

Milliardenpoker um die Honorare

Schiedsstellen- beschluss

Ein Erfolg für die
Hamburger Ärzte?

Arzneimittel

Was die neuen Clopidogrel-
Präparate bringen

MVZ

Wie Asklepios in die
ambulante Versorgung
expandieren will



Liebe Leserinnen und Leser!

Hat die KBV mit dem Vergütungs-Beschluss nun einen Erfolg verbucht oder nicht? Darauf kann man nur mit „Jein“ antworten. Denn die veröffentlichten Zahlen zu den Zuwächsen in den KVen sind trügerisch: Die „Zuwächse“ basieren auf 2007. In den vergangenen zwei Jahren hat aber gerade die KV Hamburg eine Reihe von Verhandlungserfolgen eingefahren, die jetzt erst einmal wieder einverhandelt werden müssen. Trotzdem: Endlich verabschieden wir uns aus dem unseligen Pauschal-System, geht es wieder in Richtung Einzelleistungsvergütung, lösen wir uns von der „Muschelwährung“. Es ist nur ein erster Schritt und wir werden viel kämpfen müssen, um in Hamburg den erreichten Stand halten zu können. Aber die Ausgangsbasis ist besser als seit Jahren.



Ihr Walter Plassmann

Ihre Meinung ist gefragt

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

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild:
[mnieves - iStockphoto.com](http://mnieves-iStockphoto.com)

Redaktionsschluss: 12. September 2008

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt	4
Honorarreform: Wie das Geld verteilt werden soll	5

Aus der Praxis für die Praxis

Patientenumfrage: Ärzte genießen hohe Wertschätzung	8
US-Studie: Freundliche Ärzte erzielen bessere Behandlungsergebnisse	9

Fragen und Antworten	10
Ergänzungsvereinbarung Reiseimpfung / HPV	11
Hautkrebs-Screening: Teilnahmebedingungen und Dokumentation	12
„Selbstverschuldete Krankheiten“: Droht Meldeverweigerern strafrechtliche Verfolgung?	13

Abgabe der Abrechnungsunterlagen III. Quartal 2008	13
--	----

Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement-Seminare im Ärztehaus	14
QEP-Unterstützungselemente für Betriebswirtschaft und Auswertung von Patientenbefragungen	14
Vorsicht vor unseriösen Anbietern	14

Rundschreiben

Amtliche Veröffentlichungen im Internet	15
BIGprevent und Kinderfrüherkennungsuntersuchungen	15

Brennpunkt Arznei

Kostengünstige Clopidogrel-Präparate	16
Aut-idem-Regelung: Was die Ärzte wissen müssen	18

Hamburg

Antrittsbesuch beim neuen Gesundheitssenator Dietrich Wersich	19
Infocenter: Zahl der Anrufe steigt	19
“Wir setzen auf bestehende Strukturen” - Interview mit Dr. Achim Rogge über die Expansionsstrategie der Asklepios MVZ Nord GmbH	20
Welche Kliniken würden sich der Asklepios-Selbstverpflichtung anschließen?	21

Steckbriefe

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

Nachgefragt

■ Was halten Sie vom Ergebnis der Honorarverhandlungen?



Mit dem Ergebnis der Verhandlungen kann ich gut leben, die Psychotherapie hat eine Aufwertung erfahren, die überfällig war. Dazu war der Anpassungsfaktor für die PT-Leistungen im EBM allerdings notwendig, der bloße Orientierungspunktwert hätte zu einem spürbaren Verlust geführt. Und die PT-Gruppen waren bereits am unteren Ende der Einkommensstatistik. Die Bemühungen von Berufsverbandsseite haben sich rentiert, die KBV hat sich dann auch für unsere Interessen eingesetzt. Die bundesweite Vereinheitlichung des Honorarsystems kann ich nur begrüßen, vor allem, was die Ost-KVen betrifft. Angesichts der ausgedünnten Versorgung in manchen Gegenden Ostdeutschlands – gerade im Bereich der PT – ist das eine politische Notwendigkeit.

*Dipl. Psych. Olaf Draeger
ist Psychologischer Psychotherapeut und KJP in Bergedorf*



Ich rechne nicht damit, dass sich die Honorarsituation für uns Pädiater in Hamburg verbessert. In Berlin haben die Unterhändler mit immensen Summen jongliert. Unterm Strich soll es 2,7 Milliarden Euro für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mehr geben, doch niemand weiß, was das konkret bedeutet und was tatsächlich bei uns ankommt – wir nicht, und die Patienten auch nicht. Ich hätte mir gewünscht, dass die KBV einige Fakten klar benannt hätte – beispielsweise die Zahl der Krebsbehandlungen eines Jahres und deren Kosten. So hätte der von Politikern und Kassen in den Medien erweckte Eindruck korrigiert werden können, Ärzte würden immer reicher zu Lasten der Versicherten.

*Dr. Hannelore Heuchert ist
Kinderärztin in Uhlenhorst*



Zehn Prozent mehr Honorar für Deutschlands niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten – das klingt gut. Doch angesichts des jahrelangen Honorarrückgangs und der Unterfinanzierung des ambulanten Versorgungsbereichs ist dieses Ergebnis enttäuschend. Über die Jahre ist die Morbidität immer weiter angestiegen, und wir haben diese Steigerung selbst getragen. Die nun in Aussicht gestellten 2,7 Milliarden Euro sind lediglich ein Minimum – gerade genug, um eine Revolte zu vermeiden. Nun müssen wir abwarten, ob das zusätzlich in Aussicht gestellte Honorar im Osten versickert. Wenn in Hamburg nichts ankommt, gibt es ein Problem.

*Dr. Torsten Hemker ist
Orthopäde in der Neustadt*

Milliardenpoker um die Honorare

- Was der Berliner Kompromiss für Hamburg bedeutet, ist schwer abzuschätzen. Unterm Strich werden die Hamburger Praxen 2009 wohl mehr Geld bekommen - doch es wird auch Verlierer geben.

Gerade noch rechtzeitig zum gesetzlich vorgeschriebenen Termin Ende August hat der Erweiterte Bewertungsausschuss seine Aufgabe erledigt. Dem in Berlin erzielten Kompromiss zufolge werden im Jahr 2009 etwa 2,7 Milliarden Euro mehr in die ambulante Versorgung fließen als 2007.

Was das für Hamburg bedeutet, ist noch nicht abzusehen. Zwar kursiert bereits eine Modellrechnung der KBV, wonach sich in Hamburg die Summe der Gesamtvergütungen gegenüber 2007 um 7,3 Prozent erhöhen

wird. Doch Skepsis ist angebracht. Es ist eine Rechnung mit vielen Unbekannten.

Fest steht: Wir sind einen Schritt vorangekommen auf dem Weg zu einer morbiditätsorientierten Euro-Vergütung. Die Trennung der Vergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil wurde erneut festgeschrieben, was für die Aufrechterhaltung innerärztlicher Solidarität unerlässlich ist.

