

Wer profitiert?

Debatte um die Chancen und Risiken von Selektivverträgen

Kassenfusionen

Die neue Macht der Kostenträger.

Wettbewerb

Weniger Bürokratie durch Vertragsvielfalt?

KV-Wahlen

Geben Sie Ihre Stimme ab!



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Langsam trennen sich Mythos und Realität der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. In das „80-Euro-Versprechen“ schleichen sich Quotierungen, die gestiegene Kostenbelastung relativiert so manche Honorarträume, der immense bürokratische Zusatzaufwand wird greifbar und die irrwitzigen Probleme der Bereinigung treffen Beteiligte wie Unbeteiligte. Auf der anderen Seite etablieren sich attraktive Alternativen: In Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt haben Hausarztverband und KV gemeinsam Verträge abgeschlossen, die spürbare Honorarzuwächse ohne großen bürokratischen Aufwand ermöglichen. Diese „Add-on“-Verträge bieten leistungsgerechte Honorare für bislang unter- oder gar nicht finanzierte hausärztliche Leistungen und sinnvolle Pauschalregelungen – ohne Schiedsverfahren und Bereinigung. Die KV Hamburg hat diesen vernünftigen Weg immer präferiert und auch erste Verträge gemeinsam mit den Hausarztverbänden abgeschlossen. Die Verbände haben diese Vereinbarungen mittlerweile gekündigt. Aber noch ist es nicht zu spät, es gehört nur ein wenig Mut dazu. Die Hand der KV Hamburg bleibt jedenfalls ausgestreckt.



Ihr Walter Plassmann

Impressum

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

Erscheinungsweise sechswöchentlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers
Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvvh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

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

Titelbild: fotolia.de, Asha

Ausgabe 3/2010 (15. Mai 2010)

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in das Heft.

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Kassenfusionen - was kommt auf die Ärzte zu? _____	4
Die Kostenträger schließen sich zusammen, die Ärzteschaft spaltet sich auf – Analyse von Fritz Beske _____	5
Wer profitiert von der neuen Welt der Hausarztverträge? - Streitgespräch zwischen den Vertretern der beiden zur KV-Wahl antretenden Hausarztlisten _____	8
Hamburger Kardiologen: Selektivverträge wecken Hoffnung _____	10
Hamburger Kinder- und Jugendärzte: „Add-on“-Vertrag wäre attraktiv _____	13
Managed Care: Warum das Selektivvertragssystem für uns zum Albtraum werden könnte _____	14
Bürokratie: Multi-Payer-System lässt Verwaltungsaufwand explodieren / Datenschutz: Experten raten von Teilnahme an der HZV ab _____	16
Satire: Vorsicht Premiumpatient! Meine Praxis in einer Situation von Einzelverträgen _____	17

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	18
Sichere Instrumente: Schützen Sie Ihre Mitarbeiter! _____	19
Hautkrebsvorsorge: Die unterschiedlichen Versorgungsinhalte im Überblick _____	20
Zusammenarbeit mit Belegärzten: Wer zahlt die prä- und postoperative Diagnostik? Ärztliche Stelle im Internet _____	21

Brennpunkt Arznei

Änderungen der BtM-Verschreibungsverordnung / Besonderheiten opioidhaltiger Pflaster _____	22
Ausfüllen eines BtM-Rezeptes _____	23
Verschreibung von Otologika / Wirkstoffverträge statt Sortimentsverträge _____	24
Migräne-Kombinationen nicht mehr verordnungsfähig / Eingeschränkte Verordnungsfähigkeit von langwirkenden Analoginsulinen _____	25

Forum

Ärzte und Psychotherapeuten als ehrenamtliche Sozialrichter gesucht _____	26
---	----

KV intern

KV-Wahlen: Sie entscheiden, wer in den Gremien für Sie Politik macht _____	28
Selbsthilfegruppen suchen ärztliche Ansprechpartner / ZiPP-Studie: Bitte nehmen Sie teil! _____	29
Steckbriefe: Für Sie in der Vertreterversammlung _____	30
Terminkalender _____	31

Nachgefragt

■ Kassenfusionen: Was kommt auf die Ärzte zu?



Die Krankenkassen werden weiter fusionieren - und zu den treibenden Kräften hinter dieser Entwicklung gehört das Bestreben, Marktmacht zu akkumulieren. Für gute und geschäftstüchtige Ärzte sind Selektivverträge weiterhin eine große Chance. Doch wenn Kassen einen Marktanteil von zehn und mehr Prozent erreichen, steigt die Gefahr, dass den Ärzten die Bedingungen diktiert werden.

In einem vollständigen Selektivvertragssystem, in dem der KV-Kollektivvertrag nicht mehr existiert, wird es aller Voraussicht nach zu einer Erosion der Preise für medizinische Leistungen kommen. Der günstigste Vertrag setzt sich durch.

*Prof. Dr. Matthias Schönermark,
Unternehmensberater und
Spezialist für Kassenfusionen,
lehrt Management an der Medizi-
nischen Hochschule Hannover*



Dass die Kassenseite durch Fusionen an Marktmacht gewinnt, trifft nur für Verhandlungen zu, in denen eine Kasse allein auftritt. Das ist beispielsweise bei Rabattverträgen oder bei Selektivverträgen mit einzelnen Arztgruppen der Fall.

Im Kollektivvertrag sind die Kassen gesetzlich verpflichtet, gemeinsam und einheitlich zu verhandeln. Sie repräsentieren immer die Gesamtheit der GKV-Versicherten in einem KV-Bereich. Wenn sich die Gewichte der Kassen untereinander verändern, hat dies keine Auswirkung auf das Kräfteverhältnis gegenüber der Ärzteseite.

*Dr. Patrick Grzybek, Bereichsleiter
Verträge und Versorgung der
KV Hamburg*



Die Fusionen sind eine Folge des zunehmenden Wettbewerbsdrucks unter den Krankenkassen. Diese Zusammenschlüsse verfolgen in erster Linie das Ziel, Marktmacht um jeden Preis auszubauen; eine Verbesserung des Leistungsangebots für die Versicherten ist dabei zweitrangig. Der Wettbewerb hat aber auch andere Seiten. Er bietet die Chance, dass Ärzte mit innovativen Krankenkassen gemeinsam neue Wege in der Versorgung gehen. Hier gilt es, eine enge Partnerschaft zwischen Kassen, KVen, Ärzten und anderen Leistungserbringern zu entwickeln, die für alle Seiten ökonomische und strukturelle Vorteile bringen kann. Gemeinsames Ziel muss dabei insbesondere eine qualitative Verbesserung und eine Erhöhung des Leistungsniveaus in der Patientenversorgung sein. Der mittlerweile bewährte Homöopathievertrag zwischen der SECURVITA und der KBV ist ein erstes gutes Beispiel hierfür.

*Jan Behrens, Vorstand der
Securvita Krankenkasse*

Die Fusionswelle rollt

■ Die Kostenträger schließen sich zusammen, die Ärzteschaft spaltet sich auf. Was das vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Umwälzungen bedeutet, analysiert der Kieler Wissenschaftler Fritz Beske.

Die Finanzmittel werden knapper, der Versorgungsbedarf steigt. Auf diese einfache Formel lässt sich die Problematik der Finanzierung der Gesundheitsversorgung von morgen bringen.

Die Finanzierung des Versorgungsbedarfs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird in Verträgen zwischen Krankenkassen und

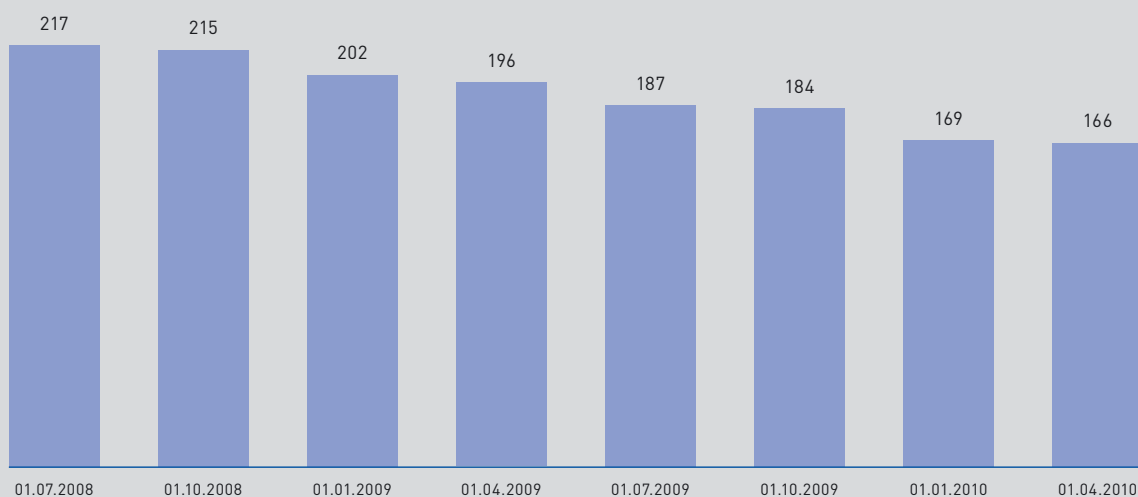
Leistungserbringern geregelt. Übergeordnetes Interesse der Vertragspartner ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Dann aber gehen die Interessen auseinander. Die Leistungserbringer streben eine leistungsgerechte Honorierung an, die Krankenkassen versuchen, eine bedarfsgerechte Versorgung mit dem geringst möglichen finanziellen Aufwand zu erreichen.

So fordert Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Spitzenverbands Bund der gesetzlichen Krankenkassen, Kostendämpfungsmaßnahmen bis hin zu einem Einfrieren der Ausgaben der GKV für Vertragsärzte und Krankenhäuser.

In dieser Situation ist es von Interesse, wie sich die Ver-

Fortsetzung auf S. 6

Konzentrationsprozess durch Fusionen: Anzahl der Kassen im Zeitverlauf



Quelle: GKV-Spitzenverband

Das Tempo, in dem die gesetzlichen Krankenkassen fusionieren, könnte sich einer Studie zufolge noch erhöhen. Die Wirtschaftsberatungsgesellschaft Ernst & Young befragte Krankenkassen, ob sie in den nächsten drei Jahren eine Fusion anstreben. Über 44 Prozent antworteten mit „ja“, 33 Prozent mit „vielleicht“. Nur 23 Prozent der befragten Kassen schlossen eine Fusion innerhalb der nächsten drei Jahre aus.

(Ernst & Young: Fusionen im Markt der gesetzlichen Krankenkassen, 2010)

handlungsmacht von Krankenkassen einerseits und von Vertragsärzten andererseits entwickelt.

Bei den Krankenkassen rollt die Fusionswelle. Nach der offiziellen Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums von November 2009 gibt es, um nur die großen Krankenkassen zu nennen, acht Ersatzkassen mit 18,4 Millionen Mitgliedern und 24,8 Millionen Versicherten sowie 14 Ortskrankenkassen mit 17,6 Millionen Mitgliedern

und 23,7 Millionen Versicherten. Im Gespräch ist eine Fusion der AOK Plus mit der AOK Hessen. Es sind sowohl bei den Ortskrankenkassen als auch bei den Ersatzkassen weitere Fusionen sowohl untereinander als auch mit anderen Krankenkassenarten zu erwarten.

