämmen, der auf Ebene der einzelnen Praxis mit dem Versuch einhergeht, die Explosion der Pharmakotherapie in den Griff zu bekommen. Die sauberste Lösung wäre aber, wenn die Krankenkassen mit den Pharmafirmen verhandeln und schon im Vorfeld festlegen würden, welche Medikamente sie bei bestimmten Krankheiten zu zahlen bereit sind: „Das ist das Standardtherapieschema. Dafür übernehmen wir die Kosten.“ Das würde die Preisverantwortung für Arzneimittel dahin verlagern, wo sie hingehört.

Die Rabattverträge zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Pharmaindustrie sind ein Schritt in diese Richtung. Ich habe Patienten, die sagen: „Ich möchte aber das Medikament, an das ich gewöhnt bin, und kein anderes.“ Da kann ich nur

antworten: „Ich brauche einen medizinischen Grund, um dem Apotheker einen Austausch zu untersagen. Dass Sie kein anders aussehendes Medikament wollen, ist kein medizinischer Grund. Sprechen Sie mit Ihrer Kasse. Die hat diese Verträge abgeschlossen, nicht ich.“

Mit den Rabattverträgen kommen wir ein wenig aus der Schusslinie – übrigens auch, was die Prüfung betrifft. Informationen über die Höhe der aus diesen Verträgen resultierenden Kosteneinsparungen werden der Öffentlichkeit aus verständlichen Gründen nicht zugänglich gemacht. Wie wollen die Kassen mir unter diesen Bedingungen nachweisen, welche Kosten ich durch meine Verordnungen tatsächlich verursacht habe?

*Dr. Georg Kotter
ist Allgemeinarzt in Lokstedt*

Existenzielle Bedrohung

■ Wenn sich Nervenärzte nach den Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften richten, geraten sie ins Visier der Prüfer.



Hält Regresse für "abwegig":
Jürgen Vogt

Es gab in den vergangenen zehn Jahren einen nie da gewesenen Fortschritt in der Behandlung neurologischer und vor allem auch psychiatrischer Erkrankungen. Die Therapien sind zum Teil sehr kostenintensiv. Doch die mit ihnen erreichte Verbesserung der Lebensqualität und Funktionalität der Patienten ist volkswirtschaftlich relevant, zum Beispiel durch geringere

Pflegebedürftigkeit oder die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit.

Aus dem neurologischen Bereich seien erwähnt die erstmals vorhandene Basistherapie der MS mit Interferonen oder Glatiramerazetat. Auch bei den Epilepsien gibt es zwischenzeitlich eine ganze Reihe neuer,

Fortsetzung auf S. 8 ■■■



Foto: 3d_Master/Fotolia.com

Aus Sicht des Gesundheitsministeriums hat es seit Einführung des Haloperidol und Amitriptylin keine wesentliche Neuerung mehr gegeben.

Fortsetzung von S. 7

hochwirksamer, teils deutlich besser verträglicher Substanzen. Für das Parkinsonsyndrom stehen heute eine Vielzahl von Substanzen zur Verfügung, die die individuellen Behandlungsmöglichkeiten erheblich verbessert haben.

Bei den psychiatrischen Erkrankungen hingegen hat man als Nervenarzt oder Psychiater, der die pharmakologischen Entwicklungen seit Anfang der neunziger Jahre kennt, den Eindruck, dass es aus Sicht des Gesundheitsministeriums und der Krankenkassen eigentlich seit der Markteinführung des Haloperidol und Amitriptylin keine wesentliche Neuerung mehr gegeben hat. Dies bedeutet: Die Empfehlungen sämtlicher internationaler Fachgesellschaften werden ignoriert. Stattdessen wurden wir in den letzten Monaten mit Hilfe von

Metaanalysen darüber belehrt, dass die neueren atypischen Neuroleptika nicht nur schlechter wirken, sondern auch noch schlechter verträglich seien. Dies wird schon dadurch ad absurdum geführt, dass etwa 90 Prozent aller wegen einer Psychose in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten mit einem atypischen Neuroleptikum entlassen werden.

Wir erinnern uns nur zu gut daran, dass bei etwa 60 Prozent der mit konventionellen Neuroleptika behandelten Patienten Nebenwirkungen auftraten. Als Stichworte seien hier nur Robotergang, Parkinsonoid und Spätdyskinesien erwähnt. Kein Nervenarzt oder Psychiater, und erst recht kein Patient oder Angehöriger wünschen sich diese Zeiten zurück.

Dass die neuen Antidepressiva besser verträglich sind, wird in der Fachwelt nicht ernsthaft

bestritten. Wir werden aber dazu angehalten, die alten, kostengünstigen Antidepressiva einzusetzen, obwohl die trizyklischen Antidepressiva durchaus relevante (vor allem, aber nicht nur kardiologische) Nebenwirkungen mit einer nicht geringen Mortalität aufweisen. Gemäß den Empfehlungen der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie setzen wir diese altbewährten und sehr wirksamen Substanzen wegen ihrer Nebenwirkungen zur Therapie der Depressionen möglichst erst dann ein, wenn die neueren Antidepressiva nicht ausreichend helfen.

Das Medikamentenbudget eines durchschnittlich tätigen Nervenarztes, der sowohl neurologische wie psychiatrische Erkrankungen behandelt, wird um circa 50 bis 100 Prozent überschritten, das heißt um 50.000 bis 120.000 Euro pro Jahr. Unsere Fachgruppe ist sehr inhomogen - es zählen klassische Nervenärzte, ärztliche Psychotherapeuten, Gutachter und Spezialpraxen dazu. Offenbar gibt es Praxen, die kaum oder gar keine Medikamentenkosten verursachen und andere, die extrem kostenintensiv arbeiten (ohne deshalb unwirtschaftlich zu verordnen).

Erheblich beunruhigend für unsere Fachgruppe war, dass die Psychopharmaka nicht gleichwertig wie Neuropharmaka behandelt wurden. So wurden die atypischen Neuroleptika oder modernen Antidepressiva nicht

als notwendige Spezialpräparate berücksichtigt.

Seit Jahren schwebt das Fallbeil des Regresses über den Nervenärzten. Es ist schon sehr abwegig, dass ein Nervenarzt Geld zurückerstatten soll, das er gar nicht hat, weil er Krankheitsbilder wie eine schwere Depression oder schizophrene Psychose sachgerecht behandelt.

