

# KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 2/2006

## Arzneimittel

AVWG und Zielvereinbarung

### Neue Verträge

- Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2006
- Verteilungsmaßstab ab 1.7.2006

#### Vertragsarztrecht

Auch die neue Freiheit hat Grenzen. Ausblicke von Dr. Michael Reusch S.5

#### KVH Infocenter

Der schnelle Draht zur KV. Neuer Service für Mitglieder S.39

#### Telematik

Von eHealth und Telemedizin S.34

## **Impressum**

### **KVH Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**

für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

Erscheinungsweise vierteljährlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wider.

#### **Redaktion:**

##### **Abt. Öffentlichkeitsarbeit**

Barbara Heidenreich, Tel: (040) 22 802-534

Melanie Vollmert, Tel: (040) 22 802-533

#### **Layout und Satz:**

Headquarters Hamburg Werbeagentur

[www.hqhh.de](http://www.hqhh.de)

#### **Redaktionschluss:**

19.06.2006

## Schwerpunktthema

AVWG und Zielvereinbarung

## Gesundheitspolitik

Flexibilisierung des Vertragsarztrechtes  
„Allianz Deutscher Ärzteverbände“ gegründet  
Hausärztliche KV-Vorstände gegen separate Hausarzt-KV  
Vertreterversammlung der KBV

## Brennpunkt Arznei

Neuerungen der Zielvereinbarung zum 1.07.2006  
Festbetrag und Zuzahlungsbefreiungen für Arzneimittel  
Off-label-Use - ein Dauerproblem für Ärzte  
Exubera® : Insulin spritzen oder inhalieren?  
Leberversagen durch Flutamid  
Verordnung von Benzodiazepinen  
Prüfungen der ärztlichen Verordnungsweise  
Prüfungs- und Beschwerdeausschuss  
Wie kann man eine Therapiestudie industrieunabhängig beurteilen?  
Was muss wie lange aufbewahrt werden?

## Rundschreiben

Ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten  
Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2006  
Verteilungsmaßstab: Änderungen ab 1.7.2006

## Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten  
Zuzahlungen – damit Sie den Überblick behalten

## Abrechnung

Verteilungsmaßstab ab 1.7.2006  
Vorsicht bei Europäischer Krankenversicherungskarte aus Österreich  
Abgabe der Abrechnungsunterlagen II. Quartal 2006  
Kassenfusionen  
Abrechnung Bundeswehr Wehrdiensttauglichkeit

## Qualitätssicherung

Kinderrichtlinien – Erweitertes Neugeborenen- Screening  
Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

## Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement mit der KV Hamburg

## Telematik

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte  
Telemonitoring

## Forum

Ärzteprotest – die andere Seite  
Ausbildung Medizinische Fachangestellte löst die der Arzthelferin ab  
Neues Curriculum für Arzthelferinnen in Hausarztpraxen

## KV hautnah – Blick hinter die Kulissen

Das Infocenter der KVH  
Kurative Mammographie  
Kassen(Praxis-)gebühr: Neues Gesetz im Sommer?  
Für Sie in der VV

## Berliner Seite

## Praxisgebühr auf einen Blick

## Editorial

S.4 **Liebe Leserinnen und Leser,**

vom morgendlichen Blick in die Zeitung bis zu den letzten Abendnachrichten im Fernsehen werden wir mit Vorstellungen verschiedener



S.5  
S.6  
S.6  
S.7  
S.8  
S.8  
S.9  
S.10  
S.10  
S.11  
S.12  
S.13  
S.14  
S.16  
Akteure zur Gesundheitsreform überschüttet. Aus der eigens berufenen Expertenkommission der Koalitionäre dringt hingegen kaum etwas nach Außen – Folge fehlender Konzepte oder eines angestregten Ringens um die „beste“ Lösung?

S.19  
S.20  
S.24  
S.26  
S.27  
S.28  
S.29  
S.29  
S.30  
S.30  
S.31  
S.31  
Gehört worden sind die machtvollen Proteste der Ärzteschaft in der Politik sehr wohl, auch wenn kein Politiker öffentlich Verständnis bekunden mag. Unterstützt durch diese bislang unbekannt und unerwartete Geschlossenheit der Vertretung ärztlicher und psychotherapeutischer Interessen hat ein Erkenntnisprozess bei den politischen Entscheidungsträgern eingesetzt, dass die derzeitige Honorierung ärztlicher Leistungen und die überbordende Bürokratie keine Basis für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland sein können. Die KBV und die KV unternehmen derzeit alles, diesen Erkenntnisprozess zu vertiefen.

S.32  
S.34  
S.35  
S.37  
S.38  
S.38  
Nachdem wir auf der Landesebene erste Schritte auf dem Weg zu einer sachgerechteren Honorierung zum Teil durch Verhandlungen, zu anderen Teilen durch das Schiedsamt durchsetzen konnten, werden wir diesen Weg auch für die kommenden Zeiträume konsequent beschreiten. Ziel muss es sein, die Budgets zu beenden, damit auch zukünftig die hohe Qualität und Verfügbarkeit medizinischer Versorgung für die Hamburger Bevölkerung gesichert werden kann.

Ihr

Dieter Bollmann

S.42  
S.43

# AVWG und Zielvereinbarung

**Seit Wochen wurde viel und kontrovers über das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (kurz: AVWG) diskutiert. Zum 1. Mai 2006 hat die Regierungskoalition das neue AVWG in Kraft gesetzt. Das Ziel dieses Gesetzes soll es sein, dem massiven Anstieg der Arzneimittelausgaben entgegenzuwirken. Immer wieder machen Politiker und Kassenfunktionäre die verschreibenden Ärzte als Hauptschuldige verantwortlich.**

Mit dem Konzept der Durchschnittskosten pro Dosiereinheit (DDD) und dem Bonus-Malus-Modell setzt die Politik Ärzten und Patienten Rahmenbedingungen und Frau Schmidt möchte so die Ärzte und Ärztinnen unterstützen, „an einem verantwortungsvollen Umgang mit unseren Ressourcen mitzuwirken“. Nicht ausgesprochen wird jedoch, dass Preise und neue Medikamente von Pharmakonzernen gemacht werden. Ärzte haben darauf keinen Einfluss.

## Hamburg – immer unterm Bundeslimit

Schon heute verordnen Hamburger Ärztinnen und Ärzte verantwortungsvoll und wirtschaftlich. Der Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt macht es deutlich.

In ihrer bereits im Juli 2005 geschlossenen Vereinbarung haben

KVH und Krankenkassen klare und detaillierte Maßnahmen zur Ausgabensteuerung im Arzneimittelbereich getroffen. „Mit großen Anstrengungen haben Ärzte gemeinsam mit ihren Patienten die Arzneimitteltherapie dort auf besonders preisgünstige Arzneimittel umgestellt, wo es medizinisch vertretbar war“, betont Dieter Bollmann, Vorstandsvorsitzender der KVH, „Wir wissen aber schon heute, dass wegen des medizinischen Fortschritts die Arzneimittelausgaben auch zukünftig steigen werden“. Alle Einsparungen werden dadurch immer wieder zunichte gemacht.

Für Patienten und Ärzte in Hamburg ändert sich in Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln auch mit In-Kraft-Treten des AVWGs zunächst nichts. Zwar sollen die Krankenkassen durch abgesenkte Preisobergrenzen und Rabattvereinbarungen entlastet werden; die entsprechenden Beschlüsse dazu muss aber der Gemeinsame Bundesausschuss treffen bzw. die Krankenkasse mit den Pharmaherstellern vereinbaren.

Die umstrittene Bonus-/Malusregelung, die mit einem absurden bürokratischen Aufwand einhergehen würde, wird in Hamburg nicht zum Tragen kommen. „Wir werden die auf freiwilliger Grundlage bereits bestehende Vereinbarung fortführen“, so Bollmann. „Diese Möglichkeit räumt das AVWG als Alternative

zur gesetzlichen Regelung ein.“

Für Patienten eröffnet das neue Gesetz zukünftig Einsparmöglichkeiten, aber auch Risiken höherer Zuzahlungen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können mit Wirkung für alle Versicherten beschließen, besonders preisgünstige Medikamente von der Zuzahlung zu befreien. Gleichzeitig werden aber die Obergrenzen für die Erstattung durch die Krankenkassen abgesenkt. Dies kann zu höheren Zuzahlungen für bestimmte Medikamente führen.

Zum 1.7.2006 haben die KVH und die Krankenkassen zusätzliche neue Ziele vereinbart. (s. Rubrik Brennpunkt Arznei)

(Hr)

## Gesundheitsbehörde unter neuem Dach

**Im April zog die „Gesundheitsbehörde“ um. Durch eine Änderung der Behördenstrukturen gehört sie nun nicht nur in ein anderes Ressort, sondern hat auch einen neuen Namen:**

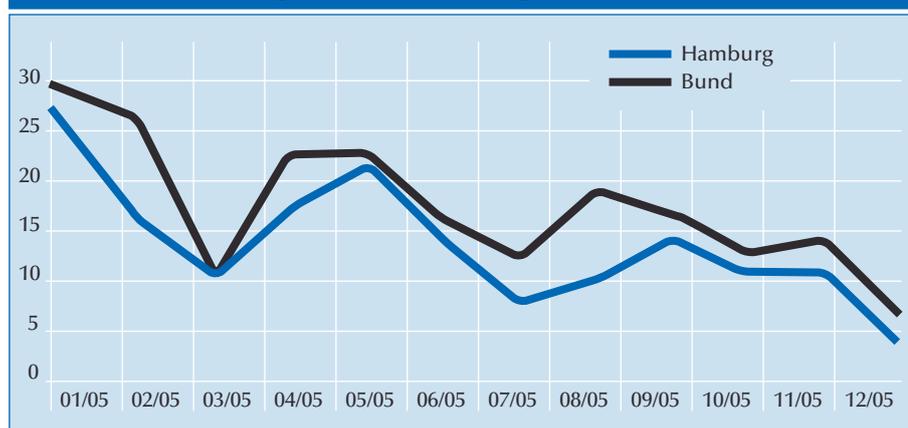
Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) wird seit dem 1. Mai 2006 von der stellvertretenden Bürgermeisterin Birgit Schnieber-Jastram und Staatsrat Dietrich Wersich geleitet.

Die BSG finden Sie nun in der Hamburger Str. 47, 22083 Hamburg und im Internet unter [www.bsg.hamburg.de](http://www.bsg.hamburg.de). Per E-Mail erreichen Sie die Mitarbeiter über vorname.nachname@bsg.hamburg.de.

Die Telefonnummern sind jedoch die gleichen geblieben.  
Tel: (040) 428 63 - 0  
Fax: (040) 428 63 - 2286

(vo)

## Arzneimittelausgaben in Hamburg



Prozent gegenüber Vorjahr

# Auch die neue Freiheit hat Grenzen

## Flexibilisierung des Vertragsarztes



**Der Arzt von morgen arbeitet in der Klinik und nebenbei auch im MVZ. Oder er pendelt zwischen Krankenhaus und seiner Praxis, in der auch**

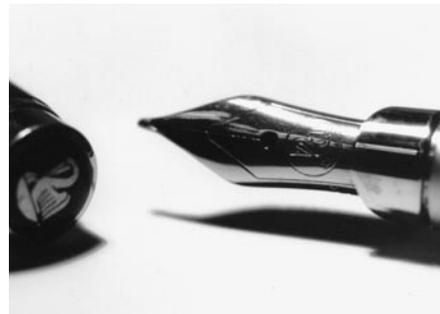
**angestellte Ärztinnen und Ärzte bei ihm arbeiten. Sein Kollege führt eine Praxis in der Stadt und macht Hausbesuche auf dem Land. So oder so ähnlich könnte die Zukunft für Deutschlands Ärztinnen und Ärzte aussehen, wenn das neue Vertragsarztrecht in Kraft tritt. Mit der Liberalisierung des Vertragsarztrechts folgt die Sozialgesetzgebung nun dem Berufsrecht. Denn die Novellierung der Berufsordnung durch den Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen diente dazu, den Ärzten berufsrechtlich einen wesentlich größeren Spielraum für die Gestaltung ihrer Tätigkeit einzuräumen.**

Diese größere Flexibilität ist auch dringend notwendig, wenn niedergelassene Ärzte im zunehmenden Wettbewerb mithalten können sollen.

Denn bislang hat insbesondere das MVZ eine durch nichts zu rechtfertigende Sonderstellung und Bevorzugung gegenüber allen anderen Niederlassungsformen im Gesundheitssystem innegehabt. Der derzeitige Gesetzentwurf zum Vertragsarztrecht nimmt die notwendige Gleichstellung vor und ermöglicht auch Niedergelassenen, künftig unbegrenzt viele Ärztinnen und Ärzte (auch anderer Fachrichtungen) in ihrer Praxis anstellen zu dürfen, sofern Zulassungsbeschränkungen dem nicht entgegenstehen. Sie können hiernach in Klinik und Niederlassung gleichzeitig arbeiten und haben die Möglichkeit, außerhalb ihres Vertragsarztsitzes in unterversorgten Gebieten tätig zu werden. Auch Krankenhausärzte können nun leichter in Teilzeit in Praxen arbeiten. Eine Höchstzahl weiterer Tätigkeitsorte ist nicht bestimmt, entscheidendes Kriterium ist die Sicherstellung der Versorgung

am Vertragsarztsitz und die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss.

Auch über KV-Grenzen hinweg dürfen sich Ärztinnen und Ärzte künftig zu „Berufsausübungsgemeinschaften“ zusammenfinden. Sie können außerdem Teilzulassungen für einen halben Vertragsarztsitz erhalten, möglich ist dann z. B. auch eine nur zehnstündige Sprechstundenzeit pro Woche. Nach wie vor nicht erlaubt ist der Zusammenschluss bezüglich überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen.



Um der Unterversorgung auf dem Land, insbesondere in den fünf neuen Bundesländern entgegenzutreten, kann nach diesem Gesetz die derzeitige Altergrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung aufgehoben werden. Auch die Altersgrenze für das Ende einer vertragsärztlichen Tätigkeit (68 Jahre) soll im Bedarfsfall aufgehoben werden. Aus Sicht der Ärzteschaft sind diese Grenzen allerdings generell abzuschaffen. Es ist doch verwunderlich, dass derselbe Gesetzgeber, der vor kurzem die Zwangspensionierung von Ärzten offenbar unter dem Generalverdacht einer allgemeinen, ärztlichen Altersdemenz verordnet hatte, sie nun flugs wieder aufhebt.

Insgesamt aber vergrößert diese Liberalisierung die Chancen der Ärzteschaft, den unaufhaltsamen und vor allem in den Metropolregionen rapiden Strukturwandel ihrerseits nicht nur passiv zu erleben, sondern unter Ausnützung neuer, innovativer Organisationsformen auch selbst zu gestalten. Die Flexibilisierung kann weiterhin dazu dienen, die immer wieder angemahnte, besse-

re Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren, wie Krankenhaus, Praxen etc., zu intensivieren. Die erleichterten Möglichkeiten zur Arbeit als Vertragsarzt im Angestelltenverhältnis und gerade auch als Teilzeitbeschäftigung werden den Lebensplanungen vieler jüngerer Ärzte eher gerecht als die bisherigen starren Grenzen. Nicht jeder Arzt muss, um in der ambulanten Versorgung mitzuwirken, selbst auch das unternehmerische Risiko tragen. Dabei sollte sich der Gesetzgeber allerdings nicht in die Tasche lügen. Ein unterfinanziertes Gesundheitssystem und insbesondere auch ein unterfinanzierter ambulanter Sektor bleiben unterfinanziert, auch wenn Ärzte im Angestelltenverhältnis tätig werden können. Der Forderung nach einer nachhaltigen Aufbesserung der Finanzierung entkommt der Gesetzgeber durch diese Maßnahmen nicht.

Niedergelassene sollten diese Möglichkeiten aktiv aufgreifen, um ihr Tätigkeitsprofil zu überprüfen und zu analysieren, in wie weit diese neuen Vertragsformen für die eigene Praxis überhaupt in Frage kommen. Wer weiterhin unternehmerisch tätig ist, bildet in der Zukunft voraussichtlich ein Gegengewicht zu großen, anonymen Gesundheitsketten, die im ambulanten Bereich entstehen könnten.

Strikt abzulehnen ist aber der in diesem Gesetz quasi im Nebensatz angelegte Versuch des Gesetzgebers, das Vertragsarztrecht vom ärztlichen Berufsrecht abzukoppeln. Die Neuregelungen im Gesetzesentwurf sind zwar sozialrechtlich, aber nicht mehr – wie bisher – in Bezug auf das Berufsrecht definiert. Man muss die Gefahr sehr ernst nehmen, dass sich der Gesetzgeber unter Ausschaltung der ärztlichen Selbstverwaltung im Sozialgesetzbuch V einen neuen Typus ihm genehmer Ärzte zu schaffen versucht, um lästigen Diskussionen mit der ärztlichen Selbstverwaltung aus dem Weg zu gehen. Dieser Entwicklung werden wir nachhaltig entgegengetreten.

*Dr. Michael Reusch  
Ärztammerpräsident Hamburg*

## „Allianz Deutscher Ärzteverbände“ gegründet

**„Wir sind es leid, von den politisch Verantwortlichen für deren jahrelanges Versagen als Kostentreiber dargestellt und am ethischen Nasenring durch die gesundheitspolitische Arena geführt zu werden.“**

Hochqualifizierte Leistungen zu Dumpingpreisen, Bürokratisierung, Dokumentationswahn, Checklistenmedizin, Honorarverfall und Entmündigung der Patient-Arzt-Beziehung - all dies hat jetzt ein Stadium erreicht, wo wir sagen: das Maß ist voll!“ erläuterte Dr. Wesiack, Präsident des BDI und stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVH. Am Rande des

Deutschen Ärztetages in Magdeburg haben sich sechs Berufsverbände in einer Allianz zusammengeschlossen, um in ärztlicher Solidarität und fachübergreifend gegenüber der Politik unmissverständlich einzufordern, dass gesundheitspolitische Entscheidungen in Deutschland nur noch mit den Ärztinnen und Ärzten gemeinsam getroffen werden können.

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), der Bundesverband der Ärztegenossenschaften, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, der Hartmannbund, MEDI Deutschland, der NAV-Virchow-Bund und der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands wollen mit dieser Allianz ein

gemeinsames und geschlossenes Auftreten garantieren und damit die Fähigkeit, die deutsche Ärzteschaft jederzeit mit einer unüberhörbaren Stimme gegenüber der Politik zu vertreten.

Auf der Basis dieser Grundsätze, der Berlin-Essener Erklärung und des Eckpunktepapiers werden die Verbände in der Allianz Ziele formulieren und gemeinsam vertreten. Fehlert der Politik auch weiterhin die Bereitschaft zum konstruktiven Dialog und sind keine klaren Signale für notwendige Korrekturen in der Gesundheitspolitik zu erkennen, so wird die Allianz in Fortsetzung der bisherigen Proteste geeignete Maßnahmen beschließen und umsetzen.

(Hr)

## Hausärztliche KV-Vorstände gegen separate Hausarzt-KV

Die hausärztlichen Vorstände aller bundesdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben sich deutlich von den Plänen für eine separate Hausarzt-KV distanziert. „Die Pläne für eine Bundes-Hausarzt-KV werden von uns nicht mitgetragen“, so Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer als Sprecher der hausärztlichen Vorstände. Bereits in der Vertreterversammlung der KBV am 22. Mai war ein Antrag der hausärztlichen KV-Chefs zur gemeinsa-

men Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unter dem Dach einer gemeinsamen KV einstimmig angenommen worden. „Gerade in diesen Zeiten, in denen gesundheitspolitisch große Entscheidungen anstehen, ist es wichtig, dass Haus- und Fachärzte gemeinsam und geschlossen auftreten“, sagte Hoffmann-Goldmayer, Chef der KV Baden-Württemberg. „Wir wollen für die KVen das Mandat, die Vergütungen für den hausärztlichen und

den fachärztlichen Bereich getrennt weiterzuentwickeln und zu verhandeln. Wir werden es jedoch nicht hinnehmen, dass sich Ärztegruppen gegeneinander ausspielen. Deswegen dürfen Art und Inhalt der Bewertung von ärztlichen Leistungen den jeweils anderen Versorgungsbereich nicht benachteiligen.“

(Pressemitteilung KV Baden-Württemberg, 26. Mai)

### Protest der niedergelassenen Ärzte geht weiter Verbände planen weitere Aktionen

Am 22. September 2006 findet der 4. nationale Protesttag statt, an dem auch die Patienten wieder mit eingebunden werden sollen. Dies hatte die „Steuerungsgruppe Ärzteproteste“ bei ihrem Treffen Anfang Juni in Berlin beschlossen.

Bis dahin wird es regionale gemeinsame Protestaktionen geben.

So blieben bereits im Juni im Rahmen einer Protestwoche Praxen in einzelnen Regionen teilweise geschlossen. Beteiligungen an diesen Protestaktionen gab es in

Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen. Größere Kundgebungen fanden unter anderem in Mainz sowie in Sindelfingen statt.

Die Steuerungsgruppe Ärzteproteste ist ein Zusammenschluss zahlreicher ärztlicher Verbände. Ihr gehören unter anderem der Berufsverband Deutscher Internisten, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Bundesverband der Ärztegenossenschaften, der Deutsche Ärztinnenbund, der Deutsche Facharztverband, die

Freie Ärzteschaft, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, der Hartmannbund, MEDI Deutschland und der NAV-Virchow-Bund an.

#### weitere Informationen:

BDI  
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.  
Postfach 15 66  
D-65005 Wiesbaden  
Tel.: 06 11 - 1 81 33 - 0

# Zwischen Ärzteprotesten und Gesundheitsreformpolitik

## Vertreterversammlung der KBV

**A**m 22. Mai zwischen nationalem Protesttag der Berufsverbände und Deutschen Ärztetag fand die Vertreterversammlung (VV) der KBV statt.

