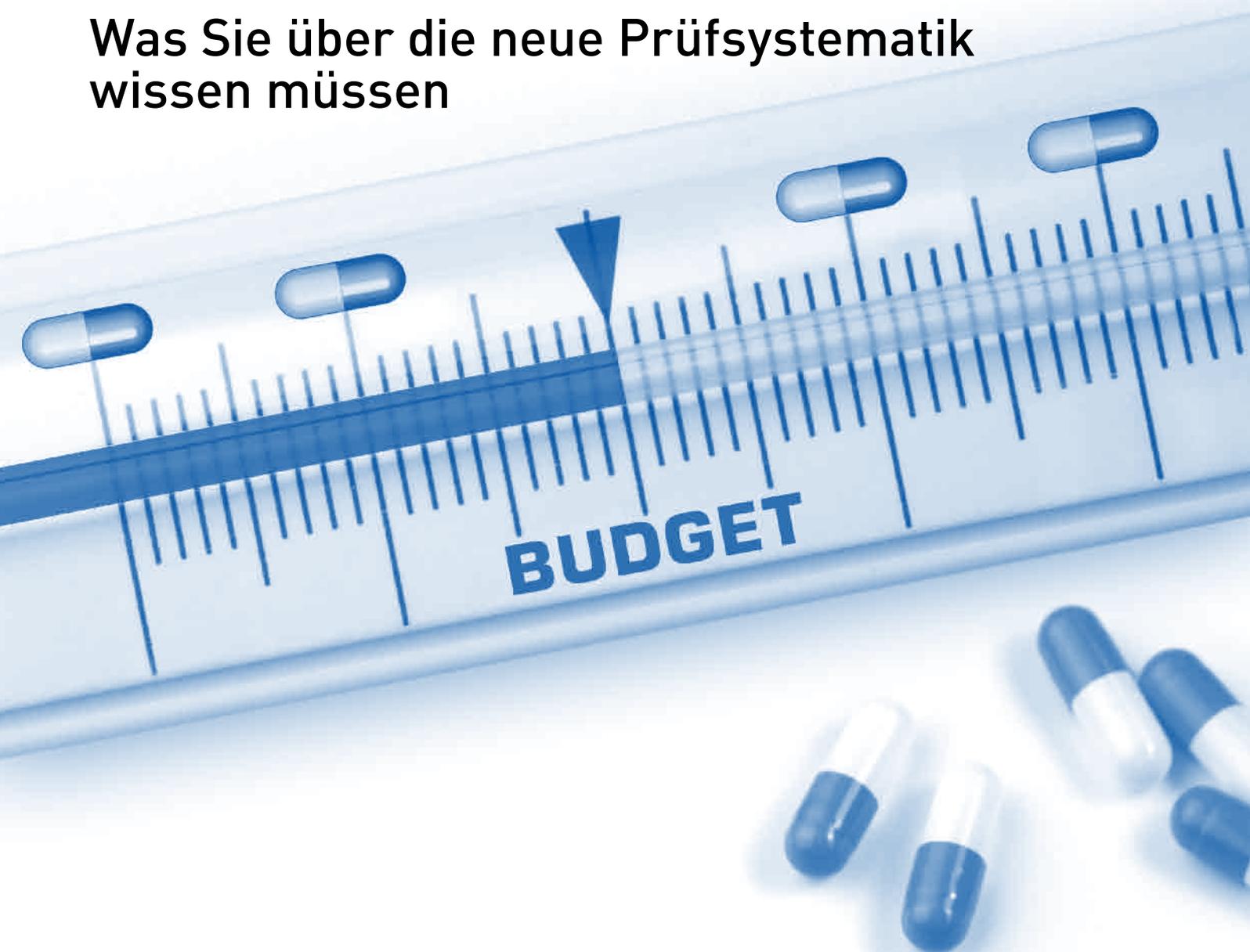


Arzneimittelvereinbarung

Was Sie über die neue Prüfsystematik wissen müssen



Kodierrichtlinie

Anwendung wird erst Mitte 2011 verbindlich

Hausarztmodell

KV stellt Add-On-Vertrag mit der AOK vor

Hilfsprojekt

Hamburger Chirurg operiert Brandverletzte in Eritrea

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die Jahresendrallye ist mal wieder voll im Gang – jenes merkwürdige Virus, das den unwiderstehlichen Drang auslöst, unbedingt noch vor dem neuen Jahr Dinge erledigt zu bekommen. Leider hat der Gesetzgeber diesen Druck auch noch verstärkt, indem er den Abschluss vieler Verträge auf das Jahresende festgesetzt hat. In diesem Jahr hat er allerdings allem eine Krone aufgesetzt: Auf der Basis eines bloßen Kabinettsentwurfs sollten verbindliche Honorarverträge abgeschlossen werden. Diese Zumutung wurde nur noch durch das Verhalten der Krankenkassen übertroffen, die für Hamburg gleich noch eine Honorarabsenkung vorschlugen. Darauf konnte die KV unmöglich eingehen. Die Konsequenz: Es gibt erst einmal keine neuen Regelleistungsvolumen. Genau das Instrument, das ein klein wenig Planungssicherheit in die Praxen bringen sollte, wird vom Gesetzgeber ausgehebelt. Wahrlich kein Ruhmesblatt für einen Bundesgesundheitsminister, der auch in Sachen Arzneimittelreform Weitsicht und Mut hat vermissen lassen. Wie wäre es, wenn er wenigstens ein anderes Versprechen umsetzen und wieder mehr Kompetenzen in die Region zurückverlagern würde?

Mit diesem Weihnachtswunsch darf ich Ihnen im Namen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV Hamburg ein besinnliches Fest und einen guten Start in 2011 wünschen – die Rallye wird weitergehen...



Ihr Walter Plassmann

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

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: iStockphoto

Ausgabe 8 / 2010 (1. Dezember 2010)

Redaktionsschluss: 17. November 2010

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: Welchen Sinn sehen Sie in den Richtgrößenprüfungen? _____	4
Arznei- und Heilmittelvereinbarung: Was Sie über die neue Prüfsystematik wissen müssen _____	5
„Das ist Preiswucher!“ – Interview mit dem Pharmakologen Ulrich Schwabe über Einsparmöglichkeiten im Arzneimittelbereich _____	8

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	10
Übergangsfrist bei Einführung der Kodierrichtlinie _____	11
H-Arzt-Verfahren läuft aus _____	12
KV stellt Hausarztvertrag mit der AOK vor _____	13

Abrechnung

Kein Honorarvertrag für 2011 – RLV gelten weiter / Abgabe der Abrechnungsunterlagen _____	14
--	----

Amtliche Veröffentlichung

1. Nachtrag zum HZV-Vertrag zwischen KV und AOK / Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2011 / Prüfungsvereinbarung 2011 _____	14
--	----

Brennpunkt Arznei

Verordnungsausschluss von Glitazonen / Keine Zulassungserweiterung von Medikinet Retard auf Erwachsene _____	15
Therapiehinweis für ESA zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei chemotherapierten Tumorpatienten _____	16
Veranstaltungshinweis: Therapiesymposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in Hamburg _____	17

Forum

Hilfsprojekt: Hamburger Chirurg operiert Brandverletzte in Eritrea _____	18
Gerichtsverfahren: Können Vertragsärzte wegen Bestechlichkeit belangt werden? _____	21
KV-Arztsuche: Bitte aktuelle Sprechzeiten angeben _____	21

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung _____	22
Terminkalender _____	23

Nachgefragt

■ Welchen Sinn sehen Sie in den Richtgrößenprüfungen?



Aus Sicht der Vertragsärzte gibt eine Richtgrößenprüfung Sinn, solange sie für die begrenzten finanziellen Ressourcen der GKV bürgen müssen. Es ist weit sinnvoller, das Geld für ärztliche Diagnostik und ärztliche Zuwendung auszugeben als für teure Arzneimittel unklaren Nutzens. Auch das eklatante Missverhältnis zwischen patientenbezogenem Nutzen und patientenbedrohenden Nebenwirkungen, verbunden mit ungerechtfertigten Kosten vieler Pseudoinnovationen macht eine Regulierung des Arzneimittelmarktes im Sinne einer rationalen Pharmakotherapie notwendig.

