

KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 7 und 8/2011

Neue Kräfteverhältnisse in der KBV

KBV

The image features a group of ten black silhouettes of business professionals in a modern office environment. They are arranged in a line, some standing and talking, others shaking hands. The background is a blue gradient with a large, white, stylized 'KBV' logo. The silhouettes are reflected on a glossy floor below them.

KBV-Parlament

Ende der Grabenkämpfe?

Honorar

Ende der "asymmetrischen
Verteilung"?

Morbiditätsmessung

Ende der ambulanten
Kodierrichtlinie?

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Der erste Referentenentwurf eines Versorgungsstrukturgesetzes liegt vor. Darin berücksichtigt sind seit langem von uns erhobene Forderungen nach Re-Regionalisierung der Vergütungen und Verteilungsmaßstäbe. Auch die auf breiter Basis kritisierten Kodierrichtlinien als verpflichtend anzuwendendes Instrument der Diagnoseverschlüsselung werden nach dem Entwurf aus dem Gesetz gestrichen und damit nicht verbindlich. Dies ändert allerdings nichts an der seit Jahren bestehenden Verpflichtung, die für die Behandlung relevanten Diagnosen nach ICD 10 – GM bei der Abrechnung anzugeben. Und der Referentenentwurf ändert auch nichts an der bestehenden Bindung der Honorarentwicklung an die Morbidität, abgebildet durch die angegebenen Behandlungsdiagnosen und gewichtet nach einem vom Bewertungsausschuss beschlossenen Klassifizierungssystem. Es gilt also auch in Zukunft, die vorhandene Morbidität in den Behandlungsdiagnosen abzubilden.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Bollmann', written in a cursive style.

*Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt,
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvhh.de

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

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

Titelbild: fotolia.de/meschike

Doppelausgabe 7 und 8 / 2011 vom 1. Juli 2011

{Redaktionsschluss: 20. Juni 2011}

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Frischer Wind in der KBV-Vertreterversammlung? _____	4
KBV-Parlament auf Sinnsuche: Der Start in die neue Amtsperiode – beobachtet von KV-Hamburg-Vizechef Walter Plassmann _____	5

Gesundheitspolitik

Honorar: Die Diskussion um die "asymmetrische Verteilung" nimmt absurde Formen an _____	8
Morbiditätsmessung: Kodierrichtlinie steht vor dem Aus / Ärztmangel: Niedergelassene finden keine Nachfolger _____	10

Aus der Praxis für die Praxis

Arzneimittelcheck im AOK-Hausarztmodell _____	11
Fragen und Antworten _____	12
Neue Patientenflyer: „Vorsorge“ und „Einweisung / Überweisung ins Krankenhaus“ _____	13
DMP-Dokumentation: Wie Ärzte vermeiden, dass Versicherte fälschlich aus dem Programm ausgeschlossen werden _____	14
Ärztékammer ruft zu Teilnahme an Weiterbildungsumfrage auf _____	15

Qualitätssicherung

Änderung der Ultraschall-Vereinbarung / QEP-Refresher-Seminar im Ärztehaus _____	16
--	----

Telematik

KV-Online-Services werden ausgebaut _____	17
---	----

Abrechnung

Neue Regelung: RLV-Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften _____	18
Fehlerquellen bei der Online-Abrechnung _____	20
Abgabe der Abrechnungsunterlagen / Kassen bezahlen PCR-Test bei EHEC-Verdacht _____	21

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachung von Verträgen _____	21
------------------------------------	----

Brennpunkt Arznei

Tapentadol wird als kostenintensive Scheininnovation eingestuft _____	22
Verordnungsfähigkeit von verschreibungspflichtigen und nicht-verschreibungspflichtigen Abführmitteln _____	23
Neue Arzneimittel: Stellungnahmen der Arzneimittelkommission zu Silodyx®/ Urorec® (Silodosin), Onbrez Breezhaler® (Indacaterolmaleat) und Trobalt® (Retigabin) _____	24

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung _____	26
Terminkalender _____	27

Nachgefragt

■ Frischer Wind der in KBV? Drei Statements zur neuen Opposition in der Vertreterversammlung



Auch in den früheren Vertreterversammlungen der KBV gab es divergierende Meinungen und Interessen. Doch die neue Opposition agiert teilweise mit einem rücksichtslosen und manipulativen Politikstil: Man stellt nicht realisierbare Forderungen auf. Verbale Entgleisungen gelten als normale Form der Auseinandersetzung. Wenn absehbar ist, dass die eigene Position nicht durchsetzbar ist, führt man absurdes Theater auf und verlässt unter Protest den Saal. Ziel dieser Opposition ist es nicht nur, den KBV-Vorsitzenden Köhler zu demontieren, sondern das gesamte KV-System zu schwächen.

*Dr. Sigrid Ultes-Kaiser,
Vorstandsvorsitzende der
KV Rheinland-Pfalz und Mitglied
der KBV-Vertreterversammlung*



Die neuen Kräfteverhältnisse haben dazu geführt, dass es in der KBV-Vertreterversammlung nicht mehr so konsistent zugeht wie früher. Doch ich muss sagen: Früher war mir die Vertreterversammlung manchmal zu harmonisch. Widerworte gegen Köhler gab es selten. Nun kommen erstmals ausdrückliche Befürworter von Selektivverträgen zu Wort. Die Vielfalt der Ärzteschaft wird besser repräsentiert, und die Debatte wird lebhafter. Der Druck, den wir an der ärztlichen Basis und in den Berufsverbänden spüren, kommt ganz oben in der KBV-Spitze an. Und das ist gut so.

*Dr. Dieter Haack,
Präsident des Berufsverbandes
Niedergelassener Chirurgen
(BNC) und Mitglied der
KBV-Vertreterversammlung*



Die KBV-Vertreterversammlung ist ein Parlament, und in einem Parlament muss es bunt und kontrovers zugehen. Als die Vorstände und die Vorsitzenden der Vertreterversammlung gewählt wurden, gab es eine gewisse Schärfe im Umgangston - die sich nun, da der Wahlkampf vorüber ist, vermutlich wieder verlieren wird. Es stimmt: Die „freie Allianz der Länder-KVen“ (FALK) begreift sich als konstruktive Opposition. Es ist aber ein lockeres Bündnis, das vor allem vor dem Hintergrund der Gegnerschaft zur Konvergenz und zu den Kodierrichtlinien initiiert worden ist. Diese beiden Punkte sind nun hoffentlich vom Tisch. Da es in anderen Fragen durchaus unterschiedliche Interessen gibt, wird FALK nicht nur als festgefügtter Oppositionsblock auftreten.

*Dr. Jörg Berling,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Niedersachsen*

Parlament auf Sinnsuche

- Holprig ist die KBV-Vertreterversammlung in die neue Amtsperiode gestartet. Der Einzug der süddeutschen Opposition sorgt für Unruhe. Dabei sind die wichtigsten Streitpunkte weitgehend ad acta gelegt.

Natürlich Herbert Wehner! An das bärbeißige Urgestein der Nachkriegs-SPD mußten alle denken, als die Delegierten der Süd-KVen aus der Sitzung der KBV-Vertreterversammlung auszogen. Wehner hatte den Christdemokraten, nachdem er sie wieder einmal mit seinen Attacken aus dem Saal getrieben hatte, nachgerufen: „Wer rausgeht, muss auch wieder reinkommen.“ Dem hatten sich die Abgeordneten von CDU/CSU natürlich ebenso wenig entziehen können wie die KBV-Delegierten aus Süddeutschland. Bei der nächsten Sitzung saßen sie wieder auf ihren Plätzen.

Diese Episode sagt viel aus über die Verunsicherung, die derzeit die Sitzungen des KBV-„Parlamentes“ prägt:

- Dem Auszug vorausgegangen war eine unnötige und plumpe Attacke eines Delegierten, was bezeichnend ist für die Hilflosigkeit, die im Umgang miteinander herrscht.
- Der Auszug selbst war ganz offenkundig geplant und einer der vielen Aktionen der Süd-Delegierten, die mehr dem Effekt geschuldet sind als der inhaltlichen Auseinandersetzung.

- Der Auszug fand in einer Klausursitzung statt, wäre also eigentlich wegen mangelnder Öffentlichkeit verpufft – wenn ihn nicht Delegierte umgehend publik gemacht hätten. Auch das ist typisch: Informationen aus der Sitzung werden ohne Rücksicht auf Vertraulichkeit an die Medien weitergegeben.

Die Verunsicherung über die Frage, wie sich die von der Opposition eroberten KVen Baden-Württemberg und Bayern (zu denen je nach Sichtweise auch Hessen gezählt wird) verhalten würden, lähmte jegliche

Alle mussten an Wehner denken: „Wer rausgeht, muss auch wieder reinkommen.“

Diskussion. So schrieb man in derart akribisches Regiebuch zur konstituierenden Sitzung, dass der KV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eckert aus Mecklenburg-Vorpommern erbost über ein „abgekartetes Spiel“ schimpfte. Wobei Wahlen zum KBV-Vorstand selten offene Rennen waren ...

Dabei waren die vielen Klausursitzungen, zu denen die VV im Zwei-Wochen-Rhythmus eingeladen wurde, viel ruhiger, als dies manche befürchtet hatten. So war der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler

gleich in der ersten Sitzung einen enormen Schritt auf die Südstaatler zugegangen, als er seine Forderung nach umfassender Reform der Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung zurücknahm und auch bekannte, dass ein von ihm erhobener zentraler Vorwurf nicht der Realität entspräche: „Ich habe mich mittlerweile überzeugen können, dass in den Hausarztverträgen keine Risikoselektion stattfindet.“

Mit dieser Charme-Offensive Köhlers hatten die bis dato als „Selektivvertragler“ abgestempelten KV-Politiker aus

Bayern und Baden-Württemberg ganz offenkundig nicht gerechnet. Verwundert und verunsichert bedankten sie sich bei Köhler für dessen Entgegenkommen und brachten schnell die „Ambulanten Kodierrichtlinien“ (AKR) ins Spiel, damit die Harmonie nicht zu übermächtig würde.