Als sich eine von der Hamburger Fachgruppe gegründete „Regressgruppe“ mit dieser Problematik auseinander setzte, fiel auf, wie ähnlich die Verordnungsstrategien der Kollegen sind und dass die Art der Berechnung des Arzneimittelbudgets und seiner einzelnen Bestandteile (insbesondere die Anerkennung der atypischen Neuroleptika) völlig unterschiedlich und nicht vergleichbar oder nachvollziehbar war.

Was die Situation seit 2004 weiter verschärft hat, ist die neue Zusammensetzung der Prüfungskommission, die keinen aus der Fachgruppe stammenden Facharzt mehr braucht, sondern nur noch je zwei Vertreter der Krankenkassen und KV sowie einen Unabhängigen (beispielsweise einen Richter). An dieser Stelle möchte ich mich im Namen der Hamburger Nervenärzte bei Dr. Klaus Voelker, dem beratenden Kollegen der KV, für seine oft erhellende Beratungstätigkeit im Zahlendschungel der Prüfanträge herzlich bedanken.

Durch die entschlossene Gegenwehr der betroffenen Kol-

legen und viel, viel Detailarbeit ist es bis heute nicht dazu gekommen, dass ein vernichtender Regress für indikationsgerechte Behandlung eines Hamburger Nervenarztes durchgesetzt wurde.

Man könnte glauben, dass sich die ganze Medikamentenbudgetberechnung durch die Rabattverträge künftig erübrigt, weil bislang völlig unklar ist, wie die rabattierten Medikamente angemessen in den Budgets berücksichtigt werden. Aber die Einzelfallprüfung einer Verordnung oder der Verstoß gegen die DDD-Auflagen werden davon unberührt bleiben.

Soweit wir es vertreten können, überlassen wir dem Apotheker den Austausch des Generikums durch ein anderes. Ich habe

Benutzung. Bei Austausch des generischen DOPA-Präparates durch den Apotheker, kam es bei einem meiner Patienten mit Parkinsonsyndrom, wohl durch unterschiedliche Bioverfügbarkeit, zu einer sofortigen Zunahme der Gangstörung. Auch bei dieser Patientengruppe empfiehlt sich das Beibehalten der ursprünglichen Verordnungsweise, sei es mit generischen Substanzen oder Originalpräparaten.

Neben den Unwägbarkeiten der Arzneimittelverordnung und der allgegenwärtigen Regressgefahr gibt es noch eine weitere existenzielle Bedrohung für neurologische Praxen: Die ökonomische Situation der Hamburger Nervenärzte hat sich in den letzten Jahren massiv verschlechtert. Seit der Um-

>> Den psychiatrisch Kranken wird in Deutschland wenig Aufmerksamkeit zuteil. <<

aber auch schon Patienten mit einem generisch verordneten Neuroleptikum sein Generikum „aut idem“ verordnen müssen, weil das Ersatzpräparat des Apothekers Nebenwirkungen verursacht hat.

Bei Antikonvulsiva ist die Umstellung auf ein anderes Generikum möglicherweise mit Blutspiegelveränderung und veränderter Wirksamkeit mit der Konsequenz einer Anfallsprovokation verbunden, weshalb vor Umstellungen abgeraten werden muss, insbesondere bei Anfallsfreiheit und KFZ-

setzung der Gesundheitsreform sind die Einnahmen der Nervenärzte aus der Gesetzlichen Krankenversicherung um ein Drittel zurückgegangen.

Dies alles hat mit dem höchst beunruhigenden Umstand zu tun, dass in Deutschland den psychiatrisch Kranken und den sie behandelnden Fachärzten nicht die gleiche Aufmerksamkeit zuteil wird wie der Therapie somatischer Erkrankungen.

*Jürgen Vogt ist
Neurologe in Barmbek-Süd*

„Keine Daumenschrauben für Ärzte“

■ Kann man Regresse abschaffen, ohne die Arzneimittelausgaben explodieren zu lassen? Ja, sagt der Gesundheitsexperte Prof. Dr. Dieter Cassel. Er hat ein raffiniertes Reformmodell entwickelt.

Was halten Sie von den Instrumenten, die im deutschen Gesundheitssystem zur Steuerung der Arzneimittelausgaben eingesetzt werden?

Deutschland zeichnet sich durch ein wirres Geflecht von Regulierungen aus, die sich teilweise gegenseitig paralysieren und aufheben. Weil die Arzneimit-

telkosten im Vergleich zu den übrigen Leistungsausgaben weiterhin überdurchschnittlich ansteigen, justiert die Gesundheitspolitik ständig nach.

Das System ist intransparent und unberechenbar – auch für die Ärzte, denen ein Großteil der Verantwortung für die Arzneimittelpreise aufgebürdet wird.

Ist das in anderen Ländern besser gelöst?

Ich denke schon. In anderen Ländern werden weniger, dafür aber schärfere Instrumente eingesetzt. In Frankreich beispielsweise gibt es Festpreisvorgaben für Arzneimittel, die auf den Markt kommen. Die Preise werden im Vorfeld mit der Gesundheitspolitik abgestimmt. In der Folge bleibt der Markt aber von weiteren Interventionen verschont.

Wie könnte man die Regulierungsvielfalt in Deutschland auf einige wenige effiziente Instrumente reduzieren?

Ich arbeite derzeit zusammen mit Prof. Eberhard Wille an einem Reformmodell, dessen Grundzüge wir bereits 2006 in einem Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium vorgestellt haben.* Wir schlagen folgendes Modell vor: Auf Ebene der GKV wird ähnlich wie im gegenwärtigen System anhand einer Negativliste definiert, welche Arzneimittel beispielsweise mangels Nutzen von der Erstattung ausgeschlossen sind. Zusätzlich werden aber kassenindividuelle Positivlisten eingeführt, in denen die Kasse festlegt, welche Arzneimittel sie ihren Versicherten tatsächlich zu bezahlen bereit ist.



Foto: Uni Duisburg

Prof. Dr. Dieter Cassel ist Emeritus für Wirtschaftspolitik an der Mercator School of Management der Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg. Er war als Gutachter für das Bundesgesundheitsministerium und als Einzelsachverständiger im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages tätig. Seit 2004 ist er Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

Dabei haben die Kassen völlig freie Hand?