In seinem Bericht machte Dr. Andreas Köhler, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), deutlich, dass die Ärzte und allen voran die KBV zu den aktuellen Themen der Gesundheitsreform klare Standpunkte haben und vertreten. „Völlig unabhängig davon, in welchem arbeitsrechtlichen Verhältnis Ärzte arbeiten: Sie sind Angehörige eines freien Berufes und den Grundsätzen des freien Berufes verpflichtet, nämlich persönliche Leistungserbringung, Eigenverantwortung und fachliche Unabhängigkeit. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass sich künftig wohl immer mehr Niedergelassene dafür entscheiden werden, in größeren Organisationseinheiten wie Medizinischen Versorgungszentren tätig zu sein,“ stellte Köhler klar.



### Kritische Zuhörer aus Hamburg

(Foto: Aevermann)

Ausdrücklich begrüßte er die im Entwurf des Vertragsarztrechtänderungsgesetzes enthaltene Regelung zur erleichterten Anstellung von Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung, auch wenn dies für die KVen eine Veränderung ihres Verwaltungshandeln erfordere.

Mit seiner Rede zeigte Köhler, dass die KBV und eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schon auf dem Weg in die Zukunft sind. Man will der sich abzeichnenden Änderung in ihrer Mitgliederstruktur schon jetzt Rechnung tragen. KVen würden sich auch auf die neuen, angestell-



### Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV

(Foto: Eveline Schott)

ten Mitglieder ausrichten und ihnen im Sinne des Dienstleistungs- und Servicegedankens Angebote machen. Außerdem sprach sich der Vorstandsvorsitzende dafür aus, einen beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte einzurichten. Dieser solle neben entsprechenden Gremien für Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten treten.

Köhler warnte vor einer Spaltung der KVen und appellierte für das ge-

schlossene Auftreten von Haus- und Fachärzten. Die Trennung der Vergütung von Haus- oder Fachärzten hätte aufgezeigt, dass die Budgetierung eines der zentralen Probleme der niedergelassenen Ärzte sei. Eine „Diskussion der Funktionäre“ sei die Hausarzt-Facharztdebatte, die auf lange Sicht der Politik in die Hände spiele.

Den Vorstoß des BKK-Vorsitzenden Wolfgang Schmeinck, die Budgetierung beizubehalten und den Ärzten Honorarsteigerungen von ein bis zwei Prozent zuzubilligen, wies Köhler zurück: „Ohne eine echte Vergütung in Euro und Cent für alle notwendigen Leistungen geben wir keine Ruhe.“ Darum wird die KBV sich kümmern.

Der KBV-Vorstandsvorsitzende bekannte sich im Namen seiner Organisation zum Sicherstellungsauftrag. Er betonte, die KBV rede nicht dem Systemausstieg das Wort, sondern wolle mit einem Referendum ausloten, bis zu welchem Punkt die Vertragsärzte hinter ihren KVen stünden. Die KBV bereite die Befragung mit Hochdruck vor. Das Bundesgesundheitsministerium habe aufsichtsrechtliche Bedenken vorläufig zurückgezogen.

(Hr)



### Angeregte Beratungen der KV Vorstände

(Foto: Aevermann)

## Neuerungen der Zielvereinbarung zum 1.07.2006

**W**ie schon in der Anfang April veröffentlichten Zielvereinbarung für 2006 angekündigt, haben wir mit den Krankenkassen die schon vorab genannten neuen Ziele vereinbart.

Folgendes gilt es ab dem 1.07.06 zusätzlich zu beachten:

- Im Bereich der Analgetika sollten Tilidin- und Naloxon-haltige Kombinationspräparate, wenn medizinisch vertretbar, generisch verordnet werden.
- Im Bereich der Mittel bei obstructiven Atemwegserkrankungen sollten Formoterolhaltige Monopräparate bevorzugt generisch verordnet werden.

Leitliniengerechter Einsatz der langwirkenden Beta-Sympathomimetika wird angemahnt.

- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System dürfen bei den Monopräparaten der ACE-Hemmer und Sartane die durchschnittlichen Kosten/DDD nicht ansteigen, d.h. der Verordnungsanteil der kostenintensiven Sartane soll hier nicht steigen.

- Im Bereich der Antidiabetika sind als Zielfeld die längerwirksamen Insuline hinzugekommen. Ziel ist es, den Verordnungsanteil der längerwirkenden Insulinanaloga im Verhältnis zu den längerwirkenden Humaninsulinen nicht zu erhöhen.

- Im Bereich der lipidsenkenden Mittel ist ein Hinweis für Ezetimib hinzugekommen, der ein Verordnen unter Berücksichtigung der Zulassungsindikationen und der Kosten/Nutzen-Relation fordert.

- Im Bereich der Biphosphonate soll Alendronat, wenn medizinisch vertretbar, generisch verordnet werden. Ein Ausweichen auf Risedronat soll vermieden werden.



Diesen Zielen sind mit Ausnahme von Ezetemib durchschnittliche Kosten/DDD-Werte zugeordnet, die besonders bei den längerwirksamen Insulinen Raum für individuelle Therapieentscheidungen lassen. Sie erhalten umgehend Ihre praxisbezogenen Werte mit den uns zur Zeit verfügbaren Daten (4/2005) mitgeteilt.

Die übrigen Zielfelder gelten unverändert weiter.

(Sk)

## Festbetrag und Zuzahlungsbefreiungen für Arzneimittel

**D**ie Spitzenverbände der Kassen haben aufgrund der Regelungen des AVWG die Festbeträge für viele Arzneimittel neu festgelegt. Diese neuen und strengeren Festbeträge gelten ab dem 1.07.06.

### Zur Erinnerung:

Festbeträge sind Grenzen, bis zu denen Krankenkassen Arzneimittel bezahlen. Überschreitet der Preis eines Arzneimittels diesen Betrag, so muss der Patient die Mehrkosten zahlen. Unabhängig davon ist die gesetzliche Zuzahlung vom Patienten zu leisten (mindestens fünf Euro oder zehn Prozent des Preises oder maximal zehn Euro je Packung). Ist ein Patient von der gesetzlichen Zuzahlung befreit, so müsste er trotzdem die oben geschilderte Preisdifferenz zwischen Festbetrag und Arzneimittelpreis zahlen.

Das AVWG bietet nun den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit, durch Beschluss besonders günstige Festbetragsar-

zneimittel von der Zuzahlung zu befreien. Voraussetzung für die Befreiung von der Zuzahlung ist, dass der Apothekeneinkaufspreis des jeweiligen Festbetragsarzneimittels mindestens 30% unter dem auf den Apothekeneinkaufspreis bezogenen Festbetrag liegen muss.



Neue Festbeträge ab 1. Juli 2006

Die Spitzenverbände haben für 79 Festbetragsgruppen der Stufe 1 (Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen) Zuzahlungsbefreiungsgrenzen festgesetzt; unterschreitet der jeweilige Preis eines Arzneimittels diese Preisgrenze, entfällt die Zuzahlung für die Patienten. Diese Regelung gilt ab dem 1.07.06.

Etliche Firmen haben Preissenkungen zum Juni angekündigt. Eine Liste der jeweils aktuell zuzahlungsbefreiten Arzneimittel wird vom BKK-Bundesverband erstellt und im Internet ([www.g-k-v.com](http://www.g-k-v.com)) veröffentlicht. Diese Liste steht leider erst ab Inkrafttreten der Regelung (1. Juli!) zur Verfügung und soll dann alle 14 Tage aktualisiert werden. Sobald die Liste der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel verfügbar ist, können Sie diese auf unserer Homepage [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) einsehen.

Mehr zum Thema Festbeträge finden Sie unter [www.bkk.de](http://www.bkk.de).

(Sk)

# Off-label-Use - ein Dauerproblem für Ärzte

**I**n Deutschland zugelassene Arzneimittel dürfen nur in ihren zugelassenen Indikationen zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Von diesem Grundsatz darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden. Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil von 2002 hierzu folgende Bedingungen formuliert:

- Schwerwiegende oder lebensbedrohliche Erkrankung
- Fehlende therapeutische Alternativen
- Begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg.

Bei der Interpretation dieser Forderungen war und ist der niedergelassene Arzt meist auf sich selbst gestellt. Hinzu kommt die Frage der Haftung.

Auf Grundlage des §35 Abs. 3 SGBV wurden verschiedene Expertengruppen gebildet. Sie sollten die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln außerhalb ihrer zugelassenen Indikationen bewerten.

Geregelt wird der Off-Label-Use jetzt durch den neuen Abschnitt H der Arzneimittel-Richtlinie (AMR). (Der entsprechende Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der AMR muss noch vom Ministerium bestätigt und im Bundesanzeiger veröffentlicht werden!)

Folgende Bedingungen müssen dann erfüllt sein, damit ein Off-Label-Use zulässig ist:

1. Der pharmazeutische Unternehmer des betreffenden Mittels muss zugestimmt haben (Herstellerhaftung!).
2. Die vom Ministerium eingerichteten Expertengruppen (§35 SGBV) müssen das Mittel in der entsprechenden Indikation positiv bewertet haben (Empfehlung!).
3. Übernahme der o.g. Empfehlung in die AMR (Anlage 9A) durch den gemeinsamen Bundesausschuss.
4. Des Weiteren sind die in Anlage 9A genannten Hinweise zum betreffenden Anwendungsgebiet des aufgeführten Arzneimittels zu beachten

Bewerten die Expertengruppen die Anwendung eines Arzneimittels in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten als medizinisch nicht notwendig oder unwirtschaftlich oder als nicht dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechend, so gilt dieser Off-Label-Use als nicht verordnungsfähig lt. AMR. Diese Arzneimittel werden in der Anlage 9B der AMR aufgelistet.

Im Beschluss vom 18.4. hat der Bundesausschuss nach einer Empfehlung der Expertengruppen 5-Fluorouracil zur adjuvanten Chemotherapie des primären invasiven Mammacarcinoms in die Anlage 9A übernommen und Irinotecan (Camp<sup>®</sup>) zur Therapie des kleinzelligen Bronchialkarzinoms im Stadium

extensive disease (First-Line-Therapie) sowie inhalatives Interleukin-2 (Proleukin<sup>®</sup>) zur Therapie des Nierenzellkarzinoms in Anlage 9B aufgelistet. Nähere Informationen finden sie hierzu unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

Da bislang nur drei Arzneimittel in den AMR bewertet wurden, wird es noch eine Weile dauern, bis diese neue Regelung den niedergelassenen Ärzten beim Problem des Off-Label-Use Entlastung bringt. Die Auftragsliste zur Erstellung von Bewertungen an die Expertengruppen Off-Label finden Sie ebenfalls unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

(Sk)

[www.psychoflitzer.de](http://www.psychoflitzer.de)

## 6. Deutsche Meisterschaft der Psychotherapeuten im Triathlon

**A**m 12. 8.2006 findet mal wieder der Güstrower Triathlon statt. Neben der Leistung zählt hier auch die Freude am Sport und so haben die Psychotherapeuten kurzerhand ihre eigene Meisterschaft mit eingebaut. Alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind herzlich eingeladen mitzumachen.

Start ist um 10 Uhr im Güstrower Insee Strandbad. Nach 700 m Schwimmen, 20 km Radfahren und 5 km Laufen werden die Sieger um 18 Uhr im Kurhaus geehrt.

Informationen gibt es bei Christoph Hübener  
Tel.: 03843 / 219019

Anmeldungen nimmt er auch per Fax entgegen.  
Fax: 03843 / 2199018

Schneller geht es über das Internet:  
[www.psychopflitzer.de](http://www.psychopflitzer.de) oder  
[www.trifun.de](http://www.trifun.de)



Der Schlüssel zur Verordnung: Die zugelassene Indikation

## Exubera® : Insulin spritzen oder inhalieren?

**Mit Exubera® wurde in diesem Jahr erstmals ein inhalierbares kurzwirksames Human-Insulin in der EU zugelassen. Mit dieser innovativen Applikationsform ist es erstmals möglich, Insulin als Pulver mit einem Inhaliergerät zu verabreichen.**

Exubera® ist zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus bestimmt, die mit oralen Antidiabetika nicht zufriedenstellend eingestellt sind und eine Insulintherapie benötigen.

Zusätzlich zu lang wirkendem oder verzögert wirkendem, subkutanem Insulin ist Exubera® außerdem, nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung, zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit Typ-1-Diabetes mellitus bestimmt.

### Gegenanzeigen:

Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Hypoglykämie.

Während der Therapie mit Exubera® dürfen die Patienten nicht rauchen. Das Rauchen muss mindestens 6 Monate vor Beginn der Behandlung mit Exubera® aufgegeben worden sein. Wenn ein Patient erstmals oder erneut mit dem Rauchen beginnt, muss Exubera® aufgrund eines erhöhten Hypoglykämie-

risikos umgehend abgesetzt und eine alternative Therapie begonnen werden. Schlecht kontrolliertes, instabiles oder schweres Asthma.

Schwere (GOLD Stadium III oder IV) chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Das IQWiG hat im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses einen sog. „Rapid-Report“ (einsehbar unter [www.kbv.de/amfo/7905.html](http://www.kbv.de/amfo/7905.html)) zum therapeutischen Nutzen erstellt.

Der Report kommt dabei letztendlich zu dem Schluss, dass für Exubera® kein Nachweis für einen therapeutischen Zusatznutzen gegenüber kurzwirksamen Humaninsulinen oder Insulinanaloga hat, die mittels Injektion verabreicht werden. Die für den Report verwendeten vorliegenden Studien liefern keine Belege dafür, dass Exubera® die Lebensqualität oder die Behandlungs- und Therapiezufriedenheit der Patienten (die größtenteils einen Insulinpen verwenden) in Deutschland verbessert. Sie geben aber Hinweise auf Nachteile wie zum Beispiel häufigere schwere Unterzuckerungen. Es bleibt auf Grund der untersuchten Studien auch unklar, ob Exubera® gegenüber subcutan verabreichtem Insulin bezüglich der „clinical outcomes“ Folgekomplikationen, Mortalität oder Anzahl stationärer Behandlungen mindestens gleichwertig abschneidet.



*Innovative Applikation für Insulin*

### Anmerkung der KVH:

Es gibt zur Zeit vom DIMDI nur für parenterales Insulin DDDs, jedoch (noch) nicht für inhalatives Insulin (Stand: DIMDI-Veröffentlichung für das Jahr 2006). Ein Kostenvergleich erschließt sich aber leicht auf Grund der Fachinformationen der Hersteller. (Stand: Mai 2006)

(SK)

## Leberversagen durch Flutamid

Nach einem Bericht des Rheinischen Ärzteblatt wurde ein 18-jähriges Mädchen mit erheblichen Leberschäden stationär aufgenommen, weil es Flutamid (in D: Fugarel®, viele Generika, 375mg/d für einen Monat, dann 250mg/d) wegen Akne und Hirsutismus verordnet bekam. Zwei Wochen später soll eine Lebertransplantation durchgeführt worden sein, die jedoch wie zwei weitere Transplantationsversuche vergeblich waren. Der Verfasser des Fallberichtes ist der Auffassung, dass die Gabe von Flutamid bei Indikationen wie polyzystische Ovalri-

en mit Symptomen wie Alopezie, Hirsutismus und Akne aufgrund des negativen Nutzen-Risikos nicht gerechtfertigt sei.

### Anmerkungen:

In Deutschland ist Flutamid nur für den Gebrauch bei männlichen Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom vorgesehen. Ein Off-Label-Use von Medikamenten ist jedoch auch bei uns nicht ungewöhnlich und wird zum Teil von den jeweiligen Hersteller unterstützt. Der fatal endende, oben

beschriebene Fall sollte zumindest bei einem geplanten Off-Label-Use von Flutamid zum Nachdenken anregen, zumal in den jeweiligen Fachinformationen nur das gelegentliche Auftreten einer Hepatitis erwähnt wird.

(VO)

**Ihre Ansprechpartner:  
Medizinische Fachberatung  
Tel: 22 802-571**

## Zur Verordnung von Benzodiazepinen

**Bei der Behandlung von Heroin-abhängigen ist der Beikonsum von Benzodiazepinen ein häufiges Problem. Meist werden die oft auch weiterverkauften Benzodiazepine von Kollegen verschrieben, die selber keine Substitutionsbehandlungen durchführen. Die langfristige Verordnung von Benzodiazepinen ist selten indiziert und sollte dann nur im Rahmen der Substitutionsbehandlung durch den substituierenden Arzt bzw. den mitbehandelnden Psychiater erfolgen. In diesem Fall muss eine enge Abstimmung untereinander erfolgen, um Doppelverschreibungen zu vermeiden.**

Die Verschreibung von Benzodiazepinen außerhalb eines solchen langfristigen Behandlungskonzeptes entspricht nicht den Regeln der ärztlichen Kunst. Wenn ein Ihnen fremder Patient eine Benzodiazepinverordnung, bevorzugt Clonazepam (Rivotril®), verlangt, ist er sehr wahrscheinlich drogenabhängig. Verweisen Sie ihn dann bitte an ei-

nen substituierenden Kollegen oder eine der Drogenambulanzen, wo eine Urinuntersuchung auf Drogen durchgeführt werden kann.

Die Qualitätssicherungskommission ist von einer Krankenkasse informiert worden, dass sich ein Patient in einem Zeitraum von neun Monaten von 17 verschiedenen Ärzten 3.000 Tabletten Rivotril 2mg verschreiben ließ, darunter waren zwei Ärzte im Notdienst.

Es gibt sicher Notfälle, die die Verabreichung eines Benzodiazepins notwendig machen. Es gibt aber keinen Notfall, der die Verschreibung von Benzodiazepinen erfordert, auch nicht bei einem behaupteten Anfallsleiden. Zur Erinnerung: Es gibt keine kleinen Packungen von Rivotril: N1 enthält 50 Tabletten, N2 100! Benzodiazepine sind nicht die Antikonvulsiva erster Wahl.

Die verschreibenden Ärzte müssen mit Regressforderungen der Krankenkasse rechnen. Es ist kein Ausweg, Benzodiazepine auf einem

Privatrezept zu verschreiben. Das vermeidet zwar eine Regressforderung, bleibt aber eine fehlerhafte Verordnung.

Die Qualitätssicherungskommission Substitution bittet Sie um äußerst vorsichtiges Vorgehen, wenn Benzodiazepine von Ihnen erbeten werden. Holen Sie so viele Informationen von den vorbehandelnden Ärzten ein wie möglich, schicken Sie den Patienten im Zweifel in eine der Drogenambulanzen oder zu einem substituierenden Kollegen. Wenn Sie fest überzeugt sind, dass dieser Patient in diesem Moment eine bestimmte Menge eines Benzodiazepins benötigt, dann lassen Sie nur diese Menge Diazepam oder Oxazepam abgeben. Verschreiben Sie keine großen Packungen! Vermeiden Sie Clonazepam (Rivotril®) und Flunitrazepam (Rhoypnol®)!

*Rainer Ullmann  
Vorsitzender der  
Qualitätssicherungskommission  
Substitution*

Hilfe für Ihre Patienten

### Patientenberatung

...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



## Prüfungen der ärztlichen Verordnungsweise

# Wirtschaftlichkeitsprüfung

**D**ie Wirtschaftlichkeitsprüfung ist eine gesetzlich vorgeschriebene Prüfung (§ 106 fünftes Sozialgesetzbuch) für die gesamte ärztliche Tätigkeit. Im Fokus stehen die Behandlungsweise und das Ordnungsverhalten in den Bereichen Arznei- und Heilmitteln sowie Sprechstundenbedarf. Das Bundessozialgericht hat mehrfach die Pflicht der gemeinsamen Selbstverwaltung zu einer umfassenden Wirtschaftlichkeitsprüfung betont.

Seit etwa 1 ½ Jahren sind die Prüfungsgremien in Hamburg vorrangig mit Anträgen der Krankenkassen auf Prüfungen in besonderen Fällen beschäftigt. Dabei befinden sich die Prüfungsgremien nach wie vor in einem „Verfahrensstau“. Zurückliegende Jahre konnten auch aufgrund der sich ständig ändernden Gesetzgebung nicht zügig abgearbeitet werden. Deshalb kommt es vor, dass teilweise erst jetzt Verfahren für die Jahre 2003 und 2004 starten.

Die Anträge der Krankenkassen werden überwiegend damit begründet, dass Rechtsverordnungen oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht beachtet wurden oder aber unwirtschaftliche Arzneimittelanwendungen veranlasst wurden. Diese Anträge nach § 17 der Prüfungsvereinbarung werden von der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien in Hamburg entscheidungsreif für die Ausschüsse aufbereitet.



### Was Krankenkassen beanstanden

Die Kassen beanstanden Verordnungen, wenn Verstöße gegen Rechtsverordnungen oder gegen Richtlinien des Bundesausschusses vorliegen. Ein Verstoß beispielsweise gegen die Arzneimittel-Richtlinien liegt vor, wenn nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel an Erwachsene verordnet werden, obwohl es für diese keine Ausnahmeregelung gibt. Werden diese Arzneimittel dennoch verordnet, so entsteht ein so genannter „sonstiger Schaden“. Dies bedeutet, dass die Kosten dieser Arzneimittel vollständig beim verordnenden Arzt regressiert werden können. Prüfanträge der Krankenkassen sind außerdem zu erwarten, wenn zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung so genannte Life-Style-Medikamente, bestimmte Bagatellarzneimittel oder unwirtschaftliche Präparate der Negativliste verordnet werden.

### Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel

Nicht rezeptpflichtige Präparate dürfen nicht per Kassenrezept verordnet werden.