Nun beginnen die Verhandlungen auf regionaler Ebene. Die in Aussicht gestellte Steigerung basiert auf dem Aufsatzjahr

2007. Honorarverbesserungen, die von der KV Hamburg bereits 2008 durchgesetzt wurden, sind in der prognostizierten Steigerung also bereits enthalten. Künftig müssen wir mit allen Kassen gemeinsam verhandeln, und schon jetzt zeichnet sich ab, dass es harte Auseinandersetzungen geben wird. Erst Mitte November wissen wir dann, wie sich die Honorarreform im Jahr 2009 auf Hamburg auswirken wird. Aller Voraussicht nach werden die Hamburger Praxen unterm Strich gewinnen – doch es wird auch Verlierer geben.

■ Wie wird die Gesamtvergütung ermittelt?

Die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses definieren die Rahmenbedingungen, nach denen die Gesamtvergütung vereinbart wird.

Zentraler Ausgangspunkt ist der Orientierungswert. Dieser wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss auf 3,5058 Cent festgesetzt. Es gibt keinerlei Möglichkeit, diesen Wert regional anzupassen.

Die zweite Größe zur Ermittlung der Gesamtvergütung ist die Zahl der Versicherten der Kran-

kenkassen. Anders als in der Vergangenheit werden künftig alle Versicherten gezählt, also neben den Mitgliedern auch die beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.

Der dritte Faktor, der die Gesamtvergütung determiniert, ist der Behandlungsbedarf je Versichertem. Das ist die entscheidende Stellgröße für die in Aussicht gestellte Erhöhung der Vergütung. Ausgehend von den im Jahr 2007 zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse ab-

gerechneten Leistungen (vor Mengenbegrenzung durch pRVV) wird ein Behandlungsbedarf je Versichertem errechnet. Dabei werden auch zukünftig die freien Leistungen nicht berücksichtigt (beispielsweise Prävention, ambulante Operationen, belegärztliche Leistungen). Der ermittelte Behandlungsbedarf wird um den Durchschnitt bundesweiter Budgetüberschreitungen der Vergangenheit bereinigt. Zur Berücksichtigung gestiegener

Fortsetzung auf S. 6 

Protestbereitschaft signalisieren

In Berlin wurde eine wichtige Hürde genommen: Die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses (also des Schiedsamtes in Vergütungsfragen) markiert den Einstieg in die neue Vergütungswelt. Wir kommen weg von der Kopfpauschalensystematik, die Budgetdeckel werden gelockert. Doch noch gibt es keinen Grund zur Freude. Wir müssen davon ausgehen, dass wir auch in Hamburg unsere Verhandlungsziele nur vor dem Schiedsamt realisieren können. Deshalb müssen die Vertragsärzte und Psychotherapeuten ihre Protestbereitschaft auch öffentlich signalisieren. Wird der in Berlin erreichte Kompromiss nicht 1 zu 1 auch in Hamburg umgesetzt, sind Praxisschließungen nicht auszuschließen.



*Dr. Michael Späth, Vorsitzender
der Vertreterversammlung*

■ ■ ■ Fortsetzung von S. 5

Morbidität wird die berechnete Punktzahl je Versichertem um 5,1 Prozent sowie zur Berücksichtigung der Punktzahlveränderungen des EBM 2008 um weitere 9,7 Prozent erhöht. Eine leistungsgebundene Anhe-

bung des Behandlungsbedarfs erfolgt für die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten, für Akupunktur, Polysomnographie, MRT-Angiographie sowie für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt 35.2 EBM

mit unterschiedlichen Faktoren. Die Gesamtvergütung einer Krankenkasse ergibt sich aus der Multiplikation der genannten Faktoren. Bei Epidemien und Katastrophen oder einem sprunghaften Anstieg bestimmter Akuterkrankungen müssen die Kassen Geld nachschießen.

■ Wie wird das Geld auf die Praxen verteilt?

Grundsätzlich gilt: Jede einzelne Leistung wird nach der Euro-Gebührenordnung vergütet. Eine Leistung, die im EBM mit 100 Punkten bewertet ist, führt demnach zu einem Honorar von 3,51 Euro. Allerdings unterliegen auch zukünftig die abgerechneten Leistungen einer Mengengrenzung - „zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit“, wie es im Gesetzestext heißt. Die Men-

gengrenzung erfolgt durch arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV).

Zunächst muss das Geld unter den Versorgungsbereichen aufgeteilt werden: Die Vergütung für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen und einige Rückstellungen (beispielsweise für einen Anstieg der Vertragsarztzahlen) werden von der Gesamtvergütung abgezogen.

Die verbleibende Summe wird den Vergütungsanteilen im Jahr 2007 entsprechend in einen Anteil für Hausärzte und einen Anteil für Fachärzte aufgeteilt - korrigiert um durch den EBM 2008 bedingte Veränderungen des Leistungsbedarfs. Im Ergebnis stellen sich damit drei Kontingente ein: Psychotherapie, Hausarzt und Facharzt. Nun gibt es in jedem der drei Versorgungsbereiche eine Reihe von Leistungen, die nicht den

RLV unterliegen, gleichwohl aber Bestandteil der morbiditätsbedingten und begrenzten Gesamtvergütung sind und bei der Aufteilung der Finanzmittel berücksichtigt werden müssen. Im hausärztlichen Bereich ist zudem die Differenzierung der Vergütung je Fall durch qualifikationsgebundene Fallwertzuschläge für qualitätsbezogene Leistungen vorgesehen und ebenfalls aus dem Kontingent des jeweiligen Versorgungsbereichs zu finanzieren. Zudem sind innerhalb des Versorgungsbereichs zur Finanzierung der das RLV übersteigenden Leistungen Rückstellungen in Höhe von 4 Prozent des Kontingentes vorzunehmen. Der danach

verbleibende Anteil des Kontingentes wird nach den Vergütungsanteilen des Jahres 2007 auf die 37 RLV-Arztgruppen verteilt – wiederum korrigiert um die durch den EBM 2008 bedingten Entwicklungen. Die so gebildeten Arztgruppenkontingente werden je Quartal mit der Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal korreliert und ergeben so den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert.

Das Regelleistungsvolumen eines Arztes ergibt sich aus der Multiplikation dieses Fallwertes mit seiner Fallzahl im Vorjahresquartal, gegebenenfalls abgestaffelt für alle Fälle, die über das 1,5-fache des Fach-

gruppendurchschnitts hinausgehen - und korrigiert um einen Faktor, der Unterschiede in der Altersstruktur der Patienten bei Ärzten einer Arztgruppe ausgleichen soll.

Auch die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen künftig einer Mengengrenze, genauer gesagt einer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze, die für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen 27090 Minuten je Quartal beträgt. Hinzu kommen regional aus Vergangenheitswerten zu berechnende Minuten für alle übrigen Leistungen dieser Gruppen.

■ Wie geht es weiter?

Ein grundsätzliches Problem ergibt sich aus dem sehr niedrigen Orientierungswert. Wir haben einen EBM, der Bewertungsrelationen auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation zum Ausdruck bringt. Dieser Kalkulation ist die Fiktion eines Punktwertes von 5,11 Cent hinterlegt. Der selbe Erweiterte Bewertungsausschuss, der die kalkulatorische Entlohnung für eine Arztminute vor Jahresfrist auf 86,09 Cent festgelegt hat, drückt den Wert nun faktisch auf 59 Cent.

