

KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 4/2007



Honorarreform

Wann kommt mehr
Geld ins System?

EBM 2008

Zwischenschritt auf dem Weg zur
Euro-Gebührenordnung

Seite 5

Versorgungszentren

Klinikträger und Investoren kaufen
Arztstühle auf

Seite 21

Bürokratie

Überregulierung treibt Vertragsärzte
zur Verzweiflung

Seite 24

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 wieder.

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Satz:
Headquarters Hamburg, www.hqhh.de
Titelmontage: Christian Arlt

Redaktionsschluss: 26. November 2007

E-Mails an die Redaktion

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

E-Mail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Inhalt

Schwerpunkt

- Nachgefragt: Was halten Sie von der Honorarreform? 4
 Der EBM 2008 ist eine Zwischenstation. Wie geht es weiter? 5
 KBV-Chef Dr. Andreas Köhler in Hamburg: „Wir müssen dokumentieren, was wir tun.“ 7

Versorgungsformen

- „Dann machen wir es selbst.“ Interview mit den neuen Besitzern der Jerusalem-Klinik, Dr. Timm Schlotfeldt und Prof. Dr. Eckhard Goepel 8

Aus der Praxis für die Praxis

- Fragen und Antworten 10
 Asylbewerber: Kein DMP und keine HPV-Impfung / Ergänzungsvereinbarung TK und GEK / Praxisgebühr: Neue Symbolnummer 80034 11
 DMP-Dokumentationen ab April nur noch elektronisch / „Besonderer Abrechnungsschein“ der AOK 12

Rundschreiben

- DMP-Qualitätsberichte im Internet 12

Abrechnung

- Elektronische Abrechnung ab 2009 verpflichtend / Abgabe der Abrechnung IV. Quartal 2007 / Altquartalsscheine 13

Qualitätsmanagement

- Umfrage: Viele Hamburger Praxen haben QEP bereits eingeführt / Aktualisierung der QEP-Begleitpublikationen 14

Qualitätssicherung

- Hoher Qualitätsstandard bei Mammographie / Röntgen: Rechtfertigende Indikation nicht vergessen! / Neuer Röntgen-Film hat andere Eigenschaften / Ringversuche für Laborleistungen 15

Brennpunkt Arznei

- Ist die Überlegenheit „atypischer Neuroleptika“ ausreichend belegt? 16
 Wirkstoff AKTUELL zu Quetiapin 17
 Ausstellung von Wiederholungsrezepten / Teilung von Fentanylpflastern 19

Forum

- Wie sich die Hamburger Versorgungslandschaft verändert 20
 MVZ: Kliniken und Investoren machen Jagd auf Arztsitze 21
 MVZ: Ankauf von Arztsitzen durch Kliniken - was können wir tun? 22
 Paragraf 116b: Wie die AOK zur Öffnung von Kliniken für die ambulante Versorgung steht - Interview mit Wilfried Jacobs 23
 Bürokratie: Vertagsärzte verzweifeln an ihrem Beruf 24

Berliner Seiten

- Nachwuchsmangel in der ärztlichen Versorgung / Unnötige Krankenhausaufenthalte / Gewalt gegen Kinder 26
 Meldepflicht für „selbstverschuldete Krankheiten“ / Übertragung ärztlicher Aufgaben an Pflegekräfte / Telekommunikationsüberwachung 27

KVH intern

- Gesundheitsforum / Selbsthilfeforum / Demo gegen „Psychiater-Notstand“ in Harburg / Patientenberatung plus 28

Steckbriefe

- Für Sie in der Vertreterversammlung 29

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!



Es ist wie bei einem Schachspiel: Die im EBM 2008 erreichte Punktzahlsteigerung ist ein erster Schritt, der sich noch nicht unmittelbar auszahlt, die Ärzte und Psychotherapeuten aber in eine gute Position bringt, wenn das System 2009 auf harte Euro umgestellt wird.

Die spielentscheidenden Züge folgen im Jahr 2008, wenn Orientierungspunktwert und Euro-Gebührenordnung festgelegt werden.

Auf dem Weg dorthin gibt es einige Zumutungen. Schon bei der Umsetzung des EBM 2008 wird die Zeit knapp, weil Änderungen des Verteilungsmaßstabes im hausärztlichen Bereich notwendig sind.

Bei Redaktionsschluß dieser Ausgabe des KVH-Journals waren die entsprechenden Verhandlungen mit den Kassen noch nicht abgeschlossen. Über die Ergebnisse werden wir Sie deshalb im KVH-Telegramm und im Internet (www.kvhh.de) auf dem Laufenden halten. Wir bitten Sie, diesen Medien Beachtung zu schenken.

Trotz der turbulenten Zeiten wünsche ich Ihnen ein erholsames und glückliches Weihnachtsfest und alles Gute für das kommende Jahr.

Ihr
Dieter Bollmann



Im hausärztlichen Versorgungsbereich hat sich die Honorarstruktur am grundlegendsten geändert. Dennoch hätten wir uns gewünscht, dass einige Punkte konsequenter umgesetzt worden wären. Die Mehrheit der Hamburger Hausärzte hatte sich beispielsweise für eine weitergehende Pauschalierung ausgesprochen. Auch eine größere Differenzierung der Versichertenpauschalen wäre wünschenswert gewesen. Ein 60-jähriger Patient ist anders zu behandeln als ein schwerstkranker 70-Jähriger. Unterm Strich ist das Verhandlungsergebnis aber eine tragfähige Basis. Jetzt kommt es darauf an, was wir und unsere Landesvertretung daraus machen. Letztlich wird das Jahr 2008 nur etwas mehr Bürokratie bringen, erst in 2009 könnte es zu einer Verbesserung der hausärztlichen Honorierung kommen. Insgesamt: gedämpfter Optimismus.

Volker Lambert, Sprecher des beratenden Fachausschusses Hausärzte

Nachgefragt

Was halten Sie von den Verhandlungsergebnissen zur Honorarreform?



Die ärztliche Bescheidenheit hat sich nicht ausgezahlt. Wenn über Jahrzehnte hinweg die nötigen Honorarerhöhungen ausbleiben, ist der Bedarf am Ende so groß, dass alle sagen: Ihr fordert viel zu viel! Nun soll es also zehn Prozent mehr Honorar geben. Besser als nichts, aber zu wenig, um die Unterfinanzierung von 30 Prozent auszugleichen. Sollte sich aber abzeichnen, dass die versprochene Honorarerhöhung durch Rechen Spiele

verhindert wird, kann sich die Politik auf massive Ärzteproteste im angehenden Bundestagswahlkampf einstellen. Gleiches gilt für die ab sofort regelmäßig mit Macht einzufordernden Honorarverbesserungen in den nächsten Jahren.

Die Teilpauschalisierung im neuen EBM ist nicht im Interesse der Fachärzte. Die Politik wünscht sich eine pauschalisierte Systematik, weil weder die tatsächlich erbrachten Leistungen noch die Morbidität darin abgebildet sind. Will man das System, wie geplant, auf einen Morbiditätsbezug umstellen, ist die Entwicklung zu mehr Pauschalierung also kontraproduktiv. Im fachärztlichen Bereich ist sie auch weitgehend unterblieben. Die Darstellung unserer Leistungsfähigkeit und der von uns behandelten Morbidität kann nur mit Einzelleistungsabrechnung gelingen.

Dr. Dirk Heinrich, Sprecher des beratenden Fachausschusses Fachärzte



Die P-Fächer sind von der Pauschalierung nicht betroffen. Psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Gesprächsleistungen bleiben Einzelleistungen. Das begrüßen wir. Positiv ist, dass die Ergebnisse der Kostenstudie für Praxen aus den P-Fächern zu einer Erhöhung der kalkulatorischen Betriebskosten im EBM geführt haben. Doch es bleiben für 2009 entscheidende Unwägbarkeiten: Grundsätzlich sind alle zeitgebundenen „Gesprächsziffern“ – und damit die wesentlichen Ziffern in unseren Fächern – in ihren Punktzahlen zu niedrig, um den zu erwartenden Orientierungspunktwert auszugleichen. Zusätzlich hat das GKV-WSG die Gewährleistung einer angemessenen Vergütung für psychotherapeutische Leistungen je Zeiteinheit in den EBM verlagert. Insbesondere die unzureichenden Punktzahlen für diese Leistungen stellen nicht sicher, dass der EBM diese gesetzlichen Vorgaben ab 2009 erfüllt.

Es bleibt sehr kritisch abzuwarten, ob und wie die KBV sich im verbleibenden Jahr 2008 noch für die Einhaltung dieser gesetzlichen Vorgaben einsetzt, zum Beispiel durch eine relative Höherbewertung oder einen Zuschlag für psychotherapeutische Leistungen durch den Bewertungsausschuss. Wir erwarten ein deutliches Signal von der KBV, dass die Behandlung psychischer Krankheiten von ihr genauso ernst genommen wird wie die Behandlung somatischer Krankheiten.

Christa Prieß, Sprecherin des beratenden Fachausschusses Psychotherapie

Honorarreform: EBM 2008 ist der erste Schritt

Drei politische Ziele der Ärzteschaft sind in greifbare Nähe gerückt: die Euro-Gebührenordnung, die Durchlöcherung des Budgets und die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Kassen.

Pünktlich am Reformationstag hat der Bewertungsausschuss den EBM in neuer Fassung vorgelegt.

Um die Gestaltung des Leistungsverzeichnisses und mehr noch um die Punktzahlbewertung der aufgelisteten Leistungen wurde zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Bundesverbänden der Krankenkassen heftig gerungen; die Punktzahlbewertung musste schließlich der Erweiterte Bewertungsausschuss unter dem Vorsitz von Prof. Jürgen Wasem vornehmen, weil eine Einigung nicht möglich war.

Höhere Punktzahlen

Die größten strukturellen Änderungen ergeben sich für die Hausärzte. Sie rechnen künftig mit einer Versichertenpauschale ab, die mehr als 80 Prozent der von Hausärzten erbrachten Einzelleistungen umfasst.

Daneben gibt es Zuschläge für chronisch kranke Patienten. Wenn Hausärzte eine Genehmigung für die psychosomatische Grundversorgung erwerben, bekommen sie einen Qualitätszuschlag.

Im fachärztlichen Bereich wurden die Gesprächsziffern und diejenigen Leistungen, die in praktisch allen Fällen abgerechnet worden waren, in die jeweiligen Konsultationspauschalen einbezogen. Ansonsten wurden lediglich punktuelle Änderungen in einzelnen Kapiteln vorgenommen.

(Siehe dazu das KVH-Telegramm vom 5. November 2007)

Immerhin ist im Durchschnitt ein Mehr an Punktzahlen von circa 13 Prozent herausgekommen – 21 Prozent bei den Hausärzten und 5,38 Prozent bei den Fachärzten, wobei dies bei den einzelnen Fachgruppen sehr unterschiedlich zu Buche schlägt.

Diesem Mehr an Punktzahlen steht im Jahr 2008 noch kein entsprechend

höherer Betrag an Gesamtvergütung gegenüber. Vielmehr bleibt es für 2008 bei der stringenten, an der Entwicklung der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter der gesetzlich Krankenversicherten orientierten Budgetierung. Dies bedeutet für die einzelne Arztpraxis, dass in den Quartalen des Jahres 2008 noch mehr Leistungspunkte nicht vergütet werden als zuvor und dass das praxisindividuelle Budget noch früher erschöpft ist als bisher.

dass die Honorare ab 2009 steigen. Die KBV rechnet derzeit mit einem durchschnittlichen Honorarplus von mindestens zehn Prozent.

Regionale Anpassung

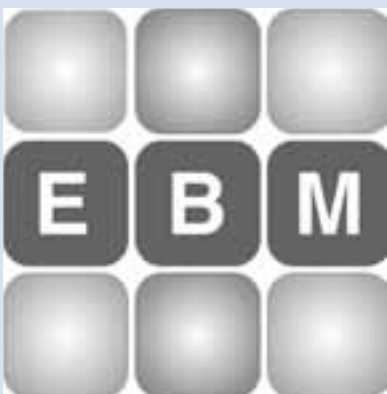
Der Gesetzgeber hat im "Wettbewerbsstärkungsgesetz" aufgezeigt, wie er sich den allmählichen Ausstieg aus der Budgetierung und die Rückübertragung des Morbiditätsrisikos auf

Die Hängepartie 2008 ist die Voraussetzung dafür, dass die Honorare ab 2009 steigen.

die Krankenkassen vorstellt. Nachdem der EBM den gesetzlichen Pauschalierungsauftrag für die hausärztliche Versorgungsebene weitgehend umgesetzt hat und auch im fachärztlichen Versorgungsbereich die Grundpauschale eingeführt wurde, ist der nächste Schritt die Einführung der Euro-Gebührenordnung zum 1. Januar 2009.

Die Euro-Gebührenordnung wird die Abrechnung nach dem EBM ablösen und entsteht 17 mal in Deutschland: In jedem KV-Gebiet werden die Punktzahlen des EBM mit dem regional anzupassenden Orientierungs-

Diese einjährige „Hängepartie“ ist aber die Voraussetzung dafür,



Infos zum EBM 2008

Die KV Hamburg veranstaltet am 12. Januar 2008 einen Infomarkt zum neuen EBM. Die Einladung hierzu wird Ihnen noch zugesandt.

Die offizielle Veröffentlichung des EBM 2008 erfolgte per CD-Rom im *Deutschen Ärzteblatt* Nr. 46 vom 16. November 2007. Der Ausgabe des *Deutschen Ärzteblatts* Nr. 50 liegt eine erläuternde Broschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bei.

Die Buchfassung des neuen EBM kann während der Abgabe der Abrechnungsunterlagen im Ärztehaus abgeholt werden. Für jeden Hamburger Vertragsarzt und -psychotherapeuten liegt ein Exemplar bereit. Im Internet kann der neue EBM über die Homepage der KV Hamburg abgerufen werden (www.kvhh.de).

punktwert multipliziert und ergeben so die Bewertung der einzelnen Leistungen in Euro. Bei der Festlegung des regionalen Orientierungspunktwertes sind die KVen aber nicht frei; denn der Bewertungsausschuss legt jeweils bis zum 31. August eines Jahres (erstmalig bis zum 31. August 2008) für das Folgejahr einen bundesweiten Orientierungspunktwert samt der Kriterien für die regionale Anpassung fest.

Der regionale Punktwert ist dann zwischen den Hamburger Krankenkassen und der KV Hamburg jeweils bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbaren. Selbstverständlich grei-

fen auch hier die gesetzlich installierten Konfliktlösungsmechanismen „Erweiterter Bewertungsausschuss“ auf Bundesebene und Schiedsamt auf Landesebene.

Unterschiedliche Bewertungen

Für den Zeitraum ab 1. Januar 2010 sind die Orientierungspunktwerte mit Zu- beziehungsweise Abschlägen für Unter- und Überversorgung zu versehen. Damit soll ein Anreiz geschaffen werden, in bislang schlechter versorgten Planungsbereichen zu praktizieren. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass dabei für einen Übergangszeitraum danach zu differenzieren ist, ob es um die Vergütung von Ärzten geht, die bereits vor der erstmaligen Festlegung zugelassen waren (Altfälle), oder um Ärzte,

Abgestaffelte Preise

die erst danach ihre Zulassung erhalten haben. So wird eine Euro-Gebührenordnung entstehen, die jede Leistung mit drei verschiedenen Bewertungen vorsieht: für Planungsbereiche, die als überversorgt, normal versorgt oder unterversorgt definiert werden.

