

KVH journal

ABSURDE REFORM

*Termin­garantie und Praxenabbau –
wie passt das zusammen?*



HONORARVERHANDLUNGEN

Im Korsett der Bundesvorgaben

ARZNEIMITTEL

Neue Richtgrößen und Praxisbesonderheiten

IMPRESSUM

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

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die
Meinung des Autors und nicht unbedingt
die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 12/2014 (1. Dezember 2014)



Liebe Leserin, lieber Leser!

„Stärkung der Freiberuflichkeit“ ... Wenn ein Gesetz schon so angekündigt wird, ahnt man das Schlimmste. Die Freiberuflichkeit hat nach offizieller Definition "auf Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art zum Inhalt". Dazu gehört bisher auch die Tätigkeit der Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland. Wo nun das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) deren Position stärkt, erschließt sich auch bei genauem Studium des Entwurfes nicht. Wenn man dann noch nach der Kombination von Freiberuflichkeit und Selbständigkeit schaut, immerhin der tragenden Säule unseres ambulanten Gesundheitswesens, dann wird endgültig klar, dass hier eher eine Abwicklung dieser Form der freien Berufsausübung in Selbstverwaltung vorbereitet wird denn eine Stärkung. Dies wird jedoch weder den Betroffenen noch den Bürgerinnen und Bürgern offen kommuniziert. Durch die Hintertür wird leise der schlechende Systemwechsel zu einer immer stärker zentralistisch regulierten, dirigistischen Staatsmedizin fortgesetzt, der schon seit Anfang der neunziger Jahre erkennbar ist.

Ein Aufschrei ist nicht zu hören – das langsame Erwärmen des Wassers lässt den Frosch in Ruhe abwarten, bis er gekocht wird.

Es ist Zeit, dass wir deutlich hörbar darauf hinweisen, dass die Zerstörung der Grundlagen unserer ambulanten Gesundheitsversorgung zu einem teureren und vor allem für die Patienten schlechteren Versorgungssystem führen wird!

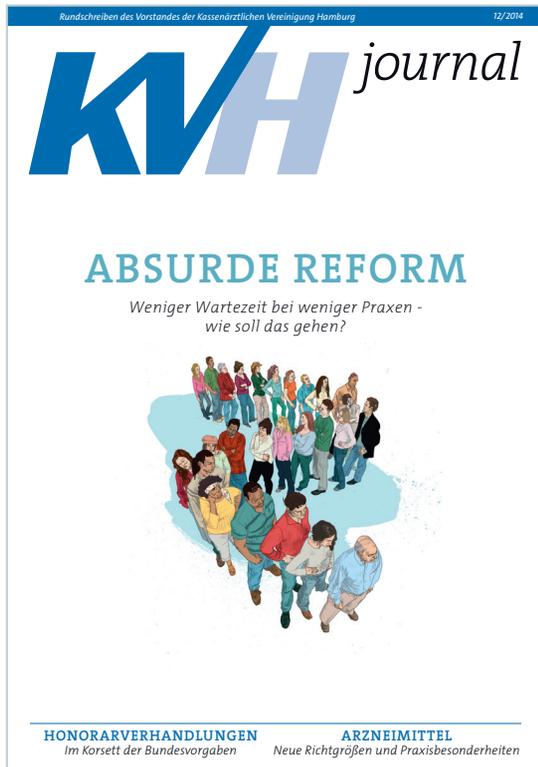
Stephan Hofmeister

Ihr Dr. Stephan Hofmeister,
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvvh.de



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Was halten Sie vom geplanten Versorgungsstärkungsgesetz (VSG)?
- 08_ Wie die Regierung der Selbstverwaltung ins Steuer greift
- 10_ Das Praxisvernichtungsprogramm

GESUNDHEITSPOLITIK

- 16_ Honorarverhandlungen: Im Korsett der Bundesvorgaben

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_ Fragen und Antworten
- 22_ Info-Veranstaltung zu Ebola
Hörhilfen: Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag - unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



ABRECHNUNG

23_ Fallzahlen für Abschlagszahlungen
bitte frühzeitig melden!

QUALITÄT

21_ KV vergibt Registrierungsnummern
für medizinische Geräte

ARZNEI- UND HEILMITTEL

24_ Neue Richtgrößen, Praxisbesonder-
heiten und Zielvereinbarungen

FORUM

28_ Auszeichnung für Kinospot der
KBV-Kampagne

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

23_ Bekanntmachungen im
Internet

KOLUMNE

29_ Zwischenruf von
Dr. Bernd Hontschik

KV INTERN

30_ Steckbrief:
Dr. Matthias Kemnitz

31_ Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelbild: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 8, 10: bitontawano2/
fotolia; Seite 21: Felix Faller/alinea; Seite 24, 25:
dispicture/fotolia; Seite 28: Ressourcenmangel/
KBV; Seite 29: Barbara Klemm; Seite 32: Felix
Faller/Alinea; Icons: iStockfoto

Was halten Sie vom geplanten Versorgungsstärkungsgesetz (VSG)?



Janina Vandersee

Vorsitzende des Landesverbandes Nord des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.

Mehr Verantwortung für das Praxispersonal

Der Referentenentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz enthält gute Ansätze zur Verbesserung der ambulanten Versorgung. **Als Interessenvertretung der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten begrüßen wir besonders die Implementierung der Leistungen der Praxisassistent(inn)en in die Versorgung und den Ausbau der Übertragung von Leistungen an das Praxispersonal.** Wir befürworten die geplante Erweiterung des Überleitungs- und Case-Managements. Hier haben Medizinische Fachangestellte in Verträgen zur hausärztlichen Versorgung bereits jetzt eine wichtige Koordinierungsaufgabe übernommen. Dies hat sich bewährt und muss genutzt werden, um Kontinuitätsbrüche für Patienten mit schweren Krankheiten zu verhindern und die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu „leben“.

Angesichts der bereits angespannten Versorgungssituation erscheint es uns jedoch unrealistisch, davon auszugehen, dass mit dem Abbau von Überkapazitäten Versorgungsengpässe in anderen Regionen gefüllt werden können. Vielmehr sollte versucht werden, zum Beispiel städtische Facharztzentren effizient in die Versorgung des Umlandes einzubeziehen (Stichwort Transportkostenübernahme für immobile Patienten). ■

Die Hamburger Gesundheitsbehörde und die Hamburgische Krankenhausgesellschaft wollten sich auf Anfrage nicht zu den möglichen Auswirkungen des Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG) äußern.



Christoph Kranich

Leiter der Fachabteilung Gesundheit
der Verbraucherzentrale Hamburg

Bessere Verteilung der Ärzte

Es gibt viele gute Inhalte: Behandlungszentren für behinderte Menschen, bessere DMPs oder die weitere Öffnung der Krankenhäuser. Die Regelung zur Zweitmeinung ist allerdings nicht befriedigend: Das darf sich nicht nur auf planbare und mengenanfällige Eingriffe beschränken, sondern stellt ein grundsätzliches Patientenrecht dar.

Die ersten Bemühungen um eine bessere Verteilung der Ärzte sehe ich positiv: **Die Überversorgung muss zu Gunsten von Stadtteilen abgebaut werden, in denen die Ärztedichte gering ist.** An die Reduzierung von Wartezeiten durch die Servicestellen glaube ich aber nicht. Das Problem ist die Bedarfsplanung, die sich nicht am wirklichen Bedarf orientiert. Gerade bei den Psychotherapeuten gibt es enorme Wartezeiten, und dennoch sollen auch diese Praxen aufgekauft werden. Das geht an der Realität vorbei. Um Ärzte auch zur Niederlassung in ländlichen Regionen zu bewegen, muss sich die Politik mehr einfallen lassen. Da müssen auch andere Ressorts in die Pflicht genommen werden, zum Beispiel Kultur- und Bildungspolitik. ■



Dr. Hans-Martin Stubbe

Geschäftsführer Asklepios MVZ
Nord GmbH

MVZ werden gleichgestellt

Die Stellung der MVZ wird nun auch im Detail in vielen Punkten gesetzeskonform jener der Vertragsärzte angeglichen. Dies gilt für die Wirtschaftlichkeitsprüfung, Vertretungsregelung im Krankheitsfall, Gründungsvoraussetzungen, Rückumwandlung – und vieles andere mehr. MVZ sollen nun bei Verlegung einer genehmigten Anstellung nicht mehr benachteiligt werden. Hier wird eine Regelungslücke geschlossen.

Insgesamt wird mit vielen der beabsichtigten Veränderungen der Tatsache Rechnung getragen, dass inzwischen rund 15 Prozent der ambulanten Ärzte angestellt tätig sind.

Problematisch erscheint, dass Krankenhäusern, die jetzt bereits über eine Genehmigung nach § 116 b verfügen, diese auf unbestimmte Zeit erhalten bleiben soll. Dadurch wird der Impetus zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) deutlich gebremst. In der logischen Folge würde man in Bayern, Baden-Württemberg oder Thüringen mit kaum vorhandener Anwendung des alten 116 b stark zur ASV tendieren, während beispielsweise in Nordrhein-Westfalen fast alle Kliniken eine Bestandsgenehmigung hätten und dort für niedergelassene Fachärzte der Zugang zur ASV kaum noch möglich wäre. ■

VON DIRK HEINRICH

Sinnlose Regulierungswut

Die Politik sollte aufhören, der Selbstverwaltung ins Steuer zu greifen. Niemand kann die ambulante Versorgung besser organisieren als der freiberufliche, dem Gemeinwesen verpflichtete KV-Arzt.



Es läuft etwas schief im deutschen Gesundheitswesen. Seit den 1980er Jahren versucht der Staat mit großer Ausdauer, die ärztliche Selbstverwaltung zu untergraben. Einzige Ausnahme war die Zeit zwischen Oktober 2009 und Dezember 2013, als Philipp Rösler und Daniel Bahr dem Bundesgesundheitsministerium vorstanden. Diese Phase ist nun vorbei, und das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) setzt die unrühmliche Tradition staatlicher Gängelung unvermindert fort.

Die Schwächung der ärztlichen Selbstverwaltung geschieht auf zwei Wegen: indem die Organisationsstrukturen verändert und indem Handlungsspielräume eingeschränkt werden. Im Jahr 2004 setzte die rot-grüne Bundesregierung eine Organisationsreform der ärztlichen

Körperschaften durch, die zu einer „Professionalisierung und Verschlan-
kung“ führen sollte.

Zuvor saßen in Hamburg vor allem die Kreisvertreter in der Vertreterversammlung. Jeder Arzt kannte aus seinem Kiez einen Kollegen, der in der Selbstverwaltung engagiert war und den man anrufen und fragen konnte: „Was ist da los? Was macht ihr da?“ Im Zuge der Organisationsreform wurde die Vertreterversammlung verkleinert. Seither gibt es eine Listenwahl, zu der vor allem die Berufsverbände antreten. Die Selbstverwaltung hat sich durch die staatlichen Eingriffe von der ärztlichen Basis entfremdet.