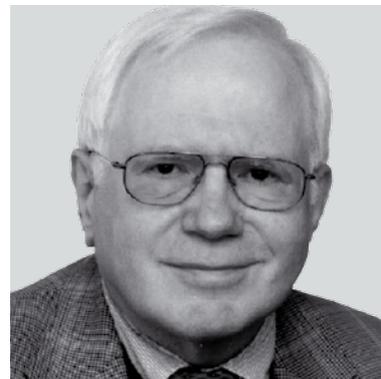
Der Prüfdruck auf die Ärzte wäre marginal, wenn der Gesetzgeber eine von der pharmazeutischen Lobby unabhängige Zulassungs- und Preissystematik für Medikamente einführen würde.

*Dr. Peter Schwoerer,
Vorsitzender des Beschwerdeaus-
schusses Baden-Württemberg*



Die Prüfungen konzentrieren sich vereinbarungsabhängig auf den Grundversorgungsbereich. Die kostenintensiven Verordnungen werden aber von den hochspezialisierten Praxen und den großen Versorgungszentren veranlasst. Ob es dort Wirtschaftlichkeitsreserven gibt, kann unter der gegebenen Vertragskonstellation nicht überprüft werden.

*Christian Zipp,
Leiter der Geschäftsstelle des
Prüfungs- und Beschwerde-
ausschusses Hamburg*



Die Spezialpräparate sind teuer, und das bewirkt in vielen Fachgruppen eine Erhöhung der Richtgrößen. Was unterhalb dieses Pegels bei den Verordnungen im Grundversorgungsbereich geschieht, ist kaum nachzuprüfen. Eine Unwirtschaftlichkeit im Spezialversorgungsbereich festzustellen, ist ebenfalls schwierig. Die Ärzte und auch die Patienten können nicht dafür verantwortlich gemacht werden, dass die Preise in diesem Bereich so hoch sind. So läuft die Prüfung zunehmend ins Leere. Ich würde für die Einführung von morbiditätsorientierten Richtgrößen plädieren. Für einen Diabetiker hätte eine Praxis dann beispielsweise ein Patientenbudget von 900 Euro pro Jahr zur Verfügung. Bei einer Überschreitung dieses Wertes würde geprüft. Das wäre eine sehr viel genauere und sachgerechtere Prüfsystematik.

*Dr. Jochen Seidel,
Leiter der gemeinsamen
Prüfungsstelle
Mecklenburg-Vorpommern*



Auf dem Weg zur Vernunft

- Die neue Arznei- und Heilmittelvereinbarung bringt wichtige Änderungen: Künftig können Praxisbesonderheiten vorab gemeldet werden. Und: Es gibt keine praxisindividuellen Zielfeldprüfungen mehr.

Im kommenden Jahr wird es auch in Hamburg wieder eine Arznei- und Heilmittelvereinbarung mit den Krankenkassen geben. Nach zwei Jahren, in denen eine Fortschreibung des Vertrages an der Zerstrittenheit der Krankenkassen gescheitert war, gibt es damit wieder mehr Sicherheit für den verordnenden Arzt. Um die Systematik zu vereinfachen und den Prüfaufwand zu minimieren, soll das Prozedere umgestellt werden. Richtgrößenprüfungen gibt es aber immer noch – obwohl ihre Sinnhaftigkeit immer mehr in Zweifel steht. Die von der KV Hamburg geforderte Abschaffung dieses Prüfunsinns war bei der Bundespolitik nur teilweise durchzusetzen.

Zwei Jahre mussten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des

Vertragsbereiches der KV Hamburg erstaunt mit ansehen, wie jede Verhandlungsrunde mit den Krankenkassen über eine Fortschreibung der Arznei- und Heilmittelvereinbarung sowie der damit zusammenhängenden Prüfvereinbarung im Nirvana endete. Modell um Modell wurde erarbeitet, Vorschlag für Vorschlag unterbreitet – immer wieder gab es die selbe Antwort: Keine Einigung auf der Kassenseite möglich.

Als vor knapp drei Wochen doch noch eine unterschriftsreife Vorlage zustande kam, konnte sich der Verband der Ersatzkassen – in dessen Bereich sich im Wesentlichen die Zerstrittenheit der Kassen abspielt – bis kurz vor Redaktionsschluss nicht entscheiden, ob er sich entscheiden soll. Nun aber ist die Vereinbarung unterschrie-

ben. Die nachfolgend beschriebenen Änderungen treten zum 1. Januar 2011 in Kraft.

Um die neue Vereinbarung zu verstehen, bedarf es einer kurzen Rückblende an das Anfang dieses Jahrzehnts. Damals war die KV Hamburg konfrontiert mit einer Rückzahlungsforderung von sage und schreibe 100 Millionen Euro, die auf Betreiben des Ersatzkassenverbandes wegen Überschreitung des damals geltenden Arzneibudgets angemeldet worden war. Um einen drohenden Schiedspruch zu verhindern, verständigten sich KV und Kassen darauf, eine neue Prüfmethode einzuführen, die „Zielvereinbarung“. Mit ihr wurden konkrete und individualisierbare

Fortsetzung auf S. 6 

Einsparziele definiert. Doch dieser Weg macht nun keinen Sinn mehr, denn Rabatt- und Selektivverträge haben die Marktverhältnisse völlig undurchschaubar gemacht – vor allem für den verordnenden Arzt.

Im Arznei- und Heilmittelbereich ist ein Vorschriften-Dschungel entstanden, den keiner mehr durchblickt und dessen Vorschriften sich teilweise auch widersprechen. So kann es sein, dass eine Zielvereinbarung den Arzt veranlasst, eine bestimmte Verordnung zu tätigen, die aber de facto viel teurer ist als ein anderes Präparat, für das die Kassen einen Rabattvertrag geschlossen haben – was der Arzt aber gar nicht wissen konnte. Auch die Richtgrößenprüfungen haben in Hamburg ihren Sinn verloren, denn sie zielen auf die „Grundversorgung“, deren Ausgaben in Hamburg unter dem Bundesdurchschnitt liegen (siehe Grafik). Die eigentlichen Ausgabentreiber sind teure

Spezialpräparate, die von den Richtgrößen gar nicht erfasst werden, da sie in der Regel Praxisbesonderheiten darstellen.

Aus diesem Grund hat die Vertreterversammlung der KV Hamburg schon vor drei Jahren gefordert, die Richtgrößenprüfungen abzuschaffen. Zunächst hatte es auch so ausgesehen, als ob Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler diese Forderung aufgreifen würde, doch im Beratungsverfahren wurden die klaren Regelungen wieder verwässert. Es bleibt somit zunächst bei Richtgrößenprüfungen.

Für Hamburg hieß das, die Handhabung der Richtgrößen wenigstens etwas zu vereinfachen. Das Verfahren haben wir aus Nordrhein übernommen.

Was ändert sich bei den Richtgrößen?

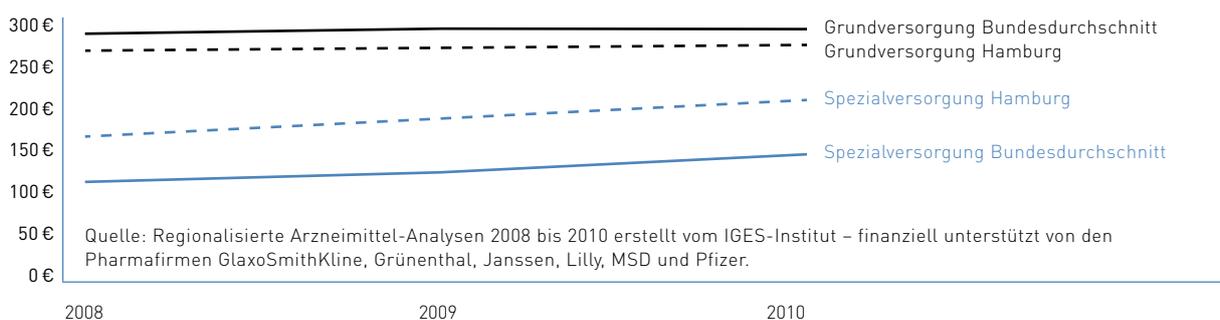
Anders als in der Vergangenheit fließen alle Arzneimittelkosten in die Berechnung der Richtgrößen ein. Praxisbesonderheiten werden nicht mehr aus den allgemeinen Richtgrößen herausgerechnet, sondern in-

dividuell beim Arzt. Dadurch kann es zunächst bei einzelnen Arztgruppen zu deutlichen Erhöhungen der Richtgrößenvolumen kommen.

