

KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 1/2007



Was tun mit dieser Reform?

Gesundheitspolitik

Wie sich das WSG auf die Praxen auswirkt

Seite 4

Referendum

Was die Hamburger Mitglieder über ihre KV denken

Seite 8

Qualitätsmanagement

Warum die Organisation einer Praxis gelernt sein will

Seite 14

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

Bilder:
www.aboutpixel.de, Melanie Vollmert

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

Redaktionsschluss:
16. März 2007

Inhalt

Gesundheitspolitik

- Was bedeutet die Reform für Praxen? S.4
 „Wir waren nicht konsequent genug!“
 Interview mit Dr. Dirk Heinrich, dem Sprecher
 des Protestkomitees der niedergelassenen Ärzte
 KV Hamburg stellt sich dem Urteil der Mitglieder S.6
 S.8

Aus der Praxis für die Praxis

- Fragen und Antworten S.10
 Schnellübersicht: Behandlung von Patienten aus anderen
 EWR-Staaten oder der Schweiz S.13

Qualitätsmanagement

- Warum die Organisation einer Praxis gelernt sein will S.14

Qualitätssicherung

- Qualitäts-Anforderungen bei ambulanten OPs S.16
 Folgedokumentationen nicht vergessen! S.16

Rundschreiben

S.17

Abrechnung

- Abgabe der Abrechnungsunterlagen I. Quartal 2007 S.18
 Diagnostik vor stationären Operationen S.18

Brennpunkt Arznei

- Clopidogrel: Für wen? Wie viel? Wie lange? S.19
 BTM-Formulare im Internet erhältlich S.25

Telematik

- Durchschläge beim Blankoformularbedruckungs-Verfahren S.25
 Quartalsabrechnung auf CD S.25
 Überörtliche Gemeinschaftspraxis:
 Zentrale Datenverarbeitung notwendig S.26

Neue Versorgungsformen

- Neues Hausarztmodell für Hamburg S.27

Berliner Seiten

S.28

Forum

- Wohnungslose Patienten in der Praxis S.30
 Patientenberatung sucht Borreliose-Experten S.30
 Hotline für Opfer häuslicher Gewalt S.30

KV Intern

- Für Sie in der Vertreterversammlung S.31

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Das „WettbewerbsSchädigungsGesetz (WSG)“ ist vom Bundestag verabschiedet worden und wird zum 1. April in Kraft treten. Laut Koalitionsvertrag sahen CDU und SPD eine ihrer großen Herausforderungen darin, „die dauerhafte Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens durch stabile Finanzstrukturen zu sichern“. Ergebnis: Verschieben auf das Jahr 2009. Der Rest ist eine Ansammlung von Einzelmaßnahmen, die wahrscheinlich tröpfchenweise Eingang in den Praxisalltag finden. Eine Reihe von Sonderverträgen - Hausarztzentrierte und besondere ambulante ärztliche Versorgung, integrierte Versorgung - können die Kassen mit oder ohne KV schließen. Die KV wird für Verträge zur sinnvollen Verbesserung der Versorgung zur Verfügung stehen. Die Krankenhäuser können für hochspezialisierte Leistungen ambulante Versorgung anbieten, wenn die Krankenhausplanung zustimmt.

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bieten sich Ihnen neue Möglichkeiten der Praxisgestaltung. Die KV berät Sie, wenn Sie sich mit den Neuerungen vertraut machen wollen.

Dass Sie sich die KV als Ihren Partner wünschen, haben Sie mit dem Referendum der KBV ebenso ausgedrückt wie den Wunsch, dass KV sich weiterentwickeln soll. Eine Note „befriedigend“ reicht uns natürlich nicht. Wir werden uns darum kümmern.



Ihr

Dieter Bollmann



Was bedeutet die Reform für Praxen?

Nun ist sie da, die Gesundheitsreform. Und viele niedergelassene Ärzte fragen sich, wie sich das Gesetz auf ihre Arbeit auswirken wird. Die wichtigsten Weichenstellungen sind auf 2009 verschoben. Auf den Praxisalltag der niedergelassenen Ärzte werden daher zunächst nur einige Einzelaspekte durchschlagen:



Vier-Augen-Prinzip: Bei der Verordnung von hochinnovativen, etwa bio- oder gentechnologisch hergestellten, und besonders teuren Arzneimitteln muss der behandelnde Arzt künftig eine ärztliche Zweitmeinung von einem eigens dafür ausgewiesenen „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“ einholen. Für welche Arzneimittel das gelten soll und wer als „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“ arbeiten darf, soll der Bundesausschuss bis Juli festlegen.

Pharmastudien: Die umstrittenen Pharmastudien über die Wirkung bereits zugelassener Medikamente („Anwendungsbeobachtungen“) sollen künftig stärker kontrolliert werden. Die Pharmaunternehmen müssen melden, wie viel Honorar sie den Vertragsärzten für ihre Dienste bezahlen.

Wirtschaftlichkeitsprüfung: Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als fünf Prozent der Ärzte einer Fachrichtung durchgeführt werden. Verfahren müssen innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen sein.

Versichertenkarten: Die Kassen werden verpflichtet, dem Missbrauch von Versichertenkarten entgegenzuwirken.

Neue Wahltarife: Gesetzliche Krankenkassen können künftig Tarife mit Selbst-behalten oder Beitragsrückgewähr und vieles andere mehr anbieten. Möglich scheint hierbei auch zu sein, dass ganze Leistungsbereiche aus Tarifen herausgenommen werden.

Chronikerregel: Chronisch Kranke, die sich nicht „therapiegerecht“ verhalten, sollen mehr Zuzahlungen leisten. Dasselbe gilt für Patienten, die künftig die gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch nehmen und chronisch erkranken. Die ethisch problematische Aufgabe, ein Selbstverschulden der Patienten zu beurteilen, soll der behandelnde Arzt übernehmen. Entsprechende Richtlinien erarbeitet der Bundesausschuss.

Leistungen: Welche Schutzimpfungen zu Pflichtleistungen werden, muss der Bundesausschuss ebenfalls erst noch festlegen. Grundlage hierzu sind die Empfehlungen der „Ständigen Impfkommission“. Deshalb ist davon auszugehen, dass zunächst alle bestehenden STIKO-Impfungen übernommen werden. Vater-/Mutter-Kind-Kuren, die schmerzmedizinische Begleitung Sterbender und die geriatrische Rehabilitation können künftig bei allen Krankenkassen abgerechnet werden. Häusliche Krankenpflege wird auch in Wohngemeinschaften und betreuten Wohnformen verordnungsfähig. An den Folgekosten für Schönheits-Operationen und Tätowierungen hingegen sollen Patienten sich stärker selbst beteiligen.





Einige der in die Gesundheitsreform eingebauten Steuerungselemente machen deutlich, wohin die Reise gehen soll: weg von der frei zugänglichen, wohnortnahen Einzelpraxis und hin zur **Zentralisierung der ärztlichen Versorgung**. Die Gesetzlichen Krankenkassen müssen künftig Rabatte für Patienten anbieten, die an der integrierten Versorgung oder am Hausarztmodell teilnehmen. Auch die Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge ist bis Ende 2008 verlängert.

Diese Sonderversorgungsformen, deren Umfang und Ausbreitung keinerlei Grenzen gesetzt ist, können an der KV vorbei organisiert werden.

Die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser wird ausgeweitet. Krankenhäuser können künftig Patienten mit seltenen oder schweren Erkrankungen wie Aids, Mukoviszidose oder Krebs ambulant behandeln, wenn die Krankenhausbehörde zustimmt. Die Finanzierung läuft außerhalb des KV-Budgets.

Die einschneidenden Strukturreformen treten erst Anfang 2009 in Kraft. Weil dann bereits die nächste Bundestagswahl ins Haus steht, ist nicht sicher, ob das Reformpaket tatsächlich vollständig umgesetzt wird. Geplant ist, die Selbstverwaltung zurückzudrängen und das Gesundheitssystem staatsnäher zu machen.

Anfang 2009 soll ein **Gesundheitsfonds** eingerichtet werden, in den alle GKV-Beiträge fließen. Die Kassen verlieren ihre Beitragssatzhoheit, die Beitragssätze werden von der Regierung bestimmt. Aus dem Gesundheitsfonds bekommen die Kassen für jeden Versicherten den gleichen Betrag. Allerdings gibt es einen Finanzausgleich zwischen Kassen, der sich am unterschiedlichen Gesundheitszustand der Versicherten orientiert. Kommt eine Kasse mit dem Geld nicht aus, darf sie Zusatzbeiträge von bis zu einem Prozent des Bruttoeinkommens des Versicherten erheben.

Die **Gesetzlichen Krankenkassen** müssen noch in diesem Jahr einen neuen Spitzenverband gründen, der unter staatlicher Aufsicht steht und alle wichtigen Verträge auf Bundesebene mit Ärzten, Krankenhäusern und der Pharmaindustrie aushandelt. Künftig können Kassen auch über einzelne Kassenarten hinweg fusionieren.

Die **Private Krankenversicherung** wird ab 2009 umgebaut. Die Privaten Krankenkassen müssen einen Basistarif anbieten, dessen Leistungsumfang demjenigen der GKV entspricht. Wer freiwillig in der GKV oder bereits privat versichert ist, hat sechs Monate Zeit, in diesen Basistarif zu wechseln. Neukunden können in dieser Zeit den Anbieter wechseln und ihre Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs mitnehmen.

Versicherungspflicht: Ab 1. Januar 2009 besteht erstmals für alle deutschen Bürger die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen. Wer ohne Versicherung ist, kehrt in das System zurück, in dem er zuletzt versichert war. Für ehemals in der GKV Versicherte gilt die Versicherungspflicht ab April 2007. Ehemals in der PKV Versicherte müssen ab Juli 2007 wieder von der PKV aufgenommen werden.

Vertragsärztliche Gebührenordnung: Das neue Vergütungssystem sieht eine feste Bezahlung in Euro und Cent vor. Im gesamten Bundesgebiet soll es dann einheitliche, arztgruppenspezifische Honorare für Diagnosen und einige Einzelleistungen geben. Diese Pauschalen können an regionale Bedürfnisse angepasst werden; in unterversorgten Regionen bekommen die Ärzte einen Aufschlag.

Die Budgetierung wird gelockert, aber nicht vollständig aufgehoben. Die jährliche Gesamt-Honorarsumme ist gedeckelt, denn der Beitragssatz der Krankenkassen soll konstant bleiben. Auf Ebene der einzelnen Praxis gibt es eine Begrenzung: Ab einer bestimmten Leistungsmenge, die den Kosten einer Standardpraxis entspricht, werden die Arzthonorare abgestaffelt.

Das Morbiditätsrisiko geht von den Ärzten auf die Kassen über. Das heißt: Müssen Ärzte wegen des sich verändernden Krankheitszustandes der Versicherten mehr Leistungen erbringen

als erwartet, vergüten die Kassen dies zu den vorab bekannten Preisen. Insgesamt sollen die Vertragsärzte für ihre Leistungen ab 2009 besser honoriert werden.

Zuvor wird – mit Wirkung zum 1.1.2008 – der EBM auf eine stärkere Pauschalierung umgestellt. Noch früher, nämlich bereits zum 1.4.2007, sollen belegärztliche Leistungen gesondert honoriert werden, nämlich nach dem System der ambulanten Operationen, also außerhalb des Budgets, ohne Mengenbegrenzung und mit einem festen Punktwert.

Alle grundsätzlichen Regelungen zur Umstellung der ärztlichen Honorierung nimmt der Bewertungsausschuss vor. Inwieweit dann noch Handlungsspielräume für die regionale KV bleibt, ist noch nicht abzusehen. Bislang steht lediglich fest, daß die KV nach wie vor die Möglichkeit hat, in Sonderverträgen mit den Krankenkassen eine Honorierung außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zu vereinbaren.



Dr. Dirk Heinrich ist Sprecher des Protestkomitees der niedergelassenen Ärzte. Ende März wurde er zum Sprecher des beratenden Fachausschusses Fachärzte gewählt. Foto: Melanie Vollmert

„Wir waren nicht konsequent genug!“

Sind die Ärzte der Verschlechterung ihrer Arbeitssituation hilflos ausgeliefert? Dr. Dirk Heinrich über die ethische Vertretbarkeit zeitweiliger Praxisschließungen, die Rolle der KV und die ärztliche Versorgung in sozialen Brennpunkten.

KVH: Viele Hamburger Ärzte haben ihre Praxen geschlossen, um die Gesundheitsreform zu verhindern. Waren die Proteste vergebens?

Heinrich: Die Proteste haben dazu geführt, dass die Regierung einige ihrer Vorhaben aufgegeben oder verändert hat. Es wird keine vollständige Abschaffung regionaler Komponenten geben. Auch der Umbau der Privatkassen wird nicht so radikal umgesetzt wie ursprünglich vorgesehen. Aber man muss auch deutlich sagen: Die wichtigsten Ziele haben wir nicht erreicht. Wir konnten die Reform nicht verhindern. Der Marsch in Richtung Staatsmedizin wird fortgesetzt, die 30prozentige Unterfinanzierung des Systems bleibt bestehen.

KVH: Hätte man mehr erreichen können?

Heinrich: Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat mir in einem Gespräch gesagt: „Solange 50 Prozent

der Ärzte zur Arbeit gehen, sind mir die Proteste egal.“ Offenbar war die Beteiligung noch immer nicht hoch genug, um eine politische Schmerzgrenze zu erreichen. Die französischen Ärzte haben es vorgemacht: Sie ließen sich nicht auseinanderdividieren und machten einige Wochen lang ihre Praxen zu. Und die Regierung knickte ein.

KVH: Solche Aktionen gehen zu Lasten der Patienten. Ist das ethisch vertretbar?

Heinrich: Es ist immer schwierig, zwischen dem ärztlichen Ethos und den wirtschaftlichen Notwendigkeiten abzuwägen. Doch wir sind nun mal Ärzte und arbeiten mit Patienten. Und wie sonst sollten wir unseren Protest artikulieren als im Zusammenhang mit unserer Arbeit? Es gibt für uns keine Protestform, die den Normalbetrieb weiterlaufen lässt und dennoch Aussicht auf Erfolg hat. Im Übrigen ist diese Debatte ja nicht neu. Schon in

den 30er Jahren gab es in Deutschland Kämpfe um eine gerechte Bezahlung der niedergelassenen Ärzte. Sie hatten Erfolg, weil die Ärzte hart blieben und sagten: „Erfüllt unsere Forderungen, sonst behandeln wir nicht.“

Heute stehen wir vor der Situation, dass der Staat seinen Teil des Versorgungsvertrages nicht mehr einhält. Er verweigert uns die uns zustehende Vergütung. Es war und ist richtig, dagegen zu protestieren. Wir hätten noch sehr viel konsequenter vorgehen müssen, doch dazu waren die Ärzte noch nicht bereit. Aber das wird kommen, das sage ich Ihnen voraus.

KVH: Welche Rolle kann die KV bei solchen Protesten spielen?

Heinrich: Natürlich kann die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts nicht die Rolle des Streikführers übernehmen. Aber sie kann, wie es im vergangenen Jahr ja auch geschehen ist, die Proteste mit ihrem Informationsnetzwerk, ihrer Logistik

und ihrer organisatorischen Kompetenz unterstützen. Die Organisation von Notdiensten während der Praxisschließungen beispielsweise war unabdingbare Voraussetzung dafür, dass wir diese Protestform einsetzen konnten.

KVH: Dennoch werfen die Mitglieder ihrer KV zu geringes politisches Durchsetzungsvermögen vor. Teile der Medien und der Öffentlichkeit hingegen kritisieren die KV als Machtkartell. Wie lässt sich diese völlig gegensätzliche Wahrnehmung erklären?

„Wir haben Patienten, die sagen: Danke für die Überweisung, aber ich kann mir keine Fahrkarte in die Innenstadt leisten.“

Heinrich: Die Diskreditierung der KV als Machtkartell und die Forderung ihrer Abschaffung ist durchaus interessegeleitet: Es geht darum, die Ärzteschaft zu desorganisieren. Im von der KV hinterlassenen Leerraum würden Berufsverbände und andere ärztliche Einzelgruppen nur noch ihre Partikularinteressen vertreten. Von diesem Chaos profitieren würden die jeweiligen Verhandlungspartner, also Regierung und Kassen. Sie hätten dann leichteres Spiel mit uns.