Auch die im Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) vorgesehene Organisationsreform ist nicht dazu geeignet, die Akzeptanz der Selbst-

verwaltungsorgane zu erhöhen. Über Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, sollen künftig in der Vertreterversammlung nur die Vertreter der Hausärzte abstimmen. Entsprechendes soll für die Fachärzte gelten.

Der Versuch, hausärztliche und fachärztliche Belange voneinander abzugrenzen, wird aber vermutlich scheitern, denn im Grunde gibt es nur gemeinsame Fragestellungen. Wir arbeiten ja zusammen in einem ambulanten Versorgungssystem, jede Entscheidung berührt immer auch den jeweils anderen Bereich.

Die neue Regelung wird zu Streit und gerichtlichen Auseinandersetzungen führen, was die Arbeit der Selbstverwaltung auf empfindliche Weise behindern könnte. Der Satzungsausschuss der KBV hat ja bereits

einen Versuch unternommen, rein hausärztliche von rein fachärztlichen Belangen zu trennen. Diese Aufgabe war nicht lösbar und wird auch von uns nicht gelöst werden können.

Und es gibt eine weitere problematische Regelung: Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen künftig so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität zwischen Hausarzt- und Facharztvertretern besteht. Damit greift der Gesetzgeber in einen existierenden Wahlkörper ein.

Als die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten im Jahr 2010 ihre Vertreter wählten, taten sie dies unter anderen Voraussetzungen. Nun werden die Stimmrechte geändert, die demokratische Grundregel „one man one vote“ ist plötzlich außer Kraft gesetzt – ganz abgesehen davon, dass eine solche Regelung in der Praxis einer Vertreterversammlung nur sehr schwerfällig umsetzbar ist.

Die Gesundheitspolitiker haben in den vergangenen Jahrzehnten nichts unversucht gelassen, die Ärztinnen und Ärzte von ihren Selbstverwaltungsorganen zu entfremden. Gleichzeitig wurde die Autonomie der KV immer weiter eingeschränkt. Wenn der Staat die KV zum Erfüllungsgehilfen degradiert, dem nur noch die Exekution eines bis ins Detail ausformulierten Regelwerks bleibt, verliert ärztliche Selbstverwaltung ihren Sinn.

Die Ärzte und Psychotherapeuten werden aus der KV hinausgetrieben, um Sonderverträgen beizutreten, die vollends dem Einfluss der ärztlichen Selbstverwaltung entzogen sind.

Die Politik begreift offenbar gar nicht mehr, warum sie selbst diese Selbstverwaltung wollte und welchen Wert sie hat. Marcus Siebolds, Profes-

sor am Lehrbereich Medizinmanagement der katholischen Hochschule NRW, hat das Wesen der Selbstverwaltung kürzlich in zwei äußerst leistungswerten Artikeln für das *Deutsche Ärzteblatt* analysiert (21.7.2014 und 1.9.2014).

Der Staat überträgt eigentlich hoheitliche Aufgaben der Daseinsvorsorge auf die Ärzteschaft, die ein eigenständiges System jenseits von Gesundheitswirtschaft oder Staatsmedizin organisiert. Diese Rolle wird von der Ärzteschaft aktiv angenommen und ausgestaltet.

Der einzelne Vertragsarzt übernimmt ein gesellschaftliches Mandat – was ihn schwierigen Konflikten aussetzt, weil er Sparsamkeit und Effizienz in jedem Einzelfall gegen eine optimale Versorgung austarieren muss.

Der Staat selbst kann diese Konflikte nicht aushalten und zentral regeln. Nur durch die Auflösung des generellen Konfliktes in viele Einzelfälle wird es gesellschaftlich aus-

Die demokratische Grundregel "one man one vote" ist plötzlich außer Kraft gesetzt.

haltbar. Das ist die Kernleistung unserer Selbstverwaltung.

Um im Einzelfall eine Lösung zu finden, braucht der Arzt im Verhältnis zu seinem Patienten ein großes Maß an Freiheit und Autonomie. Ärztliche Professionalität kann sich weder ein „Gesundheits-Unternehmer“ leisten, der maximale Wertschöpfung am Patienten betreiben will, noch ein angestellter Arzt, der seinem Dienstherrn gegenüber weisungsgebunden ist. Im professionellen Sinne völlig bei sich selbst ist nur der freiberufliche und

selbstständige, dem Patienten und eben auch dem Gemeinwesen verpflichtete Vertragsarzt.

Aufgabe des Staates in Form der gesetzlichen Krankenkassen ist es, über die KV den Arzt für die Übernahme gesamtgesellschaftlicher Aufgaben zu „entschädigen“ durch die vergleichsweise große wirtschaftliche Sicherheit in der Vertragsarztpraxis.

Interessant ist, dass Siebolds die KV auch als Bollwerk gegen staatliche Einflussnahme beschreibt: „Nur mit einer lebendigen und entschlossenen Selbstverwaltung lässt sich der Jahrzehnte anhaltende, rastlose Reformdruck der Gesundheitspolitik politisch zügeln und bewältigen. ... Die Selbstverwaltung erlaubt der KV in einem gewissen Umfang Widerstand und zivilen Ungehorsam. Ihre ausreichende Systemgröße und die damit verbundene Systemträchtigkeit ist ein wichtiger Schutz zur Verhinderung überhitzter politischer Steuerungsphantasien.“

Die Politik sollte sich auf die Gründe besinnen, warum der Staat die hoheitliche Aufgabe der ambulanten Gesundheitsversorgung einstmals der ärztlichen Selbstverwaltung übertragen hat.

Es gibt viele Gesetze der vergangenen Jahrzehnte, die von Unkenntnis und sinnloser Regulierungswut der politischen Akteure geprägt waren. In vielen Fällen konnte man nur hoffen, dass sich die Regelungen am Ende als wirkungslos erweisen würden. Das VSG mit seinen vielen Systembrüchen und Widersprüchen wie zum Beispiel dem Praxisaufkauf-Programm (siehe Seite 10) gehört zu dieser Art von Gesetzen. ■

DR. DIRK HEINRICH

Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg

VON STEPHAN HOFMEISTER

Das Praxenvernichtungs- Programm

An Absurdität ist das Versorgungsstärkungsgesetz kaum zu überbieten: Einerseits sollen die medizinischen Angebote zusammengestrichen werden, andererseits die Wartezeiten verkürzt werden. Wie soll das gehen?



Die ersten Reaktionen auf den Referentenentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes waren durchaus gemischt: Es gab harsche Kritik, doch selbst Ärztevertreter entdeckten begrüßenswerte Änderungen. Genau das ist das Tückische an diesem Gesetz: Jede an der Versorgung beteiligte Gruppe freut sich über kleine Zugeständnisse – und verliert das große Ganze aus dem Blick.

Die Situation erinnert ein wenig an den sprichwörtlichen Frosch, der in einem Topf mit langsam wärmer werdendem Wasser sitzt und gar nicht merkt, dass er gekocht wird.

Die größte Gefahr für die Versorgung stellen sicherlich die Änderungen im Bereich der Bedarfsplanung dar. Bislang konnte der Zulassungs-

ausschuss einen Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn ein Erhalt der Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich war. Aus dieser „Kann-Regelung“ wird nun eine „Soll-Regelung“. Die KV „soll“ künftig Arzt- und Psychotherapeutenplätze überversorgter Fachbereiche aufkaufen. Tut sie es nicht, muss sie den Nachweis erbringen, dass die Praxis weiterhin benötigt wird.

Welche Kriterien dabei gelten sollen, ist unklar. Geht es um die Auslastung? Sollen also all jene Praxen weggekauft werden, die unter dem Fachgruppenschwermitteln liegen? Oder geht es um den Behandlungsschwerpunkt innerhalb einer Fachgruppe? Sollen wir also beispiels-

weise Dialyse-Praxen nachbesetzen – andere Facharztinternisten-Praxen aber dichtmachen? Oder sollen wir einige Fachgruppen ganz grundsätzlich aus dieser Regelung ausklammern? Die Kinder- und Jugendpsychiater beispielsweise haben einen Versorgungsgrad von 285 Prozent. Dennoch kann ich mir nicht vorstellen, dass die Hamburger Gesundheitsbehörde als Fachaufsicht der KV darauf bestehen wird, Praxen dieser Fachrichtung aufzukaufen – weil dies einen Aufschrei in der Bevölkerung provozieren würde.

Jeder weiß, dass die offiziellen Bedarfsplanungszahlen nichts mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten zu tun haben. Es handelt sich um historische Zahlen aus dem

Wie viele Zulassungen sind vom Abbau bedroht?

Künftig sollen Praxissitze eines über- versorgten Fachbereichs nur noch nachbesetzt werden, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist. In Hamburg sind sämtliche Fach- bereiche nominell überversorgt.

Würden alle Praxen jenseits der Überversorgungs-Grenze geschlos- sen, müssten sich die Patienten auf eine massive Verschlechterung der ambulanten Versorgung einstellen. Insgesamt würden 938 Zulassungen

wegfallen – das ist, wie die untenste- hende Grafik deutlich macht, fast ein Viertel aller Ärzte und Psychothera- peuten. Die Balkengrafik zeigt, wie vie- le Praxissitze in einigen ausgewählten Fachbereichen betroffen wären.

HAUSÄRZTE: 82



KINDERÄRZTE: 15



FRAUENÄRZTE: 15



FACHINTERNISTEN: 155



ORTHOPÄDEN: 19



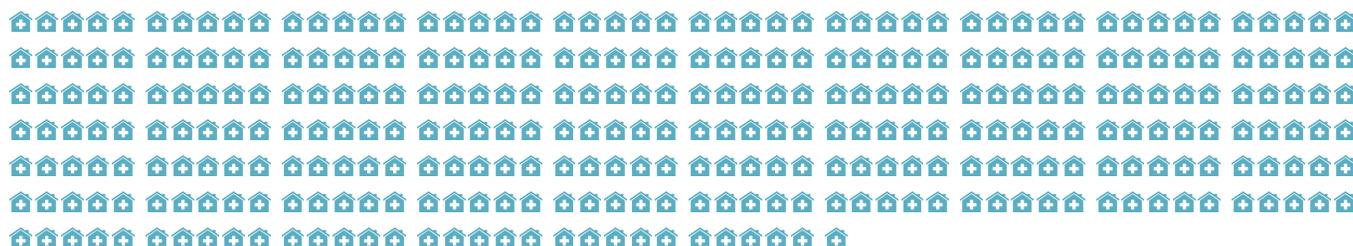
CHIRURGEN: 20



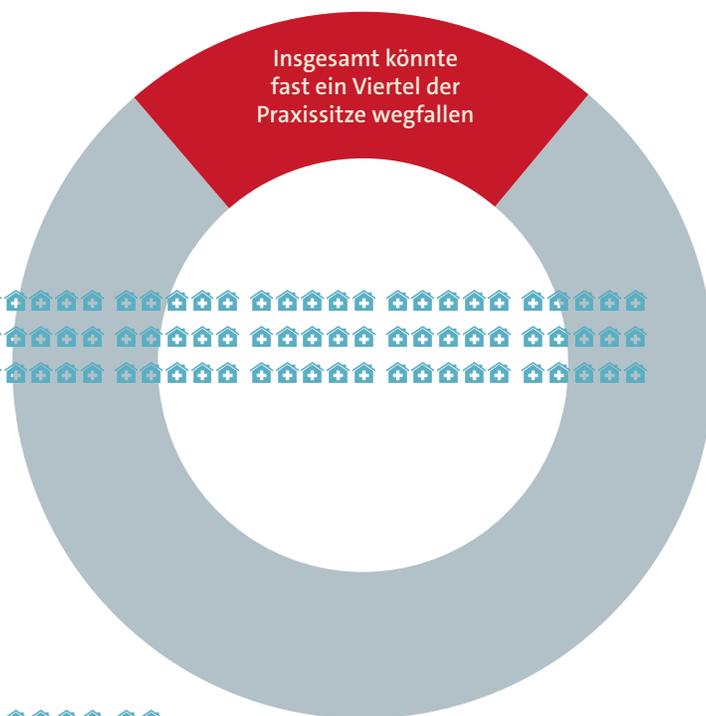
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER: 32



PSYCHOTHERAPEUTEN: 331



RADIOLOGEN: 42



Jahr 1991; die damalige Versorgungsstruktur wurde ziemlich willkürlich als Standard definiert und seither fortgeschrieben.

