

Im Visier der Case Manager

Wie E-Health und Einzelverträge
das System verändern werden

Versorgung

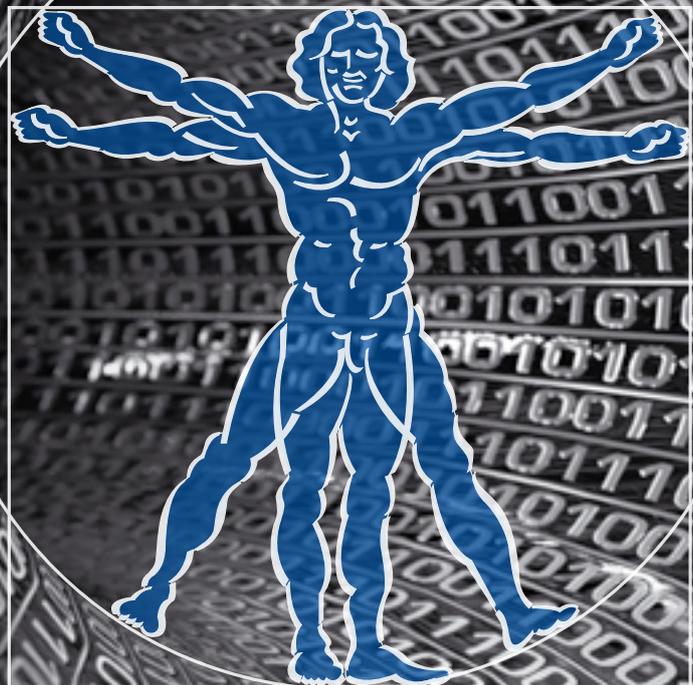
Die Rolle der
„Blaupausenverträge“

Laborreform

Wie die Praxen mit den
Neuerungen zurecht kommen

SSB-Regresse

KV Hamburg legt
Widerspruch ein



Liebe Leserinnen und Leser!

Eine so umfangreiche Koalition findet sich im Gesundheitswesen nur selten zusammen: Die KV Hamburg, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg, die Apothekerkammer Hamburg, die Aktion „Stoppt die E-Card“ und Patientenvertreter veranstalteten zusammen am 10. September 2008 eine Pressekonferenz, um vor der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu warnen.

Die zentrale Sammlung einer so großen Menge persönlicher Gesundheitsdaten wird Begehrlichkeiten wecken. Patientenvertreter, Ärzte und Apotheker sorgen sich um die Vertraulichkeit der Behandlung. Über diese Bedenken sollte das Gesundheitsministerium nicht einfach hinweggehen.



Ihr Dieter Bollmann



Ihre Meinung ist gefragt

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

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild:
Mikhail Tolstoy - Fotolia.com (M)

Redaktionsschluss: 23. Oktober 2008

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Was halten Sie von der elektronischen Gesundheitskarte? _____	4
Wie Behandler und Patienten der Gnade der Kostenträger ausgeliefert werden _____	5
Zur Rolle der „Blaupausenverträge“ _____	8

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	10
Merkblatt zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs _____	11
Laborreform: Wie kommen die Ärzte mit dem neuen Prozedere zurecht? _____	12
Verträge mit der See-Krankenkasse laufen aus _____	14
Übergangsvereinbarung für Sozialpsychiatrie und Onkologie _____	14
Zahlreich aber fotoscheu: Kassenvertreter bei den Hamburger Vertragsverhandlungen _____	15
Amtliche Veröffentlichungen im Internet _____	15

Qualitätssicherung

Hoher Qualitätsstandard bei Dokumentation von Sonographien der Säuglingshüfte _____	16
Schon genug Fortbildungspunkte gesammelt? _____	16

Abrechnung

Psychosomatik und Entwicklungsdiagnostik/-therapie: Pauschalierung zurückgenommen _____	17
Elektronische Abrechnung ab 2009 verpflichtend _____	17

Brennpunkt Arznei

Übersicht: Welche arzneiähnlichen Medizinprodukte sind verordnungsfähig? _____	18
Sprechstundenbedarfs-Regresse: KV legt Widerspruch ein _____	21

Forum

Wird gute Medizin zum Luxus? Umfrage unter Ärzten zum Ende des KV-Monopols _____	22
Studie: GKV-Beitragssatz könnte viel niedriger sein _____	23
Eröffnung der Facharztambulanz _____	24
Patientenforum „Selbsthilfe im Alter“ lädt ein _____	24
Hamburger Facharztgespräche zum Thema „plötzlicher Herztod“ _____	25

Steckbriefe

Für Sie in der Kreisversammlung _____	26
---------------------------------------	----

Nachgefragt

■ Was halten Sie von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)?



Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist für uns Hausärzte eine Katastrophe. Ich frage mich: Wer soll die elektronische Patientenakte pflegen? Vermutlich mal wieder die Hausärzte. Der Nutzen einer Patientenakte, deren Vollständigkeit aus Datenschutzgründen im Ermessen des Patienten liegt, steht in keinem Verhältnis zum Verwaltungsaufwand, den ich als Hausarzt für die Pflege der Daten betreiben müsste. Zeit für zusätzliche Bürokratie haben wir nicht.

*Dr. Martin Daase
ist Allgemeinmediziner
in Langenhorn*

In den letzten Wochen wurde bekannt, dass sensible T-Mobile-Daten von 17 Millionen Deutschen seit 2006 auf dem Schwarzmarkt angeboten werden. Die elektronische Gesundheitskarte mit riesigen Datenmengen auf zentralen Servern wäre der sichere Dammbbruch, der das Arzt-Patient-Geheimnis beschädigt: Dies darf die Ärzteschaft keinesfalls zulassen.

*Michael Walz ist
Internist in Eimsbüttel*

Ich glaube nicht, dass es Defizite beim Informationsaustausch mit niedergelassenen Kollegen und Krankenhäusern gibt. Da wird telefoniert und gefaxt, Arztbriefe gehen hin und her – alles sehr gezielt und in einem kleinen, überschaubaren Rahmen. Wenn der Datenfluss auf elektronischem Wege stattfinden soll, darf das meiner Ansicht nach nur innerhalb von regionalen Netzwerken geschehen. Da gibt es ja bereits einzelne Initiativen. Auch ein von der KV bereitgestelltes Netz wäre eine Lösung, weil die sensiblen Daten so in der Hand der Ärzte blieben.

*Dr. Dietrich Lau
ist Allgemeinmediziner
in Alsterdorf*

Im Visier der Case Manager

- Die Einführung der eGK fällt mit der Aufsplitterung der Vertragslandschaft zusammen. Das ist nicht nur für Patienten problematisch. Auch die Behandler werden der Gnade der Kostenträger ausgeliefert.

Die ärztliche Schweigepflicht ist im Zuge der fortschreitenden Reformen des Gesundheitswesens immer weiter ausgehöhlt worden. Im Projekt elektronische Gesundheitskarte (eGK) und dem Vorhaben, die Behandlungsdaten von Patienten auf zentralen Servern zusammen zu führen, verdichtet sich diese Entwicklung auf paradigmatische Weise.

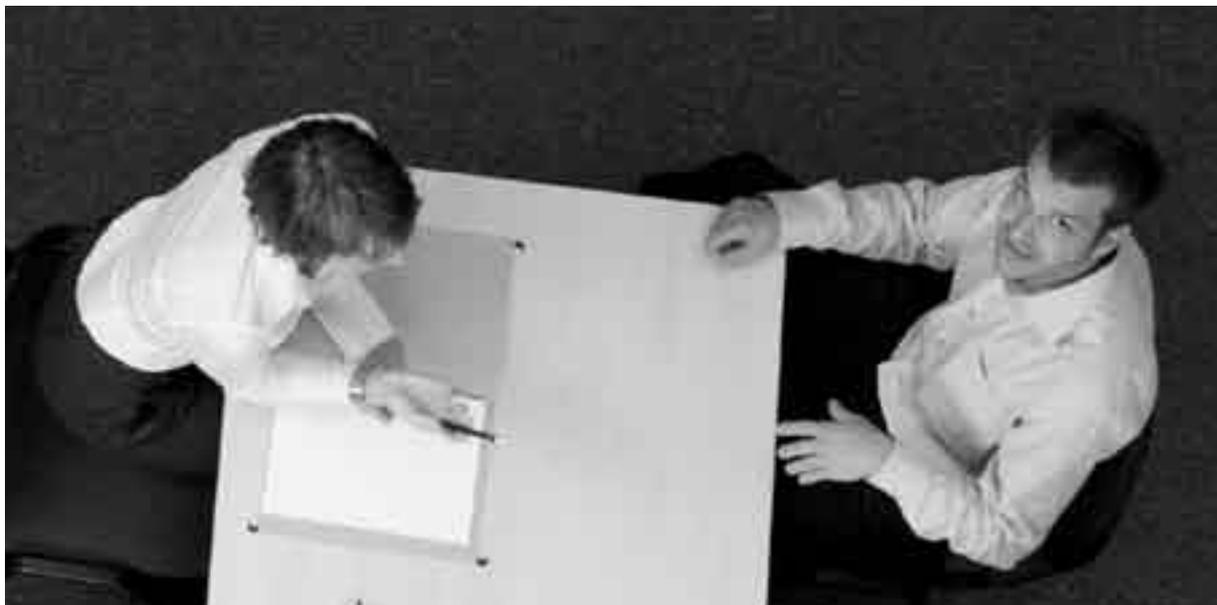
Die Schweigepflicht ist ein hohes Gut. Der „gute Arzt“ (K. Dörner) wird sich auf die Sorgen seines Patienten einlassen, indem er dessen Leid zu verstehen versucht. Dazu be-