Das ist eine Sache, die man den Kollegen immer wieder klar machen muss: Die KV ist eine Errungenschaft, die wir verteidigen müssen. Die Aufgabe, eine gerechte Honorarverteilung vorzunehmen, kann nur eine Institution erfüllen, an der alle gleichermaßen beteiligt sind. Damit stellt die KV auch eine organisatorische Einigkeit her, die uns politisch schlagkräftiger macht. Ihre Auflösung wäre ein Rückfall in die Zeit vor 1931.

KVH: Welche Auswirkung wird die Gesundheitsreform auf die finanzielle Situation der niedergelassenen Ärzte haben?

Heinrich: Die finanzielle Situation wird sich weiter verschlechtern. Die neue Euro-Gebührenordnung ist eine Mogelpackung. Es wird eine Gesamtvergütungsobergrenze und Regelleistungsvolumina geben; die

Budgetierung wird also nur versteckt, nicht aufgehoben. An der strukturellen Unterfinanzierung des GKV-Systems ändert sich nichts. Die niedergelassenen Ärzte bleiben auf Quersubventionierung durch Privathonorare angewiesen.

In diesem Zusammenhang muss man auch die aktuelle Diskussion um eine Benachteiligung von Kassenpatienten sehen. Das sind Vorboten einer massiven Fehlentwicklung, denn es wird sich auch durch gutes Zureden und strenge Appelle nicht verhindern lassen, dass die Ärzte ihre Leistungen an das vorhandene Honorar anpassen.

Und zwar nicht aus bösem Willen, sondern aus wirtschaftlicher Notwendigkeit. Es wird weniger Termine geben, weniger Sprechzeiten. Die Ärzte werden nicht mehr 50 Stunden pro Woche für das GKV System arbeiten, sondern vielleicht nur noch 38. Sie werden sich in der verbleibenden Zeit auf die Behandlung von Privatpatienten und auf die Erbringung anderer Leistungen konzentrieren müssen, die zusätzliches Geld für den Erhalt der Praxis bringen.

KVH: Aber auch die Private Krankenversicherung wird umgebaut...

Heinrich: Im Grunde hätte die Gesundheitsministerin die Private Krankenversicherung gerne abgeschafft. Das war nicht durchsetzbar. Nun wird ein unterfinanzierter Basistarif eingeführt, der die Beiträge für die anderen Privatversicherten steigen lässt. Einige werden sich das nicht mehr leisten können und ebenfalls in den Basistarif wechseln. Das führt zu einer schleichenden Erosion der Privaten Krankenversicherung. Die Privathonorare für niedergelassene Ärzte werden zunächst mal um 25 Prozent, dann um 30, 40 und mehr Prozent sinken. Dann wird es eng für viele Praxen. Was es für eine Praxis bedeutet, alleine auf Kassenpatienten angewiesen zu sein, können Sie bereits heute in den sozialen Brennpunkten sehen. Dort zu

praktizieren, ist riskant. Die Banken geben Ihnen keine Kredite mehr, Sie finden keine Nachfolger und bleiben auf Ihren Investitionen sitzen.

KVH: Liegt Ihre Praxis in einer solchen Gegend?

Heinrich: Sie liegt in Hamburg-Horn. Das ist ein sozialer Brennpunkt. In den vergangenen Jahren sind bereits viele benachbarte Facharztpraxen abgewandert. Deren Patienten kommen nun zu uns. Es ist kaum zu leugnen, dass die medizinische Versorgung in den ärmeren Stadtteilen schlechter wird.

KVH: Müssen Patienten ihre Ärzte denn immer vor der Haustüre haben? Ist es nicht zumutbar, zum Röntgen mit der U-Bahn in die Innenstadt zu fahren?

Heinrich: Wir haben Patienten, die uns sagen: „Vielen Dank für die Überweisung, aber mein Hartz-IV-Geld ist aufgebraucht und ich kann mir erst nächsten Monat wieder eine Fahrkarte leisten.“ Auch alte Leute oder Eltern mit Kindern kann man nicht quer durch die ganze Stadt schicken.

KVH: Was könnte man tun? Die Zuweisungen an bestimmte Stadtbezirke binden?

Heinrich: Nein, das würde sofort zu einem Exodus der verbliebenen Praxen führen. Es gibt auf regionaler Ebene keine Lösung für dieses Problem. Wir müssen die strukturelle Unterfinanzierung des GKV-Systems überwinden. Als früher noch eine normale Vergütung für Kassenpatienten zur Verfügung stand, konnte man eine Praxis in Wilhelmsburg ebenso wirtschaftlich führen wie eine Praxis in Ottensen. Natürlich verdienten die Ärzte in Ottensen mehr, weil sie mehr Privatpatienten hatten. Aber der Unterschied war nicht so dramatisch, als dass die Ärzte aus Wilhelmsburg in die besseren Stadtteile abgewandert wären. Dies hat sich fundamental geändert.

mn

KV Hamburg stellt sich dem Urteil der Mitglieder

Die Hamburger Vertragsärzte stehen zu ihrer Organisation, fordern aber eine Weiterentwicklung. Das zeigt die lokale Auswertung des KBV-Referendums.

Es war wie in der Schule: Zum Ersten Mal bekamen die KVen in Deutschland Noten von ihren Mitgliedern. Und die Nervosität unter den „Schülern“ war durchaus ähnlich wie zu Schulzeiten.

Als die Noten auf dem Tisch lagen, waren KBV und KVen aber ganz zufrieden. Das KV-System wird von der weit überwiegenden Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten nach wie vor als „System der Wahl“ angesehen, aber der Ruf nach Weiterentwicklung der Strukturen ist nicht zu überhören.

Die KV Hamburg lag im Mittelfeld der Ergebnisse: Eigentlich sind unsere Mitglieder ganz zufrieden mit uns, aber Zeit zum Ausruhen bleibt nicht.

Kompliziertes Projekt

Ganz unumstritten war das „KBV-Referendum“ im Vorfeld nicht. Es hatte methodische Vorbehalte gegeben, Sorgen um schwer zu beantwortende oder missverständliche Fragen, die ein verfälschtes Ergebnis befürchten ließen. Schließlich war es das erste Mal, dass sich das KV-System so intensiv auf den Mitglieder-Prüfstand stellte – und das System ist ja nun alles andere als

einfach strukturiert, so dass es auch keine „einfachen Antworten“ gab.

Die KBV wollte diesen Problemen mit „Masse“ begegnen. 20.032 Ärzte und Psychotherapeuten wurden befragt; damit diese Zahl zustande kam, mussten 37.294 Anrufe in Praxen getätigt werden, denn nicht jeder Angesprochene war bereit, Auskunft zu geben oder wurde angetroffen. So entstand die größte Ärztebefragung, die es jemals auf der Welt gegeben hat.

Aussagekräftige Ergebnisse

Das Meinungsforschungsinstitut infas, das diesen Mammutauftrag abzuarbeiten hatte, war denn auch mit den Ergebnissen zufrieden. Die Repräsentativität sei in allen Belangen gewahrt worden, die Ergebnisse aussagekräftig.

Man kann diese Ergebnisse natürlich von mehreren Seiten interpretieren – kein Bereich eignet sich hierfür so gut wie die Statistik. Nehmen wir die Frage, ob das KV-System als unverzichtbar angesehen werde.

Da kann man angesichts der zumindest lautstarken „Anti-KV-Welle“

der vergangenen Jahre schon überrascht sein, dass 73 Prozent der Meinung sind, dass es keine Alternative gäbe. Auf der anderen Seite sind 28 Prozent Skeptiker keine zu vernachlässigende Größe – was interessierte Kreise natürlich sofort als Wasser auf ihre Anti-KV-Mühlen ansahen.

Gleichwohl: Angesichts der Tatsache, dass es für viele Politiker und ärztliche Berufspolitiker (vor allem außerhalb des KV-Systems) gar keine Frage mehr war, dass die KV abgeschafft gehört, sondern eigentlich nur noch, wann und zu wessen Gunsten, wird man das Referendum-Ergebnis schon als positiv für das System bewerten können.

Grundsätzlich ergab sich, dass Frauen die KV positiver einschätzen als Männer, länger niedergelassene KV-Mitglieder besser als frisch niedergelassene, Mitglieder in den Ost-KVen deutlich positiver als im Westen und Psychotherapeuten positiver als Ärzte.

Ein Fazit lautet also: Wer noch bis vor Kurzem ohne KV im Gesundheitssystem auskommen musste, ist heilfroh, dass es sie gibt. Je länger diese Erinnerung zurückliegt und je heftiger die KV bei jungen Ärzten und Psychotherapeuten eher das Gefühl von Alldruck erzeugt denn die Hoffnung auf Hilfe und Unterstützung, um so skeptischer wird der Blick.

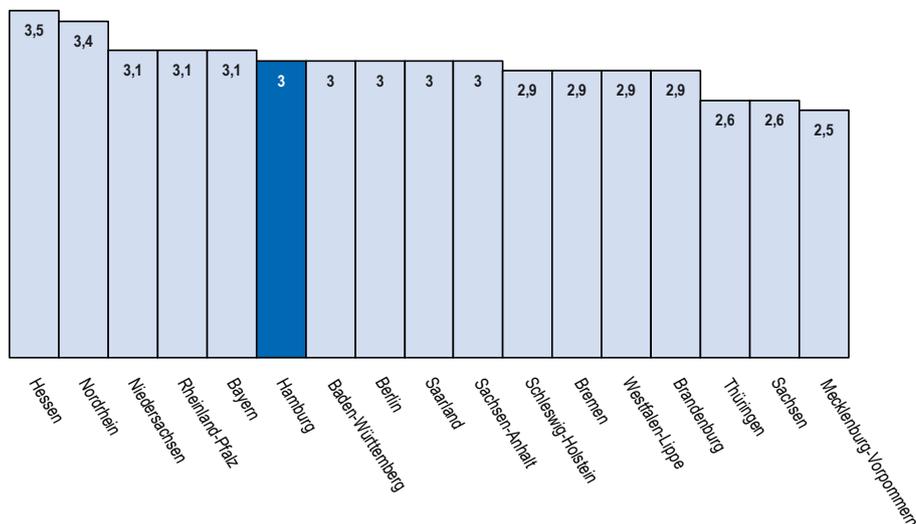
Neue Transparenz

Kein Wunder also, dass die Ost-KVen im bundesweiten „KV-Ranking“ am besten abschneiden – wer dem System grundsätzlich positiver gegenübersteht, überträgt diese Einschätzung auch auf den System-Präsidenten.

Übrigens darf es durchaus als (weitgehend unbeachtet gebliebene) Sensation gewertet werden, dass dieses Ranking überhaupt von der KBV veröffentlicht werden konnte. Die KBV war überrascht, als sie feststellte, dass diese Veröffentlichung von den KVen (noch bevor diese die Daten kannten!) befürwortet wurde. Diese Form der Transparenz im KV-System ist völlig

Gesamtzufriedenheit mit der Aufgabenerfüllung der regionalen KV

(Beurteilung in Schulnoten zwischen 1 bis 6)



neu und zeigt schon sehr deutlich, mit welcher Geschwindigkeit der Veränderungsprozess abläuft.

Großer Schritt

Die Ergebnisse für Hamburg sind nicht überragend, aber zufriedenstellend. Die Mitglieder gaben uns die Note „befriedigend“ (3,0 im Schulnoten-Schema), was den KV-Vorstand natürlich durchaus nicht befriedigt. Allerdings ist auch festzustellen, dass die von unseren Mitgliedern erkannten Schwachstellen genau diejenigen sind, die der Vorstand bereits als verbesserungswürdig eingeschätzt hatte. So stimmen die Analysen schon mal überein:

- Die Abrechnung wird zwar als intransparent eingestuft (nur 83 Prozent fühlen sich „genau“ oder „einigermassen“ informiert), aber nicht angezweifelt (mit Note 2,8 für die „Zuverlässigkeit“ liegt Hamburg fast auf KV-Durchschnitt). In der Tat hatten wir – vor allem im Zeitraum der Umfrage – erhebliche Probleme, die pRVV-Zahlen wie zugesagt vor dem jeweiligen Quartal mitzuteilen. Das ist mittlerweile durch interne Umstrukturierungs- und Erweiterungsmaßnahmen abgestellt, die pRVV werden (bis auf einzelne Sonderfälle) vor dem jeweiligen Quartal berechnet und mitgeteilt.

- Diese Vorbehalte beziehen sich auch auf die Honorarverteilung als solche, denn nach welchen Regeln sie funktioniert, wird kaum noch verstanden. Nun wird es zwar in Zeiten vollkommen unzureichender Finanzmittel immer problematisch sein, eine von jedem als gerecht und nachvollziehbar beurteilte Honorarverteilung zu konstruieren, doch ist zu konzedieren, dass es noch größerer Anstrengungen

bedarf, die Verteilungsregeln und ergebnisse zu erläutern. Dies haben wir mit der schrittweisen Überarbeitung des Honorarbescheides begonnen, müssen hierbei aber noch nachlegen.

- Unzufrieden ist der KV-Vorstand mit seiner Note für den Bereich Service (2,9 und damit leicht über Bundesdurchschnitt). Für dieses Ziel liegt die interne Messlatte deutlich höher. Mit der Einrichtung unseres „Info-Centers“ (das zum Zeitpunkt der Umfrage gerade erst installiert war) hoffen wir, einen großen Schritt getan zu haben, weitere interne Maßnahmen sind eingeleitet.

Auf diese Weise erwarten wir, auf dem Weg zur „Service-KV“ deutlich voran zu kommen.

- Die schlechtesten Noten für alle KVen gab es bei der Beurteilung der politischen Interessensvertretung (4,0 in Hamburg, leicht unter Durchschnitt). Dies ist verständlich, denn die Politik hat erfolgreich dafür gesorgt, die KVen als politikunfähig, chaotisch

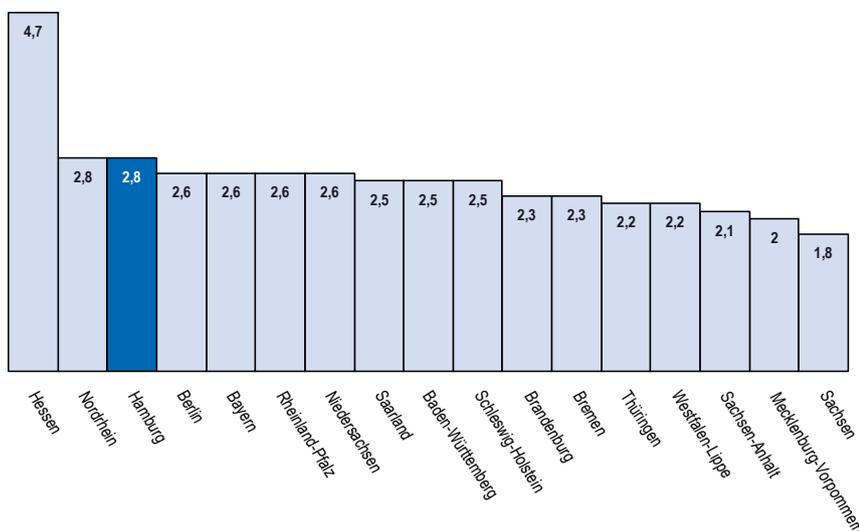
Wer noch bis vor Kurzem ohne KV auskommen musste, freut sich, dass es sie gibt.

und rückwärtsgewandt zu diffamieren. Die Ignoranz, mit der die Politik Gesprächswünsche und Vorschläge der KVen an sich abprallen ließ (erinnert sei nur an die beharrliche Weigerung von Hamburgs Erstem Bürgermeister Ole von Beust, eine Delegation des Hamburger Gesundheitswesens zu empfangen), erzeugte ein Bild der Hilflosigkeit, das der tatsächlich gar nicht so erfolglosen Lobbyistenarbeit nicht gerecht wird. Gleichwohl müssen wir unseren Mitgliedern deutlicher machen, welche Möglichkeiten der Einflussnahme eine KV hat – und welche eben nicht.

- Ein überdurchschnittlich gutes Ergebnis erzielte Hamburg bei der Frage, wie erfolgreich die KV Verträge mit den Kassen aushandelt (Note 3,4 und damit nach Bremen der beste Wert aller West-KVen). Ein Ansporn, unsere sachlich-stringente Vertragspolitik fortzusetzen.