Hamburg ist eine Medizinmetropole. Hier gibt es in allen Fachbereichen eine formale Überversorgung, das heißt: Der Versorgungsgrad liegt über 110 Prozent. Nach den offiziellen Kriterien hätten wir 938 Arztsitze zu viel. Fast ein Viertel aller Zulassungen müsste verschwinden; das wären unter anderem 82 Hausärzte und 15 Kinderärzte. Doch selbst in den Fachgruppen mit der höchsten formalen Überversorgung haben die Praxen gut zu tun. Die Radiologen (Versorgungsgrad 230 Prozent) beispielsweise könnten rund um die

Uhr arbeiten. Wenn wir in diesem Bereich Praxen stilllegen, bekommen wir ein Problem. Und dass es in der Psychotherapie (Versorgungsgrad 170 Prozent) monatelange Wartezeiten gibt, ist hinreichend bekannt. Was also bezweckt die Politik mit diesem Praxisvernichtungsprogramm, dessen Umsetzung die Versorgung der Bevölkerung auf ganz empfindliche Weise verschlechtern würde?

Die dahinterstehende Phantasie ist: Der Abbau von Überversorgung führt dazu, dass an anderer Stelle das Problem der Unterversorgung gelöst wird. Das allerdings ist eine absurde Vorstellung. Wenn man eine Praxis aufkauft, ist der Sitz weg – kein unterversorgtes Gebiet profitiert davon.

Die Versorgungsprobleme in den strukturschwachen Gegenden würden durch einen Kahlschlag in Hamburg nicht gemildert. In der Uckermark gibt es keinen Mangel an Geld oder an freien Arztsitzen, sondern an Ärzten, die sich dort niederlassen wollen.

Mit der Drohung, Praxen stillzulegen, hat die Politik einen weiteren Unsicherheitsfaktor geschaffen. Der Praxisinhaber hat einen Versorgungsauftrag übernommen und zu diesem Zweck materielle und immaterielle Werte geschaffen. Er hat Darlehen aufgenommen, investiert, einen Patientenstamm aufgebaut und gepflegt, einen Betrieb geführt, Arbeitsplätze geschaffen und erhalten. Nun weiß er

VSG: Was ändert sich sonst noch?

Neben den oben diskutierten Regelungen enthält der Referentenentwurf für das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) eine Vielzahl weiterer Neuerungen. Hier eine Auswahl.

ANSPRUCH AUF ZWEITMEINUNG

Versicherte haben künftig einen Anspruch darauf, bei bestimmten planbaren Eingriffen eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bestimmen, auf welche Eingriffe sich diese Berechtigung bezieht.

Der behandelnde Arzt muss den Versicherten mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff mündlich über den Anspruch auf eine Zweitmeinung aufklären.

VERBESSERUNG DES ENTLASSMANAGEMENTS

Die Krankenhausbehandlung soll künftig ein Entlassmanagement umfassen. Aufgabe des Krankenhauses ist es, in einem Entlassplan die medizinisch unmittel-

bar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen. In diesem Zusammenhang erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit, im Anschluss an die stationäre Behandlung Leistungen für bis zu sieben Tage zu verordnen. Das Entlassmanagement kann von den Krankenhäusern an Vertragsärzte delegiert werden.

KONTROLLE DES VERSORGUNGS-AUFTRAGS

Die KV soll künftig prüfen, ob Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und MVZ ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag nachkommen. Die Prüfung soll anhand der vorliegenden Leistungsdaten geschehen.

Wird der sich aus der Zulassung ergebende (häufige oder volle) Versorgungsauftrag nicht erfüllt, können Sanktionen verhängt werden.

nicht: Was wird aus den in der Praxis gebundenen Werten, wenn er sich zur Ruhe setzt? Kann er die Praxis an einen Kollegen weitergeben? Wird die KV den Betrieb dichtmachen? Wie hoch wird die Entschädigung ausfallen? Für den Privatanteil jedenfalls wird es dann kein Geld geben. Dass die Spielregeln im Gesundheitsbereich ständig geändert und die Freiräume immer kleiner werden, wird künftige Ärztgenerationen nicht dazu motivieren, sich niederzulassen.

An jeder Praxis hängen menschliche Biographien und Schicksale.

Rechnet man pro Arzt noch zwei Praxisangestellte hinzu, würden bundesweit etwa 50.000 Stellen verloren gehen, wollte man die Versorgung wie mit der Heckenschere bei der

Sind die Widersprüchlichkeiten dieses Gesetzes keinem der beteiligten Politiker aufgefallen?

Marke von 110 Prozent kappen. Das sind Zahlen, die, ginge es um den Einzelhandel, massive Proteststürme auslösen würden. Warum das

Arbeitsplatzargument im Gesundheitsbereich keine Rolle spielt, will mir nicht einleuchten. Ärzte und Praxisangestellte sind hochqualifizierte und hochangesehene Experten – keine Roboter, die man nach Belieben ein- und ausschalten kann.

Die KV kann nur versuchen, Schadensbegrenzung zu betreiben. Wir weisen darauf hin, dass der Zulassungsausschuss dem Antrag auf Nachbesetzung stattgeben muss, wenn der Bewerber entweder Ehegatte, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Praxisinhabers ist oder wenn der Bewerber seit mindestens

WEITERENTWICKLUNG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

Der G-BA wird beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten. Ziel ist die Reduzierung von Wartezeiten und ein leichter Zugang der Patienten zu psychotherapeutischer Behandlung. Dafür soll der G-BA insbesondere Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden und zur Förderung von Gruppentherapien beschließen. Außerdem soll das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht werden.

ÖFFNUNG DER KRANKENHÄUSER FÜR VERTRAGSÄRZTLICHEN NOTDIENST

Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), werden aber zur Kooperation mit den Krankenhäusern verpflichtet. Die in den Krankenhäusern erbrachten Notdienst-Leistungen sollen aus dem Honoraropf der niedergelassenen Ärzte bezahlt werden.

FÖRDERUNG VON PRAXISNETZEN

Für von der KV anerkannte Praxisnetze sind gesonderte Vergütungsregelungen vorzusehen. Dazu können eige-

ne Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gebildet werden.

ALLGEMEINMEDIZINISCHE WEITERBILDUNG

Es soll eine zusätzliche Finanzierung allgemeinärztlicher Weiterbildungsstellen geben. Die Anzahl der zu fördernden Stellen wird bundesweit von derzeit 5.000 auf mindestens 7.500 erhöht. Eine Begrenzung der Anzahl der zu fördernden Stellen durch die KVen ist nicht zulässig. Die Weiterbildungsstelle wird verpflichtet, den von der KV und den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Förderbetrag auf die im Krankenhaus gezahlte Vergütung anzuheben.

FÖRDERUNG VON SELEKTIVVERTRÄGEN

Die Regelungen zu Integrationsverträgen und „Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung“ werden im neuen § 140a SGB V unter der Bezeichnung „besondere Versorgung“ zusammengefasst. Abgesehen von den Hausarztverträgen, die weiterhin gesondert in § 73b SGB V geregelt werden, kann die KV künftig bei allen besonderen Versorgungsformen Vertragspartner werden.

drei Jahren als Angestellter oder Partner in der Praxis arbeitet. Dass im fachärztlichen Bereich die Gemeinschaftspraxis die vorherrschende Betriebsform ist, wird hier hoffentlich das Schlimmste verhindern.

Im haus- und kinderärztlichen Bereich gibt es, vor allem in den Randgebieten Hamburgs, viele Einzelpraxen. Diese wären als erste betroffen. In einigen Gegenden wird man sagen können:

"Wenn wir hier Praxen wegkaufen, wird es eng. Wir können auf die Versorgungsleistung dieser Kollegen nicht verzichten."

Aus Perspektive der Ärzte sind die Regelungen völlig widersprüchlich: Einerseits sollen die medizinischen Angebote zusammengestrichen werden, andererseits die Wartezeiten verkürzt werden. Wie soll das gehen? Ist den beteiligten Politikern diese Absurdität nicht aufgefallen?

Die KV muss nun also eine Termin-Servicestelle einrichten. Um einen Termin beim Facharzt vermittelt zu bekommen, müssen Patienten eine Überweisung mit einem entsprechenden Code vorweisen können. Dass im Bundesmantelvertrag bestimmte ICD-Codes definiert werden sollen, die eine Dringlichkeit der Überweisung begründen, hat bislang bei jedem Arzt Gelächter ausgelöst, der davon gehört hat.

Eine Woche hat die Servicestelle dann Zeit für die Vermittlung, die Wartezeit auf den Termin soll dann vier Wochen nicht überschreiten. Es können also fünf Wochen vergehen, bis der Patient im Behandlungszimmer des Facharztes sitzt – nicht seines Wunsch-Facharztes wohlgernekt,

sondern eines beliebigen Facharztes der betreffenden Disziplin in „zumutbarer Entfernung“.

Eine Verbesserung für Patienten ist das nicht. Kaum ein Patient, der in Hamburg bei einem Hausarzt in Behandlung ist und dringend zu einem Facharzt überwiesen werden muss, hat Terminprobleme. Wenn es wirklich dringend ist, greifen die Praxismitarbeiter oder der Hausarzt selbst

Wer Länder mit staatlichen Gesundheitssystemen kennt, weiß, dass dies der falsche Weg ist.

zum Telefon und sorgen dafür, dass der Patient innerhalb kürzester Zeit vom Facharzt gesehen wird.

Ausnahmen mag es geben in einigen wenigen Fachbereichen wie der Neurologie oder der Psychiatrie, in denen die Termine nicht flexibel sind.