darf es einer vertrauensvollen Umgebung. Die Schweigepflicht schafft dafür einen Raum. Dies weiß jeder Arzt, und die Tätigkeit der Psychotherapie ist ohne diesen geschützten Raum nicht denkbar. Die Vorstellung vom „gläsernen Patienten“, dessen Daten außerhalb dieses Behandlungsraumes verwendet werden können, ist für jede Psychotherapie ein dramatischer Einschnitt – im Grunde eine Katastrophe.

Durch die Implementierung der eGK wird nicht nur der Patient „gläsern“, auch das konkrete

Verhältnis zwischen Patient und seinem Behandler soll durchsichtig werden. Die elektronische Erfassung von Krankendaten und deren bundesweite Verfügbarkeit ermöglicht es Dritten, etwas über einen Patienten und seine Behandlung zu erfahren, ohne diesen Menschen sehen, sprechen oder befragen zu müssen. Wir haben schon jetzt die Situation, dass Menschen mit spezifischen Diagnosen von Verträgen ausgeschlossen werden können (u.a. Private Krankenversicherungen,

Fortsetzung auf S. 6



Bald nur noch unter Aufsicht der Krankenkasse? Durch die Einführung der eGK droht die Psychotherapie aus ihrem geschützten Raum gerissen zu werden.

Patientendaten in Gefahr: Zwei Schlaglichter

Elektronische Patientenakten im Internet sind offenbar kaum vor Manipulationen zu schützen. Die Redaktion des *Dienstes für Gesellschaftspolitik* berichtet, Hacker hätten eine Patientenakte jener Art „geknackt“, wie sie auch im AOK-Hausarztmodell in Baden-Württemberg verwendet werde. Den Hackern sei es gelungen, Daten zu verändern und ganze Sätze in die Akte einzufügen. „Man stelle sich die Konsequenzen einer gefälschten Diagnose, einer gelöschten Allergie oder hinzugefügter Medikamente vor“, so ein vom *Dienst für Gesellschaftspolitik* befragter Experte. (*dfg IT Special 9-08, 7.8.2008*)

Für Aufregung auch außerhalb der Fachöffentlichkeit sorgte kurz darauf ein Datenschutzskandal: Die DAK soll 200.000 Datensätze von Versicherten an eine Privatfirma weitergegeben haben. Die Informationen seien im Rahmen eines DAK-Programms zur Gesundheitsberatung für chronisch Kranke gesammelt worden, berichtete das ARD-Magazin *Report Mainz* am 18. August 2008. Das Unternehmen Healthways kontaktierte im Auftrag der Kasse chronisch kranke Patienten und beriet sie per Telefon. Der Bundesdatenschutzbeauftragte Peter Schaar hält die Weitergabe vertraulicher Krankeninformationen an eine private Firma für illegal: „Dafür gibt es aus meiner Sicht keine Rechtsgrundlage.“

■ ■ ■ Fortsetzung von S. 5

Berufshaftpflicht). In einer dem Wettbewerb geöffneten GKV-Versorgung bekommen Patienten einzelne Verträge oder Teilleistungen möglicherweise nur noch nach Maßgabe ihrer Krankendaten angeboten.

>> Für die Behandler wird wichtig, in welche Verträge sie aufgenommen werden. <<

Die elektronischen Vernetzungsmöglichkeiten führen zu Patienten- und Behandlerprofilen, die unter dem Gesichtspunkt normativer Vorgaben ausgewertet werden. Der Versicherte soll mehr für seine Gesundheit tun. Er wird nicht einfach krank, sondern sieht sich zukünftig von seinem Kostenträger ausgehört. Er erlebt

sich zunehmend persönlich für etwaige Abweichungen von der Norm zur Verantwortung gezogen. Durch die Optimierung der Datenströme wird eine Suche nach Fehlerquellen betrieben, was dazu führen wird, dass sich die eGK-Besitzer intensiver mit ihrer Gesundheit befassen. Dies

wird eine psychosoziale Dynamik erzeugen, die den Gesundheitsmarkt weiter anheizt, indem sie die Menschen über den prekären Zustand der eigenen Gesundheit in ständige Unruhe versetzt. Die Norm des Gesunden wird von den Daten gespeist.

Eine solche Individualisierung der Krankheit muss zugleich

auch im Kontext der Entwicklung des Gesundheitswesens insgesamt betrachtet werden. Wir haben es mit einem Paradigmenwechsel zu tun, der eine ordnungspolitische Umwandlung des Kollektivvertragssystems in ein Selektivvertragssystem für die Behandler vorsieht und den Versicherungsnehmern die Wahl zwischen verschiedenen nach Leistung gestaffelten Verträgen anbietet.

Inwiefern hier die Daten bei dem Abschluss neuer Verträge für Versicherungsnehmer durch die Krankenversicherungen eine Rolle spielen, wurde bereits skizziert und ist schon Realität. Inwiefern es jedoch auch für Behandler eine Rolle spielen wird, in welche Einzelverträge sie bei den Kassen aufgenommen werden, hat bislang

kaum jemand laut gefragt. Es ist durchaus möglich, dass Kassen einzelne Kollegen aus Verträgen ausschließen, weil die zur Verfügung stehende Datenlage nachteilig für sie ausfällt.

Für Psychotherapeuten wird dies aber im Rahmen der neuen Vertragsformen auch heißen, dass die von der Kasse vorgeschriebenen Behandlungsschritte durch die geforderten Qualitätsmanagementmaßnahmen einer Dokumentationspflicht unterliegen, die in der Krankenakte abgelegt werden müssen. Die Zukunft der Psychotherapie im Kontext der kassengeleiteten Selektivvertragsmodule geht einher mit der Erstellung eines Patientenprofils, das vom Case-Manager des Behandlungsprogramms ohne Rücksprache mit dem Therapeuten ausgewertet und weiter verwendet werden kann. Der bislang noch geschützte



Dr. Ulrich A. Müller

psychotherapeutische „Innenraum“ wird dadurch völlig umgestülpt und einsehbar. Durch die Datenspeicherung mit Hilfe der eGK agieren Patient und Therapeut unter den Augen der Case-Manager der Kassen. Sie sind dabei im Prozess kontrollierbar und sollen auch steuerbar sein.

Das Projekt der Einrichtung eines e-Health-Universums führt folglich zu einer fachfremden

Kontrolle von Prozessen im Gesundheitswesen. In einem solchen System wird nur noch derjenige Patient einen vertraulichen Kontakt zu seinem Psychotherapeuten oder Arzt haben, der sich außerhalb des Systems eine Behandlung leisten kann. Alles andere soll zu administrativen Zwecken völlig transparent gemacht werden; ein gigantomanes und im wahrsten Sinne des Wortes „lebensfernes“ Projekt. Denn das Leben wird in der Patientenakte zu einem Datum, das von der gelebten Geschichte des einzelnen Patienten nichts weiß.

*Dr. Ulrich A. Müller,
Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeut in Fulda*

Gekürzte Version eines Vortrags, den der Autor auf der Veranstaltung „Schöne Neue e-Health-Welt?“ des IPPNW im April 2008 in Frankfurt gehalten hat

eGK vor dem Rollout

Drei Jahre nach dem gesetzlich festgelegten Termin soll es losgehen: Der Rollout der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird 2009 in der KV-Region Nordrhein starten. Hamburg soll ein halbes Jahr später an der Reihe sein.