Was von der Prüfstelle als Praxisbesonderheiten anerkannt wird, ist vorab definiert. Zum einen sind Arzneimitteltherapien aufgeführt, die sehr teuer sind und das Ausgabenvolumen einer Praxis nicht belasten sollen. Die Verordnungskosten dieser Arzneimitteltherapien werden vollständig vom Ausgabenvolumen der Praxis abgezogen. Daneben wurden weitere Arzneimitteltherapien definiert, bei denen nur jene Verordnungskosten vom Ausgabenvolumen der Praxis abgezogen werden, die über dem Fachgruppendurchschnitt liegen. Auf diese Weise sollen Kosten für einzelne Arzneimitteltherapien berücksichtigt werden, die zwar für die jeweilige Fachgruppe keine Besonderheit darstellen, aber sehr teuer sind und vielfach die Richtgröße sprengen.

Der Arzt kann diese Besonderheiten im Prüfverfahren geltend machen. Er kann es sich

Pro-Kopf-Arzneimittelkosten: Anstieg vor allem im Spezialversorgungsbereich



aber auch vereinfachen, indem er die gelisteten Praxisbesonderheiten mit der Abrechnung über Symbolnummern meldet. Dann werden diese Kosten automatisch von der Prüfstelle herausgenommen, die Begründungspflicht der Praxis für diese Praxisbesonderheiten ist erledigt.

Liegt eine Praxis auch nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten noch immer um mindestens 25 Prozent über dem Richtgrößenvolumen, wird eine Prüfung eingeleitet. Auch dann ist es noch möglich, Praxisbesonderheiten geltend zu machen. Die Praxis muss dann nachweisen, dass sie besondere Erkrankungen behandelt, die von der Arztgruppentypik abweichen und überdurchschnittliche Kosten verursachen. Die Beweislast liegt bei der Praxis.

In Nordrhein hat man mit dieser Systematik gute Erfahrungen gemacht: Die Zahl der Prüfungen ging deutlich zurück, ebenso die Höhe der in Rede stehenden Regresssummen.

Was ändert sich bei der Zielvereinbarung?

Den „Hamburger Weg“ bei den Zielvereinbarungen haben wir verlassen müssen, weil die Rahmenbedingungen sich völlig geändert haben. Nun gilt auch in der Hansestadt die bundesweite Systematik. Die wichtigste Änderung: Es wird ab 2011 keine praxisindividuellen Zielfeldprüfungen mehr geben. Mit den neu festgelegten

Prüfungen 2009 und 2010 offen

In 2009 und 2010 hat es in Hamburg weder Arznei- und Heilmittel- noch Richtgrößenvereinbarungen gegeben. Trotzdem müssen nach der Gesetzeslage Prüfungen durchgeführt werden. Ob diese nach den (alten) Richtgrößen organisiert werden oder aufgrund von Durchschnittswerten, entscheidet die Prüfstelle. Die KV und die meisten Krankenkassen präferieren eine Prüfung nach Richtgrößensystematik, die Ersatzkassen sind dagegen. Welchen Weg die Prüfungsstelle einschlagen wird, ist noch offen.

Quoten für die Verschreibung von Arzneimitteln haben sich KV und Kassen auf die Festlegung bestimmter Wirtschaftlichkeitsziele geeinigt.

Bestandteil dieser Umstellung der Prüfsystematiken sollte die Vereinbarung eines realistischen Ausgabenvolumens sein. In den vergangenen Jahren wurde die Höchstgrenze auf Betreiben der Krankenkassen wider besseres Wissen auf einem Niveau festgezurrert, bei dem schon zu Jahresanfang klar war, dass es nicht eingehalten werden konnte. Aber die Kassen glaubten, sich auf diesem Weg für die darauf folgenden Verhandlungen eine gute Ausgangsposition zu verschaffen. Dieses alberne Spiel soll 2011 beendet werden; lediglich der Ersatzkassen-Verband mochte sich nicht so ganz davon lösen.

Aber mit der Ausgabenobergrenze verhält es sich wie mit den Richtgrößen: Die vielgestaltigen Möglichkeiten für Krankenkassen, Preisvereinbarungen mit der Industrie zu treffen, haben die Transparenz

in diesem Bereich auf nahezu Null gebracht.

Deshalb bleibt es bei der Forderung der KV Hamburg, diesen unnötigen und belastenden Prüfaufwand zu beenden. Der Arzt muss vollständig und umfassend aus der Preisverantwortung entlassen werden; die aktuell von Bundesminister Rösler geplanten Schritte sind viel zu zaghaft. Denn für die abnormen Preissteigerungen vor allem bei Spezialpräparaten kann nicht der Arzt verantwortlich gemacht werden. Das hätte der Minister in seiner Arzneimittelreform regeln müssen. Wenn er denn den Mut dazu gehabt hätte ...

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg*

Die Arznei- und Heilmittelvereinbarung und die Prüfvereinbarung im Internet:

www.kvhh.de → *Recht und Verträge* → *amtliche Veröffentlichungen*

Detaillierte Erläuterungen finden Sie in einem Service-Heft, das wir Ihnen Mitte Dezember zusenden.

„Das ist Preiswucher!“

■ Wo liegen die größten Einsparpotentiale im Arzneimittelbereich? Der Pharmakologe Ulrich Schwabe über Richtgrößenprüfungen, überhöhte Arzneimittelpreise und das Problem der Anwendungsbeobachtungen.

Seit einigen Jahren wird in der GKV mehr Geld für Arzneimittel ausgegeben als für die ärztliche Behandlung. Woran liegt das?

Schwabe: Die Kosten für die ärztlichen Honorare sind vertraglich geregelt und damit fixiert. Die Ausgaben für Arzneimittel steigen dagegen in der Regel ungebremst, weil die Pharmaindustrie ihre Preise in Deutschland bisher selbst festlegen kann und die Krankenkassen diese Preise bezahlen müssen. Arzneimittelrichtgrößen für den einzelnen Patienten haben diese Entwicklung nicht aufhalten können.



Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe ist Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Herausgeber des jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Reports. Bis 2003 war er Professor für Pharmakologie und Toxikologie an der Universität Heidelberg.

Warum nicht?

Schwabe: Die Obergrenzen können häufig nicht eingehalten werden, da der Kostendruck immer wieder durch teure Arzneimittel-Neueinführungen erhöht wird. Aus ärztlicher Sicht ist das Instrument der Richtgrößenprüfungen zu fiskalisch. Es geht nur ums Geld, nicht um die richtige Therapie. Ein großer Teil der Ärzte wünscht sich daher schon lange eine Positivliste, um vom Regressdruck befreit zu werden und bei der Verordnung auch medizinisch auf der sicheren Seite zu sein. Doch das ist ganz offenbar politisch nicht durchsetzbar.

Wo könnte man ansetzen, um im Arzneimittelbereich zu sparen?

Schwabe: Die Arzneimittel sind sehr teuer in Deutschland – und hier liegen die größten Einsparpotentiale. Wir haben für den Arzneiverordnungs-Report 2010 exemplarisch die Preise in Deutschland mit denen in Schweden verglichen. Bei den 50 umsatzstärksten patentgeschützten Arzneimitteln sind die Preise in Deutschland um etwa 50 Prozent höher als in Schweden. Für die 50 umsatzstärksten Generika zahlen wir in Deutschland sogar doppelt soviel wie die Schweden. Und das sind Durchschnittswerte.

Es gibt ein Arzneimittel von Ratiopharm, das in Deutschland sechs Mal so teuer ist wie in Schweden. Das ist doch Wucher! Warum müssen wir in Deutschland so viel mehr für Arzneimittel zahlen als andere europäische Länder? In fast allen anderen EU-Ländern werden die Preise reguliert.

Aber die Pharmaindustrie kommt bei solchen Ländervergleichen zu ganz anderen Ergebnissen ...

Schwabe: Ja. Der Verband forschender Arzneimittelhersteller (VfA) hat gerade wieder ein Büchlein herausgegeben, das belegen soll, dass die deutschen Arzneimittelpreise im europäischen Durchschnitt liegen. Doch bei diesem Vergleich wurden große Niedrigpreisländer in Europa schlicht und einfach vergessen. Dass die Arzneimittelpreise in Deutschland weit über dem europäischen Durchschnittsniveau liegen, ist in mehreren unabhängigen Publikationen über internationale Preisvergleiche dokumentiert.