Ebenfalls bis zum 31. August 2008 muss der Bewertungsausschuss das Verfahren zur Berechnung von Regelleistungsvolumen festlegen. Mit diesem Verfahren determiniert er die Menge der zu den Sätzen der Euro-Gebührenordnung von einer

Praxis abrechnungsfähigen Leistungen; das Regelleistungsvolumen ist der Praxis durch die KV spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer (erstmalig also bis zum 30. November 2008 für das Jahr 2009) mitzuteilen, gleichzeitig sind die Leistungen anzugeben, die außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden.

Von einer Praxis abgerechnete Leistungen, die das Regelleistungsvolumen überschreiten, werden mit abgestaffelten Preisen vergütet. Die Abstufungsregelung ist den Praxen selbstverständlich ebenfalls mitzuteilen.

Für das Jahr 2009 wird neben diesen Mechanismen erstmalig auch die Gesamtvergütung nach Morbiditätskriterien vereinbart. Auch hierfür sieht das Gesetz eine Reihe von Vorgaben des

Bewertungsausschusses vor, die von den Krankenkassen und der KV auf der regionalen Ebene umzusetzen sind. Steigende Morbidität der Versicherten bedeutet dabei eine entsprechende Erhöhung der Gesamtvergütungen, die sich auch durch Anpassungen der Regelleistungsvolumen ausdrücken soll. Zur Messung der Morbidität wird ein Klassifikationsverfahren angewendet, das vom Bewertungsausschuss beschlossen ist und die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen sowie die damit verbundene Leistungsmenge als Parameter nutzt.

Als zunächst letzte Stufe der Honorarreform ist zum 1. Januar 2011 die Einführung arztgruppenspezifischer, diagnosebezogener Fallpauschalen im fachärztlichen Versorgungsbereich für die Behandlung von Versicherten-Gruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, vorgesehen. Näheres über diese Gruppen ist derzeit noch nicht bekannt.

Auswertung der Wirkungen

Die einzelnen Schritte der Honorarreform werden immer mit entsprechenden Auswertungen durch den Bewertungsausschuss begleitet, die auch dem Gesundheitsministerium zur Verfügung zu stellen sind. Das Bundesgesundheitsministerium hat dem Bundestag über die Ergebnisse der Reform insbesondere hinsichtlich der Steuerungswirkungen spätestens bis zum 30. Juni 2012 vorzutragen; der Gesetzgeber hat sich für diesen Zeitpunkt vorbehalten, bei entsprechender Wirkung gegebenenfalls die Bedarfsplanung heutiger Prägung zu beenden.

*Dieter Bollmann,
Vorstandsvorsitzender der
KV Hamburg*



Trotz der schwierigen Ausgangslage konnte die KBV durch ihre geschickte Verhandlungsführung ein respektables Ergebnis erzielen. Wir haben über alles eine Punktzahlsteigerung von rund 10 Prozent erreicht. Nun sind Punkte bekanntlich kein Geld, und bislang waren Punktzahlsteigerungen nicht entscheidend, weil sie nicht zu einer Honorarsteigerung führten. Ab 2009 jedoch wird sich die Punktzahlerhöhung für die niedergelassenen Ärzte in klingender Münze auszahlen. Bundesweit werden die Honorare insgesamt um rund 2,5 bis drei Milliarden Euro steigen. Einen solchen Honorarzuwachs hatten wir seit vielen Jahren nicht mehr zu verzeichnen. So gesehen hat sich die KBV im Interesse der deutschen Ärzteschaft sehr gut geschlagen.

Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg



Betonte die Rolle der Ärzteproteste bei der Durchsetzung der Honorarreform: Dr. Andreas Köhler in Hamburg

“Wir müssen belegen, was wir tun“

KBV-Chef Köhler forderte die Ärzte auf, ihre Leistungen künftig wieder detailliert zu dokumentieren.

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, ist sicher, dass die in der Honorarreform angelegte Einkommensverbesserung für Vertragsärzte um 10 Prozent ab 2009 tatsächlich kommen wird.

„Jeder weiß, dass mit dieser Reform ein finanzieller Mehrbedarf entstanden ist“, so Köhler auf der Sonder-Vereinsversammlung der KV Hamburg am 1. November 2007. Köhler erinnerte daran, dass Vertreter des Gesundheitsministeriums in Reaktion auf die Verhandlungsergebnisse von einer Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge gesprochen hatten.

„Die Erwartungen der Ärzte in dieser Hinsicht zu enttäuschen, ist für die Politik keine Option“, so Köhler. „Da würde ein kleines Streichholz genügen, um das gesamte ambulante System auseinander fliegen zu lassen.“

Unruhe an der Basis

Trotz einzelner Meinungsverschiedenheiten und Diskussionen: Dass die Verhandlungsstrategie der KBV erfolgversprechend und grundsätzlich unterstützenswert ist, wurde von den im Hamburger Ärztehaus versammelten Ärzten und Psychotherapeuten nicht angezweifelt. Auf eine Frage aus dem Publikum, wie man die Kollegen in der Durstphase bis 2009 bei der Stange halten könne, sagte Köhler: „Ich bin

nicht scharf darauf, Prügel zu beziehen, und ich bin kein Masochist. Aber eine ruhige Situation an der ärztlichen Basis ist in Verhandlungen, wie wir sie führen müssen, nicht immer von Vorteil.“ Die bislang erzielten Ergebnisse der Honorarreform seien nicht nur dem Verhandlungsgeschick der KBV, sondern vor allem den Ärzteprotesten des vergangenen Jahres zu verdanken.

Große Chance

Das Jahr 2008 werde für die Ärzte und Psychotherapeuten tatsächlich nicht einfach, räumte Köhler ein. So sei die Pauschalierung von Leistungen ab Anfang des Jahres eine Vereinfachung, erfordere aber unbedingt eine zusätzliche Dokumentation, um Menge und Qualität der erbrachten Leistungen darstellen zu können.

„Wir haben uns daran gewöhnt, dass es nicht lohnt, alle Leistungen aufzuschreiben“, sagte Köhler. „Im Jahr 2008 müssen wir unsere Leistungen wieder genau dokumentieren. Wenn wir nicht belegen, was wir tun, werden wir bei der Umstellung auf die Euro-Gebührenordnung 2009 nicht das Geld dafür bekommen.“

Erst mit den Euro-Gebührenordnungen auf regionaler Ebene werde es zu einer Entspannung der Honorarsituation kommen. Die Anpassung der Vergütung werde dann nicht nur

an den Behandlungsbedarf der Bevölkerung, sondern auch an die Betriebs- und Entwicklungskosten in den Praxen geknüpft.

Die große Chance der Reform besteht Köhler zufolge darin, nach 18 langen Jahren das ursprünglich als Provisorium gedachte System der Kopfpauschalen loszuwerden. Durch den Kassenwettbewerb seien die jungen, gesunden Menschen in Kassen mit niedrigen Beiträgen gewechselt.

Auch die durch die jüngste Gesundheitsreform ermöglichten Kostenersatzstarife seien vor allem für Junge und Gesunde attraktiv. Durch diese politischen Weichenstellungen gehe der ambulanten Versorgung viel Geld verloren, ohne dass die Vertragsärzte etwas dagegen unternehmen könnten. Werde das Kopfpauschalensystem abgelöst, zahlten die Kassen für dieselbe ärztliche Leistung zumindest dasselbe Honorar.

Mehr Nachholbedarf

Köhler verteidigte die im Vergleich zu den Facharztgruppen bessere Honoraranpassung für Hausärzte.

Wer dies kritisiere, so Köhler, solle sich die Honorarentwicklung der vergangenen Jahre im hausärztlichen Bereich ansehen. „Ich stehe dazu, dass die Hausärzte mehr Nachholbedarf haben.“ *mn*



Foto: zitzi.laf.com [M]

*Wollen eine Plattform für hochqualifizierte Spezialisten schaffen:
Dr. Timm Schlotfeldt (links)
und Prof. Dr. Eckhard Goepel*

„Dann machen wir es selbst“

Um den Standort zu sichern, haben Hamburger Ärzte das Jerusalem-Krankenhaus gekauft. Dr. Timm Schlotfeldt und Prof. Dr. Eckhard Goepel über die Risikoabwägung der Investoren, den Erfolg von Organzentren und die Vorteile einer von Ärzten gesteuerten Verwaltung.

Wie kommen Ärzte dazu, eine ganze Belegarzt-Klinik zu übernehmen?

Schlotfeldt: Das von uns gegründete Mammazentrum hat seinen operativen Bereich seit elf Jahren im Jerusalem-Krankenhaus. Mit der Möglichkeit, die Trägerschaft zu übernehmen, haben wir uns erst befasst, als das Haus ohnehin verkauft werden sollte.

Was ist passiert?

Goepel: Die alte Geschäftsführung hat die strategische Konzeption der Klinik lange Zeit den Ärzten überlassen. Schließlich fühlte sich dafür keiner mehr so recht verantwortlich. Es gab keine Pressearbeit, es wurde nicht mehr investiert. In eine finanzielle Schiefelage geriet das Haus, als es für Belegarzt-Leistungen deutlich weniger DRGs gab. Der Eigentümer der Klinik, das Diakoniewerk, verhandelte viele Monate lang mit Kaufinteressenten, die allerdings auch gleich eine Mehrheit am Mammazentrum übernehmen wollten. Wir wollten aber nicht fremdbestimmt sein. Deshalb haben wir gesagt: Dann machen wir es selbst.

Ist das nicht ein arg großer Brocken?

Schlotfeldt: „Ärzte kaufen Krankenhaus“ – das klingt so großartig. In Wahrheit handelt es sich um eine

GmbH, das Projekt ist überwiegend fremdfinanziert. Für die GmbH zeichnen Herr Dr. Berninghaus als Kaufmann und drei Ärzte verantwortlich. Uns stehen hochqualifizierte Berater und Anwälte zur Seite, die uns bei der Risikoanalyse geholfen haben. Wir bekämen große Probleme und wären furchtbar traurig, wenn das Projekt scheiterte - es geht ja auch um viele Arbeitsplätze. Wir glauben aber fest an das Konzept. Es hat auch die Investorengruppen überzeugt – so sehr, dass einige gefragt haben, ob wir nicht ein bisschen mehr Geld haben wollen. Das war eine erstaunliche Situation.

Um wie viel Geld geht es?

Goepel: Für den Kauf und die Modernisierung des Hauses investieren wir insgesamt zehn Millionen Euro.

Und was haben Sie vor?

Schlotfeldt: Wir planen eine stärkere Konzentration auf einige Disziplinen, die gut funktionieren. Diagnostik und Pathologie des Mammazentrums werden unter dem Dach des Jerusalem-Krankenhauses vereint. Die Orthopädie bleibt bestehen. Der stationäre Teil des Hauses wird von derzeit 80 Betten auf etwa 50 verkleinert. Im Erdgeschoss entsteht ein neuer Ambulanzbereich. Wir wollen

eine Plattform schaffen für hochqualifizierte Ärzte, die sich aus den großen Krankenhäusern heraustrauen und sagen: Ich schare jetzt gute Kollegen aus verschiedenen Fachbereichen um mich herum und bearbeite mit ihnen zusammen eine Diagnose.

Eine noch weitergehende Spezialisierung ist kaum möglich ...

Schlotfeldt: Die Konzentration auf eine einzige Diagnose hat Erfolg. Nehmen Sie das Beispiel Krebs. Die deutsche Krebsgesellschaft fordert Organzentren, und es gibt schon ganz klare Richtlinien, wie solche Zentren auszusehen haben. Wir können das schneller umsetzen als große Kliniken, in denen der klassische Chefarzt noch immer Vertreter des Gesamtfaches ist, was bedeutet: Er sollte eigentlich alles können. Ein Arzt, der ausschließlich ein bestimmtes Karzinom behandelt, hat darin normalerweise mehr Routine als ein Generalist. Die Patienten honorieren das.

Sind das Erfahrungen, die Sie auch mit dem Mammazentrum gemacht haben?

Goepel: Ja. Das Mammazentrum ist heute Marktführer in Hamburg und gehört zu den großen Zentren in Deutschland. Das liegt vor allem an

unseren Zuweisern, die Vertrauen zu uns und das Konzept damit unterstützt haben. Das Mammazentrum ist ein Verbund spezialisierter Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit einer von erstklassigem Pflegepersonal betreuten Bettenstation. Und nur in diesem Verbund können wir Erfolg haben.

Wie groß ist der Versorgungsanteil, den solche Modelle übernehmen könnten?

Goepel: Es muss natürlich weiterhin die großen Kliniken geben, in denen alle Disziplinen vorhanden sind. Wir sehen uns lediglich als Ergänzung und streben auch Kooperationen an. Wir sind eine „Portalklinik“ mit onkologischem Schwerpunkt für Diagnostik und umschriebenen Therapiebereichen. Dadurch werden viele Patienten generiert. Im Jerusalem-Krankenhaus gibt es keine multimorbiden oder schwerverletzten Patienten mit anderen Erkrankungen, es gibt keine Notfälle und kein Tatütata. Diese Ruhe trägt natürlich auch dazu bei, dass sich unsere Patientinnen trotz der unangenehmen Diagnose bei uns wohl fühlen.

Sie kennen auch andere Krankenhäuser, haben früher am UKE gearbeitet. Welche Vorteile hat ein von Ärzten geleitetes Haus?

Schlotfeldt: Wir kehrten dem UKE 1993 den Rücken, weil wir eine Verschiebung des Entscheidungsspielraums zwischen Ärzten und Verwaltung vorhersahen. Möglicherweise hatten die Chefärzte früher zu viel Spielraum, heute aber aus ärztlicher Sicht sicherlich zu wenig. Die Verwaltungen der großen und natürlich auch

der privatisierten Kliniken bürsten ihre Häuser auf Effizienz. Ein solches Phänomen ist auch bei Hotels zu beobachten, die von großen Hotelkonzernen übernommen werden. Bei diesen Hotels wird oftmals vergessen, dass der Gast im Vordergrund stehen sollte und man, um attraktiv zu bleiben, vielleicht auch mal einen Euro mehr ausgeben muss.

Bei den Kliniken muss natürlich der Patient im Mittelpunkt stehen. Und der Patientenzufriedenheit ist es durchaus zuträglich, wenn auch wir Ärzte eine gute Arbeitsatmosphäre haben und nicht an den Sparkommis-

*„Heutzutage
fressen nicht mehr
die Großen die
Kleinen, sondern
die Schnellen die
Langsamen.“*

saren verzweifeln. Das ist der Vorteil eines von Ärzten geführten Hauses: Wir haben einen Geschäftsführer, der von uns eingestellt wurde und dem wir die Marschrichtung vorgeben. In den meisten Krankenhäusern ist es umgekehrt.

Weshalb sollte die von Ärzten vorgegebene Marschrichtung effektiver

sein als diejenige von Verwaltungsprofis?

Goepel: Ärzte kennen die tatsächlichen Arbeitsabläufe besser als die Verwaltung und haben ebenfalls ein unmittelbares Interesse an effektiven Strukturen. Unsere Pathologen beispielsweise kontrollieren selbst mit der Stoppuhr, wie lange sie für Schnellschnitte brauchen. Sie wissen, dass wir im OP warten.

Ein anderes Beispiel ist die Kommunikation: Wir achten geradezu neurotisch darauf, dass die Zuweiser sofort den OP-Bericht bekommen und innerhalb von wenigen Tagen den Arztbrief auf dem Tisch haben. Im UKE haben wir das früher auch anders erlebt. Wenn die Schreibkraft krank war, lagen die Arztbriefe schon mal die eine oder andere Woche herum. Bei uns wird in so einem Fall ein Schreibbüro beauftragt, das die anfallenden Arbeiten umgehend erledigt.

Wir sind für all diese Abläufe selbst verantwortlich, deshalb haben wir die schnelleren Strukturen. Und das ist ein unschätzbare Vorteil. Einer unserer Berater sagte uns mal: „Heutzutage fressen nicht mehr die Großen die Kleinen, sondern die Schnellen die Langsamen.“ Damit hat er sicherlich Recht.