Aber selbst ein übervoller Orthopäde schiebt noch einen Termin dazwischen, wenn er vom Hausarzt darum gebeten wird. Die Ärzte kennen sich untereinander, und diese informellen Netze funktionieren besser als bürokratische Lösungen. Hielten wir uns künftig stumpf an die gesetzlichen Vorgaben, würde das die Situation deutlich verschlechtern: Statt sofort oder innerhalb weniger Tage bekämen Patienten, die dringend zum Facharzt müssen, erst in fünf Wochen einen Termin.

Natürlich gibt es Patienten, die ihren Fall als dringlicher einschätzen als der Arzt. Doch auch beim neuen Prozedere ist es der Arzt, der über die Dringlichkeit zu befinden hat. Dass die Patienten nun aber das Gefühl

haben, ein Recht auf schnelle Facharzttermine zu haben, wird in den Hausarztpraxen zu unerfreulichen Diskussionen führen.

Das neue bürokratische Verfahren hat noch einen weiteren Nachteil: Es lässt sich nur schwer kontrollieren. Gelingt es der Servicestelle nicht, innerhalb von fünf Wochen einen Termin zu vermitteln, kann der Patient sich im Krankenhaus behandeln lassen.

Damit verabschiedet man sich vom Facharztstatus, denn in der Ambulanz behandelt, wer gerade da ist, und das ist in der Regel ein junger Assistent. Bezahlt werden die erbrachten Leistungen aus dem Honoraropf der

Vertragsärzte – und zwar unbudgetiert und ohne Plausibilitätsprüfung.

Nehmen wir an, ein Patient kommt mit Kopfweg. Dann könnte man MRT, CT, neurologisches Konsil und alle möglichen anderen Maßnahmen durchführen und hätte am Ende eine Rechnung von über 1.000 Euro für eine Abklärung, die beim niedergelassenen Neurologen vielleicht nur 37 Euro gekostet hätte. Die KV muss zahlen, kann aber beim Krankenhaus anders als beim Vertragsarzt nicht prüfen, ob die durchgeführten Leistungen angemessen und notwendig waren. Das ist ein Freibrief für die Krankenhäuser.

Wir schaffen ein bürokratisches Monster zur Lösung von Problemen, die in Hamburg gar nicht existieren. Und wir öffnen den Schlund einer unkontrollierten "ambulanten" Krankenhausmedizin ohne gesicherten Facharztstatus und ohne Mengengrenzung. Dieser Tabubruch könnte Ärzte und Patienten teuer zu stehen kommen.

Eine eigenartige Bevorzugung der Krankenhäuser zeigt sich auch an anderen Stellen des Gesetzesentwurfs. Nehmen wir die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) für schwer therapierbare Krankheiten, deren Diagnostik und Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Vertragsärzte und Krankenhäuser sollen in dieser Versorgungsform eine Kooperation eingehen. Im Kern handelt es sich dabei um Diagnosen, die an den Krankenhäusern bisher auch im Rahmen des § 116b SGB V behandelt werden. Ursprünglich sollten die Krankenhäuser ihre nach § 116b SGB V durchgeführte ambulante Versorgung in die ASV überführen. Doch diese Vorgabe wurde gestrichen: Nun dürfen die Krankenhäuser ihre § 116b-Versorgung unbegrenzt fortsetzen. Krankenhäuser, die Erkrankungen nach § 116b behandeln, haben eigentlich gar keinen Grund mehr, sich um eine Kooperation mit Niedergelassenen im Rahmen der ASV zu bemühen. Auch die Regelungen zur besonderen Versorgung im § 140 SGB V wurden geändert, auch hier sind nun Modelle möglich, bei denen man auf sektorenübergreifende Kooperation verzichten kann. Wenn Kliniken für die ambulante Versorgung aber keine Kooperation mit Niedergelassenen mehr eingehen müssen, wird es die ASV schwer haben, auf die Beine zu kommen.

Wettbewerb nutzt den Patienten nur, wenn er fair ist. Die Bedingungen und Voraussetzungen sind aber denkbar ungleich: Die Krankenhäuser werden staatlich subventioniert. Sie arbeiten in einem von der KV völlig unkontrollierten System, unterliegen keiner Regressdrohung.

Dass die ASV nun von verschiedenen Seiten unter Druck gerät, wirft die Frage auf: Ist die ASV wirklich politisch ernsthaft gewollt? Das Gesetz würde die Regeln grundlegend verändern – darüber muss sich jeder Vertragsarzt im Klaren sein, der auf ASV setzen möchte.

Wem eine Stärkung des freiberuflichen, selbstständigen Arztes am Herzen liegt, findet nur wenig Erfreuliches im Gesetzesentwurf. Ein weiteres Negativbeispiel sind die neuen Regelungen zur Gründung von kommunalen MVZ. Solche Betriebe waren ursprünglich gedacht als ultima ratio in Problemgebieten, in denen der Landrat einer unterversorgten ländlichen Region sagt: „Wir haben alles versucht. Die KV-Praxis hat nicht funktioniert, das KV-Mobil hat nicht funktioniert und eine Filialgründung auch nicht.“ Es ist sinnvoll, wenn eine Kommune dann die Möglichkeit hat, Praxisräume bereitzustellen, zwei Gemeindeschwestern zu bezahlen und sich einen Arzt zu suchen, der frei von allen finanziellen Risiken arbeiten kann. Eine unfaire Konkurrenz entsteht dadurch nicht, denn es gibt keinen anderen Arzt am Ort.

Nun jedoch sollen alle Kommunen die Möglichkeit bekommen, MVZ zu gründen – unabhängig davon, wie viele Ärzte dort sonst noch praktizieren. Weshalb diese Änderung? Warum sollte der Hamburger Senat im angeblich so übersorgten Stadtgebiet ein kommunales MVZ gründen dürfen? Das wäre ein mit staatlichen Mitteln subventioniertes Konkurrenzunternehmen zu einer gut funktionierenden Versorgungslandschaft.

Die Kommunen haben durch diese Neuregelung ein politisches Instrument an die Hand bekommen,

mit der sie Einfluss auf die Bedarfsplanung nehmen und die organisierte Ärzteschaft unter Druck setzen können. Sie könnten Arztsitze kaufen und dort hinverlegen, wo sie dies für opportun halten. Und sie könnten mit der Schaffung einer Versorgungsstruktur drohen, die vorhandene Praxen durch unlauteren Wettbewerb in ihrer Existenz gefährdet.

Wohin also geht die Reise? Das Versorgungsstärkungsgesetz trägt die Handschrift des SPD-Gesundheitspolitikers Karl Lauterbach, der sich am Gesundheitssystem in Großbritannien orientiert. Dort gibt es eine hausärztliche Primärebene, doch die ambulante fachärztliche Versorgung findet vollständig in Ambulanzen oder am Krankenhaus statt.

Auch die deutsche Politik setzt nun bereits seit Jahrzehnten auf Planung und Dirigismus, will die Ärzte zu unselbstständigen Angestellten machen und die ambulante fachärztliche Versorgung an die Kliniken verlegen. Der Zwangsaufkauf von Arztsitzen und die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auf Kosten der Vertragsärzte spricht eine klare Sprache.

Wer Länder mit staatlichen Gesundheitssystemen kennt, weiß, dass das der falsche Weg ist.

Es gibt keine effektivere Versorgungseinheit als die freie Arztpraxis, deren Chef die Verantwortung für seinen Betrieb und seine Patienten übernimmt. Ich bin fest davon überzeugt: Die intrinsische Motivation des Therapeuten speist sich aus seiner Freiberuflichkeit und seiner Selbstständigkeit. ■

DR. STEPHAN HOFMEISTER
stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg

VON WALTER PLASSMANN

Das Korsett kneift noch immer

Wie viel Spielraum hat die KV Hamburg bei den laufenden Honorarverhandlungen? Eigentlich sollte die regionale Autonomie gestärkt werden – doch so einfach gibt die KBV ihre Macht nicht aus der Hand.

Die zaghafte Regionalisierung der Honorarverhandlungen hat den Handlungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nicht wesentlich erweitert. Nach wie vor hat die Bundesebene die Möglichkeit, durch strikte Vorgaben die regionalen Verhandlungen so zu präformieren, dass nur noch wenige Lücken bleiben, um eigene Forderungen bei den Krankenkassen anzumelden. Leider ist dies auch für 2015 der Fall: Das Korsett kneift noch immer.

Eigentlich sind es nur Restanten: Die durch das „Versorgungsstrukturgesetz“ (VStG) vom damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) eingeleitete Rückübertragung der Verhandlungshoheit über die Honorarverträge auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sollte nur durch bundesweite Rahmenvorgaben eingeschränkt sein. Doch der Bund läßt sich seine Macht nicht so schnell aus der Hand nehmen. Wie in 2013 so fallen auch in 2014 die Vorgaben derart strikt aus, dass der Bewegungsspielraum der KVen mit der Lupe gesucht werden muss.

Um diesen scheinbaren Widerspruch zu verstehen, muss die gesetzliche Systematik betrachtet werden. Die Honorarvereinbarung besteht seit der Reform von 2009 durch die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) aus drei Teilen:

DER PREIS

Ärztliche Leistungen haben einen Preis in Euro. Dieser wird natürlich nach wie vor aus dem Produkt von Punktzahl mal Punktwert ermittelt. Der feste Punktwert wird jedes Jahr von der Bundesebene daraufhin überprüft, ob er angepasst werden muss. Das bedeutet, dass der Bewertungsausschuss (in dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen sitzen) die Frage beantworten muss, ob sich die Faktoren, die den Preis beeinflussen – also allgemeine Kostenentwicklung, Rationalisierungseffekte und anderes mehr – verändert haben. Die Daten hierzu werden vom „Institut beim Bewertungsausschuss“ (InBA - das unabhängig von KBV und SpiKa ist) ermittelt.

DIE MENGE

Die Krankheitslast, die von den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten bewältigt werden muss, wird in der Morbidität festgestellt. Das ist der erwartete Behandlungs-Aufwand pro Versichertem. Dieser Aufwand wird in Euro ausgedrückt und regional mit der Zahl der Versicherten multipliziert, um die jeweilige kassenspezifische „Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung“ (MGV), also kurz gesagt das Budget, zu erhalten. Ob sich die Krankheitslast verändert hat, wird ebenfalls vom InBA ermittelt.

DIE „FÖRDERUNGSWÜRDIGEN LEISTUNGEN“

KBV und Krankenkassen können bestimmte Leistungen oder bestimmte Praxen oder Fachgruppen, die sie als „besonders förderungswürdig“ einstufen, dadurch unterstützen, dass sie einen Aufschlag auf die auf diese Weise definierten Leistungen gewähren oder diese Leistungen extra-budgetär stellen. Allerdings muss die KBV oder die KV nachweisen, warum es bei diesen Segmenten ein Versorgungsproblem gibt, und es muss evaluiert werden, ob die Förderung dieses Problem gelöst hat.