Vor der Einführungsphase müssen sich die Vertragsärzte und -psychotherapeuten neue Lese-

geräte anschaffen – sogenannte BCS (Basic Command Set)-Kartenterminals, mit denen sowohl die herkömmliche Chipkarte als auch die eGK eingelesen werden kann. Dafür zahlen die Krankenkassen den Praxen eine Pauschale.

Die eGK leistet in der Einführungsphase nicht mehr als die alte Chipkarte - abgesehen da-

von, dass sie ein Foto des Versicherten trägt. Außerdem hat die eGK einen Prozessorchip - Voraussetzung für die elektronische Patientenakte und andere Online-Anwendungen, die später hinzukommen sollen.

*Ansprechpartnerinnen in der KV
für Telematikfragen:
Petra Schulte Tel: 22802-497
Astrid Kuratnik Tel: 22802-539*

Zur Rolle der „Blaupausenverträge“

- Die Politik will die KVen abschaffen - um den Weg frei zu machen für ein „managed care“-System nach amerikanischem Vorbild. Wollen wir das?

„Die Vertragsärzte neigen dazu, sich untereinander zu streiten, deshalb ziehen sie bei Reformen den Kürzeren“

Univ.-Prof. Dr. med. s.c. (Harvard)
Karl Lauterbach, *Kölner Stadt-
anzeiger* 29.9.2008

Manchmal muss man Herrn Lauterbach einfach zustimmen. Vor allem wenn man weiß, wie viel Energie er schon in den Abbau der angeblichen „Überversorgung“ durch niedergelassene Haus- und Fachärzte investiert hat.

>> Mancher tut so, als wären unsere Nachbarfachärzte unsere Feinde. <<

Die Vergütungsreform als Ergebnis der Gesundheitsreform 2007 wird dramatische Verwerfungen hervorrufen. Die Hamburger Haus- und Fachärzte sind verunsichert: Niemand weiß, welche Praxen bei einem bundeseinheitlichen Punktwert von 3,5 Cent überleben werden. Ist an dieser Entwicklung tatsächlich vor allem die KV schuld? Wie ist es wirklich?

Krankenkassen und Regierung wollen mit Hilfe der Gesundheitsreformen ein lang gehegtes Ziel erreichen: Sie wollen das Kollektivvertragssystem von oben aufbrechen, mit Hilfe von Selektivverträgen das „Mono-

pol der Ärzte“ beseitigen und die KVen langsam aber sicher abschaffen.

Mit dem EBM 2008 wurden zunächst hausärztliche Komplettpauschalen eingeführt. „Mit dieser Konzeption der Versichertenpauschale wird eine der zentralen Forderungen des Hausärzteverbandes umgesetzt; die damit verbundene Forderung nach einer Dotierung dieser Quartalspauschale mit 75 Euro ist allerdings weder berechtigt noch zu realisieren, da sie zu Mehrausgaben von 8 Mrd. Euro

geführt hätte“, schreibt einer der „Väter der Gesundheitsreform“, der Ministerialdirigent im Bundesgesundheitsministerium Dr. Ulrich Orlowski, in einem Kommentar zum Gesetz. So haben wir leistungs- und versichertenfeindliche Pauschalen ohne angemessenen Gegenwert bekommen.

Das KV-Kollektivvertragssystem wurde zu Beginn des letzten Jahrhunderts eingeführt, und es hat für Ärzte und Patienten lange Zeit relativ gut funktioniert. Gleichzeitig war es aber auch intransparent, ungerecht, auf historische Verteilungskriterien fixiert. Die Abrechnungen sind ein Buch mit sieben Sie-

geln, und der Zusammenhang zwischen ärztlicher Leistung und Bezahlung löste sich immer weiter auf.

Was die profilierten KV-Kritiker und Protagonisten der neuen Selektivvertragswelt und der Hausarztverträge (übrigens allesamt ehemalige KV-Chefs) verschweigen: Die KV wurde über die Jahre hinweg von der Politik mit Hilfe unzähliger Gesetzesänderungen gezielt geschwächt. Und nie geschah das, um die selbständigen Ärzte zu stärken, im Gegenteil. Die Sicherstellung soll langsam aber sicher an die Kassen übergehen, und die Kapitalgesellschaften wollen die ambulante Versorgung übernehmen. Eines ist ohne das andere nicht denkbar.

Ein Musterbeispiel für verwirklichte Politik in dieser Hinsicht ist der von Hausärzteverband und Medi mit der AOK-Baden-Württemberg geschlossene Hausarztvertrag, von dem die Regierung wünscht, dass er zur „Blaupause“ für den Rest der Republik wird. Wer darf nach dem reformierten Gesetz Hausarztverträge auf regionaler Ebene verhandeln? Kassenärzte oder Medizinische Versorgungszentren, Gemeinschaften von Ärzten wie der Hausärzteverband, Managementgesellschaften, die ärztliche Versorgung

anbieten. KV en nur, wenn Gemeinschaften sie ermächtigt haben. In einer erneuten Gesetzesänderung im Oktober 2008 hat der Bundestag auf Antrag Bayerns beschlossen, dass zunächst diejenige Gemeinschaft von Ärzten Verträge abschließen kann, die mindestens 50 % der Allgemeinmediziner in einem KV Bezirk vertritt. Gezielt wurden Hausarztinternisten, Kinderärzte und praktische Ärzte ausgeschlossen. Zählen die eigentlich nicht? Wem nützt diese neuerliche Spaltung?

In einem Selektivvertragssystem (vollständige Hausarztverträge und Verträge für die fachärztliche Behandlung) geht die Sicherstellung auf die Kassen über. Die freie Arztwahl der Versicherten wird aufgehoben; sie dürfen dann vom eingeschriebenen Hausarzt nur zum eingeschriebenen Facharzt gehen. Wir kennen dieses „managed-care“-Modell aus den USA, wo es schon lange kein Erfolgsmodell mehr ist.

Für uns als Ärzte heißt das: keine Therapiefreiheit mehr, an der ganz kurzen Leine der Kassen, Honorarerhöhung als Gegenleistung für Einsparungen am Patienten, direkte Onlineanbindung an die Kassen und zentrale Server für die elektronische Patientenakte - ganz so, wie es uns jetzt im Baden-Württemberger Hausarztvertrag der AOK vorgemacht wird. Die weitestgehende Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) - die Patientenakte in Zentralservern - hier wird sie durch die Vordertür eingeführt.

Eines der Kernanliegen der vergangenen Gesundheitsreformen war es, das Eindringen von Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung zu erleichtern. Rhön, Asklepios, Helios und Sana stellen Ärzte ein - vor allem für die Facharztgebiete in den Metropolen, Gastroenterologie, Kardiologie, Onkologie. Aber auch Hausärzte als Angestellte werden gebraucht als Einweiser für die Klinikketten. Und man wird weiter niedergelassene Hausärzte benötigen, als Treppenterrier für die Hausbesuche, als Ausputzer für die geschwächte ambulante „Facharztschiene“ (deren Arbeit ja irgendwer übernehmen muss), als Palliativärzte ohne die entsprechende Bezahlung. Das alles sollen wir im Rahmen von Hausarztverträgen machen.

Um die schöne neue Versorgungswelt zusammenzuhalten, braucht es elektronische Vernetzung. Kanzlerin Angela Merkel sagte am 23. Januar 2008 auf einem US-Kongress in Anwesenheit von Bill Gates: „Wenn wir zum Beispiel an die Einführung der Gesundheitskarte in Deutschland denken, dann bedeutet sie sozusagen eine kulturelle Revolution im System des Gesundheitswesens (...), weil die Kassenärztlichen Vereinigungen überflüssig werden, wenn Patient und Arzt plötzlich direkt mit der Krankenkasse kommunizieren können.“

Das ist also der Sinn des Ganzen. Sicher hat Frau Merkel nicht im Blick, uns als freie Hausärzte zu stärken. Aber das haben auch alle diejenigen nicht im Blick,

die jetzt so tun, als wären unsere Nachbarfachärzte unsere Feinde, die man zusammen mit der „Facharzt-KV“ gleich mit abschaffen könne.

Diese „divide et impera“-Strategie geht auf, aber nicht für uns. Uns würde nur retten, wenn wir es endlich schaffen würden, als selbständige Ärzte einen alten, freien Beruf zu verteidigen. Und zwar gemeinsam.