Angeblich ist die Gemütslage der Ärzte ziemlich trübe. Ist Ihre Aufbruchstimmung da eine Ausnahme?

Schlotfeldt: Ich glaube nicht. Die operativ tätigen Ärzte sehen, dass im stationären Bereich derzeit die Karten neu gemischt werden. Das eröffnet viele neue Chancen und Möglichkeiten. In drei oder vier Jahren könnte dieses Zeitfenster wieder geschlossen sein. mn



Foto: zitlaiff.com

Jerusalem-Krankenhaus

Das Diakonissen- und Krankenhaus Jerusalem wurde 1913 an der Schäferkampsallee in Eimsbüttel errichtet. Seit 1975 ist es ein reines Beleg-Krankenhaus. Es gibt eine gynäkologische, orthopädische, kardiologische und chirurgische sowie eine HNO-Abteilung. Im ersten Stock befindet sich ein Schlaf Labor. Das Mammazentrum Hamburg, mit rund 1.100 Operationen an der Brust eines der größten Brustzentren Deutschlands, arbeitet seit elf Jahren schwerpunktmäßig im Jerusalem-Krankenhaus. Im September 2007 haben die drei Gründer des Mammazentrums, Dr. Timm Schlotfeldt, Prof. Dr. Eckhard Goepel und Priv. Doz. Dr. Kay Friedrichs, zusammen mit dem Kaufmann Dr. Harald Berninghaus die Traditionsklinik gekauft.

Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Tel. Infocenter: 040 / 22802-900



1 Als Allgemeinärztin erlebe ich es immer wieder, dass ein krankgeschriebener Patient sich noch innerhalb der Zeit, in der die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gilt, wieder arbeitsfähig fühlt. Darf er dann einfach wieder anfangen zu arbeiten?

Die Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nimmt zu dieser Frage keine Stellung. Die wiedergewonnene Arbeitsfähigkeit wird aber im Regelfall nicht bestätigt. Als Arzt bescheinigen Sie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Wenn sich der Patient früher als erwartet arbeitsfähig fühlt, kann er die Arbeit wieder aufnehmen, trägt aber selbst die Verantwortung. Es ergeben sich dabei für ihn Risiken bei der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung.

2 Eine Patientin benötigt zum Quartalswechsel eine Folgeverordnung zur häuslichen Krankenpflege. Wann darf ich die Verordnung ausstellen?

Eine Folgeverordnung zur häuslichen Krankenpflege muss in den letzten drei Werktagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums ausgestellt werden. Der Quartalswechsel spielt keine Rolle.

3 Müssen Patienten, die am DMP teilnehmen, die Kassengebühr entrichten?

Grundsätzlich ja, da es sich beim DMP nicht um eine Präventionsleistung handelt. Allerdings sind Patienten im DMP nicht selten mit Befreiungsbescheinigungen ausgestattet, so dass die Kassengebühr nicht fällig wird.

4 Kann ich als niedergelassener Urologe einen Überweisungsschein zum Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ausstellen?

Ja, da Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Vertragsärzte sind. Sie verfügen allerdings nicht selten über eine Doppelzulassung, können also auch als Zahnarzt tätig werden.

5 Impfungen gegen Gebärmutterhalskrebs sind laut Impfvereinbarung für Mädchen von 12 bis 17 Jahren Kassenleistung. Wer zahlt, wenn zwar die erste Impfung in diesen Zeitraum fällt, die beiden Folgeimpfungen aber erst nach dem 18. Geburtstag stattfinden?

Die Kassen lassen gegen sich gelten, dass auch Folgeimpfungen, die nach dem 18. Geburtstag stattfinden, Kas-

senleistung sind. Bei allen Impfungen, die vor dem 18. Geburtstag begonnen werden, erfolgt die Anforderung des Impfstoffs über die Impfstoffanforderung zu Lasten der Barmer Ersatzkasse. Die TK und die GEK haben den Altersrahmen, in dem sie ihren Patientinnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs als Kassenleistung anbieten, erweitert (siehe nächste Seite). Patientinnen dieser Kassen können sich bis zum vollendeten 26. Lebensjahr gegen Gebärmutterhalskrebs impfen lassen. Allerdings müssen sie, wenn die Impfung nach ihrem 18. Geburtstag begonnen wird, grundsätzlich beim Impfstoff zuzahlen, da er auf den Namen der Patientin verordnet werden muss (Impfstoff Markierungsfeld 8).

6 Stimmt es, dass wir die Durchschläge der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen statt an die einzelnen Kassen auch an die KV schicken können?

Das können Sie tun, wenn es um folgende Kassen geht: AOK's, IKK's, LKK's, GEK, HZK, Seekrankenkasse, Bundesknappschaft, Zivildienst, Sozialbehörde. An diese Kassen leitet die KV die Durchschläge der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen weiter. An die anderen Kassen müssen Sie die Unterlagen direkt schicken.

Asylbewerber: Kein DMP und keine HPV-Impfung

Die Hamburger Gesundheitsbehörde beabsichtigt, die medizinische Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sukzessive einzuschränken.

Die ersten beiden Einschränkungen wurden bereits definiert. Demnach können Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz folgende Leistungen nicht in Anspruch nehmen: Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Erkrankungen (DMP) sowie Impfungen gegen Gebärmutterhalskrebs.

Kassengebühr – Neue Codennummer 80034

Um den neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetztes Rechnung zu tragen, wurden die Bundesmantelverträge erweitert.

Zum einen wurde klargestellt, dass die Kassengebühr jeweils je Praxis zu erheben ist, auch wenn mehrere Ärzte in der Praxis tätig sind. Zum anderen wurde geregelt, dass ein Arzt, der in mehreren Praxen tätig ist, die Kassengebühr je Patient nur einmal erheben darf.

Aus diesem Grund wurde eine neue codierte Zusatznummer zur Kennzeichnung der Behandlungsfälle durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung vorgegeben.

Codierte Zusatznummer 80034:
Keine erneute Erhebung der Kassengebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt beziehungsweise Therapeuten.

Ergänzungsvereinbarung TK und GEK

Vergütungsübersicht für die Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV)

Impfung	1. Impfung (Abrechnungsnummer)	Jede weitere Impfung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt (Abrechnungsnummer)
Hepatitis A	89950 / 12,00 €	89951 / 6,00 €
Hepatitis B	89952 / 12,00 €	89953 / 6,00 €
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	89954 / 12,00 €	89955 / 6,00 €
FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	89956 / 12,00 €	89957 / 6,00 €
Meningokokken	89958 / 12,00 €	89959 / 6,00 €
Tollwut	89960 / 12,00 €	89961 / 6,00 €
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	89962 / 12,00 €	89963 / 6,00 €
Typhus	89964 / 12,00 €	89965 / 6,00 €
Cholera	89966 / 12,00 €	89967 / 6,00 €
Gelbfieber	89968 / 12,00 €	89969 / 6,00 €
Impfung	1. Impfung	2. und 3. Impfung
HPV	89941 / 21,00 €	89942 / 6,30 €
Prophylaxe	Abrechnungsnummer	EURO
Malaria-Beratung	89990	6,00 €

Die Ergänzungsvereinbarung regelt den Leistungskatalog für Schutzimpfungen bei Auslandsreisen. Außerdem ermöglicht sie es Patientinnen der Techniker Krankenkasse (TK) und der Gmünder Ersatzkasse (GEK), sich auch noch vom 18. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr gegen Gebärmutterhalskrebs impfen zu lassen. Für die Verordnung der Impfstoffe und der Malaria-Prophylaxe muss gemäß der Ergänzungsvereinbarung das Muster 16 verwendet werden. Die

Verordnung erfolgt auf den Namen des Patienten und zu Lasten der TK beziehungsweise der GEK unter Kennzeichnung als Impfstoff (Markierungsfeld 8). Eine Verordnung im Rahmen der Impfstoffvereinbarung zu Lasten der Barmer ist ausgeschlossen.

Es gibt eine Ausnahme: Wenn ein HPV-Impfzyklus bereits vor dem 18. Geburtstag der Patientin begonnen wurde, werden auch die Folgeimpfungen über die Impfstoffvereinbarung durchgeführt. In diesem Fall erfolgt die

Verordnung als Impfstoffanforderung zu Lasten der Barmer (siehe dazu auch Seite 10, Frage 5). Die Patientinnen erhalten demnach ihren vollständigen Impfschutz über die Abrechnungsnummer 89000.

Der Vertrag ist auf der Website der KV Hamburg veröffentlicht:
www.kvhh.de

- Ärzte/Psychotherapeuten
- Rechtsquellen/Verträge
- Ergänzungsvereinbarungen
- Schutzimpfungen

DMP-Dokumentation ab April nur noch elektronisch

KV Hamburg bietet drei verschiedene Möglichkeiten an, die Daten zu übermitteln

Die Dokumentation und Datenübertragung bei Disease-Management-Programmen (DMP) erfolgt ab 1. April 2008 elektronisch. So schreibt es das Gesetz zur Gesundheitsreform vor. Ärzte können nach diesem Stichtag nur noch an DMP teilnehmen, wenn sie ihre DMP-Daten elektronisch erfassen und elektronisch übertragen.

Um den Ärzten die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zu erleichtern, bietet die KV Hamburg drei Möglichkeiten an, die Daten elektronisch zu übermitteln.

Variante 1: bisheriges Verfahren

Die Dokumentation kann mittels eines zertifizierten DMP-Software-Moduls (integriert in Ihrer PVS oder stand-alone) erstellt und per Diskette oder CD-ROM an die Datenstelle versendet werden. Dieses Verfahren wird bereits heute von vielen Ärzten genutzt.

Variante 2: DMP-Portal der KV Hamburg

Neu ist das DMP-Portal bei der KV Hamburg. Bei dieser Variante können Sie mittels gesicherter SSL-Verbindung Ihre auf Basis eines zertifizierten DMP-Software-Moduls erstellten Dokumentationen aus Ihrem PC an einen Server der KV Hamburg senden. Die Datenstelle holt sich die Daten von dort regelmäßig ab.

Variante 3: DMPonline

Ein weiteres neues Angebot besteht aus der Möglichkeit, über das Internet direkt bei der Datenstelle INTERFORUM die Dokumentationsbögen online auszufüllen.

Bei dieser Variante ist ein zertifiziertes DMP-Software-Modul nicht erforderlich.

Die von den Änderungen betroffenen Praxen wurden bereits angeschrieben und mit einem Informationsflyer sowie einer Arbeitshilfe versorgt, in der die neuen Varianten ausführlich beschrieben sind. Die notwendigen Anmeldeformulare liegen den Unterlagen bei und müssen ausgefüllt an die KV Hamburg zurückgesendet werden, bevor die Teilnahme am elektronischen DMP starten kann.

Um die Umstellung zu erleichtern, hat die KV mit den Hamburger Krankenkassen eine Förderung vereinbart. Wie den betroffenen Ärzten bereits in den Briefen mitgeteilt wurde, erhalten Praxen, die ihre Dokumentation vor dem 1. Januar 2008 auf eine der drei oben genannten Varianten umgestellt haben, eine Prämie von 200 Euro.

Bei einer Umstellung bis zum 31. März 2008 bekommt man eine Prämie von 150 Euro. Die Beträge werden spätestens mit der Quartalsabrechnung ausgezahlt. Eine Kennzeichnung ist nicht erforderlich.

Weitere Informationen sind auf der Internetseite der KV zu finden:

www.kvhh.de

→Ärzte/Psychotherapeuten

→DMP →eDMP

*Ansprechpartner:
Infocenter Tel. 22802-900*

Wenn Sie Fragen speziell zur Einrichtung des eDMP auf Ihrem Computer oder zur Anmeldung und Passwortvergabe haben, wenden Sie sich an unsere Abteilung Praxis-Service-Informationstechnologie (PIT):

Petra Schulte Tel. 22802-497

Rundschreiben

DMP-Qualitätsberichte 2006

Die „Gemeinsame Einrichtung“ stellt mit dem DMP-Qualitätsbericht die Maßnahmen zur Qualitätssicherung zusammen und analysiert die im Rahmen der DMP erstellten Dokumentationen.

Die Qualitätsberichte 2006 für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheiten und Brustkrebs stehen nun auf der Internetseite der KV Hamburg zur Verfügung: www.kvhh.de

→Ärzte/Psychotherapeuten

→DMP →jeweiliges DMP

AOK: „Besonderer Abrechnungsschein“ ist ein ganzes Quartal lang gültig

Der „besondere Abrechnungsschein“, den Mitarbeiter des türkischen Generalkonsulats für die Behandlungen akuter Erkrankungen von der AOK bekommen, ist trotz des Aufdrucks „Einzelabrechnung“ ein ganzes Quartal lang gültig. Auch bei mehrfachem Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb eines Quartals ist die Praxisgebühr von demselben Arzt nur einmal zu erheben. Darauf weist die AOK Rheinland/Hamburg hin, die die türkischen

Konsultationsmitarbeiter auf der Grundlage des deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens betreut.

Hält der behandelnde Arzt eine fachärztliche Weiter- oder Mitbehandlung für erforderlich, soll er dies formlos auf Rezept bestätigen. Der Patient erhält dann von der Krankenkasse einen neuen Abrechnungsschein zur Vorlage beim weiter- oder mitbehandelnden Arzt. Eine direkte Überweisung ist in diesen Fällen nicht möglich. *aok*



Elektronische Abrechnung ab 2009 verpflichtend

KV Hamburg berät Ärzte und Psychotherapeuten, die noch keine Praxis-EDV haben

Einem Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zufolge wird die elektronische Abrechnung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ab 2009 verpflichtend. Das heißt, die Abrechnungsunterlagen können dann nicht mehr in Papierform, sondern ausschließlich auf einem elektronischen Datenträger (CD/Diskette) oder online an die KV übermittelt werden. Ein Jahr

später, im Jahr 2010, wird die Online-Übermittlung verpflichtend.

Etwa 25 Prozent der Hamburger Praxen setzen noch keine EDV ein. Dabei handelt es sich größtenteils um Psychotherapeuten, die weniger Patienten betreuen und weniger Ziffern abrechnen als Ärzte.

Die Mitarbeiter der KV-Abteilung Praxis-Service-Informationstechnologie bietet den Vertragsärzten und

-psychotherapeuten kostenlose Beratung an.

Wer nach Vereinbarung eines Termins in die Räume der KV kommt, kann sich die Bedienung verschiedener Programme zeigen lassen und wird mit Informationsmaterial versorgt. Vorkenntnisse sind nicht notwendig.

*Ansprechpartnerin:
Petra Schulte Tel. 22802-497*

Abgabe der Abrechnungsunterlagen IV. Quartal 2007

**Montag, 2. Januar 2008 bis Mittwoch, 16. Januar 2008
im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Montag bis Freitag von 7:00 bis 16:30 Uhr und
Samstag von 7:00 bis 13:00 Uhr**

Die Frist zur Abgabe der Behandlungsausweise kann nur in begründeten Fällen verlängert werden.

Ein Antrag auf Fristverlängerung muss gemäß § 1 Abs. 1 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg mit schriftlicher Begründung vor

Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro be-

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

Den richtigen Ansprechpartner vermittelt das Infocenter

Tel. 22802 – 900.

Mit der Abrechnung IV. Quartal 2007 Altquartalscheine einreichen

Aufgrund der Veränderungen in der Nummernsystematik des EBM und der Veränderung der Leistungsinhalte zahlreicher EBM-Positionen zum 1. Januar 2008 werden wir alle Altquartalsfälle aus dem Zeitraum vor dem 31. Dezember 2007,

die erst mit der Abrechnung für das 1. Quartal 2008 oder später eingereicht werden, nach den Bedingungen des bis zum 31. Dezember 2008 gültigen EBM gesondert abrechnen.