Für alle drei Punkte gilt, dass die Bundesebene Vorgaben macht, die auf der regionalen Ebene verändert werden können. Das war beispielsweise 2013 der Fall, als die KV Hamburg nachweisen konnte, dass der bundesweit gültige Punktwert für die Hamburger Kostensituation zu niedrig ist und deshalb ein Aufschlag zu zahlen ist.

Die Tatsache, dass dies erst nach einer neunmonatigen, erbittert geführten Auseinandersetzung vor dem Schiedsamt möglich war, zeigt, wie schwierig (und selten!) regionale Korrekturen der bundesweiten Vereinbarungen sind. Nur am Rande sei angemerkt, dass die Krankenkassen den Schiedsspruch nach wie vor beklagen.

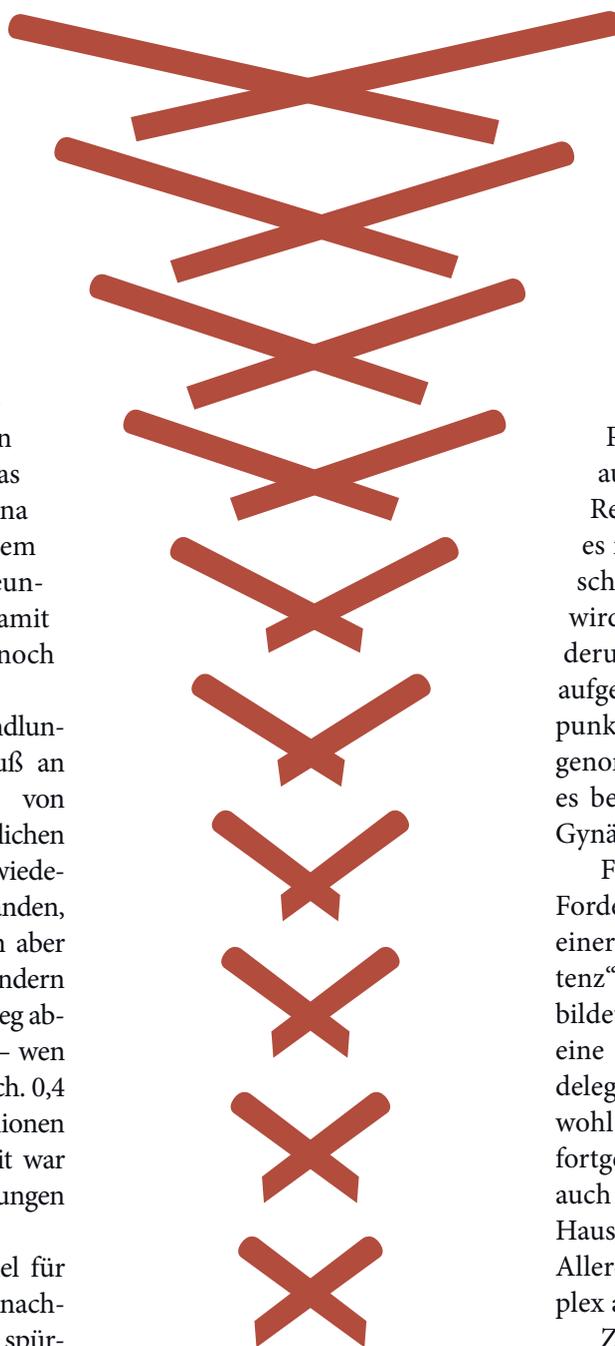
Den größten regionalen Spielraum gibt es bei den „förderungswürdigen Leistungen“. Doch genau die-

sen Spielraum hat ein gestaltungswütiger KBV-Vorstand in diesem Jahr weitgehend zerschossen. Doch der Reihe nach.

Beim Preis hat das InBA errechnet, dass dieser in 2015 um 1,6 Prozent hätte angehoben werden müssen – hier hat sich vor allem der Abschluss des letzten Tarifvertrages mit den Arzthelferinnen bemerkbar gemacht. Doch das KBV-Vorstandsmitglied Regina Feldmann konnte sich mit diesem „Anstieg über alle“ nicht anfreunden, weil sie der Meinung ist, damit würden EBM-Schieflagen nur noch verstärkt.

Also war sie in die Verhandlungen gegangen mit einem Strauß an Forderungen zur Einführung von neuen Leistungen im hausärztlichen Bereich. Die Krankenkassen wiederum waren durchaus einverstanden, hierüber zu verhandeln, wollten aber kein zusätzliches Geld zahlen, sondern hierfür Mittel aus dem Preisanstieg abzweigen. Damit setzten sie sich – wen wundert's? – schlussendlich durch. 0,4 Prozentpunkte oder 264 Millionen Euro wurden abgezweigt. Damit war der Preisanstieg der EBM-Leistungen auf 1,2 Prozent festgelegt.

Die Mengenkomponente fiel für 2015 sehr mager aus, was aber nachvollziehbare Gründe hatte. Der spürbare Morbiditätsanstieg in 2014 war im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass es im Winter 2013 eine lange und strenge Frostphase gegeben hatte, in der überdurchschnittlich viele Menschen an Atemwegsinfekten litten oder nach Stürzen orthopädisch behandelt werden mussten. Das war im darauffolgenden milden Winter



anders, so dass sich statistisch die Morbidität „verbessert“ hat. Die Folge: In einigen KVen gab es eine „negative“ Entwicklung, dort wurde also der Behandlungsbedarf abgesenkt, in anderen lag der Anstieg hinter dem Komma; in Hamburg liegt der Anstieg bei unter 0,1 Prozent.

Blieben also die „förderungswürdigen Leistungen“. Nachdem die Krankenkassen das Geld „abgezweigt“ hatten, musste der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen seine Leistungen präsentieren und nahm die „Pauschale für die fachärztliche Grundvergütung“ (PFG). Während die „Grund-PFG“ weiterhin als Untertopf aus der MGV (und damit in der Regel quotiert) bezahlt wird, gibt es nun darüber hinaus einen Aufschlag, der extrabudgetär gezahlt wird. Zudem wurde die alte Forderung der KV Hamburg endlich aufgegriffen und auch die Schwerpunkt-Internisten in die PFG aufgenommen; kleine Korrekturen gibt es bei Neurologen/Psychiatern und Gynäkologen.

Frau Feldmann wählte aus ihrem Forderungskatalog die Förderung einer „nichtärztlichen Praxisassistentin“ (NäP) aus. An solche fortgebildeten Arzthelferinnen können eine Reihe zusätzlicher Leistungen delegiert werden. Künftig wird sowohl die Anstellung einer solcherart fortgebildeten Kraft gefördert, als auch ein durch diese durchgeführter Hausbesuch extrabudgetär bezahlt. Allerdings ist dieses Ziel hochkomplex ausgestaltet worden.

Zunächst ist es erforderlich, dass der Arzt eine Genehmigung der KV erhält, diese Leistungen abrechnen zu können. Hierzu muss er nachweisen, dass er eine NäP beschäftigt. Dann muss die Praxis im Vorjahr eine Mindestzahl an Fällen abgerechnet haben: Einzelpraxis 860 Fälle/Quartal, bei jedem weiteren Hausarzt in der Praxis erhöht sich

die Zahl um jeweils 640 Fälle. Eine Praxis, die diese Fallzahl nicht erreicht, kann trotzdem teilnehmen, wenn sie wenigstens 160 Patienten versorgt, die älter als 75 Jahre sind (pro weiterem Hausarzt jeweils 120 Fälle mehr).

Wirklich extrabudgetär ist aber nur der Hausbesuch. Die Förderung, die als Zuschlag (22 Punkte) auf die Strukturpauschale (GOP 03040) gezahlt wird, ist begrenzt auf 600 Fälle. Für Teilnehmer an Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung wird es noch ein wenig komplizierter: Bei der Fallzählung, also der Frage, ob die Genehmigung ausgestellt werden kann, werden die HzV-Fälle mitgezählt, bei der Begrenzung werden sie abgezogen.

Nach Teilnehmerangaben ist Frau Feldmann erst nach der entscheidenden Sitzung des Bewertungsausschusses aufgefallen, dass sie die Kinderärzte „vergessen“ hatte. Ihre flugs gestreute Idee, die kinderärztliche NäP „Pädiatrice“ zu nennen, musste wieder eingesteckt werden, weil den Kinderärzten eine derartige Helferin nicht bekannt war. Und so ist bis zum Redaktionsschluss dieses *KVH-Journals* nicht bekannt, wie die Kinderärzte gefördert werden.

Dieser hochkomplexe Beschluss, der den KVen erst sechs Wochen nach der gesetzlichen Frist (und dann noch ohne den pädiatrischen Teil) vorgelegen hat, weist gleich zwei große Probleme auf:

Erstens sind beide Beschlüsse unter einen Evaluationsvorbehalt gestellt. Die extrabudgetären Leistungen stehen nämlich unter Beobachtung. Werden sie häufiger abge-

rechnet, als kalkuliert (Basis sind die rechnerischen 264 Millionen Euro aus dem abgezweigten Preis-Geld), müssen KBV und Krankenkassen Maßnahmen ergreifen, um die Kosten im kalkulierten Rahmen zu halten. Es sind also extrabudgetäre Leistungen unter Vorbehalt.

Zweitens führen die Beschlüsse dazu, daß das Thema „förderwürdige Leistungen“ für die KVen weitgehend abgeräumt ist. So er-

Die Regionen in Deutschland lassen sich nun mal nicht über einen Kamm scheren.

füllt in Hamburg noch nicht einmal jede zweite Hausarztpraxis die Kriterien für eine NäP-Genehmigung. Die Krankenkassenvertreter haben in den Verhandlungen mit der KV Hamburg denn auch mit mancherlei Krokodilsträne bedauert, dass der Beschluss an Hamburg weitgehend vorbei laufe, aber daran könne man ja als regionaler Verhandlungspartner leider nichts ändern.

Da kniff dann das Korsett doch wieder ganz ordentlich. Die regionale Preissituation hat sich nach KV-Berechnungen nicht so weit von der Bundesebene entfernt, als dass eine Erhöhung des Aufschlages hätte durchgesetzt werden können, und an den InBA-Berechnungen über die Morbiditätsentwicklung lässt sich regional sowieso nichts korrigieren.

Trotzdem hat die KV Hamburg – einem entsprechenden Beschluss der Vertreterversammlung folgend – gefordert, die Honorierung der Leistungen der Psychosomatik (GOP 35100 und 35110) extrabudgetär zu

stellen. Diese Verhandlungen dauerten zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses noch an.

Damit kann zum jetzigen Zeitpunkt nur gesagt werden, dass es in 2015 wohl einen Honoraranstieg von 1,4 Prozent bei den Fachärzten und 1,2 Prozent plus NäP-Förderung sowie für beide Versorgungsbereiche gegebenenfalls plus mehr Honorar für die psychosomatischen Gesprächsleistungen geben wird.

Das ist angesichts der unverändert schwierigen Honorarsituation in Hamburg (zu) wenig.

Da dieses erwartbar magere Ergebnis eben auch auf das gesetzliche Korsett zurückzuführen ist, hat die KV

Hamburg in der Diskussion um das anstehende „Versorgungsstärkungsgesetz“ ihre Forderung bekräftigt, wenigstens den Teil „förderwürdige Leistungen“ auf der regionalen Ebene wieder getrennt mit den Kassenarten verhandeln zu können.

Wir glauben fest daran, dass wir dann sehr viel flexibler auch auf die Einschätzungen einzelner Krankenkassen zur Versorgungssituation eingehen können, anstatt nur immer den kleinsten gemeinsamen Nenner entgegennehmen zu müssen.

Bis dahin wird das Korsett noch häufiger kneifen. Es wäre allerdings schon viel gewonnen, wenn die unsägliche Mentalität des KBV-Vorstandes, vor allem von Frau Feldmann, ganz Deutschland über einen Kamm scheren zu wollen, endlich beendet würde. Gewiss, wir haben den ein oder anderen Knopf schon lösen können, aber das Korsett kneift halt noch immer. ■

WALTER PLASSMANN

Vorsitzender der KV Hamburg

Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.*

initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de

www.bitte-substituieren-sie.de



Mit Unterstützung von: Bundesärztekammer, Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Gesundheitspolitikern der Fraktionen von CDU/CSU, SPD, FDP, B'90/Grüne, LINKE



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

AKUPUNKTURNADELN

Können wir die verwendeten Nadeln im Rahmen einer Akupunkturbehandlung nach der GOP 30791 EBM gesondert in Rechnung stellen?

Nein. Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in der GOP 30791 EBM enthalten.

HAUTKREBSSCREENING

Als Dermatologe führe ich regelmäßig bei Patienten ein Hautkrebscreening durch. Die Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie ist jedoch laut EBM nicht Bestandteil der Leistung nach der GOP 01745 EBM. Darf ich diese Zusatzleistung dem Patienten privat in Rechnung stellen?

Der Patient hat grundsätzlich einen Sachleistungsanspruch auf die Untersuchung auch ohne die Auflichtmikroskopie. Das heißt: Sie müssen ihm diese Untersuchung tatsächlich anbieten. Wünscht der Patient ergänzend oder stattdessen eine Untersuchung mit dem Auflichtmikroskop, ist diese (Zusatz-)Leistung privat berechnungsfähig, wenn der Patient dieser im Vorwege schriftlich zugestimmt hat.

Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.

www.kvhh.de →
Beratung und
Information → Fragen
und Antworten

GESTATIONS-DIABETES

Ist der orale 50 g Glukosetoleranztest im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes zu Lasten der Krankenkasse abrechnungsfähig, wenn der vorgesehene Zeitraum bereits überschritten ist?

Nein. Laut Abschnitt A Nr. 8 der Mutterschafts-Richtlinien ist der Vortest auf Gestationsdiabetes entsprechend der GOP 01776 EBM im Zeitraum zwischen der 24 +0 und der 27 +6 Schwangerschaftswoche durchzuführen. Eine Erweiterung des vorgegebenen Zeitraumes im Sinne einer Toleranzgrenze ist nicht möglich.

INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

Ist zur alleinigen Verlaufskontrolle gemäß der GOP 06334 EBM beziehungsweise 06335 EBM nach einer intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) eine Genehmigung notwendig?

Nein. Wird ausschließlich die Kontrolle nach der Injektion durchgeführt, ist keine Genehmigung erforderlich. Die Nachbehandlung findet frühestens sechs Wochen nach dem intraokularen Eingriff statt.



PRIVATABRECHNUNG

Ein Patient legt uns zu Beginn seiner Behandlung keinen gültigen Versichertennachweis vor, hat aber zehn Tage Zeit, diesen nachzureichen. Der Versicherte legt auch in dieser Zeit keinen entsprechenden Nachweis vor. Sind wir verpflichtet, direkt nach Ablauf der Zehn-Tages-Frist eine Privatrechnung zu schreiben oder können wir diese Forderungen auch kurz nach Ablauf des Quartals einfordern?

Gemäß Anlage 4 des Bundesmantelvertrages „kann“ nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung verlangt werden. Es besteht demnach keine Verpflichtung eine Privatrechnung direkt nach Ablauf der Zehn-Tages-Frist zu stellen.

HEILMITTELVERORDNUNG

Hin und wieder benötigt ein Patient, dem wir eine Heilmittelverordnung WS1 (prognostisch kurzzeitiger Behandlungsbedarf) ausgestellt hatten, doch mehr als sechs Einheiten. Stellen wir dann eine Folgeverordnung für WS1 aus oder eine Verordnung außerhalb des Regelfalles?

Weder noch. Ergibt sich ein prognostisch längerdauernder Bedarf, muss zu WS2 übergeleitet werden. Ist im Einzelfall verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von WS1 zu WS2 medizinisch begründet, ist die bereits zu WS1 erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge von WS2 anzurechnen. Das heißt, es wird eine Folgeverordnung der Diagnosegruppe WS2 ausgestellt. Dieses Procedere gilt für alle Diagnosegruppen.

HEBAMMEN

Woher bekommen wir eine aktuelle Liste der Hamburger Hebammen?

Der Hebammen Verband Hamburg e. V. pflegt auf seiner Homepage eine aktuelle Hebammenliste für Hamburg:
www.hebammenverband-hamburg.de

REHABILITATIVE LEISTUNGEN

Darf jeder Vertragsarzt rehabilitative Leistungen verordnen? Woher bekommen wir die entsprechenden Formulare?

Die „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ kann von jedem Vertragsarzt über das Muster 60 gestellt werden, welches Sie über den Formularversand des Paul Albrechts Verlages erhalten. Die Krankenkasse prüft daraufhin ihre Zuständigkeit und ob Gründe einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen. Ist dies nicht der Fall, stellt die zuständige Kasse das Muster 61 „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ aus. Das Ausfüllen des Musters 61 kann nur von Vertragsärzten mit der Genehmigung zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorgenommen werden.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Anna Yankyera, Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Julia Riewesell

Info-Veranstaltung zu Ebola

Die Unsicherheit ist groß angesichts der dramatischen Berichte aus Afrika und aller Welt. Breitet sich der Virus auch bei uns aus? Was tue ich, wenn ich einen Verdachtsfall in der Praxis habe? Brauchen wir Schutzanzüge? Der Newsletter der Ärztekammer Hamburg zum Thema Ebola, der vor einiger Zeit an alle Mitglieder verschickt wurde, die eine gültige E-Mail-Adresse für diesen Zweck bei der Kammer hinterlegt hatten, beantwortete viele Fragen. Offenbar gibt es aber weiteren Informationsbedarf. Deshalb findet (wie bereits im *Hamburger Ärzteblatt* und auf den Webseiten von Kammer und KV angekündigt) am 2. Dezember 2014 eine gemeinsame Informationsveranstaltung statt. Bitte melden Sie sich online unter www.fortbildung.aekhh.de an. Hier finden Sie auch weitergehende Informationen zu Referenten und Inhalten der Veranstaltung. ■

Termin: Di. 2.12.2014 (19 Uhr)

Ort: Ärztekammer Hamburg (Großer Saal im Erdgeschoss), Weidestraße 122 b, 22083 Hamburg

Ansprechpartner:
Pressestelle Ärztekammer Hamburg,
Tel: 202299-200 / -201 / -202



Ebola-Newsletter

Den Newsletter und weitere Informationen zu Ebola finden Sie im Internet:
www.kvhh.de → Ebola-Verdachtsfälle:
Wichtige Informationen für niedergelassene Ärzte

Wenn Sie den Newsletter per Mail zugeschickt bekommen möchten, senden Sie bitte eine entsprechende Nachricht an presse@aekeh.de. Die Ärztekammer speichert Ihre E-Mail-Adresse dann für den künftigen Newsletterversand. Bitte widersprechen Sie diesem Verfahren in Ihrer E-Mail, wenn Sie dies nicht wünschen.

Hörhilfen: Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie

Zum 29. Oktober 2014 sind einige Änderungen in der Hilfsmittel-Richtlinie in Kraft getreten, die festlegen, in welchen Fällen eine Folgeversorgung mit Hörhilfen einer ärztlichen Verordnung bedarf.

Die erste Verordnung eines Hörgeräts bedarf weiterhin immer einer ärztlichen Verordnung durch den Facharzt, da die Ursache des Hörverlustes abgeklärt werden muss.

Bei einer Folgeverordnung ist nach § 27 der Hilfsmittel-Richtlinie eine erneute fachärztliche Therapieentscheidung insbesondere notwendig bei:

- der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- neu aufgetretenem Tinnitus
- Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO

In allen anderen Fällen ist eine ärztliche Verordnung zwar nicht zwingend geboten, aber natürlich immer möglich und wird angeraten. ■

Weitere Änderungen der Hilfsmittel-Richtlinie können auf der Internetseite des G-BA eingesehen werden: www.g-ba.de/informationen/entschluesse/2045

Informationen zum Thema Hilfsmittel stehen außerdem auf der KBV-Internetseite zur Verfügung: www.kbv.de/html/hilsmittel.php

Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572



Fallzahlen für Abschlagszahlungen bitte frühzeitig melden!

Wir bitten Ärzte und Psychotherapeuten, die zur Berechnung der monatlichen Abschlagszahlungen ihre Fallzahlen an die KV Hamburg melden, dies für die Dezemberzahlung bereits bis zum 15. Dezember zu erledigen. Wegen der Feiertage können wir eine termingerechte Zahlung nur sicherstellen, wenn diese Frist eingehalten wird. Meldungen nach dem 15. Dezember werden schnellstmöglich bearbeitet, eine Zahlung in 2014 kann jedoch nicht garantiert werden. ■

Ansprechpartnerinnen:

Tina Pfaffenbach, Tel: 22802-441, Hannelore Genter, Tel: 22802-351

KV vergibt Registrierungsnummern für medizinische Geräte

Um eine sichere Zuordnung und einfache Identifizierung von medizinischen Geräten zu gewährleisten, vergeben die Ärztliche Stelle und die KV Hamburg ab dem Jahr 2015 für folgende Geräte eine einmalige, unveränderliche Registrierungsnummer:

- Ultraschallgeräte
- Röntengeräte
- Computertomographen
- Mammographiegeräte
- Gammakameras
- DXA-Geräte (Osteodensitometrie)
- Linearbeschleuniger, Afterloading-Geräte, Simulatoren (Strahlentherapie)

Sie erhalten von der Ärztlichen Stelle oder der KV für jedes Gerät zwei Aufkleber mit der entsprechenden Registrierungsnummer. Einen Aufkleber bringen Sie gut sichtbar auf dem Gerät an, den zweiten kleben Sie in Ihre Geräteunterlagen oder in ihren Geräteordner. Im Falle eines Umzugs oder wenn das Gerät verkauft wird, bleibt die Registrierungsnummer dem Gerät zugeordnet. Wird ein Gerät neu angeschafft, erhält man eine neue Nummer.

Bitte geben Sie bei jeder gerätebezogenen Korrespondenz die Registrierungsnummer an. Die Aufkleber mit den Registrierungsnummern bekommen Sie im Laufe des kommenden Jahres unaufgefordert zugeschickt. ■

Ansprechpartner:

**Ärztliche Stelle, Thomas Müller, Tel: 22802-552
Abteilung Qualitätssicherung, Kay Siebolds, Tel: 22802-478**

Amtliche Veröffentlichungen

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

Verträge:

- 31. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit der IKK classic zu § 5 Absatz 1 des Gesamtvertrages (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c SGB V in Verbindung mit §§ 87a Absatz 3 Satz 2, Absatz 5 Satz 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2015 mit dem vdek (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV))

Hinweis:

Aufhebung von Vorbehalten:

- Vereinbarung zur Durchführung des Screenings multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen:

Die Vereinbarung wurde im Hamburger Ärzteblatt 08/2014 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an. ■

Ansprechpartner:

Infocenter, Tel: 22802-900

Arzneimittel: Neue Richtgrößen, Praxisbesonderheiten und Zielvereinbarungen

Fast sah es so aus, als ob es für 2014 keine neue Arznei- und Heilmittelvereinbarung und Richtgrößenvereinbarung geben würde. Nun konnten die Vertragspartner zumindest für den Arzneimittelbereich eine Einigung erzielen. Es wurden höhere Richtgrößenwerte sowie zusätzliche Arzneimittelpraxisbesonderheiten vereinbart. Wir haben das Wichtigste aus den entsprechenden Verträgen für Sie zusammengestellt:

ARZNEIMITTEL-AUSGABENVOLUMEN UND RICHTGRÖSSEN

Kassen und KV vereinbarten eine Steigerung des Ausgabenvolumens um 6,8 Prozent auf ca. 850 Millionen Euro für das Jahr 2014. Die bisher geltenden Richtgrößenwerte werden für den Prüfzeitraum 2014 in Anlehnung an die Anpassungsfaktoren für das Ausgabenvolumen angehoben.

Richtgrößenwerte für den Prüfzeitraum 2014

Richtgrößengruppen	Richtgröße in Euro	
	Mitglied / mitversicher-tes Familienmitglied	Rentner
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	39,66	108,33
Augenheilkunde	7,12	16,72
Chirurgie	9,99	20,21
Gynäkologie	17,63	51,12
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15,12	5,33
Haut- und Geschlechtskrankheiten	28,14	22,95
Innere Medizin - Fachärzte ohne Schwerpunkt	89,11	129,54
Innere Medizin - Fachärzte Schwerpunkt Kardiologie	30,56	41,72
Innere Medizin - Hausärzte	65,07	117,21
Innere Medizin - Fachärzte Schwerpunkt Gastroenterologie	289,54	491,42
Innere Medizin - Fachärzte Schwerpunkt Pneumologie / Pulmologen	97,95	136,07
Kinderheilkunde	35,31	108,51
Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ohne KJP	200,85	177,43
Orthopädie	22,43	42,72
Urologie	32,06	76,88

HEILMITTEL

Für den Bereich der Heilmittel haben sich die Vertragspartner nicht auf ein Ausgabenvolumen für 2014 einigen können. Auch Heilmittelrichtgrößen wird es für den Prüfzeitraum 2014 nicht geben. Statt einer Richtgrößenprüfung wird die gemeinsame Prüfungsstelle auch 2014 eine Durchschnittswertprüfung für Heilmittel durchführen. Die Heilmittelpraxisbesonderheiten gelten auch 2014 weiter fort.



ARZNEIMITTEL-PRAXISBESONDERHEITEN FÜR DEN PRÜFZEITRAUM 2014

Kassen und KV haben sich auf zusätzliche Wirkstoffgruppen geeinigt, deren Kosten in der Vorab-Prüfung zur Richtgrößenprüfung 2014 zu 100 Prozent als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden. So werden Arzneimittel, die zur Behandlung der Hepatitis C zugelassen sind, als Praxisbesonderheit anerkannt. (Bitte auf strenge Indikationsstellung und gute Dokumentation achten!)

Auch die Kosten für Arzneimittel, die zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie zugelassen sind, wie zum Beispiel Tracleer®, Revatio® oder das neue Adempas®, werden vor Einleitung einer Richtgrößenprüfung berücksichtigt. Ebenfalls als Praxisbesonderheit anerkannt werden die VEGF Hemmer,

Glucocorticoide und Ocriplasmin zur intravitrealen Injektion, soweit sie in Indikationen verwendet werden, die in der entsprechenden Qualitätsvereinbarung genannt sind.

Bei den Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose konnten wir mit den Kassen nur die Anerkennung der genannten Wirkstoffe als Praxisbesonderheit vereinbaren. Natalizumab und Dimethylfumarat können daher erst im Verlauf der Prüfung als Besonderheit geltend gemacht werden.

Bitte beachten Sie, dass die Anerkennung als Praxisbesonderheit voraussetzt, dass diese Verordnungen indiziert, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Vereinbarung als Praxisbesonderheit soll helfen, eine „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ für die Patienten sicherzustellen.

Liste der Arzneimittelpraxisbesonderheiten 2014 /Gruppe 1: Berücksichtigung der Kosten zu 100%

(Die neuen Positionen sind blau markiert.)

91000	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase/Velaglucerase	91006	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
91001	Hormonelle Behandlung bei der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung	91007	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
91002	Therapie der multiplen Sklerose mit den für diese Indikation zugelassenen Arzneimittel aus folgenden Wirkstoffen: Interferon, Mitoxantron, Glatirameracetat, Fingolimod, Teriflunomid, Alemtuzumab	91008	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung, Therapie des multiplen Myeloms mit Thalidomid, Lenalidomid)
91003	Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln, Monotherapie der Hepatitis B mit Nucleosiden/Nucleotiden (Adefovir, Entecavir, Jantivudine, Telbivudine, Tenofovir)	91009	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
91004	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	91011	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
91005	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz	91012	Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
		91013	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
		91018	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase

Fortsetzung der Liste auf der nächsten Seite →

→ Fortsetzung: Liste der Arzneimittelpraxisbesonderheiten 2014 /Gruppe 1: Berücksichtigung der Kosten zu 100%
(Die neuen Positionen sind blau markiert.)

91019	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	91042	Abirateronacetat, nur bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer docetaxelhaltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr in Frage kommt
91020	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern	91043	Ticagrelor nur bei <ul style="list-style-type: none"> • instabiler Angina pectoris (IA)/Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) oder • Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutane Koronarintervention, sofern entweder die Patienten ≥ 75 Jahre sind und nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen oder Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese
91033	Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha	91044	Therapie der Hepatitis C mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten bei strenger Indikationsstellung
91034	Behandlung des Alpha ₁ -Antitrypsinmangels	91045	Therapie der pulmonalen Arteriellen Hypertonie (PAH) mit den für diese Indikation zugelassenen Präparaten
91035	4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie	91046	Intravitreale Injektion mit VEGF-Hemmern, Glucocorticoiden und Ocriplasmin bei Vorliegen der Indikationen, die in der Qualitätvereinbarung nach §135 Abs.2 SGB V zur intravitralen Medikamenteneingabe genannt sind.
91039	Therapie der leichten mit mittelschweren idiopathischen Lungenfibrose bei Erwachsenen mit Pirfenidon		
91040	Therapie systemischer Mykosen (Voriconazol, Caspofungin)		

**Liste der Arzneimittelpraxisbesonderheiten 2014 / Gruppe 2:
Anerkennung der Kosten abhängig vom Durchschnitt der Richtgrößengruppe
(Fachgruppe)**

91010	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen	91026	Selektive Serotonin-5HT ₁ -Agonisten (Triptane)
91014	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika	91027	systemische Psoriasisstherapie
91015	Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien	91028	Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
91016	Therapie des Morbus Crohn mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten	91029	Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
91017	Antiepileptika zur Behandlung der Epilepsie	91030	neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
91021	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten	91031	Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
91022	Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost, Tafluprost und Brimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine / nur unzureichende Wirkung zeigen	91032	Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz
91023	Antiparkinsonmittel zur Behandlung des Morbus Parkinson	91037	Ziconoxid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde
91024	Antithrombotische Mittel parenteral	91038	Linezolid nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage
91025	Antidemantiva vom Typ der Cholinesterasehemmer und Memantine	91041	Therapie der Colitis ulcerosa mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten



ARZNEIMITTEL-ZIELVEREINBARUNGEN

Wie auch in den Vorjahren wurden für bestimmte Arzneimittelgruppen Verordnungsanteile festgelegt (prozentualer Anteil der genannten Leitsubstanzen).

Im Bereich der Arzneimittelgruppen und Leitsubstanzen gibt es Änderungen gegenüber dem Vorjahr. So wurden die Zielgruppen mit ACE-Hemmern erweitert um die Sartane und Aliskiren (Rasilez®). In dieser Gesamtgruppe sollen vorrangig die ACE-Hemmer Enalartil, Lisinopril und Ramipril verordnet werden. Auch die Gruppe der Kombinationspräparate umfasst nun zusätzlich zu den ACE-Hemmern/HCT noch Sartane und

Aliskiren in Kombination mit Diuretika und Kombinationen ACE-Hemmer/Calciumantagonist. In dieser Gruppe sollen vorrangig die ACE-Hemmer Lisinopril, Enalapril oder Ramipril kombiniert entweder mit einem Diuretikum/HCT oder kombiniert mit Nitrendipin oder Amlodipin verordnet werden. Der Zielwert von 45,4 Prozent lässt hier Verordnungsspielraum.

Bei den SSRI wurde zusätzlich zu Citalopram noch Sertralin und bei den NSMRI zusätzlich zu Amitriptylin noch Doxepin als Leitsubstanz vereinbart.

Diese neuen Zielquoten gelten ab dem 1. November 2014.

Leitsubstanzquoten

(Die wichtigsten Änderungen sind blau markiert.)

Arzneimittelgruppe	Leitsubstanzen	Zielquote 2014
Statine (HMG-CoA-Reduktasehemmer)	Simvastatin, Pravastatin	87,1 %
Selektive Betablocker	Bisoprolol, Metoprolol	90 %
Alpha-Rezeptorenblocker zur Behandlung der Prostatahyperplasie	Tamsulosin	85,0 %
SSRI (Selektive Serotonin-rückaufnahmehemmer)	Citalopram, Sertralin	74,0 %
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose (incl. Zoledronsäure - Aclasta®)	Alendronsäure, Risedronsäure	82,0 %
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren (Rasilez®)	Enalapril, Lisinopril, Ramipril	76,0 %
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren in Kombination mit Diuretika bzw. Calciumantagonisten	Enalartil, Lisinopril und Ramipril jeweils mit Diuretikum HCT bzw. Amlodipin oder Nitrendipin	45,4 %
Schleifendiuretika	Furosemid, Torasemid	99,0 %
Calciumantagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	85,7 %
Nichtselektive Monamin-Rückaufnahmehemmer (NSMRI)	Amitriptylin, Doxepin	52,1 %

**Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmitteln: Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572**

Höchstquoten

Arzneimittelgruppe	Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen für die ein maximaler Anteil festgelegt wurde	Maximaler Anteil
Statine und ezetimib-haltige Arzneimittel	ezetimib-haltige Arzneimittel incl. Kombinationen	5 %
Antidiabetika exklusive Insuline	GLP-1-Analoga (z.B. Liraglutid -Victoza®)	2,1 %
Opiode (orale und transdermale Darreichungsformen)	Opiode - Transdermale Darreichungsformen	38,8 %

Mindestquoten

Arzneimittelgruppe	Wirkstoffgruppe für die eine Mindestquote festgelegt wurde	Anteil, der mindestens erreicht werden soll
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe	„biosimilare“ Erythropoetine	50 %
Opiode	generikafähige, BTM. pflichtige, orale darreichungsformen	80,8%

Die vollständigen Texte der aktuellen Arzneivereinbarung und der Prüfungsvereinbarung finden Sie auf unserer Homepage (www.kvvh.de unter der Rubrik Gesetze und Verträge).



Auszeichnung für Kinospot der KBV-Kampagne

Ein Kinospot der KBV-Imagekampagne ist mit dem Econ-Award in Gold in der Kategorie "Film und Video" ausgezeichnet worden. Der Econ Award wird für die besten Werbemaßnahmen aus dem Bereich der Unternehmenskommunikation vergeben und zählt zu den deutschlandweit bedeutendsten Auszeichnungen der Branche.

Der kurze Film zeigt ein verliebtes Paar im Bett. Im Abspann werden jene Mediziner und Psychotherapeuten aufzählt, die von den beiden jungen Menschen bislang in Anspruch genommen wurden – bis am Ende der Name einer Kinderärztin erscheint, deren Fachkompetenz in neun Monaten benötigt wird.

In den Kinos kam der Humor des Films gut an. Der Kinospot ist Teil der laufenden PR-Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“, die gemeinsam von der KBV und den 17 KVen getragen wird. Konzept und Umsetzung der Kampagne stammen von der Agentur Ressourcenmangel, deren Geschäftsführer Benjamin Minack den Econ Award am 23. Oktober 2014 in Berlin entgegennahm.



Der KBV-Kinospot im Internet:
www.ihre-aerzte.de →
 Kampagne → Kino-Spot

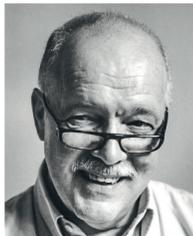
PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG DER KV HAMBURG

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxisspezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

Alle Hamburger Vertragsärzte sind herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!
Tel: 22802-572 oder 22802-571





Frohes Fest

Kolumne von **Dr. Bernd Hontschik**, niedergelassener Chirurg in Frankfurt/Main

Wer zu dick ist, schadet seiner Gesundheit. Eine Binsenweisheit, oder? Die US-amerikanische Chirurgenvereinigung hat allerdings eine Auswertung von etwa 190 000 chirurgischen Eingriffen vorgelegt. Zur allgemeinen Verblüffung zeigte sich, dass die schlanken Menschen in der leichtesten Gewichtsgruppe nach einer größeren Operation ein um vierzig Prozent höheres Sterberisiko hatten als die mittlere Gewichtsgruppe. Was schließen wir daraus?

Körperliche Betätigung ist gesund. Auch das ist eine Binsenweisheit. Kanadische Kardiologen untersuchten 500 Patienten nach einer akuten Erkrankung der Herzkranzgefäße. Zwei Drittel von ihnen waren männlichen Geschlechts. Und bei immerhin 35 Patienten war die akute Herzerkrankung unmittelbar nach dem Schneeschaukeln eingetreten. Sie sind männlich? Raucher? Sind durch Herzerkrankungen in der Familie vorbelastet? Nie wieder schaukeln!

In einer Zeitschrift für Unfallchirurgie wird von einem Achtjährigen aus Münster

berichtet, der eine Filmszene nachspielen wollte und an einem Laternenpfahl schleckte. Bei minus 14 Grad fror seine Zunge an der Laterne fest, und nachdem er mit viel warmem Wasser endlich befreit worden war, musste er eine Woche ins Krankenhaus. Die Zunge konnte gerettet werden. Der Film hieß „Dumm und Dümmer“.

Gesundheit darf nicht vom sozialen Status abhängen. Das finden Sie auch, oder?

Und Sie reagieren doch sicher auch betroffen, wenn Sie ein ums andere Mal lesen müssen, dass die Lebenserwartung in den sogenannten oberen sozialen Schichten deutlich höher ist als in den sogenannten unteren sozialen Schichten. Man hat sich daran schon fast gewöhnt.

Aber was sagen Sie dazu: Von der Deutschen Rentenversicherung veröffentlichte Zahlen belegen, dass die Lebenserwartung von Menschen mit einem Einkommen unter dem Existenzminimum innerhalb von zehn Jahren gesunken ist, und zwar von 77,5 auf 75,5 Jahre. In denselben zehn Jahren ist die Lebenserwartung der sogenannten Gutverdiener von 82,5 auf 83,4 Jahren um fast ein Jahr gestiegen.

**Mein Rat für die Weihnachtsfeiertage:
Schlecken sie nicht an Laternenpfählen,
lassen Sie andere den Schnee
wegräumen – und sorgen Sie irgendwie
für genug Geld!**

Tja. Der ärztliche Rat für die Weihnachtsfeiertage kann also nur lauten: Lassen Sie andere den Schnee wegräumen, schlecken Sie nicht an Laternenpfählen, erfreuen Sie sich hemmungslos an Ihrer Weihnachtsgans und sorgen Sie irgendwie für genug Geld.

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Matthias Kemnitz**,
Mitglied der Qualitätssicherungskommission
Arthroskopie und der Qualitätssicherungskommission
Ambulantes Operieren

Name: **Dr. Matthias Kemnitz**
Geburtsdatum: **2.5.1961**
Familienstand: **verheiratet**
Fachrichtung: **Unfallchirurgie / Orthopädie**
Hobbys: **Tandem / Radsport**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?

Als Arzt ja, berufspolitisch nein.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherung?

Qualitätskontrolle nicht durch andere diktieren lassen, sondern selbst gestalten.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?

Seit Jahren nicht gelöste Fragen in der leistungsgerechten Honorierung – ungerechtfertigte Regressierung.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Abschaffung der Regressierung, Honorar auf der Basis fester Preise

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?

Gesund alt werden ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

Do. 11.12.2014 (ab 19 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP-Hygiene

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind.

Mi. 11.2.2015 (9:30-17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149
(inkl. Imbiss und Getränke)

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fit am Empfang

Der Empfang ist das Spiegelbild der Praxis. Von der professionellen Konversation über den Umgang mit Patientenbeschwerden bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung – in diesem Seminar lernen medizinische Fachangestellte, einen positiven Eindruck von sich und Ihrer Praxis zu vermitteln.

Mi. 18.3.2015 (9:30-17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149
(inkl. Imbiss und Getränke)

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ausbildungskurs zur Qualitäts- und Praxismanagerin

Der fünftägige Kurs richtet sich an Praxismitarbeiterinnen, die sich zur „Qualitäts- und Praxismanagerin“ ausbilden lassen wollen. Es geht darum, zugewiesene Führungsaufgaben in der Praxis gut zu meistern und den Praxisinhaber wirkungsvoll zu entlasten. Themen sind u. a.: Personalmanagement, Konfliktmanagement, Terminsystem.

Mo. 23. bis Fr. 27.3.2015

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber können die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen. Voraussetzung dafür ist eine spezielle Qualifizierung, die in diesem von der Berufsgenossenschaft BGW zertifizierten Seminar angeboten wird. Spätestens nach fünf Jahren ist eine Fortbildung erforderlich.

Mi. 21.1.2015 (15-20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 190 zzgl. MwSt.
(inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fortbildung für Mitarbeiterinnen: „Gefährdungsbeurteilung I“

Praxismitarbeiterinnen, die den Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Praxis organisieren, sollen sich fortbilden. In diesem Seminar wird gezeigt, wie man entsprechend gesetzlicher Vorgaben und BGW-Vorschriften eine systematische Gefährdungsbeurteilung für die Praxis durchführt.

Mi. 4.2.2015 (15-18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 60
(inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung für Mitarbeiterinnen: „Gefährdungsbeurteilung II“

Dieser Workshop richtet sich an hochmotivierte Praxismitarbeiterinnen und deren Arbeitgeber. Die Gefährdungsbeurteilung soll weiter ausgearbeitet und aktualisiert werden, wobei insbesondere die Gefahrstoff- und Biostoffverordnung berücksichtigt werden. Bereits vorhandene Unterlagen sollen mitgebracht werden.

Mi. 4.3.2015 (15-18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 40 (inkl. Imbiss, aber ohne Schulungsmaterial)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle

Betriebsarztpraxis Dr. med. Gerd Bandomer, FAX: 2780 63 48, E-Mail betriebsarzt@dr-bandomer.de

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 4. QUARTAL 2014 VOM 2. BIS 15. JANUAR 2015

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

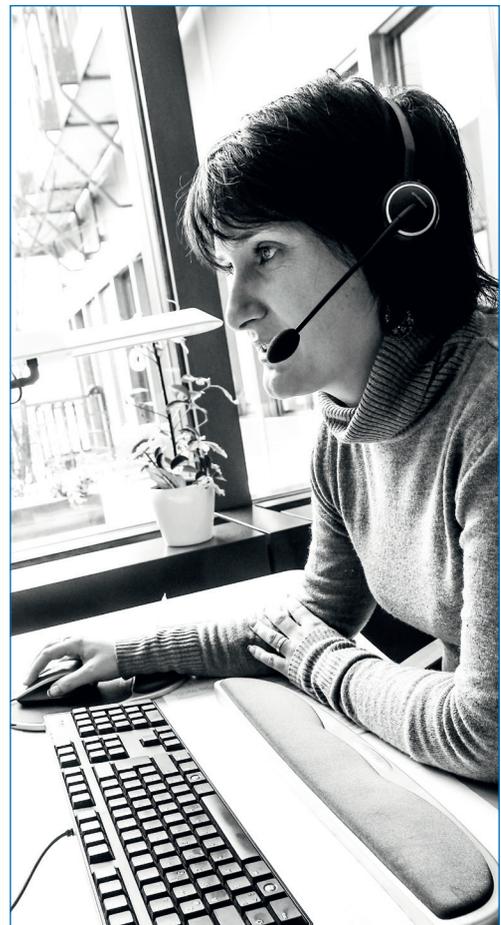
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Heidenkampsweg 99
22097 Hamburg
Telefon: 22 802 900
Telefax: 22 802 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

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



KVH

Infocenter der KVH
Telefon 040/22 802 900
infocenter@kvhh.de