Hier gab es in der Tat den Konflikt, ob es den Regionen frei gestellt werden sollte, ob und wann sie die AKR „scharf schalten“ wollen. Diese Frage

Fortsetzung auf S. 6 

wurde mit sehr knapper Mehrheit abschlägig beschieden und sorgte kurzfristig für die alte Frontstellung, deren Fehlen für manche ganz offenbar nicht hingenommen werden konnte. Doch auch diese Front hielt nicht lange, denn die Politik strich einige Tage später in ihrem Gesetzentwurf zum

„Versorgungsstrukturgesetz“ die Verpflichtung zur AKR-Kodierung gleich ganz. Insofern war es nicht verwunderlich, dass die zweite öffentliche VV-Sitzung am Vortag des Deutschen Ärztetages in Kiel deutlich friedvoller verlief, als es viele Beobachter erwartet (befürchtet? erhofft?) hatten. Der Konflikte waren so wenige, dass dem baden-württember-

gischen Medi-Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner schon die engen Arbeitsbedingungen eine Philippika wert waren. Der „Berufskritiker“, so die ansonsten Baumgärtner durchaus gewogene Ärzte-Zeitung, hatte Schwierigkeiten, während der Sitzung seine Mails zu bearbeiten.

KBV-Chef Köhler war natürlich der holprige Start der VV nicht entgangen. Auch er befindet sich auf der Suche nach einer neuen Grundlage seiner Arbeit. Denn ob es nun wirklich seiner Auffassung entspricht oder ob er sich schlicht den Mehrheiten beugt – die Regionalisierung ist zur Zeit der Megatrend. Was bleibt also für die KBV?

Köhler antwortete in Kiel mit dem Versuch, aus der VV ein normales Parlament zu machen: „Wir haben eine Opposition, die ganz klare Oppositionspolitik betreibt“, sagte er in Richtung Süden und weiter: „Was wir jetzt haben, ist im Kern eine gelebte parlamentarische Demokratie.“ Quod esset demonstrandum.

Denn Köhlers Unterstellung, die Süd-KVen wollten das System abschaffen („Wir haben Mitglieder in dieser Vertreterversammlung, die der KV ... gegenüber extrem kritisch eingestellt sind und den Systemausstieg wollen.“) wird von den Protagonisten jedenfalls abgestritten. Und warum sollten sie auch ein System abschaffen, das es ihnen ermöglicht, auf beiden Seiten zu spielen? De facto gibt es ja derzeit überhaupt keine rele-

Opposition in der KBV-Vertreterversammlung

Anfang Mai 2011 haben sich die KVen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern zur „Freien Allianz der Länder-KVen“ (FALK) zusammengeschlossen. Die 17 Vertreter dieser KVen und zwei der Vertreter aus Niedersachsen fühlen sich diesem lockeren Oppositionsbündnis zugehörig.

Insgesamt besteht die Vertreterversammlung der KBV aus 60 Mitgliedern. Die Vorsitzenden der KVen und ihre Stellvertreter sind automatisch Mitglieder der KBV-Vertreterversammlung. Größere KVen entsenden je nach Mitgliederzahl zusätzliche Vertreter, die von den regionalen Vertreterversammlungen gewählt werden. Das größte Gewicht haben die beiden Flächen-KVen Bayern (6 Vertreter) und Baden-Württemberg (5 Vertreter).

Sechs Sitze sind in der KBV-Vertreterversammlung für Repräsentanten der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten reserviert.



vanten Selektivverträge mehr, denn die Hausarztverträge in Baden-Württemberg und Bayern werden nun in enger Symbiose mit der KV administriert. Köhler brauchte aber dieses Vorspiel, um seine weiteren Gedanken vorbereiten zu können: „Wir brauchen Entscheidungen, die länger als nur eine oder zwei Vertreterversammlungen tragfähig sind“, meinte er, womit er unzweifelhaft recht hat. Den Grund, warum das nicht so ist, hat er im „Problem der zyklischen Präferenzen“ gefunden: Wenn jedes Individuum jede Frage einzig und allein unter dem Blickwinkel der eigenen Betroffenheit entscheidet, entstehen wechselnde und wackelnde Mehrheiten. Das, so Köhler, bringe häufig Entscheidungen hervor, die von allen denkbaren Alternativen die schlechteste seien.

Dieser Ausflug in die Politikwissenschaft führte Köhler dann zwanglos zu seinem eigentlichen Vorschlag: „Das probateste Mittel, um zyklische Präferenzen in den Griff zu bekommen, ist der Fraktionszwang.“ Die Vorlage hierzu hatten Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern geliefert, die unter dem sinnfreien Namen „Freie Allianz der Länder-KVen - FALK“ auftraten. Allianz stammt von *alligare* ab, was (an-)binden heißt. Die KVen betreiben also eine „freie Anbindung“ – was einmal mehr zeigt, dass der Lack (also in diesem Fall eine

schicke Abkürzung) wichtiger ist als der Inhalt.

FALK und die Mehrheits-Fraktion sollten also, so Köhler, echte Fraktionen werden, die sich intern eine Meinung bildeten und diese dann wie ein Mann vertreten. Das ganze Verfahren könnte seiner Meinung nach sowieso über Ausschussarbeit und „Lesungen“ so organisiert werden wie im Deutschen Bundestag und ergäbe dann eine stabile Entscheidungslage. Diskussionen würden in nicht-öffentliche Ausschusssitzungen abgeschoben und anschließend würde der Fraktionsvorsitzende dafür sorgen, dass keiner mehr aus der Reihe tanzt – und wieder schaute Herbert Wehner um die Ecke ...

So plausibel sich diese Argumentationskette im Politologie-Seminar anhören mag, so weltfremd ist sie für eine KBV-Vertreterversammlung. Sie ist eben gerade kein Parlament, in dem Abgeordnete sitzen, die sich nach ethisch-politischen Präferenzen gesammelt haben und entsprechend gewählt wurden. Sie ist noch nicht einmal ein Parlament, denn die absolute Mehrheit ihrer Mitglieder sind „geboren“, das heißt vom Gesetz bestimmt: Es sind die ersten und zweiten Vorsitzenden der Länder-KVen. Die haben in der Tat den Auftrag, die Interessen ihrer KV in der KBV-Vertreterversammlung zu vertreten, nicht irgendwelche Ideale. Insofern bleibt ihnen gar nichts anderes übrig, als immer neue Zweckgemeinschaften einzugehen, in denen sie die

Interessen ihrer KV am besten vertreten sehen. Dass dies sehr wohl zu bemerkenswerten Kompromissentscheidungen führen kann, zeigt die Diskussion um die „asymmetrische Verteilung“ (siehe Seite 8).

Parallel zu dieser Diskussion wird von den Süd-KVen als „*Ceterum censeo*“ die stärkere Berücksichtigung der KV-Größe bei der Zahl der Vertreterversammlung-Mitglieder ins Spiel gebracht. Das hatte in früheren Zeiten zur Folge gehabt, dass Wohl und Wehe der KBV-Vertreterversammlung an den Delegierten aus Bayern hing, deren Flugzeuge gerne zufälligerweise kurz vor einer schwierigen Abstimmung erreicht werden mussten, was die Beschlussunfähigkeit des Gremiums zur Folge hatte – ein Szenario, an das sich die aktuellen Delegierten ja offenkundig erinnern haben.

Die KV Hamburg als größte der kleinen KVen (Platz 10 im KV-Ranking) muss diese Diskussion mit Aufmerksamkeit verfolgen. Ihre Belange als *de facto* einzige wirkliche Stadt-KV wurden in den vergangenen Jahren häufig genug im Berliner Betrieb missachtet. Dies darf nicht durch semi-demokratische Reformen institutionalisiert werden. Auf der anderen Seite ist „Größe“ eine Frage, der auch wir uns stellen müssen. Allerdings ohne Zwang.

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorsitzender
der KV-Hamburg*

Darf's ein bisschen weniger sein?

■ Die Diskussion um eine „asymmetrische Verteilung“ des Honorarzuwachses nimmt absurde Formen an. Geht Hamburg ein zweites Jahr in Folge leer aus?

Hundertfünfunddreißig Folien benötigte der KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler, um die neuesten Feinheiten der „asymmetrischen Verteilung“ darzustellen. Selbst bei Zuhörern, die sich durchaus in der Materie bewandert wähnten, sorgte die immer neue Abfolge von Kunstwörtern, Abkürzungen und Formel-Monstern für neue Verwirrung. Schlussendlich war nur noch Widerwille übrig gegen die mehr oder weniger kunstvolle Verbrämung einer reinen Willkür: der ungleichmäßigen Verteilung von Honorarzuwachs auf die Regionen.

Die gesamte Diskussion um die „asymmetrische Verteilung“ ist der Fluch der bösen Zentralisierungs-Tat: Seit Übernahme der Kompetenz für die Honorarverhandlung und -verteilung und der damit einhergehenden Honorarreform 2009 bestimmt die Bundesebene die Höhe der Ho-

norare in den einzelnen KVen. Da weitere Honorarzuwächse also nicht vor Ort erhandelt werden können, richtete sich die Begehrlichkeit vieler KVen auf Nachbars Garten - auf die Budgets anderer KVen.