Nein. Ein neutraler Bewertungsausschuss sortiert die nicht durch die Negativliste ausgeschlossenen Arzneimittel nach Indikationen: Untereinander substituierbare Präparate werden jeweils zu einer Arzneimittelvergleichsgruppe zusammenfasst. Die Kasse kann entscheiden, welche und wie viele Arzneimittel aus einer Gruppe sie in ihre Positivliste aufnimmt. Die Arzneimittelhersteller verhandeln mit den Kassen und versuchen, durch Rabatte die Kosten-Nutzen-Relation ihrer Medikamente so attraktiv zu machen, dass sie in die Positivliste aufgenommen werden. Die Kasse ihrerseits hat einen Wettbewerbsvorteil, wenn sie eine umfangreiche und qualitativ hochwertige Positivliste vorweisen und mit den erzielten Rabatten ihren Beitragssatz senken kann.

Was geschieht mit Medikamenten, die nicht ins Schema von Arzneimittelvergleichsgruppen passen?

Kommt ein Medikament neu auf den Markt, prüft der neutrale Bewertungsausschuss, ob es einen hinreichenden Nutzensvorteil hat, um zunächst einmal alleine, also außerhalb einer Vergleichsgruppe, gestellt zu werden. Ist dies der Fall, muss das Arzneimittel zum Herstellerpreis erstattet werden, bis Analogpräparate oder Generika auf den Markt

kommen und Vergleichsgruppen entstehen. Dadurch gibt es einen massiven Anreiz für Arzneimittelhersteller, zunehmend innovative Präparate zu entwickeln.

Der Arzt könnte ein innovatives Arzneimittel verordnen, ohne sich Gedanken um die Wirtschaftlichkeit machen zu müssen?

In unserem Modell werden die Ärzte der Preisverantwortung für die von ihnen verordneten Medikamente vollständig enthoben. Es gibt keine Richtgrößen mehr und keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Den Preis für echte Innovationen legen

tienten erstattet werden. Unter den drei oder vier angezeigten Präparaten kann der Arzt dann eines auswählen und zu Lasten der Kasse verschreiben.

Und wenn der Arzt mit der Auswahl nicht einverstanden ist?

Dann muss er der Kasse gegenüber eine kurze Begründung abgeben, warum er aus medizinischen Gründen gezwungen ist, ein anderes Medikament zu verordnen. Die Kasse hat bestimmte Regeln für diesen Ausnahmefall vorzusehen, damit der Patient ein solches Medikament nicht aus eigener Tasche bezahlen muss. Im Normalfall sollte der Arzt

>> In unserem Modell wären die Ärzte der Preisverantwortung enthoben. <<

die Hersteller alleine fest. Bei den anderen Präparaten fällt die Entscheidung über die Wirtschaftlichkeit in Verhandlungen zwischen Kassen und Arzneimittelherstellern.

Wird in so einem Modell nicht die Therapiefreiheit des Arztes eingeschränkt?

Der Arzt muss in seiner Therapie weitgehend frei sein – allerdings nicht unbegrenzt, weil die von ihm veranlassten Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen. In unserem Modell stellt der Arzt eine Diagnose und ruft am Computer die indikationsbezogene Liste jener Arzneimittel auf, deren Kosten von der Kasse des Pa-

aber listenkonform verordnen. Auch wenn die Auswahl durch die Positivliste eingeschränkt wird: Die Entscheidung, welches Medikament der Patient bekommt, trifft nicht wie bei den derzeitigen Rabattverträgen der Apotheker, sondern der Arzt. Gleichzeitig wird die Verantwortung für die Kostendämpfung dorthin verlagert, wo sie hingehört. Die Daumenschrauben, die den Ärzten im jetzigen System angelegt werden, würden damit vollkommen überflüssig.

*„Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie“ von IGES Berlin (Bertram Häussler/Martin Albrecht), Dieter Cassel, Eberhard Wille und WlD0 Bonn (Helmut Schröder/Katrin Nink/Christoph Lankers) Das Gutachten ist auf der Homepage des Ministeriums zu finden: www.bmg.bund.de



Fragen und Antworten

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

Seit 1. Juli 2008 müssen Vertragsärzte bei der Abrechnung sowohl eine Lebenslange Arztnummer (LANR) als auch eine Betriebsstättennummer (BSNR) angeben. Die neue Arztnummernsystematik hat in den Praxen viele Fragen aufgeworfen.

1 Muss ein neuer Praxisstempel angefertigt werden, in dem sowohl die BSNR als auch die LANR enthalten ist?

Nein, ein Praxisstempel mit der Betriebsstättennummer reicht aus.

2 Vertragsärzte können sich bei Urlaub oder Krankheit von Ärzten, die noch nicht oder nicht mehr niedergelassen sind, in der eigenen Praxis vertreten lassen. Unter welcher BSNR und LANR rechnet dieser Vertreter ab?

Der vertretene Arzt rechnet die Leistungen seines Vertreters ab. Der vertretene Arzt gibt daher seine BSNR und LANR an.

3 Unter welcher BSNR und LANR rechnet ein niedergelassener Arzt ab, der in seiner eigenen Praxis die offizielle Vertretung für einen Kollegen übernimmt?

Unter seiner eigenen BSNR und LANR auf einem Vertreterschein.

4 Unter welcher BSNR und LANR rechnet ein Weiterbildungsassistent ab?

Der weiterbildende Arzt rechnet die Leistungen des Weiterbildungsassistenten ab. Der weiterbildende Arzt gibt daher seine BSNR und LANR an.

5 Wir sind eine fach- und versorgungsbereichsgleiche Berufsausübungsgemeinschaft. Ist es zwingend notwendig, dass ein Rezept von dem Arzt unterschrieben wird, der dieses veranlasst

oder kann die Unterschrift auch der Kollege leisten?

Die Unterschrift kann auch von dem Arzt geleistet werden, der die Verordnung nicht veranlasst hat. Diese Regelung gilt jedoch nur für fach- und versorgungsbereichsgleiche Berufsausübungsgemeinschaften. Handelt es sich um eine fach- und versorgungsbereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft, muss der Arzt die Verordnung unterschreiben, dessen LANR auf dem Rezept steht.