Zufriedenheit mit der Zuverlässigkeit der KV bei Abrechnung und Honorarauszahlung

(Beurteilung in Schulnoten zwischen 1 bis 6)



Ehrliche Auskunft

Alles in allem glauben wir, ein sehr ehrliches Bild von unseren Mitgliedern erhalten zu haben. Wir haben weder Grund, in Sack und Asche zu gehen, noch uns zufrieden zurück zu lehnen. Und so können wir unseren Mitgliedern nur die Note „sehr gut“ geben für ihre ehrliche Auskunft und ihre Fairness. Dies wird uns helfen, dem Verbesserungsprozess Kontinuität zu verleihen. Vielen Dank.

Walter Plassmann, stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

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 Als Hausärztin erlebe ich es oft, dass Fachärzte einen Patienten, den ich ihnen zur Mit- oder Weiterbehandlung überwiesen habe, mit Hinweis auf ihr Budget nur mit einer Therapieempfehlung versehen und von mir die Verordnung erwarten. Gibt es hier eine offizielle Regelung?

Im Bundesmantelvertrag §24 Abs.7 P 3 und 4 wird zu Überweisungen zur Mit- oder Weiterbehandlung ausgeführt, dass damit die gebietsbezogene Erbringung therapeutischer Maßnahmen beziehungsweise die therapeutische Tätigkeit verbunden ist. Bei Mitbehandlung eines Patienten durch einen Fachkollegen ist dieser also zur Verordnung der Medikamente seines Fachgebietes verpflichtet.

2 Ich bin Allgemeinarzt. Seit einiger Zeit schicken Neurologen und Psychiater immer wieder Patienten an mich als Überweisenden zurück mit der Aufforderung, ich solle die zur Überwachung der von ihnen veranlassten medikamentösen Therapie erforderlichen Blutuntersuchungen durchführen. Angeblich könnten oder dürften sie das nicht. Ist das richtig?

Nein, das ist nicht richtig. Auch Neurologen oder Psychiater können Blut abnehmen und an ein Labor einsenden. Sie haben ein Laborbudget für das Allgemeinlabor (M/F 5, R 10 Punkte) und das Speziallabor (M/F 10, R 10 Punkte) und einen Wirtschaftlichkeitsbonus (5 Punkte) je kurativ-ambulantem Behandlungsfall. Es ist somit nicht möglich, dass die Neurologen und Psychiater die selbst veranlasste Therapie nicht auch selbst durch entsprechende Laborparameter überwachen.

3 Wie wird der Aderlass im neuen EBM abgerechnet?

Der Aderlass hat im neuen EBM keine gesonderte Abrechnungsnummer mehr, sondern ist im Anhang 1 als nicht gesondert abrechnungsfähig aufgeführt. Er geht damit im Ordinations- beziehungsweise Konsultationskomplex auf. Die Sachkosten für das Vacuumset werden auf dem Schein in Euro notiert nach Eingabe der Abrechnungsnummer 99811 (neben dem Ordinations- beziehungsweise Konsultationskomplex).

4 Wie ich höre, soll ich jetzt Rhesogam als Sachkosten auf dem Schein abrechnen. Wie mache ich das?

In der neuen Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist Rhesogam nicht mehr als Sprechstundenbedarf aufgeführt. Um eine Belastung Ihrer Arzneimittelrichtgröße zu vermeiden, können Sie Rhesogam als Sachkosten auf dem Abrechnungsschein (incl. Mehrwertsteuer) angeben unter der Sonderabrechnungsnummer 99811. Dazu müssen Sie das Präparat in der Apotheke kaufen. Halten Sie bitte die bezahlte Rechnung für eventuelle Nachfragen bereit.

5 Als Kinderarzt habe ich immer wieder Probleme, Eltern von atemwegskranken Kindern zu erklären, dass die sogenannten Spacer keine Kassenleistung sind. Offenbar geben auch einige Krankenkassen gegenteilige Informationen heraus. Ist hier eine Änderung in Sicht?

Es ist keine Veränderung eingetreten. Auch im aktualisierten Hilfsmittelkatalog sind die Spacer nicht mit einer Hilfsmittelnummer versehen und damit weiterhin nicht verordnungsfähig.

Es wird ausdrücklich ausgeführt: „Applikationshilfen für Dosieraerosole, wie z.B. Spacer, sind keine Hilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung, da diese Produkte i.d.R. fester Bestandteil eines Arzneimittels sind. Für angeblich medikamentenunabhängige Produkte wurden bisher keine ausreichenden Nachweise der genaueren Arzneimittelapplikation (Wirksamkeitsverbesserung) vorgelegt.“

Im Bedarfsfall informieren wir auch die Mitarbeiter der Krankenkassen über den Sachverhalt.

6 Nun ist die Akupunktur Kassenleistung. Wie kann ich die Akupunkturnadeln beziehen?

Die Kosten für die Akupunkturnadeln sind mit der Leistung abgegolten. Die Nadeln sind also vom Arzt selbst zu kaufen.

7 Seit Anfang Dezember übernehmen einige Kassen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV). Welche Gebührennummer kann für die Impfung in Ansatz gebracht werden?

Für diese Impfung existiert zur Zeit (noch) keine Gebührennummer, die Leistung kann somit nicht über die Krankenversicherungskarte abgerechnet werden. Die Patientinnen, die gegen die HP-Viren geimpft werden möchten, müssen vor der Impfung mit ihrer Kasse die Kostenübernahme klären. Der Arzt stellt über den Impfstoff ein Privat Rezept und über das Arzthonorar eine Privatrechnung aus, die von den Patientinnen bei ihrer Kasse eingereicht werden.

8 An wen muss ich mich wenden, wenn bei einem Arzneimittel unerwünschte Nebenwirkungen auftreten?

An die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Sie können die unerwünschten Arzneimittelwirkungen per Online-Formular melden (<http://www.akdae.de/50/50/index.html>). Sie können unter derselben Internetadresse auch einen Berichtsbogen herunterladen und ihn per Post schicken (Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin) oder faxen (Fax-Nr: 030 - 400 456-555).

9 Darf man rückwirkend eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen?

Die Richtlinie lautet: „Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.“

Dies ist so zu interpretieren: Wenn es Belege dafür gibt, dass der Patient krank war, bevor er zu Ihnen kam, können Sie die Arbeitsunfähigkeit auch über einen Zeitraum von mehr als zwei Tagen rückwirkend bescheinigen. Beispiel: Der Patient hat sich während des Urlaubs in Spanien ein Bein gebrochen und kommt mit Gips in die Praxis.

10 Ich bin Vertragspsychotherapeut und habe davon gehört, dass ab 1. Januar 2007 auch für die psychotherapeutischen Leistungen des Kapitels 35.1 (nicht antragspflichtig) und 35.2 (antragspflichtig) die Berichtspflicht eingeführt wurde. Unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang muss ich dieser Berichtspflicht nachkommen? Immerhin gehe ich auf Grund der Besonderheiten meines Fachgebietes mit sehr persönlichen Patienteninformationen um.

Die Aufnahme der Berichtspflicht auch der Leistungen nach Kap. 35.1 und 2 in die Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Kap. 2.1.4) ist logische Folge der Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe (§ 73 SGB V, Abs. 1b), die zwischen Leistungen der verschiedenen Fachgebiete nicht unterscheidet, sondern lediglich von Leistungserbringern spricht. Im Gesetz heißt es:

„Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach

Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitslosen

Die Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie für Arbeitslose hat sich geändert. Sie lautet jetzt: „Arbeitslose sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben. Dabei ist es unerheblich, welcher Tätigkeit der Versicherte vor der Arbeitslosigkeit nachging.“

Bei Arbeitslosen bezieht sich die Befragung des Versicherten auch auf den zeitlichen Umfang, für den der Versicherte sich der Agentur für Arbeit zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat.“

Erratum Wer darf überweisen?

Im KVH-Journal 4/2006 ist die Aufzählung der Überweisungsmöglichkeiten nicht vollständig. Wer darf überweisen? Wir führen hier alle Möglichkeiten auf: Überweisungen dürfen ausgestellt werden

- von Hausarzt zu Facharzt,
- von Hausarzt zu Hausarzt,
- von Hausarzt zu psychologischem Psychotherapeuten,
- von Facharzt zu Facharzt,
- von Facharzt zu Hausarzt,
- von Facharzt zu psychologischem Psychotherapeuten.

Alle vorgenannten Möglichkeiten gelten auch dann, wenn der überweisende Arzt nur eine Überweisung vorliegen hat.

dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen. Der Hausarzt darf die ihm nach den Sätzen 1 und 2 übermittelten Daten nur zu dem Zweck

verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind; er ist berechtigt und verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten auch behandelnden Leistungserbringer mit dessen schriftlicher Einwilligung, die widerrufen werden kann, zu übermitteln. ...“

Um diesen gesetzlichen Bestimmungen zu genügen, hat der Bewertungsausschuss eine ganze Liste von Leistungen (siehe 2.1.4. EBM) von der Abrechnung ausgeschlossen, sofern nicht in demselben Behandlungsfall eine Berichtsleistung nach Nr. 01600 oder 01601 an den Hausarzt erfolgt. Allerdings sind die Erstellung und Versendung eines Berichts zunächst abhängig davon, ob der Versicherte

zustimmt und ob er überhaupt einen Hausarzt hat. Da beides schriftlich festgehalten werden sollte, empfiehlt es sich, dem Versicherten ein entsprechendes vorbereitetes Schriftstück vorzulegen, auf dem er verschiedene Angaben (beispielsweise durch Ankreuzen) machen kann. Da die jeweilige Entscheidung vom Versicherten jederzeit widerrufen werden kann, ist es ausreichend, ihm das Schriftstück zunächst einmalig beim Erstkontakt vorzulegen. Stimmt der Versicherte der Versendung eines Briefes zu, liegt es in Ihrer Entscheidung, welchen Umfang der Bericht hat, je nachdem, ob Sie die Leistung nach Nr. 01600 oder 01601 erbringen.

Rehabilitation: Abrechnung nur mit Qualifikation

Die Übergangsfrist zum Ausstellen von Verordnungen medizinischer Rehabilitation (Muster 61, EBM Nr. 01611, nicht im PRVV) ist zum 31. März 2007 ausgelaufen. Seither kann die Leistung nur noch mit nachgewiesener Qualifikation abgerechnet werden. Die Qualifikation ist an eine der folgenden Voraussetzungen gebunden:

- Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“;
- Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“;
- fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“;
- eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Reha-Einrichtung;
- Erstellung von mindestens 20 Reha-Gutachten auch für andere Sozialversicherungsträger (besonders Rentenversicherungsträger) ein Jahr vor Erteilung der Genehmigung;
- erfolgreiche Teilnahme an einer von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannten Fortbildung (siehe Angebot der Fortbildungsakademie der Ärztekammer).

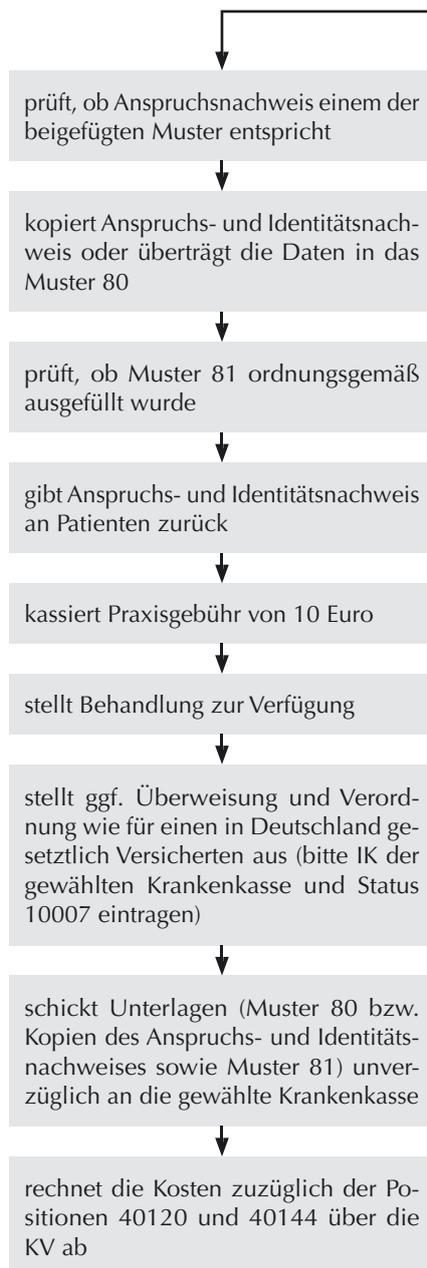
Schnellübersicht: Behandlung von Patienten aus anderen EWR-Staaten oder der Schweiz

Stellt ein niedergelassener Arzt für seinen Patienten aus einem anderen EWR-Staat (EG plus Island, Liechtenstein, Norwegen) oder der Schweiz eine Überweisung aus, muss er auf dem Überweisungsschein die Informationen über die aushelfende deutsche Krankenkasse (Name und Institutionskennzeichen) und zusätzlich im Statusfeld die Ziffer 10007 eintragen.

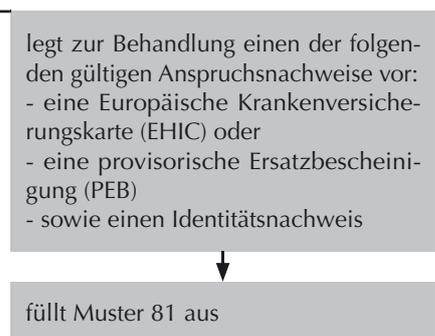
Für den weiterbehandelnden Arzt gelten die gleichen Regelungen wie für den erstbehandelnden Arzt. Die Dokumentation des Behandlungsanspruches (Vordruckmuster 80) und das Vordruckmuster 81 müssen erneut ausgefüllt und an die aushelfende deutsche Krankenkasse geschickt werden (lt. § 5 Abs. 2, Anl. 20 BMV-Ä/EKV). Alternativ kann die Dokumentation des Behandlungsanspruches durch eine Fotokopie des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises (nur Personalausweis oder Reisepass) erfolgen. Die Abrechnung erfolgt über die beim erstbehandelnden Arzt gewählte deutsche Krankenkasse.

Rz

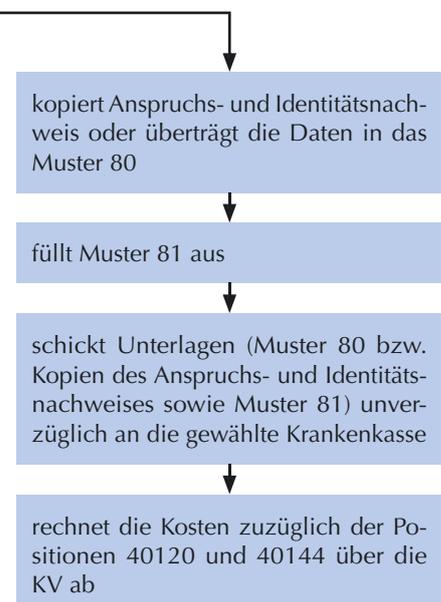
Erstbehandelnder Arzt



Patient



Weiterbehandelnder Arzt



Ausnahme: Wenn der erstbehandelnde Vertragsarzt einen Laborarzt mit einer Laborleistung beauftragt (Vordruckmuster 10), dann ist er nach den allgemeinen bundesmantelvertraglichen Regelungen (§ 27 Abs. 7 Nr. 1 EKV, § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä) auch für die Notwendigkeit der veranlassenen Leistung verantwortlich, da der Laborarzt ausschließlich auf Überweisung tätig werden kann (§ 7 Abs. 4 EKV, § 13 Abs. 4 BMV-Ä) und nur zu untersuchendes Material erhält und dabei keinen Kontakt zum Patienten hat.

„Wir haben nicht Management studiert!“

Kann man aus der guten Organisation einer Praxis auf eine gute medizinische Behandlung schließen? Viele Patienten glauben das. Und haben damit nicht unrecht.

„Ich brauche keine Nachhilfe“, sagt einer der Ärzte während der Vorstellungsrunde eines Einführungsseminars für Qualitätsmanagement und blickt die Referentin grimmig an. „Aber ich beuge mich dem Gesetz.“ Christiane Hoops strafft die Schultern und wappnet sich für ein hartes Stück Überzeugungsarbeit. Es ist ein Freitagnachmittag. Sie weiß, dass sich einige der anwesenden Ärzte und Arzthelferinnen einen angenehmeren Zeitvertreib vorstellen könnten als die Beschäftigung mit Qualitätsmanagement.