Was bringt das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AM-NOG)? Werden die Ausgaben künftig sinken?

Schwabe: Mit dem AMNOG wird das Ende der Periode eingeläutet, in der die Pharmaindustrie

ihre Preise in Deutschland völlig frei festlegen konnte. Über den Preis neuer Arzneimittel soll die jeweilige Pharmafirma künftig mit dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen verhandeln. Gibt es keine Einigung, legt eine Schiedsstelle den Preis auf Grund von internationalen Vergleichen fest. Diese Preisvergleiche könnten zu Einsparungen führen. Einige der im AMNOG geplanten Änderungen können wir allerdings absolut nicht nachvollziehen – beispielsweise die Eingriffe in die Unabhängigkeit der Selbstverwaltung bei der Bewertung von Arzneimitteln. Die Pharmaindustrie hat geschickt hinter den Kulissen agiert. Ob das Gesetz am Ende tatsächlich Wirkung zeigt, lässt sich nicht vorher-sagen.

Das erfolgreichste Marketinginstrument der Pharmaindustrie bei den Ärzten sind angeblich die Anwendungsbeobachtungen. Wie beurteilen Sie diese Studienform?

Schwabe: Anwendungsbeobachtungen hatten ursprünglich einen guten Zweck. Sie waren

dazu gedacht, nach der Zulassung unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln in der Breite zu erfassen. Heute sind Anwendungsbeobachtungen tatsächlich im Wesentlichen ein Marketinginstrument, um den Einsatz bestimmter Medikamente zu fördern.

Wie kann man als Arzt erkennen, ob es bei einer Anwendungsbeobachtung um Forschung oder um Marketing geht?

Schwabe: Gar nicht. Denn die Chance, dass es bei einer Anwendungsbeobachtung um Erkenntnisgewinn geht, ist denkbar gering. Es gibt keinen Fall, in dem eine seltene Nebenwirkung eines Medikaments durch eine Anwendungsbeobachtung aufgedeckt worden wäre.

Wie könnte man Anwendungsbeobachtungen wieder zu einem sinnvollen Instrument der Forschung machen?

Schwabe: Meiner Ansicht nach gar nicht. Viel wichtiger wäre es, zur besseren Erfassung von Sicherheit und Verträglichkeit von Arzneimitteln die Ärzte zu motivieren, unerwünschte

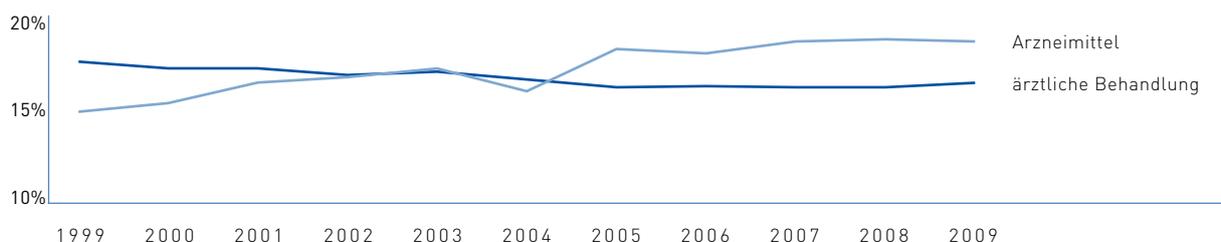
Arzneimittelwirkungen an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu melden. Auf diesem Weg werden die Beobachtungen eines Arztes für die Pharmakotherapie nutzbar.

Wie viele Ärzte führen Anwendungsbeobachtungen durch?

Schwabe: Nur eine Minderheit – etwa zehn Prozent. Diese Kollegen beteiligen sich dann aber an bis zu 30 Anwendungsbeobachtungen pro Jahr quer durch alle Indikationen. Das wissen wir, weil die Anwendungsbeobachtungen mittlerweile meldepflichtig sind. Insgesamt zahlt die Pharmaindustrie etwa eine Milliarde Euro pro Jahr für die Durchführung von Anwendungsbeobachtungen. Eine Milliarde! Sie können davon ausgehen, dass diese Summe am Ende wieder auf die Arzneimittelpreise aufgeschlagen wird. Das schadet allen, den Patienten, den Krankenkassen und auch den Vertragsärzten, die in der großen Mehrzahl kein Interesse an den industrielas-tigen Anwendungsbeobachtungen haben.

mn

Arzneimittelausgaben überflügeln Honorar



Prozentualer Anteil an den GKV-Ausgaben im Zeitverlauf

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



Foto: Felix Fällter

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 *Im Rechtsbehelf unter den Bescheiden der KV steht, dass man innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch einlegen kann. Was heißt eigentlich „nach Bekanntgabe“?*

In der Regel beginnt die Monatsfrist drei Tage nach der Datumsangabe im Bescheid. Im Zweifelsfall können Sie das genaue Fristende in der Widerspruchsstelle (Tel. 22802 -397 / -618) erfragen. Bei Fragen zum Fristende von Bescheiden der Gemeinsamen Prüfungsstelle wenden Sie sich bitte dorthin (Tel. 22802 -639 / -436).

2 *Wir sind eine hausärztliche Praxis und werden immer wieder gebeten, neben einer*

Überweisung zu einer bestimmten Fachrichtung auch den erforderlichen Krankentransport auszustellen. Sind wir dazu verpflichtet oder können auch die Fachärzte den Krankentransport ausstellen?

Es ist nicht genau geregelt, wer bei einer Überweisung für die Ausstellung des Krankentransports zuständig ist. Sowohl der Hausarzt als auch der Facharzt sind berechtigt, die Verordnung auszustellen, sofern der jeweilige Arzt beurteilen kann, dass ein Krankentransport notwendig ist.

3 *Wer ist für die Kostenübernahme bei Impfungen zuständig, die aus beruflichen Gründen vorgenommen werden müssen?*

Kosten für Arbeitsschutzmaßnahmen darf der Arbeitgeber nicht den Beschäftigten auferlegen. Wenn also eine Impfung aus beruflichen Gründen notwendig ist, hat der Arbeitgeber die Kosten zu tragen. (Quelle: Arbeitsschutzgesetz § 3 Abs. 3)

4 *Wir müssen für eine schwangere Patientin ein Beschäftigungsverbot aussprechen. Wird hierfür das Formular für die Arbeitsunfähigkeit ausgestellt?*

Nein, für das Beschäftigungsverbot für Schwangere müssen Sie ein Attest ausstellen. Die Patientin bekommt bis sechs Wochen vor der Geburt weiterhin das volle Gehalt ausgezahlt.

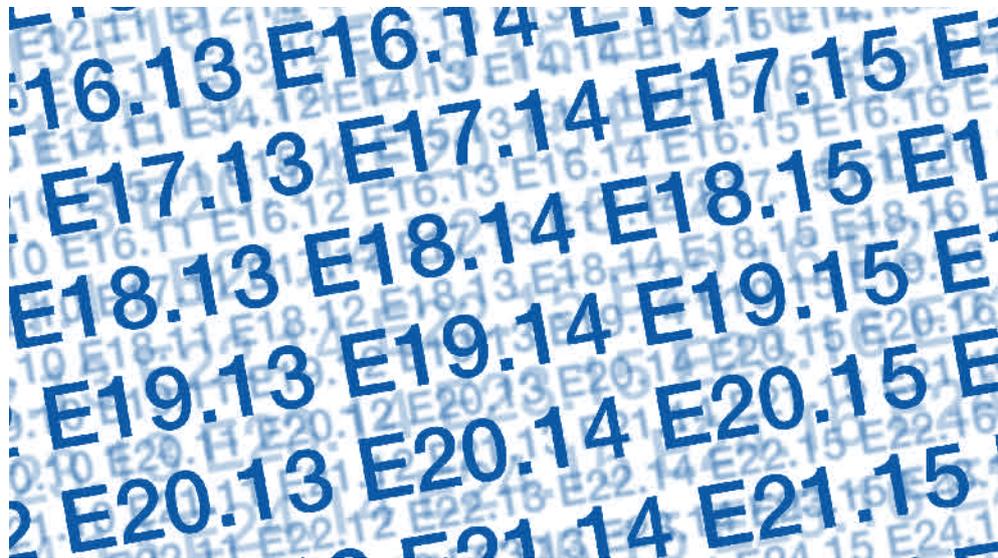
Kodierrichtlinie gilt ab Anfang 2011

■ In den ersten sechs Monaten ist die Anwendung noch nicht verpflichtend

Die Ambulante Kodierrichtlinie tritt ab 1. Januar 2011 in Kraft. Allerdings wird sie erst zum 1. Juli 2011 „scharf“ geschaltet: Die Ärzte und Psychotherapeuten haben also ein halbes Jahr Zeit, sich mit der Richtlinie vertraut zu machen.