Dies wird nur mit erheblichem Mehraufwand und zeitlicher Verzö-

gerung vorgenommen werden können.

Um den zusätzlichen Aufwand möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, möglichst alle Altquartalsfälle mit der Abrechnung des IV. Quartals 2007 einzureichen. wa

Zwischenbilanz zu Beginn der Umsetzungsphase

Umfrage: Zeitmangel ist das größte Hindernis, sich mit Qualitätsmanagement auseinanderzusetzen. Dennoch bekunden viele Praxen Interesse an Vertiefung und späterer Zertifizierung

Um herauszufinden, welchen weiteren Beratungs- und Schulungsbedarf es bei der Einführung des von der KBV entwickelten Qualitätsmanagementsystems QEP gibt, hat die KV Hamburg eine Umfrage durchgeführt.

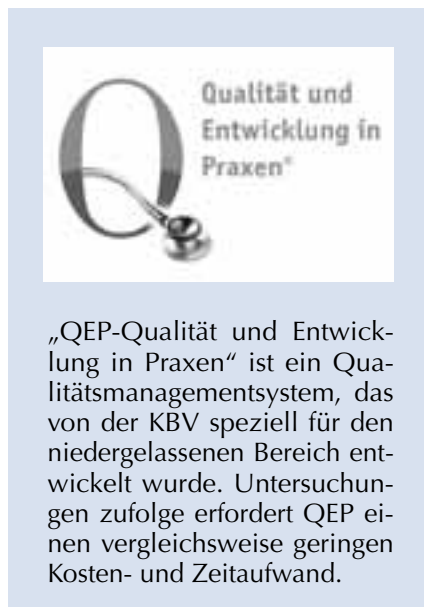
Es wurden 699 Praxen angeschrieben, deren Chefs oder Mitarbeiter bereits an einem QEP-Einführungseminar teilgenommen haben. Die Rücklaufquote betrug 53 Prozent.

Die Frage, ob QEP im Anschluss an das Einführungseminar auch tatsächlich in der Praxis eingeführt wurde, beantworteten 294 der Befragten mit Ja beziehungsweise mit der Bemerkung, man sei gerade dabei, dies zu tun. Bemerkenswert ist, dass sich schon heute 161 Praxen eine spätere Zertifizierung als Ziel gesetzt haben.

Problemfelder bei der Arbeit mit QEP ergaben sich bei 85 Praxen. Einige der Befragten führten an, es sei aus Zeitgründen schwierig, überhaupt mit Qualitätsmanagement zu beginnen. Andere hatten Schwierigkeiten herauszufiltern, welche der im QEP-Kernzielkatalog genannten Ziele für die eigene Praxisform relevant sind.

Auch bei verschiedenen rechtlichen Aspekten wie Datenschutz, Internet und Brandschutz herrschte bisweilen noch Unsicherheit.

Interesse an themenspezifischen und/oder vertiefenden Schulungen bekundeten 138 Praxen. Individuelle



Unterstützung (zum Beispiel durch Beratung, Dokumentensichtung) wünschen sich 75 Praxen.

Laut Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses läuft die zweijährige Planungsphase, in der die Praxen sich auf die Einführung von Qualitätsmanagement vorbereiten sollen, Ende 2007 aus. Die Umsetzungsphase ist ab Anfang 2008 vorgesehen.

Die Umfrage zeigt, dass viele Praxen in Hamburg schon heute in der Umsetzungsphase sind und dass QEP zumeist ohne Probleme und ohne externe Hilfe umgesetzt wird.

Den Wunsch nach vertiefenden oder themenbezogenen Seminaren nimmt die KV gerne auf. Die Abteilung Qualitätsmanagement entwickelt derzeit zusammen mit lizenzierten QEP-Trainern entsprechende Konzepte. Individuelle Beratung bieten die Mitarbeiterinnen der Abteilung Qualitätsmanagement entweder in den Räumen der KV oder vor Ort in der Praxis an.

Ansprechpartnerinnen:

Ursula Dudziak Tel. 22802-633

Michaela Puschmann Tel. 22802-894

QEP-Begleitpublikationen:

Angaben zu Datenschutz und Transfusionen sind überholt

Ein Hinweis für Praxen, die mit den QEP-Begleitmaterialien arbeiten: Weil sich Gesetze geändert haben, ist der QEP-Qualitätsziel-Katalog und das QEP-Manual aus dem Jahr 2005 in folgenden zwei Punkten nicht mehr auf dem neusten Stand:

Datenschutz

Im Ziel 4.5.2. Ziel 1 (Datenschutz) steht in den Erläuterungen: „Ab fünf festangestellten Mitarbeitern muss die Praxisleitung einen Datenschutzbeauftragten schriftlich festlegen.“ Neu muss es heißen: „Bei mehr als **neun** Mitarbeitern, die Zugang zu personenbezogenen Daten haben, muss die Praxisleitung einen Datenschutzbe-

auftragten schriftlich festlegen.“ Dabei zählen selbstverständlich alle in der Praxis tätigen Ärzte mit. Wichtig ist auch, dass es hierbei nicht um Vollstellen geht, sondern dass die Köpfe gezählt werden. Dies wird im nächsten Nachdruck geändert sein.

Transfusionsgesetz

Entgegen der Internen Regelung zum Transfusionsgesetz im Manual unter 4.1.3. Ziel 2 muss nach aktueller Regelung ein Arzt, der mit Plasmaderivaten nur im Zusammenhang mit Impfungen umgeht, **keinen** 8-stündigen Kurs bei der Ärztekammer absolviert haben. Auch dies wird im nächsten Nachdruck geändert sein.

Zu einigen in den QEP-Begleitmaterialien angesprochenen Themen, bei denen es immer wieder Nachfragen gab, hat die KBV Konkretisierungen erarbeitet. Sie sind auf der Website der KV Hamburg nachzulesen:

www.kvhh.de

→Ärzte/Psychotherapeuten
→Qualitätsmanagement →Hygiene
→ Aufbereitung verschiedener Sterilisatoren

www.kvhh.de

→Ärzte/Psychotherapeuten
→Qualitätsmanagement →QEP
→ Von der KV empfohlenes QM-System →Informationen der KBV zu aktuellen Änderungen bei QEP

Hoher Qualitätsstandard bei Mammographien

Hamburger Ärzte erzielen bei Rezertifizierung sehr gute Ergebnisse

Alle Ärzte, die sich 2006 in Hamburg für die Ausführung und Abrechnung kurativer Mammographie rezertifizieren ließen, haben sehr gute Ergebnisse erzielt.

Der Qualitätsstandard bei Mammographien in Hamburg ist demnach als besonders hoch zu bewerten. In Hamburg gibt es zur Zeit 53 Radiologen beziehungsweise Gynäkologen in 22 Praxen, die eine Mammographie-Genehmigung der KV haben.

Nach Abschnitt 2 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10. Februar 1993 in der Fassung vom 1. August 2005 sind alle Ärzte mit einer Genehmigung für die Mammographie dazu verpflichtet, in einem

Abstand von zwei Jahren an der so genannten Selbstüberprüfung teilzunehmen.

Zum 1. Januar 2007 ist die neue Vereinbarung zur kurativen Mammographie in Kraft getreten, in der alle Anforderungen an die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Genehmigung sowie das Verfahren zur kontrollierten Selbstüberprüfung geregelt sind.

Ärzte, die sich rezertifizieren wollen, bekommen in den Räumen der KV 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen vorgelegt. Sie haben maximal sechs Stunden Zeit, um die Aufnahmen selbständig zu beurteilen. Anschließend haben die

Ärzte die Möglichkeit, ihre eigenen Ergebnisse mit einem Lösungsbogen zu vergleichen. Die Original-Beurteilungsbögen werden zur Auswertung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach Berlin versandt.

Die KBV unterzieht die aus Hamburg eingesandten Beurteilungsbögen einer vorläufigen Überprüfung und teilt das Ergebnis der KV mit. Innerhalb eines Jahres führt die KBV dann nochmals eine bundesweite Auswertung durch. Diejenigen Ärzte, denen am meisten Fehler unterlaufen sind, müssen innerhalb von sechs Monaten nach Mitteilung der Ergebnisse erneut an einer Prüfung teilnehmen.

Pu/Ha

Röntgen: Rechtfertigende Indikationen nicht vergessen!

Radiologie-Kommission mahnt Vollständigkeit der Befunde an

Die Radiologie-Kommission hat bei der Röntgen-Qualitätskontrolle festgestellt, dass in der Dokumentation immer häufiger die Angabe der rechtfertigenden Indikation fehlt.

Nach § 28 der Röntgenverordnung (gültig ab 1. Juli 2002) muss eine rechtfertigende Indikation bei jedem Patienten, der geröntgt werden soll, gestellt und auch dokumentiert werden.

Die Kommission weist darauf hin, dass bei künftigen Qualitätskontrollen die fehlende Angabe der rechtfertigenden Indikation zwingend zu einer Honorarkürzung führt, da dies als schwerwiegende Beanstandung gewertet werden muss.

In diesem Zusammenhang weist die Kommission auch auf die korrekte Befundung von Röntgenaufnahmen hin.

Vom Bundesamt für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) ist die konkretisierte „Richtlinie zu Arbeitsanweisungen und Aufzeichnungspflichten nach den §§ 18, 27, 28 und 36 der Röntgenverordnung und Bekanntmachung zum Röntgenpaß – Richtlinie Aufzeichnungen nach RöV“ (gültig ab 1. September 2006) erarbeitet worden. Ein Auszug aus der Richtlinie ist in der Abteilung Qualitätssicherung der KV erhältlich.

*Ansprechpartnerin:
Bianca Hanau Tel. 22802-573*

Neuer Film hat andere Eigenschaften

Die Ärztliche Stelle weist Ärzte, die den Röntgen-Film Super 2000G von Fuji durch den Super 2000 G PLUS ersetzen wollen, darauf hin, dass der neue Film andere sensitometrische Eigenschaften (verminderter Kontrast) hat. Deshalb ist eine Optimierung der Filmverarbeitung notwendig. Unter Umständen wird durch die Anhebung der Empfindlichkeit auch eine Neufestlegung der Bezugswerte für die Konstanzprüfung der Röntgengeräte erforderlich (Teilabnahmeprüfung). Zur Vermeidung unnötiger Kosten empfiehlt die Ärztliche Stelle, den Filmlieferanten in den Umstellungsprozess einzubeziehen.

*Ansprechpartnerinnen:
Christine Meyer Tel. 22802-552
Sibylle Blauert Tel. 22802-451*

Ringversuche und Zertifizierung für Laborleistungen

Zur Qualitätssicherung ist die Abrechnung bestimmter Laborparameter nur dann möglich, wenn gegenüber der KV die Teilnahme an Ringversuchen nachgewiesen

wird. Die nach erfolgreicher Teilnahme an Ringversuchen ausgestellten Zertifikate sind bei der Abteilung Qualitätssicherung der KV Hamburg einzureichen.

Über die Termine im Jahr 2008 informiert Sie gern die Abteilung Qualitätssicherung.

*Ansprechpartnerin:
Monika Zieminski Tel. 22802 - 781*

Atypische Neuroleptika

Ist die angebliche therapeutische Überlegenheit der „Atypika“ ausreichend belegt? Über diese Frage wurde bei einer Fortbildungsveranstaltung in der KV rege diskutiert.

Atypische Neuroleptika werden hauptsächlich zur First-Line-Therapie der akuten schizophrenen Episode angewandt. Diese Priorisierung in der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie wird von der Behandlungsleitlinie der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gestützt (siehe S3 Praxisleitlinie der DGPPN).

Nachdem Studien wie zum Beispiel die CATIE-Studie oder die CUTLASS 1-Studie diese Überlegenheit in der Therapie im Vergleich zu älteren hochpotenten Neuroleptika wie zum Beispiel Perphenazin oder Haloperidol nicht bestätigen konnten, wird in Fachkreisen darüber diskutiert, ob die angenommene therapeutische Überlegenheit der „Atypika“ durch die wissenschaftliche Evidenz ausreichend belegt wird.

Kritiker gehen davon aus, dass in den Studien in der Vergangenheit die durch zu hohe Dosierung der älteren Neuroleptika entstandenen Aussagen zur besseren Verträglichkeit der „Atypika“ zu relativieren sind. Es wird der Verdacht erhoben, dass hier die betreffenden Sponsoren der Studien Einfluss genommen haben.

Hoher Kostenunterschied

Unbestritten ist, dass auch die neueren Substanzen erhebliche Nebenwirkungen haben können (zum Beispiel Hyperglykämien, in vereinzelt Fällen bis hin zum diabetischen Koma) und dass im Behandlungsfall die Risiken aller möglichen Nebenwirkungen unter Berücksichtigung individueller Risikofaktoren berücksichtigt werden müssen. (siehe hierzu: Psychiatrische Praxis 2007 Jan;34(1):46-9)

Im Fokus der Aufmerksamkeit ist diese Diskussion wegen des hohen Kostenunterschieds zwischen älteren hochpotenten Wirkstoffen (wie zum Beispiel Haloperidol) und neueren sogenannten Atypika (wie zum Beispiel Quetiapin).

Auch in Hamburg stellen die neueren sogenannten atypischen Neuro-

leptika mit ca. 10 Millionen Euro pro Jahr einen deutlichen Kostenanteil dar. Die Analyse der im 1. Quartal 2007 verordneten Packungen ergibt einen Verordnungsanteil der Atypika von ca. 73 Prozent (im Verhältnis zu den älteren Wirkstoffen).

Differenzierte Betrachtung

Vor diesem Hintergrund hatte die KV Hamburg zu einer Fortbildungsveranstaltung am 27. September 2007 eingeladen.

Als Referenten waren Vertreter der unterschiedlichen Sichtweisen dieses Themas geladen: Prof. Ulrich Schwabe als kritischer Pharmakologe, Prof. Dr. Matthias Dose in der Position des Kritikers der jetzigen Leitlinie und Prof. Dr. Dieter Naber als Befürworter der Empfehlungen der gegenwärtigen S3 Praxisleitlinie. Dr. Guntram Hinz vertrat als Vorsitzender des Berufsverbands die niedergelassenen Neurologen.

Nach den Kurzvorträgen der einzelnen Referenten fand eine rege Diskussion statt. Die Kritiker fordern ein differenziertes Betrachten der jeweiligen Vor- und Nachteile der verschiedenen Wirkstoffe inklusive eines Kostenvergleichs. Die Befürworter der First-Line-Therapie wehren sich gegen das Abwägen von verschiedenen Nebenwirkungen, da für sie die Vermeidung möglicher (Spät-)Dyskinesien als Nebenwirkung der älteren Substanzen absoluten Vorrang hat.

Das bei dieser Nebenwirkung bessere Abschneiden der Atypika wiegt für sie schwerer als die mögliche Nebenwirkung der Entstehung eines Diabetes.

Für die niedergelassenen Fachärzte stellt die Relativierung des „Vorteils“ der Atypika gegenüber den älteren und kostengünstigeren Neuroleptika ein Problem dar. Verordnet zum Beispiel ein Neurologe häufiger Atypika als der Durchschnitt seiner Fachkollegen und überschreitet er daraufhin seine Richtgröße um mehr als 25 Prozent, so muss er seine „Mehrverordnung“ der Atypika begründen. Eine unstrit-

tig anerkannte „First-Line-Therapie“ macht die Anerkennung als Praxisbesonderheit leichter.

Zusätzlich zu dieser Problematik ist es sehr schwer einzusehen, dass Verordnungen von bestimmten Wirkstoffen wie zum Beispiel Interferone oder Parkinsonmittel dem automatischen Abzug (und damit Anerkennung als Praxisbesonderheit) unterliegen und die kostenintensiven Neuroleptika nicht unter diese Regelung fallen. An dieser Stelle besteht sicher Regelungsbedarf.