Nach dem derzeitigen Stand gibt es 166 Krankenkassen. Die Krankenkassen haben eine gemeinsame Spitze, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, mit einem umfangreichen Mandat zum Abschluss

von Verträgen. Insgesamt bietet sich bei den Krankenkassen trotz Konkurrenz der Krankenkassen untereinander ein relativ homogenes Bild mit einer politisch gewollten Verlagerung der Verhandlungsmacht auf größere Einheiten. Die Krankenkassen wurden gestärkt.

Ein anderes Bild bietet die Ärzteschaft. Zwar sind Verhandlungspartner der Krankenkassen in erster Linie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kas-



Fotos: Reinhold Schütt

Verwaltungssitz des Spitzenverbandes Bund: „Das Geld ist nicht vermehrbar.“

senärztlichen Vereinigungen (KVen), doch spaltet die Möglichkeit zu Selektivverträgen die Verhandlungsmacht der Ärzte auf.

Die veröffentlichte Meinung von Vertragsärzten und von freien Ärzteverbänden bietet ein inhomogenes Bild. Es ist eine im Vergleich zu den Krankenkassen gegenläufige Entwicklung zu beobachten: Konzentrationsprozess bei den Krankenkassen, Zergliederung bei den Ärzten. Dabei verfolgen einige Ärzteverbände konsequent den Ausstieg aus dem KV-System und schwächen über Selektivverträge die Verhandlungsmacht der Kassenärztlichen Vereinigungen. Natürlich ist es das Recht jedes einzelnen Arztes, selbst über sein Schicksal zu entscheiden und das Recht von Ärzten, sich in Verbänden mit unterschiedlicher Zielsetzung zusammenzuschließen. Es stellt sich aber die Frage, ob nicht auf diesem Wege zumindest langfristig eine Situation entsteht, in der die Position des niedergelassenen Arztes nachhaltig geschwächt wird.

Selektivverträge haben ein doppeltes Gesicht. So verbessern Hausarztverträge einerseits die Honorarsituation teilnehmender Hausärzte, schwächen aber andererseits die Honorarsituation aller anderen im KV-System arbeitenden Ärzte. Jeder weitere Selektivvertrag verschärft die Situation der im KV-System verbleibenden Vertragsärzte, denn Geld ist nicht vermehrbar.

Noch bemühen sich Krankenkassen um den Abschluss von Selektivverträgen mit guten Konditionen. Es gibt aber einen point of no return. Ist erst einmal das KV-System so geschwächt, dass es für Selektivverträge kaum noch konkurrenzfähig ist, können Krankenkassen mehr und mehr ihre Marktmacht ausspielen und die Bedingungen vorgeben, unter denen Selektivverträge abgeschlossen werden können.

Kann eine flächendeckende Versorgung über Selektivverträge sichergestellt werden?

Dies entspricht den Gesetzen des Marktes. Die Situation, die einst zur Gründung des Hartmannbundes geführt hat, lässt grüßen.

Bleibt die versorgungspolitische Dimension. Gelobt wird in unserem Gesundheitswesen auch international die freie Arztwahl, der Zugang aller GKV-Versicherten zu allen und zu gleichen Leistungen der GKV bundesweit, unabhängig von der Krankenkassenart, und die Einfachheit des Abrechnungssystems. Diese Vorzugsstellung dürfte mit der Ausweitung von Selektivverträgen ein Ende haben. Zwar reklamieren einige Krankenkassenvertreter, allein über Selektivverträge ein gleichwertiges flächendeckendes Versorgungssystem sicherstellen zu können, doch ist nicht erkennbar, wie dies gelingen kann. Die freie Arztwahl wird ausgehöhlt. Eine Vielzahl von Selektivverträgen von jetzt 166 Krankenkassen mit unter-

schiedlichen Leistungsinhalten und Zugangsvoraussetzungen zur Gesundheitsversorgung führt zu einem nahezu unüberschaubaren Versorgungssystem. Versorgungslücken sind unvermeidbar. Die Ausdehnung von Selektivverträgen auf andere Leistungsbereiche und dabei in erster Linie auf das Krankenhaus wird die Situation verschärfen. Sollte die Politik unverändert eine flächendeckende Gesund-

heitsversorgung mit gleichen Zugangsvoraussetzungen aller GKV-Versicherten als ein weiterhin erstrebenswertes gesundheitspolitisches Ziel ansehen, stellt sich die Frage, wann der Zeitpunkt gekommen ist, zu dem für die Politik Handlungsbedarf besteht.

*Prof. Dr. med. Fritz Beske,
Direktor des Fritz Beske
Instituts für Gesundheits-
System-Forschung Kiel*





Dr. Stephan Hofmeister, Hausarzt in Eilbek, hält den Aufbau hausärztlicher Parallelstrukturen für einen Irrweg. Er fürchtet, dass die Spaltung der Ärzteschaft zur Etablierung eines vollständigen Selektivvertragssystems führen wird. Hofmeister ist Spitzenkandidat einer neuen Liste, die sich zur Wahl der Vertreterversammlung stellt (Hamburger Hausärzte).

„Der lachende Dritte“

■ Wer profitiert von einem Wettbewerb zwischen Ärzteorganisationen - die Ärzte oder die Kassen? Streitgespräch zwischen Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Frank Stüven über die Chancen und Gefahren von Hausarztverträgen.

Wenn die Hausarzt-Vollverträge nach Hamburg kommen, wird sich die Versorgungsstruktur dramatisch verändern. Welche Auswirkungen wird das auf die Ärzte haben?

Stüven: Ich sehe die dramatischen Veränderungen nicht, von denen Sie sprechen. Die KV versucht, die Kollegen mit dieser Rhetorik bange zu machen. Richtig ist: Die Hausärzte gewinnen ihre Autonomie zurück - insbesondere die Tarifhoheit. Honorarpolitisch sind wir in den vergangenen Jahrzehnten von KV und KBV

nicht sehr erfolgreich vertreten worden. Jetzt haben wir eine Alternative. Kollegen, die keine Veränderung wollen, treten den Verträgen nicht bei und machen so weiter wie bisher.

Hofmeister: Ich sehe das anders. Die Hausarzt-Vollverträge sind systemverändernd. Sie gefährden das KV-System.

Stüven: Diesen Punkt verstehe ich einfach nicht. Wenn wir mit unseren Verträgen so erfolgreich sind, wie ich es mir erträume, werden sich zwei Drittel der Kollegen einschreiben. Diese repräsentieren

etwa 20 Prozent des KV-Umsatzes. Wenn sich von deren Patienten wiederum die Hälfte einschreibt, hat die KV einen Umsatzverlust von etwa zehn Prozent. Das wird sie nicht in den Grundfesten erschüttern. Doch es macht ihr Druck, sich zu bewegen und besser zu werden - auch für uns Hausärzte.

Hofmeister: Das ist nicht zu Ende gedacht. Wenn die Verträge sehr erfolgreich sind, woran Du glaubst, werden die meisten Ärzte teilnehmen. Der Spaltpilz breitet sich aus. Das Selektivvertragswesen greift



Dr. Frank Stüven, Hausarzt in Bergedorf, ist einer der temperamentvollsten Verfechter von großen, die Regelversorgung ersetzenden Hausarztmodellen. Er sieht für die Hausärzte im KV-System keine Perspektive mehr. Stüven tritt als Spitzenkandidat der Liste des Hausärzteverbandes zur Wahl der Vertreterversammlung an (Hausarzt in Hamburg - DIE Hausarztliste).

auf die gesamte Ärzteschaft über. Dem Kollektivvertragssystem wird mit jedem neuen Selektivvertrag mehr Geld entzogen. Da stellt sich schon die Frage, wie die KV diese Entwicklung überleben soll.

Stüven: Der Kollektivvertrag hat kollektiv versagt. Er war selektiv gut für einige Fachgruppen und da nochmals für einige besonders geschickte Ärzte.

Hofmeister: Es wird höchste Zeit, dass wir Add-on und zusätzliches Honorar bekommen – da gebe ich Dir Recht. Doch der zunehmende Mangel an Hausärzten wird sich in jedem Fall zu unseren Gunsten auswirken. Warum sollen wir nun Parallelstrukturen aufbauen

und ein eingeführtes System zerstören? Kopfschmerz durch Enthauptung zu therapieren, ist kein gutes Konzept.

Stüven: Uns wird vorgeworfen: Ihr wollt das System zerstören. Doch das System wird in Frage gestellt, weil die Politik Selektivverträge eingeführt hat. Wir setzen das um – und zwar auf intelligente Weise. Denn im Unterschied zu den IV-Verträgen sind die Hausarztverträge keine wirklichen Selektivverträge. Jeder Hausarzt, der die Eingangsvoraussetzungen erfüllt, kann teilnehmen.

Hofmeister: Es gibt aber, anders als im Kollektivvertrag, keinen Kontrahierungszwang, und Dinge wie die geforderte Barrierefreiheit in einigen bis-

herigen Verträgen sind klare Ausschlusskriterien für viele Ärzte.

Stüven: Es darf auch nicht jeder Arzt am Kollektivvertrag teilnehmen. Als Du Vertragsarzt wurdest, musstest Du einen Riesenstapel von Papieren unterschreiben, in denen Deine Pflichten aufgeführt waren. Wir versuchen nun, eine Alternative zum Kollektivvertrag aufzubauen, in der die Patientenversorgung in den Mittelpunkt gestellt wird - und dazu brauchen wir gute und qualifizierte Hausärzte.

Hofmeister: Nicht alle Kollegen werden die Kriterien erfüllen.

Fortsetzung auf S. 10 

Stüven: Ein Teil der Kollegen wird die Kriterien nicht erfüllen. Jene beispielsweise, die sich spezialisiert haben und nur chirotherapeutisch oder psychosomatisch arbeiten und damit de facto gar nicht an der hausärztlichen Basisversorgung teilnehmen. Die Verträge werden zeigen, wer überhaupt noch Hausarzt im Wortsinne ist. Und ja: Es gibt auch höhere Qualitätsanforderungen. Einige Hausärzte werden sich ganz einfach bewegen müssen. Es wird Kollegen geben, die zum ersten Mal in ihrem Leben in einen Qualitätszirkel gehen oder eine Fortbildung für Psychosomatik machen, um an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen zu können. Eine drit-

te Gruppe, und die ist in Hamburg sehr groß, erfüllt bis auf die Abendsprechstunde bereits alle Voraussetzungen. Diese Gruppe bekommt jetzt endlich bezahlt, wofür sie jahrelang in Vorleistung gegangen ist.

Es gibt also nicht mehr Honorar ohne Gegenleistung?

Stüven: Nein. Das haben wir auch nie behauptet. Die Kassen zahlen nicht mehr Geld für das Gleiche. Sie zahlen mehr Geld für bessere Leistung.