Ausnahmen:

- Nicht rezeptpflichtige Medikamente der Ausnahmeliste
- Kinder unter 12 Jahren oder Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Geburtstag

### Life-Style-Medikamente

Dazu gehören zum Beispiel Mittel zur

- Behandlung der erektilen Dysfunktion
- Raucherentwöhnung
- Gewichtsreduktion

### Verschreibungspflichtige Bagatellarzneimittel für Erwachsene

Bestimmte Arzneimittel dürfen gesetzlich versicherten Erwachsenen (18. Lebensjahr vollendet) nicht

zu Lasten der Kasse verordnet werden. Vor allem:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten (Husten-, Schnupfen-, Schmerzmittel)
- Mund- und Rachentherapeutika
- Abführmittel, außer zur Behandlung von Erkrankungen
- Arzneimittel gegen Reisekrankheiten

### Arzneimittel der Negativliste

Die Negativliste zählt die unwirtschaftlichen Präparate auf. Als unwirtschaftlich gelten Arzneimittel, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder die wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können. Ebenso diejenigen, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist.

Als unwirtschaftlich werden auch die Verordnungen von Originalpräparaten bei Arzneimitteln beanstandet, wenn im gleichen Bereich Generika zur Verfügung stehen.

Der so genannte Off-Label-Use führt vielfach zu einer Prüfung in besonderen Fällen mit oft hohen Streitwerten. Die Grundlage für diese Anträge bildet ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG), das den Einsatz von Arzneimitteln in einer anderen als der zugelassenen Indikation nur erlaubt, wenn nachfolgende Kriterien erfüllt sind:

- bei schwer wiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankungen,
- bei denen keine andere Therapie verfügbar ist und
- auf Grund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) zu erzielen ist.

Letzteres bedeutet per Definition des BSG, dass Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das Arzneimittel für die betreffende Indikation zugelassen werden könnte. Davon könne in zwei Fällen ausgegangen werden:

1. Wenn die Erweiterung der Zulassung bereits beantragt sei und die Ergebnisse einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) eine klinisch relevante Wirksamkeit bzw. einen klinisch relevanten Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen.
2. Wenn außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse veröffentlicht sind, die über Qualität und Wirksamkeit des Arzneimittels in dem neuen Anwendungsgebiet zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen zulassen. Darüber hi-

naus muss über diese Aussagen in Fachkreisen Konsens über den voraussichtlichen Nutzen bestehen.

Zur zweiten Jahreshälfte 2006 wird sich das Hauptaufgabengebiet der Geschäftsstelle wieder verlagern. Denn dann werden die Richtgrößenprüfungen für das Jahr 2004 aufgenommen. Zur Zeit werden für die rund 230 Praxen, die ihre Richtgrößenvolumina um mehr als 25% überschritten haben, die Vorabprüfungen vorbereitet. Dabei ist zu ermitteln, ob die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten oder durch kompensatorische Einsparungen in vollem Umfang erklärbar sind. Der Prüfungsausschuss hat dann im weiteren Verlauf zu entscheiden, ob bei Überschreitungen des Richtgrößenvolumens um mehr als 25% von einem weiteren Prüfverfahren abgesehen werden kann. Wenn Prüfverfahren einge-

leitet werden müssen, erhalten die betroffenen Praxen über die förmliche Information zur Einleitung eines Prüfverfahrens Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Verfahren werden danach an die zuständige Kammer des Prüfungsausschusses abgegeben, die ihrerseits wiederum zu ermitteln hat, ob und in welchem Umfang die Überschreitungen der Richtgrößenvolumina um mehr als 25% durch Praxisbesonderheiten oder durch kompensatorische Einsparungen begründet sind.

*Christian Zipp  
Leiter der Geschäftsstelle des  
Prüfungs- und Beschwerdeaus-  
schuss Hamburg*

## Hintergrund

# Prüfungs- und Beschwerdeausschuss

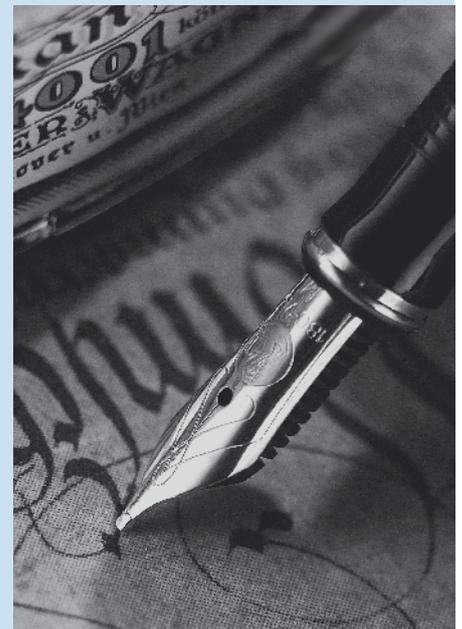
**Im Zusammenhang mit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004, hat der Gesetzgeber erhebliche Neuregelungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen. Diese betreffen unter anderem ganz wesentlich die Organisation der Prüfung und der Prüfungseinrichtungen.**

Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sind organisatorisch selbstständige Einheiten. Sie bestehen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, sowie höchstens sechs Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Die Besetzung erfolgt paritätisch.

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben werden die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse durch eine Geschäftsstelle unterstützt.

In der Vergangenheit waren die Prüfungseinrichtungen ausschließlich bei der KV angesiedelt. Seit dem 1.1.2004 hat die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses eine organisatorische Unabhängigkeit erhalten.

Die Prüfungsausschüsse sind für die Prüfung der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit zuständig.



## Zum Lesen von Studien

Die Zahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Studien nimmt ständig zu. Inwieweit die dort dargestellten Probleme und die daraus resultierenden Erkenntnisse bzw. Ergebnisse für unsere Tätigkeit im Praxisalltag von Bedeutung sind, lässt sich oft nur schwer erkennen, da die Fragestellungen oder Ziele, die Grund für die Untersuchungen waren in der Regel nicht bekannt sein können. Unser Problem ist, dass wir

- einerseits auf der Basis der veröffentlichten Daten ohne Kenntnis der notwendigen Hintergründe keine Aussage über die jeweils

**klinische Relevanz im Einzelfall machen können,**

- **andererseits unsere Verordnungen unter den derzeit geltenden restriktiven Bedingungen rechtfertigen müssen.**

Wir möchten Ihnen deshalb mit dem folgenden Artikel Hilfestellung geben, wie Sie mit wenigen einfachen Parametern selbst das Ergebnis von Studien beurteilen oder ggf. in Diskussionen mit Vertretern der Pharmafirmen gezielte Fragen stellen können.

(Dr. Klaus Völker)



*Durchblick nur mit Hintergrundwissen*

## Wie kann man eine Therapiestudie industrieunabhängig beurteilen?

**Kommentiert am Beispiel ASCOT-BPLA**

**A**uf dem Jahreskongress des American College of Cardiology in Orlando (Florida) im März 2005 wurde unter anderem die »Mega-Studie« ASCOT-BPLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial - Blood Pressure Lowering Arm) vorgestellt mit der »take home message« : „Bei Hypertonikern verringert die Kombination Amlodipin/Perindopril die Sterblichkeit deutlicher als die Kombination Betablocker/ Diuretikum“ (1). Weiter heißt es, dass die „modernen“ Kalziumantagonisten und ACE-Hemmer „nicht nur zu einer besseren Blutdrucksenkung, sondern auch zu signifikant weniger

- Todesfällen (Relative Risikoreduktion, RR 14 Prozent),
- Schlaganfällen (RR 23 Prozent),
- Koronarkomplikationen (RR 24 Prozent) und
- Diabetesfällen (RR 32 Prozent)“ führen.

Am 10. September 2005 wurde diese prospektive, randomisierte, multizentrische, kontrollierte Studie veröffentlicht (2), sodass es nun möglich ist, daraus die therapierlevanten Werte zu erkennen.

Es geht nachfolgend nicht um eine inhaltliche Kritik an der ASCOT-BPLA, sondern allein um den Umgang mit Daten. Während die in (1) genannten **relativen** Risikoreduktionen (14, 23, 24, 32 Prozent) einen klaren Vorteil der Amlodipin/Perindopril-Kombination suggerieren, zeigen die Werte der **absoluten** Risikoreduktion oder Ereignisreduktion (0,9; 1,0; 0,8 bzw. 2,4 Prozent), dass zwischen den beiden Studienarmen praktisch keine therapierlevanten Differenzen existieren! Diese Situation spiegelt sich in den NNT- und NTN-Werten wider. Letztere zeigen an, wie viele Patienten überflüssig und kostentreibend mit Amlodipin/Perindopril behandelt würden, da eine Atenolol/Thiazid-Kombination völlig ausreichend wäre.

Wie üblich unterscheiden sich die Gruppen »hochsignifikant«, aber die Unterschiede sind klinisch irrelevant.

### Glossar und Interpretationen

**Ereignisrate in der Kontrollgruppe, K** (in unserem Beispiel die »älteren« Antihypertensiva Atenolol plus Thiazid): Anteil der Teilnehmer (%), die in einem definierten Zeitraum ein ungünstiges Ereignis oder einen Endpunkt erleiden.

**Ereignisrate in der experimentellen Gruppe, E** (in unserem Beispiel die »neueren« Antihypertensiva Amlodipin plus Perindopril): Anteil der Teilnehmer (%), die in einem definierten Zeitraum ein ungünstiges Ereignis oder einen Endpunkt erleiden.

**ARR, absolute Risikoreduktion (= Ereignisreduktion):** absolute Differenz der Rate an ungünstigen Ereignissen/Endpunkten zwischen Kontrollgruppe und experimenteller Gruppe ( $K \text{ minus } E = \text{ARR}$ ).

**NNT, number needed to treat:** Gibt die Anzahl der Patienten an, die behandelt werden müssen, um 1 zusätzliches ungünstiges Ereignis zu verhindern oder zu verzögern ( $100 \text{ dividiert durch } \text{ARR}$ ).

**NTN, number treated needlessly:** Gibt die Anzahl der Patienten an, die sinnlos behandelt werden (NNT minus 1).

**RRR, relative Risikoreduktion:** Relative Senkung der Rate an ungünstigen Ereignissen in E im Vergleich zu K (ARR dividiert durch K, multipliziert mit 100). Als Prozentwert eines Prozentwertes resultieren immer hohe (aber therapieirrelevante Werte).

**NNH, number needed to harm:** Gibt die Anzahl von Patienten wieder, bei deren Behandlung 1 zusätzlicher Fall mit unerwünschtem Ereignis/Komplikation auftritt (100 dividiert durch den negativen ARR-Wert).

**NNK, number needed to kill:** Spezialfall, wenn das unerwünschte Ereignis/die Komplikation ein zusätzlicher Todesfall ist (100 dividiert durch den negativen ARR-Wert).

**P, Probability (= Wahrscheinlichkeit):** p-Werte gleich oder kleiner 0,05 werden konventionell als statistisch signifikant angesehen. Vor einiger Zeit hat übrigens das Deutsche Netzwerk EbM ein ausführliches Glossar zur evidenzbasierten Medizin veröffentlicht (3).

**Eine Modellrechnung**

An vier fiktiven Studien sollen die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Begriffen noch einmal verdeutlicht werden (siehe nebenstehende Tabelle). Wie zu erkennen ist, sterben in Studie A in der Kontrollgruppe 20% und in der experimentellen Gruppe 10% der Patienten. Das entspricht einer ARR = 10 % (20 minus 10), einem NNT = 10 (100 dividiert durch 10), einem NTN = 9 (10 minus 1) und einer RRR = 50 % (10 dividiert durch 20, multipliziert mit 100).

Die Mortalitätsraten nehmen von Studie zu Studie ab. In Studie D sterben in der Kontrollgruppe 0,02% und in der experimentellen Gruppe 0,01% der Patienten. Daraus resultiert eine ARR = 0,01 (0,02 minus 0,01), ein NNT = 10.000 (100 divi-

diert durch 0,01), ein NTN = 9.999 (10.000 minus 1). Die RRR beträgt aber wieder 50%, eine Information, die geschickt verbreitet, umsatzfördernd sein kann. Daraus folgt aber auch, dass RRR-Werte völlig ungeeignet sind, um therapierelevante Aussagen zu ermöglichen. Gefordert werden muss die Publikation der ARR- und NNT-Werte, die natürlich auch nur statistische Größen sind und über den individuellen Fall des gerade zu behandelnden Patienten und seine Prognose keine konkreten Aussagen erlauben. Aber bei NNT-Werten > 30 haben Arzt und Patient viel Zeit, um über das weitere Vorgehen in der Behandlung zu beraten.

Der erst neuerdings eingeführte NTNWert (4) offenbart in erschreckender Weise, wie viele Patienten sinnlos mit dem Verum, der Innovation usw. behandelt werden, mit allen Gefahren von Nebenwirkungen, Wechselwirkungen oder Wirkungslosigkeit.

**FAZIT**

Vertreter der pharmazeutischen Industrie und industrienaher ärztliche Meinungsbildner benutzen zur Bewertung der großen Endpunktstudien gern die so genannte relative Risikoreduktion (RRR). Dieser Wert ist **immer** ausgesprochen hoch und daher umsatzfördernd. Er ist aber überhaupt nicht geeignet für therapierelevante Aussagen. Die therapierenden Ärzte sollten bei entsprechenden Gelegenheiten (Vertreterbesuche, Fortbildungsveranstaltungen) darauf bestehen, die Werte der **absoluten** Risikoreduktion (ARR, Ereignisreduktion), **NNT** (number needed to treat) und nun auch **NTN** (number treated need-

lessly) zu erfahren. Dadurch werden sich viele Fehlinterpretationen und Übertherapien vermeiden lassen.

*Auszugsweiser Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft  
Erschienen in „Arzneiverordnung in der Praxis“ Band 33 – Ausgabe 2 – April 2006*

**Literatur**

1. Zylka-Menhorn V: Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Neue „Mega-Studien“ vorgestellt. Dtsch Arztebl 2005; 102: A 808 –810.
2. Dahlof B, Sever PS, Poulter NR et al.: Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2005; 366: 895 – 906.
3. Kunz R, Donner-Banzhoff N, Lelgemann M et al.: Das Deutsche Netzwerk EbM hat ein Glossar! Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2004; 98: 429 – 435.
4. Bogaty P, Brophy J: Numbers needed to treat (needlessly?). Lancet 2005; 365: 1307 – 1308.

*Prof. em. Dr. med. Frank P. Meyer,  
Groß Rodensleben  
U\_F\_Meyer@gmx.de*

**Zusammenhänge zwischen ARR (absolute Risikoreduktion, Ereignisreduktion), NNT (number needed to trat), NTN (number treated needlessly) und RRR (relative Risikoreduktion)**

Studie	Ereignis	Kontroll-Gruppe* %	Experimentelle Gruppe** %	ARR %	NNT %	NTN %	RRR %
A	Mortalität	20	10	10	10	9	50
B	Mortalität	2	1	1	100	99	50
C	Mortalität	0,2	0,1	0,1	1000	999	50
D	Mortalität	00,2	0,01	0,01	10000	9999	50

\* z.B. Plazebo, alte Therapie, Goldstandard usw.  
\*\* z.B. Verum, neue Therapie, Innovation usw.

## Platz schaffen im Archiv

# Was muss wie lange aufbewahrt werden

**Bei den nachfolgend aufgeführten Fristen handelt es sich um Mindestaufbewahrungsfristen.**

Zivilrechtliche Ansprüche eines Patienten gegen seinen Arzt verjähren nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch aber erst nach 30 Jahren. Wir empfehlen Ihnen daher, die Dokumentationsunterlagen mindestens so lange aufzuheben, bis eindeutig feststeht, dass aus der ärztlichen Behandlung keine Schadensersatzansprüche mehr erwachsen können.

Bei Unterlagen von verstorbenen Patienten ist ggf. eine kürzere Frist angebracht, da es eher unwahrscheinlich ist, dass innerhalb von 30 Jahren Angehörige Schadensersatzansprüche geltend machen. Die Mindestaufbewahrungsfristen gelten aber auch für Unterlagen von verstorbenen Patienten.

Durchschriften von Vordrucken (z. B. Verordnungen häuslicher

Krankenpflege, Krankenhauseinweisungen) müssen nicht aufbewahrt werden, wenn die entsprechenden Aufzeichnungen in der Patientenkartei erfolgt sind und nachfolgend keine abweichenden Aufbewahrungsfristen für die Durchschriften von Vordrucken genannt sind.

Die Prüfungsausschüsse und ihre Geschäftsstellen sind nach dem Sozialgesetzbuch (§ 304 SGB V) erst nach vier Jahren verpflichtet, ihre gespeicherten Daten (z. B. Art der Behandlung, Tag der Behandlung, abgerechnete Gebührenpositionen, Diagnosen) zu löschen. Wir empfehlen Ihnen daher, Unterlagen ebenfalls mindestens vier Jahre (nach Ablauf des Jahres, in dem die Leistungen erbracht bzw. verordnet wurden) aufzubewahren. Diese Unterlagen können ggf. für die Durchsetzung Ihrer Interessen vor dem Prüfungsausschuss relevant sein. Dieses gilt auch dann, wenn

nachfolgend kürzere Aufbewahrungsfristen genannt sein sollten. Soweit innerhalb der vier Jahre ein Prüfverfahren eingeleitet wurde, ist die weitere Aufbewahrung bis zum endgültigen Abschluss des Verfahrens - ggf. vor dem Beschwerdeausschuss oder Sozialgericht - ratsam.

Eingescannte Unterlagen, z. B. Krankenhausberichte, unterliegen denselben Aufbewahrungsfristen wie sie für schriftliche Unterlagen gelten. Soweit sichergestellt ist, dass alle Angaben identisch erfasst wurden und gewährleistet ist, dass sie jederzeit abrufbar sind, können schriftliche Berichte vernichtet werden.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der nebenstehenden Tabelle.

*Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der KV Bremen*

## Krankenförderung

Die IKK bittet um Beachtung: Bei Transporten von Behinderten kann ein Behindertentransportwagen (BTW) anstelle eines Krankentransportwagens genutzt werden. Dieser ist kostengünstiger als ein Krankentransportwagen. Der Behindertentransportwagen ist auf dem Formular unter 2. Beförderungsmittel „andere“ mit BTW zu kennzeichnen.



## Darmkrebsfrüherkennung

Hier ist durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine Klarstellung der Richtlinie zum Schnelltest auf okkultes Blut erfolgt.

Versicherte ab dem Alter von 50 Jahren bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres haben Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltestes auf verborgenes Blut im Stuhl. Vom 56. Lebensjahr an haben die Patienten dann die Möglichkeit, zwischen der Darmspiegelung einerseits und dem Schnelltest auf verborgenes Blut im Stuhl alle zwei Jahre andererseits, zu wählen.

Unterlage	Dauer
<b>Ambulantes Operieren</b> (Aufzeichnungen und Dokumentationen)	10 Jahre
<b>Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen</b> (Durchschrift des gelben Dreifachsatzes, Teil C)	1 Jahr
<b>Arztakten</b>	10 Jahre
<b>Arztbriefe</b> (eigene und fremde)	10 Jahre
<b>Ärztliche Aufzeichnungen</b> einschließlich Untersuchungsbefunde	10 Jahre
<b>Ärztliche Behandlungsunterlagen</b>	10 Jahre
<b>Abrechnungsscheine (bei Diskettenabrechnung)</b>	1 Jahr
<b>Aufzeichnungen</b> (des Arztes in seiner Kartei)	10 Jahre
<b>Befunde</b>	10 Jahre
<b>Berichte (Überweiser und Hausarzt)</b>	10 Jahre
<b>Berufsunfähigkeitsgutachten</b>	10 Jahre
<b>Betäubungsmittel</b> (BTM-Rezeptdurchschrift, BTM-Karteikarten, BTM-Bücher)	3 Jahre
<b>Befundmitteilungen</b>	10 Jahre
<b>Behandlung</b> mit radioaktiven Stoffen und ionisierenden Strahlen	30 Jahre
<b>Blutprodukte</b> (Anwendung von Blutprodukten sowie gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämastasesstörungen)	30 Jahre
<b>DMP-Unterlagen</b>	10 Jahre
<b>Durchgangsarzt / D-Arzt-Verfahren</b> (Ärztliche Unterlagen einschließlich Krankenblätter und Röntgenbilder)	15 Jahre
<b>EEG-Streifen</b>	10 Jahre
<b>EKG-Streifen</b> nach Abschluss der Behandlung	10 Jahre
<b>Ersatzverfahren, Abrechnungsscheine</b>	1 Jahr
<b>Gesundheitsuntersuchung</b> (Teil B des Berichtsvordrucks nach der Untersuchung)	5 Jahre
<b>Gutachten über Patienten</b> (für Krankenkasse, Versicherungen, Berufsgenossenschaften)	10 Jahre
<b>H-Ärzte</b> (Behandlungsunterlagen einschließlich Röntgenbilder)	15 Jahre
<b>Häusliche Krankenpflege</b> (Verordnung von) *	10 Jahre
<b>Heilmittelverordnungen</b> (Verordnung von) *	10 Jahre
<b>Jugendarbeitsschutzuntersuchung</b> (Untersuchungsbogen)	10 Jahre
<b>Jugendgesundheitsuntersuchung</b> (Berichtsvordrucke, Dokumentation)	5 Jahre
<b>Karteikarten</b> (einschließlich ärztlicher Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde)	10 Jahre
<b>Koloskopie</b> (Teil B des Berichtsvordrucks)	5 Jahre
Kontrollkarten über interne Qualitätssicherung und Zertifikate über erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen	5 Jahre
<b>Krankenhausberichte</b> (stationäre Behandlung) nach Abschluss der Behandlung	10 Jahre
<b>Krankenkassenanfragen</b> (Durchschriften)	10 Jahre
<b>Krankenhausbehandlung</b> (Verordnung, Krankenhauseinweisung Teil C)	10 Jahre
<b>Krankenhausberichte</b>	10 Jahre
<b>Kinderfrüherkennungsuntersuchungen</b> (ärztliche Aufzeichnungen)	10 Jahre