Das Argumentationsmittel dazu war der „Behandlungsbedarf“. Er drückt aus, wie viele Leistungen pro Versichertem in der Vergangenheit erbracht wurden – und da es noch keine „objektiven“ Messgrößen gibt, nimmt man hierzu die Summe der abgerechneten Punkte. Diese wiederum lassen sich dank des bundesweit einheitlichen Orientierungspunktwertes einfach in eine Pauschale pro Versichertem umrechnen.

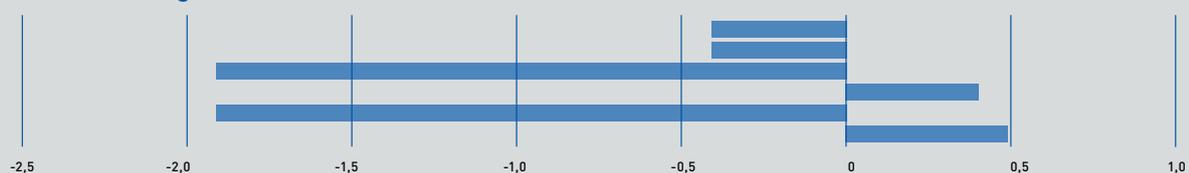
Der Behandlungsaufwand ist seit Jahrzehnten in den KVen sehr unterschiedlich – was auch nicht anders sein kann, wenn ein Arzt in einer Region im Durchschnitt 1600 Patienten

behandeln muss und in einer anderen 700 Patienten. Oder wenn in einer Region die durch Pauschalen geprägte hausärztliche Betreuung dominiert und in einer anderen die fachärztliche, die sich noch immer eine Reihe von Einzelleistungen erhalten hat.

Trotzdem wird von einigen KVen lautstark ein bundesweit einheitlicher Behandlungsbedarf gefordert. Besonders benachteiligt fühlt sich Westfalen-Lippe, obwohl die dortigen Ärzte die zweithöchsten Honorare in ganz Deutschland erzielen (Spitzenreiter sind übrigens die Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern). Traditionell hoch liegt der Behandlungsbedarf in städtischen Regionen, was allerdings allein in den Stadt-KVen auffällt, weil die Großstadtzahlen in Flächen-KVen nivelliert werden.

Seit knapp zwei Jahren tobt nun ein Streit, ob es nicht „objek-

Umverteilungsmodelle der KBV



Die Modelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Umverteilung innerhalb einer Konvergenzphase ergeben für Hamburg völlig unterschiedliche Ergebnisse – je nachdem, wann die Morbidität gemessen wird und vor allem, ob soziodemographische Faktoren hinzugezogen werden oder nicht. Die Auswirkung des schließlich verabschiedeten Kompromissmodells gibt der oberste Balken wieder: minus 0,4 Prozent.

„tive“, also notwendige Erklärungen für diese unterschiedlichen Behandlungsbedarfe gibt. Am einfachsten wäre es, man würde nicht KVen, sondern Regionstypen betrachten. Dann läge Hamburg auf einmal nicht mehr auf einem vorderen Platz, sondern müsste sich im Konzert der deutschen Großstädte mit einem Mittelplatz bescheiden. Aber eine solche Regelung hätte neue, nicht unerhebliche Umverteilungen zur Folge. Nach vielen Sitzungen und Projekten besteht mittlerweile über einige Punkte weitgehend Konsens:

- Die Festlegung eines bundesweit einheitlichen Behandlungsbedarfs ist nicht zu begründen.
- Es gibt Erklärungen für einen unterschiedlichen Behandlungsbedarf; diese werden aber nicht von allen akzeptiert.
- Unstreitig beeinflussen Leistungen der Psychotherapie und der hochspezialisierten fachärztlichen Medizin den Behandlungsbedarf massiv.
- Eine weitere „asymmetrische Verteilung“ kann nur noch vorgebliche Verwerfungen aus der Honorarreform 2009 abmildern.

Als sich nun abzeichnete, dass die Mehrheit der KVen die immer neuen Modelle mit den immer neuen Umverteilungseffekten nicht mehr länger hinzunehmen bereit war, unterbreitete Köhler ein letztes Kompromissangebot:

- Es gibt eine dreijährige Asymmetrie-Phase in den Jahren

2013 bis 2015. Danach wird das Thema nicht mehr aufgerufen.

- Die Mittel der Asymmetrie werden alleine aus dem Honorarzuwachs einer KV ermittelt. Fällt dieser niedrig aus, ist die Beteiligung an dem Umverteilungs-Topf entsprechend geringer.
- Die Verteilung wird auf den Behandlungsbedarf der haus- und fachärztlichen Basisversorgung beschränkt; Psychotherapie und spezialisierte fachärztliche Versorgung bleiben außen vor.
- Politisch wird dieser Beschluss mit einem uneingeschränkten Bekenntnis zur Regionalisierung verknüpft.

Dieser Kompromiss hatte den Charme, dass die Umverteilungsmasse nahe an einer symbolischen Summe liegen dürfte (Hochrechnungen gehen von maximal 500 Millionen Euro bundesweit in den drei Jahren aus) und dass auch Regionen wie Hamburg nicht zu stark herangezogen werden: Denn wenn die Psychotherapie aus dem Hamburger Behandlungsbedarf herausgerechnet wird, liegt dieser nur noch im oberen Mittelfeld der KVen und nicht mehr an der Spitze.

So wurde dieser Kompromiss denn auch von einer Mehrheit der KVen getragen – was eine Reihe von KV-Vorständen zu heftigen Sprüngen über ihre Schatten nötigte, so auch den hamburgischen, der nach langen Diskussionen den Beschluss mitgetragen hat. Doch er sollte nicht lange gelten.

Denn offensichtlich hat der Überdruß an diesem Thema auch die Politik erreicht. Im Referentenentwurf des „Versorgungsstrukturgesetzes“ ist die im vergangenen Jahr angenommene Verpflichtung des Bewertungsausschusses, ein Asymmetrie-Modell vorzulegen, gestrichen. „Wegen Fristablauf“ lautet die lapidare Begründung, denn der Bewertungsausschuss hätte bis April tätig werden sollen. Verwundert schrieben KBV und Spitzenverband der Krankenkassen an das Ministerium, ob sie denn nun noch etwas erarbeiten sollen oder nicht.

Parallel dazu waberten Gerüchte durch die KV-Szene, die Politik wolle dieses Thema mit einer letzten Geldspritze beenden. Die avisierte Umverteilungssumme (zwischen 350 und 500 Millionen Euro) soll zusätzlich von den Krankenkassen bereitgestellt und dann „asymmetrisch“ verteilt werden. Danach soll das Thema aus der politischen Agenda verbannt werden. Diese Gerüchte waren der wesentliche Grund, weswegen die Vertreterversammlung in Kiel das Thema Asymmetrie nur am Rande diskutierte.

Trotzdem sind noch viele Fragen offen, vor allem die, nach welchen Kriterien die Verteilung „ungleich“ gemacht werden soll. Hier wird vor allem die KV Hamburg auf Mitsprache pochen. Eine zweite Nullrunde ist nicht akzeptabel!

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorsitzender
der KV-Hamburg*

Ambulante Kodierrichtlinie vor dem Aus

- KV Hamburg ruft dennoch dazu auf, sorgfältig zu kodieren. Späth: „Wir müssen den Morbiditätsanstieg belegen können.“



Die ambulante Kodierrichtlinie ist aller Voraussicht nach vom Tisch. Der Referentenentwurf zum Versorgungsgesetz sieht vor, die gesetzliche Verpflichtung zur Anwendung von Kodierrichtlinien aufzuheben.

Krankenkassen und KBV gehen davon aus, dass die entsprechenden Vereinbarungen damit Makulatur sind.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg, Dr. Michael Späth, hat die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten aufgerufen, dennoch sorgfältig zu kodieren. Hintergrund: Die Zuwächse für die Vergütung sind laut Gesetz unter anderem an die Morbidität gekoppelt.

Diese Regelung, die wegen der „asymmetrischen Verteilung“ von Honorarsteigerungen unter den KV-Regionen derzeit noch nicht greift, wird künftig an Bedeutung gewinnen. „Wir müssen den Morbiditäts-

anstieg belegen können“, so Späth.

Die Krankenkassen hatten in der Vergangenheit immer wieder auf erkennbar falsche Kodierungen der Hamburger Ärzte hingewiesen. „Wenn die Verhandlungshoheit für die Honorare wie im Referentenentwurf vorgesehen ab 2013 wieder in die Hände der regionalen KVen gegeben wird, ist es wichtig, dass wir schlüssige Daten vorweisen können“, so Späth. „Für die Messung der Morbidität in einer KV-Region sind die gesicherten Diagnosen entscheidend. Deshalb sollten wir darauf achten, ein G nachzutragen, wenn sich eine Verdachtsdiagnose bestätigt hat.“

Viele Niedergelassene finden keinen Nachfolger

- Vor allem Hausarztpraxen müssen schließen. Aktuelle Zahlen der KBV belegen einen eindeutigen Trend.