Hofmeister: Ich sage: für mehr Leistung. Und das ist doch ein entscheidender Punkt: Ein höherer Umsatz ist noch keine höhere Umsatzrendite. Ich bin ausgesprochen skeptisch, dass die Ärzte unterm Strich pro

Stunde in der hausarztzentrierten Versorgung sehr viel mehr verdienen. Und es kommt noch etwas anderes hinzu: Die Kassen zahlen ja nicht mehr Geld ins System. Das in der hausarztzentrierten Versorgung verbrauchte Honorar muss anderen Arztgruppen weggenommen werden.

Stüven: Falsch. Das Geld wird definitiv nicht den Fachärzten weggenommen.

Hofmeister: Aber den anderen Hausärzten.

Stüven: Auch nicht. Die Kassen müssen erst mal mehr Geld ausgeben. Einige Kassen haben verstanden, dass es besser ist, kurzfristig etwas mehr Geld auszugeben, sich damit die

Kardiologen: Selektiv-Vollvertrag weckt Hoffnungen

Eines vorweg: Wir sind mit der KV hier in Hamburg sehr zufrieden. Dennoch suchen wir bereits seit vielen Jahren nach Möglichkeiten, die Versorgungs- und Honorarsituation durch Selektivverträge zu verbessern.

Nun setzt der 73c-Vertrag für Kardiologen in Baden-Württemberg neue Maßstäbe. Er wurde zwar nur mit einer Kasse abgeschlossen, umfasst aber die gesamte kardiologische Versorgung. Wir stellen fest, dass dieser Vertrag auch in Hamburg große Hoffnungen weckt. Unsere Mitglieder fragen danach. Deshalb werden auch wir versuchen, einen solchen Vertrag zu realisieren. Allerdings würden wir gerne die KV als Vermittler mit einbeziehen.

In Baden-Württemberg gibt es neben der AOK und der BKN-Service-GmbH noch den Medi-Verbund als dritten Vertragspartner. Uns wäre es lieb, wenn in Hamburg statt Medi die KV mit im Boot wäre. Einen Streit wie im hausärztlichen Bereich möchten wir vermeiden. Die ärztlichen Organisationen sollten nicht gegeneinander, sondern konstruktiv miteinander arbeiten.



Dr. Henning Seevers, Vorsitzender des Hamburger Berufsverbandes niedergelassener Kardiologen

„Arzneimittelsteuerung, weniger Krankenhausesweisungen, weniger Doppeluntersuchungen – damit werden die Kassen ihre Investitionen refinanzieren können.“



„Meine Antithese ist: Einige Kassen nehmen jetzt mehr Geld in die Hand, weil sie nach der Spaltung der Ärzteschaft in eine bessere Verhandlungsposition kommen.“



Primärarztebene zu erhalten, sich bessere Leistungen einzukaufen und damit mittelfristig sehr viel Geld zu sparen. Arzneimittelsteuerung, Arbeitsunfähigkeitsmanagement, Heilmittelversorgung, weniger Krankenhausesweisungen, weniger Doppeluntersuchungen – damit werden die Kassen ihre Investitionen refinanzieren können. Davon sind wir ganz fest überzeugt.

Hofmeister: Das ist eine Hypothese. Meine Antithese ist: Einige Kassen nehmen jetzt mehr Geld in die Hand, weil sie nach der Spaltung der Ärzteschaft in eine wesentlich bessere Verhandlungsposition kommen. Du hast ja schon eingestanden: Es wird eine Selektion geben. Das muss man den Kollegen ganz klar sagen: Einige fallen hinten runter. Nach unseren Kalkulationen könnten dies langfristig bis zu einem Drittel der Hausärzte sein.

Stüven: Der Sicherstellungsauftrag geht in der hausarztzentrierten Versorgung auf die Kassen über. Da gehört er auch hin. Als Hausarzt wirst Du ein immer knapper werdendes Gut anbieten, das Deine Verhandlungspartner unbedingt brauchen. Kann Dir etwas Besseres passieren?

Hofmeister: Diese Verhandlungspartner werden aber immer marktmächtiger, weil sie fusionieren. Es ist gefährlich zu glauben, dass wir uns eine Spaltung erlauben dürfen. Die Marktmacht des Hausarztes wird kolossal überschätzt. Die Selektivverträge machen es den Kassen leichter, die Ärzte gegeneinander auszuspielen. Irgendwann holt man die KV oder andere Verbände zurück ins Rennen um die Hausarztverträge.

Stüven: Es ist doch gut, wenn sich zwei Organisationen um

das bessere Modell streiten. Ich bin der lachende Dritte, der auswählen und sich für das beste Angebot entscheiden kann.

Hofmeister: Der lachende Dritte wird nicht der Arzt sein, sondern die Kasse. Ich habe den Eindruck, dass es ein Fernziel der Politik ist, die KV obsolet zu machen. Stattdessen werden wir Interessengruppen für Hausärzte, Landärzte, Stadtärzte, Kinderärzte und Gebietsärzte bekommen. Die Kassen werden sagen: Wir hätten von Ihnen gerne folgende Dinge, und bei Ihrem Mitbewerber bekommen wir das alles billiger.

Gibt es Einschränkungen der Therapiefreiheit in den Hausarztverträgen?

Fortsetzung auf S. 10



„Ich muss all diese Verträge lesen. Meine Softwareverwaltung wird teurer. Ich weiß nicht, wieso uns die hausarztzentrierte Versorgung weniger Bürokratie bringen soll.“

„Die administrative Seite ist zweischneidig. Ich werde fast alle meine Patienten mit fünf Verträgen abdecken können. Ohne den administrativen Aufwand für die KV wäre das ganz einfach.“



 Fortsetzung von S. 9

Hofmeister: Ja, da es eines der erklärten Ziele der hausarztzentrierten Versorgung ist, Einsparpotentiale zu heben, sehen wir eine massive Einflussnahme der Kostenträger auf unsere Therapie. Hinzu kommt, dass es unterschiedliche Modelle geben wird.

Stüven: Nein. Die Hausarztverträge bilden das gesamte hausärztliche Leistungsspektrum ab, ohne die Therapiefreiheit des Arztes einzuschränken. Die Verträge beinhalten jedoch zusätzliche leistungsorientierte Anreize.

Haben Sie nicht Angst, dass neben dem Privatversicherten-Bereich eine Viel-Klassen-Medizin innerhalb der GKV entsteht? Werden Sie die Patienten unterschiedlich behandeln – je nachdem ob und in welchem Modell sie eingeschrieben sind?

Stüven: Die hausarztzentrierte Versorgung hat nichts mit einer Viel-Klassen-Medizin zu tun, sondern verfolgt das Ziel, ein qualitativ hohes Behandlungsniveau zu realisieren. Unterschiede in der Versorgung kann es nur dort geben, wo in den Verträgen seitens der Krankenkassen bestimmte Leistungen besonders gefördert werden sollen. Das typische hausärztliche Leistungsspektrum ist aber selbstverständlich allen Versicherten zugänglich.

Hofmeister: Mit den verschiedenen Kassen- und Versorgungsmodellen wären wir beim Thema Bürokratie. Ich muss all diese Verträge lesen und meinen Angestellten erklären. Die Softwareverwaltung wird teurer. Ich weiß nicht, wieso uns die hausarztzentrierte Versorgung weniger Bürokratie bringen sollte.

Stüven: Die administrative Seite ist zweischneidig, das gebe ich

zu. Ich werde fast alle meine Patienten mit fünf Verträgen abdecken können: ein Vertrag für die AOK, einer für die IKK, einer für die BKK, einer für die Ersatzkassen und einer für die Techniker Krankenkasse. Wenn ich den ganzen administrativen Aufwand im KV-System nicht mehr hätte, wäre das ganz einfach. Doch vorerst läuft alles parallel.

Hofmeister: Das hört sich so an, als sollten die beiden Systeme irgendwann nicht mehr parallel laufen.

Stüven: Ich sehe nicht die Perspektive, dass eine gebietsärztlich dominierte KV die Interessen der Hausärzte künftig besser vertreten wird als sie es bisher getan hat. Du hast im Hamburger Ärzteblatt selbst geschrieben, die Hausärzte würden in der Vertreterversammlung durch andere Gruppen dominiert. Die KV sei bürokratisch, intransparent und

eine Service-Wüste. Weder Du noch ich konnten diese von Dir zu Recht beklagten Dinge bisher ändern. Nun frage ich Dich: Woher nimmst Du das Vertrauen, künftig in den KV-Gremien mehr erreichen zu können?

Hofmeister: Wir sind die KV. Die KV bewegt sich, langsam aber sichtbar. Der Versuch des Hausärzteverbandes, sich mit Maximalforderungen durchzusetzen, hat uns nicht voran gebracht. Es gab Kränkungen auf allen Seiten, die eine konstruktive Arbeit erschwert haben. Mit einfühlsamer Verhandlung kann man mehr erreichen. Ich gebe die Frage zurück: Warum

willst Du Dich nochmals in die Vertreterversammlung wählen lassen? Macht das Sinn für jemanden, der auf den alten Positionen beharrt und die KV als lebendes Organ eigentlich gar nicht erhalten will?

Stüven: Als Mitglieder der Vertreterversammlung sind wir Aufsichtsrat und Kontrollgremium. Diese Aufgabe nehme ich wahr. Ich versuche darauf zu achten, dass dieser Vorstand seine Arbeit möglichst gut für alle Ärzte macht, und dabei gilt mein Blick insbesondere den hausärztlichen Interessen. Parallel dazu setze ich mich für die hausarztzentrierte Ver-

sorgung ein. Nach all diesen Jahren, in denen ich das Gefühl hatte, gegen Gummiwände zu laufen, bewegt sich plötzlich etwas. Ich bin sehr optimistisch, dass die Verträge Erfolg haben. Deswegen würde ich dieses Gespräch gerne in zwei Jahren nochmals führen – um zu sehen, ob Du dann nicht sagst: „Hey Frank, jetzt komme ich auch in die hausarztzentrierte Versorgung.“

Hofmeister: Und ich bin sicher, dass in zwei bis drei Jahren spätestens offensichtlich wird, dass uns die Zerschlagung geschadet hat.

mn



Kinder- und Jugendärzte: „Add on“-Vertrag wäre attraktiv

Hier in Hamburg wird die Versorgung von Kindern nur zu einem sehr geringen Teil von Hausärzten erledigt. Das ist ein großer Unterschied zur Situation in Flächenländern wie Baden-Württemberg oder Bayern. Das Verhältnis zwischen Kinder- und Jugendärzten und Hausärzten ist in Hamburg sehr gut. Deshalb würden wir nicht in Zugzwang kommen, wenn die Hamburger Hausarztmodelle auch für Kinder offen stehen sollten: Ich glaube nicht, dass dieses Angebot in nennenswertem Umfang wahrge-

nommen würde. Eine Altersgrenze nach unten ist aber aus Sicht des BVKJ unverzichtbarer Bestandteil eines Hausarztvertrages.

Wir wollen den bürokratischen Aufwand möglichst gering halten und nicht drei oder vier Abrechnungsmodalitäten beachten müssen. Außerdem sehe ich die Gefahr, dass die Kassen einen Selektivvertrag nach einer gewissen Zeit nachverhandeln und sagen: „So viel Geld wollten wir eigentlich nicht ausgeben. Das muss künftig billiger werden.“ Die Verhandlungsposition einer Subgruppe ist unserer Einschätzung nach immer schlechter als die der gesamten Vertragsärzteschaft. Ein attraktives Angebot zur Verbesserung der Prävention können zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen sein, die im Rahmen von § 73 c Verträgen als "add on" erstattet werden.