Wo bleibt in einem gläsernen „managed care“-System der freie Arztberuf? Wo bleibt der Hippokratische Eid, wenn die Kostenträger bestimmen, wie wir Patienten behandeln? Wo bleibt die ärztliche Schweigepflicht, wenn elektronische Patientenakten in Zentralservern bei Datenzentren oder Krankenkassen eingestellt werden? Es stimmt: Das KV-System ist in der Krise. Wir müssen neue Wege gehen für Transparenz, Freiheit und wirtschaftliches Überleben der Praxen. Aber Baden-Württemberg als Blaupause wird es nicht sein.



*Dr. Silke Lüder,
Allgemeinärztin in Bergedorf*



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 Im *Deutschen Ärzteblatt* vom 4. August 2008 stand, dass ab dem 1. Oktober 2008 neben der Nr. 32057 EBM (Glukose) der Zuschlag nach der Nr. 32089 EBM nicht mehr berechnet werden kann. Andere Kollegen berichten jedoch, dass die Abrechnung des Zuschlages weiterhin möglich sei. Was stimmt?

Sie können wie gewohnt den Zuschlag nach der Nr. 32089 EBM neben der Nr. 32057 EBM abrechnen. Die im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichte Ausschlussregel wurde vom Bewertungsausschuss berichtigt (siehe *Deutsches Ärzteblatt* Heft 40, 3. Oktober 2008, Seite A2122)

2 Gibt es bei der Impfung gegen Grippe Einschränkungen hinsichtlich des Alters oder

der Kassenzugehörigkeit der Patienten?

Nein. Zurzeit gibt es eine Absprache mit den Hamburger Krankenkassen, dass die entsprechenden Regelungen der STIKO für Hamburg als Großstadt großzügig ausgelegt werden können: Jeder Patient kann gegen Grippe geimpft werden; das Alter und die Kassenzugehörigkeit spielen keine Rolle.

3 Müssen Patienten, die eine Reise- oder HPV-Impfung nach der Ergänzungsvereinbarung mit der Techniker Krankenkasse, GEK, ktpBKK oder BKK Dräger & Hanse bekommen, die Kassengebühr zahlen?

Nein, wenn nur die Impfung durchgeführt wird, müssen die Patienten die Kassengebühr nicht entrichten.



Franz Pfluegl - Fotolia.com

Laborreform

4 Wie fordere ich Laborleistungen an, die Leistungsinhalt von bestimmten Komplexleistungen aus dem EBM sind (bei-

spielsweise die präoperativen Komplexleistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 EBM oder die Gesundheitsuntersuchung nach der Nr. 01732 EBM)?

Seit dem 1. Oktober 2008 müssen diese Parameter privat bei der Laborgemeinschaft oder einem Laborarzt angefordert werden. Muster 10 beziehungsweise 10a dürfen nicht verwendet werden, da dies zu einer ungerechtfertigten Doppelabrechnung führen würde.

Die der Laborgemeinschaft beziehungsweise dem Laborarzt entstandenen Kosten sind dem veranlassenden Arzt in Rechnung zu stellen und von diesem zu begleichen, da ihm die Laborleistungen als Teil der entsprechenden EBM-Komplexleistung von der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet werden.

5 Auf dem neuen Muster 10a (Anforderungsschein für Laborgemeinschaften) sind nur

einzelne Parameter angeben. Wie fordere ich Profile an?

Profile werden über Feld 61 (Sonstiges) angefordert. Allerdings kann pro Muster nur ein Profil angefordert werden. Sie sollten vorher mit Ihrer Laborgemeinschaft klären, welche Profile Sie anfordern können.

6 Ist es richtig, dass wir die Sonderindikations- bzw. Kennnummern (32005 bis 32023 EBM) weiterhin auf den Mustern 10 und 10a und zusätzlich auch in der Abrechnung dokumentieren müssen, obwohl unsere Laborgemeinschaft die Laborleistungen abrechnet?

Ja. Die Sonderindikationsnummern sind auf Muster 10 beziehungsweise 10a anzugeben, damit festgestellt werden kann, welche Laborleistungen außerhalb des Laborbudgets berechnet werden müssen. In der Abrechnung muss die

Sonderindikationsnummer zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus dokumentiert werden.

7 Muss ich eine Diagnose auf dem neuen Muster 10a eintragen, mit dem ich Laboruntersuchungen bei meiner Laborgemeinschaft anfordere?

Zwar ist auf dem Muster 10a ein Diagnosenfeld vorhanden, aus unserer Sicht ist die Angabe einer Diagnose jedoch entbehrlich.

Sollte Ihr Praxissoftwareprogramm eine Fehlermeldung zeigen, wenn in dem Feld kein Eintrag erfolgt, können Sie diese ignorieren.

Siehe zur Laborreform auch die Statements auf Seite 12.

Früherkennung Gebärmutterhalskrebs

■ Neues Merkblatt soll die Ärzte bei der Beratung unterstützen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat ein Merkblatt zur Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs als Teil der Krebsfrüherkennungsrichtlinien herausgegeben.

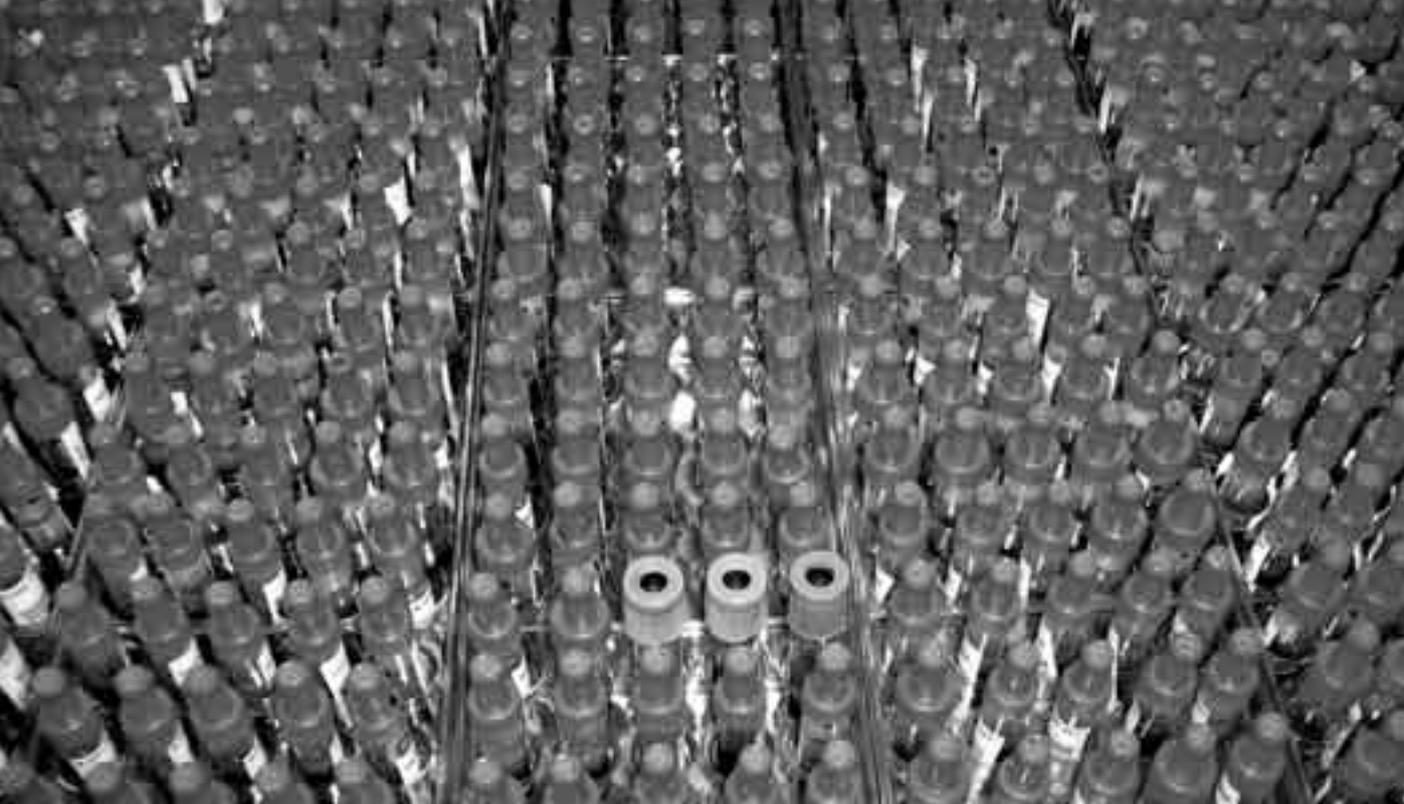
Das Merkblatt soll Frauenärzte

bei der Beratung ihrer Patientinnen unterstützen. Es informiert über die Krankheit, beschreibt Ablauf und Risiken der Früherkennungsuntersuchung und das weitere Vorgehen bei einem auffälligen Befund.