6 Muss auf dem Rezept für die Anforderung des Sprechstundenbedarfs auch die LANR eingetragen werden?

Ein Rezept zur Anforderung von Sprechstundenbedarf muss wie alle anderen Rezepte gekennzeichnet werden – das heißt mit der BSNR sowie der LANR des Arztes, der unterschreibt (bei fach- und versorgungsbereichsgleichen Berufsausübungsgemeinschaft kann die LANR

einer der Ärzte eingetragen werden).

7 Wir sind eine Berufsausübungsgemeinschaft mit vier Ärzten und erbringen viele Laborleistungen, die von unseren Helferinnen in die EDV eingetragen werden. Ist es wirklich notwendig, dass alle Laborleistungen dem Arzt zugeordnet werden, der die Untersuchung veranlasst hat?

Ja, denn die Abrechnung wird in Zukunft arztbezogen zugeordnet - auch in Berufsausübungsgemeinschaften.

8 Erhalten Ärzte, die am organisierten Notfalldienst teilnehmen eine zusätzliche BSNR?

Nein. Die Ärzte, die am organisierten Notfalldienst teilnehmen, rechnen die Notfallleistungen unter ihrer eigenen BSNR ab. Die einzige Ausnahme bildet der kinderärztliche Notfalldienst am Krankenhaus. Hier bekommt jeder teilnehmende Kinderarzt eine zusätzliche Nebenbetriebsstättennummer.

9 Ich bin Orthopäde und führe ambulante Operationen in einem OP am Krankenhaus durch, für den ich jetzt eine Nebenbetriebsstättennummer erhalten habe. Unter welcher Nummer rechne ich die prä- und postoperativen Leistungen ab, die ich in meiner Praxis erbringe?

Die prä- und postoperativen Leistungen rechnen Sie unter Ihrer Hauptbetriebsstättennum-

mer, und nur die eigentlichen OP-Leistungen unter der Nebenbetriebsstättennummer am Krankenhaus ab. Bitte denken Sie auch an die Kennzeichnung mit der Nr. 88115, die sowohl bei den prä- und postoperativen sowie bei den eigentlichen OP-Leistungen jeweils einmal am Tag angegeben werden muss.

10 Wir sind eine fach- und versorgungsbereichsgleiche Berufsausübungsgemeinschaft aus 3 Ärzten und rechnen noch manuell ab. Wenn wir einen Patienten gemeinschaftlich versorgen, können wir unsere LANRs und BSNR auch in das Diagnosefeld eingeben?

Nein. In diesem Fall müssen entweder alle Leistungen mit den entsprechenden LANR und BSNR gekennzeichnet oder je Arzt ein Schein angelegt werden.

11 Ich bin ein manuell abrechnender Arzt und bekomme oft Überweisungsscheine, auf denen das Diagnosefeld von dem Überweiser vollgeschrieben ist. Ich kann somit in dieses Feld, wie eigentlich vorgesehen, weder meine BSNR noch meine LANR eintragen. Wo soll ich die Eintragung stattdessen vornehmen?

In diesem Fall haben Sie zwei Möglichkeiten: Entweder Sie tragen Ihre BSNR und LANR hinter jede abgerechnete EBM-Nummer ein, oder Sie stellen einen zweiten Überweisungsschein aus, auf dem Sie in den Diagnosezeilen Ihre BSNR und

LANR eintragen. Sollten Sie sich für Letzteres entscheiden, beachten Sie bitte, dass Sie im Stammdatenfeld des zweiten Scheines die Daten der Krankenversichertenkarte des Patienten eintragen (mindestens aber Vertragskassennummer, Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum des Versicherten, Krankenversichertennummer und Quartal).

12 Ich behandle einen Patienten, der über den Tarif „TK-Privat Praxis“ versichert ist. Nach dem Tarif soll ich meine ärztlichen Leistungen privat in Rechnung stellen, aber Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den üblichen Vordrucken verordnen. Wie kann ich in der Praxis-Software einen „Kassenfall“ anlegen, um diese Vordrucke auszustellen, ohne dabei Leistungen abzurechnen?

Legen Sie für die entsprechenden Patienten einen normalen Abrechnungsschein an und rechnen Sie die Codiernummer 88190 ab. Durch diese Codierung hat der Schein keinen Wert für die Abrechnung, verursacht aber einen „Fall“, für den Sie Verordnungen auf den üblichen Vordrucken ausstellen können. Dieser „Fall“ wird auch im Rahmen der Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfung mitgezählt, sodass Sie diesbezüglich keine Benachteiligung erfahren. Diese Codierziffer gilt auch für vergleichbare Tarife anderer Kassen.

Bewertung für neue Kassenleistungen

Hautkrebsscreening - Inkrafttreten 1. Juli 2008

Zum 1. Juli 2008 hat der Bewertungsausschuss das zum selben Tag in Kraft tretende Hautkrebsscreening mit einer Bewertung versehen. Über die Höhe des Punktwertes muss mit den Krankenkassen in Hamburg noch verhandelt werden – mit

Ausnahme der AOK, die bereits zugesagt hat, 4,87 Cent zahlen zu wollen. Weiter wurde mit der AOK Einigung darüber erzielt, dass das Hautkrebsscreening bei Versicherten der AOK ab dem vollendeten 18. Lebensjahr durchgeführt und abgerechnet werden kann. Das Hautkrebsscreening dürfen Haut- und Hausärzte abrechnen, wenn sie

hierfür eine Genehmigung der KV erhalten haben. Voraussetzung für die Genehmigung ist die Absolvierung einer speziellen Fortbildung, die zum Beispiel von der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg (Tel. 227288-19) angeboten wird. Hier eine Übersicht über die abzurechnenden EBM-Nummern und ihre Bewertungen:

EBM-Nr.	Bewertung	Inhalt	Möglich für
01745	605	Früherkennung auf Hautkrebs (...)	Haus- und Hautärzte
01746	480	Zuschlag zur Gesundheitsuntersuchung (EBM-Nr. 01732) für die Früherkennung auf Hautkrebs	Hausärzte
10343	385	Exzision (Körperstamm oder Extremitäten)	Hautärzte
10344	695	Exzision (Kopf, Gesicht oder Hände)	Hautärzte