Dr. Stefan Renz, Vorsitzender des BVKJ-Landesverbandes Hamburg

Der Arzt als KassencLOWN?

■ Warum das online-gesteuerte Selektivvertragssystem für uns zum Albtraum werden könnte

Als ich mich 1991 als Hausärztin in Hamburg niederließ, gab es noch keine Selektivverträge. Ich war glücklich, freiberuflich und selbstständig arbeiten zu können. Die Arbeit in einer Gemeinschaftspraxis machte mich zufrieden, die vielen Hausbesuche wurden noch bezahlt. Unser Spektrum war breit. Sonografie und Belastungs-EKG führten dazu, dass wir viele Diagnosen selber stellen konnten. Die Kassenärztliche Vereinigung war für mich eine Mischung aus Interessenvertretung und nerviger Kontrollinstitution, über die ich mir weiter keine Gedanken machte.

Bis 2006. In diesem Jahr gingen die Ärzte auf die Straße. Faxer flatterten in die Praxis. Viele von uns beschäftigten sich zum ersten Mal mit gesundheitspolitischen Fragen. Ich las von den Plänen einer kompletten Online-Überwachung von Ärzten und Patienten im Rahmen des E-Card-Projekts.

Heute ist der Paradigmenwechsel, der unserem Gesundheitswesen droht, bereits eingeleitet. Nicht mehr wir Ärzte sollen künftig das Medikament auswählen, welches am besten wirkt. Nicht mehr wir sollen über die Therapie entscheiden, die für den individuellen Patienten sinnvoll ist. Nicht mehr wir sollen das Krankenhaus

aussuchen, in dem die stationäre Behandlung nach unserer Erfahrung am besten ist.

Die Krankenkassen, gegründet als Einrichtungen zur Geldverteilung in einem solidarischen System, müssen heutzutage wie Wirtschaftsunternehmen denken. Sie geben Millionen für Werbung aus. Und das Gebot der Stunde ist Managed Care nach Vorbild der US-Medizin: Direkte Kontrolle und Steuerung der gesamten Versorgung durch die Kostenträger.

Was ist dafür nötig? Im Vorwege festgelegte Kopfpauschalen, die zu reduzierter Behandlung verleiten. Gut ausgebildete, kompetente Ärzte verlieren so ihre Motivation. Die immer größer werdenden Kassen-Oligopole drücken die Pauschalen nach unten. Oder es werden, wie jetzt schon im bayrischen Hausarztvertrag mit der AOK zu besichtigen, nachträglich weitere Leistungen in den Pauschalen „versenkt“ wie zum Beispiel die Akupunkturleistungen oder besondere andere Leistungen, die bisher extra bezahlt wurden. Die Krankenkassen übernehmen die Sicherstellung – beginnend in den Hausarztmodellen. Da frage ich mich: Kann es sein, dass uns Ärzten dieses Unterfangen in seiner Intention und seinen Folgen weiterhin unklar bleibt?



Foto: fotolia.de, objectforall

In wessen Interesse soll es denn sein, dass die Sicherstellung auf die Kassen übergeht, liebe Kolleginnen und Kollegen? Im Interesse der Ärzte oder der Patienten? Bitte wacht auf! Seit mehr als 50 Jahren hegen die Kassen diesen Wunsch, jetzt wird er verwirklicht. Mit Hilfe des Hausärzterverbandes?

Wie in den USA sollen wir Hausärzte als „Gatekeeper“ zwecks Kostenersparnis für die Kassen eingesetzt werden. Mit Hilfe der 73c-Verträge werden anschließend auch die Fachärzte ins Kassenkorsett gezwängt. Welche Auswirkungen hat das auf die Therapiefreiheit und Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung? Was auf uns zukommen könnte, zeigt ein Brief, den der stellvertretende AOK-Chef Baden-Württembergs an einen Apotheker geschrieben hat, der offenbar nicht alle Medikamente im Sinne der Rabatt-

verträge substituiert hat. Darin heißt es: „Wenn Sie nicht die vollumfängliche Substitution sicherstellen, (...) für die auch reicht, wenn mindestens eine Indikation beider Arzneimittel deckungsgleich ist, (...) folgt Verwarnung, Vertragsstrafe bis 25.000 Euro oder Ausschluss des Apothekenleiters aus der Versorgung des Versicherten bis zu 2 Jahren.“

Die Diktion des entscheidenden Partners der Bundesführung des Hausärztesverbandes spricht Bände. So, liebe hausärztliche und fachärztliche Kolleginnen und Kollegen, könnte es auch uns in Zukunft ergehen. So werden die Callgirls und Callboys in den Kassenzentralen möglicherweise auch mit uns sprechen. In den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung sind die Sanktionen beschrieben. Erfüllt ein Arzt die Vorgaben nicht, kann ihm der Vertrag gekündigt werden.

Wie lange die Ärzte dann noch durch den Kollektivvertrag „aufgefangen“ werden, ist unklar. Denn um den Paradigmenwandel vollziehen zu können, muss die KV weg (aber das sagt man nicht so laut). Zumindest aber soll sie juristisch und finanziell so geschwächt werden, dass sie nur noch die Rolle eines Resteverwalters oder einer „bad bank“ spielen kann. Zu einer vernünftigen Honorargestaltung soll sie jedenfalls nicht mehr in der Lage sein. Das Honorarchaos ist jetzt schon vorhanden. In kurzer Folge ändern

sich die „Verteilungsmaßstäbe“ als Folge der Gesetzesänderungen von 2007. Teilweise sind die Dumpingpauschalen so niedrig, dass Versorgung nicht mehr geleistet werden kann. Unsere eigenen Berufsverbände zeigen mit dem Finger auf die Schwierigkeiten der KV und schließen immer neue Einzelverträge ab. Für Tochter- und Partnerunternehmen wird es viel zu tun geben. Denn wie sollen wir unsere Praxis organisieren, wenn es für jede Kasse und jedes Ver-

sorgungsmodell unterschiedliche Konditionen gibt? Ich weiß schon: Das schafft „Hausarzt“ natürlich nur noch mit einer ganz klasse Vertragssoftware der Partner-Firma ABC. Der Hausarzt (und später auch Facharzt) kann dann vom „Therapieserver“ auf seinem Rechner Schritt für Schritt durch die Behandlung seines Patienten geleitet werden.

Aber das war nicht der Traum meines Arbeitslebens. Ich bin kein Hampelmann, kein Kassenclown, kein Renditeobjekt für Vertragsgemeinschaften. Ich möchte auch nicht, wie in diesen Verträgen (und auch im E-Card-Projekt) geplant, meine sensiblen Patientendaten in Server von privaten Firmen einstellen!

Was ist eigentlich wirklich wichtig? Was ist der Grund, warum viele Medizinabsolventen in

diesem unserem Land nicht mehr als Ärztinnen und Ärzte arbeiten wollen? „Eine ganz wesentliche Frage ist, ob der Arzt sich weiterhin fachgerecht für die Belange eines menschlichen Wesens einsetzen können wird, oder lediglich ein Techniker zu sein hat, der den einen oder anderen schlecht funktionierenden Körperteil betreut.“ (B. Lown, IPPNW-Gründer)

Angemessene Bezahlung ärztlicher Leistungen mit ganz klarer Transparenz der Rechnungen für

Verwarnung, Vertragsstrafe, Ausschluss - das könnte auch uns drohen.

Ärzte und Patienten sollte unser Ziel sein. Erhalt der ärztlichen Berufs- und Therapiefreiheit für unsere Patienten. Wir sollten uns nicht in ein Online-Komplettüberwachungsprogramm unter Kassenführung fesseln lassen!

Dr. Silke Lüder, Hausärztin in Bergedorf und Listenführerin der Freien Ärzteschaft Hamburg





Foto: fotolia.de, Israfil Sen

Zersplitterte Versorgung

- **Machen Selektivverträge ein Gesundheitssystem tatsächlich effektiver und transparenter? Erfahrungen aus den USA zeigen: Der Verwaltungsaufwand explodiert – und die Hauptlast tragen die Ärzte.**

In den USA, wo das Selektivvertragsystem am ausgeprägtesten ist, geben die Arztpraxen 27 Prozent ihrer Einnahmen für Verwaltung aus – alleine 14 Prozent für das aufwändige Vertragsmanagement und die Abrechnung. In einem solchen Multi-Payer-System gibt es kein einheitliches Formularwesen, keine einheitlichen Qualitätsanforderungen, keinen einheitlichen Leistungskatalog und keine einheitlichen Preise.

„In den 22 Jahren, in denen ich als Hausarzt gearbeitet habe, hat der Abrechnungsaufwand für die unterschiedlichen Ver-

sicherungen unsere Praxis beinahe zum Sinken gebracht“, kommentiert Thomas Bodenheimer, heute Professor für Familienmedizin an der Universität von Kalifornien, eine Studie seines Kollegen James G. Kahn, der die Kosten des amerikanischen Multi-Payer-Systems für Arztpraxen aufgedeckt hat.

Würde auch in Deutschland der Verwaltungsaufwand steigen, wenn man das Kollektivvertragsystem aufgibt? „Ja, in der Tat“, so Professor Kahn in einer E-Mail an das KVH-Journal. „Die Kosten für Abrechnungs- und

Vertragsmanagement könnten beträchtlich ansteigen, wenn man ein Multi-Payer-System mit unterschiedlichen Versorgungsmodellen einführt. Das ist genau die Struktur, die uns hier in den USA jährliche Verwaltungskosten von 350 Milliarden Dollar beschert. Ein Teil dieser Kosten fällt bei den Versicherungen an, doch die Hauptlast müssen die Ärzte und Krankenhäuser tragen.“

Literatur:

James G. Kahn: Billing and Insurance-Related Administrative Costs: Burden to Health Care Providers. Im Erscheinen.

James G. Kahn; Richard Kronick: The Cost Of Health Insurance Administration In California. Health Affairs, Vol 24, Nr. 6.

HZV: Datenschützer raten von Teilnahme ab

Auf ein anderes Problem von Selektivvertragsstrukturen weist das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) hin. In einer Pressemitteilung vom 4.3.2010 schreiben die Datenschützer: „Das praktizierte Verfahren der hausarztzentrierten Versorgung schafft einen großen, unkontrollierten und teuren bürokratischen Apparat bei der Informationsverarbeitung und Abrechnung zusätzlich zu dem bisherigen System der KVen.“ Bisherige Erfahrungen hätten gezeigt, dass der Schutz des Sozial- und Patientengeheimnisses bei den eingeschalteten privaten Anbietern nicht gewährleistet werden könne – und dass durch die kassenbezogene Sonderabrechnung eine massive Gefährdung der Datensicherheit bei den IT-Systemen der ambulanten Ärzte erfolge.

Das ULD empfiehlt den Hausärzten und Patienten, „die Möglichkeit der Teilnahme an diesem Versorgungssystem nicht in Anspruch zu nehmen“.

www.datenschutzzentrum.de → News → ULD: Hausarztzentrierte Versorgung sofort stoppen

Vorsicht Premiumpatient!