Unterlage	Dauer
<b>Krebsfrüherkennung Frauen</b> (Berichtsvordruck Teil B)	5 Jahre
<b>Krebsfrüherkennung Frauen</b> (Berichtsvordruck Teil A)	4 Quartale
<b>Krebsfrüherkennung Männer</b> (Berichtsvordruck Teil B)	5 Jahre
<b>Krebsfrüherkennung Männer</b> (Berichtsvordruck Teil A)	4 Quartale
<b>Laborqualitätssicherung</b> (Kontrollkarten)	5 Jahre
<b>Labor</b> (Zertifikate von Ringversuchen)	5 Jahre
<b>Labor</b> (interne Qualitätssicherung)	5 Jahre
<b>Laborbuch</b>	10 Jahre
<b>Laborbefunde</b>	10 Jahre
<b>Langzeit-EKG</b> (Computerauswertung, keine Tapes)	10 Jahre
<b>Lungenfunktionsdiagnostik</b> (Diagramme)	10 Jahre
<b>Notfallschein, Teil A</b> (EDV abrechnende Ärzte)	1 Jahr
<b>Notfallschein, Teile B und C *</b>	10 Jahre
<b>Patientenkartei</b> (nach der letzten Behandlung)	10 Jahre
<b>Psychotherapie</b> (Mitteilung der Krankenkasse)	10 Jahre
<b>Röntgen</b> (Konstanzprüfungen und Dokumentation)	2 Jahre
<b>Röntgendiagnostik</b> (Röntgenaufnahmen von Patienten über 18 Jahre. Die 10-jährige Aufbewahrungsfrist beginnt erst ab dem 18. Lebensjahr bei Patienten, so dass alle Röntgenbilder von Kindern und Jugendlichen mindestens bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden müssen.)	10 Jahre
<b>Röntgentherapie</b> (Aufzeichnungen)	30 Jahre
<b>Sicherungsdiskette</b> (Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung)	4 Jahre
<b>Sonographie</b> (Aufzeichnungen, Fotos, Prints, Disketten)	10 Jahre
<b>Strahlen-/Röntgenbehandlung /-therapie</b> (Aufzeichnungen, Berechnungen nach der letzten Behandlung)	30 Jahre
<b>Strahlen-/Röntgendiagnostik</b> (Aufzeichnungen, Filme nach der letzten Untersuchung, auch mittels radioaktiven und ionisierenden Strahlen). Die 10jährige Aufbewahrungsfrist beginnt erst ab dem 18. Lebensjahr der Patienten, sodass alle Röntgenbilder von Kindern und Jugendlichen mindestens bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden müssen.	10 Jahre
<b>Strahlenschutzprüfung</b> (Unterlagen)	5 Jahre
<b>Strahlenschutz</b> (Unterlagen über Mitarbeiterbelehrung)	5 Jahre
<b>Transfusionsgesetz</b> (siehe Blutprodukte)	15 Jahre
<b>Überweisungsschein</b> (EDV abrechnende Ärzte, auch im Ersatzverfahren, auch Muster 7 Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie)	1 Jahr
<b>Untersuchungsbefunde</b>	10 Jahre
<b>Vertreterschein, Teil A</b> (EDV abrechnende Ärzte)	1 Jahr
<b>Vertreterschein, Teile B und C *</b>	10 Jahre
<b>Zertifikate von Ringversuchen</b>	5 Jahre
<b>Zytologie</b> (Präparate und Befunde)	10 Jahre
<b>Zytologie</b> (statistische Zusammenfassungen)	10 Jahre

\* Nur aufzuheben, wenn dieser Schein die alleinige Dokumentation ist und nachfolgend keine anderen Aufbewahrungsfristen genannt sind. Quelle: KV Bremen

# Ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten

Die mit dem VdAK / AEV und den Primärkassen – außer der IKK Hamburg – bestehenden Rheuma-Vereinbarungen werden ab dem 01.07.2006 um die Teilnahme der Kinderrheumatologen erweitert. Da zum Zeitpunkt der Drucklegung das Unterschriftenverfahren der erforderlichen Nachträge noch nicht abgeschlossen war, steht das Inkrafttreten dieser Regelung unter dem Vorbehalt der Beendigung des Unterschriftenverfahrens.

Zwischen der  
**Kassenärztlichen Vereinigung  
Hamburg (KVH)**  
und dem  
**VdAK sowie dem AEV**

wird folgender

## **20. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996 vereinbart:**

1. Es wird der nachfolgende 1. Nachtrag zur Anlage D zum Gesamtvertrag - Vereinbarung über die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten vom 28.12.1994 - angefügt:

2. Anlage 6 zum Vertrag zwischen der KVH und dem VdAK / AEV über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 1994 vom 28.12.1994 in der Fassung des 2. Nachtrages vom 07.12.1995 erhält anliegende Fassung:

Hamburg, den 22.05.2006

## **1. Nachtrag zur Anlage D**

zum Gesamtvertrag zwischen der  
**KVH** und dem **VdAK**  
sowie dem **AEV**

vom 11. April 1996

in der Fassung des 20. Nachtrages  
vom 22. Mai 2006

## **Vereinbarung über die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten vom 28.12.1994**

§ 3 Abs. (2) b) lautet ab dem  
01.07.2006 wie folgt:

b) die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Internist mit der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ oder als Kinderarzt mit der Teilgebietsbezeichnung „Kinderrheumatologie“,

## **ANLAGE 6**

zum Vertrag zwischen der KVH und dem VdAK/AEV über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahre 1994 vom 28.12.1994 in der Fassung des 2. Nachtrages vom 7.12.1995

Kostenerstattung gemäß der  
Rheuma-Vereinbarung

Für den besonderen Aufwand gem. § 2 der Rheuma-Vereinbarung erhält der an der Vereinbarung teilnehmende Arzt eine Kostenerstattung von 20,45 € (Abrechnungs-Nr. 99012).

Zwischen  
der **Kassenärztlichen Vereinigung  
Hamburg (KVH)**,  
der **AOK Hamburg**,  
zugleich für die Bundesknappschaft,  
dem **BKK Landesverband NORD**,  
der **Krankenkasse für den  
Gartenbau**  
handelnd als Landesverband für die  
landwirtschaftliche Krankenversicherung  
und  
der **See-Krankenkasse**

wird folgender **1. Nachtrag zur**

## **Vereinbarung über die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten vom 28.02.1995 vereinbart**

1. In § 2 wird 40,00 DM durch  
20,45 € ersetzt.

2. § 3 Abs. (2) b) lautet ab dem  
01.07.2006 wie folgt:

b) die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Internist mit der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ oder als Kinderarzt mit der Teilgebietsbezeichnung „Kinderrheumatologie“,

Hamburg, den 22.05.2006

# Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2006

Zwischen  
der **Kassenärztlichen Vereinigung  
Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Hamburg**  
zugleich für die Knappschaft,

dem **BKK-Landesverband NORD**,

der **IKK Hamburg**,

der **See-Krankenkasse**,

dem **Verband der Angestell-  
ten-Krankenkassen e.V. (VdAK),  
Siegburg**,  
vertreten durch die Landesvertre-  
terung Hamburg

dem **AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-  
Verband e.V., Siegburg**,  
vertreten durch die Landesvertre-  
terung Hamburg,

und **der Krankenkasse für den  
Gartenbau**,  
handelnd als Landesverband für  
die landwirtschaftliche Kranken-  
versicherung

wird zur Sicherstellung der ver-  
tragsärztlichen Versorgung mit  
Arznei- und Verbandmitteln sowie  
mit Heilmitteln gemäß § 84 Abs. 1  
und 8 SGB V folgender

## 1. Nachtrag zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2006

geschlossen

**1. Es wird der folgende § 4a ein-  
gefügt:**

### § 4a Indikationsbezogene Zielvereinbarungen vom 01.07.2006 bis 31.12.2006

(1) Die Vertragspartner gehen davon aus, daß die im folgenden beschriebenen Maßnahmen im Zusammenwirken mit den jeweiligen gesamtvertraglichen Regelungen zur Zielerreichung eine Regelung im Sinne der regionalen Öffnungsklausel des § 84 Abs. 4a SGB V sind und die Voraussetzungen zur Anwendung dieser Vorschrift somit vorliegen. Vor diesem Hintergrund werden mit Wirkung ab dem 01.07.2006 die folgenden in Anlage 2a beschriebenen Indikationsbezogenen Zielvereinbarungen getroffen.

Für den Fall, daß diese Vereinbarung nicht als solche im Sinne des § 84 Abs. 4a SGB V zu qualifizieren ist, werden ausschließlich die in den Anlagen 3.1 bis 3.3 der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V – Arzneimittel – für das Jahr 2006 vom 06. Oktober 2005 genannten Ziele unter Berücksichtigung der in Anlage 2 zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2006 genannten Zielwerte fortgelten. Neben einer eventuellen gesetzlichen Zielerreichungsprüfung sind Prüfungen nach den gesamtvertraglichen Regelungen ausgeschlossen.

Für die Ziele nach Nrn. 1c, 2b, 3b, 5b, 7b und 11 findet eine Zielerreichungsprüfung nach gesamtvertraglichen Regelungen als Halbjahresprüfung für den Zeitraum vom 01.07. bis 31.12.2006 statt.

(2) Die Vertragspartner werden das System der Indikationsbezogenen Zielvereinbarungen als Steuerungsinstrument für die Arzneimittelausgaben auch über das Jahr 2006 hinaus um solche Indikationsgebiete ergänzen, die von den Vertragspartnern nach Beratung durch die Arbeitsgemeinschaft nach § 2 Abs. 3 als fachlich und rechtlich vertretbar angesehen werden.

**2. Es wird die nachfolgende An-  
lage 2a angefügt:**

Anlage 2a zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2006

Indikationsbezogene Zielvereinbarungen im Rahmen der Arzneivereinbarung 2006 für die Zeit vom 01.07.2006 bis 31.12.2006

## 1. Analgetika

Die Analgetika sind mit Bruttokosten von ca. 27 Mill. Euro p. a. eine Arzneimittelgruppe mit einem wesentlichen Verordnungsanteil in Hamburg.

Dabei werden ca. 80 % der Kosten durch die Opioid – Analgetika verursacht.

Um die Versorgung der Patienten mit diesen Schmerzmitteln bei zunehmendem Kostendruck sicherzustellen, ist es notwendig, dort wo es möglich ist, durch Ersatz von teuren gegen kostengünstige Präparate Kosten einzusparen.

Transdermale Applikationsformen:

**Die orale Anwendung von retardiertem Morphin gilt nach WHO – Leitlinien als Mittel der 1. Wahl zur Behandlung schwerer, chronischer Schmerzen.**

Transdermale Applikationsformen können indiziert sein bei Patienten mit stabiler Schmerzsymptomatik, die unter Schluckstörungen, persistierender Übelkeit oder gastro-intestinaler Obstruktion leiden. Eine generelle Überlegenheit gegenüber oraler Anwendung von retardiertem Morphin ist nicht ausreichend belegt (Empfehlungen zur Therapie von Tumorschmerzen; AVP Sonderheft der Arzneimittelkommission d. dt. Ärzteschaft).

Deshalb soll die Verordnung transdermaler Applikationsformen, die gegenüber oraler Applikationsform viel kostenintensiver ist, auf die o.g. Indikationen beschränkt werden.

Generisches Einsparpotential ist bei den oralen Morphinpräparaten vorhanden und kann durch Wahl günstiger Generika realisiert werden.

#### a) Opioide

Es wird vereinbart, dass die Kosten je DDD der abgeteilten oral zu verabreichenden und transdermalen Opioide (Morphin ab 60mg, Hydro-morphon, Oxycodon, Pentacozin, Fentanyl- und Buprenorphin – Pflaster) (6,43 Euro) um 8 % gesenkt werden sollen.

#### b) Tramadol

Beim Tramadol können durch Verordnung preisgünstiger Generika ebenfalls Kosten eingespart werden.

Die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD von Tramadol (1,56 Euro) sollen um 4 % gesenkt werden.

#### c) Tilidin

Bei den Kombinationen von Tilidin und Naloxon können durch Verordnung preisgünstiger Generika ebenfalls Kosten eingespart werden.

Die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD von Tilidin/Naloxon (1,70 Euro) sollen um 8 % gesenkt werden.

## 2. Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen

Ein weiterer hoher Kostenblock mit 27 Millionen Euro p.a. in den Hamburger Arzneiausgaben sind die Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen.

#### a) inhalative Glucocorticoide

Dabei entfällt auf die inhalativen Glukokortikoide (Monopräparate) ein Kostenanteil von 3,6 Mill. Euro. Um die therapeutischen Verbesserungen im Bereich der Antiasthmata trotz des Kostendrucks umzusetzen, ist es notwendig noch mehr als bisher Einsparmöglichkeiten zu realisieren.

Die beim Asthma bronchiale ver-

wendeten inhalativen Glukokortikoide (Monopräparate) werden weitgehend als therapeutisch äquivalent angesehen. Relevante Unterschiede in der klinischen Wirksamkeit sind nicht belegt. (Arzneitherapie 23. Jahrgang Heft 1, 2005)

Durch den Ersatz von Beclomethason, Fluticason und Mometason gegen preisgünstige Budesonidgenerika können Kosten eingespart werden.

Die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der inhalativen Glukokortikoide ( Budesonid, Beclomethason, Fluticason und Mometason/ Monopräparate) (1,05 Euro) sollen um 33 % verringert werden.

#### b) inhalative langwirksame Beta-2-Sympathomimetika

Die inhalativen langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika werden insbesondere bei Patienten mit nächtlichem Asthma oder häufiger Bedarfsmedikation tagsüber eingesetzt.

Der Einsatz sollte leitliniengerecht erfolgen, da es aus Studien Hinweise auf eine Zunahme von Asthmakomplikationen gibt (Arzneimittelbrief Nr.11, Nov. 2005/ Arznei-telegramm 2005, Jg.36, Nr.8).

Es wird vereinbart, dass die von den Verhandlungspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (Monopräparate Formoterol) (1,40 Euro) um 2 % gesenkt werden sollen.

## 3. Mittel mit Wirkung auf das Renin – Angiotensin – System

ACE Hemmer, Sartane und deren Kombinationen mit Hydrochlorothiazid verursachen im Jahr ca. 24 Mill. Euro an Kosten. Einen hohen Anteil an den Kosten haben hier die kostenintensiven Sartane.

Die generelle Überlegenheit der Sartane gegenüber den deutlich günstigeren, generisch verfügbaren ACE Hemmern ist laut Studienlage entsprechend der jeweiligen Indikation nicht belegt. (s. auch Therapieempfehlungen

der Arzneimittelkommission d. dt. Ärzteschaft – Arterielle Hypertonie – 2004). Unstrittig ist der Einsatz der Sartane z.B. im Falle von Unverträglichkeitsreaktionen bei der Therapie mit ACE Hemmern, die bei ca. 10 – 15% der Patienten auftritt (Literaturwerte). Die Verordnungszahlen deuten allerdings im Bereich der Kombinationspräparate auf einen höheren Einsatz hin.

#### a) Mono - und Kombinationspräparate

Die Vertragspartner vereinbaren, dass das Verhältnis der verordneten Packungen von ACE-Hemmern (Mono – und Kombinationen mit Hydrochlorothiazid) zu den Sartanen (Mono und Kombinationen mit HCT) 80 : 20 betragen soll.

#### b) Monopräparate

Die Vertragspartner vereinbaren, dass die durchschnittlichen Kosten je DDD der ACE – Hemmer und Sartane (nur Monopräparate/ ohne Captopril ) (0,31 Euro) nicht ansteigen sollen.

## 4. Betarezeptorenblocker

Auf die oralen cardioselektiven Betablocker (Monopräparate!) entfallen in Hamburg ca. 76 % der insgesamt verordneten Packungen dieser Arzneimittelgruppe. Sie verursachen mit ca. 9,1 Mio. Euro p.a. 70 % der Gesamtkosten dieser Gruppe.

Durch Auswahl eines preisgünstigen Wirkstoffes und Verordnen von Generika kann ein relevantes Einsparpotential realisiert werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD (0,43 Euro) um 7% gesenkt werden sollen.

## 5. Antidiabetika

#### Insuline

Die Insuline verursachen ca. 73 % der Kosten der Antidiabetika, die mit ca. 22 Mill. Euro einen großen Anteil an den Hamburger Arzneimittelkosten haben.

Um die wachsende Anzahl an Diabetikern weiterhin ausreichend

arzneilich versorgen zu können, ist es erforderlich, dort wo es medizinisch und pharmakologisch möglich ist, kostengünstig zu therapieren.

## a) Kurzwirksame Analoginsuline

Der Einsatz der kurzwirkenden Analoginsuline (Insulin lispro u. Insulin aspart) verursacht höhere Kosten im Vergleich zum kurzwirkenden Humaninsulin, ohne dass der klinische „Mehrnutzen“ für den Patienten eindeutig bewiesen wäre (s. hierzu AVR 2004 S. 304 ff.). Durch Substitution der kurzwirkenden Analoginsuline durch ein günstiges Humaninsulin (kurzwirkend) können Kosten gespart werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der kurzwirkenden Insuline (1,36 Euro) um 11,6 % gesenkt werden sollen.

## b). Längerwirksame Insuline

Der Einsatz der längerwirksamen Insulinanaloga verursacht ebenfalls erhebliche höhere Kosten im Vergleich zu den konventionellen längerwirksamen Humaninsulinen. Ein gesicherter Vorteil mit aussagekräftigen Endpunktstudien für Insulinanaloga gegenüber den länger wirksamen Humaninsulinen ist jedoch nicht belegt. Zudem ist die Risiko/Nutzen-Diskussion noch offen (s. AVR 2004, S. 305, a-t 2004, 35). Durch entsprechende Substitution können Kosten gespart werden.

Es wird vereinbart, dass die durchschnittlichen Kosten je DDD der längerwirksamen Insuline (1,43 Euro) nicht ansteigen sollen.

## c) Sulfonylharnstoffe

Weitere Einsparmöglichkeiten bei den Antidiabetika ergeben sich durch den Einsatz preisgünstiger Generika bei den Sulfonylharnstoffen.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD von Glimpirid und Glibenclamid (0,28 Euro) um 14 % gesenkt werden sollen.

## d) Biguanide

Auch bei Metformin kann bei Substitution von teuren gegen günstige Generika ein Einsparpotential realisiert werden. Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD von Metformin (0,39 Euro) um 2,1 % gesenkt werden sollen.

## 6. Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen

Die Protonenpumpenhemmer verursachen mit ca. 20 Mill. Euro einen weiteren großen Kostenblock in den Hamburger Arzneimittelausgaben.

Um eine ausreichende Versorgung der Patienten mit Protonenpumpenhemmern zu gewährleisten, ist es notwendig, auch weiterhin die in dieser Arzneimittelgruppe vorhandenen Einsparpotentiale zu realisieren.

Dies soll erreicht werden einerseits durch die Verordnung von möglichst preisgünstigen Protonenpumpenhemmern, andererseits durch die korrekte Indikationsstellung für die Anwendung der Protonenpumpenhemmer.

In der derzeit gültigen Anlage 6 (Protonenpumpeninhibitoren) der Arzneimittelrichtlinien ist festgelegt, dass die Behandlung von Refluxbeschwerden mit negativem endoskopischen Befund nicht routinemässig mit Protonenpumpenhemmer behandelt werden sollten. Hier stehen gerade bei gelegentlich auftretenden oder leichteren Refluxbeschwerden mit negativem endoskopischen Befund als kostengünstige Alternativen die Antazida und H<sub>2</sub>-Antagonisten zur Verfügung.

Es wird vereinbart, dass der Generikaanteil am generikafähigen Ausgabenvolumen für die Protonenpumpenhemmer gehalten werden soll. Die Anzahl der DDD an Protonenpumpenhemmer (auf Basis der DIMDI DDD 2006) soll nicht gesteigert werden.

## 7. Lipid senkende Mittel

### a) Statine

Die Statine verursachen p.a. ca. 12 Mill. Euro Kosten.

Damit auch weiterhin trotz des entstehenden Kostendrucks die Patienten ausreichend versorgt werden können, müssen Einsparpotentiale möglichst konsequent umgesetzt werden.

Der therapeutische Nutzen der CSE – Hemmer zur Prophylaxe kardiovaskulärer Ereignisse bei gefährdeten Patienten ist in zahlreichen Langzeitstudien bei unterschiedlichen Risikopopulationen belegt. Die einzelnen Statine sind weitgehend in ihrer Wirksamkeit vergleichbar, so dass nach der Kosten/Nutzen – Relation für die allgemeine Therapie ein günstiges Simvastatin – Generikum das Mittel der Wahl darstellt (zur Vergleichbarkeit der Statine s. auch Stellungnahme d. Gemeinsamen Bundesausschuss/Dez.2004).

Durch weiter steigenden Einsatz der günstigeren Generika der Referenzsubstanz Simvastatin und durch Umstellen der Patienten von höherpreisigen Statinen auf die Referenzsubstanz, können die Kosten gesenkt werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der Statine (0,39 Euro) um 6 % gesenkt werden sollen.

### b) Ezetimib

Der Einsatz von Ezetimib (als Monopräparat oder in Kombination mit CSE-Hemmern) verursacht höhere Kosten gegenüber den preisgünstigen Generika der CSE-Hemmer. Ohne Beleg des Überlebensvorteils und ohne aussagekräftige Langzeitdaten zur Arzneimittelsicherheit für Ezetimib (Wirkstoff aktuell 01/2003; AMK der Ärzte April 2004, AVR 2005) sollte daher der Einsatz nur im Einzelfall erfolgen. Aus diesen Gründen soll die freie oder fixe Kombination eines Statins mit Ezetimib erst bei Verfehlen der risikoadaptierten Zielwerte bei einer Statintherapie oder bei Unverträglichkeit eines Statins erfolgen. (s. hier-

zu die Zulassungsindikationen lt. Fachinformation für Ezetrol bzw. Inegy).