U 7a - Inkrafttreten 1. Juli 2008

Auch die neue Früherkennungs-Untersuchung für Kinder zwi-

schen dem 34. und 36. Lebensmonat (U 7a) ist nun bewertet. Eine endgültige Festlegung des Punktwertes mit den Hamburger Krankenkassen konnte noch nicht

getroffen werden – auch hier mit Ausnahme der AOK, die auch diese Präventions-Leistung mit 4,87 Cent vergütet wird. Die U 7a wird folgendermaßen abgerechnet:

EBM-Nr.	Bewertung	Inhalt
01723	790	Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U 7a)

Korrektur: Hautkrebs-Screening nur jedes zweite Jahr

Einer Tabelle im KVH-Journal (2/2008, Seite 13) war zu entnehmen, dass Erwachsene ab 35 Jahren jährlich Anspruch

auf eine Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung haben. Das ist falsch. Erwachsene ab 35 Jahren haben nur

jedes zweite Jahr Anspruch auf eine solche Untersuchung. Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.



Gute Noten von der QEP-Visitorin: Die radiologische Praxis Hoheluft

100. QEP-Zertifizierung

Die deutschlandweit 100. Zertifizierung nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP hat in Hamburg stattgefunden. Am 4. Juli 2008 begutachtete die Visitorin Christiane Hoops (rechts im Bild) die radiologische Gemeinschaftspraxis

Hoheluft. Dr. Thomas Graf von Rothenburg (links), Dr. Hans-Wolfram Christl und die Qualitätsmanagementbeauftragte der Praxis, Sünje Jasper, standen der Visitorin einen Vormittag lang Rede und Antwort. Die radiologische Praxis Hoheluft

erfüllte 224 von insgesamt 228 QEP-Kriterien. Für eine Zertifizierung müssen 209 erfolgreich umgesetzt worden sein. „Das war viel Arbeit“, so Rothenburg. „Ich denke aber, die Zertifizierung wird früher oder später ohnehin Pflicht.“

Gefährdung durch Stichverletzungen

■ Verletzungssichere Instrumente für Praxen obligatorisch

Seit August 2006 sollen Mitarbeiter im Gesundheitswesen besser vor den Folgen von Nadelstichverletzungen geschützt werden. Mit der Novelle der Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250 wurde der Einsatz so genannter sicherer Instrumente (Kanülen, Blut Lanzetten etc) für bestimmte Arbeitsbereiche verbindlich geregelt. Die strengeren Schutzvorschriften gelten auch für Arztpraxen. Tätigkeiten, bei denen „Körperflüssigkeiten in

infektionsrelevanter Menge übertragen werden können“, müssen demnach mit verletzungssicheren Instrumenten durchgeführt werden. Als Regelbeispiel nennt die TRBA 250 hier die Blutentnahme und „andere Punktionen zur Entnahme von Körperflüssigkeiten“. Die Verwendung von Instrumenten ohne Schutzvorrichtung ist nur zulässig, wenn eine Infektion mit einer blutübertragbaren Krankheit sicher ausgeschlossen werden kann – was praktisch nie

der Fall ist. Die TRBA und die textidentische Berufsgenossenschaftliche Regel BGR 250 gelten für abhängig Beschäftigte. Praxisinhaber müssen nicht selbst mit sicheren Instrumenten arbeiten. Sie müssen aber ihre Angestellten schützen. Die Barmer-Ersatzkasse hat mitgeteilt, dass die über den Sprechstundenbedarf beziehbaren Einmalinfusionskanülen auch als sichere Instrumente angefordert werden können.

Das Machbare umsetzen

■ Beim AOK-Hausarztvertrag zogen KV Hamburg und Hausarztverbände an einem Strang. Zwei Erfahrungsberichte.

Im Bereich der Hausarztverträge gibt es eine natürliche Konkurrenz zwischen Hausarztverbänden und der KV, was in anderen Bundesländern bereits zu offenen Auseinandersetzungen geführt hat. In Hamburg wollten wir eine solche Situation vermeiden. Wären wir hier uneinheitlich aufgetreten, hätte das lediglich den Kassen genützt, die, was Hausarztverträge angeht, ohnehin sehr zurückhaltend waren. Anfang des Jahres bot die AOK den Hamburger Hausärzten einen Vertrag an, der sich an einem bereits bestehenden Hausarztvertrag in Nordrhein orientierte. Anders als in Baden-Württemberg sollte nicht die Gesamtvergütung bereinigt, sondern hausärztliche Leistung zusätzlich bezahlt werden.

KV und hausärztliche Berufsverbände haben diese Verhandlungen gemeinsam geführt. Jeder konnte seine eigenen Kompetenzen einbringen. Die KV-Vertreter sind erfahren im Vertragsgeschäft und haben die Verhandlungen organisiert. Ich

habe die Sicht aus der Praxis einbringen können. Die AOK wollte beispielsweise durchsetzen, dass die teilnehmenden Hausärzte sechs Mal pro Jahr an Qualitätszirkeln teilnehmen müssen. Das wäre ein Unding gewesen. Kaum ein Kollege würde wegen dieses Hausarztvertrages an zusätzlichen Qualitätszirkeln teilnehmen, die er nicht ohnehin für die DMP-Teilnahme absol-



Michael Klemperer

vieren muss. Auch eine von der AOK geforderte telefonische Erreichbarkeit der Praxen über die Mittagszeit hätte übermäßigen Aufwand erfordert. Jetzt bleibt es in Hamburg beim „kleinen Notdienst“. Solche Beispiele zeigen, wie wichtig es ist, dass auch in der Praxis tätige Ärzte mit am Verhandlungstisch sitzen.

Die AOK hat hart verhandelt. Zwar sind die Kassen gehalten, flächendeckend Hausarztverträge abzuschließen, jedoch stehen weder ein Zeitrahmen noch eine Schiedsfähigkeit im Gesetz. Die Druckmittel, die den Ärztever-

tretern in den Vertragsverhandlungen zur Verfügung stehen, sind also begrenzt. Man kann höchstens sagen: „So nicht. Wir schließen den Vertrag nicht ab.“ Das wär's dann aber auch gewesen, denn bei Zusatzverträgen gibt es kein Schiedsamt.