Beschlüsse zur Anpassung der Bewertungsrelationen des EBM an den Orientierungswert fehlen

– eigentlich eine Notwendigkeit, wenn die Fiktion einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation aufrecht erhalten werden soll. Es bleibt also für die Bundesebene noch viel zu tun.

Auf regionaler Ebene müssen sich KV und Kassen auf eine regionale Euro-Gebührenordnung einigen. Im Bereich der freien Leistungen (Prävention, ambulantes Operieren) hat Hamburg mit 4,87 Cent den bundesweit höchsten Punktwert. Dieser Erfolg ist nun wieder gefährdet, es muss neu verhandelt werden.

Konflikte mit den Kassen erwarten wir auch im Bereich der begrenzten Gesamtvergütung

– etwa was die Höhe der zu bildenden Rückstellungen angeht. Weitere Regelungsnotwendigkeiten betreffen die Finanzierung von Praxisbesonderheiten und Ausgleichszahlungen für Praxen mit einem durch die Reform bedingten Honorarverlust von mehr als 15 Prozent. Es werden harte Verhandlungen. Doch der Vorstand der KV Hamburg wird keinem Kompromiss zustimmen, der nicht zumindest die auf der Bundesebene zugesagten Finanzvolumina beinhaltet.

*Dieter Bollmann,
Vorstandsvorsitzender der
KV Hamburg*

Kompetent und vertrauenswürdig

■ Patienten stellen den Hamburger Ärzten ein exzellentes Zeugnis aus

Die ambulante Versorgung genießt einer neuen Umfrage zufolge in der Bevölkerung hohe Wertschätzung. Fast 90 Prozent der Hamburger haben ein gutes Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt; fast 95 Prozent schätzen

dessen fachliche Fähigkeiten. Das ist kaum zu toppen. Weiteres Ergebnis: Lange Wartezeiten sind im Regelfall kein Problem. Was Ärzte und KV immer schon geahnt haben, ist nun belegt: Interessierte

Kreise haben aus Einzelfällen eine Kampagne gemacht, hinter der aber kein reales Problem steht. Hier einige Ergebnisse der „Patientenumfrage 2008“ für den Bereich Hamburg im Einzelnen:

Die „Patientenumfrage 2008“ wurde im Frühjahr von der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV durchgeführt.

Vertrauensverhältnis – Wie gut ist das Vertrauensverhältnis zu dem Arzt, den Sie zuletzt besucht haben?

sehr gut	48,7 Prozent
gut	41,0 Prozent
weniger gut	6,1 Prozent
überhaupt nicht gut	0,6 Prozent

Fachkompetenz – Für wie gut halten Sie die fachlichen Fähigkeiten dieses Arztes?

sehr gut	42,0 Prozent
gut	52,4 Prozent
weniger gut	1,7 Prozent
Überhaupt nicht gut	0,2 Prozent

Terminvergabe – Wie lange hat es gedauert, bis Sie einen Termin bekommen haben?

sofort Termin	33,6 Prozent
1 Tag	4,4 Prozent
2 bis 3 Tage	6,7 Prozent
bis 1 Woche	12,4 Prozent
bis 3 Wochen	11,9 Prozent
über 3 Wochen	13,6 Prozent
ohne Termin	8,6 Prozent
gibt keine Termine	8,1 Prozent

Entscheidungskriterien für Arztpraxis – Abgesehen von den fachlichen Fähigkeiten: Was ist Ihnen bei einem Praxisbesuch am wichtigsten?

Freundlichkeit	48,8 Prozent
Moderne Ausstattung	18,6 Prozent
Kurze Wartezeiten	16,4 Prozent
Gute Erreichbarkeit	14,3 Prozent
Ansprechende Räumlichkeiten	0,5 Prozent



Wie wichtig ist der „menschliche Faktor“? Die ärztliche Kommunikation gerät ins Visier der Forschung.

Der Arzt als Placebo

■ US-Studie: Nette Ärzte erzielen bessere Behandlungsergebnisse

Das Kommunikationsverhalten des Arztes hat offenbar einen größeren Einfluss auf den Behandlungserfolg als bisher angenommen. Eine Studie aus dem Osher Research Center an der Harvard Medical School versuchte zu klären, welchen Anteil am Placeboeffekt dem Verhalten des Arztes zukommt. (Kaptchuk, Ted J u.a.: „Components of placebo effect“ *BMJ* 3.4.2008)

Patienten mit Reizdarmsyndrom wurden für die Studie in drei Gruppen eingeteilt: Eine Gruppe kam auf eine Warteliste, wurde also nur beobachtet. Eine zweite Gruppe erhielt ein Placebo und wurde vom Arzt jeweils mit knappen Worten abgefertigt.

Den Patienten der dritten Gruppe gegenüber, die ebenfalls ein Placebo erhielt, verhielt sich der Arzt freundlich und zugewandt. Er hörte gut zu, zeigte Empathie, ermutigte die Patienten

und stellte einen positiven Behandlungsverlauf in Aussicht („Ich habe viel Erfahrung in der Behandlung des Reizdarmsyndroms und freue mich darauf, Ihnen zeigen zu können, dass Akupunktur eine wertvolle Behandlung ist.“) Ergebnis: Der Zustand der ersten Gruppe verbesserte sich nach einigen Wochen um 3 Prozent, der Zustand der zweiten um 20 Prozent und der Zustand der dritten um 37 Prozent.

„Diese Studie entwirrt erstmals die Bestandteile des Placeboeffekts und verbessert damit das Verständnis der sogenannten Kontextfaktoren einer Behandlung“, schreibt der deutsche Internet-Dienst *Forum Gesundheitspolitik* (11.4.2008).

Auch der italienische Neurowissenschaftler Fabrizio Benedetti erforscht seit vielen Jahren die Arzt-Patienten-Beziehung. In seinen Studien fand er heraus,

dass Ärzte, die beim Patienten Vertrauen, Entspannung und Zuversicht auslösen, die besten Behandlungsergebnisse erzielen. Dieser Aspekt werde in der westlichen Medizin oft vernachlässigt, so Benedetti, denn „man neigt dazu, die Krankheit zu behandeln und nicht den Menschen als Individuum“. Schon 2001 werteten Wissenschaftler in einer Überblicksarbeit bis dahin verfügbare wissenschaftliche Studien aus: „Das relativ einheitliche Ergebnis ist, dass Ärzte, die eine warme, freundliche und beruhigende Art an den Tag legen, effektiver arbeiten als jene, die in ihrem Verhalten formal bleiben und nicht versuchen, auf die Patienten beschwichtigend einzugehen.“ (Di Blasi, Zeldu u.a.: Influence of context effects on Health outcomes: a systematic review“ *The Lancet*, 10.3.2001) *fs/mn*



Fragen und Antworten

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

1 Laut KV-Telegramm Nr. 35 vom 10. Juli 2008 sollen die Durchschläge der Dokumentationen zu den Kinder-, Jugendgesundheits- und Gesundheitsuntersuchungen sowie zu den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Männer und Frauen nicht mehr bei der KV eingereicht werden. Bedeutet das, dass die Dokumentationen nicht mehr ausgefüllt werden müssen?