## 8. Calciumkanalblocker

Ca. 8 Mill. Euro an Kosten entfallen im Jahr auf die Arzneimittelgruppe der Calciumkanalblocker.

Die Hauptgruppe bilden die Calciumantagonisten vom Dihydropyridin – Typ. Neuesten Beurteilungen zufolge gibt es keine ausreichenden Belege dafür, dass einzelne Wirkstoffe der Dihydropyridine aufgrund von pharmakodynamischen oder pharmakokinetischen Eigenschaften in der Behandlung der essentiellen, arteriellen Hypertonie und Angina pectoris generell therapeutisch überlegen wären. Ausnahme ist das nichtretardierte Nifedipin, das aufgrund seiner pharmakokinetischen Eigenschaften klinisch relevante Nachteile hat (Hinweis zu Calciumantagonisten vom Dihydropyridin – Typ; Anlage 6 der Arzneimittel-Richtlinien). Ohne Qualitätsverlust in der Therapie kann also bei diesen Indikationen auf günstige generische Präparate zurückgegriffen werden.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der langwirkenden Dihydropyridine (0,31 Euro) um 15 % gesenkt werden sollen.

## 9. Antidepressiva

Die Antidepressiva verursachen im Jahr in Hamburg Kosten von ca. 11. Mill. Euro. Um den Patienten, die eine Behandlung mit Antidepressiva benötigen, diese bei wachsendem Kostendruck zu gewährleisten, ist es erforderlich noch konsequenter als bisher Kosten/ Nutzen – Relationen zu berücksichtigen.

Große Metaanalysen z.B. der Cochrane Collaboration haben keinen generellen Wirksamkeitsunterschied zwischen den herkömmlichen tricyclischen Antidepressiva (z.B. Amitriptylin) und den neueren Antidepressiva (z.B. Citalopram, Paroxetin) feststellen können (s.AVR 2004 S.781ff.). Somit kann nicht

von einer generellen Überlegenheit der neueren Serotonin – Rückaufnahme - Inhibitoren gegenüber den älteren klassischen Antidepressiva ausgegangen werden. Vielmehr hat die Substanzauswahl nur sehr beschränkte Bedeutung für die zuverlässige Voraussage des individuellen Therapieerfolges. Wichtiger erscheinen u.a. die richtige Dosierung, die Beachtung der individuellen Risikofaktoren und damit eine Optimierung der Therapie (Dtsch Ärzteblatt 2004; 101: A 1337-1340 Heft 19). So spricht z.B. für die Anwendung der klassischen Antidepressiva bei geeigneten Patienten die lange Anwendungserfahrung und der günstige Preis.

Teure neuere selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) können in der Regel durch ältere Wirkstoffe dieser Gruppe, die schon als Generikum verfügbar sind, ausgetauscht werden ohne relevanten Qualitätsverlust.

\*Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der Serotonin – Rückaufnahme – Inhibitoren (SSRI) (0,82 Euro) um 7,8 % gesenkt werden sollen.

## 10. Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika

Ca. 10 Mill. Euro an Kosten entstehen pro Jahr in Hamburg durch die Verordnung von Nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika. Auf die Cyclooxygenase-2-Inhibitoren entfallen ca. 25 % dieser o.g. Gesamtkosten.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat Empfehlungen zur Anwendung von allen Cox-2-Hemmern veröffentlicht (1/05 in Arzneiverordnung in der Praxis Bd. 32, Ausgabe1, Jan.05).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Coxibe nur für die kurzfristige Anwendung von Patienten (in der Regel unter 65 Jahre) zu vertreten sind, die ein nachgewiesenes erhöhtes Risiko für gastrointestinale Nebenwirkungen haben und die weder zu den kardiovaskulären Risikopatienten zählen, noch unmittelbar vor oder nach einem operati-

ven Eingriff sich befinden.

Im Arznei - telegramm wird gar die Marktrücknahme aller Cox-2-Hemmer wegen negativer Nutzen – Schadens – Bilanz gefordert (2/2005 AT S.22).

Die Vertragspartner vereinbaren, dass sich die Verordnung der Coxibe streng nach o.g. Therapieempfehlungen richten soll.

Es wird vereinbart, dass die von den Vertragspartnern ermittelten durchschnittlichen Kosten je DDD der Nichtsteroidalen Antirheumatika (0,64 Euro) nicht ansteigen sollen.

## 11. Biphosphonate

Die Arzneimittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen verursachen ca. 6,4 Millionen Euro Kosten pro Jahr in Hamburg. Die Biphosphonate haben den weit überwiegenden Anteil an diesen Kosten.

Die für die Behandlung der Osteoporose zugelassenen Wirkstoffe Alendronsäure und niedrig dosierte Risedronsäure – Präparate sind hinsichtlich ihrer Wirkung ähnlich zu bewerten (s. hierzu Arzneiverordnungsreport 2005, S.755 ff)

Alendronsäure ist generisch verfügbar. Wenn medizinisch vertretbar, sollen kostengünstige Generika bevorzugt verordnet werden.

Die Vertragspartner vereinbaren, dass die durchschnittlichen Kosten je DDD von Alendronsäure (Tagesdosis 10mg/Wochendosis 70 mg) und Risedronsäure (Tagesdosis 5mg/Wochendosis 35 mg) (1,53 Euro) um 12 % gesenkt werden sollen.

### Anmerkungen:

Die Vertragspartner verpflichten sich, den Ärzten die notwendigen Informationen zur Umsetzung der obigen Zielvereinbarungen zur Verfügung zu stellen.

Voraussetzung für den Austausch von Präparaten ist die im Einzelfall zu prüfende medizinische Unbedenklichkeit dieser Maßnahme

Die gesetzten Ziele (Kosten/ DDD) sind so gewählt, dass Spielraum für individuelle Therapieentscheidungen besteht.

Die oben verwendeten Daten

beruhen auf den Frühinformati-  
onsdaten des 1. Halbjahres 2005.  
Grundlage der Berechnungen ist die  
vom DIMDI herausgegebene amt-  
liche Fassung des ATC Index mit  
DDD Angaben für Deutschland im  
Jahr 2006 (Stand 1. Januar 2006).

Preisänderungen der Arzneimit-  
tel werden entsprechend berück-  
sichtigt.

Sofern die Anzahl der DDD  
über alle vereinbarten Indikations-  
gruppen je Arzt im Verhältnis zu  
den Fallzahlen trotz Erreichung der  
Verordnungsziele um mehr als 10%  
ansteigt, soll die Arbeitsgruppe nach

§ 2 Abs. 3 einen Hinweis auf Men-  
genausweitung an den Prüfungsaus-  
schuss geben, der in einem durch-  
zuführenden Prüfverfahren nach §  
106 SGB V entsprechend berück-  
sichtigt werden kann.

Hamburg, den 04.05.2006

## Verteilungsmaßstab: Änderungen ab 1.7.2006

Zwischen der  
**Kassenärztlichen Vereinigung  
Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Hamburg**  
zugleich für die Knappschaft,

dem **BKK-Landesverband NORD,**

**IKK Hamburg,**

der **See-Krankenkasse,**

dem **VdAK-Landesvertretung  
Hamburg** - zugleich für den AEV,

und der **Krankenkasse für den  
Gartenbau,**  
handelnd als Landesverband für  
die landwirtschaftliche Kranken-  
versicherung

wird nach § 85 Abs. 4 Satz 2  
SGB V folgender

### Verteilungsmaßstab (VM)

zur Verteilung der Gesamt-  
vergütungen vereinbart:

Ab 1.7.2006 kommt der VM in der  
Fassung vom 20.12.2005 mit folgen-  
den Änderungen zur Anwendung:

**In § 11 Abs. 2** wird folgender  
Satz angefügt:

„Zur Ermittlung der auf die Leis-  
tungen des ambulanten Operierens  
nach Abschnitt 31.2 EBM entfallen-  
den Vergütung wird arztgruppen-  
bezogen auf die Vergütungsanteile  
des ambulanten Operierens im je-  
weiligen Vergleichsquartal aus dem

Zeitraum der Quartale 2/05 bis 1/06  
abgestellt. Satz 7 findet keine An-  
wendung.“

**Nach § 11 Abs. 5** wird folgender  
Absatz 6 eingefügt:

„Von den arztgruppen- und kas-  
senartenspezifischen Honorarkon-  
tingenten gem. Absatz 2 nach Abzug  
der Unterkontingente gem. Absatz 5  
werden, sofern in den Arztgruppen  
eine Vergütung durch praxisbezo-  
gene Regelversorgungsvolumina  
nach Anlage B erfolgt, gesonderte  
Vergütungsanteile in Höhe von je-  
weils 3% zurückgestellt.“

Aus Absatz 6 wird Absatz 7.

**In § 11 Absatz 6** –alt- wird die  
Angabe „Abs. 2 bis 5“ durch die An-  
gabe „Abs. 2 bis 6“ ersetzt.

**§ 11 Abs. 6 b) Satz 2** wird hinter  
(EBM-Nummern: 34283-34292) an-  
gefügt „und 01520-01531“.

**§ 11 Abs. 6 f)** – alt – wird gestri-  
chen. § 11 Abs. 6 g) –alt- wird § 11  
Abs. 6 f) –neu-.

**§ 17 Abs. 1** erhält folgende Fas-  
sung:

(1) Der VM tritt zum 1. Juli 2006  
in Kraft. § 11 Abs. 6 b) Satz 2 gilt mit  
Wirkung zum 1.1.2006.

Nach **§ 17 Abs. 5** wird folgender  
Absatz 6 eingefügt:

(6) Der VM kann von jedem  
Vertragspartner mit einer Frist von 4  
Monaten zum Quartalsende gekün-  
digt werden. Die Kündigung kann  
auf Teile des VM beschränkt wer-  
den. Einvernehmliche Änderungen

des VM sind auch ohne Kündigung  
möglich.

In der **Anlage I** wird im Abschnitt  
„Leistungskontingente“ die Formu-  
lierung „1. Ambulantes Operieren“  
gestrichen, in der Formulierung „2.  
Histo-/zytologische Auftragsleis-  
tungen einschl. Leistungen der Pa-  
thologen“ wird die Ziffer „2“ gestri-  
chen.

In der Anlage B Abschnitt 2 wird  
nach dem Absatz „Daneben wird...  
festgestellt“ folgender Absatz ein-  
gefügt:

„Der anerkannte Leistungsbedarf  
für Leistungen des ambulanten Ope-  
rierens nach Abschnitt 31.2 EBM  
aus dem jeweiligen Vergleichsquat-  
tal des Zeitraums 2. Quartal 2005  
bis 1. Quartal 2006 wird dem pRVV  
basiswirksam hinzugerechnet.“

In der **Anlage B Abschnitt 2** wird  
nach dem Satz „Daneben gelten die  
Vorschriften der Ziffer 3 a)-d) die-  
ser Anlage entsprechend.“ folgender  
Satz eingefügt: „Überschreitungen  
des Zusatzvolumens werden mit  
Unterschreitungen des pRVV ver-  
rechnet“.

In der **Anlage B** wird nachfol-  
gender **Abschnitt 3** eingefügt. Aus  
Abschnitt 3 wird Abschnitt 4.

### „3. EBM-Anpassung

Praxen, die mit ihrem aner-  
kannten Leistungsbedarf kassen-  
artenspezifisch ihr pRVV mehr als  
im Umfang der arztgruppennach-  
schnittlichen Überschreitung zuzü-  
glich der einfachen Standardabwei-  
chung (Grenzwert) überschreiten,  
erhalten eine Zusatzvergütung aus  
den gesonderten Vergütungsanteilen

nach § 11 Abs. 6 -neu-. Hierzu wird je arztgruppen- und kassenartenspezifischem Honorarkontingent ein Zusatzvergütungspunktwert aus dem gesonderten Vergütungsanteil geteilt durch die Summe derjenigen Punktzahlen ermittelt, mit denen die Praxen ihre pRVV in einem den Grenzwert übersteigenden Umfang überschritten haben. Der Zusatzvergütungspunktwert ist in seiner Höhe auf 5,11 Cent begrenzt. Die Überschreitungspunktzahlen werden mit dem Zusatzvergütungspunktwert gesondert vergütet. Die Berechnung und Verteilung der Zusatzvergütung wird quartalsweise und von Amts wegen durchgeführt. Wird der gesonderte Vergütungsanteil nicht vollständig aufgebraucht, so werden die Beträge in das jeweilige Kontingent zurückgeführt.

Die Ermittlung der arztgruppen-

durchschnittlichen Überschreitungen sowie der Zusatzvergütungspunktwerte erfolgt abschließend auf der Grundlage der Abrechnungsdaten im Zeitpunkt der Honorarabrechnung. Nachträgliche Änderungen bei einzelnen Praxen bleiben für diese Berechnungen außer Betracht. Ergibt sich für einzelne Praxen durch nachträgliche rechtskräftige Änderungen des Leistungsbedarfs oder des pRVV eine Änderung der individuellen Überschreitungquote, wird auch die Zusatzvergütung nachträglich neu berechnet mit der Maßgabe, dass sie bei nachträglicher Unterschreitung des Grenzwertes vollen Umfangs entfällt.

Für die praxisbezogenen Zusatzvolumina der invasiv-kardiologischen Leistungen gelten die vorstehenden Regelungen entspre-

chend mit der Maßgabe, dass für die Überschreitungen der fachärztlich-internistischen pRVV sowie der Zusatzvolumina gesonderte Grenzwerte nach Durchführung der Verrechnungen ermittelt werden und bei Grenzwertüberschreitungen auch die Zusatzvergütung gesondert entrichtet wird.

In der **Anlage B** werden in der Überschrift zum **Abschnitt 4 a)** die Wörter „nach dem 30.6.1999“ gestrichen. Im ersten Absatz des Abschnittes 4 a) wird die Formulierung „für die nach dem 30.6.1999 zugelassenen Vertragsärzte“ durch die Formulierung „innerhalb der ersten sechzehn Quartale nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit“ ersetzt.

Hamburg, den 13.06.2006

### Verträge unterschrieben - Aufhebung des Vorbehaltes

Zu den folgenden Verträgen

- „2. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung vom 18.01.2006“
- „Überleitungsvereinbarung zur Prüfungsvereinbarung vom 18.01.2006“
- Ergänzung Depotcorticoide vom 18.01.2006 und
- Sprechstundenbedarfsvereinbarung vom 18.01.2006,

veröffentlicht im KVHJ 1/2006, ist das Unterschriftenverfahren abgeschlossen.

### DMP Brustkrebs- Neue Dokumentationen ab 01.07.2006 - Neue Teilnahmeerklärung Patient ab 01.09.2006

Im Rahmen der 13. RSVÄndV sind ab dem 01.07.06 neue Dokumentationen gültig. Bitte verwenden Sie dann nur noch das Muster 21A für die Erst-Dokumentation und Muster 22A für die Folge-Dokumentation (Stand vom 01.02.2006).

Achten Sie bitte auch darauf, die neuen Bögen nicht vor den Stichtagen 01.07. bzw. 01.09.2006 einzusetzen. Alle am DMP Brustkrebs teilnehmenden Ärzte werden noch direkt angeschrieben.

Die neuen Formulare liegen beim Pförtner der KVH aus. Weiter haben wir die Information erhalten, dass die Anbieter ihre Software für das DMP Brustkrebs nicht rechtzeitig zum 1.7.2006 anpassen können. Bis zur Anpassung durch Ihre Softwarefirma müssten Sie entweder mit dem Ausfüllen der Dokumentationen für das 3. Quartal warten oder diese per Hand ausfüllen.

Ansprechpartner für medizinische Fragen:

Frau Zunke, Tel.: 22802-402

Hotline der Datenstelle:

0341 / 259 20 43

### DMP Diabetes mellitus Typ 2 Neue Teilnahmeerklärung Patient ab 01.09.2006

Ab 01.09.06 ist die neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Muster 10B, Stand 01.10.05) gültig. Der Patient muss nun ab dem 01.09.2006 nur noch eine Unter-

schrift leisten.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie die neue Teilnahmeerklärung erst ab dem 01.09.2006 einsetzen und nicht vorher.

Die neuen Formulare liegen beim Pförtner der KVH aus.

Ansprechpartner: Hotline der Datenstelle: 0341 / 259 20 43

### DMP Diabetes mellitus Typ 2 Vertrag ab 1.04.2005

Der Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern nach § 137 f SGBV auf Grundlage von § 73 a SGB V vom 1.04.2006 ist auf der Homepage der KVH unter [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) -> DMP -> Diabetes veröffentlicht.

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, den Text dort einzusehen, hilft Ihnen unsere Fachabteilung gerne weiter.

Ihr Ansprechpartner: Frau Schöplich, Abt. Verträge und Versorgung, Tel.: 22802-381

# Fragen und Antworten

## Sprechstundenbedarf

**1 Eine Frage zu den Glukokortikoiden in langwirksamer Form und als Kristallsuspension, die jetzt als Sprechstundenbedarf anforderbar sind. Wie kann ich als Neurochirurg daran teilnehmen?**

Langwirksame Glukokortikoide und Kristallsuspensionen können nur von Orthopäden, Neurochirurgen und Ärzten für physikalische und rehabilitative Medizin als Sprechstundenbedarf bezogen werden, laut „Vereinbarung zur Förderung der Qualität in der Arzneimittel-Versorgung mit Schmerzen der Bewegungsorgane“. Mit Anschreiben der Ziffer 94100 auf dem Abrechnungsschein für jede injizierte Ampulle ist die Teilnahme erklärt.

**2 In der neuen Sprechstundenbedarfsvereinbarung finde ich den Tuberkulintest nicht mehr, wie soll ich verfahren?**

Der Tuberkulin-Test ist weiterhin als SSB zu beziehen.

## Impfung

**3 Ein Patient möchte gegen FSME geimpft werden. Darf diese Leistung zu Lasten der GKV abgerechnet werden?**

Die FSME-Impfung kann gemäß der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zu Lasten der GKV berechnet werden, wenn der Patient sich innerhalb Deutschlands in einem Risikogebiet aufhält. Wenn der Patient sich aufgrund eines geplanten Aufenthaltes in ein Risikogebiet außerhalb Deutschlands begibt, ist die Reiseimpfung nach Auffassung der STIKO selbst zu bezahlen.

## EBM

**4 Es gibt eine Ergänzung der Allgemeinen Bestimmungen des EBM um 2.1.6, betreffend die Abrechnung von Leistungen, die im Ordinationskomplex aufgegangen, also nicht mehr gesondert abrechnungsfähig sind. Wie ist die Neuerung zu verstehen?**

Die Ergänzung bezieht sich ausschließlich auf Auftragsleistungen. Wenn ein Arzt nur zu Leistungen beauftragt wird, die im Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen ( Anhang 1 des EBM ) aufgeführt sind, kann er dafür den Ordinationskomplex seiner Fachgruppe einmal im Behandlungsfall berechnen.

**5 Gerade habe ich der Presse entnommen, dass Akupunktur für Rückenschmerzen und Knieschmerzen vom gemeinsamen Bundesausschuss als Behandlungsmethode anerkannt worden ist. Kann ich jetzt Patienten, die ich im Rahmen des Modellvorhabens Akupunktur betreue, nicht mehr behandeln?**

Solange das Modellvorhaben von Seiten der Krankenkassen nicht gekündigt ist, gilt es weiter. Bevor die Akupunktur für die beschlossenen Indikationen in die GKV übernommen wird, muss die Einspruchsfrist des BMG abgewartet werden und weiter muss eine EBM-Abrechnungsnummer festgelegt werden.

## Verordnung

**6 Wann verliert ein Rezept seine Gültigkeit?**

Vier Wochen nach dem Ausstellungsdatum.

## Analoginsulin

**7 Unter meinen Typ-2-Diabetikern erhalten einige kurz wirksame Analoginsuline. Wie gehe ich nach der ablehnenden Stellungnahme des IQWiG zu Analoginsulinen bei Typ2 Diabetes jetzt weiter vor?**

Die Stellungnahme des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist rechtlich derzeit nicht bindend. Erst muss der gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss zu den Analoginsulinen fällen. Allerdings sind die kurz wirkenden Analoginsuline Bestandteil

der Zielvereinbarungen der KVH. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem KV Brennpunkt Arznei Nr.2.

## Sozialversicherungsabkommen

**8 Was muss getan werden, wenn ein Patient über das Sozialversicherungsabkommen abgerechnet werden soll?**

1. Identitäts- und Anspruchsnachweis (Europäische Versicherungskarte EHIC, provisorische Ersatzbescheinigung oder Vordruckmuster 111) kopieren oder Muster 80 ausfüllen.
2. Muster 81 ordnungsgemäß ausfüllen lassen.
3. Beides unverzüglich an die vom Patienten gewählte Krankenkasse schicken.
4. Kassengebühr von € 10,- einnehmen.
5. Beim anlegen des Behandlungsfalls IK der gewählten Krankenkasse und Status 10007 angeben.
6. Überweisung und Verordnung sind gegebenenfalls wie für GKV Versicherte auszustellen und mit dem Status 10007 zu kennzeichnen.

## Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

**9 Wo werden Jugendarbeitsschutzuntersuchungen abgerechnet?**

Die Abrechnungsunterlagen der Untersuchung sendet man an das

Amt für Arbeitsschutz,  
Rechnungsstelle  
Billstraße 10  
20539 Hamburg.

Die Vergütung beträgt € 23,32 je Untersuchung.

# Zuzahlungen – damit Sie den Überblick behalten

**F**ür die Mitglieder der Heilfürsorge Mecklenburg–Vorpommern gelten bereits seit dem 1.10.2005 neue Zuzahlungsregelungen, und auch Sozialhilfeempfänger müssen nun bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln Zuzahlungen leisten. Deshalb haben wir die Tabelle der Zuzahlungen für Sie aktualisiert. Die Änderungen sind fett gedruckt.