KV und hausärztliche Berufsverbände haben in den Verhandlungen für die Ärzte herausgeholt, was herauszuholen war, da die Kassen angesichts des Gesundheitsfonds derzeit keinerlei Risiken eingehen. Völlig zufrieden sind wir nicht, und wir können die Kollegen verstehen, die sagen: „Ich hätte für das, was ich leiste, sehr viel mehr verdient.“ Natürlich kämpfen wir weiter für besseres Honorar, aber wir dürfen darüber nicht vergessen, das Machbare umzusetzen.

Der AOK-Hausarztvertrag bietet den teilnehmenden Ärzten eine Betreuungspauschale von vier Euro (beziehungsweise acht Euro für DMP-Patienten) pro Quartal. In der Regelversorgung haben wir derzeit einen Fallwert von maximal 40 Euro pro Quartal – ohne Notdienst und ohne DMP. Die Betreuungspauschale von vier Prozent bedeutet also eine Steigerung von zehn Prozent. Ich habe in meiner Praxis 600 AOK-Patienten. Wenn sich die Hälfte von ihnen einschreibt, bekomme ich über 1000 Euro pro Quartal

Der Vertragstext im Internet: www.kvhh.de
→ amtliche Veröffentlichungen

zusätzlich. Das ist nicht die Welt – aber immerhin etwas. Außerdem konnten wir die zusätzliche Honorierung für einige jener Leistungen vereinbaren, die eine Steuerungsfunktion des Hausarztes stärken. Es gibt 81 Euro für persönliches Überleitungsmanagement aus dem Krankenhaus mit Dokumentation, 40 Euro ohne Dokumentation und immerhin noch 18 Euro für telefonisches Überleitungsmanagement. Das ist

eine finanzielle Anerkennung dessen, was Hausärzte als Lotsen im Gesundheitswesen ohnehin tun. Im Rahmen der Verhandlungen machte die AOK zudem Zugeständnisse bei einem gesonderten Vertrag zum Präventionsangebot für Kinder. Alle Kinder- und Jugendärzte und pädiatrisch qualifizierte Hausärzte können eine U 10 und eine U 11 abrechnen. Die Zusammenarbeit zwischen KV und den Hausarztverbänden war

fair und hat sich in diesem Falle durchaus bewährt. Das Prinzip Hausärzte verhandeln für Hausärzte sollte zu einer Tarifautonomie der Hausärzte ausgebaut werden. Dann könnten Differenzen zwischen KV und Berufsverbänden wie bei der Honorarverteilung bald der Vergangenheit angehören.

Michael Klemperer, Verhandlungsbeauftragter der hausärztlichen Berufsverbände

Ein Schritt auf dem richtigen Weg

Gutes Geld für gute Leistung – das ist eine berechtigte Forderung, die im vertragsärztlichen Bereich aber seit vielen Jahren durch Budgetierung und Pauschalierung konterkariert wird. Mit dem „Hausarztvertrag“, der in Hamburg mit der AOK Rheinland/Hamburg abgeschlossen werden konnte, wird das System wenigstens ein klein wenig vom Kopf auf die Füße gestellt. Pauschalierende Honorarelemente sind Häuserfassaden eines Potemkinschen Dorfes: Auf den ersten Blick scheinen sie das vertragsärztliche Leben zu vereinfachen und dem Arzt mehr Freiheit zu geben, auf den zweiten Blick schaffen sie deutlich mehr Probleme, als sie vorgeben, zu lösen:

- Ärztliche Tätigkeit ist nicht in jeder Praxis gleich – auch nicht in hausärztlichen Praxen. Schwerpunktbildungen gehen in Pauschalen aber unter.



Walter Plassmann

- Die Versorgungslast ist unterschiedlich auf die Praxen verteilt. Auch dies gilt in hausärztlichen Praxen in besonderem Maße. Die eine Praxis hat viele ältere, multimorbide Patienten, die andere ein jüngeres Klientel mit anderen Problemen und Wünschen. Diese Unterschiede lassen sich durch kein System nivellieren, sollten sich aber in der Honorierung abbilden. Pauschalen bewirken das glatte Gegenteil.
- Pauschalensysteme verschleiern die tatsächlich geleistete Arbeit der Ärzte. Wer

aber seine Leistungen nicht ausreichend nachweist, hat schlechte Karten bei neuerlichen Honorarforderungen.

- Pauschalen säen Misstrauen unter den Ärzten, da der Vorwurf, hinter den Pauschalen stünden höchst unterschiedliche Arbeitsaufwände, nicht entkräftet werden kann.

Deshalb sind die mit der AOK vereinbarten Honorare für Überleitungsmanagement und Hilfe bei der häuslichen Pflege durch Angehörige ein kleiner, aber wichtiger Schritt in ein Honorarsystem, das hausärztliche Versorgungsleistung wieder transparent und vor allem wieder lohnend macht. Wir müssen jetzt daran arbeiten, diesen Weg konsequent weiter zu gehen.

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg*

Hinweis auf amtliche Veröffentlichungen im Internet

Folgende Vereinbarungen und Verträge wurden im Internet veröffentlicht
(www.kvhh.de → Amtliche Veröffentlichungen):

Der 1. Nachtrag zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2008 - veröffentlicht am 23. Juni 2008

BIG Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin: Die KVH ist dem Vertrag zur Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 73c SGB V zwischen der BIG Gesundheit und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination - vertreten durch die KBV - beigetreten.

BIGprevent: Die KVH ist dem Vertrag zur präventionsorientierten Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zwischen der BIG Gesundheit und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination - vertreten durch die KBV - beigetreten.

BKK Arzt Privat: Die KVH ist dem BKK Arzt Privat-Rahmenvertrag beigetreten.

Aufhebung des Vorbehaltes - Der 16. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit dem BKK Landesverband Nord ist gültig. Im Internet wurde am 26. Juni 2008 der 16. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit dem BKK Landesverband Nord unter dem Vorbehalt der Beendigung des Unterschriftenverfahrens veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren ist nunmehr abgeschlossen und der Nachtrag hat seine Gültigkeit erlangt. Die Erklärungsfrist der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz war bei Drucklegung noch nicht abgelaufen.