Im vergangenen Jahr wurden bundesweit Nachfolger für knapp 4000 ärztliche und psychotherapeutische Praxen gesucht. In 692 Fällen blieb die Suche ergebnislos, die Praxen mussten schließen. Betroffen waren unter anderem 420 Praxen von Haus- und 32 von Kinderärzten. Das belegen Zahlen

der KBV. „Dies sind deutliche Signale. Wenn schon heute rund 18 Prozent derjenigen, die ihre Praxis abgeben wollen, keinen Nachfolger mehr für die dringend benötigte ambulante Versorgung vor Ort finden, so beweist dies eindringlich, wie real der Ärztemangel heute schon ist“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas

Köhler. Die KBV schätzt, dass bis zum Jahr 2020 etwa 67.000 Niedergelassene in den Ruhestand gehen werden. „Die Situation wird sich also verschärfen“, sagte Köhler und fügte hinzu: „Wer den Ärztemangel jetzt noch infrage stellt, verkennt eindeutig die Situation.“

kbv

Arzneimittelcheck im AOK-Hausarztmodell

- **Erstmals bekommen koordinierende Ärzte die Möglichkeit, sich einen Überblick über die Gesamtmedikation ihrer Patienten zu verschaffen.**

Die AOK Rheinland/Hamburg und die KV Hamburg haben sich auf die Ausgestaltung eines Arzneimittelchecks geeinigt, der im Rahmen des Hausarztmodells angeboten wird. Die Vertragspartner betreten mit diesem Projekt Neuland: Erstmals bekommen koordinierende Ärzte die Möglichkeit, sich einen Überblick über die Gesamtmedikation ihrer Patienten zu verschaffen.

Ärzte wissen oftmals nicht, welche Medikamente ein Patient auf eigene Faust einnimmt oder von anderen Ärzten verschrieben bekommt. Je mehr Ärzte an der Pharmakotherapie beteiligt sind, desto höher wird das Risiko, dass es zu unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen kommt. Der Arzneimittelcheck soll für bessere Transparenz und gegebenenfalls für eine Optimierung der Medikation sorgen. Das Honorar für die Durchführung eines Arzneimittelchecks beträgt 80 Euro (Abr.-Nr. 93317). Muss der Arzt mehr als 240 Minuten aufwenden und sich mit beteiligten fachärztlichen Kollegen abstimmen, steigt das Honorar auf 160 Euro (Abr.-Nr. 93318). Die AOK stellt dem Hausarzt im ersten Schritt eine grobe Übersicht mit Verordnungsdaten für ausgewählte Patienten

zur Verfügung. Im Fokus stehen dabei zunächst ältere Patienten, die viele verschiedene Wirkstoffe als Dauermedikation erhalten sowie PRISCUS-Arzneimittel einnehmen - also potentiell inadäquate Medikamente für ältere Menschen. Ein weiteres Kriterium sind mögliche Interaktionsrisiken bei zeitgleicher Verordnung bestimmter Wirkstoffpaare, die zusammen mit dem Institut für klinische Pharmazie der Universität Bonn definiert wurden.

Hält der Arzt einen Arzneimittelcheck für sinnvoll, erklärt er dem betreffenden Patienten die Hintergründe und holt dessen Zustimmung ein. Sobald die Einverständniserklärung des Patienten bei der AOK eingegangen ist, erhält der Arzt von der AOK eine detaillierte Darstellung der Medikation der vergangenen vier Quartale. In dieser Version sind die einzelnen Verordnungen den jeweiligen Ärzten zuzuordnen. Außerdem ist eine Übersicht der von allen behandelnden Ärzten erstellten gesicherten Diagnosen enthalten, die der AOK zum Auswertungszeitpunkt zur Verfügung standen. Um die Übersicht zu vervollständigen, erfragt der koordinierende Hausarzt die Eigenmedikation des Patienten und trägt die Ergebnisse in einen OTC-Erfassungsbogen ein.

Auf Basis dieser umfassenden Daten führt der Arzt schließlich die Bewertung der patientenbezogenen Gesamtverordnungsanalyse durch. Er entscheidet, ob eine Umstellung oder Dosisanpassung der Medikation notwendig beziehungsweise medizinisch sinnvoll ist und spricht sich gegebenenfalls mit mitbehandelnden Fachärzten ab. Falls nötig, erarbeitet er einen neuen Medikationsplan und koordiniert die Umsetzung.

Den Vertragspartnern geht es beim Arzneimittelcheck nicht primär um wirtschaftliche Aspekte. Euro-Beträge werden in den Verordnungsanalysen nicht genannt. Ziel der ergänzenden Vereinbarung ist die Arzneimittelsicherheit: Die Zusammenführung der Informationen soll dem Arzt dabei helfen, Entscheidungen nach medizinischen Gesichtspunkten zu treffen.

Das Konzept soll im Lauf der Zeit unter Einbindung aller Beteiligter weiterentwickelt und optimiert werden. Die KV Hamburg und die AOK bitten die Ärzte deshalb um Erfahrungsberichte, Anregungen und Rückmeldungen.

*Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900*



Foto: Felix Falter

Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter (v.l.n.r.): Sandy Kupferschmidt, Monique Laloire, Fleur Priess, Katja Egbers und Heike Kühnel

Fragen und Antworten

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

1 *Ein Patient legt uns eine Quittung über die bei einem psychologischen Psychotherapeuten gezahlte Kassengebühr vor. Die Quittung wurde bereits von einem Facharzt abgestempelt. Dürfen wir die Quittung nochmals abstempeln oder benötigen wir einen Überweisungsschein vom Facharzt?*

Sie benötigen eine Überweisung von dem Arzt, der die Quittung bereits abgestempelt hat. Ein Patient, der die Kassengebühr beim psychologischen Psychotherapeuten

entrichtet hat, darf die Quittung nur bei einem einzigen Vertragsarzt vorlegen. Wenn Sie allerdings einen Überweisungsschein von dem Facharzt bekommen, dürfen Sie auch weitere Überweisungsscheine für dieses Quartal ausstellen.

2 *Wir nehmen an dem Hausarztvertrag der AOK Rheinland/Hamburg teil. Für die eingeschriebenen Patienten kann man die Betreuungspauschale nach der Nr. 93300 abrechnen. Wenn ein Patient gleichzeitig*

im DMP eingeschrieben ist, kann man die Betreuungspauschale nach der Nr. 93301 abrechnen. Rechnet man die Nr. 93301 zusätzlich zur Nr. 93300 ab oder stattdessen?

Sie können die Nr. 93301 zusätzlich zur Betreuungspauschale nach der Nr. 93300 abrechnen, wenn ein Patient im DMP eingeschrieben ist.

3 *Ist es zulässig, dass meine medizinischen Fachangestellten Überweisungsscheine im Auftrag unterschreiben?*

Nein, vertragsärztliche Vordrucke sind vom Vertragsarzt persönlich zu unterzeichnen. (Quelle: Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag – Vordruckvereinbarung)

4 *Seit dem 1. April 2011 müssen wir unsere Ringversuchszertifikate für Laboruntersuchungen elektronisch in der Praxissoftware erfassen. Die Aufforderung hierzu erscheint aber in jedem Quartal. Müssen wir jetzt auch in jedem Quartal an den Ringversuchen teilnehmen?*

Nein, der quartalsweise Nachweis eines gültigen Zertifikates bedeutet nicht, dass Sie für jedes Quartal ein neues Zertifikat erlangen müssen. Da die Zertifikate sechs Monate gültig sind, ist ein Bestehen jedes zweiten Ringversuches ausreichend.

5 *Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Einer meiner Patienten wurde vor etwa einem Jahr austherapiert. Jetzt hat sich ein neues Krankheitsbild entwickelt, woraufhin eine erneute Psychotherapie notwendig ist. Nach welchem Zeitraum darf ein Antrag auf eine neue Psychotherapie gestellt werden?*

Ein erneuter Antrag auf Psychotherapie kann sofort nach Beendigung einer abgeschlossenen Psychotherapie gestellt werden. Ist der Abschluss der ersten Therapie noch keine zwei Jahre her, muss der neue Antrag jedoch einem Gutachter vorgelegt werden. Dies ist auch dann der Fall, wenn Sie von der Gutachterpflicht befreit sind.

Neue Flyer für Ihre Patienten

■ „Vorsorge-Checker“ und „Einweisung oder Überweisung“

Die KV hat zwei neue Flyer für Patienten erstellt. Im „Vorsorge-Checker“ sind alle GKV-finanzierten Früherkennungsleistungen und Impfungen aufgelistet. Patienten können auf einen Blick erkennen, wann und in welchen Abständen sie Anspruch auf die jeweiligen Leistungen haben.

Der Flyer „Einweisung oder Überweisung“ erklärt, in welchen Fällen Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen werden und in welchen Fällen sie dorthin überwiesen werden. Die Flyer liegen im Formularraum der KV aus. Man kann sie auch selbst aus dem Internet herunterladen und ausdrucken: www.kvhh.de → *Publikationen*



DMP-Dokumentation zu Patientenschulungen

■ Wie Ärzte vermeiden, dass Versicherte fälschlich aus dem Programm ausgeschlossen werden

Die Krankenkassen müssen die Teilnahme eines Versicherten am DMP beenden, wenn dieser innerhalb von zwölf Monaten an zwei vom Arzt veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht teilgenommen hat. Plausible Gründe sind zum Beispiel fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten oder private Gründe.

Gibt der Arzt auf der DMP-Dokumentation an, die Teilnahme an der empfohlenen Schulung sei „aktuell nicht möglich“ gewesen, bedeutet das: Es gab plausible Gründe.

Gibt der Arzt aber lediglich an, der Patient habe eine empfohlene Schulung nicht wahrgenommen, bedeutet das: Plausible Gründe waren für den Arzt nicht erkennbar. Eine solche Angabe kann möglicherweise zum Ausschluss des Patienten aus dem DMP führen.

Die Krankenkassen haben die KV gebeten, die Ärzte auf diesen Umstand hinzuweisen. Um fälschliche Ausschreibungen zu verhindern, ist es wichtig, dass der Arzt die Spalten "Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)" und "Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen" der DMP-Dokumentation gemäß der offiziellen Anleitung auszufüllen.