Nein, die Dokumentationen müssen weiterhin ausgefüllt werden. Wenn Sie die Dokumentationsbögen bereits über Ihre Praxis-EDV erfassen, brauchen Sie den Durchschlag für die KV jedoch nicht mehr auszudrucken. Wird die Dokumentation noch auf den entsprechenden (Papier-)Mustern erfasst, können Sie den Durchschlag, den sie bisher zur KV geschickt haben, vernichten.

2 Ich bin ein in Hamburg niedergelassener Anästhesist und arbeite zusätzlich mit einer Praxis aus Schleswig-Holstein zusammen. Von welcher KV bekomme ich die Nebenbetriebsstättennummer für die Praxis in Schleswig-Holstein?

(Neben-) Betriebsstättennummern werden immer von der Kassenärztlichen Vereinigung vergeben, in deren Bereich ein Arzt niedergelassen ist - in Ihrem Fall also von der KV Hamburg.

3 In unserer Umgebung gibt es eine Praxis, die zum wiederholten Male wegen Urlaubs schließt und uns als Vertreter angibt, ohne die Vertretung mit uns abzusprechen. Ist das rech-

Eine Vertretung ist jeweils mit dem vertretenden Arzt abzu-

sprechen (Lt. BMV-Ä § 17 Abs. 3 und BMV-EKV § 13 Abs. 9).

4 Wenn man an dem Hausarztvertrag der AOK Rheinland/Hamburg teilnimmt, kann man die Nummern 99467 und 99468 für „einfache Behandlungspflege“ abrechnen. Was beinhaltet die einfache Behandlungspflege?

Der teilnehmende Hausarzt unterstützt Angehörige oder Ehrenamtliche, die ohne Unterstützung eines professionellen Pflegedienstes häusliche Krankenpflege bei den Patienten durchführen. Hierzu gehört zum Beispiel eine fachliche Anleitung zur Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, zur medizinischen Einreibung, Medikamentengabe, Inhalation sowie zum An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen.

5 Wenn ich als Hausarzt Patienten an Fachärzte überweise, muss ich nicht selten telefonisch in den Facharztpraxen nachhaken, um einigermaßen zeitnah einen Arztbrief zu bekommen. Liegt zwischen

der Überweisung und meinem Anruf ein Quartalswechsel, verlangen die fachärztlichen Kollegen bisweilen eine neue Überweisung, um den Arztbrief abrechnen zu können. Ist das richtig?

Nein. Die fachärztlichen Kollegen können nicht verlangen, dass der Hausarzt eine zweite Überweisung ausstellt. Der Arztbrief ist in der Grundpauschale enthalten und soll zeitnah (im Behandlungsfall) geschrieben werden.

Ergänzungsvereinbarung Reiseimpfung / HPV

■ Leistungen sind über die Krankenversicherungskarte abrechenbar

Wie berichtet hat die KV Hamburg zum Oktober vergangenen Jahres eine Ergänzungsvereinbarung mit der Techniker Krankenkasse und der Gmünder Ersatzkasse abgeschlossen. Die Vereinbarung regelt den Leistungskatalog für Schutzimpfungen bei Auslandsreisen und für HPV-Impfungen.

Am 1. Januar 2008 ist die kt-pBKK und am 1. April 2008 die DRÄGER & HANSE BKK beigetreten. Die HZK, die ebenfalls teilgenommen hatte, ist seit Juli 2008 mit der Gmünder Ersatzkasse fusioniert.

Die Vereinbarung ermöglicht es Patientinnen dieser Kassen, sich auch noch vom 18. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr gegen Gebärmutterhalskrebs impfen zu lassen. Des Weiteren übernehmen diese Kassen die Kosten für Reiseimpfungen, sofern diese von der STIKO empfohlen sind; die Erweiterung betrifft im Wesentlichen die Malaria-Prophylaxe, aber auch Hepatitis, FSME,



Image - Dreamstime.com

Meningokokken, Tollwut, Typhus, Cholera und Gelbfieber.

Diese Leistungen sind über die Krankenversicherungskarte abrechenbar. Die Vergütung erfolgt außerbudgetär.

Die Verordnung des Impfstoffes und der Malaria-Prophylaxe muss über Muster 16 zu Lasten der teilnehmenden Krankenkassen auf den Namen des Patienten erfolgen. Das Mar-

kierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Musters 16 ist anzukreuzen. Ein Bezug der Impfstoffe zu Lasten des Sprechstundenbedarfs (SSB) ist nicht möglich.

Informationen zu den Abrechnungsnummern und Impfleistungen finden Sie im Internet:

www.kvhh.de → Rechtsquellen & Verträge → Gesetze & Verträge → Verträge der KVH → Nr. 10a.

Hautkrebs-Screening

■ Wie soll dokumentiert werden?

Bis 31. Dezember 2008

Für das neu eingeführte Hautkrebs-Screening gibt es kein eigenes Formular. Die Dokumentation kann bis Ende des Jahres im Rahmen der üblichen Befunddokumentation in der Arztpraxis durchgeführt werden. Eine Übermittlung der Daten an die KV ist zunächst nicht vorgesehen.

Ab 1. Januar 2009

Spätestens ab Anfang nächsten Jahres darf die Dokumentation nur noch in elektronischer Form vorgenommen werden. Zur Datenerfassung muss eine von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierte Software verwendet werden. Die Softwarehersteller sind darüber informiert. Die KV rät ihren Mit-

gliedern, bei den Softwareherstellern auf eine rechtzeitige Bereitstellung der entsprechenden Module zu drängen.

Die elektronischen Dokumentationen werden als Datensätze an die KV übermittelt. Dort werden sie gesammelt und der für die Evaluation bestimmten Stelle zur Verfügung gestellt.

■ Was soll dokumentiert werden?

Eine G-BA-Richtlinie legt fest, welche Daten der Arzt beim Hautkrebs-Screening erheben muss. Die vollständige Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit.

Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung müssen bei der Erstuntersuchung Folgendes dokumentieren:

1. Arztnummer
2. Alter und Geschlecht des Versicherten
3. Verdachtsdiagnose differenziert nach den Hautkrebsarten:
 - a) Malignes Melanom
 - b) Basalzellkarzinom
 - c) Spinozelluläres Karzinom
4. Teilnahme im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung.

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten müssen bei einer Erstuntersuchung

oder Abklärung Folgendes dokumentieren:

1. Arztnummer
2. Alter und Geschlecht des Versicherten
3. Bei Vorliegen einer Überweisung zur Abklärung eines auffälligen Befundes aus dem Hautkrebs-Screening Angabe der Verdachtsdiagnosen:
 - a) Malignes Melanom
 - b) Basalzellkarzinom
 - c) Spinozelluläres Karzinom
4. Verdachtsdiagnose des untersuchenden Hautarztes differenziert nach den Hautkrebsarten:
 - a) Malignes Melanom
 - b) Basalzellkarzinom
 - c) Spinozelluläres Karzinom
5. Histopathologischer Befund, soweit möglich mit Grading.

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

Teilnahme

Das Hautkrebs-Screening kann von Hausärzten oder von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten durchgeführt werden, wenn der zuständige KV die Teilnahme an einem von der KV zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm nachgewiesen wurde und eine entsprechende Genehmigung der KV vorliegt. Hierzu ist ein Antrag sowie der Fortbildungsnachweis bei der KV, Abteilung Qualitätssicherung, einzureichen.