Nichtmedizinische Aspekte

Der Gesetzgeber lässt den Arzt- und Psychotherapeutenpraxen nur noch bis Januar 2008 Zeit, die Planungsphase für die Einführung eines Qualitätsmanagement-Programmes abzuschließen. Danach sind konkrete Umsetzungsmaßnahmen zu ergreifen. Dieser Zwang treibt nun auch Ärzte in die Seminare, die am praktischen Nutzen von Qualitätsmanagement zweifeln.

Den Arzthelferinnen gefällt meist schon nach einigen Minuten, was sie im Seminar zu hören bekommen: Es sei nicht zuletzt ihre Arbeitsleistung, welche die Patienten an eine Praxis bindet, sagt Referentin Christiane Hoops. „Ob die Patienten zufrieden

sind und eine Praxis weiterempfehlen, hat vor allem mit den nicht-medizinischen Aspekten zu tun: mit der Freundlichkeit am Empfangstresen, mit geringen Wartezeiten.“

Organisatorische Schwächen

Tatsächlich gibt es einige Studien, die diese These untermauern. Zuletzt ermittelte die Bertelsmann-Stiftung, dass Patienten bei ihrem Aufenthalt in Arztpraxen oder im Krankenhaus besonderen Wert auf die menschliche Komponente legen: Wie gehen die mit mir um? Werde ich einfühlsam behandelt?

„Wir gehen davon aus, dass die Patienten aus der guten Organisation einer Praxis auch auf eine gute medizinische Behandlung schließen“, sagt Uwe Schwenk, der für das Europäische Praxisassessment (EPA) zuständige Projektmanager bei der Bertelsmann-Stiftung.

Da nur wenige Patienten die medizinischen Leistungen an sich beurteilen können, ist dies eine durchaus rationale Strategie - zumal nach Erkenntnissen des „Hausärztlichen Fehlerberichts- und Lernsystems“ (<http://www.jeder-fehler-zaehlt.de/>) drei Viertel der Behandlungsfehler auf organisatorische Schwächen in der Praxis zurückzuführen sind. Beispiel: Weil sich niemand zuständig

fühlt, lagert im Kühlschrank noch abgelaufener Grippe-Impfstoff aus dem Vorjahr. Der Fehler wird erst einige Monate später entdeckt, einige der bis dahin vorgenommenen Impfungen sind wirkungslos.

Qualitätsmanagement bedeutet, Arbeitsprozesse zu standardisieren, niederzuschreiben und immer weiter zu verbessern. Dies bringt Handlungssicherheit und löst das Know-How einer Praxis vom Erfahrungswissen einzelner Personen ab. Qualitätsmanagement-Trainer erzählen gerne die Geschichte eines niedergelassenen Arztes, dem erst klar wurde, dass er vom organisatorischen Ablauf seiner Praxis keine Ahnung hatte, als seine beiden Arzthelferinnen kündigten.

Innere Widerstände

Größere Praxen kommen um Qualitätsmanagement ohnehin nicht herum. „Wenn die Probleme komplexer werden, muss man die Organisation professionalisieren“, sagt Dr. Boris Brand. Der Internist arbeitet mit zwei Ärztinnen und sieben Mitarbeiterinnen zusammen in einer Praxis im Lerchenfeld, hat bereits Aufbaueminare über Qualitätsmanagement besucht und spricht begeistert von dessen Umsetzung. Die inneren Widerstände einiger Kollegen kann Dr. Brand durchaus nachvollziehen. „Man denkt

QM-Kosten während der Einführungsphase



QM-Kosten im laufenden Betrieb



Die Stiftung Gesundheit hat in einer systematischen Studie verglichen, wie viel Geld und Arbeitszeit für die unterschiedlichen Qualitätsmanagement-Systeme aufgewandt werden muss. Die Anzahl der zur Wahl stehenden Systeme ist groß. Am weitesten verbreitet ist das berufsgruppenunspezifische ISO-System. QEP wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung speziell für Arztpraxen entwickelt. EPA ist ein System für Hausarztpraxen, wird aber auch von anderen ärztlichen Fachgruppen genutzt.



„Mit gesundem Menschenverstand kommt man bei der Organisation einer größeren Praxis nicht weit.“
Internist Dr. Boris Brand (links) und das Team der Gemeinschaftspraxis Brand, Rösler & Partner.

sich: Ich habe schließlich studiert und bin doch nicht blöd. Aber wir haben eben nicht Management studiert.“

Arbeitsschutz, Notfallmanagement, Hygiene, Datenschutz – Dr. Brand ist sicher, dass es keine Praxis

der Praxis. „Das alles aufzuschreiben hat zunächst nicht allen Mitarbeiterinnen gefallen, weil es zusätzliche Arbeit bedeutete. Aber jetzt haben sich feste Routinen etabliert, die uns die Arbeit erleichtern.“

und die wirtschaftlichen Ergebnisse ausgewirkt. Die befragten Ärzte sind allerdings Qualitätsmanagement-Pioniere, was das Ergebnis positiv beeinflusst haben dürfte.

Die Mehrheit der Praxen hat die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems noch vor sich. 59 Prozent der Ärzte haben den Daten der Stiftung Gesundheit zufolge allerdings bereits Informationsveranstaltungen besucht.

„Ich beuge mich dem Gesetz“, sagt einer der Ärzte und blickt die Referentin grimmig an.

ohne Qualitätsmanagement gibt, bei der in diesen wesentlichen Bereichen alles in Ordnung ist. „Vergessen Sie den gesunden Menschenverstand“, sagt er. „Damit kommen Sie bei der Organisation einer größeren Praxis nicht weit.“

Die Gemeinschaftspraxis Brand, Rösler & Partner kooperiert in einem ausgelagerten Praxisteil mit dem Klinikum Eilbek und bietet Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung mit der Techniker Krankenkasse an. „Die Klinik und auch die Krankenkasse fordern von uns Qualitätsmanagement“, sagt Dr. Brand. „Die wollen sicherstellen, dass die von uns angebotenen Leistungen auch gut ausgeführt werden.“

Individuelle Standards

Aufbauend auf dem von der KBV entwickelten Qualitätsmanagement-System QEP erarbeitet das Praxis-Team eigene, individuelle Standards zu den internen Abläufen. „Jede Mitarbeiterin hat spezielle Aufgabenbereiche und detaillierte Arbeitsplatzbeschreibungen“, erläutert Saskia Puls, die Qualitätsmanagementbeauftragte

Tatsächlich besteht der größte praktische Nutzen des Qualitätsmanagement einer Studie der Stiftung Gesundheit zufolge in der Straffung der Arbeitsabläufe und in der Motivierung der Mitarbeiter. Auch die Arbeitszufriedenheit der Praxischefs steigt an - nicht aber deren Freizeit.

Beträchtlicher Aufwand

Vor allem in der Einführungsphase ist der zeitliche und finanzielle Aufwand für das Qualitätsmanagement beträchtlich (siehe Grafiken). Unterm Strich jedoch scheint sich die Mühe zu lohnen.

Das zeigt auch eine nicht repräsentative Online-Umfrage, die der Düsseldorfer Professor Ulrich Klinckenberg durchgeführt hat. Die 46 von ihm befragten Praxischefs haben Qualitätsmanagement bereits seit mindestens einem Jahr eingeführt. Nur zwei dieser Ärzte waren der Meinung, dass sich Aufwand und Nutzen die Waage halten. Die anderen 44 Teilnehmer zeigten sich zufrieden mit der Aufwand-Nutzen-Relation: Das Qualitätsmanagement habe sich positiv auf die medizinische Qualität

Spontaner Überschwang

Die Einführungsseminare mit Christiane Hoops enden stets mit einer Feedbackrunde. „Die Teilnehmer dürfen nicht gehen“, so Hoops, „ohne laut gesagt zu haben, was sie sich für die nächste Zeit vornehmen.“ Da werden Zielvorgaben definiert, Qualitätsmanagement-Beauftragte ernannt, regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen avisiert und Patientenbefragungen geplant.

Und manchmal verkündet einer der Ärzte sogar in spontanem Überschwang, die Visitorenausbildung bei der KBV absolvieren zu wollen. Visitoren - das sind jene Spezialisten, die den Praxen durch Zertifizierung bescheinigen, ein Qualitätsmanagement-System vorbildlich umgesetzt zu haben.

mn

Eine Liste der QEP-Visitoren sowie der akkreditierten QEP-Zertifizierungsstellen finden Sie auf der Homepage der KBV:

<http://www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html>

Qualitäts-Anforderungen bei ambulanten OPs

Am 1. Oktober 2006 ist eine geänderte Qualitätssicherungsvereinbarung für ambulante Operationen in Kraft getreten, die sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Praxis Anwendung findet. (Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschl. der notwendigen Anästhesien gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3)

Analog zu den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts werden in der Vereinbarung vier Arten von Eingriffen unterschieden:

1. Operationen
2. kleinere invasive Eingriffe
3. invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen
4. Endoskopien

Für die Operationsräume gelten je nach Art des Eingriffs verschiedene bauliche, apparativ-technische, organisatorische und hygienische Anforderungen, die im Abschnitt C § 6 Absätze 2 bis 8 der Vereinbarung nachzulesen sind.

Für **Laserbehandlungen** außerhalb der Körperhöhle gilt zusätzlich zu den für die anderen Eingriffe formulierten Anforderungen, dass die Raumboflächen und die zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtung diffus reflektierend beschaffen sein müssen.

Auch nach Änderung der Vereinbarung dürfen ambulante Operationen im Sinne der Qualitätssicherungsvereinbarung nur erbracht werden, wenn die baulichen, apparativ-technischen, organisatorischen und hygienischen Anforderungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl, Spektrum und dem jeweiligen Ort der Erbringung des Eingriffs mindestens die Bedingungen der Vereinbarung erfüllen - und wenn der KV Hamburg eine entsprechende Erklärung vorgelegt worden ist.

Wir möchten ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher und berufsrechtlicher Bestimmungen von den Regelungen der Qualitätssicherungs-Vereinbarung unberührt bleibt. Die gesetzlichen Regelungen und Auflagen können über die Vorgaben der Qualitätssicherungs-Vereinbarung hinausgehen, und deren

Einhaltung könnte von den Gesundheitsämtern überprüft werden.

Die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschl. der notwendigen Anästhesien gemäß § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V“ und den „Vertrag Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag), Hygienepläne sowie die entsprechenden Erklärungsformulare finden Sie im Internet unter www.kvhh.de Qualitätssicherung / genehmigungspflichtige Leistungen / Ambulantes Operieren / Formularcenter.

Das Infektionsschutzgesetz und die neuesten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut können Sie über das Internet unter www.rki.de Infektionsschutzgesetz / Krankenhaushygiene einsehen.

*Ansprechpartner:
Frau Wehner 22 80 2 – 602
Frau Zieminski 22 80 2 -781*

DMP Diabetes mellitus Typ 2 / Brustkrebs / KHK

Folgedokumentationen nicht vergessen!

Um zu vermeiden, dass ein in ein DMP eingeschriebener Patient aus dem Programm herausfällt, müssen die Folgedokumentationen im vereinbarten Turnus erstellt werden.

Bitte denken Sie deshalb daran, Ihre DMP-Patienten für die noch in diesem Quartal fälligen Folgetermine in die Praxis zu bestellen.

*Ihr Ansprechpartner:
Matthias Baer-Zickur,
Neue Versorgungsformen
Tel.: 22 80 2-728*

Anzeige



Die Steuerberater für Ärzte

Krumbholz König & Partner
Steuerberater · Rechtsanwälte

Tibarg 54 | 22459 Hamburg | Tel. 040/554 994 0 | Fax 040/554 994 44
info@krukoe.de | www.krukoe.de

Erratum § 106

In der Veröffentlichung der Vereinbarung über die Abrechnungsprüfung in der vertragärztlichen Versorgung gemäß § 106a Abs. 5 SGB V (KVH-Journal 4/2006) wurden die Fußnoten in § 2 (Sachlich/rechnerische Richtigstellung) nicht abgedruckt.

Satz 1 muss wie folgt lauten:

Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von der KVH nach Maßgabe der gesetzlichen, vertraglichen¹ und satzungrechtlichen² Bestimmungen sachlich/rechnerisch richtiggestellt.

¹z.B. Richtlinien der KBV und SpiK zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen

²z.B. Ergänzende Abrechnungsbestimmungen der KVH

Erratum Verteilungsmaßstab zum 01.07.2006

Leider haben sich in der Veröffentlichung des Nachtrages für den Verteilungsmaßstab (KVH-Journal 2/2006) zwei Fehler eingeschlichen:

Im Anschluss an das Rubrum muss es lauten:

An § 10 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

Die Anlage B Abschnitt 3 Absatz 1 erhält die folgende Fassung:

3. EBM-Änderung

Praxen, die mit ihrem anerkannten Leistungsbedarf kassenartenspezifisch ihr pRVV mehr als im Umfang der arztgruppendurchschnittlichen Überschreitung zuzüglich der einfachen Standardabweichung (Grenzwert) überschreiten, erhalten eine Zusatzvergütung aus den gesonderten Vergütungsanteilen nach § 10 Abs. 4 und 11 Abs. 6. Hierzu wird je arztgruppen- und kassenartenspezifischem 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.

Bae

Abgabe der Abrechnungsunterlagen I. Quartal 2007

Montag, 02.04.2007 bis Montag, 23.04.2007
(Ostersamstag, den 07.04.2007, bleibt die Abgabestelle geschlossen)
im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Mo.-Fr. von 7.00 bis 16:30 Uhr und Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr

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

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

Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten können die Abrech-

nungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

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

wa

Diagnostik vor stationären Operationen

Leistungen, die dem stationären Versorgungsbereich zuzuordnen sind, können nicht durch die KV vergütet werden. Ein Beispiel hierfür ist die Kehlkopf- oder funktionelle Stimmbanduntersuchung vor einer stationär durchgeführten Struma-Operation. Es handelt sich um eine flankierende Maßnahme, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Operati-

on vergütet wird. Selbstverständlich kann das Krankenhaus auch einen Vertragsarzt bitten, die präoperative Leistung zu erbringen. Doch diese Leistung wird nicht aus Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung vergütet, sondern muss mit dem Krankenhaus oder direkt mit dem Patienten abgerechnet werden. Wir empfehlen Ihnen, sich den Auftrag vom Kranken-

haus vor Durchführung der Leistung schriftlich bestätigen zu lassen.

Wird die Operation von einem Belegarzt durchgeführt, ist die präoperative Leistung ebenso wie die belegärztliche Leistung der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen und wird über die KV vergütet.

mn

Anzeige

VORBERG



RECHTSANWÄLTE

Kanzlei für die Gesundheit!

GMG, VÄG, WSG – Was tun?

Buchen Sie Ihren persönlichen A^{RZT}-P^{FAD}-F^{INDER}

- Sachverhalts- und Bestandsaufnahme Ihrer Praxis
- Analyse Ihrer Problemstellungen und Zukunftsinteressen
- Individuelle Erörterung und Erklärung der neuen Gesetzeslage
- Darstellung der rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten und Risiken
- Unverbindliche Übersicht über eventuell weiteren Beratungsaufwand
- Inklusiv mindestens 45 min Gespräch und 3 Seiten Kurzgutachten durch Ihren Fachanwalt für Medizinrecht

Für 199,- €

Weitere Informationen unter www.medizinanwalt.de oder Tel.: 040-44140080

Neuster Stand Clopidogrel

Der gemeinsame Bundesausschuss hat im Januar beschlossen, dass Clopidogrel als Monotherapie zur Prävention arthrombotischer Ereignisse (bei Patienten mit Herzinfarkt, mit ischämischen Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit) nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden soll. Für Patienten mit pAVK-bedingter Amputation oder Gefäßintervention und mit typischer Claudicatio intermittens (mit Schmerzurückbildung in < 10 min. bei Ruhe und Knöchel/Arm-Quotient kleiner/gleich 0,85) sollte diese Verordnungseinschränkung nicht gelten.