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, Texte im Internet einzusehen, stellen wir Ihnen die gesuchten Dokumente auch gerne in Papierform zur Verfügung. Ansprechpartnerin: Käthe Schöppich Tel. 22 802-381

„Barmer-Hausarztvertrag“: Befreiung von der Kassengebühr entfällt

Im Vorgriff der Kündigung des „Hausarztvertrages“ der Barmer Ersatzkasse entfällt die teilweise Befreiung von der Kassengebühr für Versicherte, die am Hausarzt- und Hausapothekervertrag (HAAV) der BEK teilnehmen. Die BEK teilt mit, dass seit 1. Juli 2008 die Kassengebühr von teilnehmenden Versicherten wieder vollständig zu entrichten ist und die Abrechnungsnummer 80040 für den BEK-Hausarztvertrag seitdem nicht mehr zur Anwendung kommt.

Bundesamt für den Zivildienst, Postbeamten-Krankenkasse und die Wehrbereichsverwaltung übernehmen Diabetes mellitus Typ 1-Regelungen

Für Heilfürsorgeberechtigte im Zivildienst und Postbeamte der Mitgliedsgruppe A sind jetzt alle Schulungen, Pauschalen für Schulungsmaterial sowie die Betreuungspauschalen beim Diabetes mellitus Typ 1 über die KV Hamburg abrechenbar. Ebenso für Soldaten der Bundeswehr, sofern ein gültiger Überweisungsschein (San/Bw/0217) für die oben genannten Leistungen vorliegt. Die Rückäußerung von Bundespolizei, Behörde für Inneres sowie der Sozialbehörde stehen noch aus.

Hautvorsorgeverfahren: Widerruf des Beitritts der DAK

Die DAK, die sich bisher via Beitritt zum Hautvorsorge-Vertrag des AEV an den Leistungen zum Hautkrebs-Vorsorge-Verfahren (Abr.Ziffer 94500, 21 EUR, Versicherte ab dem 18. Lebensjahr) beteiligt hat, lässt diese Leistung im Zuge der Einführung der neuen EBM-Leistung ab dem 1. Juli 2008 nur noch für das III. Quartal gegen sich gelten. Aufgrund des Widerrufs der Beitrittserklärung dürfen Leistungen nach der Abrechnungsnummer 94500 nur noch bis zum 30. September 2008 abgerechnet werden.

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900

Erste Orientierungshilfe

■ KV Hamburg bietet spezielle Pharmakotherapieberatung für Neu-Niedergelassene an

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Prüfungen – die Regularien im vertragsärztlichen Bereich sind kompliziert und für Kollegen, die aus dem Krankenhaus kommen, nicht sofort zu durchschauen. Für den Alltag in der Praxis sind sie aber sehr wichtig. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg bieten allen Kollegen, die sich neu niederlassen, eine spezielle Pharmakotherapie-Beratung an. Sie wollen den Neu-Niedergelassenen dabei helfen, die Behandlung ihrer Patienten nach derzeitigem Stand der Erkenntnisse zu gewährleisten und gleichzeitig mit den Regeln im vertragsärztlichen Bereich zurechtzukommen. Außerdem erhalten die Neu-Niedergelassenen Ratschläge, wie man sich gegebenenfalls bei einer Über-

schreitungen der vorgegebenen Richtgrößen beziehungsweise Zielwerte verhält. Die Beratung ist individuell und bezogen auf die Fachgruppe, in der die Kollegen ihre Arbeit aufnehmen wollen. Auch alle anderen Ärzte, die im vertragsärztlichen

Bereich arbeiten, sind in der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg nach wie vor willkommen.

Terminvereinbarung:

Maïke Kordys Tel: 22802-572

Gitta Miotk Tel: 22802-571



Die Pharmakotherapieberater der KV Hamburg: Dr. Klaus Voelker (links) und Dr. Hartmut Horst

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten: Leistungen im Arzneimittelbereich werden an GKV angepasst

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) wird zum 1. September 2008 die Regelungen zu Arzneimitteln mit Festbetrag und zur Zuzahlungsbefreiung übernehmen. Ab diesem Zeitpunkt ist für verordnete Arzneimittel mit Festbetrag nur noch der Fest-

betrag erstattungsfähig. Gleichzeitig werden die Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung von Arzneimitteln übernommen. Somit gelten ab diesem Zeitpunkt auch für diesen Versichertenkreis grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie für Versicherte der gesetzlichen

Krankenkassen. Die KVB bittet die Vertragsärzte, Mitgliedern der KVB und deren mitversicherten Angehörigen soweit möglich nur noch Arzneimittel zu verordnen, deren Apothekenabgabepreis unterhalb des Festbetrages liegt oder die zuzahlungsbefreit sind.

Verordnungsfähigkeit von arzneiähnlichen Medizinprodukten

■ G-BA definiert anhand einer Positivliste, welche Produkte erstattungsfähig sind

Seit Juli 2008 sind nur jene arzneimittelähnlichen Medizinprodukte verordnungsfähig, die vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in die Anlage 12 der Arzneimittelrichtlinien aufgenommen wurden. Die Anlage 12 ist eine Art Positivliste, in der Produkte aufgeführt sind, die in medizinisch notwendigen Fällen ausnahmsweise zu Lasten der

Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Voraussetzung dafür, dass ein arzneiähnliches Medizinprodukt in die Liste aufgenommen wird, ist, dass der Hersteller einen entsprechenden Antrag stellt (siehe www.g-ba.de)

Medizinprodukte, die als Verbandmittel, Hilfsmittel (gelis-

tet im Hilfsmittelkatalog) oder Harn - oder Blut-Teststreifen gelten, sind von dieser Regelung nicht betroffen und sind unverändert verordnungsfähig. Allerdings gilt auch für diese Verordnungen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

*Ansprechpartnerin:
Regina Lilje Tel: 22802-498*

Ab 1. Juli 2008 verordnungsfähige arzneiähnliche Medizinprodukte (Anlage 12)

EtoPril® - Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall. Unbefristet verordnungsfähig.

Jacutin® Pedicul Fluid - Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall. Unbefristet verordnungsfähig.

Macrogol dura® - Für Erwachsene zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation. Bis 12. Mai 2011 verordnungsfähig.

Medicoforum Laxativ - Für Erwachsene zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase; für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation. Bis 12. Mai 2011 verordnungsfähig.

Nyda® L - Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall. Unbefristet verordnungsfähig.