*Ansprechpartnerinnen:
Monika Zieminski,
Tel: 22802- 781
Cornelia Wehner,
Tel: 22802- 602*

„Selbstverschuldete Krankheiten“

■ Droht Meldeverweigerern strafrechtliche Verfolgung?

Seit Juli 2008 ist der sogenannte „Petzparagraph“ in Kraft. Er verpflichtet Ärzte, den Krankenkassen mitzuteilen, wenn ein Patient sich wegen der Komplikationen und Spätfolgen von Schönheitsoperationen, Piercings oder Tätowierungen

behandeln lässt (§ 294a Abs. 2 SGB V). Der Patient soll dann in angemessener Höhe an den Kosten beteiligt werden. Damit Ärzte ihre Patienten bei den Kassen melden können, wurde als Sekundärschlüssel der Code U69.10! in die Diag-

noseklassifikation aufgenommen. Die Ärzte sollen den Code U69.10! entsprechend dessen Hinweistext in der ICD-10-Systematik angeben.

Versäumt es ein Arzt, dieser Meldepflicht nachzukommen, kann das strafrechtliche Konsequenzen haben. Je nach Höhe des der Kasse entstandenen Schadens könnte der Arzt möglicherweise mit einer Geldstrafe belegt werden. Es gibt aber noch keine Urteile für einen solchen Fall.

Der sogenannte „Petzparagraph“ wurde im Vorfeld von den Ärztevertretern als Angriff auf die verfassungsrechtlich geschützte ärztliche Schweigepflicht vehement abgelehnt.



YBond - Fotolia.com

Wenn ein Piercing Ärger macht, sollen die Patienten zuzahlen.

Abgabe der Abrechnungsunterlagen III. Quartal 2008

1. Oktober 2008 bis 15. Oktober 2008

Mo. bis Fr. 7:00 - 16:30 Uhr

und Sa. 7:00 - 13:00 Uhr

(Freitag, den 3. Oktober 2008 bleibt die Abgabestelle geschlossen)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Die Frist zur Abgabe der Behandlungsausweise kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss gemäß § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg mit schriftlicher

Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen. Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 3 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg für jeden über die

Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

*Den richtigen Ansprechpartner vermittelt das Infocenter:
Tel. 22802 - 900*

Qualitätsmanagement-Seminare

Im Ärztehaus finden weiterhin QEP-Seminare für Einsteiger und Fortgeschrittene statt. Auch QEP-Seminare speziell für Psychotherapeuten werden angeboten. QEP ist ein Qualitätsmanagementsystem, das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den niedergelassenen Bereich entwickelt wurde. Im November sind zwei Themenseminare geplant:

„Teambesprechung / Motivation“ (12. 11.08, 15 Uhr) und „Datenschutz“ (29.11.08, 10 Uhr).

Alle Termine im Internet unter: www.kvhh.de → Ärzte/Psychotherapeuten → Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Anmeldung: Ursula Dudziak,
Tel: 22802-633



Neue QEP-Unterstützungselemente

■ Betriebswirtschaft / Auswertung von Patientenbefragungen

Für Praxen, die das Qualitätsmanagement-System QEP nutzen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung zwei neue Unterstützungselemente entwickelt: Zum einen ein Tool, das dem Praxisinhaber dabei hel-

fen kann, einen strukturierten Überblick über die betriebswirtschaftliche Lage seiner Praxis zu erhalten. Zum anderen ein Tool für die Auswertung der QEP-Patientenbefragung.

Bei beiden Tools handelt es

sich um Excel-Dateien auf CD-ROM. Beide sind über die Abteilung Qualitätsmanagement zu beziehen. Die zuständigen KV-Mitarbeiter demonstrieren interessierten Ärzten gern den Umgang mit den Dateien.

Vorsicht vor unseriösen Anbietern

■ Nicht alle Qualitätsmanagement-Systeme sind zertifizierungsfähig

Nach wie vor gibt es unseriöse Anbieter auf dem Markt, die Ärzten und Psychotherapeuten eine vermeintlich einfache Einführung von Qualitätsmanagement in Aussicht stellen. Manche Systeme erweisen sich als zu teuer. Bei anderen handelt

es sich um Minimallösungen, die gesetzliche Forderungen nur ungenügend abdecken. Nicht alle Systeme sind zertifizierungsfähig, was möglicherweise spätere Doppelarbeit nach sich zieht. Ärzte und Psychotherapeuten, die Fragen

zum Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Systems haben, können sich gerne von der KV beraten lassen.

*Ansprechpartnerin zu Fragen
des Qualitätsmanagements:
Ursula Dudziak Tel: 22 80 2-633.*

Hinweis auf amtliche Veröffentlichungen im Internet

4. Nachtrag DMP KHK mit Wirkung zum 1. Juli 2008

Der **4. Nachtrag DMP Koronare Herzkrankheit** mit Wirkung zum 1. Juli 2008 ist auf der Homepage der KV Hamburg veröffentlicht.

www.kvhh.de → Amtliche Veröffentlichungen

Abrechnung Sonstige Kostenträger für Betreuung und Schulung bei Diabetes mellitus Typ 1

Nachdem die Verhandlungen mit den Sonstigen Kostenträgern abgeschlossen sind, weisen wir auf die aktualisierte Aufstellung der Abrechnungsmöglichkeiten hin.

www.kvhh.de → DMP → DMP Diabetes → Abrechnung Sonstige Kostenträger

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22082-900

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, den Text im Internet einzusehen, stellen wir Ihnen die gesuchten Dokumente gerne in Papierform zur Verfügung.

Ansprechpartnerin: Käthe Schöppich, Tel: 22802-381

BIGprevent und Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Gemeinsame Protokollnotiz der BIG Gesundheit und der AG Vertragskoordination – vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung - zu den Verträgen nach § 73b SGB V (BIGprevent) und § 73c SGB V (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen)

Die Vertragspartner möchten die zum 1. Juli 2008 eingeführte Kinderfrüherkennungsuntersuchung U7a im Sinne des Gemeinsamen Bundesausschusses (Beschluss vom 15. Mai 2008) in die Systematik der oben genannten Verträge einfügen. Dazu verständigen sich die Vertragspartner darauf, dass rückwirkend zum 1. Juli 2008 folgende Änderungen vorgenommen werden:

- Die Abrechnungsposition 81101 (§ 6 Absatz 1 Vertrag nach § 73c SGB V) wird gestrichen (korrespondierend hierzu Anpassung § 3 Abs. 1 „Umfang des Versorgungsauftrages“)
- Die Gebührenposition 01723 (Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat U7a) wird in die Anlage 8.2 Absatz 3 (Vertrag nach § 73b SGB V BIGprevent) aufgenommen und Ärzten mit der Anerkennung als Kinder- und Jugendarzt sowie an dem § 73c-Vertrag teilnehmenden Hausärzten mit einer Punktwertstützung von 5,11 Cent vergütet.

Die Vertragspartner sind sich auch einig, dass die in Anlage 8.2 Absatz 4 im Vertrag nach § 73b SGB V (BIGprevent) noch nicht aufgeführte Abrechnungsziffer 01740 N (Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms beim Mann) aufgenommen wird.

Die Vertragspartner sind sich darüber hinaus einig, dass mit der Einführung der lebenslangen Arztnummer und der Betriebsstättennummer in der vertragsärztlichen Versorgung folgende Anlagen entsprechend angepasst werden müssen:

§ 73b SGB V (BIGprevent)

- Anlage 4 (Vertragsarztverzeichnis)
- Anlage 5 (Versichertenverzeichnis)
- Anlage 6 (Teilnahmeerklärung des Versicherten)

§ 73c SGB V (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen)

- Anlage 2 (Vertragsarztverzeichnis)
- Anlage 3 (Teilnahmeerklärung des Versicherten)

Kostengünstige Clopidogrel-Präparate

- Im Vergleich zu den Originalpräparaten sind die Zulassungsindikationen eingeschränkt. Doch es gibt keinen Unterschied in pharmazeutischer Wirkung und Qualität.

Seit August sind kostengünstigere Clopidogrelpräparate in Deutschland verfügbar.

Die neuen Präparate enthalten das Clopidogrel in einer anderen Salzform, nämlich in Form des Besilat, während in den Originalpräparaten (Plavix® und Iscover®) das Clopidogrel als Hydrogensulfat vorliegt.

Wirkung und Qualität

Die pharmakologische Wirkung des Clopidogrels (Thrombozytenaggregationshemmung) ist unabhängig von der Salzform. Für die Wirkung verantwortlich ist nur der aktive Metabolit, der nach der Abspaltung des Salzes und anschließender Verstoffwechslung

des Clopidogrels in der Leber entsteht. Die Geschwindigkeit, mit der die jeweiligen Tabletten zerfallen, und die Konzentration des zur Verfügung stehenden Clopidogrels im Körper ist bei beiden Salzvarianten vergleichbar. Dies wurde in Bioverfügbarkeitsstudien der neuen Präparate im Vergleich zu den Referenzpräparaten (Plavix® und Iscover®) eindeutig belegt.

Zulassung

Die neuen Arzneimittel, mit Clopidogrel-Besilat als Inhaltsstoff, verfügen zur Zeit nur über die Zulassung zur Monotherapie zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt, mit ischämischem Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer ar-

terieller Verschlusskrankheit. Bitte denken Sie daran, dass für diese Monotherapie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Verordnungseinschränkungen für Clopidogrel festgelegt hat, die natürlich auch für diese neuen kostengünstigeren Präparate gelten (siehe *KVH Journal* 2/2008, Seite 30 / www.g-ba.de).

Rabattverträge

Clopidogrel-Besilat-Präparate fallen teilweise unter die Portfolio-Verträge bestimmter Krankenkassen mit den jeweiligen Generikafirmen. Die unterschiedlichen Zulassungsindikationen der Clopidogrel-Präparate haben zur Folge, dass diese Präparate nicht in den Apotheken-Taxen als austauschfähig gelistet sind. Um Nachfragen zu vermeiden, geben Sie bitte bei einer Wirkstoffempfehlung unbedingt die konkrete Salzform (Besilat oder Hydrogensulfat) an, oder Sie verordnen gleich ein entsprechendes Handelspräparat und lassen das Autidem-Kästchen frei.

Einsparpotential

Das Einsparpotential bei Verordnung der kostengünstigeren Präparate liegt bei 20 bis 25 Prozent (siehe Preisvergleichsliste).



Preisvergleichsliste und Zulassungsindikationen

Stand 26.08.2008

Inhaltsstoff	Präparatname	Stärke und Packungsgröße	Preise	zugelassene Indikationen
Clopidogrel-Besilat	Clopidogrel Hexal®	75mg; 28 Filmtabl. 75mg; 100 Filmtabl.	64,99€ 199,99€	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt, ischämischen Schlaganfall oder mit nachgewiesener pAVK
Clopidogrel-Besilat	Clopidogrel ratiopharm®	75mg; 28 Filmtabl. 75mg; 100 Filmtabl.	68,39€ 228,17€	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt, ischämischen Schlaganfall oder mit nachgewiesener pAVK
Clopidogrel-Hydrogensulfat	Plavix®	75mg; 28 Filmtabl. 75mg; 100 Filmtabl.	82,00€ 268,12€	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt, ischämischen Schlaganfall oder mit nachgewiesener pAVK • Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST- Strecken-Hebung (instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave Myokardinfarkt), einschließlich Patienten, denen bei einer Koronarintervention ein Stent implantiert wurde, in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) • Myocardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, in Kombination mit ASS bei medizinisch behandelten Patienten, für die eine thrombolytische Therapie in Frage kommt.
Clopidogrel-Hydrogensulfat	Iscover®	75mg; 28 Filmtabl. 75mg; 28 Filmtabl.	82,00€ 268,12€	<ul style="list-style-type: none"> • Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt, ischämischen Schlaganfall oder mit nachgewiesener pAVK • Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST- Strecken-Hebung (instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave Myokardinfarkt), einschließlich Patienten, denen bei einer Koronarintervention ein Stent implantiert wurde, in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) • Myocardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, in Kombination mit ASS bei medizinisch behandelten Patienten, für die eine thrombolytische Therapie in Frage kommt.

Ansprechpartner für Fragen zu Arzneimitteln: Regina Lilje Tel: 22802-489; Ulrich Skoglund Tel: 22802-811

Rabattverträge und Aut-idem-Regelung

■ Die seit April 2007 geltende Aut-idem-Regelung sorgt weiterhin für Verwirrung in den Arztpraxen. Auf Wunsch vieler Ärzte fassen wir die wichtigsten Punkte nochmals zusammen.

Verordnet der Arzt ein bestimmtes Präparat und lässt die Substitution zu (kein durchkreuztes Aut-idem-Feld), muss die Apotheke ein wirkstoffgleiches Rabattarzneimittel abgeben, wenn es einen entsprechenden Rabattvertrag gibt. Das gilt inzwischen grundsätzlich für alle Wirkstoffe inklusive Betäubungsmittel. Stärke, Packungsgröße und Darreichungsform des rabattierten Präparats müssen mit der Verordnung des Arztes übereinstimmen. Bei BTM-haltigen Schmerzpfleistern muss zudem die Gesamthalts-

menge pro Pflaster im Sinne der BTM-Verschreibungsverordnung gleich sein. Von dieser Verpflichtung zur Substitution kann die Apotheke nur dann abweichen, wenn pharmazeutische Bedenken vorliegen oder wenn das Rabattarzneimittel nicht verfügbar ist, die Herausgabe des Medikaments aber unverzüglich erforderlich ist - zum Beispiel im Notdienst und bei Akutversorgung.

Es ist nicht möglich, dass der Patient „gegen Aufzahlung“ sein bevorzugtes teureres Präparat erhält, wenn ein entsprechen-

des Rabattarzneimittel zur Verfügung steht.

Der Arzt kann auf der Abgabe eines bestimmten Fertigpräparats bestehen (durchkreuztes Aut-idem-Feld), wenn er hierfür eine medizinische Indikation dokumentiert.