Fazit

Trotz der sehr unterschiedlichen Bewertungen einzelner Aspekte war es eindeutiger fachlicher Konsens, dass die Wahl des Neuroleptikums sich in erster Linie an den individuellen therapeutischen Erfordernissen des einzelnen Patienten orientieren muss unter Berücksichtigung aller möglichen Nebenwirkungen. Zur Diskussion gestellt wurde allerdings der Absolutheitsanspruch der First-Line-Therapie in Bezug auf seine wissenschaftliche beziehungsweise therapeutische Evidenz.

Weiterführende Literatur:

- Arzneitelegramm 2007; 38; S.69-70 und 73-74*
- Arzneitelegramm 2006; 37; S. 29-30*
- Arzneitelegramm 2005; 36; S.98-100*
- Arzneiverordnung in der Praxis (AVP); Bd. 33 Ausg. 3; Juli 2006 S.67-68*
- Wirkstoff aktuell 05/2006 „Quetiapin“ (Nachdruck nächste Seite)*

Ansprechpartner für Fragen
zu Arzneimitteln:

Regina Lilje Tel. 22802-489
Ulrich Skoglund Tel. 22802-811
Dr. Klaus Voelker Tel. 22802-571

Wirkstoff AKTUELL: Quetiapin (Seroquel®)

Eine Information der KBV in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Die kostengünstigen typischen (= konventionellen, klassischen) Neuroleptika wie Haloperidol zeigen bei der medikamentösen Behandlung der schizophrenen Psychosen keine geringere Wirksamkeit als die Gruppe der atypischen Neuroleptika. Das teurere Quetiapin ist in der Behandlung der Schizophrenie nicht überlegen.

Indikation Schizophrenie; manische Episoden

Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

- Zur Behandlung der akuten schizophrenen Episode sind Neuroleptika Mittel der Wahl. Eine Monotherapie ist zu bevorzugen [1].
- Die Behandlung der Schizophrenie kann mit einem kostengünstigen typischen Neuroleptikum erfolgen [1;2]. Hinsichtlich der Relation erwünschter und unerwünschter Wirkungen sind die typischen Neuroleptika den atypischen vergleichbar. Das Auftreten extrapyramidaler Nebenwirkungen ist bei den atypischen Neuroleptika seltener [3], führt aber insgesamt nicht zu einer besseren Verträglichkeit und einem besseren Therapieergebnis [4;5]. Extrapyramidale Nebenwirkungen

sind durch die Gabe von Anticholinergika (zum Beispiel Biperiden) kontrollierbar.

- In Endpunktstudien (Zeit bis zum Therapieabbruch) konnte für Quetiapin kein Wirkvorteil gegenüber den typischen Neuroleptika nachgewiesen werden [4;6].

- Ein individuelles Risikoprofil (Parkinson-Erkrankung, extrapyramidale Störungen in der Vorgeschichte, ausgeprägte Minus-Symptomatik, kognitive Defizite) oder eine vorausgegangene Therapieresistenz können eine Indikation für die initiale Behandlung einer schizophrenen Episode mit einem atypischen Neuroleptikum sein [5].

Zu berücksichtigen sind die innerhalb der Gruppe der atypischen Neuroleptika unterschiedlichen Nebenwirkungen (Blutbildveränderungen, Hyperprolaktinämie, Gewichtszunahme, Senkung der Krampfschwelle).

- Für das unter atypischen Neuroleptika behauptete geringere Risiko der Entwicklung tardiver Dyskinesien fehlt die durch Langzeitstudien gesicherte Evidenz. Das trifft auch auf Quetiapin zu [7].

- Für weitere Indikationen wie organische Psychosen, wahnhaft oder psychomotorische Störungen hat Quetiapin keine Zulassung [8].

Kosten

Die täglichen Kosten der atypischen Neuroleptika sind um ein Vielfaches (bis 11-fach) höher als diejenigen des in den Studien meist als Referenzsubstanz eingesetzten Haloperidols.

Atypische Neuroleptika

Wirkstoff	Präparat	Dosis (mg/Tag)	Kosten für 4 Wochen
Amisulprid	Amisolid®, Solian®	400	62,49 €, 66,75 €
Amisulprid	Generikum	400	62,32 €
Aripiprazol	Abilify®	15	190,20 €
Clozapin	Elcrit®	300	70,77 €
	Leponex®	300	85,09 €
Clozapin	Generikum	300	57,98 €
Olanzapin	Zyprexa®	10	177,40 €
Quetiapin	Seroquel®	400	152,20 €
Risperidon	Risperdal®	4	127,82 €
Ziprasidon	Zeldox®	80	129,35 €

Typische Neuroleptika

Wirkstoff	Präparat	Dosis (mg/Tag)	Kosten für 4 Wochen
Fluphenazin	Lyogen retard®	6	25,02 €
Flupentixol	Fluanxol®	10	32,19 €
Haloperidol	Haldol®, Generika	10	ab 10,54 €
Perazin	Taxilan®, Generikum	200	ab 23,51 €
Perphenazin	Decentan®	24	34,54 €
Perphenazin	Generikum	24	30,53 €
Pimozid	Orap®	4	16,76 €
Zotepin	Nipolept®	100	19,14 €
Zuclopenthixol	Ciatyl-Z®	50	28,66 €

Preise: Lauertaxe; Stand: 15.11.2006

Wirkungsweise

Quetiapin gehört zu den Trizyklika und ist ein Dibenzothiazepinderivat. Der Wirkstoff hat antagonistische Wirkungenauf verschiedene Neurotransmitter-Systeme im Gehirn. Die antipsychotische Wirkung beruht auf der Blockade von Dopamin-D2- und der Serotonin-(5-HT₂)-Rezeptoren. Das für Quetiapin typische Rezeptorprofil, eine höhere Affinität zu

den serotoninergeren als zu den dopaminergenen Rezeptoren, soll für ein geringeres Auftreten von EPS und eine bessere Beeinflussung der Negativsymptome verantwortlich sein. Quetiapin hat zusätzlich eine hohe Affinität zu histaminergenen (cave: Sedierung) und α_1 -adrenergen (cave: orthostatische Hypotonie) Rezeptoren. Nach oraler Gabe wird Queti-

apin rasch und nahezu vollständig resorbiert, hat aber aufgrund eines hohen First-pass-Effektes nur eine Bioverfügbarkeit von 9 %. Maximale Plasmaspiegel sind nach etwa 1,5 Stunden erreicht, es bindet bis zu zwölf Stunden an die Rezeptoren. Die Substanz wird in der Leber fast vollständig von dem Isoenzym CYP3A4 metabolisiert.

Wirksamkeit

In einer doppelblinden, placebo-kontrollierten Dosisfindungsstudie wurden 109 hospitalisierte Patienten mit chronischer Schizophrenie über 6 Wochen mit Quetiapin behandelt. Die Wirksamkeit wurde anhand verschiedener Skalen (BPRS, SANS, CGI und SAS)* beurteilt. Die Quetiapin-Dosis betrug initial 3 x 25 mg/Tag und konnte bis auf 750 mg/Tag gesteigert werden. Gegenüber Placebo zeigte die mit Quetiapin behandelte

Gruppe im Verlauf eine stetige Verbesserung der Symptome, die Differenzen am Endpunkt waren aber nur für den BPRS Faktor IV (Maß für Aktivität) und die SANS signifikant ($p < 0,05$) [9]. Festgelegte Quetiapin-Dosen (75, 150, 300, 600 oder 750 mg/Tag) wurden in einer ebenfalls placebokontrollierten, randomisierten Doppelblindstudie mit einer fixen Dosis von 12 mg/Tag Haloperidol verglichen. Nach sechs Wochen war

in den Gruppen mit den vier höheren Quetiapin-Dosen und in der Haloperidol-Gruppe eine signifikante Besserung der BPRS zu sehen. Im Vergleich zwischen Quetiapin und Haloperidol konnten keine Wirkungsunterschiede festgestellt werden. Eine signifikant geringere Minus-Symptomatik gegenüber Placebo trat in der Gruppe mit 300 mg/Tag Quetiapin und bei den Patienten, die Haloperidol erhielten, auf [10].

Nebenwirkungen, Risiken und Vorsichtsmaßnahmen

- Kontinuierliche Blutdrucküberwachung zu Beginn der Behandlung (Orthostatische Hypotonie) [8]
- Die Applikation von Quetiapin sollte von regelmäßigen Kontrollen des Blutbildes (Leukopenie) [11;12] und der Leberenzyme (Leberversagen) begleitet werden [8]
- Somnolenz (Kein Führen von Kraftfahrzeugen oder Bedienen von Maschinen) [8]
- Regelmäßige augenärztliche Kontrollen (Gefahr der Katarakt) [2]
- Metabolische Störungen: Gewichtszunahme, Hyperglykämie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie [2;8]
- Erhöhung der Plasmakonzentration von Quetiapin bei gleichzeitiger Gabe von CYP3A4-Inhibitoren (zum Beispiel Azol-Antimykotika, Grapefruitsaft)
- Keine Anwendung von Quetiapin während der Schwangerschaft und Stillzeit [8].

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.): S3 - Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Band 1, Darmstadt: Steinkopff-Verlag, 2006
2. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. 2004.
3. Srisurapanont M, Maneeton B, Maneeton N: Quetiapine for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2004; CD000967.
4. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al.: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005; 353: 1209-1223.
5. Dose M: Was ist der Stellenwert atypischer Neuroleptika für die Praxis? Arzneiverordnung in der Praxis 2003; 30 (3): 5.
6. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P: Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. BMJ 2000; 321: 1371-1376.
7. Tarsy D, Baldessarini RJ: Epidemiology of tardive dyskinesia: Is risk declining with modern antipsychotics? Mov Disord 2006; 21: 589-598.
8. AstraZeneca: Fachinformation „Seroquel®“ Filmtabletten. Stand: Februar 2006.
9. Borison RL, Arvanitis LA, Miller BG: ICI 204,636, an atypical antipsychotic: efficacy and safety in a multicenter, placebo-controlled trial in patients with schizophrenia. U.S. SEROQUEL Study Group. J Clin Psychopharmacol 1996; 16: 158-169.
10. Arvanitis LA, Miller BG: Multiple fixed doses of „Seroquel“ (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a comparison with haloperidol and placebo. The Seroquel Trial 13 Study Group. Biol Psychiatry 1997; 42: 233-246.
11. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: „UAW-News“- International: Blutbildstörungen unter Quetiapin? Dtsch Arztebl 2002; 99: A1115.
12. Ruhe HG, Becker HE, Jessurun P et al.: Agranulocytosis and granulo granulocytopenia associated with quetiapine. Acta Psychiatr Scand 2001; 104: 311-313.

* BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale; SANS = Scale for the Assessment of Negative Symptoms; CGI = Clinical Global Impressions; SAS = Simpson Angus Scale

Nachdruck aus:
Wirkstoff AKTUELL 5/2006

Ausstellung von Wiederholungsrezepten

Auch wenn Patienten auf „unbürokratisches“ Vorgehen drängen: Eine Arzneimittelverordnung ohne Untersuchung ist nur in Ausnahmefällen möglich.

In vielen Praxen herrscht Unsicherheit darüber, ob man einem Patienten ein Wiederholungsrezept für ein bereits seit längerer Zeit eingenommenes Medikament ausstellen kann, ohne ihn zuvor nochmals untersucht zu haben.

Die Patienten drängen oftmals auf ein „unbürokratisches“ Vorgehen, wollen das Rezept also am Praxistresen abholen, ohne beim Arzt vorstellig zu werden.

Grundsätzlich muss der Arzt den Patienten untersuchen, bevor er ihm rezeptpflichtige Arzneimittel verordnet. Das verlangt die in der Berufsordnung festgeschriebene gewissenhafte Berufsausübung. Ohne direkten Arztkontakt kann ein Wiederholungsrezept allerdings ausgestellt werden,

- wenn es sich um eine gleichbleibende Medikation über Monate oder Jahre hinweg handelt, vor allem bei

chronisch kranken Patienten in stabilem Gesundheitszustand

- wenn es um den akuten Bedarf für ein Medikament geht, an das der Patient gewöhnt ist. In dringenden Fällen kann angemessen schnell reagiert werden, indem Arzt und Apotheker telefonisch Rücksprache halten und das Rezept später in der Apotheke nachgereicht wird.

Der Arzt oder die Arzthelferin sollte sich beim Patienten aber zumindest nach eventuellen Veränderungen des Gesundheitszustandes und nach der generellen Verträglichkeit des Medikaments erkundigen und dies in der Patientenakte dokumentieren.

Außerdem sollte anhand der Unterlagen überprüft werden, ob es plausibel ist, dass die vorher verschriebene Menge des Medikaments bereits aufgebraucht ist. Wichtig ist:

Der Arzt übernimmt in diesen Fällen ein höheres Risiko, denn er bleibt in vollem Umfang für die Verordnungen verantwortlich.

Bei stark wirksamen Medikamenten mit nicht selten auftretenden unerwünschten Wirkungen und bei Arzneimitteln, die erst seit kurzer Zeit im Handel sind („Innovationen“), muss der Patient vor einer erneuten Verordnung untersucht und entsprechend beraten werden.

Diese Grundsätze entsprechen dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot, da jede unnötige Verlängerung einer Therapie außer möglichen Arzneimittelrisiken auch entsprechende Kosten verursacht. Die Empfehlung der KV Hamburg lautet daher, Wiederholungsrezepte grundsätzlich nur nach einem Arzt-Patientenkontakt auszustellen. mn

Teilung von Fentanylpflastern ist nicht zulässig

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nimmt arzneimittelrechtliche Bewertung vor: Niedrigere Dosierungen müssen durch geringere Dosisstärken abgedeckt werden.



Aus Apotheken wurden der Geschäftsstelle der Arzneimittelkommission mehrfach ärztliche Verordnungen zu Fentanylmatrixpflastern übermittelt, die die Anweisung zur Teilung der Pflaster durch den Patienten enthielten.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat auf Bitten der Arzneimittelkommission in zwei Schreiben vom 8. März 2007 und 10. Oktober 2007 hierzu eine arzneimittelrechtliche Bewertung vorgenommen, die den Fachkreisen zugänglich gemacht werden kann und die wir hier in Kurzform referieren:

- Die Teilung von Matrixpflastern ist nach den bestehenden arzneimittelrechtlichen Zulassungen nicht zulässig.
- Auch wenn ein expliziter Hinweis auf Nichtteilbarkeit fehlt, bedeu-

tet dies nicht eine rechtliche Tolerierung der Pflasterteilung.

- Therapeutisch notwendige niedrigere Dosierungen sind durch geringere Dosisstärken abzudecken.

- Aus Gründen der Anwendungssicherheit ist die Teilung des Pflasters nicht akzeptabel.

- Die Gewährleistung der Dosiergenauigkeit nach Zuschnitt und eine fachgerechte Lagerung unbenutzter Pflasterhälften dürfen nicht in den Verantwortungsbereich des Anwenders verlagert werden.

Ergänzend weist die Arzneimittelkommission darauf hin, dass ein Zerschneiden von Membranpflastern den unkontrollierten Austritt des halbfesten oder flüssigen Inhaltes auf die Haut bewirkt, so dass bei Arzneistoffen hoher Wirkstärke wie Fentanyl Intoxikationen die Folge sein können. amk

Die neuen Möglichkeiten werden genutzt

Die Hamburger Versorgungslandschaft ändert sich. Welche Strategie erfolgreich ist, hängt von der individuellen Situation ab. Es gibt weder ein Patentrezept noch Grund zur Panik.

In Hamburg werden die neuen Möglichkeiten des liberalisierten Arztrechtes auf breiter Front genutzt. Nach einem guten halben Jahr seit Geltung des „Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes“ ist klar: Die Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen und die Anstellung von Ärzten werden am stärksten nachgefragt. Stetig aber ruhig verläuft die Gründung neuer MVZ: Hier liegt Hamburg im bundesdeutschen Spitzenfeld.

Eine enorme Dynamik ist erwartungsgemäß bei der Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen zu beobachten. 32 solcher Praxen haben im vergangene halben Jahr eine Zulassung erhalten. Dies zeigt, wie stark die Idee einer Kooperation wirkt – selbst wenn die Partner der Praxen nicht an einem Standort zusammenarbeiten.

Strategische Überlegungen

Natürlich dürften einige überörtliche Gemeinschaftspraxen auch mit dem Ziel gegründet worden sein, die spätere Nachfolge eines ausscheidenden Partners frühzeitig zu regeln. Es gibt aber auch eine ganze Reihe von Zusammenschlüssen, hinter denen offenkundig strategische Überlegungen stehen, wie beispielsweise beim „Zentrum für Kardiologie und

Angiologie“, an dessen Hauptsitz in Wandsbek mittlerweile sechs weitere Praxen, die über das Stadtgebiet verteilt sind, angeschlossen wurden.

Ungeklärte Fragen

Trotz einiger noch ungeklärter Fragen wird auch die Anstellung von Vertragsärzten mit eigener Zulassung sehr stark nachgefragt. 18 solcher Anstellungen bei niedergelassenen Ärzten (nicht bei MVZ!) sind mittlerweile genehmigt, dazu zwei mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

Häufig sind diese Anstellungen auch mit Teilzeitbeschäftigungen verbunden. Zu den wesentlichen ungeklärten Fragen gehört, was mit der „Angestelltenzulassung“ geschieht, wenn die Zulassung des „Arbeitgeber-Arztes“ endet.

Während bislang im KV-System die Meinung vorgeherrscht hat, dass die „Angestellten-Zulassung“ in diesem Fall ersatzlos entfällt, zeichnet sich mittlerweile ein Meinungswandel ab. Die meisten KV-Juristen sind mittlerweile der Meinung, dass die „Angestellten-Zulassung“ Bestandteil der Praxisweitergabe ist, der Nachfolger also die „Arbeitgeberfunktion“ mit übernimmt.

Fahrt aufgenommen haben auch die Aktivitäten der Kliniken. Neben dem „Ambulanzzentrum“ des UKE, das schon seit einigen Jahren aktiv ist und mittlerweile 28 Ärzte und Psy-

chologen beschäftigt, haben mittlerweile auch das Wilhelmstift, das Altonaer Kinderkrankenhaus und das AK Harburg klinikeigene MVZ gegründet. Weitere Krankenhäuser haben solche Schritte angekündigt.

Auf der anderen Seite scheint es immer mehr Konsiliararzt-Verträge zu geben, mit denen niedergelassene Ärzte in den Krankenhäusern arbeiten – bis hin zu Übernahme von Chefarzt-Funktionen auf durchaus großen Abteilungen.

Platz für alle

Welche Strategie schlussendlich die erfolgreiche ist, lässt sich derzeit nicht absehen. Es gilt aber weiterhin der Grundsatz, den die KV Hamburg seit eh und je empfiehlt: Entscheidend ist immer die individuelle Fragestellung. Es gibt weder ein Patentrezept noch einen Grund zur Panik.

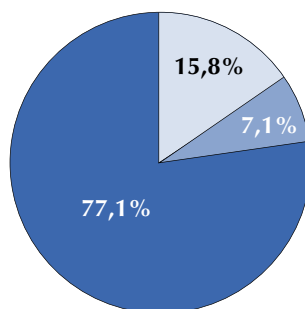
Die Versorgungslandschaft der Zukunft wird bunt sein: Vom großen MVZ über die Praxiskette bis hin zur Gruppen- und Einzelpraxis. Je nach Standort und Ausrichtung des medizinischen Angebotes wird es für alle einen Platz geben – er muss nur passen.

Walter Plassmann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

Anzahl von Arztsitzen an klinikeigenen MVZ

UKE	28
Kinderklinik Altona	2
Asklepios Nord	3
Wilhelmstift	6

Können Sie sich vorstellen, als angestellter Arzt in einem MVZ zu arbeiten?



- ja, um weniger wirtschaftliches Risiko zu tragen (15,8%)
- ja, um mich im Ergebnis mehr den Patienten widmen zu können (7,1%)
- nein (77,1%)

Umfrage der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse im Auftrag der Stiftung Gesundheit unter niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und psychologischen Psychotherapeuten.



Fotos: Techniker Krankenkasse (2), mm



Gesundheitspolitik im Zeichen des Wettbewerbs: Ulla Schmidt eröffnet ein MVZ in Köln, das TK-Patienten bevorzugt behandelt. Kliniken wie das UKE (Bild rechts) sollen im ambulanten Bereich mit den Praxen konkurrieren.

“Wir ziehen das durch“

Die Methoden, mit denen Kliniken und Investoren Jagd auf Arztsitze machen, werden aggressiver. Immer mehr Ärzte erhalten Briefe mit der Aufforderung, ihre Praxen an ein MVZ zu verkaufen.

Eines vorweg: Man kann Kollegen, die ihre Arztsitze an Medizinische Versorgungszentren (MVZ) verkaufen, keinen Vorwurf machen. Viele Ärzte haben das Geld, das sie am Ende ihrer Berufstätigkeit für den Praxisverkauf bekommen, als Altersvorsorge eingeplant. Die Praxispreise sinken. Und wenn ein Klinikträger 30.000 Euro mehr bietet als die marktübliche Summe, hat er gute Chancen, den Zuschlag zu bekommen.

Doch die Methoden, mit denen Klinikträger und Investoren Jagd auf Arztsitze machen, werden aggressiver. Immer mehr niedergelassene Ärzte erhalten Briefe, in denen sie aufgefordert werden, ihre Praxis an ein MVZ zu verkaufen.

Atemberaubendes Tempo

Das Tempo, in dem Zulassungen von Versorgungszentren aufgesogen werden, ist atemberaubend. Und es handelt sich um eine Einbahnstraße: Arztsitze, die ein MVZ innehat, sind der wohnortnahen Versorgung verloren. Eine Rückumwandlung in einen Praxissitz ist nicht möglich.

Diese Entwicklung wird die Medizin verändern. Investoren, die ein

MVZ einrichten, wollen Profit sehen. Natürlich müssen auch Arztpraxen wirtschaftlich geführt werden, sonst können sie nicht überleben. Aber die Profitmaximierung steht nicht im Vordergrund.

Rentable Leistungen

Niedergelassene Ärzte erbringen Leistungen, die besser bezahlt werden, Leistungen die schlechter bezahlt werden und auch solche, die gar nicht bezahlt werden – eine Mischkalkulation zum Wohle der Patienten.

Doch die Gesundheitspolitik hat auch in der Medizin die Ära des Wettbewerbs eingeläutet. Mischkalkulationen sind da fehl am Platz. Kliniken, die dem Rentabilitätsprinzip unterworfen wurden, sagen deshalb bereits: „Operationen, die wir nicht gewinnbringend ausführen können, bieten wir nicht mehr an. Die Patienten können woanders hingehen.“

Auf der anderen Seite greifen profitorientierte Anbieter zunehmend die rentablen Leistungen heraus und optimieren sie für sich.

Was für eine Art von Gesundheitspolitik soll das sein? Medizin nach Vorbild des Eisenbahnverkehrs, wo

Strecken stillgelegt werden, die keinen Gewinn mehr bringen?

Wer auf dem Gesundheitsmarkt Kasse machen will, kann keine komplette Versorgung erbringen - völlig unmöglich. Er muss sich auf bestimmte Leistungen konzentrieren. Es gibt Zentren, in denen sechs Augenärzte sitzen, während man im Umkreis von 50 Kilometern vergeblich nach einer Augenarztpraxis sucht.

Die sechs Ärzte können natürlich wirtschaftlicher arbeiten, und der Investor ist zufrieden. Aber die Versorgung der Menschen wird schlechter.

Warmgetränke und Snacks

Nicht auf bestimmte Leistungen, sondern auf ein bestimmtes Patienten-Klientel konzentriert sich das Atrio-Med in Köln, ein MVZ, das im September 2007 von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eröffnet wurde.

Das Atrio-Med hat einen Vertrag zur Integrierten Versorgung mit der Techniker Krankenkasse abgeschlossen und bietet deren Versicherten eine Vorzugsbehandlung: Sie erhalten schneller Termine, müssen nicht so lange warten und dürfen dies in einem gesondert ausgewiesenen Be-

reich tun, in dem „Warmgetränke und Snacks“ bereitstehen. Ziel ist es, das Atrio-Med zu einem „Marken-MVZ“ der Techniker Krankenkasse auszubauen und das Konzept auf Hamburg und Berlin auszuweiten. Da bekommen Ulla Schmidts Tiraden gegen die Zwei-Klassen-Medizin eine ganz neue

mag das attraktiv sein. Doch hinter der politischen Protegierung der MVZ steht der Versuch, die Freiberuflichkeit in den Praxen Zug um Zug zurückzudrängen und die Medizin in Polikliniken zu zentralisieren.

Ob das gelingen wird, ist fraglich. Für die Gynäkologie kann ich sagen:

Räume, in denen das MVZ eingerichtet wird, sind vorhanden, standen zuvor möglicherweise leer. Die Geräte der Klinik können mitbenutzt werden.

Schlechte Karten

Und, vor allem: Ein Klinik-MVZ muss nicht kostendeckend arbeiten, kann sogar Minus machen. Hauptsache, es alimentiert die Klinik, indem es deren Auslastungszahlen nach oben treibt.

Wenn ein MVZ-Patient stationär aufgenommen oder operiert werden muss, schickt man ihn einfach nach nebenan. Die klinikeigenen Versorgungszentren funktionieren also vor allem als Aufnahmebestellen des stationären Bereichs.

Eine Praxis, die Miete zahlen, die Investitionen für Geräte selbst aufbringen und als ambulante Einheit für sich genommen funktionieren muss, hat in einer solchen Konkurrenzsituation schlechte Karten.

Es gibt Klinikleitungen, die sich sagen: „Wir ziehen das durch, und ob Praxen dabei auf der Strecke bleiben, interessiert uns nicht.“ Das ist kein freundlicher Akt. Das schafft kein Vertrauen und fördert auch nicht die Zusammenarbeit. Völlig klar, dass ich lieber in eine Klinik einweise, zu der ich Vertrauen habe - und die nicht die Grundlagen meiner Freiberuflichkeit unterhöhlt.

*Dr. Wolfgang Cremer,
Landesvorsitzender Hamburg des
Berufsverbandes der Frauenärzte*

Die Medizin folgt dem „Prinzip Bundesbahn“: Unrentable Strecken werden stillgelegt.

Bedeutung: Offenbar sollen es noch ein paar Klassen mehr werden.

Zentralisierte Medizin

Ich hatte kürzlich Gelegenheit, mir die Arbeitsbedingungen im Polikum-MVZ in Berlin anzusehen. Die Ärzte, die dort angestellt sind, bekommen einen winzigen Raum zur Verfügung gestellt und arbeiten darin ihre Schicht ab.

Danach müssen sie den Raum verlassen, die nächste Schicht wartet bereits. Unter dem Dach des Hauses gibt es einen Gemeinschaftsraum, in dem sie noch ihre Arztbriefe zu Ende schreiben können. Dann gehen sie nach Hause.

Für Kollegen, die Teilzeit arbeiten wollen oder die Vorzüge einer abhängigen Beschäftigung schätzen,

Unsere Patientinnen gehen nicht in ein MVZ, sie wollen sich nicht jedes Mal von einem anderen Arzt untersuchen lassen.

Solange es Alternativen gibt, wird den Versorgungszentren wohl nur mäßiger Erfolg beschieden sein. Das Problem ist nur: Der Wettbewerb ist nicht fair, und das könnte sich für die niedergelassenen Ärzte als ruinös erweisen. Praxen werden nun mal von Ärzten geführt, und deren Berufsethos lässt eine radikale Gewinnoptimierung nicht zu.

Öffentlich subventioniert

Bei Versorgungszentren, die direkt an Kliniken angeschlossen sind, kommt noch hinzu, dass die Infrastruktur oftmals öffentlich subventioniert ist. Die

Ankauf von Arztsitzen durch Kliniken – was können wir tun?

Mein Tipp für Kollegen, die ihre Praxen verkaufen wollen: Beginnen Sie bereits einige Jahre vor dem geplanten Stichtag, Informationen aus unterschiedlichen Quellen einzuholen.

Sprechen Sie rechtzeitig mit der KV und dem zuständigen Berufsverband. Sonst wird die Zeit knapp, und man vertraut sich kurzerhand einer der einschlägigen Investmentfirmen oder einer Ärzteberatung an.

Doch solche Firmen haben häufig ihre eigenen finanziellen Interessen im Blick. Sie bieten Seminare an, empfehlen sich als Berater, organisieren die Praxisübernahme – doch worauf es ihnen eigentlich ankommt ist, anschließend noch eine Versiche-

rung für 500.000 Euro zu verkaufen. Außerdem weiß man nie, in wessen Auftrag sie handeln und wer dahintersteckt.

Besser ist es, sich von der KV oder den Berufsverbänden beraten zu lassen. Die Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzte verfolgt keine eigenen finanziellen Interessen.

Allerdings hat sie ein Interesse daran, dass die Arztsitze nicht von Klinikkonzernen und Investoren geschluckt werden. Oft genug wissen die Berufsverbandsvorsitzenden von Kollegen, die gerne einen Arztsitz übernehmen würden und bereit sind, dafür einen fairen Preis zu zahlen.

Als Hamburger Berufsverbandsvorsitzender der HNO-Ärzte bin ich von mir aus auf Kollegen zugegangen, von denen ich wusste, dass sie demnächst die Altersgrenze erreichen. (So machen es übrigens auch die Klinikketten.) Ich habe gefragt: „Was haben Sie vor?“

Einige Male ist es mir gelungen, verkaufswillige mit kaufwilligen Ärzten zusammenzubringen, einen Verkauf an Kliniken zu verhindern und den Arztsitz auf diese Weise im Fachbereich zu belassen.

Dr. Dirk Heinrich, Landesvorsitzender Hamburg des Berufsverbandes der Hals-, Nasen-, Ohrenärzte

„Ich kann keinen Mehrbedarf erkennen“

Wie stehen die Krankenkassen zur Öffnung von Kliniken für die ambulante Versorgung schwer und chronisch kranker Patienten? Interview mit AOK-Rheinland/Hamburg-Chef Wilfried Jacobs.



Foto: AOK

Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg

Herr Jacobs, bei welchen Erkrankungen gibt es in Hamburg Versorgungslücken?

Jacobs: Wir wissen von keinen Versorgungslücken in Hamburg.

Warum plant die Hamburger Gesundheitsbehörde dann, Krankenhäusern die Genehmigung zur ambulanten Behandlung schwer und chronisch kranker Patienten zu erteilen?

Jacobs: Ich gehe davon aus, dass die Hamburger Behörde eine gewisse Sympathie für das Andocken von ambulanten Leistungen an die Krankenhäuser hat. Dass man die Versorgung bei einzelnen seltenen Krankheiten verbessern kann, will ich auch gar nicht ausschließen. Allerdings liegen uns dazu keine Erkenntnisse vor. Laut Paragraph 116b SGB V, auf dessen Grundlage diese Genehmigungen erteilt werden, soll die Ausweitung ambulanter Leistungen an Krankenhäusern „in Ergänzung zur vertrags-

ärztlichen Versorgung“ stattfinden. Unser Appell an die Behörde ist, sich mit Genehmigungen sehr zurückzuhalten, solange sie keine Kriterien für die Ermittlung von Versorgungsdefiziten definiert hat.