Das Merkblatt steht auf der

Internetseite des G-BA zum Download zur Verfügung. Eine gedruckte Version ist in Auftrag gegeben. *mn*

[www http://www.g-ba.de/informationen/patienteninformationen/merkblaetter/](http://www.g-ba.de/informationen/patienteninformationen/merkblaetter/)



Flut von Neuerungen

■ Mit der Laborreform wird den Ärzten ein massiver Umstellungsaufwand zugemutet. Wie kommen sie damit zurecht?

Die beiden Hauptärgernisse für die Vertragsärzte sind die seit Jahren bestehende Unterfinanzierung und der zunehmende Papierkrieg. Zur Steigerung des Verwaltungsaufwandes leistet nun auch die Laborreform ihren Beitrag. Die Betroffenen fragen zu Recht: Wozu das Ganze?



Dr. Michael Späth

Die KBV versucht mit Hilfe der Reform, aus dem Laborbereich nochmals Geld herauszuziehen, um damit die Versichertenpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich aufzuwerten. Das Speziallabor wurde abgewertet, im Basislabor soll eine Menge Geld eingespart werden. Die hierdurch gewonnenen Gelder sollen zu einer 20prozentigen Erhöhung des Wirtschaftlichkeitsbonus führen.

Dafür wird den Mitgliedern von Laborgemeinschaften in den Praxen ein massiver Umstellungsaufwand zugemutet. Das neue Procedere verlangt den Ärzten Unsinnigkeiten ab, die keiner mehr verstehen kann. Werden bei einem Patienten am

selben Tag neben dem Labor für die Gesundheitsuntersuchung noch weitere Laboruntersuchungen nötig, muss die Praxis zwei Laboranforderungen ausstellen für denselben Patienten und dieselbe Probe. Das gleiche gilt für die prä-operativen Komplexe nach 31010 ff. Ebenso unsinnig ist das Verbot von Profilanforderungen. Die KBV gibt im EBM selbst Profile wie das prä-operative Profil 32125 vor. Profile gehören zu einem normalen Praxisalltag und richten sich nach wiederkehrenden Behandlungsanlässen. Sie sind also sinnvoll. Mit dem neuen Muster 10a soll der Arzt jedoch wieder die Parameter einzeln anfordern oder codieren. Das ist ein zusätzlicher Bürokratie-

aufwand, der hätte vermieden werden können.

Das Thema Direktabrechnung der Laborgemeinschaften mit der KV steht seit der Laborreform 1999 auf der Agenda. Es wäre ausreichend Zeit vorhanden gewesen, einen solchen Schritt sauber vorzubereiten. Tatsächlich waren die Softwarehäuser aber mit dieser Umstellung so kurz nach Ein-

führung der neuen Arztnummern restlos überfordert. Das Zusammenspiel konnte nicht getestet werden. Es gab in den Praxen jede Menge Ärger und Zusatzaufwand.

Ich vermute, dass diese Laborreform in den Laborgemeinschaften selbst und bei den Mitgliedern in den Praxen jene Geldsummen verschlin-

gen wird, die eigentlich über die Erhöhung des Wirtschaftlichkeitsbonus zu einer Verbesserung der Einnahmesituation führen sollten. Aus Sicht der Laborgemeinschaften ist dies keine Reform, sondern ein Rückschritt.

*Dr. Michael Späth,
Geschäftsführer der
Laborgemeinschaft Hamburg*

Wir wurden durch unsere Laborgemeinschaft gut auf die Reform vorbereitet und hatten mit der Umstellung überhaupt keine Probleme. Ich habe davon gehört, dass bei den Gesundheitsuntersuchungen ein umständliches Procedere eingeführt wurde, aber uns als Gynäkologen betrifft das nicht. Wie sich die Laborreform auf unsere Abrechnung auswirken wird, kann ich nicht sagen. Wir verdienen unser Geld ja ohnehin nicht mit Labor, sondern mit medizinischen Leistungen.

*Dr. Utz Garbe, Teilhaber der
gynäkologischen Praxisklinik Harburger Ring*



Was mich an den Rand der Verzweiflung bringt, ist diese Flut von Neuerungen und Veränderungen: Kein Quartal ohne irgend eine Änderung: EBM, neue Arztnummern, nun also die Laborreform.

In den vergangenen Jahren wurden die Labor-Formulare mindestens fünf Mal verändert. Jetzt gibt es wieder ein neues Formular, und ein neues Procedere. Was wir hier in der Praxis brauchen, sind nicht

ständige Veränderungen. Auch die Patienten merken, dass wir ob all dieser unablässigen Veränderungen langsam nicht mehr wissen, wo uns der Kopf steht. Ich möchte mich einfach gern mal wieder meinen eigentlichen Aufgaben widmen können, nämlich der Versorgung der Patienten.

*Dr. Petra Strobel ist haus-
ärztliche Internistin in der
Praxisklinik Mümmelmannsberg*

Verträge mit See-Krankenkasse enden

■ Keine Übernahme durch den Rechtsnachfolger

Die See-Krankenkasse und die Knappschaft haben sich Anfang des Jahres zu einer Krankenkasse zusammengeschlossen. Die folgenden Verträge mit der See-Krankenkasse sind mit dem 31. Dezember 2008 beendet:

- Vereinbarung zwischen der KV Hamburg und der See-Krankenkasse über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (**Sozialpsychiatrie-Vereinbarung**) vom 5.6.2000.
- Vereinbarung zur Vergütung ärztlicher Leistungen und

Kostenerstattung bei **LDL-Apheresen** vom 3.12.1999 zwischen der KV Hamburg und der See-Krankenkasse.

- Vereinbarung zwischen der KV Hamburg und der See-Krankenkasse über **Schutzimpfungen** vom 26.8.2002.
- Vereinbarung zwischen der KV Hamburg und der See-Krankenkasse über die **programmierte ärztliche Schulung und Betreuung** von Versicherten der See-Krankenkasse in Gruppen vom 10.4.1991.
- Widerruf des Beitritts zum Vertrag zwischen der KV Ham-

burg und dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. über eine **hausarztzentrierte Versorgung**.

- Widerruf des Einvernehmens zum Vertrag zwischen der KV Hamburg und dem **Familienplanungszentrum**

Eine Abrechnung dieser Leistungen mit dem Rechtsnachfolger „Knappschaft“ ist nicht möglich.

Anschlussregelungen werden derzeit auf Bundesebene diskutiert.

*Ansprechpartner:
Infocenter Tel: 22802-900*

Übergangsvereinbarung für Sozialpsychiatrie und Onkologie

Der VdAK/AEV hat die als Anlage zum Bundesmantelvertrag Ärzte-Ersatzkassen (EKV) vereinbarte Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und die Onkologie-Vereinbarung zum Ende des Jahres 2008 gekündigt. Das hat bei den Ärzten erhebliche Irritationen ausgelöst. Nun gibt es für die sozialpsychiatrischen und onkologischen Praxen wieder eine Perspektive: GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben vereinbart, vom 1. Januar 2009 bis 31. März 2009 eine Übergangsvereinbarung zu schließen, damit die verbesserte Versorgung gesichert bleibt.

Diese Übergangsvereinbarung ist für alle Krankenkassen und KVen verbindlich, soweit keine regionalen Vereinbarungen vorliegen. Noch im vierten Quartal 2008 wollen GKV-Spitzenverband und KBV Verhandlungen aufnehmen, um eine dauerhafte Vereinbarung zu schließen. Beide Verhandlungspartner betonten „unmittelbaren Handlungsbedarf“ und bekannten sich zur Notwendigkeit, die Sozialpsychiatrie und Onkologie weiterhin zu fördern. *mn*

Für die Fotografin blieb die Tür geschlossen; eine Aufnahme des randvoll besetzten Verhandlungstisches wollten die Kassenvertreter nicht erlauben.



Foto: Melanie Vollmert

Bitte keine Fotos!