Dieser Beschluss wurde vom Bundesministerium für Gesundheit beanstandet. Kritisiert wurde, dass die Anwendung bei Unverträglichkeit von ASS nicht berücksichtigt wurde und dass nicht abgewartet wurde, bis alle Bewertungen des IQWiG zu Clopidogrel abgeschlossen sind. Grundlage des umstrittenen Beschlusses war der Bericht des IQWiG über Clopidogrel versus ASS in der Sekundärprophylaxe (s. www.iqwig.de). Eine Beurteilung der Kombinationstherapie von Clopidogrel plus ASS ist beim IQWiG zur Zeit in Arbeit.

Die Frage nach der wirtschaftlichen Verordnungsweise von Clopido-

grel als Mono- oder Kombinationstherapie mit ASS beschäftigt die Ärzte schon lange. Deutlich höhere Kosten im Vergleich zur Alternative ASS und hohe Patientenzahlen in den betroffenen Indikationsgebieten führen dazu, dass die Frage nach der Verordnungsweise von Clopidogrel eine hohe wirtschaftliche Relevanz erhält. So lag Clopidogrel 2006 unter den TOP 10 der kostenintensivsten Wirkstoffe in Hamburg. Wir empfehlen eine kritische Kosten/Nutzen-Bewertung bei Ihren Clopidogrel-Verordnungen. Allerdings weisen wir daraufhin, dass sowohl der Bericht vom IQWiG als auch der beanstandete Beschluss nur die Monotherapie mit Clopidogrel

bewertet. Eine differenzierte Betrachtungsweise ist also unbedingt angebracht.

Der nachfolgende Artikel aus dem *arznei-telegramm* 11/2006 geht ausführlich auf die unterschiedlichen Indikationen für Clopidogrel ein. Wir drucken ihn mit freundlicher Genehmigung der A.T.I. Arzneimittelinformation Berlin GmbH.

Le



Clopidogrel: Für wen? Wie viel? Wie lange?

*Nachdruck aus dem *arznei-telegramm* 11/2006*

Der Thrombozytenaggregationshemmer Clopidogrel (Iscover, Plavix) ist bei chronischer atherosklerotischer Erkrankung sowie beim akuten Koronarsyndrom einschließlich Herzinfarkt zugelassen¹ und wird darüber hinaus routinemäßig nach Einlage koronarer Stents empfohlen.² Das erst 1998 in den Handel gebrachte extrem teure Clopidogrel ist das Arzneimittel mit dem höchsten Umsatz und konkurriert mit einem der meist erprobten und kostengünstigsten Arzneimittel: Azetylsalicylsäure (ASS, ASPIRIN u.a.). Die Frage, wann die Einnahme von Clopidogrel alternativ oder zusätzlich zu ASS von Vorteil ist, ist daher

angesichts der begrenzten Ressourcen auch von gesundheitsökonomischer Bedeutung. Bei Leserfragen an das *arznei-telegramm* steht das Thema Clopidogrel seit Jahren an vorderer Stelle. Im Folgenden geben wir einen Überblick über die komplexe Studienlage und erläutern, welche Indikationen gesichert sind und welche nicht.

Eigenschaften: Clopidogrel ist wie Ticlopidin (Tiklyd u.a.) ein Thienopyridin. Beide blockieren selektiv und irreversibel Adenosinrezeptoren auf Thrombozyten und hemmen dadurch deren Aggregation. Clopidogrel muss als Prodrug über oxidative Pro-

zesse in der Leber aktiviert werden. Die maximale Aggregationshemmung wird bei Einnahme der üblichen Tagesdosis (75 mg) verzögert erreicht. Die Thrombozytenfunktion normalisiert sich fünf bis sieben Tage nach Absetzen des Mittels durch die Neubildung von Thrombozyten ohne Kontakt mit Clopidogrel.

Clopidogrel statt ASS bei chronischer Atherosklerose?

Bei chronischen Gefäßerkrankungen hat Clopidogrel in einer Tagesdosis von 75 mg nur marginale Vorteile gegenüber 325 mg ASS pro Tag. Der wichtigste Vergleich ist nach wie

vor die vor zehn Jahren veröffentlichte CAPRIE-Studie (CAPRIE = Clopidogrel/Aspirin Prevention of Recurrence of Ischaemic Events). Jeweils etwa 6.300 Patienten nach Herzinfarkt, Insult oder mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) haben daran teilgenommen. Kardiovaskuläre Todesfälle, Infarkte oder Insulte sind unter Clopidogrel jährlich um 0,51% seltener als unter ASS (Number needed to treat [NNT] = 200).³ Vermindert werden nur Herzinfarkte.⁴ Kardiovaskuläre Todesfälle, Insulte und Gesamtmortalität bleiben jeweils unbeeinflusst.³ Nach zuvor festgelegten Subgruppenauswertungen profitieren nur Patienten mit einer symptomatischen pAVK (absolute Risikoreduktion 1,15%, NNT = 87).⁵ Die symptomatische pAVK ist im Vergleich zur koronaren Herzkrankheit (KHK) und zerebralen Atherosklerose jedoch selten: Nach Daten aus der CAPRIE-Studie und aktuellen Registerbefunden⁶ liegt sie isoliert nur bei 6% der über 45-Jährigen mit Atherosklerose vor. Patienten mit KHK oder Insult haben ebenfalls nur zu 4% bis 9% zusätzlich eine symptomatische pAVK.⁵ Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sieht den geringen Zusatznutzen bei symptomatischer pAVK als ausreichend belegt an.⁵ Aufgrund des marginalen Vorteils und der hohen Kosten kann Clopidogrel aber unseres Erachtens auch bei diesen Patienten nicht allgemein empfohlen werden (arznei-telegramm 2004; 35: 25-6).

Nachauswertungen der CAPRIE-Studie für Patienten mit Diabetes,⁷ nach kardialen Operationen⁸ oder nach früheren Infarkten oder Insulten⁹, die vor dem zur Aufnahme in die Studie qualifizierenden Indexereignis durchgemacht wurden, können wegen der nachträglichen Bildung dieser Subgruppen nicht als Belege für einen Vorteil von Clopidogrel gewertet werden, zumal nicht prädefinierte und zum Teil nicht einmal validierte Endpunkte ausgewertet werden. Die These, dass Clopidogrel vor allem für Patienten mit hohem Risiko erneuter vaskulärer Komplikationen Vorteile bringt, wird durch Daten der CAPRIE-Studie selbst widerlegt: Patienten mit symptomatischer pAVK profitieren, obwohl bei ihnen das Risiko kardiovaskulärer Todesfälle, Infarkte oder Insulte am geringsten ist.^{3,5}

Von der nach Aufnahme von 1.587 Patienten im Jahr 2004 beendeten

WATCH-Studie (WATCH = Warfarin Antiplatelet Therapy in Chronic Heart Failure) liegen nach wie vor nur Protokoll¹⁰- und Kongress-Publikationen¹¹ vor. In dem dreiarmligen Vergleich von Warfarin (COUMADIN), ASS und Clopidogrel bei Patienten mit Herzinsuffizienz, die bei etwa 90% der Patienten durch eine KHK bedingt ist, soll der kombinierte Endpunkt aus Tod, Infarkt oder Insult unter Clopidogrel numerisch häufiger aufgetreten sein als unter ASS (21,8% vs. 20,5%).¹¹ Ob die Studie vorzeitig oder regulär beendet wurde, wird von den Autoren widersprüchlich angegeben. Nach Eingang von Nachfragen wurden Eintragungen im Studienregister zur Biometrie der Studie offenbar nachträglich geändert.⁵

Clopidogrel nach Gefäßkomplikationen unter ASS?

Nach wie vor existieren keine Belege aus randomisierten Studien, dass Patienten, die unter ASS einen Infarkt oder einen Insult erleiden („ASS-Versager“), von einer Umstellung auf Clopidogrel profitieren. Die Frage wird derzeit in der ASCET-Studie (ASCET = Aspirin Non-responsiveness and Clopidogrel Endpoint Trial) untersucht.¹² Ergebnisse werden frühestens 2008 erwartet.⁵ Der Begriff „ASS-Versager“ sollte vermieden werden: Im Placebo-Vergleich ist nur etwa ein Viertel der vaskulären Komplikationen durch ASS zu verhindern.¹³ Somit wären drei Viertel der betroffenen Patienten per definitionem „ASS-Versager“. Nach den Ergebnissen der CAPRIE-Studie wäre von gleich vielen „Clopidogrel-Versagern“ auszugehen.

Laborchemische Tests helfen für die Therapieplanung wenig: Je nach Testansatz wird eine verminderte Hemmung der Thrombozytenaggregation unter ASS bei 5% bis 60% der Patienten nachgewiesen.¹⁴⁻¹⁶ Bei Clopidogrel liegen die Angaben mit 5% bis 25% meist niedriger,¹⁴ jedoch werden auch Raten von 31%¹⁷ und 54%¹⁸ berichtet. Beide Kollektive zeigen zudem Überlappungen. Die klinische Relevanz der Laborbefunde und ihr Vorhersagewert für das Risiko vaskulärer Ereignisse sind unklar. Bisher ist zudem nicht belegt, dass laborchemisch definierte Non-Responder von einem Wechsel auf einen anderen Aggregationshemmer, von der Kombination mehrerer Mittel oder von höheren Dosierungen profitieren.¹⁶ Thrombozytenfunktionstests werden derzeit für die Routine nicht empfohlen.¹⁹

ASS plus Clopidogrel bei chronischer Atherosklerose?

Die CHARISMA-Studie²⁰ (CHARISMA = Clopidogrel for High Atherothrombotic Risk and Ischaemic Stabilisation Management and Avoidance) mit mehr als 15.000 Patienten mit manifester KHK, Insult oder symptomatischer pAVK oder mit mehreren Risikofaktoren für eine Gefäßerkrankung findet keinen signifikanten Vorteil für die Kombination von täglich 75 mg Clopidogrel plus 75 mg bis 162 mg ASS gegenüber ASS allein. Numerisch nehmen unter der Kombination kardiovaskuläre Todesfälle, Infarkte oder Insulte innerhalb von 28 Monaten im gleichen Ausmaß ab (6,8% vs. 7,3%), wie schwerwiegende Blutungen zunehmen (1,7% vs. 1,3%). Kardiovaskuläre Todesfälle sind unter der Kombination eher häufiger (3,1% vs. 2,9%), die Gesamtmortalität ist gleich. Das Ergebnis der Untergruppe der Patienten mit symptomatischer Gefäßerkrankung, die von der Kombination profitieren soll, wird häufig herausgestellt, ist aber ohne Beweiskraft: Die Kollektive der symptomatischen und asymptomatischen Patienten sind in der Studie nicht ausreichend scharf getrennt. Zudem fehlt eine Adjustierung des statistisch grenzwertig signifikanten Ergebnisses, obwohl nahezu 20 Subgruppenanalysen vorgenommen wurden. Eine Indikation für Clopidogrel plus ASS ist damit auch bei manifester Atherosklerose nicht gegeben (arznei-telegramm 2006; 37: 39).

Bei 7.600 Patienten mit kurz zurückliegender transitorischer ischämischer Attacke oder Insult und mindestens einem weiteren Risikofaktor kommt es in der MATCH-Studie²¹ (MATCH = Management of Atherothrombosis with Clopidogrel in High Risk Patients) innerhalb von 18 Monaten unter der Kombination von täglich jeweils 75 mg Clopidogrel plus ASS gegenüber Clopidogrel allein zu einer signifikanten Zunahme lebensbedrohlicher (um 1,3%), darunter auch intrakranieller Blutungen (um 0,4%), sowie anderer schwerer Blutungen (um 1,4%), ohne dass erneute thrombotische Ereignisse oder Todesfälle signifikant verhindert werden (numerisch um 1,0%). Bei diesen Patienten muss die Kombination als kontraindiziert erachtet werden (arznei-telegramm 2004; 35: 62 und 85).

Tabelle: Bewertung der Indikationsgebiete für Clopidogrel

Indikation	Dauer	Nutzenbewertung für die Praxis	Bemerkungen
Strategie: Clopidogrel statt Azetylsalizylsäure (ASS)			
Chronische Atherosklerose	–	Kein Zusatznutzen	In einer Studie geringer Zusatznutzen bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit; Nutzen-Kosten-Bilanz aber auch hier negativ.
Chronische Atherosklerose mit Kontraindikation für ASS	– ¹	Alternative für ASS ¹	Als Kontraindikation für ASS gelten z.B. Allergie, ASS-Asthma. Keine Kontraindikation: Ulkus unter ASS in niedriger Dosierung.
Erneute vaskuläre Ereignisse unter ASS	–	Nutzen nicht belegt	Bisher nicht systematisch untersucht.
Ulkusblutung unter niedrig dosierter ASS	–	Kontraindiziert	Unter ASS + Protonenpumpenblocker Blutungsrezi-dive seltener als bei Umsetzen auf Clopidogrel.
Strategie: Clopidogrel plus Azetylsalizylsäure (ASS)			
Chronische Atherosklerose ²	–	Kein Zusatznutzen	Große Studie ohne Nutzenbeleg versus ASS allein.
Nach Insult innerhalb der letzten drei Monate	–	Kontraindiziert	Schaden überwiegt (schwere Blutungen).
Vorhofflimmern	–	Kein Zusatznutzen	Im Vergleich zu Antikoagulation höhere Komplikationsrate.
Unbeschichteter Stent ^{2,3}	4 Wochen	Positiv	Auch bei Stents wegen Infarkt oder akutem Koronarsyndrom Therapiedauer 4 Wochen.
Beschichteter Stent ^{2,3}	3 Monate / 6 Monate	Positiv	In Anlehnung an Studienlage: Sirolimus-Stents 3 Monate; Paclitaxel-Stents 6 Monate. Notwendige Dauer nicht systematisch geprüft.
Akutes Koronarsyndrom ^{2,3}	3 Monate	Positiv	Nutzen einer Therapiedauer über 3 Monate hinaus nicht belegt.
ST-Hebungsinfarkt ^{2,3}	–	Nutzen nicht belegt	Positivstudien wegen unüblicher Therapieregime nicht übertragbar.

¹ Nicht systematisch untersucht; Analogieschluss auf Basis der zweijährigen CAPRIE-Studie; Therapiedauer ggf. unbegrenzt

² Im Vergleich zur Monotherapie mit ASS

³ Mit „loading-dose“ (300 mg bis 600 mg) zu Beginn

ASS plus Clopidogrel bei Vorhofflimmern?

Täglich 75 mg Clopidogrel plus 75 mg bis 100 mg ASS ist bei Patienten mit Vorhofflimmern und erhöhtem Schlaganfallrisiko (Insult in der Anamnese, Herzinsuffizienz usw.) einer oralen Antikoagulation (INR 2-3) unterlegen. Die ACTIVE-W-Studie²² (ACTIVE-W = Atrial Fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for Prevention of Vascular Events) mit 11.700

Patienten muss nach 1,3 Jahren abgebrochen werden, weil Schlaganfälle, Infarkte, andere systemische Embolien oder vaskuläre Todesfälle unter den Aggregationshemmern signifikant häufiger auftreten (jährlich 5,6% vs. 3,9%). Auch Blutungen sind häufiger als unter der Antikoagulation (15,4% vs. 13,2% pro Jahr). Clopidogrel plus ASS sind in dieser Indikation keine Option (arznei-telegramm 2006; 37: 67).

ASS plus Clopidogrel bei unbeschichteten Stents

Nach Koronarangioplastie (PTCA) mit Einlage unbeschichteter Stents ist die Kombination von Clopidogrel plus ASS für drei bis vier Wochen seit Jahren etabliert.² Der Vorteil einer doppelten Aggregationshemmung gegenüber ASS allein^{23,25-27} oder gegenüber ASS in Kombination mit oraler Antikoagulation²⁵⁻²⁷ wurde ursprünglich für Ticlopidin plus ASS

gezeigt. Restenosen oder kardiale Komplikationen werden relativ um etwa 50% bis 80% reduziert. Clopidogrel plus ASS ist bei Stents dagegen nie mit ASS allein verglichen worden. In direkten, auf Sicherheitskriterien ausgelegten Vergleichen treten unter der Kombination von ASS mit Clopidogrel weniger Neutropenien und Allergien auf als unter ASS plus Ticlopidin. Restenosen und kardiale Ereignisse sind numerisch gleich häufig.^{28,29} Metaanalysen, die auch Registerdaten berücksichtigen, errechnen für Clopidogrel weniger Infarkte und Todesfälle (arznei-telegramm 2003; 34: 67-8).^{30,31} Clopidogrel wird deshalb in Leitlinien gegenüber Ticlopidin bevorzugt.^{2,32} Beide sind zwar für die Indikation nicht zugelassen, aber als „Behandlungsstandard“ dennoch zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnungsfähig.

Bei PTCA mit Stenteinlage sollte mit einer „loading-dose“ von mindestens 300 mg Clopidogrel begonnen werden. Nach der CREDO-Studie³³ (CREDO = Clopidogrel for Reduction of Events During Extended Observation) (arznei-telegramm 2002; 33: 124-5) ist für die Effektivität der „loading-dose“ bei Patienten mit dringlicher PTCA-Indikation (darunter 53% mit instabiler Angina) ein Minimalabstand von sechs Stunden bis zum Eingriff notwendig. Nur dann werden Todesfälle, Infarkte oder Revaskularisationen

des Zielgefäßes bis 28 Tage nach Stenteinlage vermindert (grenzwertig signifikant um relativ 39%). Das Wirkmaximum von Clopidogrel wird mit 600 mg schneller erreicht. Nach Ergebnissen der ARMYDA-2-Studie³⁴ (ARMYDA = Atorvastatin for Reduction of Myocardial Damage during Angioplasty) ist diese Dosierung ausreichend sicher; sie vermindert gegenüber der niedrigeren Erstdosis Infarkte um 50%, wenn sie vier bis acht Stunden vor dem Eingriff eingenommen wird. Wenn wegen Dringlichkeit (akuter Infarkt, akutes Koronarsyndrom) oder logistisch (ad-hoc Stenteinlage etc.) ein Intervall von sechs Stunden nicht einzuhalten ist, wird eine frühestmögliche „loading-dose“ von 600 mg angeraten.^{32,35} Höhere Erstdosierungen werden kontrovers beurteilt und derzeit nicht empfohlen.

Patienten mit akutem Koronarsyndrom oder ST-Hebungsinfarkt, die nach der akuten Phase eine PTCA mit Stent erhalten, profitieren von einer zwei- bis dreitägigen Vortherapie mit Clopidogrel.^{36,37} Im Vergleich mit ASS allein werden in der PCI-CURE-Studie³⁶ (PCI-CURE = Percutaneous Coronary Intervention - Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Ischemic Events) beim akuten Koronarsyndrom innerhalb von sechs Tagen bis zur PTCA Infarkte oder refraktäre Ischämien reduziert (12,1% vs. 15,3%), in der PCI-CLARITY-Studie³⁸

(PCI-CLARITY = Percutaneous Coronary Intervention – Clopidogrel as Adjunctive Reperfusion Therapy) bei ST-Hebungsinfarkt innerhalb von drei Tagen Reinfarkte oder Insulte (4,0% vs. 6,2%). Auch während der vierwöchigen Nachbehandlung mit ASS plus Clopidogrel für alle Studienpatienten hält der Effekt der Vorbehandlung weiter an: In PCI-CURE werden kardiovaskuläre Todesfälle oder Infarkte von 4,4% auf 2,9% und in PCI-CLARITY von 5,4% auf 3,3% vermindert (arznei-telegramm 2001; 32: 91 und 2002; 33: 124; vgl. arzney-telegramm 2005; 36: 42-3).

Dauer der Kombinationstherapie bei unbeschichteten Stents:

Unter Verweis auf Daten der CREDO- und der PCI-CURE-Studie wird von Experten und in Leitlinien empfohlen, die Kombination ASS plus Clopidogrel bei Stenteinlage im Rahmen einer instablen Angina, eines akuten Koronarsyndroms oder eines Infarktes neun bis zwölf Monate lang zu verordnen.^{2,32,39} Den Nutzen dieser verlängerten Clopidogreinnahme können die Studien wegen methodischer Mängel aber nicht belegen.

Zwar werden Todesfälle, Infarkte und Insulte in CREDO in der Zeit zwischen Tag 29 (nach der vierwöchigen Routineeinnahme von Clopidogrel plus ASS) und dem Studienende nach einem Jahr durch Clopidogrel redu-

Clopidogrel im Kostenvergleich (€)

				Deutschland		Österreich	
Clopidogrel				OP	4 Wo.	OP	4 Wo.
PLAVIX	Sanofi-A.	100 Tbl. zu	75 mg	250,49	70,14		
PLAVIX	Sanofi-A.	84 Tbl. zu	75 mg			251,00	83,67
Azetylsalizylsäure							
ASS 100 HEXAL	Hexal	100 Tbl. zu	100 mg	3,49	0,98	3,60	1,01
ASPIRIN 100 N	Bayer-V.	100 Tbl. zu	100 mg	5,00	1,40		
ASPIRIN 100	Bayer	20 Tbl. zu	100 mg			2,45	3,43
GODAMED 300 TAH	Pfleger	100 Tbl. zu	300 mg	5,49	1,54		
ASPIRIN 300 N	Bayer-V.	100 Tbl. zu	300 mg	7,49	2,10		
THROMBO ASS 300	Lannach.	100 Tbl. zu	300 mg			7,55	2,11

ziert (8,5% vs. 11,5% unter ASS allein); der Endpunkt wurde jedoch erst nachträglich definiert. Daten zum prädefinierten kombinierten Endpunkt für die Langzeiteffekte (Tod, Infarkt oder Revaskularisation) finden sich in der Publikation dagegen nicht; die einzelnen Endpunkte bleiben unbeeinflusst. Zudem fehlen für eine beträchtliche Zahl von Patienten die Verlaufsdaten.

Auch im publizierten Protokoll zu PCI-CURE wird ein Endpunkt für die Langzeiteffekte definiert (kardiovaskulärer Tod, Infarkt oder refraktäre Ischämie ab dem vierten Monat bis zur Abschlussuntersuchung), über den in der Studie nicht berichtet wird.⁴⁰ Als Endpunkt für Langzeiteffekte werden dagegen kardiovaskuläre Todesfälle oder Infarkte von der PTCA bis zum Studienende (6,0% vs. 8,0% unter ASS allein) angegeben. Deren Reduktion geht aber allein auf eine Verminderung der Infarktrate in der Phase der ersten vier Wochen nach PTCA zurück (2,1% vs. 3,8%), während der alle Patienten Clopidogrel plus ASS bekommen; kardiovaskuläre Todesfälle treten nach PTCA bis zum Studienende numerisch gleich häufig auf.

Auch für Stents nach akutem ST-Hebungsinfarkt gibt es keine Belege, dass ASS länger als einen Monat nach PTCA mit Clopidogrel kombiniert werden muss. Die einzige hierfür relevante Studie (PCI-CLARITY) ist lediglich über vier Wochen durchgeführt worden.³⁸ Somit ist nach PTCA mit unbeschichteten Stents generell der Nutzen nur für eine vierwöchige Einnahme von Clopidogrel zusätzlich zu ASS belegt.

ASS plus Clopidogrel bei beschichteten Stents

Die erforderliche Dauer der Kombination von ASS mit Clopidogrel bei beschichteten Stents ist weiterhin unklar. Amerikanische Leitlinien empfehlen drei Monate nach Sirolimus (▼CYPHER)- und sechs Monate nach Paclitaxel (▼TAXUS)-Stents,² deutsche und europäische raten zu sechs bis zwölf Monaten unabhängig von der Art der Beschichtung.^{32,35} Die amerikanische Empfehlung basiert auf Vorgaben zur Anwendung von Clopidogrel in randomisierten Studien zur Prüfung der Stents. Solange die erforderliche Therapiedauer nicht durch adäquate Studien geklärt ist, erscheinen diese Empfehlungen am besten begründet (arznei-telegramm 2005; 36: 30-1). Nach Register- und Beobach-

tungsdaten besteht die Gefahr bedrohlicher Stentthrombosen mit 40%- bis 50%iger Mortalität dann, wenn Clopidogrel vor dem dritten (Sirolimus) oder sechsten Monat (Paclitaxel) nach Stentimplantation abgesetzt wird.^{41,42} Ob es auch zu gehäuften Stentthrombosen kommt, wenn Clopidogrel danach nicht weiter eingenommen wird, ist ungeklärt und bedarf dringend einer systematischen Überprüfung.

ASS plus Clopidogrel bei akutem Koronarsyndrom

Der Nutzen von Clopidogrel (initial 300 mg, dann 75 mg/Tag) zusätzlich zu 75 mg ASS beim akuten Koronarsyndrom wird in der CURE-Studie (CURE = Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events) mit mehr als 12.500 Patienten über durchschnittlich neun Monate geprüft⁴³ (arznei-telegramm 2001; 32: 91-2). Unter der Kombination liegt die Rate kardiovaskulärer Todesfälle, Infarkte und Insulte niedriger als unter ASS allein: 9,3% versus 11,4%. Auch der zweite primäre kombinierte Endpunkt, der refraktäre Ischämien mitberücksichtigt, wird günstig beeinflusst (16,5% vs. 18,8%). Unter den Einzelkomponenten sind nur Infarkte signifikant seltener (5,2% vs. 6,7%). Allerdings nehmen schwerwiegende Blutungen unter der Kombination signifikant zu (3,7% vs. 2,7%). Eine aktuelle dänische Fallkontroll-Studie findet unter Clopidogrel plus ASS gegenüber ASS allein in der alltäglichen Anwendung einen Anstieg des Risikos für schwere obere gastrointestinale Blutungen um den Faktor 7.⁴⁴

Gemäß einer graphischen Darstellung in einer Nachauswertung der CURE-Studie ist zwischen dem dritten und neunten Monat der Nutzenzuwachs unter der Kombination (etwa zwei verhinderte kardiovaskuläre Todesfälle, Infarkte oder Insulte pro 1.000 Patienten) nicht größer als die Zunahme der Blutungskomplikationen (etwa drei zusätzliche lebensbedrohliche Blutungen pro 1.000 Patienten).⁴⁵ Somit fehlen ausreichende Belege, dass Clopidogrel bei akutem Koronarsyndrom – wie in Leitlinien empfohlen – länger als drei Monate zusätzlich zu ASS eingenommen werden muss.

Auch die CREDO-Studie schließt Patienten mit instabiler Angina ein (53%). Jedoch werden Kriterien für die Erkrankung nicht definiert und Ergebnisse nicht präsentiert. Die Stu-

die kann somit nicht zur Beurteilung der Wirksamkeit von Clopidogrel beim akuten Koronarsyndrom herangezogen werden. Gleiches gilt für die COMMIT-Studie⁴⁶ (COMMIT = Clopidogrel and Metoprolol in Myocardial Infarction Trial), in der Clopidogrel plus ASS gegenüber ASS allein beim akuten Infarkt geprüft wird. Zwar leiden 3.000 (6,9%) der knapp 46.000 Patienten an einem Nicht-ST-Hebungsinfarkt. Diese Subgruppe wird aber nicht gesondert ausgewertet.

ASS plus Clopidogrel bei ST-Hebungsinfarkt?

Der Nutzen von Clopidogrel zusätzlich zu ASS ist beim ST-Hebungsinfarkt in zwei Studien untersucht worden. In der chinesischen COMMIT-Studie⁴⁶ mit fast 46.000 Patienten senkt die Kombination im Vergleich zu ASS allein in zwei Wochen die Mortalität geringfügig, aber signifikant von 8,1% auf 7,5%. Todesfälle, Infarkte und Insulte werden signifikant von 11,1% auf 9,2% vermindert. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist unklar: Interventionell behandelte Patienten werden nicht aufgenommen; nur gut 50% erhalten eine Lysetherapie – überwiegend mit der hierzulande wenig gebräuchlichen Urokinase (UROKINASE MEDAC u.a.; arzney-telegramm 2005; 36: 110-1).

In der CLARITY-Studie⁴⁷ (CLARITY = Clopidogrel as Adjunctive Reperfusion Therapy) liegt die Mortalität unter Clopidogrel plus ASS bei knapp 3.500 Infarktpatienten, die nur fibrinolytisch behandelt werden, nach zwei Wochen numerisch höher als unter ASS allein (2,6% vs. 2,2%). Reinfarkte nehmen dagegen numerisch ab (2,5% vs. 3,6%). Verwertbare Aussagen lässt die auch methodisch angreifbare Studie nicht zu. Wie in COMMIT sind Blutungen unter der Kombination nicht häufiger (arznei-telegramm 2005; 36: 42-3). Insgesamt ist der Nutzen von zusätzlichem Clopidogrel bei ST-Hebungsinfarkt unter hiesigen Versorgungsbedingungen nicht belegt.

Störwirkungen

Die Verträglichkeit von Clopidogrel ist mit der von ASS vergleichbar. In CAPRIE sind im Verlauf von knapp zwei Jahren Störwirkungen an Magen und Darm unter Clopidogrel um 2,7% (mit Abbruch der Therapie um 0,8%) seltener, Störwirkungen an der Haut um 2,7% (0,8%) häufiger als unter ASS.⁴⁸ Die Abbruchraten wegen Stör-

wirkungen und die Häufigkeit der Krankenhausaufnahmen insgesamt unterscheiden sich nicht.^{48,49} In CAPRIE treten unter Clopidogrel zwar seltener neue Ulzera (0,7% vs. 1,2%) und Blutungen an Magen und Darm (2,0% vs. 2,7%) auf; ASS ist mit 325 mg pro Tag für hiesige Verhältnisse jedoch hoch dosiert. Schwere Blutungen insgesamt, an Magen und Darm oder aus Ulzera unterscheiden sich nicht. Gleiches gilt für Blutbildungsstörungen.⁴⁸

Blutungsrezidive aus peptischen Ulzera sind bei Patienten, die unter Low-dose-ASS (bis 325 mg pro Tag) eine Ulkusblutung erleiden, bei Fortsetzung von ASS in Dosierungen von 80 mg bis 100 mg pro Tag und Kombination mit einem Protonenpumpenhemmer wie täglich 20 mg bis 40 mg Esomeprazol (NEXIUM) im Folgejahr deutlich seltener als bei Wechsel auf Clopidogrel (<1% vs. 8,6-13,6%; a-t 2006; 37: 92-3).^{50,51} Ulzera unter niedrig dosierter ASS heilen bei fortgesetzter Einnahme von ASS in einer Tagesdosis von 75 mg zusammen mit 20 mg Omeprazol (ANTRA u.a.) genauso sicher ab wie unter Clopidogrel plus Omeprazol.⁵² Somit stellen Ulzera oder Ulkusblutungen unter niedrig dosierter ASS keine Indikation für Clopidogrel dar.

Kosten

Pro vier Wochen ist die Einnahme von täglich 100 mg Azetylsalizylsäure mit 1€ (ASS 100 HEXAL u.a.) oder mit 1,40€ für ASPIRIN 100 N sehr preisgünstig. Die Tagesdosis von 300 mg ASS ist mit 1,50€ bis 2,10€ für vier Wochen nur unwesentlich teurer. Clopidogrel (PLAVIX, täglich 75 mg) kostet mit 70€/4 Wochen bis zu 70-mal mehr.

Bei chronischem Gefäßleiden sehen wir eine sichere Indikation für Clopidogrel (ISCOVER, PLAVIX) nur, wenn Kontraindikationen gegen Azetylsalizylsäure (ASS; ASPIRIN u.a.) wie Asthma oder Allergien vorliegen. Beim akuten Koronarsyndrom ist der Nutzen von Clopidogrel plus ASS für eine Einnahmedauer von drei Monaten belegt, bei unbeschichteten Stents für vier Wochen. Bei beschichteten Stents ist die optimale Dauer für die Kombination weiter unklar. Zu empfehlen sind drei (Sirolimus) bzw. sechs (Paclitaxel) Monate.

(R = randomisierte Studie, M = Metaanalyse)

	1	Sanofi Aventis: Fachinformation PLAVIX, Stand Sept. 2006
	2	SMITH, S.C. et al. : ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention; http://www.acc.org/qualityandscience/clinical/guidelines/percutaneous/update/index_rev.pdf
R	3	CAPRIE Steering Committee: Lancet 1996; 348: 1329-39
	4	CANNON, C.P. et al.: Am. J. Cardiol. 2002; 90: 760-62
	5	IQWiG: „ Clopidogrel versus Acetylsalicylsäure in der Sekundärprophylaxe vaskulärer Erkrankungen“, Stand 30. Juni 2006; zu finden unter: http://www.iqwig.de/index.356.html
	6	BHATT, D.L. et al.: JAMA 2006; 295: 180-89
	7	BHATT, D.L. et al.: Am. J. Cardiol. 2002; 90: 625-28
	8	BHATT, D.L. et al.: Circulation 2001; 103: 363-68
	9	RINGLEB, P.A. et al.: Stroke 2004; 35: 528-32
R	10	MASSIE, B.M. et al.: J. Card. Fail. 2004; 10: 101-12
	11	CLELAND, J.G.F. et al.: Eur. J. Heart Fail. 2004; 6: 501-8
R	12	PETTERSEN, A.A. et al.: Scand. Cardiovasc. J. 2004; 38: 353-6
M	13	Antithrombotic Trialists' Collaboration: BMJ 2002; 324: 71-86
	14	MICHOS, E.D. et al.: Mayo Clin. Proc. 2006; 81: 518-26
	15	WANG, T.H. et al.: Eur. Heart J. 2006; 27: 647-54
	16	SANDERSON, S. et al.: Ann. Intern. Med. 2005; 142: 370-80
	17	GURBEL, P.A. et al.: Circulation 2003; 107: 2908-13
	18	LAU, W.C. et al.: Circulation 2004; 109: 166-71
	19	NGUYEN, T.A. et al. : J. Am. Coll. Cardiol. 2005 ; 45: 1157-64
R	20	BHATT, D.L. et al.: N. Engl. J. Med. 2006; 354: 1706-17
R	21	DIENER, H.C. et al.: Lancet 2004; 364: 331-37
R	22	ACTIVE-W Writing Group: Lancet 2006; 367: 1903-12
R	23	LEON, M.B. et al.: N. Engl. J. Med. 1998; 339: 1665-71
R	24	HALL, P. et al.: Circulation 1996; 93: 215-22
R	25	SCHÖMIG, A. et al.: N. Engl. J. Med. 1996; 334: 1084-89
R	26	BERTRAND, M.E. et al.: Circulation 1998; 98: 1597-603
R	27	URBAN, P. et al.: Circulation 1998; 98: 2126-32
R	28	TANIUCHI, M. et al.: Circulation 2001; 104: 539-43
R	29	BERTRAND, M.E. et al.: Circulation 2000; 102: 624-9
M	30	BHATT, D.L. et al.: J. Am. Coll. Cardiol. 2002; 39: 9-14
M	31	CASELLA, G. et al.: Ital. Heart J. 2003; 4: 677-84
	32	SILBER, S. et al.: Eur. Heart J. 2005; 26: 804-47
R	33	STEINHUBL, S.R. et al.: JAMA 2002; 288: 2411-20
R	34	PATTI, G. et al.: Circulation 2005; 111: 2099-106
	35	SILBER, S. et al.: Positionspapier zur Vermeidung von Tod und lebensbedrohlichen Komplikationen nach koronarer Stentimplantation durch die zusätzliche Gabe von Clopidogrel; http://www.bnk.de/uploads/media/DGK-PP-Clopidogrel_01.pdf
R	36	MEHTA, S.R. et al.: Lancet 2001; 358: 527-33
	37	LEWIS, B.S. et al.: Am. Heart J. 2005; 150: 1177-84
R	38	SABATINE, M.S. et al.: JAMA 2005; 294: 1224-32
	39	SCHNEIDER, H. et al.: Dtsch. med. Wochenschr. 2006; 131: 1105-10
R	40	MEHTA, S.R. et al.: Eur. Heart J. 2000; 21: 2033-41
	41	IAKOVOU, I. et al.: JAMA 2005; 293: 2126-30
	42	PARK, D.W. et al.: Am. J. Cardiol. 2006; 98: 352-6
R	43	CURE Trial Investigators: N. Engl. J. Med. 2001; 345: 494-502
	44	HALLAS, J. et al.: BMJ 2006; 333: 726-8
R	46	COMMIT Collaborative Group: Lancet 2005; 366: 1607-21
R	45	YUSUF, S. et al.: Circulation 2003; 107: 966-72
R	47	SABATINE, M.S. et al.: N. Engl. J. Med. 2005; 352: 1179-89
	48	HARKER, L.A. et al.: Drug Saf. 1999; 21: 325-35
	49	BHATT, D.L. et al.: Am. Heart L. 2000; 140: 67-73
R	50	CHAN, F.K.L. et al.: N. Engl. J. Med. 2005; 352: 238-44
R	51	LAI, K.C. et al.: Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2006; 4: 860-5
R	52	NG, F.H. et al.: Aliment. Pharmacol. Ther. 2004; 19: 359-65

BTM-Formulare im Internet erhältlich

Das Formular zur Erstanforderung von Betäubungsmittelrezepten finden Sie unter www.bfarm.de/Betaeubungsmittel/Formulare. Das ausgefüllte Formular muss dann an die Bundesopiumstelle geschickt werden.

Unter dieser Internetadresse finden Sie auch die „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung bei Auslandsreisen“. Dieses Formular muss von Ihnen ausgefüllt und von der zuständigen obersten Landesbehörde beglaubigt werden. In Hamburg sind für diese Beglaubigung jeweils die Gesundheitsämter der Bezirke Hamburg-Mitte, Altona, Eimsbüttel, Hamburg-Nord, Wandsbek, Bergedorf und Harburg zuständig. Unbedingt zu berücksichtigen sind die Hinweise zur Mitnahme von Betäubungsmitteln durch Patienten bei Auslandsreisen. Das oben genannte Formular ist nur zu verwenden bei Reisen nach Dänemark, Belgien, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien. Für Reisen in andere Länder beachten Sie bitte die entsprechenden Hinweise auf der Internetseite.



Unter www.bfarm.de/Betaeubungsmittel/Rechtsgrundlagen finden Sie die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen, unter anderem das Betäubungsmittelgesetz und die BTMVV (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung).

Le

Durchschläge beim Blankoformularbedruckungs-Verfahren

Häufig fragen uns Ärzte, ob es beim Blankoformularbedruckungs-Verfahren Regelungen bezüglich des Ausdrucks der Durchschläge gibt, die „zum Verbleib in der Arztpraxis“ bestimmt sind. Viele Ärzte würden gern auf das Ausdrucken und Lagern der Durchschläge verzichten.

Die KBV hat zu dieser Thematik in ihrem aktuellen Update für das Quartal II/2007 an die Softwarehäuser folgende Stellungnahme abgegeben:

„Sofern die Dokumentation bereits elektronisch im Praxisverwaltungssystem erfolgt ist, muss der Ausdruck für die Arztpraxis nicht mehr zwingend

erforderlich sein. Selbstverständlich erlangt die elektronische Dokumentation, insbesondere da die Voraussetzungen der elektronischen Signatur in den seltensten Fällen erfüllt sind, nicht die gleiche Rechtswirksamkeit wie beispielsweise ausgedruckte und unterschriebene Dokumente. Die Verantwortung aber auch die Entscheidung darüber, wie dokumentiert wird, liegt letztendlich bei dem Arzt. Wir präferieren daher eine Lösung, die dem Arzt per individueller Konfiguration oder per Schalter den Ausdruck der jeweiligen Durchschläge erspart.“

ps

Quartalsabrechnung auf CD

Bereits seit geraumer Zeit besteht in Hamburg die Möglichkeit, für die Quartalsabrechnung als Datenträger auch eine CD zu nutzen. Neuere PCs sind in der Regel nicht mehr mit einem Diskettenlaufwerk ausgestattet. Außerdem treten bezüglich der Lesbarkeit der Daten bei CDs erheblich weniger Probleme auf als bei Disketten. Wenn Sie die Absicht haben, die Quartalsabrechnung Ihrer Praxis auf CD zu erstellen, sollte Sie dies zuvor mit Ihrem Softwarehaus absprechen.

Wichtig ist, die CD vor der Abgabe mit den Angaben zur Praxis (Abrechnungsnummer, Name) und dem entsprechenden Quartal zu beschriften. Die CDs, die Sie von der KV erhalten, sind künftig bereits vorbeschriftet. Sie sind speziell beschichtet und können direkt bestempelt oder mit jedem beliebigen Stift beschriftet werden.

ps



Überörtliche Gemeinschaftspraxis: Zentrale Datenverarbeitung notwendig

*Eine Berufsausübungsgemeinschaft stellt ein einziges Unternehmen dar.
Deshalb müssen alle dazugehörigen Praxisstandorte gemeinsam abrechnen.*

Seit März vergangenen Jahres können Vertragsärzte und –psychotherapeuten eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft gründen – eine Gemeinschaftspraxis, die an mehreren Standorten angesiedelt ist. Eine Berufsausübungsgemeinschaft stellt wirtschaftlich, steuer- und haftungstechnisch sowie zulassungsrechtlich ein einziges Unternehmen dar, das als Ganzes den Behandlungsvertrag gegenüber einem Patienten erfüllt. Das erfordert die Führung einer gemeinsamen Patientenkartei und die gemeinsame Abrechnung für GKV- und Privatpatienten. Wichtig ist deshalb, dass die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft über ein geeignetes EDV-System zur Verwaltung der Patientendaten und für die gemeinsame Quartalsabrechnung verfügt.

Um der Vorgabe der „wirtschaftlichen Einheit“ Rechnung zu tragen, muss man von allen Standorten aus auf ein gemeinsames Praxis-EDV-System zugreifen können. Wenn die unterschiedlichen Standorte mit getrennten EDV Systemen arbeiten, kann eine korrekte Abrechnung nicht gewährleistet werden. In diesem Fall kann beispielsweise nicht erkannt werden, wenn Patienten im laufenden Quartal bereits an einem anderen Praxisstandort derselben Berufsausübungsgemeinschaft aufgenommen und behandelt wurden, was zu Fehlern beim Einziehen der Praxisgebühr führt

und die korrekte Zuordnung des Ordinationskomplexes ebenso erschwert wie die Koordination von Diagnostik, Behandlung und Verordnung.

Schon bei der Planung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft sollten sich alle Beteiligten über eine einheitliche und vernetzte Praxis-DV Gedanken machen. Hierbei ist es besonders wichtig, Funktionalität, Qualität und Zukunftssicherheit der Software zu beachten. Denn egal wie und wann: Die eGK kommt.

Technisch mögliche Lösungen

Gemeinsamer Zugriff auf ein EDV-System

Um von allen Praxisstandorten auf das gemeinsame EDV-System zugreifen zu können, kann an einem Standort ein Kommunikationsserver installiert werden, der die Kommunikation mit den anderen Standorten übernimmt. An den entfernten Arbeitsplätzen, die über einen sicheren VPN Zugang (Virtual Private Network) mit dem EDV-System verbunden sind, kann wie gewohnt gearbeitet werden (Einlesen der KVK, Datenerfassung, Formulardruck etc.). Da eine ständige Datenübertragung erfolgt, muss eine schnelle Datenleitung vorausgesetzt werden, um Verzögerungen, Wartezeiten und Probleme bei der Datensynchronisation zu vermeiden.

Abgleich der Daten auf einem zentralen Server

Bei dieser Lösung arbeiten die Partner ebenfalls mit der gleichen Praxissoftware, jedoch erfolgt die Datenerfassung zunächst in das lokale EDV-System. An einem Standort befindet sich ein zentraler Server, auf dem die Daten aller Partner in definierten Zeitabständen abgeglichen und aktualisiert werden. Die Daten der entfernten Arbeitsplätze werden auch bei dieser Variante über einen sicheren VPN-Zugang an den Server übertragen. Da die Daten hier nicht permanent, sondern nur in bestimmten Zeitintervallen übertragen werden, ist natürlich die Anforderung an die Datenübertragungsgeschwindigkeit geringer.

Welche Lösung für Sie in Frage kommen kann und realisierbar ist, besprechen Sie bitte mit Ihrem Softwarehaus.

Datenschutz

Abschließend noch ein Hinweis aus datenschutzrechtlicher Sicht: Da Patientendaten nur mit schriftlicher Einwilligung des Patienten einem anderen Arzt zugänglich gemacht werden dürfen, sollte vor der Zusammenführung der Daten in ein gemeinsames System eine Patienteneinwilligung eingeholt werden.

ps

Anzeige

Mediziner brauchen keine Werbung...
... und die Erde ist eine Scheibe.

HEADQUARTERS | HAMBURG
Werbeagentur

Stadtdeich 27 · 20097 Hamburg
Tel. +49-40-87 87 999-0 · Fax +49-40-87 87 999-99
www.headquarters-hamburg.de · info@hqhh.de

Neues Hausarztmodell für Hamburg

Die KV Hamburg hat mit dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband zum 1. Januar 2007 einen Vertrag über eine hausarztzentrierte Versorgung abgeschlossen. Er gilt derzeit für Versicherte der Gmünder Ersatzkasse (GEK), der Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK) und die Krankenkassen Eintracht Heusenstamm (KEH). Erste Gespräche über den verbandsübergreifenden Beitritt weiterer Krankenkassen haben bereits stattgefunden.

Die Teilnahme ist für Versicherte und Ärzte freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte, die bestimmte persönliche und sachliche Qualitätsanforderungen erfüllen. Einzelheiten hierzu sind im Paragraph 4 des Vertrages geregelt. Eine Besonderheit gilt es bezüglich der vorausgesetzten Berechtigung zur psychosomatischen Grundversorgung gemäß Paragraph 5 Abs. 6 der Psychotherapievereinbarung zu beachten. Hausärzte, die zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns nicht über eine derartige Berechtigung verfügen, können diese innerhalb von zwei Jahren nach Teilnahmebeginn im Rahmen einer Nachqualifikation erwerben. Die Nachqualifikation muss allerdings spätestens ein Jahr nach Teilnahmebeginn in Angriff genommen werden. In diesen Fällen erfolgt die Genehmigung zur Teilnahme unter Vorbehalt. Die Teilnahmeerklärungen für die Ärzte (Anlage 2) erhalten diese bei der KV Hamburg.

Ziel des Vertrages nach Paragraph 73 c Sozialgesetzbuch (SGB V) ist es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung in Hamburg zu erhöhen. Versicherte, die den Hausarzttarif wählen, suchen grundsätzlich zunächst einmal ihren Hausarzt auf, wenn sie medizinische Hilfe benötigen. Augen- und Frauenärzte sowie Psychotherapeuten bei bereits genehmigter Psychotherapie können weiterhin direkt in Anspruch

genommen werden. Die Fachärzte sind über ein Zweitmeinungs- und Berichtssystem in das Hausarztmodell eingebunden. Durch rationelle Pharmakotherapie, Vermeidung von versehentlichen Doppeluntersuchungen und unnötigen Krankenhauseinweisungen sollen Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden.

Zu den in Paragraph 5 geregelten Aufgaben der Hausärzte gehören unter anderem die Information der Patienten über Teilnahmemöglichkeiten an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP), die wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln, aber auch die Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens zur Abklärung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung. Hierzu verwendet der Hausarzt den Dokumentationsbogen gemäß der Anlage 6.

Mit Ausnahme der Augen- und Frauenärzte sowie der Psychotherapeuten bei genehmigten Psychotherapien sind die direkt in Anspruch genommenen Fachärzte zur Information des Hausarztes verpflichtet. Hierzu verwenden diese den Vordruck gemäß der Anlage 5.

Die Vergütung ist in Paragraph 12 des Vertrages geregelt. Demnach erhalten Hausärzte für die Information, Beratung und Einschreibung ein Honorar von 10 Euro (Pseudoziffer 99450). Ab dem Folgequartal der Einschreibung erhält der Hausarzt eine Steuerpauschale von 9 Euro (Pseudoziffer 99451), soweit ein Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist. Die Fachärzte erhalten für die Aufwendungen und Leistungen im Zusammenhang mit der Mitteilung an den Hausarzt 4 Euro inklusive Porto-/Faxkosten (Pseudoziffer 99452) sowie für die Durchführung des Zweitmeinungsverfahrens 9 Euro inklusive Port-/Faxkosten (Pseudoziffer 99453).

Müssen Versicherte, die den Hausarzttarif wählen, Praxisgebühr zahlen?

1. Bei Inanspruchnahme der Hausärzte entfällt die Praxisgebühr ab und einschließlich des Tages der Teilnahmeerklärung. Vorab im selben Quartal entrichtete Praxisgebühren werden nicht erstattet.

2. Bei Inanspruchnahme von nicht teilnehmenden Hausärzten in Notfällen oder bei Urlaubsvertretungen kann eine Erstattung der Praxisgebühr durch die Kasse auf Antrag erfolgen.

3. Bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes ist in jedem Fall die Praxisgebühr zu entrichten.

Weitere Informationen zum Vertrag „Hausarztzentrierte Versorgung“ finden Sie im Internetauftritt der KV Hamburg www.kvhh.de unter der Rubrik „Weitere Versorgungsformen“. Sofern kein Internet-Anschluss vorhanden ist, finden Sie den Vertrag auch im Hamburger Ärzteblatt (Ausgabe 02/2007).

Die Vordrucke für die Verwendung in den Praxen

- Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 4);
- Information des Facharztes an den Hausarzt (Anlage 5) sowie
- Zweitmeinungsverfahren (Anlage 6)

liegen bei der KV Hamburg (Pfortner) aus. Die Teilnahmeerklärung der Hausärzte (Anlage 2) erhalten diese ebenfalls bei der KV Hamburg.

Bae

Ansprechpartner:
Zur Genehmigung
und Qualitätssicherung:
Frau Taal Tel. 22802 – 603
Frau Mindermann Tel. 22802 – 601

Vertragsärzten droht Überalterung

Die Vertragsärzte werden immer älter. Mehr als die Hälfte aller niedergelassenen Mediziner (55,9 Prozent) haben 2006 das Alter von 50 Jahren überschritten. Das geht aus den aktuellen Statistiken der KBV hervor. Am stärksten von der Überalterung betroffen sind die Allgemeinärzte (59 Prozent über 50), die Nervenärzte (60,4 Prozent), die Chirurgen (61,3 Prozent) und die ärztlichen Psychotherapeuten (63,8 Prozent). Während das Durchschnittsalter der Niedergelassenen seit Jahren stetig zunimmt, schrumpft der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte weiter. 2006 lag er nur bei 0,6 Prozent. „Wir müssen Anreize bieten, die die Arbeit in der Arztpraxis wieder attraktiver machen. Die Flexibilisierung des Vertragsarztrechts ist der erste Schritt in diese Richtung“, so Köhler weiter.

(KBV-Pressemitteilung, 10. März)

Medizinische Versorgungszentren legen zu

Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist auch im vierten Quartal 2006 weiter gestiegen. Wie aus einer aktuellen Erhebung der KBV hervorgeht, gab es am 31. Dezember bereits 666 MVZ in Deutschland. Drei Monate zuvor waren es noch 562. Das bedeutet einen Anstieg um fast 20 Prozent. Die meisten dieser Zentren liegen in Bayern, Berlin und Niedersachsen. In den MVZ arbeiten insgesamt 2.624 Ärzte. Von ihnen sind fast zwei Drittel als Angestellte beschäftigt. Im Durchschnitt arbeiten in einem Zentrum vier Ärzte, darunter vor allem Hausärzte, Internisten und Chirurgen. Fast zwei Drittel sind in Trägerschaft von Vertragsärzten.

(KBV-Pressemitteilung, 13. März)

Mehr Geld und eigenes EBM-Kapitel für Belegärzte

„Die Belegärzte können teilweise aufatmen. Ihre Vergütungssituation wird sich ab dem 1. April verbessern. Mit den Krankenkassen haben wir uns auf feste, angemessene Punktwerte und eine Finanzierung belegärztlicher Leistungen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung geeinigt“, hat der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, erklärt. In ihrer Bundesempfehlung gehen die KBV und die Kassen von einem Mehrbedarf von rund 74 Millionen Euro im Jahr aus. Für belegärztliche Leistungen soll ein eigenes Kapitel 36 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden. „Durch Strukturpauschalen werden in dem neuen Kapitel die Besonderheiten der be-

legärztlichen Leistung besser berücksichtigt“, sagte der KBV-Chef. Keine Einigung erzielte der Bewertungsausschuss beim Thema Anhebung der Gesamtvergütung. Die KBV hatte ein Plus von zehn Prozent ab dem 1. Januar 2007 gefordert. Als Gründe nannte sie die Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent sowie die Anhebung der Gehälter der Ärzte an Krankenhäusern. An denen orientiert sich der kalkulatorische Arztlohn, der die Grundlage der EBM-Bewertungen bildet. Die KBV erwägt nun, ihre Forderung auf dem Schiedswege durchzusetzen.

(KBV-Pressemitteilung, 16. Februar)

Zigtausende bleiben Praxisgebühr schuldig

Zigtausende Patienten in Deutschland verweigern noch immer die Zahlung der Praxisgebühr. Wie die Bild-Zeitung unter Berufung auf die KBV berichtete, waren im vergangenen Jahr 887.000 Mahnungen wegen nicht gezahlter Praxisgebühr fällig. Rund 300.000 dieser Rechnungen seien lediglich beglichen worden. Der KBV-Vorsitzende Andreas Köhler hofft angesichts der schlechten Zahlungsmoral auf die Durchschlagskraft der seit 1. Januar geltenden Möglichkeit,

die säumige Gebühr durch den Gerichtsvollzieher einzutreiben: „Wir begrüßen es, dass es jetzt leichter wird, an die notorischen Nichtzahler heranzukommen.“ Insgesamt berappten die Patienten den Angaben zufolge 2006 rund 1,57 Milliarden Euro Praxisgebühr. Die Einnahmen seien damit ähnlich hoch ausgefallen wie 2005, als die Praxisgebühr den Krankenkassen 1,6 Milliarden Euro einbrachte.

(Agenturmeldung, 18. Februar)

KBV stellt Zahlen zum Koloskopie-Screening vor

Mehr als 1,7 Millionen Menschen haben bis Ende 2005 das seit Oktober 2002 bestehende Angebot der Koloskopie zur Darmkrebsfrüherkennung genutzt. Das sind 8,8 Prozent der berechtigten Männer und 10,2 Prozent der berechtigten Frauen. Allein 2005 unterzogen sich etwa 544.000 gesetzlich Versicherte der präventiven Darmspiegelung. Das ist das Ergebnis der Dokumentationen zur Früherkennungs-Koloskopie, die KBV-Vorstand Ulrich Weigeldt anlässlich des Darmkrebsmonats März vorgestellt hat. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) hat die präventive Darmspiegelung seit 2003 wissenschaftlich begleitet. Das Darmkarzinom ist eine Krebsart, die früh erkannt werden kann. Entdecken Ärzte Vorstufen dank der Koloskopie,

können sie sein Entstehen sogar verhindern. Aus den Auswertungen des ZI geht hervor, dass etwa 48,4 Prozent der Teilnehmer gesund waren. Bei fast jedem Dritten (32,2 Prozent) haben die Ärzte einen Polypen beziehungsweise ein Adenom festgestellt. Bei 6,6 Prozent aller koloskopierten Patienten lautete der Befund fortgeschrittenes Adenom, und bei 0,8 Prozent der Untersuchten wurde Darmkrebs diagnostiziert. Wegen des zumeist frühen Krankheitsstadiums (über 68 Prozent) war bei diesen 0,8 Prozent die Einleitung einer Therapie mit guten Heilungschancen möglich. Ab dem Alter von 55 Jahren können Versicherte eine Koloskopie zweimal im Abstand von zehn Jahren kostenfrei in Anspruch nehmen.

(KBV-Pressemitteilung, 22. Februar)

GBA ist Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bleibt auch nach der Verabschiedung der Gesundheitsreform entgegen der ursprünglichen Pläne des Gesetzgebers Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. „Wir konnten die Politik davon überzeugen, dass es keinen Sinn macht, die Mitglieder des GBA als Hauptamtliche einzusetzen, von den jeweiligen Selbstverwaltungspartnern inhaltlich abzukoppeln und damit die Akzeptanz der Entscheidungen des GBA massiv zu gefährden“, sagte Dr. Rainer Hess, unparteiischer Vorsitzender des GBA. Die Gesundheitsreform sieht vor, dass der GBA von September 2008 an mit einer veränderten Struktur arbeitet. Demnach werden alle Entscheidungen in einem einzigen sektorenüber-

greifend besetzten Beschlussgremium getroffen. Dieses setzt sich auf Seiten der Leistungserbringer aus je zwei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV und einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zusammen. Auf der Kassenseite sind fünf Vertreter des dann neu gebildeten Dachverbandes vorgesehen. Zudem beraten fünf nach wie vor nicht stimmberechtigte Patientenvertreter mit in den dann öffentlichen Sitzungen. Sämtliche Entscheidungen werden in dieser Besetzung getroffen, unabhängig davon, ob es sich um vertragsärztliche, vertragszahnärztliche, psychotherapeutische oder stationäre Versorgung handelt.

(Pressemitteilung des GBA, 16. Februar)

Neue Anforderungen auch für Praxishomepages

Ab 1. März 2007 müssen die Betreiber gewerblicher Homepages, beispielsweise Ärzte, ihre Nutzer über Art, Umfang und Zweck der Erhebung personenbezogener Daten sowie über deren Verarbeitung vor der Nutzung verständlich unterrichten. Dies schreibt das neue Telemediengesetz vor. Eine nicht ordnungsgemäße Belehrung über den Datenschutz wird als Wettbewerbsverstoß geahndet. Rechtsexperten rechnen damit, dass dies zu einer neuen Welle von kostenpflichtigen Abmahnungen führen wird. Ärzte mit eigener Praxishomepage sollten schon jetzt eine Datenschutzerklärung im Fußbereich der Startseite aufnehmen und die Nutzer die Belehrung nachweisbar bestätigen lassen.

(Pressemitteilung des
Medizinrechts-Beratungsnetzes,
15. Februar)

Patientenberatung sucht Borreliose- Experten

Immer wieder bekommt unsere Patientenberatung Anfragen von Patienten, die in der Sorge leben, an einer Borreliose erkrankt zu sein. Da die Symptomatik der Borreliose vielgestaltig ist, suchen wir Haus- und Fachärzte, die spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung besitzen.

Bitte melden Sie sich bei der Patientenberatung. Tel: 22802-650, Fax: 22802-686 oder eMail: patientenberatung@aekhh.de

Hotline für Opfer häuslicher Gewalt

Seit dem 25. November 2006 gibt es eine Hotline für die Opfer von häuslicher Gewalt und Stalking. Die Hotline wurde von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz eingerichtet, um erwachsenen Opfern, die sich aufgrund von erlittenen Gewalttaten oder Nachstellungen in seelischer Not befinden, Wege aus einer Gewaltbeziehung aufzuzeigen. Psychologinnen und Sozialpädagoginnen beraten kostenlos und in mehreren Sprachen - auf Wunsch auch anonym. Das Angebot reicht von einer ersten Krisenintervention bis hin zur Information über rechtliche Möglichkeiten und weiterführende Hilfeinrichtungen. Die zentrale Hotline ist täglich von 10 bis 22 Uhr geschaltet. Tel: 226 226 27

Infokärtchen für Ihre Patienten liegen im Formularraum der KV Hamburg aus.

vo

Wohnungslose Patienten in der Praxis

In vielen Praxen herrscht Unsicherheit darüber, ob und wie ärztliche Leistungen für wohnungslose Patienten abgerechnet werden können. Wir haben Ihnen die wichtigsten Fragen und Antworten zusammengestellt.

Sind wohnungslose Menschen krankenversichert?

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz-IV-Gesetz“) gelten 90% der früheren Sozialhilfeempfänger formal als erwerbsfähig und sind damit Empfänger von Arbeitslosengeld II - mit der Folge, dass sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Menschen, die Leistungen von den Grundsicherungs- und Sozialämtern erhalten, werden von gesetzlichen Krankenkassen betreut.

Der Zugang zu der medizinischen Regelversorgung ist also uneingeschränkt möglich, das heißt, für Menschen, die keinen festen Wohnsitz haben, gelten in der Praxis dieselben „Spielregeln“ wie für alle anderen Patienten.

Was, wenn der Patient seine Versicherungskarte nicht dabei hat und keine Auskunft über seine Krankenkasse geben kann?

Für diese Fälle hat die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz eine Telefon-Hotline eingerichtet, bei der die Krankenversicherungsdaten von wohnungslosen Menschen erfragt werden können.

Hotline des Jobcenters Kaiser-Wilhelm-Straße: 28 665 – 250

(montags bis donnerstags von 7:30 bis 16:00 sowie freitags von 7:30 bis 14:00)

Und wenn sich keine Krankenversicherung ermitteln lässt?

Die Behandlung von Menschen, die keinerlei Krankenversicherung haben (zum Beispiel illegale Einwanderer) kann nur gratis oder gegen Barzahlung erfolgen.

Was, wenn der Patient eine Überweisung, nicht aber seine Versicherungskarte dabei hat?

Die Vorlage einer Überweisung ist ausreichend, die Chipkarte muss nicht eingeleesen werden. Auch eine Weiterüberweisung ist bei Vorlage einer Überweisung möglich – allerdings nur im Rahmen des Überweisungsauftrags.

Was, wenn ein wohnungsloser Patient die 10 Euro Praxisgebühr nicht zahlen kann?

Sind wohnungslose Patienten in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, besteht auch die Pflicht zur Entrichtung der Praxisgebühr.

Nach dem Gesetz muss ein Arzt einen Patienten, der die Praxisgebühr nicht bezahlt hat, einmal schriftlich mahnen – diese Auflage wäre erfüllt, wenn der Arzt den Patienten die „Zahlungsaufforderung/Mahnung“ unterschreiben lässt, die von der KV zur Verfügung gestellt wird. Dieses Verfahren ergibt allerdings bei wohnungslosen Patienten keinen Sinn, da ein Mahnverfahren von der KV ja nur betrieben werden kann, wenn eine Adresse bekannt ist. Insofern sollte in diesen Fällen in der Abrechnung die Nr. 80047 („Zahlungsaufforderung nicht zustellbar“) angegeben werden. In Fällen, die durch diese Nr. gekennzeichnet sind, werden die zehn Euro Praxisgebühr bei der Honorarabrechnung nicht abgezogen.

rd

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Torsten Hemker

Geburtsdatum: 19.11.1954

Familie: 21 Jahre glücklich verheiratet, 3 Kinder (14, 12, und 10 Jahre)

Fachrichtung: Orthopädie

Weitere Ämter: Mitglied der Kammerversammlung, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes, Ärztlicher Geschäftsführer der Facharztambulanz Hamburg

Hobbys: Walking (auch mit Irish Setter Joy), Skifahren, andere Länder und Kulturen, Politik.



Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

Studium in Hamburg und Basel, 1980 Staatsexamen und Promotion, Wehrdienst als Truppenarzt, Weiterbildung im UKE (Chirurgie und Orthopädie), 1987 Facharzt für Orthopädie, seit 1991 Niederlassung in einer Einzelpraxis in der Dammtorstraße und belegärztliche Tätigkeit.

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

Das Geld muss der Leistung folgen: Ambulante Operationen dürfen nicht zum Nulltarif für die Kassen durchgeführt werden! Integrierte Versorgung gelingt nur mit Vertragsärzten!

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

Die KVH muss sich umstrukturieren zu einer „Gewerkschaft“ der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, um Verhandlungen zur Vergütung auch durchsetzen zu können. Das Gesundheitswesen wird sich entweder zur ineffizienten Staatsmedizin oder zur privatisierten Medizin mit Wettbewerb entwickeln. Der 2. Weg ist der bessere, darf aber nicht die Bedürfnisse der Patienten vergessen.

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

Hillary Clinton: Wie würden Sie als künftige Präsidentin der USA den Weltfrieden sichern?

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Versicherungspflicht statt Pflichtversicherung; Kostenerstattung statt Sachleistung (außer für Sozialhilfeempfänger).

Für Sie in der Vertreterversammlung

Michael Klemperer

Geburtsdatum: 22. Mai 1950

Familie: verheiratet, 3 Kinder

Fachrichtung: Allgemeinmedizin

Weitere Ämter: Fachausschuss Hausärzte, Zweiter Vorsitzender Hausärzterverband

Hobbys: Beachvolleyball



Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

Studium in Köln, Weiterbildung als (Medizinal)assistent in Köln Düren (Innere, Gynäkologie, Chirurgie, Urologie). Seit 1984 niedergelassen in Gemeinschaftspraxis in Hamburg St. Pauli.

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

- Ausreichend Vergütung in Euro und Cent
- Entbürokratisierung, zum Beispiel durch Pauschalen
- Anreize für zwendungsorientierte Hausarztmedizin
- eigenverantwortliche Vertretung der Hausärzte in der KV

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

Ich lehne Spekulationen ab.

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

Ich fürchte, das wäre Zeitverschwendung.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Meinen Beruf unbeschwert ausüben zu können.

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