Kann man bei der Ermittlung des ambulanten Versorgungsstandes auf die KV verzichten?

Jacobs: Nein. Die KV Hamburg gehört mit an den Verhandlungstisch - allerdings als konstruktiv agierender Partner, der auch wirklich zur Problemlösung beiträgt. Für meinen Geschmack ist die KV zu schnell auf Konfrontationskurs gegangen, indem sie mit Rechtsmitteln reagiert hat.

Die KV hat geklagt, weil ihr kein Mitspracherecht zugestanden wird. Übrigens wurde durch den Paragraph 116b ja auch der Einfluss der Kassen eingeschränkt. Sie dürfen zwar mitverhandeln, sind aber kein Vertragspartner mehr ...

Jacobs: Es stimmt: Wenn Genehmigungen nach Paragraph 116b erteilt werden, müssen die Kassen zahlen - egal ob sie die Maßnahmen für sinnvoll halten oder nicht. Kostensteigerungen

sind kein Problem, wenn dadurch ein Defizit behoben wird. Doch ich kann keinen Mehrbedarf erkennen - und einfach nur Geld abfließen zu lassen, können wir uns nicht leisten.

Hat denn die ambulante Versorgung an Krankenhäusern aus Ihrer Sicht Vorteile für die Patienten?

Jacobs: In manchen Fällen gehen Patienten lieber ans Krankenhaus, weil es beruhigend ist, diesen großen Apparat in der Nähe zu haben. Andere Patienten gehen lieber in eine Praxis, weil sie sich dort wohler fühlen. Allerdings plädiere ich dafür, die ambulante Behandlung onkologischer Patienten näher an die Krankenhäuser heranzurücken. Die ambulanten Leistungen müssen nicht unbedingt von den Krankenhäusern selbst erbracht werden. Ebenso sinnvoll wäre es, wenn dies kooperierende, auf dem Krankenhausgelände ansässige onkologische Praxen übernehmen würden.

Jedenfalls müssen die Übergänge zwischen den Versorgungssektoren weiter geglättet werden. Das ist das politische Anliegen hinter dem verunglückten Paragraph 116b. Diesem Anliegen sollte man sich nicht verweigern. mn

Paragraph 116b: Konflikt oder Kooperation?

Ausgerechnet in der Medizinmetropole Hamburg mit ihren vielen Spezial- und Schwerpunktpraxen forciert die Behörde eine Ausweitung ambulanter Behandlung an Krankenhäusern nach Paragraph 116b SGB V. Die KV bekam nach einigem Hin und Her Einsicht in die Anträge der Krankenhäuser und erarbeitete daraufhin Stellungnahmen zur Versorgungssituation. Einfluss auf die Entscheidung hat die KV nicht. Das Sozialgericht hat den Antrag der KV, per einstweiliger Anordnung am Genehmigungsverfahren beteiligt zu werden, abgelehnt. Nun geht das Verfahren in die zweite Instanz.

Die KV ist dabei, die von der Konkurrenz mit den Krankenhäusern betroffenen Spezialpraxen zu organisieren. Die niedergelassenen Ärzte appellieren an die Krankenhäuser, den § 116 b nicht konfliktiv umzusetzen, sondern die Absprache zu suchen. Mit einigen Krankenhäusern hat die KV bereits Gespräche aufgenommen. mn

ehemaliger
HEILER
zukünftiger
KRANKHEITS-
VERWALTUNGS-
BEAMTER

Bekämpft die Papierflut mit Proteststempeln: Dr. Olav Müller-Liebenau



Die Entmündigung der Vertragsärzte

Überregulierung und Bürokratie lässt die Mediziner an ihrem Beruf verzweifeln. Das Geflecht aus Geboten und Verboten wird immer undurchdringlicher, die Zeit für Patienten immer knapper

Der Staat dürfe die Heilkunst nicht durch Subordinations-Verhältnisse unterdrücken, schrieb der Mediziner Christoph Wilhelm Hufeland im Jahr 1816. „Um gehörig zu beobachten und um das Nöthige zu erfinden, muss man Lust dazu haben, und also frei sein.“ (Ärzte – Beantwortung der Frage, ob sie als freie Künstler oder Staatsbeamten zu betrachten. Berlin 1816)

Die Sorge, dass die Therapiefreiheit in einem nicht mehr überschaubaren Labyrinth aus Geboten und Verboten zugrunde gehen könnte, ist heute aktueller denn je.

Wenn ein Patient in mein Sprechzimmer kommt, versuche ich, ein Gespür für seine Gesamtkonstitution zu entwickeln, um ihm helfen zu können. Doch wie soll ich den Kopf für kreative Problemlösungen freibekommen, wenn die Mauern der Bürokratie von allen Seiten knarrend und quietschend näher rücken?

Behandlung nach Schema F

Es ist zum Verrücktwerden: Ich soll zu einem Krankheitsverwalter gemacht werden, zu einem braven Vollstrecker, der alle Vorschriften, Leitlinien,

Budgetgrenzen und Sonderverträge im Kopf hat, der sich gewissenhaft an Formularen abarbeitet und seine Patienten nach Schema F behandelt. Ärztliche Urteilskraft und Erfahrung finden bei der Gestaltung des Gesundheitswesens keine Berücksichtigung mehr. Der einzelne Arzt wird geistig entmündigt, die Ärzteschaft bürokratisch ferngesteuert.

Schwere Frustrationen

Einer aktuellen Umfrage zufolge sehen sich 95 Prozent aller Ärzte in ihrer Therapiefreiheit sehr stark oder stark eingeschränkt. Nur drei Prozent der Ärzte rechnen damit, dass die Spielräume in Zukunft wieder größer werden. Angeführt wird die Hitliste der Ärgernisse aber vom täglichen Papierkrieg. Auf die Frage, was ihre Arbeit am meisten beeinträchtigt, nannten 81 Prozent der Ärzte die zunehmende Bürokratie. (Ärztezeitung, 19.10.2007).

Bei einem Treffen von Kollegen fragte ich kürzlich in die Runde: „Wann ist eigentlich bei euch die Grenze des Erträglichen erreicht?“ In der anschließenden Diskussion wurde klar: Diese Grenze ist für die

meisten Kollegen schon längst überschritten.

Ich habe in meiner Praxis viele Krebspatienten, schwer Kranke, die teilweise von den Krankenhäusern bereits aufgegeben wurden. Wenn ich versuche, diese Patienten ganzheitlich zu behandeln und ihre Gesamtkonstitution zu verbessern, stoße ich schnell an die Grenzen des Systems. Die schwersten Frustrationen hat bei mir bislang eine Auseinandersetzung mit dem Prüfungs- und Beschwerdeausschuss hervorgerufen: Ausschussmitglieder bekannten offen, vom betreffenden Medikament keine Ahnung zu haben, nahmen wissenschaftliche und rechtliche Begründungen nicht zur Kenntnis.

Wer als niedergelassener Arzt den Anspruch hat, seinen Patienten die bestmögliche medizinische Behandlung angedeihen zu lassen, gerät unweigerlich ins Spannungsfeld zwischen ärztlichem Ethos und der Furcht vor Regressen und Sanktionen.

Festgelegter Betrag

Das Gesundheitssystem soll durch raffinierte Kontroll- und Regulierungsverfahren billiger gemacht werden.

Arzneimittelausgabevolumen, Bonus-Malus-Regel, OTC-Listen, Arzneimittelrichtlinien, Therapiehinweise, Zweitmeinungsregelung, Richtgrößen – die Liste bürokratischer Schlagwörter, die bei niedergelassenen Ärzten nurmehr Überdross auslösen, ist lang.

Nehmen wir die Festbeträge: Übersteigt der Preis für ein Medikament einen festgelegten Betrag, bin ich dazu verpflichtet, den Patienten darüber zu informieren.

Oder die Rabattverträge: Ein von der Apotheke substituiertes Medikament wirkt bisweilen anders als das Präparat, an das der Patient gewohnt ist; ich muss neue Untersuchungen durchführen, ihn neu einstellen. All das ist Mehrarbeit, die durch Regulierungsbemühungen ausgelöst wird.

Nicht-medizinische Logik

Am Anfang des Quartals ist am Empfangstresen meiner Praxis die Hölle los. Die Arzthelferinnen rotieren. Es gibt quälende Diskussionen: „Praxisgebühr? Ich habe gerade kein Geld dabei.“ „Wieso muss ich schon wieder zahlen?“ „Ich bin doch befreit.“ Hat der Patient dann bezahlt, will er Überweisungen für alle Ärzte, die er vielleicht irgendwann einmal zu besuchen gedenkt. Wenn ich da vorne am Tresen stehe mit einer Traube von Leuten um mich herum, muss ich mit jedem Patienten diskutieren, ob er tatsächlich zehn Überweisungen benötigt oder nicht. Woher soll ich diese Zeit nehmen?

Dass ich dem Barmer-Hausarztvertrag beigetreten bin, obwohl die Abrechnung gesondert läuft und deshalb zusätzlichen Verwaltungsaufwand mit sich bringt, hat ebenfalls mit der Praxisgebühr zu tun.

Zu mir kamen immer mehr Patienten, die gerne beim Hausarztmodell mitmachen wollten, um von der Praxisgebühr befreit zu werden. Nun gut. Ich habe nichts gegen das Hausarztmodell. Ich habe auch nichts gegen Disease-Management-Programme (DMP), zu deren Förderung man in Paragraf 6 des Barmer-Vertrages verpflichtet wird. Bei manchen Patienten mögen diese Krankheitsverwaltungsprogramme ja durchaus funktionieren. Nur eben nicht bei allen. Menschen sind nun mal keine Maschinen, bei denen man nach Gebrauchsanleitung herumreparieren kann.

Bei der Barmer sieht man das offenbar anders. Ein Sachbearbeiter der

Krankenkasse schrieb mir, ich hätte dreizehn Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes in ein DMP eingeschrieben werden könnten.

Kurze Zeit später bekam ich vom Hausärzteverband ein ähnliches Schreiben mit der Drohung, mich von der Teilnahme am Vertrag auszuschließen, wenn ich nicht umgehend die aktive Umsetzung der DMP in die Wege leite.

Wenn Ärzte DMP für hilfreich halten oder den zusätzlichen Papierkrieg in Kauf nehmen, weil sie sich etwas dazuverdienen wollen – bitte

Kürzlich fragte ich in die Runde: „Wann ist eigentlich bei Euch die Grenze des Erträglichen erreicht?“

sehr. Jeder soll auf seine Art glücklich werden. Doch der Grund, warum Barmer und Hausärzteverband nun Druck auf die Ärzte ausüben, ist allzu durchsichtig: Je mehr Patienten in die DMP eingeschrieben sind, desto mehr Geld erhält die Krankenkasse über den Risikostrukturausgleich.

Es gibt immer mehr Regelungen und Einschränkungen, die einer nicht-medizinischen Logik folgen und deshalb die Patientenversorgung eher behindern als verbessern. Die Bürokratie lähmt das System, macht es ineffektiv – und frisst wertvolle Behandlungszeit.

Immense Überwindung

Einer Sieben-Länder-Studie des IQWiG zufolge haben deutsche Hausärzte im Vergleich zu Kollegen in anderen Industrieländern die höchste Patientenfrequenz pro Woche und die geringste Zeit pro Patientenkontakt.

Auch bei der Belastung durch Bürokratie liegen die deutschen Ärzte ganz vorne: 6,8 Stunden pro Woche

sind sie mit dem Kampf gegen die Papierberge beschäftigt – doppelt so lange wie ihre britischen und über vier Mal so lange wie ihre australischen Kollegen. (Klaus Koch u.a.: Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. *Deutsches Ärzteblatt* 21.9.2007)

Umfragen der KBV und des Marktforschungsinstituts GfK kommen zu dem Ergebnis, dass Hausärzte in Deutschland sogar durchschnittlich ein Viertel ihrer Arbeitszeit für Bürokratie aufwenden müssen.

Ich werde von Krankenkassen-Anfragen überschüttet, deren Beantwortung ich wegen der Budgetierung faktisch nicht bezahlt bekomme.

Benötigt ein Patient Heilmittel, kann ich nicht einfach aufschreiben: Sechs mal Massage, sechs mal Fango. Ich muss erst in dicken Büchern nachschlagen, mir entsprechende Formulare herausuchen, mich in all diesen Spalten zurechtfinden. Ich hasse es, all diese Zettel auszufüllen. Das kostet mich immense Überwindung.

Über die KV bekomme ich ständig neue Regelungen und Vorschriften zugeschickt, die ich beachten soll. Ich kann das gar nicht mehr alles lesen und verstehen. Am Ende einer Behandlung muss ich meine Leistungen dokumentieren, muss mich mit diesen fünfstelligen Abrechnungsziffern auseinandersetzen, alles richtig eintragen. Irgendwann kommt man in einen Zustand hinein, in dem man am liebsten aussteigen würde.

Zerstörung der Leidenschaft

Ich kenne auch andere Gesundheitssysteme, etwa das Großbritanniens, wo ich ein Jahr lang gearbeitet habe. Meiner Überzeugung nach gehört das deutsche Gesundheitssystem zu den besten der Welt. Doch wir sind dabei, die Grundlagen unserer Leistungsfähigkeit zu zerstören. Wir lassen zu, dass die Leidenschaft und Kreativität, mit der die Ärzte ihren Beruf ausüben, durch die Diktatur der Bürokratie erstickt wird.

Von immer mehr Kollegen höre ich, dass ihnen der Spaß an der Arbeit abhanden kommt. Dass ihnen ihre Patienten egal werden und sie wie kleine Beamte einfach ihre Routine herunterspulen. Wenn das zum Mainstream wird unter Deutschlands Ärzten, dann Gnade uns Gott.

*Dr. Olav Müller-Liebenau,
Hausarzt in Wandsbek*

Nachwuchsmangel in der ärztlichen Versorgung

Ärztliche Spitzenverbände fordern attraktivere Arbeitsbedingungen

In den kommenden fünf Jahren werden über 41.000 Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen. Ausreichender Nachwuchs ist jedoch nicht in Sicht – weder im ambulanten noch im stationären Bereich. Besonders betroffen ist die hausärztliche Versorgung, aber auch in einigen fachärztlichen Gruppen droht Ärztemangel.

Dramatisch ist die Situation in ländlichen Gebieten und in ostdeutschen Krankenhäusern, wo die Versorgung nur noch durch ausländische Ärzte aufrechterhalten werden kann. Das geht aus der „Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer hervor, die im Oktober 2007 in Berlin vorgestellt wurde.

„Uns bricht der Nachwuchs weg“, kommentierte Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärzte-

kammer, die prekäre Lage. „Der Anteil der Absolventen und jungen Ärzte sinkt Jahr für Jahr, obgleich das Angebot an freien Stellen so groß wie nie zuvor ist.“

Viele dieser jungen Leute aber wollen nicht mehr um den Preis ihrer eigenen Gesundheit 60- oder gar 80-Stunden-Dienste in der Woche schieben, um sich dann auch noch die Qualität ihrer Arbeit von der Politik mies machen zu lassen.“

Dringend notwendig sei daher eine Abkehr von der Rationierungspolitik der vergangenen Jahre, sonst drohe eine veritable Versorgungskrise, sagte Hoppe.

„Wir laufen in einen eklatanten Ärztemangel hinein“, warnte auch Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der Ärztemangel sei nicht nur ein Problem der neuen Bundesländer, er betreffe inzwischen

auch vorwiegend ländlich geprägte Gegenden der alten Länder. „Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit müssen dringend verbessert werden, damit junge, gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in die Patientenversorgung gehen und dort auch bleiben. Dazu brauchen wir attraktive Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie und eine leistungsgerechte Bezahlung ärztlicher Arbeit“, forderte der KBV-Chef.

Die Studie der ärztlichen Spitzenorganisationen zeigt, dass vor allem junge Ärzte bereit sind, eine Tätigkeit in alternativen, medizinverwandten Berufen aufzunehmen oder im Ausland zu arbeiten.

Etwa ein Viertel der Medizinabsolventen geht so der kurativen Medizin in Deutschland verloren. Schon jetzt sind nachweislich knapp 16.000 deutsche Ärzte im Ausland tätig – Tendenz steigend. *kbv*

Gewalt gegen Kinder

Hamburger Staatsanwaltschaft: Ärzte können bereits bei einem begründeten Erstverdacht ihre Schweigepflicht brechen

Ein Vortrag des Nürnberger Staatsanwalts Reinhard Lubitz auf der 103. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hat unter Kinderärzten für Irritationen gesorgt.

Laut *Ärztezeitung* vom 26. September 2007 empfahl der Staatsanwalt den Medizinern, sich bei einem Erstverdacht auf Misshandlung von Kindern an die ärztliche Schweigepflicht zu halten und nicht das Jugendamt oder die Ermittlungsbehörden einzuschalten. Erst wenn ein Kind zum zweiten oder dritten Mal mit nicht erklärbaren Verletzungen in die Praxis kommt, sei der Arzt vor einer Strafverfolgung wegen des Bruchs der Schweigepflicht sicher.

„Das Anliegen des Nürnberger Kollegen ist in gewisser Weise verständlich“, sagt Janhenning Kuhn, Sprecher der Hamburger Staatsanwaltschaft auf

Anfrage des *KVH-Journal*. „Eltern, die ihre Kinder misshandelt haben, lassen diese womöglich eher von einem Arzt behandeln, wenn sie auf die ärztliche Schweigepflicht vertrauen können. Doch es ist die Frage, ob man den Kindern damit tatsächlich hilft. Denn danach wären Eltern vor Strafverfolgung sicher, wenn sie nach jeder Tat einen anderen Arzt aufsuchen würden.“

Eine numerische Regelung lässt sich aus Sicht der Hamburger Staatsanwaltschaft nicht aus der Gesetzeslage ableiten.

„Wenn ein Arzt den begründeten Verdacht hat, dass ein Kind misshandelt wurde, kann er bereits nach der ersten Behandlung die Polizei oder das Jugendamt benachrichtigen“, sagt Kuhn. Bei akuter Lebensgefahr oder akuter Gefährdung des Kindes bestehe für den Arzt sogar eine Anzeigepflicht. *mn*

Unnötige Krankenhausaufenthalte

BNC: Viele Operationen sind besser ambulant durchführbar

Der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) kritisiert, dass noch immer zu viele Operationen stationär durchgeführt würden. Die häufigsten Operationen in deutschen Krankenhäusern seien laut Krankenhausstatistik im Jahr 2006 Gelenkspiegelungen, Leistenbruch- und Krampfaderoperationen gewesen.

„Die aktuellen Zahlen lassen den niedergelassenen Operateur aufhorchen“, so der Präsident des BNC, Dr. Dieter Haack. „Denn diese Spitzenreiter sind allesamt Eingriffe, die heutzutage bei den meisten Patienten problemlos ambulant vorgenommen werden könnten.“ Nach Überzeugung des BNC könnte man mit einer konsequenten Förderung des ambulanten Operierens für 15 ausgewählte Operationen jährlich bundesweit rund 1,35 Milliarden Euro einsparen. *bnc*

Neue Meldepflicht

Ärzte sollen „selbstverschuldete Krankheiten“ melden

Mit der Pflegereform hat das Bundeskabinett Mitte Oktober eine umstrittene Verpflichtung für Ärzte auf den Weg gebracht. Ist der Behandlungsbedarf eines Patienten „selbstverschuldet“, sollen Ärzte dies den Krankenkassen künftig melden. Dabei geht es um Folgeschäden von Schönheitsoperationen, Piercings oder Tätowierungen.

„Ärzte sind keine Hilfspolizisten der Krankenkassen und Arztpraxen keine Abhörstationen der Kassengeschäftsstellen“, kommentierte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler die geplante Meldepflicht.

Gesundheitsexperten warnen vor der Schaffung eines Präzedenzfalls, der das Solidarprinzip des Gesundheitssystems aufbricht. *mn*

Aushöhlung des Arztvorbehaltes

KBV und die Bundesärztekammer warnen vor einer Übertragung ärztlicher Aufgaben an Pflegekräfte

Die KBV und die Bundesärztekammer haben vor einer Übertragung ärztlicher Aufgaben an Pflegekräfte gewarnt.

„Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, können und dürfen nicht von anderen ausgeführt werden. Arztvorbehalt und ein hoher ärztlicher Standard sichern maßgeblich die gute Qualität in der Patientenversorgung“, stellten Bundesärztekammer-Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe und der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, klar.

Vertreter des Deutschen Pflegerates (DPR) hatten – unterstützt vom Bundesgesundheitsministerium – zuvor erklärt, die Strukturhoheit der Ärzte auf allen Gebieten des Versorgungssystems sei nicht geeignet, um

die neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen.

Durch die geplante Pflegereform sollen nun Modellvorhaben ermöglicht werden, bei denen Tätigkeiten, die bislang ausschließlich Ärzten vorbehalten waren, von Pflegekräften übernommen werden.

Das KV-System positioniert sich entschieden gegen solche Vorstöße. „Es geht um die Frage: Wie erreichen wir die bestmögliche Patientenversorgung? Schnittstellenmanagement zwischen ärztlichem und pflegerischem Bereich meint nicht die Übernahme von fachfremden Aufgaben und Anmaßung von Kompetenz, sondern ein Zusammenwirken im Sinne der Patienten“, so Köhler. *mn/kbv*

Reform der Telekommunikationsüberwachung

Abgeordnete und Strafverteidiger sind vor Lauschangriffen geschützt – Ärzte nicht

Der Bundestag hat Mitte November 2007 der Reform der Telekommunikationsüberwachung zugestimmt. Das Gesetz regelt die Voraussetzungen für verdeckte Ermittlungen und verpflichtet Telekommunikationsanbieter, die Daten von Telefon- und Internetverbindungen für sechs Monate zu speichern. Das Gesetz wird von ärztlicher Seite massiv kritisiert. Denn während Abgeordnete, Seelsorger und Strafverteidiger als Berufsheimnisträger vor Lauschangriffen geschützt sind, können die Telefone von Ärzten auf richterlichen Beschluss hin abgehört werden. „Warum das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten als zweitklassig gilt, ist nicht nachvollziehbar“, kritisiert der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Dieter Bollmann. „Durch dieses Gesetz wird die ärztliche Schweigepflicht unterhöhlt.“ *mn*



Foto: ©Andrey Kiselev / Fotolia



Hamburger Experten auf dem Podium von NDR und Abendblatt

Gesundheitsforum im Ärztehaus

Podiumsdiskussion zum Thema ambulantes Operieren

Das vom NDR und dem Hamburger Abendblatt veranstaltete Gesundheitsforum war am 13. November 2007 wieder zu Gast im Ärztehaus. Thema diesmal: ambulante Operationen.

Das Gesundheitsforum, mittlerweile eine feste Institution in der Hamburger Medienlandschaft, will über den Stand und die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung informieren. Gestaltet und moderiert

wurde die Podiumsdiskussion von Bernd Seguin (NDR 90,3) und Cornelia Werner (Hamburger Abendblatt). Etwa 60 Gäste fanden sich im Ärztehaus ein und bekamen die Gelegenheit, die von der KV vermittelten Experten zu befragen. Über den Verlauf dieser Diskussion berichtete das Hamburger Abendblatt, NDR 90,3 produzierte dazu eine Hörfunksendung. *hr*

Selbsthilfeforum: Neue Wege der Kooperation

Teilnehmer wollen Selbsthilfegruppen und Qualitätszirkel zusammenbringen

Selbsthilfegruppen und Ärzte trafen sich am 6. November 2007 zum 14. Selbsthilfeforum im Ärztehaus. Im Zentrum der gemeinsamen Veranstaltung der Ärztekammer und der Hamburger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) stand die Frage: Wie können Selbsthilfegruppen,

Patienten und Ärzte besser zusammenarbeiten? „Das Kooperationsmodell der Deutschen Rheuma-Liga und des Hausärzteverbandes ist dafür ein gutes Beispiel“, sagte Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg und Vorsitzender des Hausärzteverbandes. Die Teilnehmer diskutierten

die Erwartungen von Selbsthilfegruppen an Praxen. Darüber hinaus suchten sie nach Wegen, um Vertreter von Selbsthilfegruppen mit den ärztlichen Qualitätszirkeln zusammenzubringen und umgekehrt Ärzte als Referenten bei Treffen von Selbsthilfegruppen zu gewinnen. *hr*



Demonstration vor dem Ärztehaus

Mitglieder und Patienten der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Harburg protestierten am 7. November 2007 vor dem Ärztehaus. Sie wollten darauf aufmerksam machen, dass es in Harburg einen „eklatanten Mangelzustand“ bei der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Psychiater in Süderelbe, Harburg-Kern und Wilhelmsburg gebe. Um ihrem Anliegen Nachdruck zu verleihen, überreichten die Demonstranten der KV Hamburg 1.500 Unterschriften. *hr*

Patientenberatung

Telefonaktion zum Thema „Gelenkschmerzen“

Die Patientenberatung der KV Hamburg und der Hamburger Ärztekammer hatte am 14. November 2007 jeweils zwei Rheumatologen und Orthopäden zu Gast, die telefonisch Fragen zum Thema Gelenkschmerzen beantworteten. Das Thema gehört auch in der täglichen Beratung zu den Dauerbrennern. Die Aktion „Beratung plus – Patienten fragen, Ärzte antworten“ wird vier Mal im Jahr zu unterschiedlichen Krankheitsbildern angeboten.

Vertreterversammlung

Nächste Vertreterversammlung der KV Hamburg: 27. März 2008. Beginn 20 Uhr. Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Thomas Gent

Geburtsdatum: 14. Februar 1956

Familie: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Weitere Ämter: Mitglied im Prüfungsausschuss für Arzthelferinnen

Hobbys: mein Hund Sam, ein Flat Coated Retriever



Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

Studium der Theologie und Philosophie in Frankfurt; Studium der Humanmedizin in Hamburg; Assistenzarzt im Marienkrankenhaus in Hamburg bei Prof. Bräutigam und Prof. Scheidel; seit 1993 niedergelassener Frauenarzt in Rahlstedt; 2005 Gründung einer Filiale in Hamburg Volksdorf.

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

Leistungsgerechte Honorierung, Abschaffung der Praxisbudgets, betriebswirtschaftliche Planungssicherheit für Praxen.

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

Die KV Hamburg wird sich zu einer dienstleistenden Ver-

tretung der niedergelassenen Ärzteschaft entwickeln. Im Gesundheitswesen wird die private Verantwortung immer weiter in den Vordergrund rücken. Die Selbstbeteiligung der Patienten wird ausgeweitet werden – ähnlich wie bei der Rentenversicherung.

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

Ich würde gerne mal unsere Bundeskanzlerin Angela Merkel treffen und sie fragen, ob sie das Gesundheitswesen für gerecht im Sinne einer guten Versorgung für Patienten und im Sinne einer gerechten Bezahlung für Ärzte hält.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Vier Wochen auf einer einsamen Fidschi-Insel verbringen.

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Christian Trabant

Geburtsdatum: 22. Februar 1950

Familie: verheiratet mit einer Allgemeinärztin, ein Stiefsohn

Fachrichtung: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Weitere Ämter: ärztliches Mitglied im beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Hamburg, Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) e. V.

Hobbys: Goldschmieden, Reisen



Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

Studium der Psychologie und Medizin in Hamburg; Kinder- und Jugendpsychiatrie im Wilhelmstift Hamburg; psychotherapeutische Beratungsstelle in Norderstedt; 1989 Niederlassung in Arztpraxis am Eppendorfer Weg.

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

Befriedigende Honorare für meine Fachgruppe erzielen; den Ärzten den Nutzen der Psychosomatischen Medizin näher bringen; Kalkulationssicherheit in der GKV erzielen; mehr Transparenz in der GKV-Abrechnung erzielen.

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

Zunehmende Zentralisierung; Einzelpraxen werden un-

wirtschaftlich; die KV wird zunehmend zum Verwalter und Dienstleister, verliert weichenstellende Funktionen; Schwächung der fachärztlichen Position in der GKV.

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

Gesundheits- und Sozialpolitiker der 70er und 80er Jahre möchte ich fragen, warum sie ihre Arbeit nicht gemacht haben. Demographische Faktoren, die die Sozialleistungen und Lohnnebenkosten beeinflussen, sind längst bekannt gewesen, jedoch wurden völlig unzureichende Konsequenzen gezogen.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Eine Reise nach Neuseeland.

Infocenter der KVH

...bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag!

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Telefon:

040/22 802 900

Telefax:

040/22 802 885

E-Mail:

infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag und Donnerstag
Mittwoch
Freitag

8.00 – 17.00 Uhr

8.00 – 12.30 Uhr

8.00 – 15.00 Uhr

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zum Jahreswechsel 2007/2008

Wenn Sie den Jahreswechsel für Betriebsferien nutzen, so möchten wir Sie bitten, rechtzeitig für einen Praxisaushang mit Hinweis auf Ihre Vertretung zu sorgen. Geben Sie bitte auch entsprechende Hinweise auf Ihrem Anrufbeantworter mit Angabe des Vertreters, Telefonnummer der Notfalldienstzentrale und Adresse der Notfallpraxen in Altona und Farmsen.

Die Dienstzeiten des Ärztlichen Notfalldienstes Hamburg, der beiden Notfallpraxen und der vier Notfallambulanzen können Sie gern kopieren und in der Praxis aushängen.

Ihr Ansprechpartner:
Christian Wieken, Abt. Notfalldienste, Tel.: 22802-444

Notfalldienste zum Jahreswechsel 2007/2008



Ärztlicher Notfalldienst Hamburg

Der "Taxi-Notdienst", erreichbar unter der Telefon **Nr. 22 80 22**, ist dienstbereit:

Von Freitag, 21. Dezember 2007 ab 19 Uhr bis Donnerstag, 27. Dezember 2007 um 7 Uhr

Von Freitag, 28. Dezember 2007 ab 19 Uhr bis Mittwoch, 2. Januar 2008 um 7 Uhr

zusätzlich am Donnerstag, 27. Dezember 2007 und Freitag, 28. Dezember 2007 von 7 Uhr bis 19 Uhr mit eingeschränkter Besetzung

Notfallpraxen Farmsen und Altona

Die Notfallpraxen Farmsen, Berner Heerweg 124 und Altona, Stresemannstraße 54 haben geöffnet:

am 24. Dezember 2007 und am 31. Dezember 2007 von 7 Uhr bis 24 Uhr

an Wochenenden und Feiertagen von 7 Uhr bis 24 Uhr

zusätzlich am Donnerstag, 27. Dezember 2007 und Freitag, 28. Dezember 2007 ab 13 Uhr

Kinderärztlicher Notfalldienst

Die Notfallambulanzen für Kinder sind in den vier Hamburger Kliniken wie folgt erreichbar:

am 24. Dezember 2007 und 31. Dezember 2007 sowie an Wochenenden und Feiertagen

Altonaer Kinderkrankenhaus

Bleickenallee 38 von 10 - 18 Uhr

Klinikum Nord (Heidberg)

Tangstedter Landstr. 400 von 10 - 18 Uhr

Kinderkhs. Wilhelmsstift

(Rahlstedt) Liliencronstr. 130 von 10 - 18 Uhr

Krankenhaus Mariahilf

(Harburg) Stader Str. 203c von 13 - 19 Uhr

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