Die Kodierrichtlinie gilt für alle Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ambulante und belegärztliche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Sie ist im Kollektivvertrag und in Selektivverträgen verbindlich. Ausgenommen sind nur die nach § 115b SGB V im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffe.

Die Vertreterversammlungen der KV Hamburg und anderer KVen hatten die Einführung der Kodierrichtlinie abgelehnt. Angesichts der politischen Proteste einigten sich KBV und Krankenkassen auf eine Übergangsphase von sechs Monaten. In dieser Zeit können die Ärzte und Psychotherapeuten das KBV-Prüfmodul insoweit „abschalten“. Verstöße gegen die Richtlinie bei der Erstellung der Abrechnung führen noch nicht zu Fehlermeldungen, sondern lediglich zu Hinweisen.



Dennoch bilden die kodierte Erkrankungen schon heute die Datenbasis für die Lenkung von Geldströmen im ambulanten Gesundheitssystem. Deshalb ist es wichtig, auf ein umfassendes Kodieren zu achten, gleichgültig, welchen Umsetzungsstatus die Kodierrichtlinie hat.

Sukzessive werden derzeit alle wesentlichen Rahmenbedingungen vertragsärztlicher Arbeit auf den Parameter „Morbidität“ umgestellt. Ob es um die Höhe der Gesamtvergütung für eine KV geht (Stichwort „asymmetrische Verteilung“) oder um eine neue Bedarfsplanung, immer soll die Morbidität, also die „Krankheitslast“ einer Region, als Berechnungsbasis dienen. Gewonnen werden diese Daten aus den Kodierungen der Vertragsärzte. Einem korrekten

und umfassenden Kodieren wird deshalb immer mehr Bedeutung zukommen.

Die Berufsverbandsvorsitzenden forderten vor diesem Hintergrund die KV Hamburg auf, ein Informationspaket für die Ärzte und Psychologen anzubieten, um ihnen den Umgang mit den ICD-10-Codes und der neuen Kodierrichtlinie zu erläutern. Im November verschickte die KV Informationsmaterial an alle Mitglieder. In den nächsten Monaten wird es weitere Informations- und Beratungsangebote geben.

Umfangreiche Informationen und Links finden Sie auch auf unserer Homepage:
www.kvvh.de → *Startseite*

*Ansprechpartner:
Infocenter Tel. 22802-900*



Foto: iStockphoto

H-Arzt-Verfahren läuft aus

- Anfang 2011 tritt ein neuer „Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger“ in Kraft. Hier eine Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen.

Die Verbände der Unfallversicherungsträger und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) haben sich auf eine Neufassung des „Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger“ geeinigt, die am 1. Januar 2011 in Kraft tritt.

Die Änderungen betreffen vor allem das H-Arzt-Verfahren, das nach einer Übergangszeit von fünf Jahren ausläuft.

Ab Anfang 2011 werden die Unfallversicherungsträger keine neuen H-Ärzte mehr an der besonderen Heilbehandlung beteiligen. Zum 1. Januar 2016 endet das H-Arzt-Verfahren. Danach können H-Ärzte als Durchgangsarzte beteiligt

werden, wenn sie bestimmte Voraussetzungen wie Mindestfallzahlen für besondere Heilbehandlungen erfüllen. Zum Erreichen der Mindestfallzahlen (jährlich mindestens 250 Arbeitsunfallverletzte) wird der gesamte Zeitraum der Übergangszeit von fünf Jahren betrachtet.

H-Ärzte oder H-Praxen, die in dieser Zeit die geforderten Mindestfallzahlen nicht erreichen, können nur als Durchgangsarzte beteiligt werden, wenn dies aus Sicherheitsgründen nötig ist.

Nach Ablauf der fünfjährigen Übergangszeit sind zur

Einleitung einer besonderen Heilbehandlung nur noch der Unfallversicherungsträger, der Durchgangsarzt oder der Handchirurg (nach § 37 Abs. 3 bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses) berechtigt.

Laut Vertrag kann sich der Durchgangsarzt durch einen anderen Durchgangsarzt vertreten lassen.

Der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger im Internet: www.kbv.de → *Rechtsquellen* → *Sonstige Kostenträger* und im Deutschen Ärzteblatt Heft 41 (15.10.2010)

Verbesserte Vergütung im HZV-Vertrag mit der AOK

- Add-On-Modell der KV sichert einfache Abwicklung und guten Datenschutz. Teilnehmende Ärzte rechnen wie gewohnt in der Quartalsabrechnung ab.

Die AOK Rheinland / Hamburg und die KV Hamburg haben ihren Add-On-Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) weiterentwickelt. „Der Hausarzt in einer Großstadt hat sehr viel mehr Koordinierungsaufgaben als sein Kollege vom Land“, so KV-Vizechef Walter Plassmann. „Das bilden wir in den neu vereinbarten Leistungen ab.“

Während der Kernvertrag weitgehend unverändert geblieben ist, wurde der Katalog der rund 20 vereinbarten zusätzlichen Leistungen für Hausärzte deutlich erweitert. So wird es künftig für einen Hausbesuch rund 30 Euro Honorar geben (alle Angaben inklusive der EBM-Honorierung), für einen Dringlichkeitsbesuch im Pflegeheim rund 90 Euro und für das geriatrische Basisassessment rund 30 Euro. Neu aufgenommen wurde ein „Arzneimittelcheck“, bei dem für ausgesuchte Patienten eine Kontrolle aller verschriebenen und vom Patienten gekauften Arzneimittel vorgenommen und das Ergebnis mit dem Patienten besprochen wird. Hierfür werden – falls Rücksprachen bei einem Facharzt notwendig sind – 160 Euro Honorar bezahlt.

Der Vertrag war ursprünglich zusammen mit allen hausärztlichen Berufsverbänden abgeschlossen worden. Der Haus-

ärzterverband und der Verband der hausärztlich tätigen Internisten verzichteten 2009 jedoch auf eine weitere Vertragsteilnahme und verlangten von einer Schiedsperson den Abschluss eines eigenen, die Regelversorgung ersetzenden Vollvertrages. Wegen des faktischen Erstzugriffsrechtes des Hausärzterverbandes war es der KV in dieser Zeit nicht möglich, am bestehenden Add-On-Vertrag weiterzuarbeiten.

Im September setzte die Schiedsperson einen HZV-Vollvertrag fest, der aber wegen einer datenschutzrechtlichen Prüfung, einer anhängigen Klage und des fehlenden Bereinigungsvertrages derzeit nicht umgesetzt werden kann. Allerdings waren mit der Festsetzung die rechtlichen Hürden beseitigt, so dass AOK und KV Hamburg ihren Vertrag weiterentwickeln konnten.

Anders als ein Vollvertrag, bei dem die Regelversorgung durch eigene Strukturen ersetzt wird, ist der von der KV Hamburg angebotene Add-On-Vertrag eine Ergänzung zum Kollektivvertragssystem. Die Strukturen passen zueinander und sind aufeinander abgestimmt. Die teilnehmenden Ärzte haben keinen zusätzlichen Abrechnungsaufwand, sondern rechnen die Leistungen auf

dem gewohnten Weg in der Quartalsabrechnung mit der KV ab. Weil die KV den Vertrag selbst abwickelt, gibt es keine datenschutzrechtlichen Bedenken und keine Bereinigung der Gesamtvergütung und des Regelleistungsvolumens. Eine Nachrüstung der Praxis-EDV ist nicht erforderlich. Auch eine Online-Anbindung der Praxis-EDV an die Krankenkasse oder einen privaten Dienstleister ist nicht notwendig.

Eine gleichzeitige Teilnahme am Vertrag der KV und dem durch Schiedsspruch festgesetzten Vollvertrag mit dem Hausärzterverband ist nicht möglich. Ärzte, die bereits im Vertrag der KV eingeschrieben sind, können die neuen Leistungen automatisch abrechnen. Auch müssen bereits teilnehmende Versicherte nicht neu eingeschrieben werden.