Optionen in der Dokumentation

Schulung		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen

Auszug aus der Ausfüllanleitung Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Version 3.1 (Stand 07.04.2008) im Wortlaut:

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich. Mehrfachnennungen sind möglich. Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tag der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche der beiden hier in Frage kommenden Indikation(en) die Schulung(en)

durchgeführt werden soll(en). Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten beim letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und

sind daher nur im Rahmen einer Folgedokumentation möglich. Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten aus dem Programm führen!

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können zum Beispiel sein: fehlende Schulkapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch an. Eine Angabe

Arztwechsel bei DMP-Patienten

Bei einem Arztwechsel ist immer eine Folgedokumentation zu erstellen, keine Erstdokumentation. Die Krankenkassen haben die KV gebeten, hierauf hinzuweisen.

Ehemalige City-BKK-Versicherte müssen sich neu in DMP einschreiben

Alle ehemals bei der City-BKK versicherten Patienten, die an einem DMP teilnehmen und dies auch weiterhin tun wollen, müssen sich nach der Wahl einer Nachfolgekasse neu in das DMP einschreiben.

in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

*Ansprechpartner:
Datenstelle,
Hotline 0341 / 259 20 43*

Evaluation der Weiterbildung

■ Ärztekammer ruft zur Teilnahme an Online-Umfrage auf

Die zur Weiterbildung befugten Ärzte und ihre Assistenten haben derzeit Gelegenheit, im Rahmen einer Online-Umfrage ihre Meinung kund zu tun. Mit dem Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ will die Hamburger Ärztekammer mehr Transparenz herstellen. „Nur wenn wir Probleme erkennen, können wir handeln und uns politisch für bessere Rahmenbedingungen für die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland einsetzen“, sagt Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg und neuer Präsident der Bundesärztekammer.

Die Online-Umfrage - ein gemeinsames Projekt von Bundesärztekammer und Landesärztekammern - geht bundesweit in die zweite, in Hamburg bereits in die dritte Runde. An der Befragung im Jahr 2009 hatten sich bundesweit rund 30.000 Ärztinnen und Ärzte beteiligt. In vielen Abteilungen und Praxen haben sich dabei wertvolle Prozesse der gegenseitigen Rückmeldung etabliert, die Veränderungen angestoßen haben.

Die Weiterbildungsbefugten haben Anfang Juni Post von der



Kammer mit ihren persönlichen Zugangsdaten erhalten. Bis Ende Juli haben sie Zeit, an der Befragung teilzunehmen. Die Weiterbildungsassistenten haben noch bis Ende August die Möglichkeit, ihre Meinung kund zu tun.

*Ansprechpartner:
Weiterbildungsabteilung der
Ärztekammer, Tel. 202299-333
E-Mail: weiterbildung@aekek.de.*

Aktualisierung der Ultraschall-Vereinbarung

■ Details zu apparativen Anforderungen wurden geändert

Die Partner der Bundesmantelverträge haben geringfügige Änderungen an der Ultraschall-Vereinbarung vorgenommen. Die Änderungen betreffen Details zu apparativen Anforderungen in Anlage III und treten am 1. Juli 2011 in Kraft.

Augen

In den Passagen zu Ultraschalluntersuchungen der Augen wird klargestellt, dass die aufgeführten technischen Anforderungen nicht in die Informationsleiste der Bilddokumentationen eingebunden werden müssen (Anwendungsklassen AK 2.1 bis AK 2.6,

jeweils unter Nr. 6: Bilddokumentation).

Herz

Bei Ultraschalluntersuchungen des Herzens wurden die Mindestanforderungen an die Sendefrequenz der Schallköpfe herabgesetzt (Anwendungsklassen AK 21.1 und 21.2 sowie 21.5, jeweils Nr. 2.1: Sendefrequenz). Dies ist auf technische Weiterentwicklungen zurückzuführen.

- AK 21.1 Herz und herznahe Gefäße (Doppler) transtorakal – Jugendliche, Erwachsenen: Sendefrequenz mindestens 1,9 MHz (vorher: 2,0 MHz)

- AK 21.2 Herz und herznahe Gefäße (Doppler) transtorakal – Säugl., Kleinkinder, Kinder: Sendefrequenz mindestens 1,9 MHz (vorher: 2,0 MHz)
- AK 21.5 Herz und herznahe Gefäße (Doppler) transösophageal: Sendefrequenz mindestens 3,0 MHz (vorher: 3,5 MHz)

Die neue Ultraschall-Vereinbarung im Internet: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätssicherung

*Ansprechpartner:
Beate Gehrke-Vehrs,
Tel. 22802-384*

Neue QEP®-Version ist erschienen

■ Qualitätsmanagementsystem wurde überarbeitet. KV Hamburg bietet Refresher-Seminar mit aktualisierten Unterlagen an.

Nach fünf Jahren wurde eine aktualisierte Version des Qualitätsmanagementsystems QEP® veröffentlicht. Das Erscheinungsbild des QEP®-Kernzielkataloges und des QEP®-Manuals ist gleich geblieben, doch es gibt inhaltliche Verbesserungen:

- Es wurden Hinweise auf gesetzesrelevante Kernziele und Zusammenhänge mit der QM-Richtlinie auf den entsprechenden Seiten des Kernzielkataloges eingefügt.
- Die Anzahl der Qualitätsziele wurde durch Zusammenfassungen von 174 auf 145 re-

duziert, die Übersichtlichkeit des Kataloges wurde weiter optimiert

- Die Menge der zu bearbeitenden Kernziele ist annähernd gleich geblieben (bisher 63, jetzt 61 Kernziele, um zur Zertifizierungsreife nach QEP® zu gelangen).
- Die Erläuterungen zu den Zielen wurden umfassender gestaltet und mit zahlreichen Internet-Links versehen.

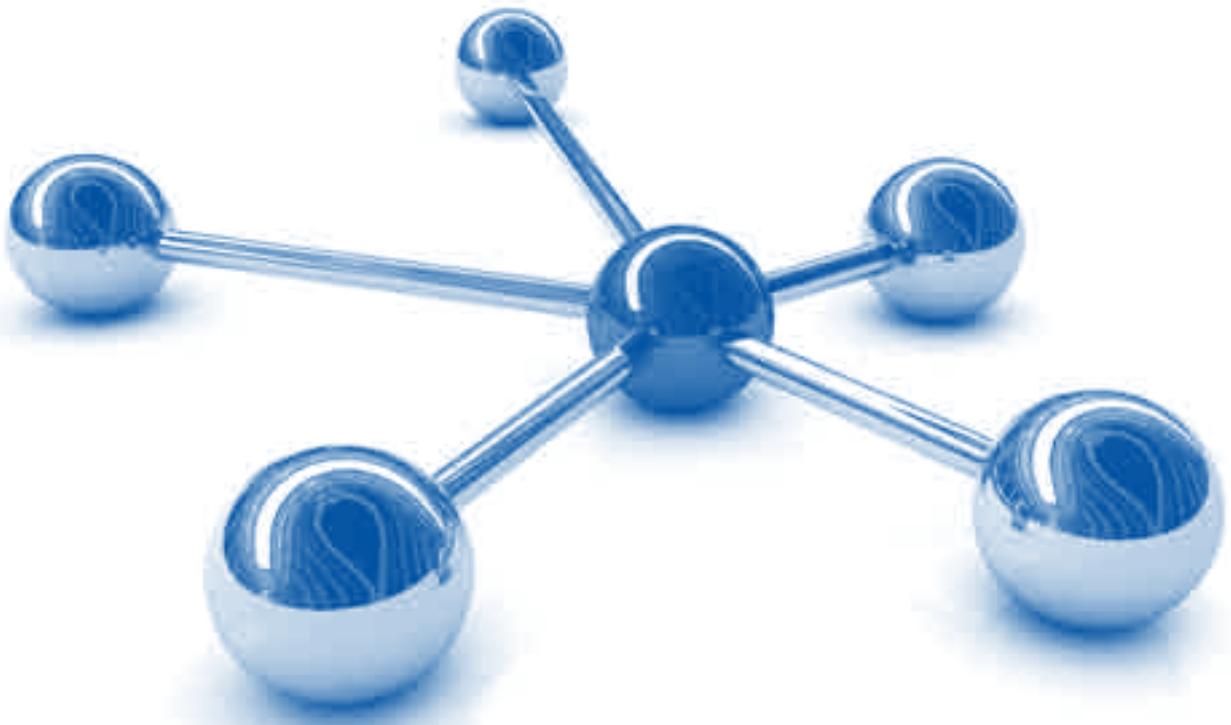
Ein Refresher-Seminar im Ärztehaus unterstützt die QEP®-Nutzer dabei, ihre Kenntnisse aufzufrischen und ihr praxisin-

ternes QM-System auf die neue QEP®-Version umzustellen.

**Mi, 21.09.2011 (9 - 17 Uhr)
Ärztehaus, Humboldtstraße 56,
22083 Hamburg**

Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 inklusive Verpflegung und inklusive aller erforderlichen Unterlagen (ein QEP®-Kernzielkatalog pro Teilnehmer und ein QEP®-Manual pro Praxis).

*Ansprechpartner:
Ursula Gonsch, Tel.: 22802-633
Birgit Gaumnitz, Tel.: 22802-889*



KV-Online-Services werden ausgebaut

■ Fast alle KV-Mitglieder sind bereits registriert

Die Online-Services der KV wurden auf den Weg gebracht, um Datenaustausch in zunehmendem Maße elektronisch abwickeln und damit Arbeitsprozesse optimieren zu können. Online-Abrechnung und elektronische Dokumentationen sind die ersten Anwendungen, die eingerichtet wurden. Da bereits die Abrechnung für das 1. Quartal 2011 online übertragen werden musste, haben fast alle Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten Zugang zum KV-Portal. Die KV bietet für die Online-Services verschiedene Zugangs- und Übertragungswege an.