■ Bei den Vertragsverhandlungen in Hamburg sitzen vier KV-Vertreter nicht weniger als 21 Krankenkassen-Abgesandten gegenüber

An dieser Stelle hätten wir Ihnen gerne gezeigt, wie Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen in Zeiten des „Wettbewerbs-Stärkungsgesetzes“ aussehen: Vier KV-Vertreter saßen nicht weniger als 21 Krankenkassen-Abgesandten gegenüber. Denn nach dem Willen von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt müssen die Honorare ab 2009 „gemeinsam

und einheitlich“ ausgehandelt werden – ein weiterer Schritt in Richtung der von ihr mit Nachdruck vorangetriebenen bundesweiten Einheitsmedizin. Die Verhandlungen sind entsprechend schwierig, denn nun ist nicht nur der natürliche Gegensatz von KV und Kasse zu überwinden, sondern es behindern auch noch die vielfältigen Widersprüche im Kassen-Lager

den Fortgang. Bis zum Redaktionsschluss dieses KVH-Journals waren zwar etliche dieser Verhandlungsrunden absolviert, aber unter Dach und Fach waren die Verträge noch nicht.

Ach ja: Ein Foto der historischen Runde wollten die Krankenkassen-Vertreter denn doch lieber nicht machen lassen. Honi soit, ...

Hinweis auf amtliche Veröffentlichungen im Internet

Unter www.kvhh.de → Amtliche Veröffentlichungen sind folgende Verträge veröffentlicht:

Datenstellenvertrag zur Durchführung der Disease Management Programme in Hamburg vom 1. Juli 2008

2. Nachtrag DMP Asthma bronchiale sowie COPD mit Wirkung zum 1. Juli 2008

5. Nachtrag DMP Brustkrebs mit Wirkung zum 1. Juli 2008

4. Nachtrag DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit Wirkung zum 1. Juli 2008

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

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

Dokumentation von Sonographien der Säuglingshüfte

■ Kommission bescheinigt den Ärzten hohen Qualitätsstandard

Die Sonographie-Vereinbarung verlangt seit April 2005 eine einheitliche Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte. Eine von der KV einberufene Sachverständigenkommission hat mit der ersten routinemäßigen Überprüfung der Dokumentation der Säuglingshüfte im 1. Quartal 2007 begonnen. Zu diesem Zeitpunkt hatten 114 Vertragsärzte eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschall-Leistungen bezüglich der Säuglingshüfte.

Innerhalb von einem Jahr wurden die Dokumentationen von 66 Ärzten überprüft.

In insgesamt vier Sitzungen hat die Sachverständigenkommission 3168 Bilddokumentationen und 792 schriftliche Dokumentationen beurteilt. Je nach Qualität der vorgelegten Dokumentationen wurde der Zeitpunkt für die nächste Prüfung festgelegt:

- Bei 34 Vertragsärzten findet eine erneute Prüfung erst wieder in 24 Monaten statt.

- Bei 19 Vertragsärzten wird in 6 Monaten erneut geprüft.

- Bei sieben Vertragsärzten wurde eine weitere Prüfung innerhalb von 3 Monaten angesetzt. Vier davon wurden zwischenzeitlich mit guten Ergebnissen erneut geprüft.

- Bei sechs Vertragsärzten wurde die Genehmigung widerrufen.

Mehr als 50 Prozent der überprüften Hamburger Vertragsärzte konnten die Anforderungen auf Anhieb vollständig erfüllen.

Schon genug Fortbildungspunkte gesammelt?

Erste Fünf-Jahres-Frist endet Mitte 2009

Seit dem 1. Juli 2004 sind die Vertragsärzte verpflichtet, sich fortzubilden: Alle fünf Jahre müssen sie jeweils 250 Fortbildungspunkte nachweisen.

Der erste Fünf-Jahres-Zeitraum endet am 30. Juni 2009. Kann ein Vertragsarzt die erforderliche Anzahl an Fortbildungspunkten nicht nachweisen, muss die KV ihm laut Gesetz das Honorar kürzen. Deshalb bittet die KV ihre Mitglieder: Punkte sammeln nicht vergessen! *mn*

Rücknahme von Pauschalierungen

- Der Qualitätszuschlag Psychosomatik wird zum 1. Januar 2009 wieder abgeschafft. Auch die Leistungen der Entwicklungsdiagnostik und -therapie werden wieder als einzelne Leistungen abrechnungsfähig

Der Bewertungsausschuss hat der Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stattgegeben und die Qualitätszuschläge Psychosomatik (GOP 03235 und 04235 EBM) wieder abgeschafft.

Auch im hausärztlichen Bereich können psychosomatische Leistungen somit künftig wieder als gesonderte Leistungen nach den EBM-Nummern 35100 und 35110 abgerechnet werden.

Der Beschluss wird - sofern er nicht vom Bundesgesundheitsministerium beanstandet wird - zum 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt.

Auch die Leistungen für Entwicklungsdiagnostik und -therapie werden ab 1. Januar 2009 wieder als eigenständige Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden können. Die GOP 03350, 03351, 03352, 04350, 04351, 04352, 04353 und

04354 EBM werden wieder in den EBM aufgenommen.

Auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden die hausärztlichen Versichertenpauschalen trotz der Wiederausgliederung dieser Leistungen nicht abgewertet.

*Ansprechpartnerin:
Abrechnung – AB I
Silke Denner-Strachanowski
Tel: 22802-350*

Elektronische Abrechnung ab 2009 obligatorisch

- Ausnahmeregelung für über 63Jährige

Ab 1. Januar 2009 wird die elektronische Abrechnung verpflichtend. Das heißt, die Abrechnungsdaten können dann nicht mehr in Papierform, sondern nur noch auf einem elektronischen Datenträger (Diskette, CD) an die KV übermittelt werden.

Wer noch keine Praxis-EDV hat oder nicht selbst mit dem Computer arbeiten will, kann eine Firma mit der Übertragung der

Abrechnung auf elektronische Datenträger beauftragen. Die Abteilung Praxis-Service-Informationstechnologie (PIT) der KV berät Sie gerne, welche Dienstleister in Frage kommen.

Für Ärzte und Psychotherapeuten, die am 1. Januar 2009 das 63. Lebensjahr vollendet haben, wurde eine Übergangsregelung geschaffen: Sie können direkt die KV damit beauftragen, ihre

Papier-Abrechnungsunterlagen maschinell einzulesen. Diese Ausnahme gilt nur, bis die elektronische Gesundheitskarte (eGK) flächendeckend eingeführt ist.

Ab 2010 wird die Online-Abrechnung verpflichtend.

*Ansprechpartnerinnen
für Telematikfragen:
Petra Schulte Tel: 22802-497
Astrid Kuratnik Tel: 22802-539*

Arzneiähnliche Medizinprodukte

■ G-BA hat Liste der verordnungsfähigen Produkte erweitert

Seit Juli 2008 sind nur jene arzneiähnlichen Medizinprodukte verordnungsfähig, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in die Anlage 12 der Arzneimittelrichtlinien aufgenommen werden. Es handelt sich dabei um eine Art Positivliste, die definiert, welche arzneiähnlichen Medizinprodukte in dort genannten medizinisch notwendigen Fällen ausnahmsweise zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Was sind Medizinprodukte?

Medizinprodukte sind Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände mit medizinischer Zweckbestimmung, die zur Anwendung für Menschen bestimmt sind. Anders als bei Arzneimitteln, die pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch wirken, wird die bestimmungsgemäße Hauptwirkung bei Medizinprodukten primär auf physikalischem Weg erreicht. Medizinprodukte sind zum Beispiel Verbandstoffe, Infusionsgeräte, Katheter, Herzschrittmacher, Sehhilfen, Röntgengeräte, Kondome, ärztliche Instrumente und Labordiagnostika.

Die Positivliste betrifft ausschließlich die Medizinprodukte, die Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen sind und die zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind. In diesen Fällen wird auch von arzneiähnlichen Medizinprodukten gesprochen.

(Medizinprodukte, die als Verbandmittel, im Hilfsmittelkatalog gelistete Hilfsmittel oder Harn- oder Blut Teststreifen gelten, sind nach § 31 SGB V unverändert verordnungsfähig. Allerdings gilt natürlich auch für diese Verordnungen das Wirtschaftlichkeitsgebot.)