In den nächsten Wochen werden AOK, KV Hamburg und der Verband der Kinder- und Jugendlichenärzte Gespräche führen, um spezielle kinderärztliche Leistungsmodul an den Grundvertrag anzukoppeln.

*Ansprechpartner:
Infocenter Tel. 22802-900*

Der Vertrag im Internet: www.kvhh.de → *Recht und Verträge* → *amtliche Veröffentlichungen*

Kein Konsens über Honorarvertrag 2011 möglich

■ RLV gelten weiter

Die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen in Hamburg liegen vorerst auf Eis. Deshalb gelten die für das 4. Quartal 2010 mitgeteilten Regelleistungsvolumen zunächst auch für das 1. Quartal 2011. Sie werden nicht mehr neu mitgeteilt.

Sollte es aus Sicht einer Praxis notwendig sein, die RLV wegen Veränderungen in der Zusammensetzung der Praxis zwischen dem 1. Oktober 2010 und dem 1. Januar 2011 anzupassen, muss ein Antrag gestellt werden. Die KV darf von Amts

wegen nicht tätig werden. Wird zu Beginn des nächsten Jahres doch noch ein Honorarvertrag geschlossen, könnten die vorläufigen RLV durch endgültige ersetzt werden. Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe war dies aber noch nicht abzusehen.

Abgabe der Abrechnungsunterlagen IV. Quartal 2010

3. Januar 2011 bis 17. Januar 2011

im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Mo.-Fr. von 7:00 bis 16:30 Uhr und Sa. 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 mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet. Außerhalb der oben genannten Abgabeweiten können die Abrechnungsunter-

lagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

*Den richtigen Ansprechpartner vermittelt das Infocenter:
Tel: 22802 – 900*

Amtliche Veröffentlichung

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

- 1. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen der KVH und der AOK Rheinland/Hamburg sowie dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ab dem 01.11.2010
- Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2011
- Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2011

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. 22802-900



Foto: iStockphoto

Verordnungsausschluss von Glitazonen

■ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht beanstandet

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Beschluss zum Verordnungsausschluss der Glitazone mit Schreiben vom 4. November 2010 nicht beanstandet. Damit dürfen Glitazone sowohl als Mono-, als auch als Kombinationspräparate zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 nicht

mehr verordnet werden. Um die sukzessive Umstellung der Patienten zu ermöglichen, tritt der Beschluss nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger nicht zum darauffolgenden, sondern erst zum übernächsten Quartal in Kraft – also voraussichtlich zum 1. April 2011.

Seit dem 1. November 2010 dürfen auf Anordnung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte überdies Rosiglitazon-haltige Arzneimittel nicht mehr vertrieben werden. Weitere Informationen finden Sie hierzu auf unserer Homepage unter www.kvhh.net → *Verordnungen*.

BfArM lehnt Antrag zur Zulassungserweiterung von Medikinet Retard® im Erwachsenenalter ab

Die nationale Zulassungsbehörde (BfArM) hat den Antrag eines Pharmaunternehmens abgelehnt, erstmalig ein Methylphenidat-Präparat auch zur Behandlung der ADHS

bei Erwachsenen zuzulassen. Bereits 2007 hatte das Unternehmen Medice einen Versuch unternommen, die Zulassung von Medikinet® retard auf die Anwendung für Erwachsene

zu erweitern - damals basierend auf den Ergebnissen der EMMA-Studie (Erwachsene mit MPH bei ADHS). Dieser erste

Fortsetzung auf S. 16 ■■■

Antrag enthielt jedoch aus Sicht des BfArM keine ausreichenden Angaben zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Ansprechen auf Methylphenidat sowie zur notwendigen Dosis zum Erreichen einer klinisch signifikanten Wirksamkeit der Medikation. Zur

Beantwortung dieser Fragen hatte Medice eine Folgestudie (QUMEA = Quality Assurance of Administering Methylphenidate in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder /ADHD) durchgeführt, die im Frühjahr 2010 abgeschlossen wurde. Nun hat das BfArM auch den überarbeiteten Antrag abschlägig beschieden.

Die Verordnung von Methylphenidat für Erwachsene bleibt nach der Ablehnung des Zulassungsantrags also weiterhin ein „off label“-Use. Erwachsene haben keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Behandlung mit Arzneimitteln, die nur für Kinder zugelassen sind (BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az: B 1 KR 5/09 R).

Hinweis zur Therapie mit Erythropoese stimulierenden Wirkstoffen (ESA) zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei chemotherapierten Tumorpatienten

Am 20. Oktober ist ein Therapiehinweis für Erythropoese stimulierende Wirkstoffe (ESA) zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei chemotherapierten Tumorpatienten in Kraft getreten. Er enthält verbindliche Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung dieser Wirkstoffe (Epoetin alfa, Epoetin

zeta, Epoetin beta und Epoetin theta und Darbepoetin alfa) sowie Übersichten über Zulassungsindikationen und Kosten aller Präparate. Außerdem fasst er die Studienlage und Forschungsergebnisse zu Wirkung, Wirksamkeit und Nebenwirkungen beziehungsweise Risiken für die Therapie der symptomatischen Anämie

bei chemotherapierten Tumorpatienten zusammen.

Den Therapiehinweis (Anlage IV der Arzneimittelrichtlinie - AMR) finden Sie unter der Internetadresse des Bundesausschusses www.g-ba.de. Gerne stellen wir Ihnen den Text auch in Papierform zur Verfügung: Tel: 22802-571.

Die Therapiehinweise konkretisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie die Therapieprinzipien in der vertragsärztlichen Versorgung. Wir empfehlen den Ärzten, Therapiehinweise sorgfältig zu lesen und die Vorgaben genau zu beachten. Auch für Präparate, die in der Regel als Praxisbesonderheiten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen anerkannt werden, gilt die Verpflichtung, wirtschaftlich zu verordnen.

In besonders begründbaren Einzelfällen erlaubt das Sozialgesetzbuch ein Abweichen von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§31 SGB V). Bitte dokumentieren Sie solche Ordnungsentscheidungen sorgfältig, damit Sie sich im Falle einer Prüfung rechtfertigen können.

Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Arzneimitteln:

Regina Lilje Tel: 22802 - 498

Barbara Spies Tel: 22802 - 564

Therapie-Symposium 2010 in Hamburg

- Termin:** Mittwoch, 15. Dezember 2010
15.00–18.45 Uhr
- Tagungsort:** Ärztehaus Hamburg / Großer Saal
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
- Teilnahmegebühr:** Kostenlos
Als Fortbildungsveranstaltung anerkannt
(mit 4 Punkten zertifiziert)
- Wissenschaftliche Leitung:** Prof. Dr. med. W.-D. Ludwig
Prof. Dr. med. U. Gundert-Remy
Prof. Dr. med. R. Lasek

Mehr Informationen unter:
www.akdae.de



Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzeschaft -
in Kooperation mit der Ärztekammer
Hamburg und der KV Hamburg

Wissenschaftliches Programm

- 15.00 – 16.00 Uhr **Empfehlungen der AkdÄ zur Therapie von Fettstoffwechselstörungen**
Prof. Dr. med. Gerald Kloze (Facharzt für Innere Medizin, Bremen)
Prof. Dr. med. Ulrich Laufs (Facharzt für Innere Medizin, Homburg/Saar)
- 16.00 – 16.45 Uhr **Empfehlungen der AkdÄ zur palliativmedizinischen Behandlung**
Prof. Dr. med. Friedemann Nauck (Facharzt für Anästhesiologie; spezielle
Schmerztherapie, Palliativmedizin, Göttingen)
- 16.45 – 17.15 Uhr **Pause**
- 17.15 – 18.00 Uhr **Aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit**
Dr. med. Thomas Stammschulte (Facharzt für Innere Medizin, Berlin)
- 18.00 – 18.45 Uhr **Neue Arzneimittel 2009/2010 – eine kritische Bewertung**
Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe (Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg)
- Moderation:** Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer (Facharzt für Klinische Pharmakologie, Facharzt
für Pharmakologie und Toxikologie, Bremen / Vorstandsmitglied der AkdÄ)



Foto: Ulf Bauer

Kann wieder lachen: Brandverletztes Kind nach der Operation im Halibet-Hospital

„Man weiß nicht, wo man anfangen soll“

- Seit 2005 reist der Chirurg Dr. Ulf Bauer einmal pro Jahr nach Eritrea. Dort betreut er zusammen mit anderen deutschen Kollegen eine Brandverletztenklinik und bildet einheimische Ärzte aus.