- Der eine hat Anspruch auf eine Abendsprechstunde, der andere auf ein Stück Obst ... Satirischer Willkommensgruß an die modernen Zeiten der selektivvertraglichen Versorgung

Foto: fotolia.de, gourmecana/Nerlich Images



Ich verfolge die Debatte um die Hausarztverträge sehr interessiert. Manchmal stelle ich mir mein Wartezimmer in einer Situation von Einzelverträgen vor.

Herr Müller von der Kasse XY darf maximal 30 Minuten warten, Frau Schulz von der Kasse XX darf einmal in der Woche auch abends kommen, Herr Schmidt von der Kasse ZZ hat Anspruch auf ein Glas stilles Wasser und ein Stück Obst, Frau Schröder muss die Kassengebühr der AB-Kasse nur in ungeraden Quartalen zahlen, Herr Müller muss den

Hausarzt wechseln, weil seine BQ-Kasse einen behindertengerechten Zugang verlangt (er wohnt im dritten Stock ohne Fahrstuhl, die nächste ebenerdige Praxis hat leider keine Haltestelle in der Nähe), für Frau Meier von der Kasse WJ muss eine separate elektronische Akte auf einem Apple-Computer geführt werden, Herr Scholz von der ZK-Kasse darf nur Medikamente von Rabattopharm, außer Blutdruckmittel, die bitte von Optimalpharm, Frau Allerwelt von der TG-Kasse erhält in allen Monaten, die mit J anfangen,

einen extra Hämocult, muss dafür aber den Grippeimpfstoff auf Einzelrezept erhalten, Herr Gebrechlich im Altenheim erhält einmal wöchentlich einen präventiven Hausbesuch, ob er will oder nicht, und für Frau Hopping muss auf Wunsch immer ein zeitnahe Termin bei einem Spezialisten ihrer Wahl vereinbart werden.

Da wird sich ja so mancher die KV zurückwünschen...

*Dr. Christan Scholber,
hausärztlicher Internist in Hannover
Zuerst veröffentlicht bei
Hausarzt.de/Facharzt.de.*



Foto: Felix Falter

Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter (v.l.n.r.): Sandy Kupferschmidt, Monique Laloire, Fleur Priess, Katja Egbers und Heike Kühnel

Fragen und Antworten

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

1 *Insbesondere im Zusammenhang mit der „Masernepidemie“ oder der Neuen Grippe werde ich immer wieder gebeten, sogenannte Gesundheitsbescheinigungen auszustellen – zum Beispiel vor Aufnahme eines Patienten in ein Pflegeheim oder von Eltern, deren Kinder in eine Kita aufgenommen werden sollen. Bin ich verpflichtet, diesen Wünschen nachzukommen? Und wie wird das eigentlich abgerechnet?*

Es handelt sich nicht um eine Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Zwingen kann man Sie also nicht dazu. Allerdings ist der Wunsch der Betroffenen nachzuvollziehen, da die Bescheinigung für die Aufnahme in die Kita oder ins Pflegeheim notwendig ist. Die Erstellung der Bescheinigung

und alle damit verbundenen Leistungen können privat nach GOÄ abgerechnet werden.

2 *Wir sind eine hausärztliche Praxis und werden von Kollegen immer wieder gebeten, Überweisungsscheine von Patienten zu faxen. Wir verweigern diesen Wunsch jedoch stets, da wir der Meinung sind, dass dieses Vorgehen nicht zulässig ist. Stimmt das?*

Ja, Überweisungsscheine sind nur zulässig, wenn sie dem Arzt im Original vorliegen.

3 *Einer meiner Patienten kommt in eine Kurzzeitpflege. Er hat die Pflegestufe 3 und ist bettlägerig. Darf ich den Transport zum Pflegeheim über einen Krankentransportschein verordnen?*

Antwort: Nein. Die Kurzzeitpflege wird in der Regel bewilligt, wenn Angehörige, die einen Patienten pflegen, für einen bestimmten Zeitraum die Pflege nicht übernehmen können (zum Beispiel wegen Urlaubs). Da der Patient also nicht aus medizinischen Gründen in die Kurzzeitpflegeeinrichtung gebracht werden muss, kann kein Krankentransportschein ausgestellt werden.

4 *Als Urologe werde ich von Mitarbeitern des UKE-Ambulanzentrums immer wieder aufgefordert, für Prostatakrebs-Patienten, die dort bestrahlt wurden, einen aktuellen PSA-Wert zu erheben und sie nochmals dorthin zu überweisen. Dies wird begründet mit den gesetzlichen*

Vorgaben durch die Strahlenschutzverordnung. Bin ich verpflichtet, diesen Forderungen nachzukommen?

Nein. Die Strahlentherapeuten im Ambulanzzentrum des UKE (also im MVZ des UKE) sind Vertragsärzte. Wenn sie einen Patienten zur Nachuntersuchung sehen wollen, müssen sie die dazugehörigen Leistungen selbst durchführen. Dies auf einen anderen Arzt abzuwälzen, ist nicht statthaft – zumal dessen Laborbudget bei der Erhebung des PSA-Wertes belastet wird.

Die Strahlenschutzverordnung schreibt dem Strahlentherapeuten vor, Wirkung und Ne-

benwirkung der strahlentherapeutischen Behandlung durch geeignete, in angemessenen Zeitabständen erfolgende Nachuntersuchungen zu erfassen und zu dokumentieren. Der Bewertungsausschuss hat diese Verpflichtung des Strahlentherapeuten in eine Gebührenordnungsposition überführt: Die Konsiliarpauschale Nr. 25214 EBM enthält folgende Leistungen: persönlicher Arzt-Patientenkontakt (obligatorischer Leistungsinhalt) und geeignete Nachuntersuchungen, Dokumentationen, Einleitung einer geeigneten Behandlung (fakultativer Leistungsinhalt). Wenn der Strahlentherapeut für seine Nachuntersuchung

einen Laborwert benötigt, ist dessen Veranlassung durch die Gebührenordnungsposition 25214 bereits abgedeckt.

Die Gebührenordnungsposition 25214 kann innerhalb des ersten Jahres nach Beendigung der Strahlenbehandlung insgesamt bis zu dreimal abgerechnet werden. Mit Beginn des zweiten Jahres nach Beendigung der Strahlenbehandlung ist die Gebührenordnungsposition für weitere vier Jahre einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Sie ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25211 berechnungsfähig.

Sichere Instrumente

■ Schützen Sie Ihre Mitarbeiter vor Stichverletzungen!

Verletzungen durch scharfe und spitze Instrumente, die mit Patientenmaterial kontaminiert sind, können zu berufsbedingt erworbenen Infektionen führen – insbesondere durch Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Viren sowie durch HIV.

Instrumente mit integrierten Schutzvorrichtungen, die nach Gebrauch sofort aktiviert werden, senken das Infektionsrisiko. Der Einsatz sicherer Instrumente ist seit Mitte 2006 aus Arbeitsschutzgründen verpflichtend. Dies gilt für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens, also auch für Arztpraxen.

Von dieser Regelung darf nur abgewichen werden, wenn der Einsatz sicherer Instrumente aus technischen Gründen nicht möglich ist (zum Beispiel derzeit in Dialyseeinrichtungen im Zusammenhang mit dem Patientenschutz) oder wenn der Infektionsstatus eines Patienten bekannt ist und ein Risiko ausgeschlossen werden kann (was nur selten der Fall ist).

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Instrumenten mit entsprechenden Schutzvorrichtungen. Dies können Schutzschilde oder Schutzhülsen sein, Mechanismen zum Zurückziehen der Kanüle, oder

Vorrichtungen zum Stumpfwerden der Kanülenspitze. Nicht jedes Instrument ist gleichermaßen gut handhabbar und geeignet. Deswegen sollte die Auswahl sicherer Instrumente anwendungsbezogen unter Einbindung der Beschäftigten erfolgen.

Rechtsquelle im Internet:
www.baua.de → Themen von A bis Z → Biologische Arbeitsstoffe → Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe TRBA → TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege

*Dr. Ulrike Swida,
Amt für Arbeitsschutz*

Tel: 42837-3936

ulrike.swida@bsg.hamburg.de

Hautkrebsvorsorge im Überblick

■ Die unterschiedlichen Angebote der Krankenkassen führen immer wieder zu Nachfragen. Wir haben den aktuellen Stand der Hautkrebsvorsorge für Sie zusammengefasst.

	Regelversorgung	Zusatzversorgung				
	Krebsfrüherkennungsrichtlinie	AOK Rheinland/Hamburg	BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Nord	Knappschaft	BARMER GEK	Techniker Krankenkasse (TK)
Teilnahmeberechtigung	<ul style="list-style-type: none"> hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> Voraussetzungen gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinie 	<ul style="list-style-type: none"> Ärzte, die an hausärztlicher Versorgung gem. § 73 SGB V teilnehmen Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (auch in MVZ angestellte) 	<ul style="list-style-type: none"> Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (auch in MVZ angestellte oder in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (auch in MVZ angestellte) 	<ul style="list-style-type: none"> Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (auch in MVZ angestellte)
Qualifikationen Arzt	<ul style="list-style-type: none"> Teilnahme an 8-stündigem zertifiziertem Fortbildungsprogramm 	<ul style="list-style-type: none"> Voraussetzungen gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinie 	<ul style="list-style-type: none"> Voraussetzungen gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinie 	<ul style="list-style-type: none"> keine weiteren Voraussetzungen 	<ul style="list-style-type: none"> Voraussetzungen gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinie 	<ul style="list-style-type: none"> Voraussetzungen gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinie
Alter Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> ab 35 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> ab Vollendung des 18. bis Vollendung des 35. Lebensjahres 	<ul style="list-style-type: none"> 0 bis Vollendung des 35. Lebensjahres 	<ul style="list-style-type: none"> 0 bis Vollendung des 35. Lebensjahres 	<ul style="list-style-type: none"> 15-34 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> ab Vollendung des 15. bis Vollendung des 35. Lebensjahres
Häufigkeit	<ul style="list-style-type: none"> alle 2 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> alle 2 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> jährlich 	<ul style="list-style-type: none"> alle 2 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> alle 2 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> alle 2 Jahre
Inhalt der Leistung	EBM 01745 <ul style="list-style-type: none"> Anamnese körperliche Untersuchung exklusive Auflichtmikroskopie elektronische Dokumentation (seit 01.01.2009 verpflichtend) 	<ul style="list-style-type: none"> Leistungen nach 01745, 01746 EBM d.h. exklusive Auflichtmikroskopie 	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese körperliche Untersuchung exklusive Auflichtmikroskopie erstmalige Hauttypbestimmung vollständige Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese körperliche Untersuchung inklusive Auflichtmikroskopie Befundmitteilung und Beratung Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese körperliche Untersuchung inklusive Auflichtmikroskopie Dokumentation Serviceleistungen: max. Wartezeit 30 Min. bei vereinbarten Terminen; geeignete Terminvergabe an Berufstätige 	<ul style="list-style-type: none"> Information der Versicherten Anamnese körperliche Untersuchung exklusive Auflichtmikroskopie / Dermatoskopie erstmalige Hauttypbestimmung Dokumentation
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> Nach jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung außerhalb der MGV 	<ul style="list-style-type: none"> Vergütung nach jeweils gültigem Orientierungswert außerhalb der MGV 	<ul style="list-style-type: none"> 21,00 € (GOP 94501) außerhalb der MGV 	<ul style="list-style-type: none"> 25,00 € (GOP 01745K) außerhalb der MGV 	<ul style="list-style-type: none"> 23,00 € (GOP 94500) außerhalb der MGV 	<ul style="list-style-type: none"> 23,00 € (GOP 94502) außerhalb der MGV
In Kraft ab	<ul style="list-style-type: none"> derzeit gültige Fassung 	<ul style="list-style-type: none"> 01.01.2009 	<ul style="list-style-type: none"> 01.01.2009 	<ul style="list-style-type: none"> 01.01.2009 	<ul style="list-style-type: none"> 01.01.2010 	<ul style="list-style-type: none"> 01.01.2010

Zusammenarbeit mit Belegärzten

■ Wer bezahlt die prä- oder postoperative Diagnostik?