Ansprechpartnerin: Regina Lilje Tel: 22802-498

Übersicht der verordnungsfähigen arzneiähnlichen Medizinprodukte (Anlage 12 der Arzneimittelrichtlinien) Stand 16.10.2008

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	8. Februar 2011
EtoPril®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	keine

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Freka-Clyss®	Für Erwachsene zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.	7. Juni 2012
Freka Drainjet® NaCl 0,9%	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.	3. Juni 2013
Freka Drainjet® Purisole SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.	3. Juni 2013
Globance® Lavage	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.	7. Juni 2012
Globance® Lavage Apfel	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.	7. Juni 2012
Jacutin® Pedicul Fluid	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	keine
Klistier Fresenius	Für Erwachsene zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.	7. Juni 2012
Lubricano® Steriles Gel	Zur Anwendung bei Patienten mit Katheterisierung.	13. Januar 2009

Fortsetzung auf S. 20 

Produktbezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungsfähigkeit
Macrogol dura®	Für Erwachsene zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	12. Mai 2011
Macrogol HEXAL®	Für Erwachsene zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	30. November 2010
Medicoforum Laxativ	Für Erwachsene zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	12. Mai 2011
MucoClear® 6%	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem 6. Lebensjahr.	23. August 2010
Nyda® L	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	keine
PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.	23. August 2010
Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.	keine



Sprechstundenbedarfs-Regresse

■ KV legt Widerspruch für die betroffenen Ärzte ein

Angesichts der Welle von Regressbescheiden, die derzeit über die Hamburger Praxen hereinbrechen, hat sich die KV dazu entschlossen, Widerspruch einzulegen – und zwar gegen jeden einzelnen Bescheid, der ab Ende September von der Prüfungsstelle verschickt wurde.

Ein Großteil der Regressbescheide bezieht sich auf die Abgabe von Medikamenten im Notdienst, die laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung „in geeigneter Darreichungsform“ stattzufinden hat. Die BARMER ist der Ansicht, im Notfalldienst dürften nur Spritzen oder Zäpfchen gegeben werden, nicht aber Tabletten. Das sehen die meisten Vertragsärzte anders

und geben im Notdienst ganz selbstverständlich auch Tabletten über Sprechstundenbedarf ab. Nun sollen sie die Kosten aus ihrer eigenen Tasche zurückerstatten. Die KV Hamburg hält das für „abenteuerlich“. „Die Regressierung von Notfall-Medikamenten zeigt, wie weit die Krankenkassen von der Versorgungsrealität entfernt sind“, so KV-Chef Dieter Bollmann.

Die KV legt zunächst fristwahrend Widerspruch ein. Eine Überprüfung einzelner Fälle wäre innerhalb der vorgegebenen Widerspruchsfrist nicht möglich gewesen. „Auch die betroffenen Ärzte selbst sollten Widerspruch einlegen“, so Bollmann. Der Arzt muss dem

Regressantrag nur kurz und formlos widersprechen. Eine Begründung muss er nicht angeben.

Die KV wird jeden einzelnen Fall durcharbeiten und Begründungen für die Widersprüche ausarbeiten. Nur wenn ein Widerspruch nach Auffassung der KV offensichtlich nicht aufrecht erhalten werden kann, muss der betroffene Arzt seine Vorgehensweise selbst begründen.

Die KV muss die Prüfungsstelle zusammen mit den Krankenkassen finanzieren, hat aber keinen inhaltlichen Einfluss auf deren Prüfarbeit.

*Ansprechpartner: Medizinische
Fachberatung Tel: 22802-571*

Wird gute Medizin zum Luxus?

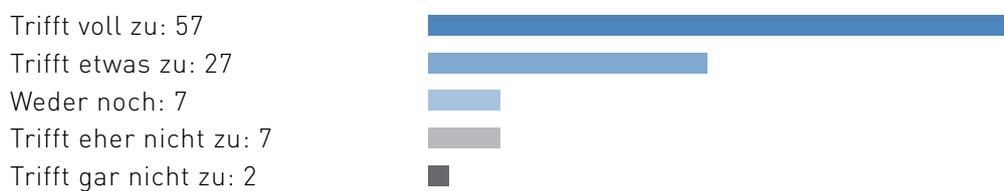
■ Umfrage zum Ende des KV-Monopols

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben ihr Vertragsmonopol verloren. Versorgungsverträge können an ihnen vorbei separat mit einzelnen Arztgruppen geschlossen werden. Einer repräsentativen Umfrage zufolge erwarten die meisten niedergelassenen Ärzte, dass der Vertragswettbewerb Verschlechterungen mit sich bringen wird – für sie selbst und auch für die Qualität der Versorgung.

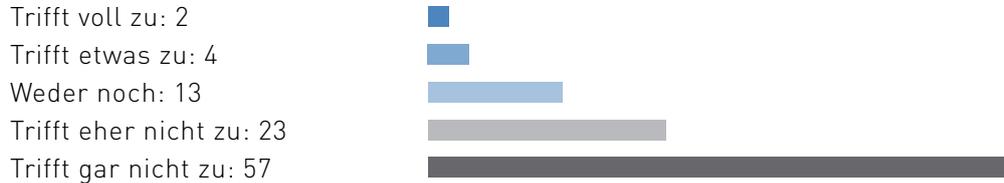
Umfrage „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2008“ der Stiftung Gesundheit

Die Ärzte wurden gefragt: "Kassen kündigen den KVen den Versorgungsauftrag. Wie stehen Sie zu folgenden Thesen?" (Antworten: in Prozent)

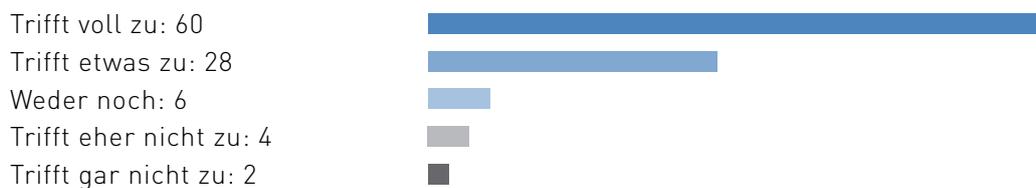
Die Krankenversicherungen werden die Preise für die ärztlichen Leistungen drücken



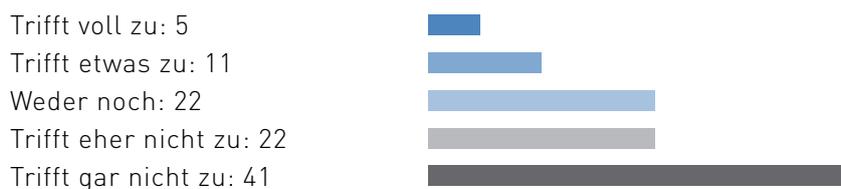
Die medizinische Versorgung wird sich deutlich verbessern



Gute Medizin wird künftig noch mehr eine Frage des Geldes sein



Die Transparenz im Gesundheitswesen wird sich deutlich verbessern



Die Studie im Internet: www.stiftung-gesundheit.de → Forschung

Beitragssatz könnte viel niedriger sein

■ Studie: GKV wird mit Aufgaben belastet, die eigentlich aus anderen Töpfen bezahlt werden müssten

Wer ist Schuld an den finanziellen Problemen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)? Während die Gesundheitspolitiker vor allem Ärzte und Krankenkassen ins Visier nehmen und ein Kostendämpfungsgesetz nach dem anderen auf den Weg bringen, hat der Kieler Gesundheitsexperte Prof. Fritz Beske die Verantwortlichkeit des Staates untersucht.

Durch politische Entscheidungen sei die GKV zunehmend mit Aufgaben belastet worden, die eigentlich in den Bereich anderer Sozialsysteme gehören oder gesamtgesellschaftlich finanziert werden müssten, so Beske in einer neuen Studie. („Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung - Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung“ Institut für Gesundheits-System-Forschung. Kiel 2008).

Wäre der politische Wille vorhanden, diese Quersubventionierung einzustellen, könne der GKV-Beitragssatz auf gut 10 Prozent gesenkt werden.

In seiner Studie listet Beske detailliert auf, welche umstrittenen Zusatzlasten die GKV zu schultern hat:

Belastung durch Arbeitsmarkt-, Renten- und Pflegereformen

Beskes Berechnungen zufolge wurde der GKV durch die Gesetzgebung seit Ende der 1980er Jahre ein zusätzliches Ausgabevolumen aufgebürdet, das sich mittlerweile auf 11 Milliarden Euro jährlich summiert. Im gleichen Umfang wurden andere Zweige der Sozialversicherung und die Staatskasse finanziell entlastet.