Ende Mai 2011 waren 3.888 Anwender registriert, die sich mit Benutzername und Passwort am KV-Portal authentifizieren.

17 Anwender authentifizieren sich mit Signaturkarte.

Praxen und Krankenhäuser, die sich vernetzen und Daten über die sichere Infrastruktur der KVen austauschen wollen, nutzen das KV-SafeNet. Bisher sind 305 KV-SafeNet-Anschlüsse in Hamburg zugelassen.

Eine erste Analyse zeigt: Viele Datenübertragungen wurden außerhalb der normalen Arbeitszeit durchgeführt, einige Anwender haben ihre Daten nach 22 Uhr übermittelt. Die zeitliche Flexibilität wird also als Vorteil angesehen und genutzt. Dies spricht für eine gewisse Optimierung des Arbeitsablaufes.

In den nächsten Quartalen soll die Möglichkeit geschaffen

werden, bestimmte Dokumente wie die Sammelerklärung online zu übertragen. Wer diese Option nutzen will, muss eine Signaturkarte haben, die es erlaubt, Dokumente mit einer qualifizierten elektronischen Signatur zu „unterschreiben“.

Das Portal der KV wird sukzessive fortentwickelt. Neue Online-Dienste werden unter Berücksichtigung höchster Sicherheitsstandards integriert. Ab Oktober wird ein elektronischer Notdienst-Plan zur Verfügung stehen, mit dem die Ärzte ihre Dienste einfacher planen und verwalten können.

*Ansprechpartner:
Bereich Beratung und Information
Dr. Ghislain Kouematchoua,
Tel: 22802-309*



Foto: fotolia.de/Andres Rodriguez

RLV-Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften

■ Neue Regelung: Bei vielen Praxen kommt es künftig auf den Kooperationsgrad an

Der Bewertungsausschuss hat die Systematik der RLV-Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften geändert.

Ab dem 1. Juli 2011 richtet sich die Höhe des RLV-Aufschlags für Berufsausübungsgemeinschaften nicht mehr nur nach der Anzahl der in der Praxis vertretenen Arztgruppen beziehungsweise Schwerpunkte, sondern bei vielen Praxen nach dem Grad der Kooperation – also danach, wie viele Patienten von den Ärzten der betreffenden Praxis tatsächlich gemeinsam versorgt wurden.

Die Änderung betrifft sämtliche fach- und/oder schwerpunktübergreifend tätige Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten

Ärzten. Aber auch bei fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und entsprechenden Praxen mit angestellten Ärzten, die ihre Patienten an mehreren Standorten versorgen, kommt es künftig auf den tatsächlichen Kooperationsgrad an.

Fach- und/oder schwerpunktübergreifende Praxen

Bislang richtete sich die Höhe des Aufschlags nach der Anzahl der in einer Praxis vorhandenen Arztgruppen beziehungsweise Schwerpunkte. Künftig wird der Aufschlag zum RLV in Abhängigkeit des Kooperationsgrades gestaffelt: Er wird nach folgender Formel ermittelt:

*Kooperationsgrad in Prozent = (Summe der RLV-Arztfälle der Praxis im Vorjahresquartal geteilt durch die Summe der RLV-Behandlungsfälle der Praxis im Vorjahresquartal - 1) * 100*

Um überhaupt einen Aufschlag zum RLV zu erhalten, ist ein Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erforderlich. Mit steigenden Kooperationsgrad erhöht sich dann auch der Aufschlag zum RLV (siehe Tabelle Seite 19).

Beispiel 1:

Eine Praxis bestehend aus zwei Urologen und einem Chirurgen hat 3.000 RLV-Behandlungsfälle im 3. Quartal 2010 abgerech-

RLV-Aufschläge bei fach- und/oder schwerpunktübergreifenden Praxen

Kooperationsgrad (in Prozent)	Aufschlag (in Prozent)
unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und mehr	40

net. Auf Arzt A entfielen 1.300 RLV-Arztfälle, auf Arzt B 1.200 RLV-Arztfälle und auf Arzt C 1.000 RLV-Arztfälle. Insgesamt waren es also 3.500 RLV-Arztfälle. Nach obiger Formel ergibt sich hier ein Kooperationsgrad von 16,7 Prozent. Diese Praxis erhält mithin einen Aufschlag auf das RLV in Höhe von 15 Prozent (bisher zehn Prozent).

Beispiel 2:

Eine Praxis bestehend aus einem Hausarzt und einem Frauenarzt hat 2.100 RLV-Behandlungsfälle im 3. Quartal 2010 abgerechnet. Auf Arzt A entfielen 1.300 RLV-Arztfälle und auf Arzt B 1.000 RLV-Arztfälle, insgesamt also 2.300 RLV-Arztfälle. Nach obiger Formel ergibt sich hier also ein Kooperationsgrad von 9,5 Prozent. Diese Praxis erhält mithin keinen Aufschlag auf das RLV mehr (bisher zehn Prozent).

Fach- und schwerpunktgleiche Praxen

Fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften

und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe, die keiner Leistungsmengenbeschränkung unterliegen, erhielten bislang einen Aufschlag zum RLV in Höhe von zehn Prozent - unabhängig davon, ob Patienten der Praxis tatsächlich gemeinsam versorgt wurden oder nicht. Gerade bei standortübergreifenden fachgleichen Praxen liegt aber häufig keine oder nur eine geringe gemeinsame Patientenversorgung vor. Der Bewertungsausschuss unterscheidet daher ab dem 1. Juli 2011 zwischen standortübergreifenden und nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Praxen.

Nicht standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche Praxen sind von den Änderungen nicht betroffen: Der Aufschlag zum RLV in Höhe von zehn Prozent bleibt unverändert und ist unabhängig vom Kooperationsgrad.

Standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche

Praxen hingegen erhalten nur dann weiterhin einen Aufschlag von zehn Prozent, wenn auch ein Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent vorliegt. Die Berechnung erfolgt auch hier nach der oben angegebenen Formel.

Beispiel 3:

Eine standortübergreifende Praxis bestehend aus zwei Dermatologen hat 1.450 RLV-Behandlungsfälle im 3. Quartal 2010 abgerechnet. Auf Arzt A entfielen 1.100 RLV-Arztfälle und auf Arzt B 470 RLV-Arztfälle. Insgesamt waren es also 1.570 RLV-Arztfälle. Nach obiger Formel ergibt sich hier also ein Kooperationsgrad von 8,3 Prozent. Diese Praxis erhält mithin keinen Aufschlag zum RLV (bisher zehn Prozent).

Beispiel 4:

Eine standortübergreifende Praxis bestehend aus zwei Kinderärzten, hat 2.980 RLV-Behandlungsfälle im 3. Quartal 2010 abgerechnet. Auf Arzt A entfielen 1.650 RLV-Arztfälle und auf Arzt B 1.880 RLV-Arztfälle. Insgesamt waren es also 3.530 RLV-Arztfälle. Nach obiger Formel ergibt sich hier also ein Kooperationsgrad von 18,5 Prozent. Diese Praxis erhält mithin einen Aufschlag zum RLV in Höhe von zehn Prozent (bisher ebenfalls zehn Prozent).

*Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel. 22802-900*

Fehlerquellen bei der Online-Abrechnung



Foto: fotolia.de/Yuri Arcurs

- Die meisten Praxen hatten bei der Umstellung auf die Online-Abrechnung einen guten Start. Dennoch tauchen immer wieder Fragen auf. Wir haben eine Liste mit den wichtigsten Aspekten für Sie zusammengestellt.

Bitte spielen Sie immer das aktuelle Update der Softwarefirma auf!

Nur wenn Ihr KBV-Prüfmodul auf dem aktuellen Stand ist, kann Ihr Praxisverwaltungssystem die aktuell gültigen Abrechnungsbestimmungen berücksichtigen. Erstellen Sie Ihre Abrechnung mit einer veralteten Version des KBV-Prüfmoduls, kann es vorkommen, dass Ihnen aktuelle Fehler nicht angezeigt werden. Ihre übermittelte Abrechnung wird von uns mit dem aktuellen Prüfmodul geprüft. Spätestens dann werden eventuelle Fehler sichtbar. Möglicherweise müssen Sie Ihre Abrechnung dann noch einmal (mit aktuellem Prüfmodul) erstellen und übertragen.

Prüfen Sie, ob Ihre (Test-)Abrechnung erfolgreich übertragen und geprüft wurde!

Etwa 15 Minuten, nachdem Sie die Abrechnung übertragen haben, erhalten Sie im Online-Portal eine Statusmeldung. Wenn die Statusmeldung „Daten erfolgreich übertragen und geprüft“ lautet, ist der Vorgang erfolgreich beendet. Lautet die Statusmeldung allerdings „Abrechnung vom KBV Prüfmodul abgewiesen, bitte korrigierte Abrechnung erstellen und

übermitteln“, besteht zwingend Handlungsbedarf. In diesem Fall müssen Sie die Abrechnung mit Ihrem PVS ein weiteres Mal erstellen und die Abrechnung erneut online übermitteln.

Warten Sie zwischen einer Testabrechnung und einer Echtabrechnung mindestens 15 Minuten!