Mit einem Kerosinkocher sind in unseren Breitengraden allenfalls Camper, Bergsportler und andere Naturburschen vertraut. Anders in Eritrea: Hier sind Kerosinkocher in fast allen Haushalten im Einsatz. Wenn diese offenen Feuerstellen umstürzen oder explodieren, kommt es immer wieder zu schweren Brandverletzungen.

Über viele Jahre gab es nicht einmal in der Landeshauptstadt Asmara eine Anlaufstelle für die Betroffenen. Die Brandverletzten, meistens Kinder

und Frauen, blieben meist über Wochen und Monate ohne chirurgische Behandlung. Sofern sie überhaupt überlebten, waren sie durch ihre großen Wundflächen entsetzt, in ihrer normalen Funktion erheblich beeinträchtigt und mussten häufig unnötige Amputationen über sich ergehen lassen.

Die weltweit tätige Organisation „Hammer Forum“ schickte 1999 ein kleines Team aus Chirurgen und einer erfahrenen OP-Schwester zu einem ersten Hilfseinsatz nach Eritrea. Zwei Jahre später gelang es den eh-

renamtlichen Helfern, auf dem Gelände des Halibet-Hospitals eine Brandverletzten-Station mit 13 Betten einzurichten.

Aus der bescheidenen Infrastruktur dieser Station mit katastrophalen hygienischen Bedingungen entwickelte sich über die Jahre die heutige Brandverletztenklinik, deren Neubau 2008 eröffnet wurde. Sie verfügt über 17 Betten, ein angeschlossenes Operationszentrum mit großem hellen OP und zwei Operationstischen sowie alle erforderlichen Funktionsräume.

Die Helfer legen großen Wert darauf, in Eritrea nachhaltige Arbeit zu leisten. Daher ist die Ausbildung und Schulung der eritreischen Krankenhausmitarbeiter ein wichtiger Teil ihrer Aktivitäten. Der jahrzehntelange Bürgerkrieg hatte die universitäre Ausbildung von Ärzten faktisch lahmgelegt. Doch es wird nicht mehr lange dauern, bis die ersten Absolventen der neuen Asmara Medical School einsatzbereit sind. Dann können sie für die Arbeit in der Brandverletztenklinik rekrutiert werden. Bereits heute verfügt die Klinik über mehrere Einsatzmannschaften mit geschultem einheimischen Personal, so dass der Betrieb auch dann weiterlaufen kann, wenn gerade keine deutschen Chirurgen vor Ort sind.

Einer von ihnen ist der niedergelassene Chirurg Dr. Ulf Bauer. Seit 2005 verbringt der Hamburger Handchirurg jedes Jahr etwa zwei Wochen in Asmara. Die chirurgisch-orthopädische Gemeinschaftspraxis Osterstraße in Eimsbüttel und auch die auf dem Gelände der Universitätsklinik Eppendorf (UKE) etablierte Facharztklinik Hamburg, müssen in dieser Zeit ohne ihn auskommen.

In Asmara steht Bauer jedes Mal vor ganz besonderen chirurgischen Herausforderungen: „Bei vielen Kindern haben großflächige Verbrennungen zu schweren Kontrakturen geführt. Hier ist die ganze Kunst der rekonstruktiven Chirurgie

gefragt“, erzählt der Chirurg. Seine Arbeit ist für ihn ein Sinnbild für Afrika im Allgemeinen: „Es gibt so viel zu tun, dass man erst einmal gar nicht weiß, wo man anfangen soll. Doch Schritt für Schritt zeigt sich, dass es geht!“

Bei den bisherigen Schritten lässt Bauer es daher nicht bewenden. Zusammen mit seinen Mitstreitern hat er die laufenden Projekte in Eritrea aus dem „Hammer Forum“ herausgelöst und führt sie in der 2010 neu gegründeten Organisation „Archemed“ weiter.

„Während sich das Hammer Forum in vielen Ländern der Welt engagiert, konzentriert sich Archemed auf Eritrea“, erläutert Bauer. „Dank dieser Fokussierung können wir uns noch gezielter um die laufenden Projekte kümmern.“ Bei einer Informationsveran-

staltung am 26. August 2010 im nahe Hamburg gelegenen Basthorst stellten Bauer und seine Mitstreiter die neue Hamburger Sektion von Archemed der Öffentlichkeit vor und präsentierten ihre aktuellen Projekte in Eritrea.

Mit dabei war auch Kinderherzchirurg Dr. Andreas Urban, der 1983 die erste arterielle Switchoperation beim Neugeborenen durchführte und sich auch als Gründer und Direktor

des Deutschen Kinder-Herzzentrums (DKHZ) in St. Augustin einen Namen machte. Urban baute in Asmara ein internationales Herzzentrum auf, in dem von 2002 bis heute 450 Kinder am Herzen operiert wurden. „Die Spätmortalität unserer kleinen Patienten liegt bei nur zwei Prozent“, berichtete Urban den 100 Teilnehmern in Basthorst.

Archemed-Gründer Dr. Peter Schwidtal, Facharzt für Innere Medizin aus Soest, präsentierte die bisherige Bilanz der 2003 von ihm gegründeten Abteilung für Neonatologie in Asmara: „Vor Eröffnung unserer Abteilung lag die Sterblichkeit bei Frühgeborenen bei 95 Prozent, heute überleben 95 Prozent.“ Dieser Erfolg sei vor allem auf die nachhaltige Wissensvermittlung zurückzuführen, der sich die Archemed-Ärzte verschrieben haben.

„Mein Traum: Mit einem kompletten Ärzteteam von Hamburg nach Asmara!“



Dr. Ulf Bauer

Fortsetzung auf S. 20

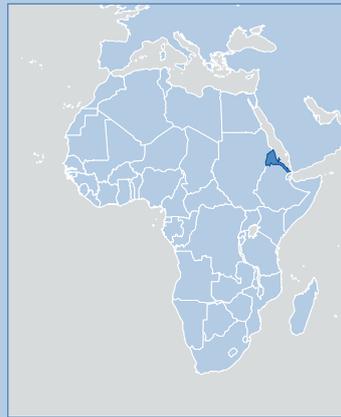
„Wir betreiben keine Safarimedizin“, erklärt Schwidtal. Anders als die Weltbank, die gern schlüsselfertige Topkliniken in Entwicklungsländern errichte und das ungeschulte Personal ratlos und ohne Anleitung mit den Errungenschaften zurücklasse, setzten die Archemed-Ärzte auf kontinuierliche Begleitung und Ausbildung.

Allerdings braucht eine solche Kontinuität einen breiten Stamm regelmäßiger Helfer. „Mein Traum wäre es, einmal mit einem kompletten Ärzteteam aus Hamburg nach Asmara aufzubrechen“, sagt Bauer. Er wird Ende des Jahres wieder nach Eritrea fliegen und Brandverletzte behandeln.

In diesem Zusammenhang weist Bauer mit großem Dank darauf hin, dass insbesondere die Projektentwicklung und Aufrechterhaltung der laufenden Projekte in Eritrea durch großzügige Zuwendungen durch den Verein BILD e. V. „Ein Herz für Kinder“ mit ermöglicht wurden.

Antje Soleimanian

*Kontakt:
Dr. Ulf Bauer
Sektion Hamburg Archemed
Osterstraße 36–38,
20259 Hamburg
Tel.: 040 4017810
dr.ulf-bauer@t-online.de
www.archemed.org
(www.hammer-forum.de)*



Grafik: iStockphoto

Zahlen und Fakten zu Eritrea

Eritrea liegt im Nordosten Afrikas und grenzt an Sudan, Äthiopien und Djibuti sowie an das Rote Meer. Zwischen 1890 und 1947 war Eritrea italienische Kolonie und ging nach dem Zweiten Weltkrieg in einer Föderation mit Äthiopien auf. Der Widerstand gegen den äthiopischen Kaiser Haile Selassie mündete in einen 30-jährigen Bürgerkrieg, der 1991 mit dem Sieg der Eritreischen Volksbefreiungsfront endete und 1993 zur Unabhängigkeit Eritreas führte.