Belastung durch Beitragsfreiheit oder reduzierten Beitrag

Beske stellt zur Diskussion, ob die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern tatsächlich allein Aufgabe der GKV-Beitragszahler sein kann – oder ob es sich dabei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Allein bei diesem Posten geht es um ein jährliches Ausgabevolumen von 22 Milliarden Euro. Für „skandalös“ hält Beske, dass die staatlichen Beiträge für Hartz-IV-Empfänger nicht kostendeckend sind, was im GKV-Budget Jahr für Jahr ein Finanzierungsloch von 4,7 Milliarden Euro reißt.

Belastung durch versicherungsfremde Leistungen

Die vom Bundesgesundheitsministerium als versicherungsfremd ausgewiesenen Leistungen der GKV (beispielsweise Leistungen während Schwan-

gerschaft und Mutterschaft oder Mutterschaftsgeld) belaufen sich auf 3,6 Milliarden Euro. Der Bund bezuschusst die Ausgaben der GKV für versicherungsfremde Leistungen derzeit aber nur mit 2,5 Milliarden Euro. Erst 2009 soll der Bundeszuschuss auf 4 Milliarden Euro steigen.

Belastung durch erhöhte Mehrwertsteuer für Arznei- und Hilfsmittel

Eine Anpassung des Mehrwertsteuersatzes für Arznei- und Hilfsmittel an das internationale Niveau (Hälfte des Normal-Mehrwertsteuersatzes, also eine Senkung auf 7 Prozent) würde die GKV um rund 4 Milliarden Euro entlasten.

Beske fordert, der Gesetzgeber solle jede Subventionierung anderer Sozialsysteme und der Steuerkassen durch die GKV beenden – oder dafür sorgen, dass der Staat diese Zusatzkosten durch einen Steuerzuschuss an die GKV vollständig übernimmt.

„Auf jeden Fall muss gehandelt werden“, so Beske. „Die sich zuspitzende Finanzsituation der GKV lässt es nicht wie in Zeiten des Wohlstandes zu, dass von der GKV Leistungen erbracht werden, die nicht zum definierten Aufgabenbereich der GKV gehören.“ *mn*



Foto: Uwe Widmann

Freuen sich auf die enge Zusammenarbeit mit dem UKE: Der kaufmännische Geschäftsführer der Facharzt klinik Christian Ernst (links) und die beiden ärztlichen Geschäftsführer Dr. Ulf Bauer und Dr. Torsten Hemker

Eröffnung der Facharzt klinik

■ Sektorübergreifende Versorgung auf dem UKE-Gelände

Die Facharzt klinik Hamburg ist auf das Gelände des Universitätskrankenhauses Eppendorf (UKE) umgezogen und feierte am 8. Oktober Neu-Eröffnung.

In den neuen Räumen der Belegklinik werden rund 70 in Hamburg niedergelassene Ärzte vor allem orthopädische und unfallchirurgische Eingriffe vornehmen. Sechs Operationssäle und 90 Betten stehen zur Verfügung.

Die Facharzt klinik ist 2005 aus dem Michaeliskrankenhaus und dem Krankenhaus Am Andreasbrunnen hervorgegangen. Durch den Umzug aufs UKE-Gelände sollen zusätzliche Synergieeffekte geschaffen werden. Die Universitätsklinik erhofft sich Zuweisungen für ihre Hochleistungsmedizin. Die niedergelassenen Fachärzte setzen auf wirtschaftliche Vorteile durch niedrige Beschaffungskosten

und die Mitnutzung der UKE-Serviceunternehmen.

Der Umbau der ehemaligen UKE-Hautklinik kostete 16 Millionen Euro, die zum größten Teil von der Hamburger Gesundheitsbehörde übernommen wurden. Getragen wird die Facharzt klinik von den niedergelassenen Ärzten, die sich in einer gemeinnützigen GmbH zusammengeschlossen haben.

Forum „Selbsthilfe im Alter“ lädt ein

Die Ärztekammer und die Hamburger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) lädt zum 15. Selbsthilfeforum ins Ärztehaus. Thema diesmal: Selbsthilfe im Alter. Gesundheitssenator Dietrich Wersich, Ärztekammer-Vizepräsident Klaus Schäfer, KV-Vize Walter Plassmann und Dr. Wolfgang Busse von

KISS werden Begrüßungsworte sprechen. Die Vertreter von Parkinson-, Schlaganfall- und Alzheimer-Selbsthilfegruppen hoffen darauf, mit möglichst vielen Ärzten über Kooperationserfahrungen und -modelle diskutieren zu können.

Das Selbsthilfeforum ist als Fortbildungsveranstaltung

anerkannt und mit 5 Punkten bewertet. Teilnahmebescheinigungen werden bereitgehalten.

**15. Selbsthilfeforum
Mittwoch, 26. November 2008,
17 bis 19.30 Uhr
Im Saal 1 des Ärztehauses
Hamburg, Humboldtstr. 56,
22083 Hamburg**



Rain Roogla - Fotolia.com

Hamburger Facharztgespräche

■ Interdisziplinärer Austausch über plötzlichen Herztod

Am 3. Dezember 2008 finden zum fünften Mal die Hamburger Facharztgespräche statt. Experten aus Kardiologie, Intensivmedizin und Rettungswesen werden über den plötzlichen Herztod referieren. Wie erkennen Ärzte einen Patienten mit hohem Risiko? Wie soll die Reanimation unter Einsatz eines automatischen externen Defib-

rillators durchgeführt werden? Wie kann die Überlebensrate, die Lebensqualität und der neurologische Status primär erfolgreich reanimierter Patienten verbessert werden?

Bei den Hamburger Facharztgesprächen „Think the Link“ soll das Thema wie üblich interdisziplinär beleuchtet werden.

Im Anschluss an Vorträge und Diskussion sind die Teilnehmer eingeladen, ihre Reanimationsfertigkeiten an bereitgestelltem Übungsmaterial zu testen.

Infos und Anmeldung:

www.herz-hh.de

Medizinisches Versorgungszentrum Prof. Mathey / Prof.

Schofer, Tel: 889 009 550

Für Sie in der Kreisversammlung

Dr. Elmar Schäfer (Obmann Kreis 17)



Geb. Datum: 20.12.50
Familienstand: verheiratet,
3 Kinder

Fachrichtung: Facharzt für Chirurgie
Weitere Ämter: In der Ärztekammer in folgenden Bereichen: AH-Ausbildung, Weiterbildung, BBA. Außerdem Praxisnetz-Vorstand, 2. Vorsitzender Wundzentrum Hamburg, Arbeitgebervertreter Schulvorstand Berufsschule.

Hobbys: Fußball (nahezu nur noch passiv)

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Erhalt der wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung durch den individuellen Arzt für den Patienten.

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

Pessimistisch:

- KV gar nicht mehr
- Niedergelassener Facharzt gar nicht mehr

Optimistisch:

- Schlagkräftige „Gewerkschaft“ KV
- Kooperationen zwischen Fachärzten und Kliniken

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

Helmut Schmidt. Ich würde mit ihm über die Ethik der Gesellschaft und der Politiker sprechen.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Ich möchte fit in die Rente gehen, um dann das Leben noch ein bisschen zu genießen. Und das spätestens mit 65!

Dr. Joachim Weiß (Obmann Kreis 11)



Geb. Datum: 29.06.1949
Familienstand: verheiratet,
3 Kinder

Fachrichtung: Dermatologie und Allergologie
Weitere Ämter: Stv. Mitglied im Beratenden Fachausschuss Fachärzte (KVH), Stv. Mitglied der Vertreterversammlung (KVH)
Hobbys: Schwimmen, Konzertbesuche, Lesen der FAZ

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Gleiche medizinische Betreuung für die Bevölkerung unserer Stadt unabhängig vom sozialen Status. Gleiche medizinische Versorgung in allen Stadtteilen.

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

Die ambulante Medizin wird dominiert von Großpraxen und MVZ. Es gibt keine Niederlassungsbeschränkungen mehr, die gesetzliche Versicherung deckt nur noch einen Basiskatalog von Gesundheitsleistungen ab. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind vom Gesetzgeber abgeschafft oder total entmachtet.

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

Keinen. Es hat keinen Zweck, diesen Leuten die Versorgungsrealität zu erklären.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Ich würde gern für ein Sabbat-Jahr in Tirol leben.

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