Für Vertragsärzte, die von einem Belegarzt mit der Erbringung vor- oder nachstationärer Leistungen beauftragt werden, ist es wichtig zu wissen: Handelt es sich beim anfordernden Kollegen um einen Belegarzt alter Prägung, um einen Honorararzt oder um einen Konsiliararzt? Im ersten Fall werden die Leistungen nach EBM abgerechnet, in den beiden anderen Fällen kann privat nach GOÄ liquidiert werden.

Der **Belegarzt** alter Prägung hat eine belegärztliche Zulassung und arbeitet im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Er hat die Möglichkeit, prästationäre Leistungen als Operationsvorbereitung durch Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, in der hausärztlichen Versorgung tätige Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

gemäß den Nummern 31010 bis 31013 EBM (außerhalb MGv) zu veranlassen. Postoperative Leistungen werden, sofern sie gesondert berechnungsfähig sind, innerhalb des RLV als Einzelleistung abgerechnet.

Honorarärzte und Konsiliarärzte sind Belegärzte, die gemäß § 121 SGB V, Abs. 5 an einem Krankenhaus auf Honorarbasis tätig sind, ohne dort angestellt zu sein. Sie erhalten ihre ärztlichen Leistungen vom Krankenhaus vergütet. Einziger Unterschied zwischen den beiden Gruppen: Konsiliarärzte sind in einem Krankenhaus der vollstationären Versorgung (so genannte A-Abteilungen) tätig. Gemäß Krankenhausentgeltgesetz bieten sie Leistungen an, die das Krankenhaus nicht erbringen kann, weil zum Beispiel ein bestimmtes Fachgebiet, ein Schwerpunkt oder ein Teilgebiet an der Klinik nicht vertreten sind.

Weder Honorarärzte noch Konsiliarärzte arbeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versor-

gung. Sie müssen prä- oder postoperative Untersuchungen entweder im eigenen Krankenhaus selbst realisieren oder als GOÄ-Leistung von Vertragsärzten oder entsprechenden Institutionen anfordern.

Es gibt also verschiedene Kostenträger - je nachdem, wer die Leistungen in Auftrag gibt. Im Sinne einer offenen und aufrichtigen Kooperation sollten die Belegärzte ihren Status bekannt geben, um dem zu- beziehungsweise nacharbeitenden Vertragsarzt eine angemessene Honorierung seiner Leistungen zu ermöglichen. Es ist außerdem darauf hinzuweisen, dass der Belegarzt auch gegenüber der KV (dem Arztregister) seine belegärztliche Tätigkeit klar definieren muss, da der klassische Belegarzt nicht am selben Krankenhaus parallel auch Konsiliararzt sein kann.

Ansprechpartner: Dr. Joachim Weidner Tel: 22802-442

Ärztliche Stelle im Internet

Die Ärztliche Stelle verfügt ab sofort über einen Bereich auf der Website der KV Hamburg:

www.kvhh.de → Qualität → Ärztliche Stelle

Dort können sich die Ärzte über aktuelle Themen der Röntgen- und Strahlenschutzverordnung informieren. Die Mitarbeiterinnen der Ärztlichen Stelle stehen Ihnen wie gewohnt gern zur Verfügung.

Sibylle Blauert Tel: 22802-451, Claudia Hinsch Tel: 22802-893

Verschreibung von Betäubungsmitteln

■ Änderungen der BtM-Verschreibungsverordnung

Mit der Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) wurden unter anderem die Vorschriften über die Substitutionsbehandlung von Betäubungsmittelabhängigen zum 25. März 2009 erweitert.

- Um Urlaubs- und Krankheitsphasen substituierender Ärzte besser überbrücken zu können, wurde die Vertreterregelung geändert. Künftig können Ärzte mit suchtmmedizinischer Qualifikation – ausnahmsweise und für einen begrenzten Zeitraum - durch einen Arzt ohne diese besondere Qualifikation vertreten werden (§ 5 BtMVV).

- Die Ärzte bekommen die Möglichkeit, ein Substitutionsmittel für bis zu zwei Tage zu verschreiben, um die durchgehende und flächendeckende Versorgung der Substitutionspatienten, zum Beispiel an Wochenenden, zu gewährleisten. In solchen Fällen muss die Verschreibung zusätzlich mit dem Buchstaben „Z“ (für: zwei Tage) gekennzeichnet werden (§ 5 BtMVV).

Weiterhin wurde die Höchstverschreibungsmenge für Fentanyl von 340 mg auf 500 mg (je Patient innerhalb von 30 Tagen) angehoben. Die An-

derung erleichtert die Verordnung von transdermalen therapeutischen Systemen (TTS). Einige TTS werden als Fentanylpflaster vertrieben, deren größte Packungen höhere Mengen als 340 mg an Fentanyl enthalten – bei gleicher Freisetzungsgeschwindigkeit wie Präparate mit geringerer Gesamtbeladungsmenge an Fentanyl. Für diese Präparate musste bisher die Verschreibung mit einem „A“ (Ausnahme) gekennzeichnet werden, da die Verschreibungsmenge von 340 mg innerhalb von 30 Tagen mit der Verordnung einer größeren Packung überschritten wurde.

Besonderheiten opioidhaltiger Pflaster

Transdermale therapeutische Pflastersysteme (TTS) stellen eine Weiterentwicklung herkömmlicher Retardsysteme dar und ermöglichen eine kontinuierliche, gleichmäßige Arzneistoffabgabe bei verlängerten Dosierintervallen unter Umgehung der Magen-Darm-Passage. Technologisch lassen sich die TTS in Membranpflaster (die den Wirkstoff membrangesteuert aus einem Reservoir freisetzen) und Matrixpflaster (die den Wirkstoff eingebettet in einer Polymermatrix enthalten) unterscheiden. Die Gesamtwirkstoffmenge im Reservoir der Pflaster (Wirkstoffbeladung, Gesamtbeladungsmenge) unterscheidet sich je nach Pflasterart und Hersteller. Dadurch kann es vorkommen, dass zwar die Freisetzungsraten und die Applikationsdauer bei Pflastern unterschiedlicher Hersteller gleich sind, diese sich aber in der Gesamtbeladungsmenge unterscheiden.

In den Pflastern ist in der Regel eine wesentlich höhere Menge Fentanyl vorhanden als tatsächlich über die Haut vom Körper aufgenommen wird. Um eine unkontrollierte Freisetzung des Opioids zu vermeiden, dürfen die Pflaster nicht zerschnitten werden. Da auch nach Ende der Applikationsdauer ein Restgehalt an Wirkstoff in den Pflastern verbleibt, müssen sie nach Gebrauch fachgerecht entsorgt werden.

Ausfüllen eines BtM-Rezeptes

- 1 Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten
- 2 Ausstellungsdatum
- 3 Arzneimittelbezeichnung
 - a) eindeutige Arzneimittelbezeichnung (Bezeichnung und Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels je Packungseinheit beziehungsweise je abgeteilter Form und Darreichungsform)
 - b) Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Milliliter und Stückzahl der abgeteilten Form (Die Angabe „10P“ bzw. „N2“ hinter der Arzneimittelbezeichnung ist grundsätzlich unzureichend.)
 - c) bei transdermalen therapeutischen Systemen: Angabe der Beladungsmenge; die Gesamtwirkstoffmenge des Pflastersystems ist der jeweiligen Fachinformation zu entnehmen. (Auf die Angabe der Beladungsmenge kann verzichtet werden, wenn sie aus der eindeutigen Arzneimittelbezeichnung hervorgeht.)

Beispiel mit eindeutiger Arzneimittelbezeichnung (Handelsname): Fentanyl-musterpharm 50 Mikrogramm/h Matrixpflaster, 5 St.

Beispiel mit notwendiger Angabe der Beladungsmenge (Wirkstoffverordnung): Fentanyl Pflaster 50 Mikrogramm/h, 5 St., enthält 8,25 mg Fentanyl
- 4 Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder der Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung“, falls der Patient eine schriftliche Anleitung erhalten hat; bei Take-Home-Verschreibungen zusätzlich die Reichdauer des Substitutionsmittels in Tagen (in der Regel maximal 7 Tage) zusätzliche Kennzeichnung
- 5 „A“ (Ausnahme) - bei Überschreiten der Höchstverschreibungsmenge innerhalb von 30 Tagen
 „N“ (Notfall) - bei Nachreichen einer notfallbedingten Verschreibung
 „S“ (Substitution) - im Falle der Verschreibung zur Substitution
 „S Z“ (Substitution, zwei Tage) - im Falle einer Substitutionsmittelverschreibung für zwei Tage
- 6 Name, Anschrift einschließlich Telefonnummer und Berufsbezeichnung des verschreibenden Arztes, eigenhändige ungekürzte Unterschrift des Arztes, im Vertretungsfall zusätzlich der Vermerk „i.V.“ Achtung: Eine Weitergabe von BtM-Rezepten auf einen anderen Arzt ist lediglich im vorübergehenden Vertretungsfall möglich!

Weitere Informationen zur Verordnung von Betäubungsmitteln: www.bfarm.de → Betäubungsmittel/Grundstoffe

Verschreibungspflichtige Otologika

■ Nur antibiotika- oder kortikosteroid-haltige Präparate sind verordnungsfähig



Foto: fotolia.de, Piotr Marcinski

Verschreibungspflichtige Otologika dürfen nur auf Kassenrezept verordnet werden, wenn sie entweder Antibiotika oder Kortikosteroide enthalten. Monopräparate, die Ciprofloxacin enthalten (wie beispielsweise Ciloxan® OT oder Panotile® Cipro OT), sind also verordnungsfähig. Auch reine Antibiotika-Kombi-

nationen (wie beispielsweise Polyspectran® Tropfen) fallen unter diese Ausnahmeindikation und sind verordnungsfähig.

Kombinationspräparate, die sowohl Antibiotika als auch Kortison enthalten (wie beispielsweise Dexa Polyspectran® Tropfen oder Polyspectran HC® Salbe) sind für die Anwendung

im otologischen Bereich von der Verordnung ausgeschlossen. Für die Anwendung am Auge können sie weiterhin rezeptiert werden.