Die Folgen des Bürgerkrieges, eine mehrjährige Dürre und eine zentral gesteuerte Planwirtschaft haben der Volkswirtschaft Eritreas schwer geschadet. Über 70 Prozent der gut fünf Millionen Menschen arbeiten in der Landwirtschaft. Etwa die Hälfte der Bevölkerung ist unter 18 Jahre alt. Die durchschnittliche Lebenserwartung wurde für 2006 auf 57 Jahre geschätzt, die Fruchtbarkeitsrate liegt bei durchschnittlich 5,2 Geburten pro Frau, was einen jährlichen Bevölkerungsanstieg von 2,5 Prozent zur Folge hat. Die Kindersterblichkeit liegt bei 74 pro 1.000 Lebendgeburten (zum Vergleich: 5 pro 1.000 Geburten in Deutschland).

Es gibt eine formale Schulpflicht für alle Kinder von sieben bis 13 Jahren, dennoch besuchen kaum die Hälfte der Kinder in Eritrea eine Grundschule und nur 21 Prozent eine weiterführende Schule.

Trotz immenser Bodenschätze (Gold, Silber, Kupfer, Schwefel, Nickel, Pottasche, Marmor, Zink und Eisen) liegt das jährliche Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner bei nur 295 US-Dollar.

Anklage gegen Hamburger Arzt

■ Staatsanwaltschaft will klären, ob niedergelassene Ärzte wegen Bestechlichkeit belangt werden können

Das Hamburger Landgericht hat eine Anklage gegen einen niedergelassenen Arzt wegen Bestechlichkeit zugelassen. Der Verhandlungsbeginn steht noch nicht fest.

Nach Informationen des Nachrichtenmagazins *Spiegel* soll der Arzt zwischen 2004 und 2005 mehrere tausend Euro für die bevorzugte Verordnung von Ratiopharm-Präparaten erhalten haben.

Die Hamburger Staatsanwaltschaft wertet den Prozess als „Pilotverfahren von grundsätzlicher Bedeutung“. Sie will die unter Juristen strittige Frage klären lassen, ob niedergelassene Ärzte belangt werden

können, wenn sie Geld oder Geschenke für die Verordnung von Medikamenten annehmen, Aufwandsentschädigungen für Pseudo-Studien kassieren oder sich zu sogenannten „Spaßtagungen“ einladen lassen. Voraussetzung für eine Strafbarkeit wäre, dass sie als „Beauftragte“ der Krankenkassen im Sinne des Bestechlichkeitsparagrafen 299 angesehen werden.

„Die Rechtslage ist offen“, sagt Oberstaatsanwalt Wilhelm Möllers. „Wird das Urteil des Hamburger Landgerichts nicht akzeptiert, geht die Revision direkt zum Bundesgerichtshof. Dann bekommen wir eine höchst-

richterliche Klärung.“ Die KV Hamburg warnt indessen vor unabsehbaren Konsequenzen, die eine juristische Einstufung der Vertragsärzte als „Beauftragte der Krankenkassen“ hätte: „Die Ärzte kämen bei allen medizinischen Entscheidungen unter zunehmenden Rechtfertigungsdruck gegenüber den Kassen“, sagt KV-Hamburg-Justitiar Gert Filler. „Doch eine Medizin am Gängelband der Kostenträger kann sich niemand wünschen. Insbesondere die sozialrechtliche Rolle des Vertragsarztes sowie der besondere Charakter des Arztberufes als Freier Beruf sind mit einer solchen Sicht nicht vereinbar.“

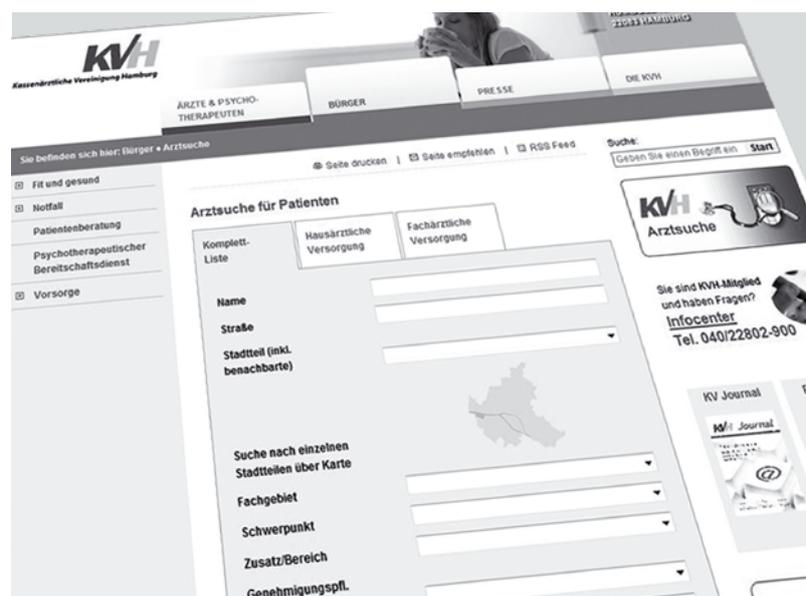
KV-Arztssuche: Bitte aktuelle Sprechzeiten angeben

Die Arztssuche der KV im Internet (www.kvhh.de) wird von Patienten intensiv genutzt. Allerdings gibt es immer wieder Beschwerden über falsche oder veraltete Praxis-Öffnungszeiten. Deshalb unsere Bitte: Halten Sie die Daten aktuell. Melden Sie dem Arztregister, wenn sich in Ihrer Praxis die Sprechzeiten oder andere Gegebenheiten (wie beispielsweise die Zugänglichkeit für Rollstuhlfahrer) ändern.

Ansprechpartnerin:

Jana Runge Tel.: 22802-343

E-mail: arztregister@kvhh.de



Steckbrief – Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

Dr. med. Peter René Bock-Lamberlin



Geburtsdatum: 18.04.1950

Familienstand: glücklichst verheiratet, 4 Kinder

Fachrichtung: Orthopäde und Unfallchirurg

Weitere Ämter: Berufsverbandsvorsitzender der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie Hamburg (BVOU), Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden (AHO e. V.), Mitglied des beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV-HH

Hobbys: Familie, Lesen, Reisen

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

Ich übe meinen Beruf leidenschaftlich aus, er macht mir viel Freude. Würden noch Neidgesellschaft, Politik und Bürokratie wegfallen, könnte es nicht schöner sein.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Aufhebung der asymmetrischen Verteilung, Anerkennung Hamburgs als Medizin-Metropole auch im niedergelassenen Bereich.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?

Weiterhin starker Interessensvertreter der Niedergelassenen.

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

Zur Zeit kein Gesprächsbedarf.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?

Weiterhin in Gesundheit mein jetziges Leben fortführen zu können.

Terminkalender

■ Konstituierende Sitzung der neuen Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 27.01.2011 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

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 10.12.2010 (15:00–21:00 Uhr) / Sa 11.12.2010 (08:30–16:30 Uhr)
Fr 01.04.2011 (15:00–21:00 Uhr) / Sa 02.04.2011 (08:30–16:30 Uhr)

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 22.06.2011 (15:00–20:00 Uhr)
Teil 2: Mi 24.08.2011 (15:00–20:00 Uhr)
Teil 3: Mi 28.09.2011 (15:00–20:00 Uhr)
Teil 4: Mi 02.11.2011 (15:00–20:00 Uhr)
Teil 5: Mi 07.12.2011 (15:00–20:00 Uhr)

34 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

Für Praxisinhaber und -mitarbeiter, deren QEP®-Einführungsseminar bereits etwas zurückliegt: Die wesentlichen Inhalte des QEP®-Kernzielkataloges werden hier nochmals aufgegriffen und so der Grundstein für die erfolgreiche QEP®-Einführung in der Praxis gefestigt.

Mi 13.04.2010 (09:30–17:00 Uhr)

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 06.04.2011 (09:30–17:00 Uhr)

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 04.05.2011 (09:30–17:00 Uhr)

10 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)

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)

10 Punkte

QMB-Seminar

Für die Qualitätsmanagement-Beauftragten (QMB) der Praxis. Die Übertragung geeigneter Verantwortlichkeiten an Mitarbeiter ist ein wichtiger QM-Baustein. Die Qualitätsmanagement-Beauftragten koordinieren den QM-Prozess in der Praxis und übernehmen administrative Aufgaben.

3-teiliges Blockseminar
Mi 18.05.2010 (9:30 – 17:00 Uhr)
Mi 25.05.2010 (9:30 – 17:00 Uhr)
Mi 08.06.2010 (9:30 – 17:00 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvvh.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 Leistungs-
spektrum der KVH betreffen
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte
Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per
Post, Fax oder eMail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 885
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

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