Notfalldienst: Umstellung verläuft problemlos

Der reformierte Notfalldienst hatte einen guten Start. Auch Ärzte, die der Reform skeptisch gegenüber standen, gaben den KV-Mitarbeitern bislang fast ausschließlich positives Feedback: Die neuen Autos seien gut ausgestattet, die Zusammenarbeit mit den Rettungs-

dienstassistenten gestalte sich reibungslos und angenehm. Offenbar nutzen viele Notdienstärzte die Möglichkeit, sich von dem begleitenden Rettungsassistenten unterstützen zu lassen, betrauen ihn mit der Dokumentation oder nehmen ihn mit zu den Patienten. Eini-

ge Verbesserungsvorschläge, die nach den ersten praktischen Erfahrungen im Einsatz bei der KV eingingen, wurden aufgenommen und umgesetzt. Der fahrende Notfalldienst wird seit 1. Juli in Kooperation mit dem Rettungsdienstunternehmen G.A.R.D. durchgeführt.

Infomarkt: Hersteller und KV informierten über Praxis-EDV

Etwa 250 Vertragsärzte- und Psychotherapeuten besuchten am Samstag, den 14. Juni 2008, einen von der KV Hamburg organisierten Infomarkt zum Thema Praxis-EDV.

Anbieter von Praxisverwaltungssystemen und Kartenlesegeräten hatten im Ärztehaus Stände aufgebaut und informierten über ihre Produkte. Zum 1. Januar 2009 wird der Einsatz eines Praxisverwaltungssystems für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten obligatorisch. Praxisinhaber, die ein System neu einführen oder ihr System weiter ausbau-

en wollen, konnten sich an den Ständen in Ruhe umsehen. Die Mehrzahl der Anbieter sicherten der KV zu, ihre Produkte im Präsentationsraum der KV auf den aktuellsten Stand zu halten und auch die Neuheiten zur Verfügung zu stellen. Der Präsentationsraum ist eine Dauereinrichtung. Die KV bietet den Vertragsärzten- und Psychotherapeuten nach Vereinbarung eines Termins an, sich dort Geräte und Programme zeigen zu lassen. Vorkenntnisse sind nicht nötig.

*Ansprechpartnerin:
Petra Schulte Tel. 22802-497*

Selbstverpflichtung von Asklepios-MVZ

Die Asklepios MVZ Nord GmbH hat am 18. Juni eine öffentliche Selbstverpflichtung abgegeben. Die Tochtergesellschaft des Klinik Konzerns Asklepios sicherte der KV Hamburg zu, die Gründung von MVZ so vorzunehmen, dass eine wohnortnahe Versorgung der Patienten sichergestellt und das medizinische Angebot erhalten oder sogar ausgebaut wird. Die Verlegung von Arztsitzen aus einem Stadtbezirk in einen anderen soll vermieden werden.

Für Sie in der Kreisversammlung

Dr. Jürgen Volkmer (Obmann Kreis 3)



Geb. Datum: 30.5.1944

Familienstand: verheiratet,
drei Kinder

Fachrichtung: hausärztlicher Internist

Weitere Ämter: Vorstandsmitglied im Verein haus-
ärztlicher Internisten, Mitglied im
Finanzausschuss der KV

Hobbys: Malen (Aquarelle), Skilaufen und
andere Sportarten, viel lesen neben
der Fachliteratur

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne
voranbringen?**

Kampf gegen die Institutionalisierung des freien
Arztberufs und der Patienten, zum Beispiel durch
MVZ und Politik

**Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem
in 10 Jahren?**

Aufgrund der bisherigen Entwicklung und Macht-
losigkeit der Ärzte und KVen wird es leider eine zu-
nehmende Reglementierung der Ärzte und Kompe-
tenzminderung der KVen geben. Retten könnte uns
nur die Erkenntnis der Politiker, dass es durch die
bisherigen politischen Maßnahmen zu einer eklatan-
ten Verschlechterung der medizinischen Versorgung
kommen wird und bereits gekommen ist.

**Welchen Politiker würden Sie gerne einmal tref-
fen und was würden Sie ihn fragen?**

Keinen, weil es verschwendete Zeit ist.

**Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal
verwirklichen?**

Noch einmal 20 sein und einen anderen Beruf wählen
oder den jetzigen in einem anderen Land ausüben –
zum Beispiel in der Schweiz oder in Kanada

Dr. Ulrich Wendisch (Obmann Kreis 15)



Geb. Datum: 30.5.1944

Familienstand: verheiratet,
zwei Kinder

Fachrichtung: Innere Medizin

Weitere Ämter: Mitglied der Diabeteskommission der
KV Hamburg sowie Fachbeisitzer für
Innere Medizin, Diabetologie und Sig-
moido-Koloskopie der Ärztekammer.

Hobbys: Geschichte, Numismatik

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne
voranbringen?**

Ich wünsche mir eine gerechte Honorarverteilung;
eine leistungsgerechte Bezahlung; eine Bezah-
lung nach Qualität und nicht nach Zeit oder nach
Pauschalen; Verringerung der Bürokratie auf ein
Minimum und eine einheitliche Interessenvertre-
tung aller Ärzte, so dass die Verhandlungspartner
uns nicht gegeneinander ausspielen können

**Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem
in 10 Jahren?**

Die politisch erzwungene Vielfalt von Versorgungs-
strukturen wird es auch in 10 Jahren geben, diese
wird nur nichts besser gemacht haben, sondern
nur die Berater, Geschäftsführer und Juristen
reich. Es wird auch in 10 Jahren noch eine KV ge-
ben, weil diese das Know-how für die Abrechnung
hat und diese kostengünstig durchführt.

**Welchen Politiker würden Sie gerne einmal tref-
fen und was würden Sie ihn fragen?**

Keinen. Leere Sprechblasen sind mir zuwider.

**Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal
verwirklichen?**

Eine Reise in die Südsee

Hilfe für Ihre Patienten

Patientenberatung

...eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

040/22 802 650

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



Infocenter der KVH

...bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag!

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Telefon:
Telefax:
E-Mail:

040/22 802 900
040/22 802 885
infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag und Donnerstag
Mittwoch
Freitag

8.00 – 17.00 Uhr
8.00 – 12.30 Uhr
8.00 – 15.00 Uhr