Otologika, die ausschließlich Kortikosteroide enthalten und damit theoretisch verordnungsfähig wären, sind laut Roter Liste (Stand 12/09) im Handel nicht verfügbar.

Wirkstoffverträge statt Sortimentsverträge

■ Krankenkassen schließen neue Rabattverträge ab

Viele Krankenkassen haben in den vergangenen Monaten Rabattverträge für einzelne Wirkstoffe abgeschlossen. Bislang gab es überwiegend Sortimentsverträge, die das gesamte Produktangebot eines Herstellers umfassten. Diese Verträge dürfen wegen einer

Gesetzesänderung nicht mehr neu abgeschlossen werden.

Die Techniker Krankenkasse beispielsweise gab nun bekannt, dass ihre Sortimentsverträge durch Rabattverträge für 89 Wirkstoffe mit unterschiedlichen Herstellern abgelöst werden. Wie bisher

wird den Ärzten, wenn sie TK-Rabattarzneimittel verordnen oder den Austausch in der Apotheke zulassen, für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nur der Preis des günstigsten auf dem Markt verfügbaren Arzneimittels angerechnet – unabhängig vom Listenpreis.

Migräne-Kombinationen nicht mehr verordnungsfähig

■ Dauerkopfschmerz-Risiko macht Monotherapie zwingend notwendig

Seit 18. Februar 2010 sind fixe Kombinationen von Migränemitteln (beispielsweise aus Ergotamin und Coffein) nicht mehr verordnungsfähig. Der G-BA begründet seinen Beschluss damit, dass Arznei-

stoffe, die zur Behandlung der Migräne kombiniert werden, besondere pharmakokinetische und -dynamische Eigenschaften hätten. Eine besondere Gefahr bei der Einnahme von Migräne-Kombinationen

sei das mögliche Auftreten von Dauerkopfschmerzen. Deshalb sei eine Monotherapie zwingend notwendig.

Den Beschluss finden Sie in Anlage III der Arzneimittelrichtlinie, Nr. 36.
www.g-ba.de

Langwirkende Analoginsuline

■ Eingeschränkte Verordnungsfähigkeit für Insulin glargin und Insulin detemir

Ein neuer Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sieht vor, dass die lang wirkenden Insulinanaloga Insulin glargin (Lantus®) und Insulin detemir (Levemir®) nur noch verordnungsfähig sind, solange sie (unter Berücksichtigung der therapeutisch notwendigen Dosierungen) nicht kostenintensiver sind als die als gleichwertig eingestuft intermedieär wirkenden Humaninsuline.

Diese Verordnungseinschränkung soll nicht gelten

- für Patienten mit einer Allergie gegen intermedieär wirkende Humaninsuline oder
- für Patienten, die im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie ein hohes Risiko für schwere Hypoglykämien haben. (Das heißt: Obwohl Therapieziel und Ausmaß der Blutzuckersenkung individuell überprüft beziehungsweise



Gemeinsamer Bundesausschuss

angepasst wurden, besteht weiterhin ein hohes Risiko für schwere Hypoglykämien.)

Bei nicht vorliegendem Rabattvertrag wären Lantus® und Levemir® dann außerhalb der Ausnahmeindikationen nicht mehr auf Kassenrezept verordnungsfähig. Schon darauf eingestellte Patienten müssten in diesen Fällen auf intermedieär wirkendes Humaninsulin umgestellt werden.

Der Beschluss ist noch nicht in Kraft getreten, da die Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit noch aussteht.

Solange der Beschluss nicht rechtskräftig in Kraft getreten ist, sehen wir noch keinen Anlass zur Umstellung von Patienten.

Weitere Informationen:

Den Beschluss (und die entsprechenden „tragenden Gründe“) finden Sie auf der Homepage des Bundesausschusses: www.g-ba.de. Die Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) finden Sie auf der Homepage www.iqwig.de

Ansprechpartnerinnen zu Fragen über Arzneimittel:

Regina Lilje

Tel. 22802-498

Barbara Spies

Tel: 22803-564

Ehrenamt am Sozialgericht

■ Ärzte und Psychotherapeuten als Beisitzer gesucht

Haben Sie Interesse daran, an der Rechtsprechung des Sozialgerichts oder des Landessozialgerichts Hamburg mitzuwirken? Dann sollten Sie sich beim Justitiar der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg melden.

Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit sind nicht nur mit hauptamtlichen Juristen als Richtern besetzt, sondern auch mit ehrenamtlichen Beisitzern. Das gilt auch für Verfahren, in de-

nen es um Angelegenheiten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten und der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen geht.

Die Angelegenheiten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten betreffen Rechtsstreitigkeiten zwischen der KV und ihren Mitgliedern. Das Schwergewicht liegt dabei auf Honorarstreitigkeiten; doch auch Genehmigungs- und Qualitätssicherungsverfahren sowie alle

Bereiche, in denen Mitglieder sich gegen Maßnahmen der KV wenden, werden hier behandelt.

Bei den Verfahren der gemeinsamen Selbstverwaltung handelt es sich einerseits um Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gegen den Beschwerdeausschuss und die Gemeinsame Prüfungsstelle, andererseits um die Zulassungs- und Ermächtungsverfahren gegen den Berufungsausschuss.

Die Besetzung des Gerichts sieht wie folgt aus:

	Sozialgericht Hamburg	Landessozialgericht Hamburg
Angelegenheiten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten	1 Berufsrichter 2 ehrenamtliche Richter aus dem Kreis der Mitglieder der KVH	3 Berufsrichter 2 ehrenamtliche Richter aus dem Kreis der Mitglieder der KVH
Angelegenheiten des Vertragsarztrechts (gemeinsame Selbstverwaltung)	1 Berufsrichter 1 ehrenamtlicher Richter aus dem Kreis der Mitglieder der KVH 1 ehrenamtlicher Richter aus dem Kreis der Krankenkassen	3 Berufsrichter 1 ehrenamtlicher Richter aus dem Kreis der Mitglieder der KVH 1 ehrenamtlicher Richter aus dem Kreis der Krankenkassen

Die Stimme des ehrenamtlichen Richters hat genau so viel Gewicht wie die Stimme des Berufsrichters.

Die ehrenamtlichen Richter werden auf Vorschlag der KV Hamburg berufen. Voraussetzung dafür ist nach dem Sozialgerichtsgesetz eine Zulassung als Vertragsarzt oder -psychotherapeut. Daneben ist es sinnvoll, ein generelles Interesse an der Arbeit der KV und am System der ambulanten

vertragsärztlichen Versorgung mitzubringen. Selbst schon einmal einen Widerspruch gegen eine Entscheidung der KV oder eines Ausschusses oder eine entsprechende Klage erhoben zu haben, ist kein Hinderungsgrund. Im Zuge der fach- und interessengruppenweise betriebenen Verfahren gibt es nur wenige Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht selbst bereits an solchen Verfahren beteiligt waren. Eine

Fundamentablehnung des KV-Systems wäre allerdings für diese Tätigkeit eher kontraindiziert. Für Ärzte und Psychotherapeuten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft arbeiten, ist das Ehrenamt meist leichter zu organisieren. Berufen werden die ehrenamtlichen Sozialrichter von der Hamburger Justizbehörde für die Dauer von fünf Jahren. Mehrfachberufungen sind möglich.



Sitzung des Sozialgerichts Hamburg: Die Stimmen der ehrenamtlichen Richter haben ebenso viel Gewicht wie die der Berufsrichter.

Wann tagen die Gerichte – und wie oft?

Traditionsgemäß tagt das Sozial- und das Landessozialgericht Hamburg am Mittwoch Vormittag. In der Regel sind die Verhandlungen bis zum späten Mittag beendet – können aber im Ausnahmefall auch einmal bis in den Nachmittag hinein andauern. Wie oft man an die Reihe kommt, ist davon abhängig, wie viele ehrenamtliche Richter zur Verfügung stehen. Zur Zeit haben wir in Hamburg drei Kammern des Sozialgerichts und einen Senat des Landessozialgerichts, die mit unseren Verfahren betraut sind. Während es beim Sozialgericht durchaus vorkommen kann, dass einmal im Monat ein Einsatz erforderlich wird (während es andererseits auch monatelange Pausen geben kann), ist die Sitzungsfrequenz beim Landessozialgericht erheblich

geringer. Im Schnitt kommen die ehrenamtlichen Richter hier alle drei bis vier Monate zum Einsatz.

Wie wird die Tätigkeit honoriert?

Da es eine ehrenamtliche Tätigkeit ist, werden lediglich sparsame Entschädigungen für die Zeit des Einsatzes sowie gegebenenfalls eines Aktenstudiums sowie für die Fahrt gewährt. Zur Zeit sind das etwa 5 Euro je Sitzungsstunde plus 20 Euro Ausfallentschädigung je Sitzungsstunde sowie 0,30 Euro Kilometergeld. Dafür gibt es aber eine kleine „Zugabe“: Einmal jährlich im Herbst findet eine Fortbildungsveranstaltung für die ehrenamtlichen Sozialrichterinnen und Sozialrichter der norddeutschen KVen statt. Diese wird reihum an einem Samstag von den KVen Hamburg, Berlin, Mecklenburg-

Vorpommern, Brandenburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen durchgeführt. Am Vorabend lädt die gastgebende KV zu einem Abendessen mit Erfahrungsaustausch der ehrenamtlichen Sozialrichter ein. In diesem Jahr findet die Veranstaltung in Potsdam statt. Zu diesen Veranstaltungen lädt Sie die KV Hamburg dann gerne ein. Diese Fortbildungsveranstaltungen wurden bisher übrigens von den zuständigen Ärztekammern auch mit Fortbildungspunkten versehen.

Wenn Sie Interesse an einer Richtertätigkeit haben, melden Sie sich bitte bei uns schriftlich:

*KV Hamburg
Justitiariat
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg*

Gert Filler, Justitiar

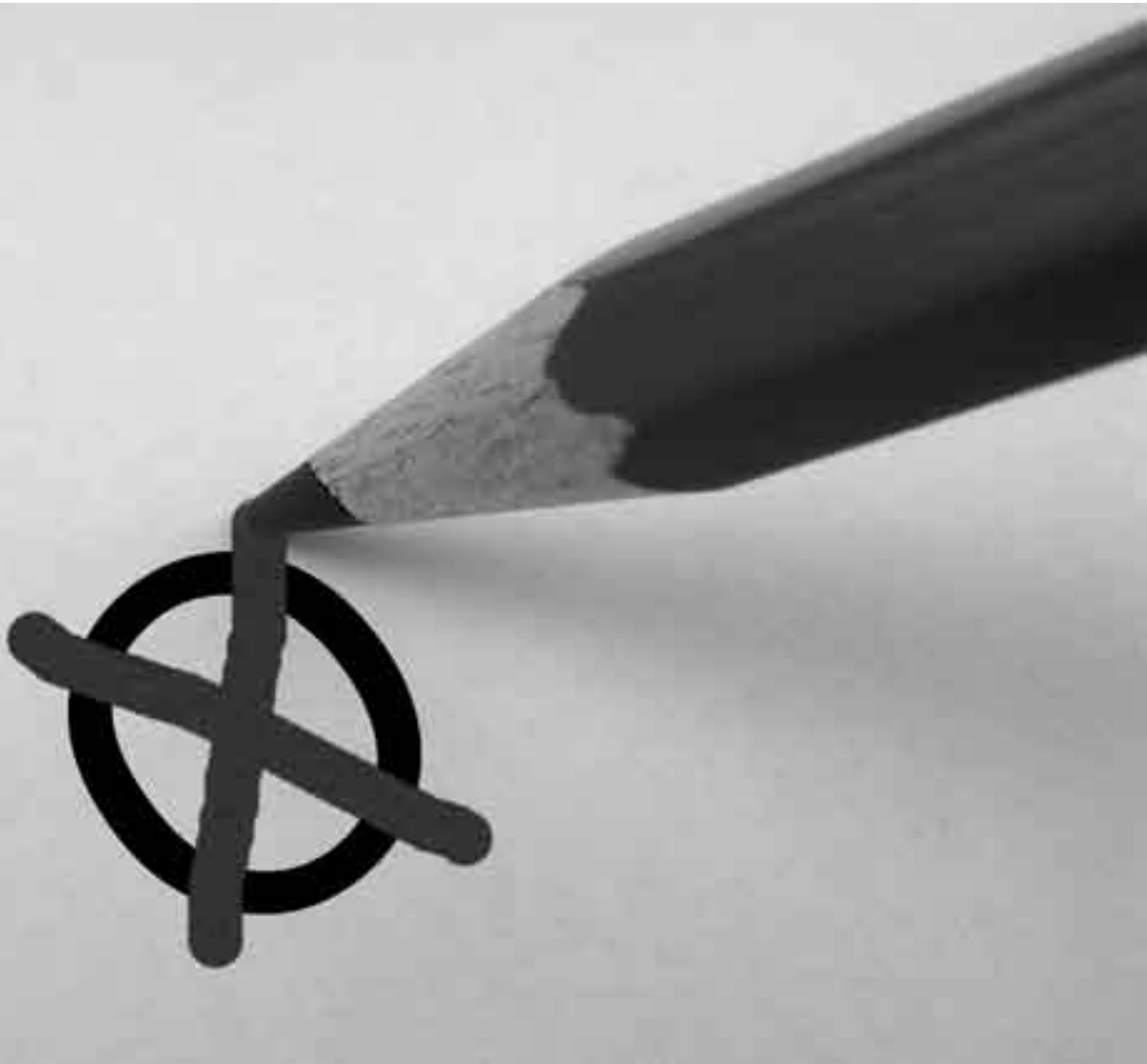


Foto: fotolia.de, Gina Sanders

KV-Wahlen 2010

■ Sie entscheiden, wer in den KV-Gremien für Sie Politik macht

In diesem Sommer werden die Mitglieder der KV-Vertreterversammlung und die Obleute in den KV-Kreisen neu gewählt. Die wahlberechtigten KV-Mitglieder bekommen ab dem 23. Juni 2010 ihre Wahlunterlagen zugeschickt. Ein Freiumschlag mit dem Vermerk „Deutsche Post - Antwort“ liegt bei. Die wahlberechtigten KV-Mitglieder können die Wahlunterlagen

entweder zurückschicken oder an der Pforte des Ärztehauses abgeben. Die Wahlunterlagen müssen bis zum 6. Juli 2010 um 16 Uhr in der KV eingegangen sein. Danach eintreffende Wahlunterlagen werden nicht mehr mitgezählt.

Jeder wahlberechtigte Vertragsarzt und -psychotherapeut hat zwei Stimmen: Mit einer Stim-

me wählt er die Mitglieder der Vertreterversammlung, mit der anderen seinen Kreisobmann.

*Ansprechpartner:
Andreas List, Tel: 22802-506*

*KV Hamburg
Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
www.kvhh.de*

Selbsthilfegruppen suchen ärztliche Ansprechpartner

- Die Hamburger Selbsthilfegruppen suchen immer wieder Ärzte und Psychotherapeuten, die sich als Ansprechpartner zur Verfügung stellen.

In den Selbsthilfegruppen organisieren sich Personen, die von einer Krankheit oder einem Lebensproblem betroffen sind und sich darüber austauschen. Es gibt in Hamburg mehr als 1500 dieser Gruppen.

Die KV vermittelt Ärzte und Psychotherapeuten, die bereit sind, gelegentlich als Ansprechpartner oder Referent für eine Selbsthilfegruppe tätig zu werden.

Mögliche Themen beziehungsweise Diagnosen wären:

- ADHS (Erwachsene/Kinder)
- Allergien
- Behinderungen/Beeinträchtigungen
- Chirurgischer Bereich
- Gesichtsentstellungen
- Hautkrankheiten/Behaarung
- Internistische Erkrankungen
- Kopfschmerz
- Krebs
- Neurologie
- Orthopädie
- Pilzkrankungen
- Prävention/Gesundheitsförderung
- Psychische Störungen
- Psychosomatik
- Psychosoziale Themen
- Säurebedingte Erkrankungen
- Schlafstörungen
- Schmerzen
- Sprach-/Sprechstörungen
- Suchterkrankungen
- Umweltschadstoffe
- Verbrennungen

Wenn Sie Interesse haben, mit einer Selbsthilfegruppe zu kooperieren, würden wir Ihre Kontaktdaten an die KISS (Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen) Hamburg weitergeben.

Für ein Referat, das Sie für eine Selbsthilfegruppe halten, können Sie einen Fortbildungspunkt der Kategorie F erhalten.

Hätten Sie Lust, mitzumachen?

*Kontakt: Barbara Radke
Tel: 22802-880
barbara.radke@kvhh.de*

ZiPP-Studie: Bitte nehmen Sie teil!

- KBV benötigt die Daten dringend für Honorarverhandlungen / Deadline bis zum 28. Mai 2010 verlängert

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat eine große Studie zur Kosten- und Leistungsstruktur von Arztpraxen gestartet: das sogenannte „Zentralinstitut Praxis Panel“ (ZiPP). Nach einer ersten Befragungsrunde im März werden jetzt erneut tausende Vertragsärzte und -psychotherapeuten angeschrieben mit der Bitte um Teilnahme. Die Studie ist erforderlich, damit die KBV

in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen die realen Kosten geltend machen kann. Mit Hilfe repräsentativer Daten kann eine Anpassung des Punktwerts auch gegen die erklärte Interessenlage der Kassen durchgesetzt werden. Weil bisher noch zu wenig Praxen an der Befragung teilgenommen haben, wurde der Einsendeschluss verschoben. Auch Ärzte und Psychothera-

peuten, die bereits in der ersten Erhebungswelle angeschrieben wurden und ihre Unterlagen noch nicht eingereicht haben, können dies noch bis zum 28. Mai 2010 tun. Die Teilnehmer erhalten für das vollständige Ausfüllen des Bogens eine Aufwandsentschädigung von 200 Euro.

Telefon-Hotline für Fragen zum ZiPP: 030 / 4005-2432

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dörte Collatz



Geb.-Datum: 19.9.1955
Familienstand: verheiratet, zwei Stiefkinder
Fachrichtung: Allgemeinmedizin
Weitere Ämter: Mitglied Disziplinarausschuss, EWA und

Zulassungsausschuss

Hobbys: Reisen, Lesen, Tanzen (Standard und Latein), Weihnachtsplätzchen backen (natürlich nur vor Weihnachten)

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Bürokratieabbau, weniger Konkurrenzkampf zwischen Ärzten sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich durch bessere und gerechtere Honorarverteilung

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

Ich hoffe, dass die Vernunft siegt und alle Kollegen sehen, dass wir ohne KV den Kassen noch mehr ausgeliefert sind als bisher. Das Gesundheitssystem sollte durch Bürokratieabbau und „Positivlisten“ wirtschaftlicher und transparenter sein.

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

Helmut Schmidt: Wie könnte man heutigen Politikern beibringen, so viel Zivilcourage und Verantwortungsbewusstsein aufzubringen wie Sie in Ihrer Laufbahn hatten?

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Eine lange Reise durch Argentinien und Chile bis zu den Gletschern der Antarktis

Dr. Gerhard E. Lange-Manchot



Geb.-Datum: 14.09.1954
Familienstand: verheiratet
Fachrichtung: Allgemeinmedizin
Weitere Ämter: Mitglied des beratenden Fachausschusses Hausärzte, Mitglied des

Finanzausschusses

Hobbys: Tennis, Politik, Kultur, Reisen

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Kampf gegen weitere Pauschalierungen und jeden Selektivvertrag, der uns entsolidarisiert gegenüber unseren Patienten und unseren Kollegen / Reform des KV-Systems, damit es den Interessen aller Kollegen mehr bringt als die Verfolgung von Partikularinteressen / Bewusstsein für die Notwendigkeit gemeinschaftlichen Handelns schaffen; Gemeinsamkeit leistet mehr für den Einzelnen.

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

Als gesunden, professionellen Tarifpartner aller niedergelassener Ärzte gegenüber einer staatlich subventionierten Pseudokrassenversicherung – dies an der Seite einer starken und modernen Ärztekammer, die gemeinsam mit der KV die vielfältigen ärztlichen Interessen vertritt.

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

Frau Merkel und Herrn Seehofer, um sie zu fragen, wie sie es verantworten können, die medizinische Kompetenz unseres Landes ins Ausland zu treiben

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Am Ende meiner Berufstätigkeit meine Praxis für einen fairen Preis an einen kompetenten Kollegen weitergeben zu können

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do 17.6.2010 (ab 20 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Notfallseminare 2010 (für alle im ärztlichen Notfalldienst tätigen Ärzte)

Vertiefungsseminare

Mi 01.09.2010 (16:00 - 18:00 Uhr)

Mi 27.10.2010 (18:00 - 20:00 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Fortbildung → Kalender

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

Fr 18.06.2010 (15:00 - 21:00 Uhr) / Sa 19.06.2010 (8:30 - 16:30 Uhr)

Fr 17.09.2010 (15:00 - 21:00 Uhr) / Sa 18.09.2010 (8:30 - 16:30 Uhr)

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen (5-teiliger Seminarblock)

Teil 1: Mi 02.06.2010 (15:00 - 20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 18.08.2010 (15:00 - 20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 29.09.2010 (15:00 - 20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 10.11.2010 (15:00 - 20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 08.12.2010 (15:00 - 20:00 Uhr)

30 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)

Fr 18.06.2010 (15:00 - 21:00 Uhr)

Fr 05.11.2010 (15:00 - 21:00 Uhr)

8 Punkte je Teil

QEP®-Themenseminare

QEP-„Refresher“ Auffrischung der Inhalte des Einführungsseminars

Mi 03.11.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)

10 Punkte

QEP-Zertifizierungs- vorbereitung Ist meine Praxis reif für die Zertifizierung?

Mi 30.06.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)

10 Punkte

QEP®-QMB-Seminar (3-teilig) Für die Qualitätsmanagement- Beauftragten der Praxis

Mi 08.09.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)

Mi 22.09.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)

Mi 20.10.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)

10 Punkte

QEP®-Seminar „Datenschutz in der Praxis“

Mi 27.10.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Fortbildung → Kalender

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen
Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen 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 Leistungs-
spektrum 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