Wenn Sie online eine Testabrechnung übermitteln, wird diese Abrechnung mit dem KBV-Prüfmodul geprüft. Dieser Vorgang dauert etwa 15 Minuten (bei „normalem“ Übertragungsaufkommen). Während dieser Zeit können Sie keine weiteren Abrechnungen unter derselben Betriebsstättennummer übermitteln. Erst wenn Sie im Portal eine Statusmeldung („Daten erfolgreich übertragen und geprüft“) erhalten, können Sie die Echtabrechnung übermitteln. Sollten Sie diesen Zeitraum nicht beachten, bekommen Sie bei der Übertragung der Echtabrechnung eine Fehlermeldung.

Schicken Sie pro Quartal nur eine Echtabrechnung!

Wenn Sie eine Echtabrechnung für ein bestimmtes Quartal übermittelt und die Statusmeldung „Daten erfolgreich über-

tragen und geprüft“ bekommen haben, können Sie keine weitere Echtabrechnung für das Quartal durchführen. Sollte dies dennoch notwendig sein, wenden Sie sich bitte an unser Infocenter.

Achten Sie darauf, dass Sie nicht nur die Testabrechnung abgeben!

Es ist vorgekommen, dass Ärzte und Psychotherapeuten nur eine Testabrechnung und keine Echtabrechnung übermittelt haben. Bitte achten Sie bei der Übermittlung darauf, ob das Häkchen bei Testabrechnung gesetzt ist oder nicht.

Achten Sie darauf, die Zugangsdaten korrekt einzugeben!

Wenn Sie sich für einen Zugang zum Online-Portal mittels Benutzername / Passwort (also nicht mit Signaturkarte) entschieden haben, müssen Sie die Zugangsdaten so eintragen, wie sie im Brief angegeben sind, den Sie von der KV erhalten haben. Bitte achten Sie auch auf Groß- und Kleinschreibung! Falls Sie Ihr Passwort geändert haben, ist dieses entsprechend einzugeben.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900*

Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2011

Abgabefrist: 1. Juli bis 13. Juli 2011

Die Abrechnung muss grundsätzlich online übermittelt werden. Die Abrechnungsdatei kann innerhalb der Abgabefrist zu jeder Tageszeit an die KV geschickt werden.

Abgabezeiten in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einem Datenträger in die KV bringen. Wir stellen für Sie einen Computer bereit, in den Sie die Daten einlesen können. Bei Bedarf erhalten Sie dabei Unterstützung von KV-Mitarbeitern. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

Ort: Im Forum des Ärztehauses, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist jeweils Mo.-Fr. von 7:00 bis 16:30 Uhr und Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr

Die Frist zur Abgabe der Abrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet. Außerhalb der oben genannten Abgabe-

zeiten kann die Abrechnung nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung in die KV gebracht werden.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900*

Kassen bezahlen PCR-Test bei EHEC-Verdacht

■ Honorierung erfolgt außerhalb der Gesamtvergütung und auf Krankenschein

Die Krankenkassen bezahlen die Abklärung eines EHEC-Verdachts mittels PCR-Test. Die Honorierung erfolgt außerhalb der Gesamtvergütung und auf Krankenschein. Die Pseudoziffer für die Abrechnung lau-

tet 90005. Der Preis beträgt 20,50 EUR.

Eine gesicherte Diagnose der EHEC-Infektion ist nur über die Laboruntersuchung mittels eines PCR-Tests möglich.

Bitte berücksichtigen Sie die

aktuellen Empfehlungen des RKI zur mikrobiologischen Untersuchung einer Stuhlprobe auf EHEC.

www.kvhh.de → Recht und Verträge

Amtliche Veröffentlichung

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

- 2. Nachtrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Hamburg

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

Infocenter, Tel. 22 802 - 900

Tapentadol wird als kostenintensive Scheininnovation eingestuft



Foto: fotolia.de/MAK

Das im vergangenen Jahr auf den Markt gekommene Opioid Tapentadol (Palexia®) ist für die Behandlung starker chronischer Schmerzen zugelassen, die nur mit Opioidanalgetika angemessen behandelt werden können.¹ Der Hersteller bewirbt Tapentadol als „ersten neuartigen Wirkstoff seiner Klasse seit mehr als 25 Jahren“, doch die *Pharmazeutische Zeitung* stuft den Wirkmechanismus als im Prinzip bekannt ein und beurteilt den Wirkstoff nach derzeitigem Kenntnisstand als Scheininnovation.

Hier die pharmakologische Begründung:

„Der neue Wirkstoff (Tapentadol) wird als Vertreter der Substanzklasse der MOR-NRI bezeichnet. Das Kürzel kennzeichnet einen dualen Wirkmechanismus. Tapentadol greift agonistisch an μ -Opioidrezeptoren (MOR) an und hemmt die Wiederaufnahme von Noradrenalin aus dem synaptischen Spalt (Noradrenalin Reuptake-Inhibitor, NRI). Darin ähnelt es dem schwach wirksamen Opioid (WHO Stufe 2) Tramadol: Dieses ist eben-

falls ein Agonist an MOR und hemmt die Wiederaufnahme von Monoaminen wie Serotonin und Noradrenalin (NA) aus dem synaptischen Spalt. Für den NA-Reuptake ist vor allem das (-)-Tramadol verantwortlich. Tapentadol ist nicht als Racemat, sondern als (-)-Enantiomer im Handel. Sein Effekt auf Serotonin ist gering.“²

Anders als Tramadol unterliegt Tapentadol dem Betäubungsmittelgesetz.

Die Wirkung des neuen Mittels wurde in Studien ausschließlich mit Nichttumorpatienten untersucht. Verglichen wurde mit Oxycodon und Placebo. Kritiker bemängeln, dass Vergleiche mit Tramadol oder auch Morphin (als Standardsubstanz) fehlen. In die Studien eingeschlossen waren Patienten mit mäßig bis schweren Rückenschmerzen oder in einem anderen Fall Patienten mit Kniearthrose. Tapen-

Kostenübersicht Stand 7.4.2011

(Quelle: Vorabpublikation des Arzneiverordnungsreports)⁴

Präparate	Einführung	DDD	Packungspreis	DDD – Kosten (€)
Morphin MST-mundipharma Morphanton	1986 2002	100mg 100mg	100 Retardtabl. 100mg 190,86 € 100 Retardtabl. 100mg 136,48 €	1,91 1,36
Oxycodon Oxygesic Oxycodon AL	1998 2007	75mg 75mg	100 Retardtabl. 80mg 1068,31€ 100 Retardtabl. 80mg 581,29€	10,68 5,81
Tapentadol Palexia retard	2010	300mg	100 Retardtabl. 150mg 430,46€	8,61
Tramadol Tramal long Tramadol AbZ	1978 1994	300mg 300mg	100 Retardtabl. 150mg 46,59€ 100 Retardtabl. 150mg 35,49€	0,93 0,71

tadol erwies sich als ähnlich wirksam wie Oxycodon. Die Teilnehmer der Studien litten erwartungsgemäß häufig unter den typischen gastrointestinalen Störungen (Obstipation, Übelkeit, Erbrechen), wobei die Häufigkeit unter der Gabe von Tapentadol etwas geringer ausfiel.

Das *Arzneitelegramm* kritisiert in seiner Bewertung die in den Studien vorgeschriebene Mindestdosierung pro Tag beim Oxycodon (mind. 2x20mg), die als zu hoch angesehen wird, und bemängelt außerdem, dass

es keine systematische prophylaktische Behandlung der opioid-indizierten Obstipation (wie in Leitlinien empfohlen) gegeben habe. Deshalb urteilten die Autoren, dass die vorliegenden Studien keinen aussagekräftigen Vergleich darüber zuließen, ob Tapentadol Verträglichkeitsvorteile gegenüber dem reinen Opioid hat.³

Zur Behandlung von Tumorschmerzen lägen keine ausreichenden Daten vor. Eine Anwendung für diese Patienten werde nicht empfohlen.¹

Auch in einer Vorabpublikation zum *Arzneiverordnungsreport* 2011 wird Tapentadol als kostenintensives Analogpräparat (1,5 bis 12 mal teurer als orale Retardpräparate von Morphin, Oxycodon und Tramadol) bewertet und die Anwendung nicht empfohlen.⁴

Quellen:

- 1) Fachinformation Palexia retard Stand 2010
- 2) Pharmazeutische Zeitung Jg. 150; Nr. 51/52: 41 – 48, 2010
- 3) *Arzneitelegramm* 2010; Jg. 41, Nr.10
- 4) Vorabpublikation aus: Fricke U, Schwabe U: Neue Arzneimittel 2010; In Schwabe U., Paffrath D. (Hrsg): *Arzneiverordnungsreport* 2011.

Verordnungsfähigkeit von Abführmitteln

■ Welche Ausnahmeindikationen gelten bei Prucaloprid?

Seit Januar 2010 ist mit Prucaloprid (Resolor®) ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel zur „symptomatischen Behandlung einer chronischen Verstopfung bei Frauen, bei denen Laxativa keine ausreichende Wirkung erzielen“, zugelassen (Fachinformation Stand 12/2010). In den Praxen taucht immer wieder die Frage auf, in welchen Fällen das Medikament verordnet werden kann.

Nach Auffassung der KBV entscheidet über die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen das Anwendungsgebiet - hier also die Behandlung einer chronischen Verstopfung. Bei verschreibungspflichtigen

Abführmitteln gelten dieselben Regeln wie bei nichtverschreibungspflichtigen Abführmitteln – die Ausnahmeindikationen finden sich aber im § 13 (3) der Arzneimittel-Richtlinie statt in der OTC-Ausnahmeliste (Anlage I Nr. 1 der Arzneimittel-Richtlinie).