Die KV Hamburg empfiehlt die Verordnung von Wirkstoffen - oder die Verordnung eines preisgünstigen Generikums (offizieller Bruttopreis) bei Zulassung der Aut-idem-Substitution. Die Apotheke ist in beiden Fällen zur Abgabe eines für die Kasse günstigen Präparates verpflichtet.

Arzt verordnet	Apotheke liefert aus und bedruckt Rezept entsprechend Auslieferung
Fertigpräparat und kreuzt Aut-idem-Feld nicht durch (lässt wirkstoffgleiche Substitution zu)	Prioritär: rabattiertes Präparat für die entsprechende Kasse Falls kein Rabattvertrag besteht: das vom Arzt verordnete Präparat oder eines der drei günstigsten Präparate
Wirkstoff (z.B. Ramipril 10mg Tabl. Nr. 100)	Prioritär: rabattiertes Präparat für die entsprechende Kasse Falls kein Rabattvertrag besteht: eines der drei günstigsten Präparate (offizieller Bruttopreis)
Fertigpräparat und kreuzt Aut-idem-Feld durch (schließt Substitution aus)	Nur das vom Arzt verordnete Präparat

Der Grossteil der Rabattverträge zwischen Pharmafirmen und Krankenkassen betrifft den generikafähigen Markt. Doch es gibt auch einzelne Rabattverträge für nicht-generikafähige, patentgeschützte Präparate. Da der KV die genauen Bedingungen dieser Verträge nicht zugänglich sind, kann sie in Bezug auf deren Wirtschaftlichkeit keine Empfehlungen geben.



Meinungsaustausch

■ KV und Gesundheitsbehörde vereinbaren häufigere Konsultationen

Antrittsbesuch beim neuen Gesundheitssenator Dietrich Wersich: Der Vorsitzende der KV-Vertreterversammlung, Dr. Michael Späth (links im Bild) und KV-Vize Walter Plassmann (rechts) besprachen mit Dietrich Wersich und seiner Staatsrätin Dr. Angelika Kempfert aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in Hamburg. Mit Wersich als approbiertem Arzt

und Kempfert als approbierter Psychologin stehen nunmehr ausgewiesene Experten an der Spitze der Hamburger Gesundheitsbehörde.

Erwartungsgemäß blieben die Standpunkte zum Vorgehen der Behörde bei der Genehmigung der Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser (§ 116 b SGB V) weit ausein-

ander. Mehr Übereinstimmung gab es beim Thema Honorare, wo Wersich seine Meinung unterstrich, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychologen eine Honoraraufstockung erhalten müssten. Für die Zukunft wurde vereinbart, vor allem bei anstehenden Entscheidungen im Bundesrat zu Fragestellungen, die die KV betreffen, die Standpunkte auszutauschen.

Infocenter der KV Hamburg: Zahl der Anrufe steigt

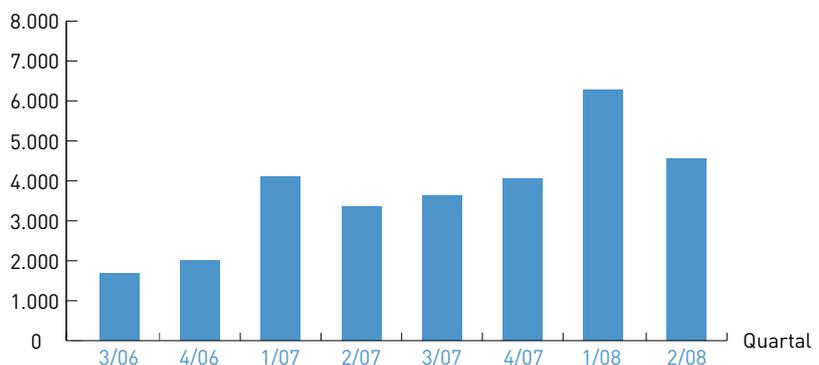
Das Infocenter der KV Hamburg wird von den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten intensiv genutzt. 4.546 Anrufer ließen sich im zweiten Quartal 2008 beraten – mehr als doppelt so viele wie zwei Jahre zuvor.

Das Infocenter wurde im Juli 2006 eingerichtet. Unter der Telefonnummer 22802-900 beantworten KV-Mitarbeiterinnen Fragen rund um den Praxisalltag. Über die Hälfte der Anrufer wünschen Informationen zu den Themen Abrechnung, Verordnung

oder Sprechstundenbedarf. Besonders gefragt ist das Infocenter, wenn neue Regelungen eingeführt werden und die

Anrufer schnelle und auf die individuelle Praxissituation zugeschnittene Antworten benötigen.

Anrufe im Infocenter



„Wir setzen auf bestehende Strukturen“

■ Geht der Vormarsch der MVZ zu Lasten der flächendeckenden Versorgung? Dr. Achim Rogge über das Versprechen von Asklepios, auf sozialverträgliche Weise zu expandieren.

Asklepios betreibt südlich der Elbe zwei medizinische Versorgungszentren (MVZ). In Bergedorf wurde im Juli ein drittes eröffnet. Was haben Sie vor?

Rogge: Mit dem Betrieb von MVZ springt Asklepios dort ein, wo Ärzte ihre Praxen an Asklepios abgeben möchten oder die ambulante Versorgung die Unterstützung von Asklepios benötigt. Deshalb werden wir im Randgebiet von Hamburg und im Umland voraussichtlich 10 bis 12 medizinische Versorgungszentren eröffnen, um die ambulante Versorgung dort vor Ort sicherzustellen. Wir werden möglichst auf vorhandene Strukturen zurückgreifen. In Bergedorf zum Beispiel haben wir drei Arztsitze in einem Gebäude übernehmen können. Ein vierter Arztsitz kommt hinzu, der zuvor aber nur 500 Meter entfernt war.

Sie haben sich der KV gegenüber dazu verpflichtet, Arztsitze wenn möglich am selben Ort zu belassen. Wie kam es dazu?

Rogge: Wir wollten uns nicht den Vorwürfen aussetzen, die manchen Mitbewerbern gemacht worden sind. Es gab eine öffentliche Debatte darüber, ob die Betreiber von MVZ durch die Zentralisierung von Arztsitzen Versorgungslücken aufreißen. Die Politik fragte bei uns nach,

ob auch wir beabsichtigen, uns lediglich die Rosinen herauszupicken. Aus diesem Grunde sind wir proaktiv auf die KV zugegangen und haben uns auf diese Selbstverpflichtung verständigt.

Sie betreiben acht Kliniken in Hamburg. Gäbe es nur eine Asklepios-Klinik, hätten Sie diese Selbstverpflichtung wohl nicht so leichten Herzens abgeben können.

Rogge: Das ist nicht ganz richtig. Das primäre Interesse von Asklepios ist es, die ambulante Versorgung um seine Krankenhäuser sicherzustellen. An Standorten mit nur einem Krankenhaus ist es vielleicht sinnvoller, ein medizinisches Versorgungszentrum direkt am Krankenhaus aufzumachen.

Aber dann verlieren die Patienten die direkte wohnortnahe Versorgung und müssen für die ambulante Versorgung ins Krankenhaus fahren.

Hier in Hamburg aber ist es die passende Philosophie für unsere Situation, diese Selbstverpflichtung mit der KV eingegangen zu sein. Eine Zerstörung gewachsener Versorgungsstrukturen macht auch ökonomisch keinen Sinn. Würde man nach der Übernahme einer Praxis sofort die Ärzte wechseln und die Arztsitze an ein Krankenhaus ver-

lagern, hätte man einen großen Verlust an Patienten.

Welche Reaktionen haben Sie auf die Selbstverpflichtung bekommen?

Rogge: Die Reaktionen waren von niedergelassenen Ärzten und Patienten sehr positiv. Nach der Veröffentlichung sind diverse Ärzte an uns herangetreten, die nun zum ersten Mal erwogen haben, ihren Sitz an einen MVZ-Betreiber abzugeben. Ihnen war es enorm wichtig, dass ihre Patienten am selben Ort weiterversorgt werden und somit eine Kontinuität gewahrt bleibt. Offenbar können sich die Ärzte mit unserer Selbstverpflichtung identifizieren. Die Patienten in den bestehenden MVZ sprachen ihren behandelnden Ärzten ihre Erleichterung aus.



Will sich nicht dem Vorwurf aussetzen, gewachsene Strukturen zu zerstören: Asklepios-MVZ-Nord-Chef Dr. Achim Rogge

■ Welche Kliniken würden sich der Asklepios-Selbstverpflichtung anschließen? Das KVH-Journal hat nachgefragt.

Krankenhäuser und Investoren drängen derzeit in den ambulanten Gesundheitsmarkt - nicht immer zum Vorteil der Patienten. Mit der Asklepios MVZ Nord GmbH, einer Tochter des Klinik Konzerns Asklepios, hat sich erstmals ein MVZ-Betreiber ethische Verhaltensstandards auferlegt.

In einer freiwilligen Erklärung verpflichtet sich Asklepios MVZ Nord gegenüber der KV Hamburg dazu, die Gründung von MVZ so vorzunehmen, dass eine wohnortnahe Versorgung der Patienten sichergestellt und das medizinische Angebot erhalten oder ausgebaut wird.

Die Verlegung von Arztsitzen aus einem Stadtbezirk in einen anderen soll vermieden werden.

Das **Albertinen-Krankenhaus** erklärte auf Anfrage, es könne sich dieser Selbstverpflichtung anschließen. „Im Gegensatz zu einer aggressiven MVZ-Expan-

sionsstrategie geht Albertinen den Weg der Kooperation mit ambulanten Ärzten“, sagt Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzender des Albertinen-Diakoniewerkes. „Die ambulanten Ärzte sind unsere Partner und nicht potenzielle Übernahmekandidaten.“

Auch das **Klinikum Eilbek** sieht die niedergelassenen Ärzte als

Partner für die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung und nicht als Konkurrenten, die es zu verdrängen gilt. „Wir treten dafür ein, die ambulante Versorgung am bewährten Platz zu belassen“, so der Sprecher des Klinikums Eilbek, Ludwig Rademacher.

Nicht in der Lage, einer solchen Selbstverpflichtung beizutreten, sieht sich das **Marienkrankenhaus**. „Als Einzelhaus können

wir keine Zusage machen, einen Arztsitz in jedem Fall am alten Standort zu belassen. Doch wir haben größtes Interesse daran, solche Fragen mit den niedergelassenen Ärzten und der KV einvernehmlich zu klären.“

Gänzlich unbeeindruckt von der öffentlichen Diskussion über die Rolle der Versorgungszentren zeigt sich lediglich das

>> Nur das UKE zeigt sich unbeeindruckt von der öffentlichen Diskussion <<

Universitätsklinikum Eppendorf, an dessen Ambulanzzentrum innerhalb weniger Jahre 32 Arztsitze zusammengezogen wurden - darunter auch sechs Hausarztsitze. „Die Grund- und Regelversorgung in den Bezirken ist nicht unser Schwerpunkt“, sagt Maren Puttfarcken, Leiterin der Unternehmenskommunikation im UKE. „Die Debatte um den Ankauf von Sitzen betrifft uns deshalb nicht.“

Köhler warnt vor „Kapitalisierung“ der Versorgung

Der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, will eine „feindliche Übernahme“ der ambulanten Medizin verhindern. Auf einer Tagung in Leipzig warnte er vor einer „Kapitalisierung“ der Versorgungseinrichtungen und forderte, gewinnorientierte Unternehmen von der Gründung von MVZ auszuschließen. Um die Unabhängigkeit der Medizin zu gewährleisten, sollten Ärzte in den MVZ-Trägergesellschaften mehrheitlich beteiligt sein und mehrheitliches Stimmrecht haben. Die KBV fordert eine entsprechende Gesetzesänderung.

Für Sie in der Kreisversammlung

Dr. Jan Cappenberg (Obmann Kreis 8)



Geb. Datum: 1946
Familienstand: verheiratet, zwei Kinder
Fachrichtung: hausärztlicher Internist
Weitere Ämter: Moderator eines Qualitätszirkels
Hobbys: Zeit zum Lesen muss ich mir mühsam abzwacken. Morgens vor der Praxis gehe ich regelmäßig zum Schwimmen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Eine eigene KV für Hausärzte oder eine vergleichbare Konstruktion.

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

Die KV hat eine Überlebenschance, wenn es gelingt, die Interessenskonflikte ihrer Mitglieder zu entschärfen. Anderenfalls wird sie unglaubwürdig werden, an den Rand gedrängt, ein Büttel der Mächtigen, der Ignoranten im Gesundheitswesen. Letzteres droht auf dem Weg zu mehr Effizienz und Transparenz ihrer Seele verlustig zu gehen.

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

Ulla Schmidt: Hat sie einen Hausarzt? Was erwartet sie von ihm? Wie viel Wartezeit würde sie in Kauf nehmen, ohne sich in ihrer ministerialen Würde verletzt zu fühlen?

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Ich träume mich als Wanderer nach Schottland, auf dem Weg von Herrenhaus zu Herrenhaus.

Dr. Rebekka Goers (Obfrau Kreis 18)



Geb. Datum: 2.12.1955
Familienstand: geschieden
Fachrichtung: Innere Medizin
Weitere Ämter: Mitglied im Wilhelmsburger Ärzteverein
Hobbys: Reisen und Lesen

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Leistungsgerechtes Honorar für alle Fachgruppen.

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

Vermutlich wird die KV nur noch die Grundversorgung als GKV-Leistung übernehmen und die medizinische Diagnostik wird über Kostenerstattung durch Zusatzversicherung abgerechnet.

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

Zur Zeit besser keinen, da es bereits genug unehrliche Antworten auf ernste und wichtige Fragen gibt.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Ich möchte gute Medizin und patientengerechte Diagnostik ohne den überdimensionalen Bürokratie-Aufwand betreiben können.

Korrektur

Dem Obmann von Kreis 15, Dr. Ulrich Wendisch, wurde in der vergangenen Ausgabe ein falsches Geburtsdatum zugeordnet. Wir bitten das zu entschuldigen. Dr. Wendisch ist am 2.1.1956 geboren. *mn*

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

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

040/22 802 650

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



Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

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

Wann sind wir für Sie da?

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