Zuzahlungen auf einen Blick - Stand Juni 2006					
Kostenträger	Kassen- gebühr	Zuzahlungen			VO-Verbot nicht rezept- pflichtiger Arzneimittel
		Arznei- mittel	Heilmittel	Hilfsmittel	
PK und EK-Versicherte	ja	ja	ja	ja	ja
Auslandsabkommen	ja	ja	ja	ja	ja
Sozialhilfeempfänger mit Krankenkassen- Chipkarte (Ergänzungsstatus 4)	ja	ja	ja	ja	ja
Sozialhilfeempfänger mit Behandlungsausweis der Behörde	nein	<b>ja</b>	<b>ja</b>	<b>ja</b>	ja
Primär- und Ersatzkassen/ BVG (Ergänzungsstatus 6)	nein	nein	nein	nein	nein
Primär- und Ersatzkassen/ BVG bei Behandlung einer nicht als Versorgungs- leiden anerkannten Erkrankung* (ohne Ergänzungsstatus 6)	ja	ja	ja	ja	ja
Primär- und Ersatzkassen/BVG bei Be- handlung des anerkannten Versorgungs- leidens, vom Patienten nachzuweisen durch Vorlage des Anerkennungsbeschei- des (ohne Ergänzungsstatus 6)	nein	nein	nein	nein	nein
BVG mit rosa Bundesbehandlungsausweis (ohne Krankenkassen-Chipkarte)	nein	nein	nein	nein	nein
Postbeamten A	nein	ja	nein	ja	ja
Freie Heilfürsorge Hamburg	nein	nein	nein	nein	ja
<b>Heilfürsorge Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>ja</b>	<b>ja</b>	<b>ja</b>	<b>ja</b>	<b>ja</b>
Bundeswehr	nein	Entfällt, da VO außer in Notfällen nur durch Arzt Bundeswehr/BGS zulässig. Für Notfälle Zuzahlungspflicht und Zusatz Notfall auf Rezept erforderlich.			
Bundesgrenzschutz	nein				
Zivildienst	nein	nein	nein	nein	nein
BG-Fälle/ Eigenunfall	nein	nein	nein	nein	nein
EK- und PK Kostenerstattung (Eigenbe- teiligung wird von der Krankenkasse mit dem Mitglied geregelt)	nein	nein	nein	nein	nein

\*Für die Behandlung des Versorgungsleidens entfallen alle Zuzahlungen. Der Patient muss neu im Praxis-EDV-System angelegt werden mit Kostenträgeruntergruppe BVG, KOV oder BEG. Bei manueller Abrechnung ist für die Behandlung des Versorgungsleidens ebenfalls ein eigenständiger Abrechnungsfall anzulegen. Werden ausschließlich oder zusätzlich andere Erkrankungen behandelt, müssen alle Zuzahlungen geleistet werden. Verordnungen wegen des Versorgungsleidens und wegen anderer Erkrankungen müssen auf getrennten Rezeptvordrucken erfolgen. Ist das Versorgungsleiden nicht bekannt und wird vom Patienten nicht durch Vorlage des Bescheides nachgewiesen, müssen alle Zuzahlungen geleistet werden.



*Verteilungsmaßstab: Geben und Nehmen*

## Verteilungsmaßstab ab 1.7.2006

**R**echtzeitig vor Ablauf des bislang bis zum 30.6.2006 vertraglich mit den Krankenkassen vereinbarten Verteilungsmaßstabs (VM) konnte eine Anschlussregelung gefunden werden, ohne erneut das Schiedsamt bemühen zu müssen.

Die gefundenen Regelungen setzen auf den bekannten praxisbezogenen Regelversorgungsvolumina auf, die Struktur der Honorarverteilung ändert sich nicht. Allerdings besteht die rechtliche Notwendigkeit, die Auswirkungen des EBM 2000+, nachdem sie aufgrund der vorliegenden Abrechnungsergebnisse der ersten EBM-Quartale abschätzbar geworden sind, in einer Konvergenzphase zu berücksichtigen.

Zu diesem Zweck werden zukünftig praxisindividuelle Überschreitungen der pRVV/aRVV, die größer sind als die arztgruppen-durchschnittliche Überschreitungsquote zzgl. der einfachen Streuung, zusätzlich vergütet. Für diese Zusatzvergütungen wird je Kontingent ein Finanzanteil von 3% des Kontingentes reserviert, der Punktwert

für diese Zusatzvergütungen floated und beträgt höchstens 5,11 ct. Die Überschreitungsquote wird durch Division der Differenz zwischen dem angeforderten, sachlich richtiggestelltem Leistungsbedarf und dem im pRVV/aRVV nach den Bestimmungen des VM abzurechnenden Leistungsbedarf gebildet. Damit werden die Praxen begünstigt, die relativ am schlechtesten mit ihren Budgets auskommen. Würden alle Praxen einer Arztgruppe theoretisch eine identische Überschreitungsquote realisieren, würde bei keiner Praxis eine Zusatzvergütung anfallen, die reservierten Finanzmittel (3%) würden auf die Punktzahlen des pRVV/aRVV verteilt. Mit dieser Regelung werden die innerhalb einer Arztgruppe durch die Veränderung der EBM Leistungsbewertungen möglichen Verschiebungen des Leistungsbedarf ausgeglichen, zudem werden kleine Praxen dem Wunsch der Vertreterversammlung entsprechend tendenziell gefördert.

Eine weitere punktuelle Änderung betrifft die Definition der jungen Praxen. Ab 1.7.2006 gilt hier

nicht mehr die bisherige Stichtagsregelung; vielmehr gelten als jung solche Praxen, die im jeweiligen Abrechnungsquartal noch nicht mehr als vier Jahre zugelassen sind.

Das ambulante Operieren wird – nachdem die Abrechnungen der ersten vier Quartale nach neuem EBM und damit einer komplett für diesen Leistungsbereich neuen Struktur vorliegen – wieder in die pRVV der Operateure zurückgeführt. Diese Rückführung erfolgt auf Basis der Quartale 2/05 bis 1/06. Praxen mit invasiv kardiologischer Tätigkeit erhalten die Nachbetreuungsleistungen aus dem Zusatzvolumen für invasive Tätigkeit vergütet, zudem wird eine Durchlässigkeit zwischen dem invasiven Zusatzvolumen und dem pRVV für diese Praxen eingeführt.

Wie eingangs ausgeführt verbleibt es im Übrigen bei der bekannten Verteilung.

Die Vereinbarung finden Sie auf S. 24

(Bo)

# Vorsicht bei Europäischer Krankenversicherungskarte aus Österreich

**E**inige österreichische Krankenkassen stellen Europäische Krankenversicherungskarten aus, die nicht den Vorgaben entsprechen. Diese Karten erkennen Sie an folgenden Merkmalen:

- Der Name des Versicherten noch der Versicherer (Krankenkasse) sind erkennbar. In diesen Feldern stehen nur Sterne
- Nur in Feld 8 steht die Kennnummer der Karte

**Die Karten dürfen auf keinen Fall in der Praxis akzeptiert werden!**

**Was ist zu tun?**

Die Inhaber dieser ungültigen Karten kommen grundsätzlich für die Ausstellung einer provisorischen Ersatzbescheinigung in Betracht. Gegebenenfalls kann die deutsche gewählte Krankenkasse bei der österreichischen Kasse eine provisorische Ersatzbescheinigung anfordern.

**Warum eine Ersatzbescheinigung?**

Die Krankenkassen können die Forderungen der Ärzte für erbrachte Leistungen in den beschriebenen Fällen nur dann begleichen, wenn ihr für den jeweiligen Einzelfall eine gültige provisorische Ersatzbescheinigung vorliegt.

(vo)

## Abgabe der Abrechnungsunterlagen II. Quartal 2006

**Samstag, 01.07.2006 bis  
Donnerstag, 13.07.2006  
im Ärztehaus,  
Humboldtstraße 56,  
22083 Hamburg  
werktags von  
7.00 bis 16:30 Uhr und  
samstags von  
7.00 bis 13.00 Uhr**

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

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

Außerhalb der regulären Frist können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit dem Sekretariat der Honorarabrechnung (Tel.: 22802-542) in Raum 2.01 (II. OG) abgegeben werden. (wa)

## Korrektur

Im KV Journal 1/2006, Seite 25 unter „Wissenswertes“ haben wir Ihnen versehentlich eine falsche EBM-Nummer mitgeteilt. Die richtige EBM-Nummer für die Erstellung eines Behandlungsplanes bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen lautet: 08510

(vo)

## Patientensicherheit: Internetforum erweitert online gegangen.

Das von der Bundesärztekammer (BÄK) und der KBV initiierte Informationsportal ([www.forumpatientensicherheit.de](http://www.forumpatientensicherheit.de)) hat sein Webangebot erweitert. Die Nutzer haben nun die Möglichkeit, einen Newsletter zu abonnieren, und können sich in Diskussionsforen austauschen. Regelmäßig gepflegte Linksammlungen und ein aktueller Veranstaltungskalender zum Thema Patientensicherheit ergänzen den Serviceteil. Die vom Ärztlichen Zentrum für Qualität

in der Medizin betreute Webseite dient auch zur Erfassung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Fehlern in der Medizin. Sie kann von allen Ärzten anonym genutzt werden.

(Deutsches Ärzteblatt, 12. Juni)



# Kassenfusionen

**Zum Jahreswechsel 2005/2006 haben 10 Krankenkassen fusioniert. Dies hat in den meisten Fällen auch zu einer Änderung des Namens geführt.**

alter Name	neuer Name	gültig ab
IKK Schleswig-Holstein und IKK Mecklenburg-Vorpommern	IKK Nord	01.06.2006
IKK Hessen und IKK Baden-Württemberg	IKK Baden-Württemberg und Hessen	01.01.2006
BKK der Alcan Singen GmbH	AUDI BKK	01.01.2006
BKK Akzent	PBK – Die Persönliche BKK	01.01.2006
BKK EVS	BKK futur	01.01.2006
BKK UPM Nordland Papier	BKK UPM-Kymmene	01.01.2006
BKK Conzelmann und BKK TE KA DE – FGF	mhplus BKK	01.01.2006

Quelle: dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik 2005

Auch in Zukunft ist mit weiteren Kassenfusionen zu rechnen. Am 1.1.2006 gab es 254 Krankenkassen. Diese teilen sich wie folgt auf:

- 17 Ortskrankenkassen (AOKen)
- 7 Angestellten-Ersatzkassen (EAn im VdaK)
- 3 Arbeiter-Ersatzkassen (EAr im VdaK)
- 200 Betriebskrankenkassen (BKKen)
- 16 Innungskrankenkassen (IKKen)
- 9 Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKKen)
- die Bundesknappschaft (BKn) und
- die See-Krankenkasse (See-KK)

Vor zehn Jahren gab es noch 658 Krankenkassen, darunter 531 BKKen.

Die sancura BKK und die TAUNUS BKK arbeiten seit 2006 zusammen und wollen voraussichtlich im Jahr 2007 fusionieren.

(vo)

## Abrechnung Bundeswehr Wehrdiensttauglichkeit

**Wenn ein Patient mit einem Überweisungsschein der Deutschen Bundeswehr in die Praxis kommt, damit Untersuchungen zur Feststellung seiner Wehrdiensttauglichkeit durchgeführt werden, stellt sich immer wieder die gleiche Frage: Welche Leistungen sind wie abzurechnen?**

Der zukünftige Soldat ist noch nicht bei der Bundeswehr eingestellt und somit auch dort noch nicht versichert. Deshalb darf mit dem Überweisungsschein des Kreiswehrersatzamtes auch nur abgerechnet werden, was der Ärztliche Dienst in Auftrag gegeben hat. Sind in diesem Zusammenhang weitere diagnostische oder therapeutische Leistungen erforderlich, muss ein

neuer, weiterer Überweisungsschein vom Kreiswehrersatzamt angefordert werden.

Das heißt, es dürfen über diesen Überweisungsschein nur Leistungen abgerechnet werden, die in direktem Zusammenhang mit der Tauglichkeitsprüfung stehen.

Auch die Überweisung an andere berechnete Ärzte bedarf der vorherigen Zustimmung und der Ausstellung eines neuen Überweisungsscheines.

Welche Leistungen dürfen nicht abgerechnet werden?

Alle Leistungen, die nicht vom Kreiswehrersatzamt in Auftrag gegeben wurden. Dazu gehören z.B. Leistungen, wie

- weitere andere Behandlungen,
- Beratung des Patienten oder
- Ausstellung eines Rezeptes.

Diese müssen Sie mit der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten abrechnen.

Unter Umständen fällt dann auch die Kassen(Praxis-)gebühr von 10 Euro an.

(Tur)

## Kinderrichtlinien – Erweitertes Neugeborenen-Screening

Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat im Dezember 2004 beschlossen, die Kinderrichtlinien zu ändern. Zum 01.04.2005 ist das erweiterte Neugeborenen-Screening als Anlage 2 in diese Richtlinien aufgenommen worden.

Das nach diesen Richtlinien durchzuführende erweiterte Neugeborenen-Screening dient der Früherkennung von Stoffwechselerkrankungen und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Es werden ausschließlich folgende Krankheiten gescreent:

- Hypothyreose
- Adrenogenitales Syndrom

- Biotinidasemangel
- Galaktosämie
- Phenylketonurie und Hyperphenylalaninämie
- Ahornsirupkrankheit
- Fettsäurestoffwechselerkrankungen
- Carnitinzyklusdefekte
- Glutaracidurie Typ 1
- Isovalerialacidämie

Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden. Hierzu ist es erforderlich, dass der Zeitpunkt der Blutprobenentnahme

zwischen der 36. und 72. Lebensstunde liegt.

Die Auswertung der Proben kann nur nach Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung durchgeführt und abgerechnet werden.

Im Bereich der KV Hamburg werden die Auswertungen für das Neugeborenen-Screening von

**Herrn Dr. med. Roman Jung**  
Screeningzentrum Nord –  
Institut für klinische Pathologie  
Martinstraße 52  
20246 Hamburg

durchgeführt.

Ansprechpartner:  
Svenja Mindermann  
Tel.: 22 80 2-601

### Verlängerung der Übergangsfrist

## Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geändert

**Zum 01.04.2004 traten die Rehabilitations-Richtlinien in Kraft. Im § 11 (2) ist beschrieben, welche Voraussetzungen der Vertragsarzt erfüllen muss, um eine Genehmigung zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erhalten.**

Vertragsärzte, die bereits vor dem 01.04.2004 regelmäßig medizinische Rehabilitationen vorordnet haben und die über die vorgeschriebene Qualifikation noch nicht verfügen, durften Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung laut Übergangsregelung § 11 (3) nur noch bis zum 31.03.2006 verordnen.

Diese Übergangsfrist wurde nun nochmals um ein weiteres Jahr bis zum 31.03.2007 verlängert.

Vertragsärzte, die sich nach dem 30.03.2004 niedergelassen haben, fallen nicht unter diese Übergangs-

frist. Sie müssen erst eine der im § 11 (2) genannten Qualifikationen nachweisen, um eine Genehmigung zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die KV zu erhalten.

Erst wenn eine solche Genehmigung vorliegt, kann die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Eine dieser Bedingungen muss erfüllt sein:

- Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ oder
- Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ oder die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ oder

- mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung oder

- Einreichung von mind. 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherung) die im Jahr vor Erteilung der Genehmigung erstellt wurden oder

- Erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung von 16 Stunden, die von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt ist.

**Fragen richten Sie bitte an die Abteilung Qualitätssicherung unter Telefon:**

**22 802 602 oder  
22 802 781.**

(Wr)

# Qualitätsmanagement mit der KV Hamburg

Seit dem 01.01.2004 ist im Sozialgesetzbuch V die Pflicht zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements in allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen festgeschrieben. Die Richtlinien hierfür wurden aber erst unlängst – nämlich im Herbst 2005 – vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt und traten mit Wirkung zum 01.01.2006 in Kraft. Jetzt ist also der Zeitpunkt für Praxisinhaber gekommen, sich ernsthaft Gedanken darüber zu machen, welches QM-System in der Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis eingeführt werden soll. Wer sich bis dato mit dieser Thematik noch nicht befasst hat, dem erscheint auf den ersten Blick alles recht unübersichtlich zu sein. So schlimm wie befürchtet ist es aber nicht, denn es bleibt immer noch genügend Zeit sich in Ruhe zu informieren. Es sollte also keinesfalls eine vorschnelle Entscheidung getroffen werden, die nachher teurer als notwendig ist.

Viele QM-Systeme befinden sich auf dem Markt und werden von Anbietern verschiedenster Couleur angepriesen. Tatsache ist, dass nur wenige davon sich einfach und mit einem akzeptablem Zeitaufwand einführen und umsetzen lassen und sich ohne weiteres für eine Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis eignen. Auch wenn einige An-

bieter zum Teil den Praxisinhaber zur Eile drängen und das von ihnen angebotene QM als das einzig geeignete darstellen, sollte vorher genau überlegt werden, ob das Kosten-/Nutzenverhältnis stimmt.

## QEP® - Qualitätsmanagement für Praxen

Da die gängigen QM-Systeme ursprünglich aus der Industrie stammen, sind sie nur mit Mühe



und selten ohne Zuhilfenahme eines Beraters einem Praxisbetrieb anzupassen. Da dieser Aufwand nicht nur zeit- sondern auch kostenintensiv ist, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung schon im Jahr 2002 damit begonnen, ein explizit auf den niedergelassenen Bereich zugeschnittenes QM-System zu entwickeln. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Arzthelferinnen, KV-Experten und externen

Beratern entstand „QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen“.

QEP® wurde ab Sommer 2004 im Rahmen einer bundesweiten Pilotphase in 61 repräsentativen Praxen auf Herz und Nieren geprüft, extern evaluiert und erhielt anschließend den letzten Schliff.

QEP® ist ein QM-System welches seinesgleichen sucht. Es enthält ausschließlich praxisrelevante Formulierungen und bietet als einziges System seiner Art ein Schulungscurriculum an, welches die Teilnehmer – Praxisinhaber und Helferinnen – zur Einführung von QEP® in der eigenen Praxis befähigt und nur von speziell durch die KBV lizenzierten QEP®-Trainern durchgeführt wird. Veranstalter der QEP®-Einführungseminare sind ausschließlich die Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und einige Berufsverbände.

Der QEP®-Kernzielkatalog mit Selbstbewertungsmöglichkeit sowie Umsetzungshilfen und Musterdokumente in Form eines Manuals inklusive einer CD-Rom bilden im Zusammenhang mit dem Einführungsseminar ein sinnvoll aufeinander abgestimmtes Gesamtpaket, mit dem es äußerst praxisbezogen möglich ist, Qualitätsmanagement im niedergelassenen Bereich erfolgreich einzuführen.

Hat eine Praxis bereits ein anderes QM-System installiert oder ist sogar zertifiziert, kann QEP®



Das QM-Team der KV (v.l.):  
Katrin Jürgen, Ursula Dudziak,  
Michaela Puschmann

zusätzlich angewendet werden. So können Sachverhalte, die evtl. von einem anderen QM-System unberücksichtigt geblieben sind, durch Anwendung des QEP®-Kernzielkataloges aufgegriffen und etwaige Lücken auf diese Weise geschlossen werden.

### QEP® mit der KV - bundesweit bevorzugt

Da es sich bei QEP® nicht nur um ein leicht zu etablierendes sondern auch um ein sehr preisgünstiges System handelt, findet es im Kreise der KV-Mitglieder im gesamten Bundesgebiet nach wie vor regen Zuspruch. Die KV Hamburg hat beispielsweise seit Oktober 2005 bereits 56 QEP®-Einführungsseminare mit insgesamt 950 Teilnehmern durchgeführt. Die Resonanzen auf die Seminare sind durchweg positiv, auch entstehen bereits erste QM-Qualitätszirkel aus dem Kreis der Teilnehmer.

Die gleichzeitige Seminarteilnahme von Praxisinhaber und Mitarbeiter/n ist nicht nur wünschenswert,

sondern wird im Verlauf der QM-Einführung in der Praxis den großen Vorteil haben, dass das Praxisteam von vornherein an einem Strang zieht. Die Mitarbeiter von Anfang an mit einzubeziehen, stellt bereits den ersten QM-Schritt dar.

Auch weiterhin besteht die Möglichkeit, sich für das QEP®-Einführungsseminar bei der KVH anzumelden, nach einer Sommerpause werden ab September 2006 weitere Seminarangebote vorgehalten. Die Teilnahmegebühr beträgt inklusive der benötigten Arbeitsunterlagen (QEP®-Zielkatalog, QEP®-Manual und Curriculum) 220,- Euro für die erste teilnehmende Person einer Praxis, für jede weitere Person 160,- Euro.

Das entsprechende Anmeldeformular kann bei den Mitarbeiterinnen der Abteilung Qualitätsmanagement angefordert werden. Telefon 040 / 22 80 2 -847 und -633

Um sich über QEP® vorab zu informieren, steht die Homepage der KVH ([www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)) zur Verfügung. Auch die Mitarbeiterinnen der Ab-

teilung QM der KVH geben unter den genannten Telefonnummern gerne Auskunft.

Außerdem unterstützen alle Kassenärztlichen Vereinigungen die Einführung von QEP® mit verschiedenen Dienstleistungskonzepten. So hilft beispielsweise die KV Hamburg Ihren Mitgliedern nach dem Besuch des 1 ½ tägigen QEP®-Einführungsseminars bei der Einführung und Umsetzung des Erlernten in der Praxis – wenn gewünscht sogar vor Ort in den Praxisräumen.

Für Praxen, die das Einführungsseminar bereits absolviert haben und nun den Wunsch nach Vertiefung des angeeigneten QM-Wissens verspüren oder prüfen möchten, ob die von ihnen in der Praxis eingeleiteten Schritte in die richtige Richtung führen, rundet ein QEP®-Aufbauseminar das Dienstleistungsangebot der KVH ab. Das erste QEP®-Aufbauseminar startet nach den Hamburger Sommerferien.

*Ursula Dudziak, Abt. QM*

## Qualitäts- sicherungsbericht Substitution erschienen

**Der Qualitätssicherungsbericht der Qualitätskommission Substitution Hamburg für die Jahre 2003 bis 2005 ist erschienen.**

Der Bericht gibt einen Überblick über die in Hamburg erfolgten Qualitätsprüfungen von Substitutionsbehandlungen und die Arbeit der Kommission. Das Fazit: Es gab keine groben Behandlungsfehler, nur das Ausfüllen der Fragebögen war nicht immer problemlos. Interessierte können den Bericht unter [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) im Mitgliederbereich / Unterpunkt: Genehmigungspflichtige Leistungen – Substitution einsehen.

(VO)



## Die notwendigen technischen Komponenten

# Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

### Prozessorkarten und Lesegeräte

Bei der geplanten Realisierung einer Telematikinfrastruktur in Deutschland nimmt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nur einen Teilbereich innerhalb des sehr komplexen Projektes ein.

sind die elektronische Verschlüsselung und die digitale Signatur.

Mit der Einführung der neuen Mikroprozessorkarten eGK und HBA kommen neue Lesegeräte zum Einsatz, die nicht nur in der Lage sein müssen, für eine Übergangszeit sowohl die KVK als auch die neue eGK einzulesen, sondern auch das

zwingend erforderlich.

Als Kommunikationsschnittstelle zwischen dem Praxisverwaltungssystem und der Telematikplattform soll ein so genannter Konnektor dienen. Dieser muss weit mehr als eine „Steckdosenfunktion“ erfüllen, da er zusätzlich die Aufgaben hat, sowohl Transaktions- und Sicherheitsdienste anzubieten als auch die neuen Chipkarten (eGK und HBA) aus dem Praxisverwaltungssystem anzusteuern.

Da der Konnektor für den Schutz und die Sicherheit des Netzes und der Patientendaten verantwortlich ist, müssen neben vielen funktionalen Herausforderungen höchste Anforderungen bzgl. Sicherheit, Verfügbarkeit, Performance und Zuverlässigkeit erfüllt werden.

Die physikalische Verbindung des Konnektors mit der Telematikplattform soll über ein kryptographisch gesichertes VPN (Virtuelles Privates Netzwerk) erfolgen.

(Schu)



### Zweikartenprinzip (Dual-Slot-Technologie)

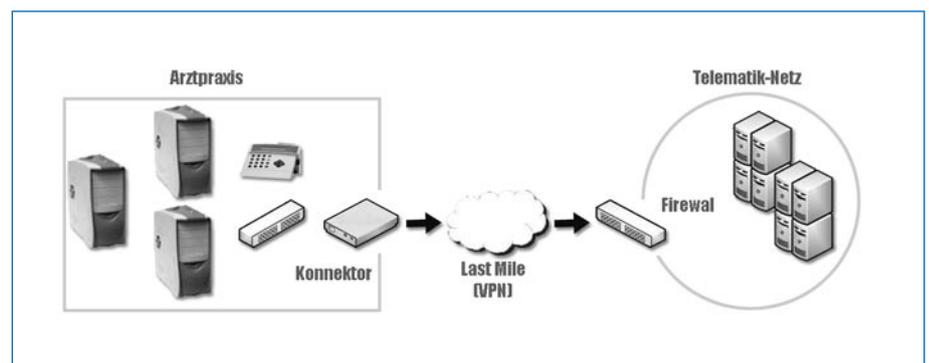
Wer sich bereits ein wenig informiert hat, weiß, dass es sich bei der neuen eGK nicht nur um eine einfache Speicherkarte, sondern um eine Mikroprozessorkarte handelt. Die neue Karte hat den entscheidenden Vorteil, dass sie nicht nur rein administrativen Anforderungen besser genügt als die alte KVK, sondern dass sie es ermöglicht, eine elektronische Identitätsprüfung durchzuführen und sowohl die elektronische Signatur als auch die Verschlüsselung von Daten unterstützt.

Der Einsatz der eGK mit den erweiterten Funktionen für die Versicherten macht die parallele Einführung eines elektronischen Heilberufsausweises (HBA) notwendig. Dieser HBA erst ermöglicht es Ärzten, Zahnärzten und Apothekern (und ggf. anderen Heilberuflern), sich elektronisch auszuweisen, um in der Regel nach der Einwilligung - also im Auftrage des Patienten - auf dessen medizinische Daten lesend und schreibend zugreifen zu können. Weitere Funktionen des HBA

gleichzeitige Stecken von eGK und HBA mit gegenseitiger Authentisierung (C2C - Card to Card Authentisierung) zu ermöglichen.

### Der Konnektor - eine wichtige Komponente in der Arztpraxis

Während die Praxisverwaltungssysteme bisher von anderen Netzen mit potenzieller Gefährdung strikt getrennt sind - oder sein sollten - wird durch die geplante Telematikinfrastruktur eine sichere Vernetzung



Konnektor an der Schnittstelle zwischen Praxis und Telematik-Netz

# Telemonitoring

## Telemonitoring als integraler Bestandteil bei der Versorgung chronisch erkrankter Patienten – Vision oder Spielerei?

Unter Telemedizin versteht man ganz allgemein den Austausch / die Übertragung medizinischer Daten unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien zwischen / zu räumlich voneinander getrennten Beteiligten.

Moderne Kommunikationstechnologien (die drahtlose Übertragung von Daten und die enormen technischen Fortschritte in der Mobil-Kommunikation) sowie die sich rasant entwickelnden logistischen Möglichkeiten bieten heute eine effektive Basis, Telemedizin als integralen Bestandteil für den Informations- und Datenaustausch zwischen Medizinern untereinander und auch zwischen dem behandelnden Arzt und seinem Patienten einzusetzen.

Das Anwendungsspektrum der Telemedizin ist inzwischen recht umfangreich, viel zitierte und auch praktizierte Anwendungsmöglichkeiten sind:

- Tele-Diagnostik,
- Tele-Konsultation,
- Tele-Chirurgie,
- Tele-Kardiologie und
- Tele-Radiologie.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit einem speziellen Anwendungsgebiet telemedizinischer Prinzipien und Verfahren - dem Telemonitoring.

### Telemonitoring

Bei einigen chronischen Erkrankungen erscheint eine kontinuierliche Überwachung von Vitalparametern sinnvoll - u.U. sogar erforderlich, um rechtzeitig einen kritischen Zustand zu erkennen und eventuellen Komplikationen vorbeugen zu können.

Da es häufig nicht ausreicht, Daten in größeren Abständen (Wo-

chen oder Monaten) in der Praxis zu erheben, sondern die Messungen mindestens täglich oder sogar mehrmals am Tage erfolgen sollten, ist in der heutigen Arztpraxis eine solche engmaschige und lückenlose Kontrolle und Überwachung ohne Weiteres nicht realisierbar.

Daher liegt eine regelmäßige Erhebung der Daten im häuslichen oder auch beruflichen Umfeld des Patienten und die anschließende Übermittlung an den behandelnden Arzt oder an ein telemedizinisches Zentrum nahe.

Werden die erhobenen Daten in elektronischer Form aus Messgeräten ausgelesen und auf elektronischem Wege an eine auswertende Stelle weitergeleitet, so bezeichnet man dieses Verfahren als Telemonitoring.

Mittlerweile existiert eine Vielzahl von Projekten, die die technische Machbarkeit bestätigt haben. Dabei kristallisieren sich zunehmend drahtlose (Bluetooth) Verfahren als Methode der Wahl heraus. So können z.B. Bluetooth-Transceiver in ein Blutdruck-Messgerät oder eine Waage integriert werden. Die gemessenen Daten werden über ein Bluetooth-fähiges Handy per SMS an die empfangende Stelle übermittelt.

Da der Versand der medizinischen Informationen mittels SMS jedoch Nachteile hat (Übertragungssicherheit und Übertragungszeit), sind intelligente Basisstationen, die die Daten aufbereiten und konvertieren, hinsichtlich einer sicheren und zeitsynchronen Datenübermittlung eine bessere Alternative.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die erfassten Daten mehrerer Messgeräte über eine Basisstation zu bündeln, um so den Einzelversand der Geräte zu umgehen.

### Prozedere

Die beim Patienten erhobenen Daten werden an einen Arzt, an ein Krankenhaus oder an ein telemedizinisches Zentrum übertragen.

Beim Empfänger werden die Daten auf einem Server in die entsprechenden Patientenakte eingelesen.

Die Auswertung kann durch verantwortliche Mitarbeiter oder auch automatisiert erfolgen - in diesem Fall sind Regeln für die Auswertung der eingehenden Monitoring-Daten hinterlegt, die bei Unter- bzw. bei Überschreitung individuell festgelegter Grenzwerte einen Alarm generieren.

In Abhängigkeit von der empfangenden Stelle und der Art der Auswertungsroutine werden bestimmte Personen über die kritischen Werte informiert. Handelt es sich bei der auswertenden Stelle um den behandelnden Arzt, so kontaktiert dieser direkt seinen Patienten, um ihm die erforderlichen Maßnahmen mitzuteilen. Werden die Daten an ein telemedizinisches Zentrum übermittelt, erfolgt je nach Absprache eine umgehende Mitteilung an den Patienten und / oder an den behandelnden Arzt.

### Technische Ausstattung beim Patienten

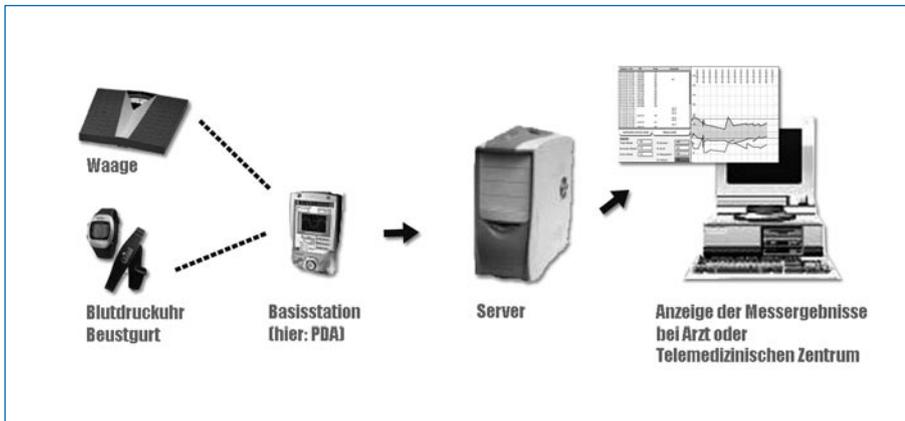
Die für ein Telemonitoring-System jeweils benötigten technischen Komponenten sind natürlich abhängig vom jeweiligen Einsatzbereich.

Grundsätzlich werden jedoch für jeden Patienten Geräte zur Messung und Aufzeichnung (Speicherung) der notwendigen Parameter benötigt (z.B. für den Puls, für Blutdruck, EKG-Ableitungen, Lungenfunktion, Temperatur, Sauerstoffsättigung des Blutes, Blutzucker, Augeninnendruck ...) - und natürlich braucht es jeweils eine Basisstation zur Aufbereitung und zur Konvertierung der Daten.

Die Basisstation kann ein Mobilfunkgerät (Smartphone, PDA) oder ein stationäres Gerät mit Anschluss an das Telefonnetz sein.

Die Übertragung der Daten zum Arzt oder auch zum auswertenden Zentrum erfolgt über Telefon (Mobilfunk, Festnetz: ISDN, DSL) oder Internet.

Wichtig für die Akzeptanz von Telemonitoring ist eine einfache Handhabung der Komponenten und eine sichere und zuverlässige Funktionsweise.



*Serverbasiertes Blutdruck- und Gewichtsmonitoring*

## Krankheitsbilder / Einsatzmöglichkeiten von Telemonitoring

Auf den ersten Blick prädestinierte Anwendungsbereiche für Telemonitoring sind Herz- und Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen und Diabetes.

Gut geeignet ist dieses Verfahren z.B. bei der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, der Herzerkrankung mit steigender Neuerkrankungs- und hoher Rezidivrate.

Eine kontinuierliche Überwachung von kritischen Parametern (z.B. Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz und -rhythmus, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung) mittels Telemonitoring ermöglicht eine Optimierung von Therapiesteuerung und Therapiekontrolle, verbessert die Compliance und hilft, kritische Zustände rechtzeitig zu erkennen oder gar zu vermeiden.

Kosten für Notarzteinsätze und Krankenhausaufenthalte könnten deutlich reduziert werden.

Auch für Diabetespatienten existieren bereits technische Voraussetzungen für eine Teilnahme am Telemonitoring. So sind heute bereits Messgeräte verfügbar, die neben Blutzuckerwerten auch die gespritzten Insulindosen und die vom Patienten zugeführte Menge an Kohlenhydraten speichern, auslesen und übertragen können.

## Vorteile für Patienten

Durch den Einsatz von Telemonitoring sollen für chronisch kranke Patienten folgende Ziele erreicht werden:

- Vermeidung kritischer und /oder lebensbedrohlicher Zustände
- Steigerung des Sicherheitsgefühls
- Verbesserung der Lebensqualität.



## Zusammenfassung

Telemonitoring ist - stellt man auf die technischen Voraussetzungen ab - realistisch und machbar.

Für eine Reihe chronischer Krankheitsbilder, bei denen offensichtliche Vorteile durch eine echte telemedizinische Überwachung zu erreichen sind, existieren auch in Deutschland bereits Projekte und auch etablierte Lösungen.

Von einer nennenswerten Marktdurchdringung kann jedoch noch nicht die Rede sein.

Ein telemedizinisches Monitoring ist natürlich kein Ersatz für Arztbesuche, sondern wird, wo notwendig und sinnvoll, zusätzlich engmaschig und aktuell Informationen über relevante Parameter liefern, um dem Behandler verbesserte Möglichkeiten zur Therapiekontrolle und Therapiesteuerung zu geben, und damit kritische Situationen beim Patienten vermeiden bzw. rechtzeitig erkennen zu können.

*(Schu)*

## Mit einem Taxi zum Patienten

# Ärzteprotest – die andere Seite

**Es ist der 19. Mai 2006 und 90% der niedergelassenen Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten haben ihre Praxis geschlossen. Viele sind beim dritten Nationalen Protesttag in Berlin. Die wenigen, geöffneten Praxen haben langfristige und wichtige Termine, die nicht verschoben werden können oder schwerkranke Patienten, die versorgt werden müssen. Für 28 Ärztinnen und Ärzte gibt es aber auch noch einen weiteren Grund, nicht in Berlin zu sein. Sie halten den Kolleginnen und Kollegen den Rücken frei und fahren im Taxinotfalldienst, um die Patientenversorgung aufrecht zu erhalten, wie auch die Ärztinnen und Ärzte in den beiden Notfallpraxen.**

Es ist 7.00 Uhr und Dr. Matthias Kleiminger tritt seinen Dienst im Bezirk 10 an. „Ich fahre seit elf Jahren Notfalldienst“, berichtete Dr. Kleiminger. An diesem Tag werde ich ihn begleiten und treffe mich mit ihm in seiner Praxis. Auch dort hängt ein Schild an der Tür: „Wir haben heute wegen der Streikveranstaltung geschlossen. Bitte wenden Sie sich an den Notfalldienst der KVH Telefon 22 80 22.“

Der Tag fängt ruhig an. Um kurz nach acht ruft ein Patient in der Praxis an und bittet den Doktor um einen Hausbesuch. „Tut mir leid Herr G., ich bin heute im Streik. Bitte rufen Sie den Notfalldienst an,“ erklärt Dr. Kleiminger dem Patienten einfühlsam.

Kurz darauf klingelt das Handy von Dr. Kleiminger. Herr G. hat den Notfalldienst gerufen und das Taxi ist auch schon unterwegs. Die Arzttasche in der Hand geht er zum Taxi. Oben auf dem Taxi steht nicht wie sonst „TAXI“, heute steht dort „Arzt im Notdienst“.

Herr G. ist ein 83 Jahre alter Mann, der Schmerzen im Knie hat. Dr. Kleiminger ist sein Hausarzt und kennt seinen Patienten gut. Er versorgt ihn und bittet ihn, am Montag noch einmal in die Praxis zukommen.

*Taxinotfalldienst während des Protestes.*

Zurück im Taxi wartet gleich der nächste Einsatz. Frau Sch. braucht dringend ein Rezept. „Ich habe schon viele Ärzte angerufen, aber die sind heute alle im Streik. Ich kann die Ärzte verstehen. Sie machen so viele Überstunden und werden dafür nicht bezahlt. Die tun mir Leid.“ Frau Sch. kümmert sich auch um alte Damen. „Daher bin auf den Notdienst gekommen. Ich kenne die Nummer bereits seit zehn Jahren auswendig!“ Das Rezept ist schnell ausgestellt und weiter geht es mit dem Taxi.

„Den Streik befürworte ich im Großen und Ganzen“, so Dr. Kleiminger. „Die Ärzte interessiert, wie lange das Honorar noch weiter sinken soll“, erklärt er weiter. Bei dem Wort Bürokratie wird er ärgerlich. „Das wird immer mehr. Es gibt Formulare, bei denen man die Frage zwei oder sogar dreimal lesen muss, um sie zu verstehen. Das kommt mir manchmal vor wie ein Demenztest!“ Die Bürokratie beschäftigt ihn heute auch noch. In den Pausen, wenn kein Patient in seinem Bezirk Hilfe braucht, kümmert er sich um die liegengebliebenen Formulare und Aktenberge. „Irgendwann muss ich das ja machen.“

Das Gerede um ins Ausland abwandernde Ärzte versteht der Praktische Arzt nicht. „In einem muss ich Ulla Schmidt Recht geben. Das

Ärzte im Ausland besser bezahlt werden stimmt nicht. In Deutschland liegen wir mit der Bezahlung im guten europäischen Mittelfeld. Wenn jemand auswandert, tut er das, weil er das schon immer wollte und nicht nur des Geldes wegen.“

Schon klingelt das Handy des Arztes wieder.

Frau E. macht sich Sorgen um Ihre Mutter. Die alte Dame hat Probleme mit dem „Ischias“ und starke Schmerzen. Dr. Kleiminger gibt ihr eine Spritze und schon geht es ihr besser.

Ob Frau E. die Forderungen der Ärzte gerechtfertigt findet, möchte ich wissen. „Ich habe zwar erst heute Morgen erfahren, dass heute gestreikt wird, aber dennoch verstehe ich die Ärzte. Die können ja auch nicht für so wenig Geld arbeiten.“ Sie bezahlt die Kassengebühr für ihre Mutter und will dem Arzt noch eine Kleinigkeit für die Kaffeekasse geben. „Tut mir leid Frau E.. Das ist gut gemeint, aber ich darf das nicht annehmen.“ Der Praktiker wünscht der Mutter noch gute Besserung und macht sich wieder auf den Weg.

Der Taxifahrer hat schon den nächsten Patienten. Lukas W. ist drei Jahre alt. Seine Mutter erzählt, dass er seit drei Tagen 40 Grad Fieber hat. „Ich wollte heute morgen mit ihm zum Kinderarzt, doch heute sind alle im Streik.“ Dr. Kleiminger sieht



## Ausbildung Medizinische Fachangestellte löst die der Arzthelferin ab

sich den Jungen an und verschreibt ein Antibiotikum. Von ihr möchte ich wissen, was sie über den Protest der Ärzte denkt. „Ich habe einerseits Verständnis für den Streik der Ärzte, aber wenn das eigene Kind krank ist, schwindet dieses Verständnis.“

Im Moment gibt es keine neuen



Meldungen aus der Notfalldienstzentrale und wir fahren mit dem Taxi wieder zurück zur Praxis. Wir sprechen über Gesundheitspolitik und Lösungsmöglichkeiten der Probleme aus seiner Sicht. Der Praktische Arzt favorisiert das holländische Versicherungsmodell und meint: „Jeder der Beteiligten im Gesundheitswesen sollte einen Lösungsvorschlag machen. Wir können nicht immer nur die Löcher stopfen. Jeder sollte die Verantwortung für seinen Bereich übernehmen. Die Politik soll sich um die Finanzen kümmern, die KV um die Verteilung der Gelder und die Kassen um ihre Patienten.“

In Berlin, Köln und Stuttgart waren zur gleichen Zeit ca. 45.000 Ärzte, Psychotherapeuten, Arzthelferinnen und Patienten auf den Straßen. Sie protestierten für den Erhalt der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung, für den Erhalt der Arbeitsplätze ihrer Helferinnen, für eine bessere Honorierung ihrer Leistung und für vieles mehr. Dr. Kleiminger und seine Kollegen im Taxinotfalldienst und den Notfallpraxen der KVH hielten ihnen zu Hause den Rücken frei. Denn ohne eine gesicherte Patientenversorgung würde wohl kein Arzt einfach seine Praxis schließen und seine Patienten vor der Tür stehen lassen.

(vo)

**Am 1. August 2006 - genau an Ihrem 20. Geburtstag - wird die alte Ausbildungsordnung zur Arzthelferin durch die Novellierung zur Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte / Medizinischer Fachangestellte ersetzt.**

Damit verbunden sind zahlreiche inhaltliche Änderungen der Ausbildung. Neben neuer inhaltlicher Schwerpunkte z.B. im Bereich Prävention, wie Gesundheitsvorsorge, Früherkennung von Krankheiten und die Gesundheitsförderung, spielen auch die Bereiche Hygiene, Arbeitsschutz und Notfallmanagement eine wichtige Rolle.

Weitere Neuerungen ergeben sich aus den veränderten Versorgungsstrukturen und Rahmenbedingungen im ambulanten Gesundheitswesen. Im Vergleich zur Arzthelferin aus dem Jahr 1985 haben Praxisorganisation und -verwaltung, die Gestaltung von Kooperationsprozessen, die systematische Planung von Arbeitsabläufen, Qualitätsmanagement sowie die

Nutzung moderner Informations- und Kommunikationssysteme unter Beachtung von Datenschutz und Datensicherheit sehr an Bedeutung zugenommen und spielen ebenfalls in der neuen Ausbildung eine wesentliche Rolle.

Auch an der Didaktik und Methodik der Ausbildung wird sich einiges ändern: In den Berufsschulen wird der Fachunterricht durch Lernfelder abgelöst und die Ausbildung im Arztbetrieb wird handlungs- und prozessorientiert.

„Es geht darum, den Jugendlichen Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln, die es ihnen ermöglichen, Aufgaben selbstständig zu planen, durchzuführen und zu kontrollieren und ihr Handeln im betrieblichen Gesamtzusammenhang zu erfassen,“ so Claudia Magyar, Präsidentin des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen. „Damit ist der Beruf anspruchsvoller und auch für gute Schulabgängerinnen viel interessanter geworden.“

(Pressemitteilung des BdA)

## Neues Curriculum für Arzthelferinnen in Hausarztpraxen

**Arzthelferinnen sollen sich bald für spezialisierte Arbeiten in der Hausarztpraxis weiterbilden können.**

Wie die Ärzte-Zeitung berichtete, arbeitet der Deutsche Hausärzteverband mit dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen (BdA) an einem Curriculum für die Fortbildung zur medizinischen Assistentin.

Robert Festersen, Geschäftsführer des Hausärzteverbandes hofft, dass



er nach den Sommerferien ein fertiges Konzept vorlegen kann. Zur Zeit wird ein Lernzielkatalog erstellt, der unter anderem die Bereiche Krankheitslehre, Praxismanagement, Geriatrie und Prävention umfasst. Neben der Anerkennung externer Anbieter soll auch die praxisinterne Fortbildung anerkannt werden.

Nach der bisherigen Planung wird das Curriculum 160 Stunden umfassen. Die Fortbildung besteht aus einem Pflichtteil von 280 Stunden und einer 120-Stunden-Ergänzung in Bereichen wie Onkologie und Pneumologie.

Ziel sei es, eine Weiterqualifizierung der Arzthelferinnen zu fördern, um die Kompetenz der Praxismitarbeiterinnen zu steigern und somit eine Ausweitung der delegierbaren Leistungen zu ermöglichen. (vo)

# Rundum informiert aus einer Hand

## Das Infocenter der KVH

**M**it Einführung der „Kassengebühr“ gab es erstmals eine zentrale Rufnummer im Hause der KV Hamburg. Unter 22802-900 stellten sich die Mitarbeiterinnen neben der täglichen Arbeit den Fragen von Praxismitarbeiterinnen, Ärzten, Patienten, Krankenhäusern und versuchten das neue Procedere mit der Beantwortung hilfreich zu unterstützen. Ein Jahr später, mit Einführung des EBM 2000plus, gewann der heiße Draht in die KV zunehmend an Bedeutung. Für eine schnelle Antwort auf Fragen aus der Praxis und Unterstützung bei der Umsetzung der neuen Gebührenordnung erweiterte die KV den Pool der Mitarbeiterinnen.

Ein Großteil der Hamburger Praxisteams fand es gut und die KV-Mitarbeiter auch.

Auf Grund dieser positiven Erfahrungen und mit Blick auf die vielen zukünftigen gesetzlichen und arztrechtlichen Veränderungen, die uns die Politik noch bescheren wird, hat der Vorstand der KV Hamburg beschlossen, diesen Service für seine Mitglieder auszubauen.

Das Infocenter der KV Hamburg - ab 1. Juli für Sie da

Viele kennen die zentrale Rufnummer 22802-900 schon. Ab dem 01.07.2006 erreicht man hier nun das Infocenter der KV Hamburg. Vier Mitarbeiterinnen stehen den Anrufern mit gutem Rat zur Seite und kennen sich im Metier der KV-

Themen bestens aus. Natürlich gibt es auch Fälle, bei denen die Antwort nicht sofort auf der Hand liegt. Dann klären die Damen das Problem und rufen zurück.

Bei Fragen, die praxisbezogene Arbeitsunterlagen benötigen (z. B. Widersprüche) oder Fragen, die nur mit den detaillierten Fachkenntnissen der zuständigen Fachabteilung beantwortet werden können, wie z. B. Fragen zu Arzneimitteln, helfen Ihnen auch zukünftig die Ihnen bereits bekannten Mitarbeiter/innen. Sollten Sie sich einmal nicht ganz sicher sein, wer der zuständige Ansprechpartner ist, wird Ihnen das Infocenter auf jeden Fall weiterhelfen und Ihnen den richtigen Ansprechpartner vermitteln.

Betreut werden Sie im Infocenter von vier Mitarbeiterinnen, die vorher in einer der Abrechnungsabteilungen tätig waren. Katja Egbers, Heike Kühnel, Sandy Kupferschmidt und Monique Laloire unter der Leitung von Stefan Möllers freuen sich

auf Ihre Fragen und helfen Ihnen gerne weiter.

Die Antworten auf Ihre Fragen, die Sie an das Infocenter gerichtet haben, erhalten Sie auf dem von Ihnen gewünschten Wege. Entweder telefonisch, per Email, per Telefax oder auch per Post. Auf dem gleichen Weg können Sie das Infocenter erreichen.

Telefonisch erreichen Sie das Infocenter zu den folgenden Sprechzeiten:

**Montags, Dienstags  
und Donnerstags von  
8.00 Uhr bis 17.00 Uhr  
Mittwochs zwischen  
8.00 Uhr und 12.30 Uhr  
und Freitags von  
8.00 Uhr bis 15.00 Uhr.**

Anfragen per Email oder Telefax erreichen das Infocenter rund um die Uhr.

(mö)



*Die Gesichter zu den Stimmen  
(von links):  
Monique Laloire,  
Katja Egbers,  
Stefan Möllers,  
Sandy Kupferschmidt,  
Heike Kühnel*

## Erhalten Sie Ihre Informationen aus erster Hand von Ihrem persönlichen Ansprechpartner!

### Wir freuen uns auf Sie!

**Infocenter der Kassenärztlichen  
Vereinigung Hamburg**

Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

Telefon: 040 – 22 802 -900  
Telefax: 040 – 22 802 -885

E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)  
[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)

Montags, Dienstags  
und Donnerstags von  
8.00 Uhr bis 17.00 Uhr  
Mittwochs zwischen  
8.00 Uhr und 12.30 Uhr  
und Freitags von  
8.00 Uhr bis 15.00 Uhr.

## Fallsammlung und Selbstüberprüfung

# Kurative Mammographie

**Beurteilung von Mammographieaufnahmen nach Anlage IV Abschnitt 2 § 5 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gem. § 135 Abs. 2 SGB V – Verfahren zur Fortbildung durch kontrollierte Selbstüberprüfung –**

In Hamburg finden derzeit die Rezertifizierungen für diejenigen Ärzte statt, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung für die kurative Mammographie von der KVH erhalten haben.

Diese Ärzte kommen seit 2002 in regelmäßigen Abständen in die Räume der KVH, um sich einer Prüfung (Fallsammlung) zu unterziehen, damit die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Mammographie weiter für den Arzt bestehen bleibt.

Nach Abschnitt 2 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 in der Fassung vom 01. August 2005 sind

alle Ärzte mit einer Genehmigung für die Mammographie dazu verpflichtet, in einem Abstand von zwei Jahren an der so genannten Selbstüberprüfung (Fallsammlung) nach Anlage IV, Abschnitt 2 teilzunehmen.

In Hamburg gibt es zurzeit 58 Radiologen bzw. Gynäkologen in 26 Praxen, die eine Mammographie Genehmigung von der KVH erhalten haben.

Diese Ärzte haben in den Räumen der KVH max. sechs Stunden Zeit, um sich 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen anzusehen und selbständig zu beurteilen. Danach hat der Arzt max. zwei Stunden die Möglichkeit, anhand eines Lösungsbogens und einer Kopie seines Beurteilungsbogens seine vorgenommenen Ergebnisse selbst zu überprüfen.

Der original Beurteilungsbogen wird zur Auswertung an die Kooperationsgemeinschaft Mammogra-

phie nach Köln versandt. Diese teilt dann das Ergebnis der Prüfung der KVH schriftlich mit. Nach erfolgreicher Prüfung erhält der Arzt ein Zertifikat über die Teilnahme von der KVH.

Besonders hervorzuheben ist hierbei, dass bislang alle Ärzte, die an der Fallsammlung teilgenommen haben, diese sehr erfolgreich beurteilt haben. So ist erfreulicherweise die Qualität der Ärzte, die in Hamburg eine Mammographie durchführen, als besonders hoch zu bewerten.

**Ihre Ansprechpartner:**  
**Frau Hanau Tel.: 22 802-573**  
**Frau Pudler Tel.: 22 802-631**  
**Abteilung Qualitätssicherung**

## Kassen(Praxis-)gebühr: Neues Gesetz im Sommer

### Zahlungsverweigerer sollen 70 Euro Gerichtskosten zahlen

Patienten, die die Kassengebühr nicht zahlen, werden künftig kräftig zur Kasse gebeten. Wie die Berliner Zeitung berichtete, bereitet Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) derzeit eine Gesetzesänderung vor, mit der die Kosten für Mahnung und Eintreibung der Kassengebühr vom säumigen Versicherten zu zahlen sind. Während hartnäckige Zahlungsverweigerer bislang nichts zu befürchten hatten, müssten sie künftig zusätzlich zur ausstehenden Kassengebühr von zehn Euro mindestens 70 Euro zahlen.

Die geplante Gesetzesänderung, die an das Gesetz zur Bekämpfung des Ärztemangels angehängt ist, ändert dann entscheidende Rechtsvorschriften. Damit erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, die Praxisgebühr nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung im Mahnverfahren vor einem Amtsgericht geltend zu machen. Der dann ausgestellte ge-

richtliche Mahnbescheid kann anschließend vom Gerichtsvollzieher vollstreckt werden. Die Gesetzesänderung soll Mitte des Jahres in Kraft treten, gilt aber nicht rückwirkend.

#### Mahnbescheid vom Amtsgericht erhöht Kosten erheblich

Zahlt der Patient die Kassengebühr nicht, folgen künftig nach einer ersten Mahnung vom Arzt weitere Aufforderungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Auf diese sollte er reagieren, denn der dann beim Amtsgericht erwirkte gerichtliche Mahnbescheid wird teuer. Zu den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen in Höhe von bis zu 20 Euro kommen Gerichtsgebühren von rund 53 Euro. Verweigert der Versicherte weiterhin die Zahlung, wird der Mahnbescheid vollstreckt. Dabei entstehen weitere Gerichtskosten von fast 20 Euro.

Legt der Betreffende gegen den Mahnbescheid Widerspruch ein, wird das Verfahren wieder bei den Sozialgerichten geführt. Um zu verhindern, dass das Verfahren ohne ausreichende Begründung geführt wird, soll nach Vorstellung von Schmidt der säumige Zahler auch diese Gerichtskosten tragen. Sie betragen mindestens 150 Euro.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßte die Pläne der Gesundheitsministerin.

„Sie ist ein Beitrag zur Patientengerechtigkeit, weil verhindert wird, dass einige Wenige das Solidarsystem zu Lasten der ehrlichen Zahler ausnutzen“, sagte der KBV-Vorstandsvorsitzende Andreas Köhler.

Die Kassengebühr war im Rahmen der Gesundheitsreform 2004 eingeführt worden. Sie muss von den Patienten einmal im Quartal bezahlt werden. Im vergangenen Jahr betragen die Einnahmen rund 1,6 Milliarden Euro. (Hr)

## Für Sie in der VW

### Dr. med. Ursula Diestel



**Geburtsdatum:** 10.03.1953

**Familie:** zwei Kinder

**Fachrichtung:** Allgemeinmedizin

**Weitere Ämter:** Berufsbildungsausschuss der Ärztekammer Hamburg, Fachausschuss Hausärzte der KVH

**Hobbys:** Segelfliegen, Tennis, Lesen, Theater

#### 1. Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

- 1980 Approbation
- 1985 Niederlassung

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

- Verbesserung der Bedingungen für Kassenärzte
- Verminderung der Administration
- Stabilisierung der Honorarsituation
- Erhaltung der Kassenarztstätigkeit, da die Politik diese abschaffen will

#### 3. Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitswesen in zehn Jahren?

Ich befürchte, dass das Gesundheitswesen im Zuge der Vereinheitlichung Europas an Qualität abnehmen wird. Noch haben wir das beste Gesundheitswesen in Europa. Ich denke, dass die KVen abgeschafft werden, was ich persönlich sehr schade finde. Die KVen ver-

richten eine gute Arbeit, die kaum ein anderes Unternehmen ersetzen kann.

#### 4. Welchen Politiker würden Sie gerne treffen und was würden Sie fragen?

Frau Merkel. Ich möchte wissen, was für Vorschläge die CDU zur Familienpolitik und zur Sicherung der sozialen Systeme hat. Ich finde, dass die Versorgung junger Menschen Vorrang haben sollte, denn die Jugend sichert unsere Versorgung in der Zukunft.

#### 5. Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?

Ich möchte meinen ärztlichen Beruf so ausüben, wie meine ethische und moralische Auffassung mir das sagt/erlaubt. Ich möchte nicht mehr über Budgets und Ähnliches nachdenken müssen und will frei sein von Verwaltung und Bürokratie, um mich besser meinen Patienten widmen zu können.

### Carlos Keller



**Geburtsdatum:** 26.11.1958

**Fachrichtung:** Allgemeinmedizin

**Weitere Ämter:** Vertreter in der Ärztekammerversammlung, 3. Vorsitzender im Diabetesschulungsverein HH-Nord-Ost

**Hobbys:** Digitalfotografie, Computer

#### 1. Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

- 1977 Abitur am Gymnasium Meiendorf in Hamburg
- 1977 bis 1984 Studium in Hamburg
- seit 1988 in Hamburg niedergelassen
- seit 1993 in einer Gemeinschaftspraxis

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

- Konstruktive Mitarbeit bei allen, insbesondere die Hausärzte betreffenden Angelegenheiten
- Abbau von Bürokratie
- Gerechte Honorierung für die Arbeit der Ärzte

#### 3. Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitswesen in zehn Jahren?

Meine gegenwärtige Prognose ist:

- Die Fachärzte sind verstärkt in Medizinischen Versorgungszent-

ren / Krankenhäusern tätig.

- Weiteres Ausbluten der Hausärzte im Sinne einer Barfuß- und Sparmedizin.
- Zunahme der Praxisinsolvenzen – möglicherweise Kostenerstattung als Ausweg.

#### 4. Welchen Politiker würden Sie gerne treffen und was würden Sie fragen?

Nicht noch einmal würde ich Ulla Schmidt treffen wollen. Sinnvoll wäre es gesundheitspolitisch tätige Bundestagsabgeordnete am Alltag im Gesundheitswesen teilhaben zu lassen.

#### 5. Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?

In einem Gesundheitswesen arbeiten, wo es harte Euro gibt oder eine Millionen im Lotto gewinnen und nichts mehr mit Medizin zu tun haben.

Fotos: Michael Zapf

## Neugründung soll Reformen der vertragsärztlichen Vergütung erleichtern

# Bewertungsausschuss gründet eigenes Institut

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (SpK) haben am 17.5.2006 das Institut des Bewertungsausschusses gegründet.**

Dieses soll die gesetzlich vorgesehene Einführung von morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen (RLV) in die vertragsärztliche Versorgung und die Weiterentwicklung der Vergütungssystematik unterstützen.

Im Kern hat das Institut zwei Aufgaben. Zum einen ist das die Pflege und Weiterentwicklung eines Patientenklassifikationsverfahrens. Dieses soll die zuverlässige Abschätzung des Versorgungsbedarfs der Versi-

cherten ermöglichen. Zum anderen übernimmt das Institut Analysen und Berechnungen für die Anpassung von Gebührenordnungspositionen und Sachkostenpauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), dem Gebührenverzeichnis für die ambulante Versorgung.

Das Institut hat die Organisationsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Träger sind die Spitzenverbände und die KBV. Geschäftsführer ist der Diplom-Mathematiker Peter Reschke, bisheriger Leiter der Statistikabteilung am Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung. Ihn unterstützen ein Fachbeirat und ein Verwaltungsbeirat. Der Haushalt wird von den

Trägern finanziert. Seine Arbeit an den morbiditätsorientierten RLV soll das Institut Mitte dieses Jahres aufnehmen, die am EBM Anfang 2007. Es wird ausschließlich im Auftrag des Bewertungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen tätig.

Die SpK und die KBV wollen mit dem neuen Institut die komplexen gesetzlichen Vorgaben zur Vergütung zeitnah umsetzen. Ähnlich wie bei der Einführung der Fallpauschalen in der stationären Versorgung ist die gemeinsame Selbstverwaltung der Auffassung, dass durch die neue Institutsgründung eine professionelle Weiterentwicklung und Anwendung des Patientenklassifikationssystems erreicht werden.

## KBV wird Konzept für Honorarreform vorlegen

„Sie haben die Chance, Vorschläge bis zum 31. Dezember 2006 vorzulegen“, hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in der vergangenen Woche auf dem Deutschen Ärztetag in Magdeburg gesagt. Die KBV wird diese Chance, ein eigenes Konzept zur Honorarreform der vertragsärztlichen Vergütung vorzuschlagen, nutzen – und zwar schnell. „Schon lange arbeiten wir an einer neuen Gebührenordnung. Wir können deshalb schon bald – und zwar noch während der aktuellen Debatte der Arbeitsgrup-

pe der Koalition zur Gesundheitsreform – der Ministerin unser Konzept präsentieren“, kündigte heute gemeinsam in Berlin der KBV-Vorstand, Dr. Andreas Köhler und Ulrich Weigeldt, an. „Entbürokratisierung, Transparenz und feste Preise für Ärzte“ werde das neue Konzept mit sich bringen. Auch die Patientenorientierung sei enthalten. „Feste Preise in Euro und Cent sind eine alte Forderung der KBV. Die Budgets müssen so schnell wie möglich weg. Zudem muss das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen.

Daran wollen wir arbeiten“, erklärten Köhler und Weigeldt.

(KBV-Pressemitteilung, 30. Mai)

### Vertragsarztrecht: KBV will Wettbewerbsvorteile für Kliniken verhindern

Der aktuelle Entwurf des Gesetzes zur Änderung der Vertragsarztrechts (VÄndG) ist nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwar in weiten Teilen positiv zu beurteilen. Sie hat in einer ausführlichen Stellungnahme zu dem Entwurf nun jedoch auch mehrere Kritikpunkte aufgeführt und konkrete Änderungsvorschläge gemacht. Die KBV fordert darin vorrangig Präzisierungen der geplanten Neuregelungen, die ein Ungleichgewicht in der Wettbewerbssituation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten vermeiden sollen.

(KBV Kompakt24v140606)

## Referendum der Vertragsärzte

Die Gesundheitspolitik mit ihren mannigfaltigen Reformen und Versuchen das Gesundheitssystem zukunftstauglich zu machen, drängen die KVen immer mehr in die Rolle des Mangelverwalters. Die KVen selbst sehen sich jedoch nicht nur als verlängerter Arm des Staates, sondern von jeher als Interessensvertretung ihrer Mitglieder, der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Diese wollen sie wirksam wahrnehmen und nicht nur

als Erfüllungsgehilfen des Bundesministeriums für Gesundheit viele belastende Regelungen umsetzen. Doch wie weit gehen die Mitglieder auf diesem Weg mit? Mit dem geplanten Referendum der Vertragsärzte, möchten die KBV und die KVen sich der Unterstützung ihrer Ziele durch ihre Mitglieder versichern. Die geplante Stichprobenerhebung soll voraussichtlich im Herbst erfolgen.

(Hr)

## Kassengebühr (Praxisgebühr) - zahlen oder nicht zahlen?

### Die Kassengebühr muss nicht gezahlt werden, wenn...

- Ihr Patient Ihnen eine quartalsaktuelle **Überweisung** vorlegt,
- Ihr Patient **jünger als 18 Jahre** ist,
- Ihr Patient ausschließlich im Rahmen der **Prävention, Mutterschaftsvorsorge oder Schutzimpfung** kommt,
- Ihr Patient die **Kostenerstattung** nach § 13 SGB V gewählt hat,
- Ihr Patient **Anspruchsberechtigter** im Rahmen der sonstigen Kostenträger (Asylstellen, Sozialamt mit Krankenschein, Postbeamtenkrankenkasse, Bundesversorgungsgesetz, Bundeswehr, Zivildienst, Polizei, Bundespolizei) ist,
- Ihr Patient Ihnen eine aktuelle **Befreiung** von der Krankenkasse vorlegt,

- Ihr Patient innerhalb des Quartals seine **Krankenkasse gewechselt** und bereits im laufenden Quartal vor dem Kassenwechsel die Gebühr entrichtet hat,

- Ihr Patient Ihnen eine gültige **Quittung** von folgenden Leistungserbringern vorlegt:

- Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Ihrem Praxisvertreter

Die KV Hamburg hat hier die häufigsten Sachverhalte aufgeführt, in denen die Kassengebühr gezahlt oder nicht gezahlt werden muss. Diese Aufstellung ist nicht vollständig.

### Die Kassengebühr muss gezahlt werden, wenn...

- Ihr Patient **älter als 18 Jahre** ist und einer Primär- oder Ersatzkasse angehört oder Sozialhilfeeempfänger mit Krankenversichertenkarte ist,
- Ihr Patient **keine quartalsaktuelle Überweisung** vorlegt,
- Ihr Patient **keine Zahlungsbefreiung** seiner Krankenkasse vorlegt,
- Ihr Patient **keine Kostenerstattung** gewählt hat,
- Ihr Patient **nicht ausschließlich zur Prävention, Mutterschaftsvorsorge oder Schutzimpfung** kommt,
- Ihr Patient **keine Quittung des aktuellen Quartals** eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat, die als Überweisungsersatz dient.