Verschreibungspflichtige (und nichtverschreibungspflichtige) Abführmittel sind nur bei folgenden Indikationen verordnungsfähig:

- zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mucoviszidose, neurogener Darmlähmung

- vor diagnostischen Eingriffen
- bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,
- Opiat- sowie Opioidtherapie
- und in der Terminalphase

Dies bedeutet, dass Prucaloprid nur dann bei Frauen verordnet werden kann, wenn eine chronische Verstopfung bei den oben genannten Ausnahmeindikationen vorliegt und andere Abführmittel keinen Erfolg gezeigt haben. Darüber hinaus ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

*Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Arzneimitteln:
Bereich Beratung und Information
Regina Lilje, Tel. 22802-498
Barbara Spies, Tel. 22802-564*



Nützlich? Überflüssig? Schädlich?

- In dieser Rubrik informieren wir Sie über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln.

Neu zugelassene Arzneimittel werden von den Herstellerfirmen oftmals intensiv beworben. Zum Zeitpunkt der Markteinführung ist es für Ärzte aber noch schwierig, sich ein Urteil zu bilden. Es liegen lediglich die Ergebnisse der Zulassungsstudien vor. Die Beurteilung der klinischen Relevanz im Vergleich zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation ist schwierig. Außerdem fehlen Langzeitstudien, Erkenntnisse über unerwünschte Nebenwirkungen, Interaktionen oder Ähnliches. Um die zur Verfügung stehenden Informationen leichter zugänglich zu machen, berichten wir in dieser Rubrik über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln.

Diese Stellungnahmen werden relativ schnell nach der Zulassung auf Grundlage des Europäischen öffentlichen Beurteilungsberichts (EPAR) über neu zugelassene Arzneimittel in der EU erarbeitet. Wir kürzen diese Stellungnahmen auf die für den Alltag in der Praxis wichtigen Aussagen. Falls vorhanden, fügen wir außerdem Preisvergleiche hinzu, die von Prof. Dr. Ulrich Schwabe an der Universität Heidelberg erstellt wurden.

Wir bitten Sie, diese Informationen auch im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu berücksichtigen. Bei Arzneimitteln, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Nutzenbewertung abgibt, kann sich der Preis auch nach längerer Zeit nochmals ändern. Außerdem kann es zu Verordnungseinschränkungen kommen.

Neue Arzneimittel

Silodyx[®], Urorec[®] (Silodosin)

Indikation

Silodyx[®] und Urorec[®] sind zur Behandlung der Anzeichen und Symptome einer benignen Prostatatahyperplasie (BPH) zugelassen.

Bewertung

Silodosin ist ein Alpha-1A-Adrenorezeptor-Antagonist. Eine Blockade der Alpha-1A-Adrenorezeptoren in der menschlichen Prostata, der Harnblase, im Blasenhal, in der Prostatakapsel und in der prostatistischen Harnröhre bewirkt eine Entspannung der glatten Muskulatur dieser Gewebe und damit eine Verminderung des Blasenauflasswiderstands, ohne dabei die Kontraktilität des glatten Detrusormuskels zu beeinträchtigen. Dies führt zu einer Verbesserung der mit einer benignen Prostatatahyperplasie assoziierten Symptome (irritativ/obstruktiv) (lower urinary tract symptoms, LUTS).

Silodyx[®], Urorec[®] (Silodosin) zeigen im Vergleich zu Tamsulosin keine bessere Wirksamkeit, aber mehr Ejakulationsstörungen (retrograde Ejakulationen, 14 Prozent vs. 2 Prozent). Daher stellt es keine therapeutische Bereicherung dar. (Stand 10.5.2010)

Onbrez Breezhaler® (Indacaterolmaleat)

Indikation

Onbrez Breezhaler® ist für die bronchialerweiternde Erhaltungstherapie der Atemwegsobstruktion bei Erwachsenen mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) angezeigt.

Bewertung

Indacaterol ist ein langwirksamer β_2 -Agonist. In den vorgelegten Studien ergab sich eine statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserung der FEV1 nach 12-wöchiger Behandlung im Vergleich zu Placebo in etwa gleichem Ausmaß wie bei zum Vergleich eingesetzten Arzneimitteln (Tiotropium und Formoterol). Besserungen von Symptomen waren nicht konsistent nachweisbar. Indacaterol bietet keinen Vorteil gegenüber existierenden therapeutischen Alternativen. (Stand 22.3.2010)

Kosten

Onbrez® 150µg 90 Kps. + Inhalator	146,45 €	1,63 €/d
Onbrez® 300µg 90 Kps. + Inhalator	214,85 €	2,39 €/d
Formoterol STADA® 12 µg 180 Kps.	80,54 €	0,89 €/d
		82%-169% teurer (Stand 10.5.2011)

Trobalt® (Retigabin)

Indikation

Trobalt® ist angezeigt als Zusatztherapie für fokale Krampfanfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen mit Epilepsie im Alter von 18 Jahren und darüber.

Bewertung

Retigabin kann als Zusatztherapie (add-on) die Häufigkeit fokaler Krampfanfälle reduzieren. Seine Wirksamkeit ist in höherer Dosierung (900–1200 mg) mit anderen Antikonvulsiva (AED) in dieser Indikation vergleichbar. In dieser Dosierung ist die Verträglichkeit eingeschränkt. Das Risikoprofil ist im Vergleich zu anderen AED noch unzureichend bewertbar. Daher sollte Retigabin derzeit nicht in der First-line-Zusatztherapie eingesetzt werden. (Stand 30.5.2011)

Die kompletten Stellungnahmen der AKdÄ einschließlich der Literaturangaben finden Sie unter www.akdae.de → *Neue Arzneimittel*. Die öffentlichen Europäischen Beurteilungsberichte (EPAR), auf deren Grundlage die Stellungnahmen erarbeitet wurden, finden Sie unter www.ema.europa.eu. Weitere Informationen zu den Arzneimitteln (unter anderem zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Risiken) entnehmen Sie bitte der Fachinformation in der jeweils aktuellen Fassung: www.fachinfo.de

Ansprechpartner: Bereich Beratung und Information, Tel. 22802-571 oder -572

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Torsten Hemker



Geburtsdatum: 19. November 1954

Familienstand: verheiratet, drei Kinder

Fachrichtung: Facharzt für Orthopädie

Weitere Ämter: Deputierter der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses des Versorgungswerkes der Ärztekammer Hamburg, ärztlicher Geschäftsführer der Facharztambulanz Hamburg

Hobbys: Joggen, Skifahren, Berufspolitik

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, denn ich freue mich jeden Tag auf die Vielseitigkeit meiner Tätigkeit: Patienten aller sozialen Schichten, vom Baby bis zum Hundertjährigen, konservative und operative Behandlung sowie die freie Gestaltung der Arbeitsmöglichkeit in eigener Praxis.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Freie Arztwahl, freie Berufsausübung, Entbürokratisierung, angemessene Bezahlung in Klinik und Praxis.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Wir haben das beste Gesundheitswesen der Welt, das sich verändernden sozialen Bedingungen und medizinischen Möglichkeiten anpassen muss. Die KV ist eine unverzichtbare effiziente Verwaltung, die die Mitglieder entlastet. Wer könnte sonst die zahlreichen Verhandlungen mit Kostenträgern führen?

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Den Dichter, Philosophen, Juristen, Politiker und vielseitig Interessierten Johann Wolfgang von Goethe – was er in der heutigen Welt am meisten schätzt, und was er am meisten vermisst.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mit meiner Frau an unserer Kronjuwelenhochzeit (75 Jahre verheiratet) einen Walzer tanzen.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 22.09.2011 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Refresher-Kurs **NEU**

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

Nach fünf Jahren Anwendung in der Praxis wurde das QM-System QEP überarbeitet. Das Seminar soll einerseits Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr QEP auf die neue Version umzustellen.

Mi 21.09.2011 (9:00-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: Erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl. Verpflegung und inkl. neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP-Hygiene in der Arztpraxis **NEU**

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert rundet das Thema dieses Seminars ab.

Mi 16.11.2011 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

Nach einem bundesweit einheitlichen Schulungscurriculum werden Praxisinhaber und -mitarbeiter befähigt, das QM-System „QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ohne externe Hilfe einzuführen. Das Seminar wird von KBV-lizensierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr 04.11.2011 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 05.11.2011 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen

Unterstützt durch Mustervorlagen und anhand vieler Beispiele wird im Seminar ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach QEP® erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungsreife – wobei die Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

5-teiliges Blockseminar 2011

Teil 1: Mi 24.08.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 28.09.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 02.11.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 07.12.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Januar 2012

Teilnahmegebühr: €395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

Datenschutz in der Praxis

Hier wird aufgezeigt, was in puncto Datenschutz in der Praxis zu beachten ist, wann ein Datenschutzbeauftragter benannt werden muss und welche Aufgaben er übernimmt.

Mi 07.09.2011 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

Der Arzt ist in der Praxis gleichzeitig Führungskraft und muss sich mit Personalfragen wie beispielsweise Personalauswahl, Einstellungsmodalitäten, Motivation und Konfliktbewältigung auseinandersetzen. Hier erfahren Sie, wie Sie damit umgehen können und was beachtet werden muss.

Mi 19.10.2011 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

Das Seminar zeigt, wie man mit Patientenbeschwerden souverän umgeht und diese schon im Vorfeld vermeiden kann - und wie ein Fehlermanagement in der Praxis aufgebaut wird.

Mi 30.11.2011 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

In diesem Seminar können Sie überprüfen, ob Ihre Praxis zertifizierungsreif ist und an welchen Stellen gegebenenfalls noch nachgebessert werden muss.

Mi 23.11.2011 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

Telefonische Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen 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, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr

