

Spaltung der Ärzteschaft?

Hausarzt- verträge

Wie die Kassen das
Kollektivsystem aufbrechen

Kranken- beförderung

Anleitung zur korrekten
Verordnung

Ultraschall- Verordnung

Die wichtigsten Neuerungen
im Überblick



Liebe Leserinnen und Leser!

Ulla Schmidt könnte als jene Gesundheitsministerin in die Geschichte eingehen, die das einheitliche GKV-System in ein unübersichtliches Mehr-Klassen-System überführt hat. Eine Vielfalt von Verträgen, Versorgungsmodellen und Wahltarifen soll den Patienten ermöglichen, zwischen verschiedenen Angeboten zu entscheiden – aber welche wirklich Kranken, welche alten Menschen sind dazu in der Lage? Welche Praxis wird die bunte neue Vertragsvielfalt administrieren wollen, welcher Arzt will sich den unterschiedlichen, medizinisch inhaltlichen Verpflichtungen der Verträge unterwerfen? In Zeiten des andauernden Mangels wird Arztgruppen selektiv die Wurst vor die Nase gehalten, um sie aus dem Kollektivvertrag zu locken. Ob der Systemwandel tatsächlich vollzogen wird, hängt von der Entscheidung der Ärzte und Psychotherapeuten ab.



Ihr Dieter Bollmann

Ihre Meinung ist gefragt

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

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild:
Carlosseller / Fotolia.com (M)

Redaktionsschluss: 16. März 2009

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt	4
Hausarztverträge: Kippt das System?	5
KV-Vize Walter Plassmann zum neuen § 73 b	9

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	10
Fortbildungspunkte: Jetzt einreichen!	11
Krankenbeförderung: Anleitung zur korrekten Verordnung	12

Abrechnung

Abgabe der Abrechnungsunterlagen I. Quartal 2009	11
--	----

Brennpunkt Arznei

Olanzapinhaltiges Depotpräparat (Zypadhera®) mit erheblichen Risiken verbunden / Neues Statinpräparat Crestor® ohne erwiesenen Mehrnutzen	14
Verschreibungspflichtige Antihistaminika gelten als unwirtschaftlich / Liste verordnungsfähiger arzneimittelähnlicher Medizinprodukte wächst weiter	15

Qualitätssicherung

Neue Ultraschallvereinbarung: Die wichtigsten Informationen im Überblick	16
Stichprobenprüfung: Dokumentation kann patientenbezogen angefordert werden	17
Codierung: Bundesversicherungsamt weist BKK in die Schranken	17

Rundschreiben

Ergänzungsvereinbarung Reiseimpfung / HPV: GEK und ktpBKK schränken Leistungsangebot ein	18
---	----

Forum

Atriomed vernichtet Versorgung / Schmerztherapie-Pionier Dr. Dietrich Jungck geht in den Ruhestand	19
Medicum Hamburg: Alle Fachrichtungen unter einem Dach, die ein Diabetiker braucht	20

KV intern

Steckbriefe: Für Sie in der Kreisversammlung	22
Terminkalender	23

Nachgefragt

■ Sollen die Hausärzte ein eigenes Vertragssystem aufbauen?



Ich kann die hausärztlichen Kollegen in Bayern und Baden-Württemberg, die sich nun Vertragshoheit erkämpft haben, gut verstehen. Das Problem ist doch, dass die KV als öffentlich-rechtliche Institution keine echte Interessensvertretung für uns Ärzte sein kann. Sie muss Gesetze umsetzen, muss die Ärzte kontrollieren. Bei vielen Entwicklungen im Gesundheitssystem steht sie einfach nur hilflos daneben. In KV-Regionen, in denen die Fachärzte die Mehrheit stellen, kommen die Hausärzte zudem bei der Honorarverteilung schlecht weg: Wir Hausärzte sind es doch, die in den dritten Stock laufen und den Patienten die Verbände wechseln in ärztlicher Eigenleistung statt an elektronischen Apparaten mit Mäusen zu klicken. Die Hauptlast der persönlichen Patientenversorgung liegt bei uns. Ich glaube, die Befreiung aus diesem Kollektivsystem ist unsere einzige Chance.

*Dr. Christian Lott ist
Allgemeinarzt auf St. Pauli*



Ich habe kein Bedürfnis, an Selektivverträgen teilzunehmen - ganz einfach, weil ich mich nicht um Verträge kümmern will, sondern um meine Patienten. Viele von uns können sich noch an Zeiten erinnern, als auf einigen Arztschildern „alle Kassen“ stand und auf anderen nicht. Wer will denn solche Zustände wiederhaben? Schon allein die Vorstellung, all diese Verträge unterschiedlicher Kassen lesen und sich dann an die Vorgaben halten zu müssen - was für ein Verwaltungsaufwand!

*Dr. Petra Gebhardt ist
praktische Ärztin in Harburg*



Ob EBM oder Hausarztvertrag - das Grundproblem ist doch, dass die Honorierung zunehmend über Pauschalen abgewickelt wird. Im bayerischen AOK-Hausarztvertrag sind die Pauschalen deutlich höher als in der Regelversorgung. Aber ob das so bleiben wird? Ich fürchte, dass die Kassen immer mehr Leistungen für den gleichen Pauschalbetrag fordern, wie zum Beispiel Hausbesuche nachts und am Wochenende. Wir müssen wieder zu einer gerechteren Honorierung kommen. Für eine differenzierte Leistung möchte ich differenziert bezahlt werden - und das geht nur, wenn wir zur Einzelleistungsvergütung zurückkehren.

*Dr. Angela Keller ist
praktische Ärztin in Poppenbüttel*



Lotse im Gesundheitswesen
 (Bericht des Kelheimer
 Wochenblattes vom 11.2.2009)

Hauen und Stechen

- Viele Hausärzte hoffen, dass ihnen die neuen Hausarztverträge mehr Honorar einbringen. Doch Vorsicht: Wenn jede Arztgruppe ihr eigenes Süppchen kocht, kippt das System.

„Heute an meinem Geburtstag“, schrieb der bayerische Hausärzteverbands-Chef Dr. Wolfgang Hoppenthaller am 13. Februar 2009 in einem Rundschreiben, „durfte ich den Hausärztevertrag mit der AOK Bayern unterschreiben. Ich durfte einen Vertrag unterschreiben, der uns Hausärzten das eigene Tarifrecht sichert, für das ich mehr als ein Vierteljahrhundert gekämpft habe.“ Es sei ein Tag, so Hoppenthaller, der in die Geschichte der bayerischen Hausärzte eingehen werde.

Eine Gesetzesänderung im vergangenen Jahr hatte dem Hausärzteverband ein faktisches Monopol beim Abschluss von Hausarztverträgen verschafft (siehe Kasten Seite 6).

Der von Hoppenthaller in Bayern ausgehandelte Vertrag regelt eine hausärztliche Vollversorgung, die an der KV vorbei organisiert und durch Abzüge aus dem KV-Honorartopf finanziert wird. Die teilnehmenden Ärzte sollen einen Fallwert von bis zu 85 Euro erhalten.

Schon die Nachricht vom Verhandlungserfolg Hoppenthallers genügte, um Verteilungskämpfe zwischen den Hausärzten und dem Rest der bayerischen Ärzteschaft auszulösen. Die Methoden, die dabei zum Einsatz kamen, lassen erahnen, welch scharfer Wind durch das Gesundheitssystem fegen wird, wenn der Kollektivvertrag erst in Trümmern liegt.

Um das Entgegenkommen der Kasse zu honorieren, forderte

Fortsetzung auf S. 6 

Hausärzteverbands-Chef Dr. Wolfgang Hoppenthaller seine Kollegen am 17. Dezember 2008 in einem Rundschreiben auf, eine „entsprechende Codierung bei den AOK-Patienten vorzunehmen“, um der AOK finanzielle Zuwendungen für Schwerkranke aus dem Risikostrukturausgleich zu sichern. Manipulation, Upcoding oder Rightcoding? Jedenfalls ein Aufruf, Diagnosen irgendwie von der Kassenzugehörigkeit der Patienten abhängig zu machen.

SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach forderte Hoppenthaller daraufhin zum Rücktritt auf. „Er beißt in die Hand, die ihn gefüttert hat“, sagte Lauterbach, der sich für eine Stärkung der Hausarztmedizin eingesetzt hatte. „Mit einem derart unseriösen

Vorgehen hatte ich nicht gerechnet.“ (*Kölner Stadtanzeiger* 23.1.2009)

Er hätte es ahnen können. Denn schon im Vorgängervertrag spielten Patienten, die der Kasse mehr Geld aus dem Risikostrukturausgleich einbringen, eine große Rolle. Im Juli 2008 waren etliche bayerische Hausärzte aus dem Vertrag ausgeschlossen worden, weil sie nach Ansicht der AOK nicht genügend Patienten in Disease Management Programme (DMP) eingeschrieben hatten („Wer nicht pariert, fliegt raus“ *Standpunkt* 4/2008, *Medical Tribune* 30/08).

Recherchen des Münchner Journalisten Klaus Schmidt zufolge hat die AOK ein Fachteam eingerichtet, das sich intensiv der Bearbeitung widerspenstiger Hausärzte widmet und diese sogar in ihren Praxen aufsucht. Anhand der Verordnungsdaten kann festgestellt werden, wel-

che Patienten sich für ein DMP eignen (oder für eine einträglichere Codierung).

„Pacta sunt servanda“, kommentierte Hoppenthaller damals lakonisch den Rausschmiss der Hausärzte, die sich dem Druck nicht beugen wollten.

Auch ein anderes Phänomen der schönen neuen Vertragswelt hätte Lauterbach eigentlich nicht überraschen dürfen: Dass sich die von ihm stets kritisierte Zwei-Klassen-Medizin zu einer Drei- oder Mehr-Klassen-Medizin entwickelt. Auch im Universum des bayerischen Hausärzteverbandes bleiben die Privatpatienten ganz oben auf der Beliebtheitskala. Doch im GKV-Bereich wird weiter differenziert.

- AOK-Versicherte im Hausarztvertrag sind „Premium-Patienten“.

Hausärzteverband will Parallelstruktur aufbauen

Auch der Hausärzteverband Hamburg fordert derzeit Allgemeinärzte dazu auf, ihn für Verhandlungen über Hausarztverträge zu mandatieren. Hintergrund: Eine Gesetzesänderung verpflichtet die Krankenkassen dazu, bis zum Juli 2009 Hausarztverträge abzuschließen – und zwar mit Gemeinschaften, die mindestens 50 Prozent der Allgemeinärzte eines KV-Bezirks vertreten. Die Möglichkeit, einen solchen Organisationsgrad an Allgemeinärzten zu erreichen, hat in den meisten KV-Gebieten nur der Hausärzteverband. Da Internisten, Kinderärzte und ehemalige praktische Ärzte im Gesetz nicht berücksichtigt werden, umfassen die geforderten 50 Prozent der Allgemeinmediziner nach Berechnungen der KBV nur ganze 29 Prozent der Hausärzte insgesamt. Der Hausärzteverband plant, sein Vorgriffsrecht auf Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung in vollem Umfang zu nutzen. „Wir bauen eine hausärztliche Vollversorgung jenseits der KV-Strukturen auf“, sagte Hausärzteverbands-Chef Ulrich Weigeldt Mitte Februar vor Journalisten. „Diese politische Botschaft ist bei vielen Ärzten noch nicht angekommen.“

- AOK-versicherte Hausarztvertrags-Muffel sind ausdrücklich unerwünscht. (Nach Auffassung des Bayerischen Hausärzterverbandes sollten solche Patienten „nur noch im Fall einer akuten Erkrankung behandelt werden“. *Ärztezeitung* 26.1.2009)
- Patienten anderer Kassen sind geduldet, müssen aber mit der Drohung leben, ebenfalls in Ungnade zu fallen. (Sollten sich die Ersatz- und Betriebskrankenkassen weigern, dem Hausarztvertrag beizutreten, sieht der Bayerische Hausärzterverband „keine Möglichkeit mehr, deren Versicherte auf Dauer – außer im Notfall – zu behandeln“. *Ärztezeitung* 19.12.2008)

Hoppenthaller selbst vergrault offenbar derzeit gezielt Patienten, die nicht in seiner Praxis eingeschrieben sind (*Kelheimer Wochenblatt* 11.2.2009, *Die Welt* 12.2.2009).

Weil andere Arztgruppen andere Interessen haben, können aber auch willige Versicherte zwischen die Fronten geraten. Ein Patient, der von seinem Hausarzt soeben zum Beitritt zur AOK überredet wurde, kann unversehens den Groll seines HNO-Arztes oder seines Dermatologen auf sich ziehen. Bayerische Ärzte, die von den Honorarsteigerungen des AOK-Hausarztvertrages nicht profitieren, halten das Vorgehen der AOK nämlich für einen „Schlag ins Gesicht“, den

man nicht unbeantwortet lassen könne.

„Wir werden Versicherte der AOK nur noch in Notfällen oder gegen Vorkasse behandeln“, heißt es in einem Statement, das von den Berufsverbänden der Kinderärzte, Frauenärzte, Internisten, Pneumologen, Kardiologen, Dermatologen und HNO-Ärzte unterzeichnet und am 23.12.2008 veröffentlicht wurde. (http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_news_652_1_587.html)

„Das war nur eine Drohung, um Druck aufzubauen“, sagt Dr. Heinz Reiniger, Landesvorsitzender der Kinder- und

matische Konsequenzen für die Qualität der Versorgung“, so Reiniger.

Die bayerischen Kinderärzte wollen einen eigenen Vertrag. Und auch die anderen Arztgruppen suchen ihr Heil jetzt im Abschluss von Selektivverträgen. „Angesichts der Honorarverluste im KV-System bleibt uns gar nichts anderes übrig“, sagt Reiniger. „Die Ärzte werden gegeneinander aufgehetzt. Es ist eine von der Politik gewollte Katastrophe.“

Peter Friemelt vom Gesundheitsladen München hat Verständnis dafür, wenn Ärzte strei-

>> Nun wurden auch AOK-Patienten mit Boykott bedroht - von den Fachärzten <<

Jugendärzte in Bayern. Die spontane Empörung über die Bevorzugung der Hausärzte sei groß gewesen. „Der Vertrag wurde hinter unserem Rücken ausgehandelt. Er geht zu Lasten aller anderer Ärzte und bedroht deren Existenz.“ Nicht genug damit, dass die Gesamtvergütung um das Honorar für den Hausarztvertrag bereinigt werde und damit für das Regelleistungsvolumen der anderen Ärzte weniger übrig bleibe: Offenbar wilderten die bayerischen Hausärzte zudem in fremden Revieren: „Im künftigen Hausarztvertrag wird die Altersgrenze für teilnehmende Patienten auf Null herabgesetzt. Die Hausärzte nötigen Eltern, auch ihre Kinder einschreiben zu lassen. Das hat auch dra-

ken und ihre Praxis schließen, sofern ein Notdienst bereitsteht. GKV-Patienten nur noch gegen Vorkasse zu behandeln oder eine Selektion in erwünschte und unerwünschte Versicherte vorzunehmen – das hält er für eine Zumutung.

Nicht nur Patientenvertreter, auch kritische Ärztgruppen sehen im KV-System mittlerweile das kleinere Übel. „Der Ausverkauf beginnt“, schrieb Prof. Wulf Dietrich, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), als Ende 2007 die AOK Baden-Württemberg erstmals einen großen, die Regelversorgung ersetzenden Hausarztvertrag ausschrieb. „Der

Fortsetzung auf S. 8 

VDÄÄ protestiert aufs Schärfste gegen die Ausgliederung der hausärztlichen Versorgung aus den bisherigen Versorgungsstrukturen, da dies zu einer Zersplitterung der medizinischen Versorgung führen und eine unterschiedliche Behandlung gesetzlich Versicherter zur Folge haben wird.“ (VDÄÄ-Rundbrief 1/2008)

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt begrüßte den zwischen der AOK, dem Hausärzteverband und Medi abgeschlossenen Hausarztvertrag indes

>> Die Ärzte sollen zu Außendienstmitarbeitern der Kasse werden. <<

als zukunftsweisend. Einer der Protagonisten des als Blaupause für den Rest der Republik gehandelten Vertrages war Medi-Chef Dr. Werner Baumgärtner, der zurzeit einen bunten Strauß von Sonderverträgen für die Fachärzte vorbereitet. „Die Frage, ob der Kollektivvertrag eine Zukunft hat, ist von der Politik längst beantwortet worden“, sagt Baumgärtner. „Nach dieser Honorarreform ist wirklich jedem klargeworden, dass wir nicht nochmals zehn Jahre in diesem System durchhalten“.

„Natürlich gibt es mehr Geld in den Hausarztverträgen“, sagt Dr. Susanne Blessing, eine der profiliertesten Gegnerinnen des baden-württembergischen

Hausarztvertrages. „Doch das wird nicht so bleiben. Ziel der AOK ist es, uns zu kostengünstigen Außendienstmitarbeitern zu machen.“

In Rundbriefen und Flugblättern versucht sie, ihre Kollegen von den Nachteilen des Hausarztvertrages zu überzeugen:

- Weniger Therapiefreiheit: Beim AOK-Hausarztvertrag handele es sich um ein „managed care“-Modell, in dem die Kasse mehr Kontrolle über die Behandlung und deren Kosten bekomme. Durch eine Online-Anbindung der

Praxen zur Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) ergäben sich tagesaktuelle Behandlungs- und Kostenprofile.

- Mehr Bürokratie: Nahezu alle Verwaltungsvorgänge (wie Abrechnung, Praxisgebührverwaltung, Impfstoffe, Sprechstundenbedarf) müssten doppelt und künftig möglicherweise sogar drei- oder vierfach bewältigt werden
- Direkte Abhängigkeit von der Kasse: Ein Arzt, dem der Vertrag gekündigt wird, verliere seine durch ihn eingeschriebenen Patienten an einen anderen Arzt. Damit könnte ihm ein sehr großer Teil des GKV-Umsatzes wegbrechen.

Die sicheren Verlierer werden Blessing zufolge Ärzte und Patienten sein, die eine individuelle Behandlung nach bestem Wissen und Gewissen anstreben statt einer „softwaregesteuerten, unpersönlichen und fließbandartigen Massenabfertigung“. Doch die baden-württembergischen Hausärzte befinden sich auf abschüssigem Gelände: „Ich kenne viele Kollegen, denen die Bedingungen des Hausarztvertrages suspekt sind, die nach der Honorarreform aber keine andere Möglichkeit mehr sehen, ihre Praxis über Wasser zu halten“, sagt Blessing.

Wird die hausarztzentrierte Versorgung zum Hebel, mit dem die Kassen das Kollektivvertragssystem aufbrechen? Der Ausbreitung an der KV vorbei organisierter Versorgungsformen wurde vom Gesetzgeber keine Grenzen gesetzt. Eine Bestandsgarantie für die KV oder ein anderes kollektivvertragliches Auffangnetz gibt es nicht.

Niemand sollte auf die Solidarität von Hoppenthaller oder Baumgärtner hoffen, wenn eine Kasse einen Selektivvertrag kündigt und anbietet, im Folgevertrag höhere Honorare zu zahlen, dafür aber weniger Ärzte teilnehmen zu lassen. Gewinner könnten die qualifiziertesten Kollegen sein. Oder jene, die streng nach Vorgabe der Kasse behandeln - und am „sorgfältigsten“ codieren.

Martin Niggeschmidt

Verträge mit Nebenwirkungen

■ Der Hausärzteverband betreibt ein Hoch-Risiko-Spiel

„Was ist denn dabei, wenn wir bessere Verträge abschließen als die KV, da sollten Sie sich doch drüber freuen!“ Diese Äußerung eines Vertreters des Hamburger Hausärzteverbandes im Beratenden Fachausschuss kann man schon fast als rhetorische Frage bezeichnen. Ja, was kann man schon dagegen haben? Natürlich gar nichts.

Aber es ist eben nicht so, dass es bei der „hausarztzentrierten Versorgung“ (HZV) einen „Wettbewerb um den besseren Vertrag“ gibt. Die KV Hamburg hat Ärzte und Arztgruppen immer dabei unterstützt, einen „besseren Vertrag“ zu erhalten, wenn diese Unterstützung gewollt war und wenn dieser Vertrag wenigstens grundsätzlich in das vertragsärztliche System gepasst hat. Diese Zusage gilt auch für die Zukunft.

Doch die neuen Hausarztverträge sollen gar nicht ins System passen. Sie sollen es ersetzen. An die Stelle eines offenen Wettbewerbes um den besten HZV-Vertrag wurde das Monopol des Hausärzteverbandes gesetzt. Kaschiert durch ein Mandatierungs-Mäntelchen, das hausärztlich zugelassene Internisten, Praktische Ärzte und Kinderärzte übergeht, wurde per Gesetz einem Verein das Recht zugesprochen,

den Sicherstellungsauftrag zu übernehmen. Anderen Arztgruppen oder der KV wurden derart hohe Hürden in den Weg gestellt, dass von einem fairen Wettbewerb nicht die Rede sein kann.

Der Regelungsumfang zur HZV ist zudem so unklar gehalten, dass ein sauberer Anschluss an die Regelversorgung (also die Ordnung der Schnittstellen zum KV-System) gar nicht herzustellen ist. Eine der Folgen ist, dass die Krankenkassen versuchen, eine „Bereinigungsformel“ durchzusetzen, die jeden Arzt massiv benachteiligen würde, der an dem Vertrag nicht teilnehmen will oder teilnehmen kann.

Damit ist klar, dass es hier nicht um bessere Verträge geht, sondern um die Machtfrage, die der Hausärzteverband dem KV-System stellt. Und das ist das eigentlich Traurige daran: Die Ärzteschaft ist in den vergangenen Jahren immer dann gut gefahren, wenn sie gemeinsam marschierte. Doch wenn sie es zuließ, dass Keile in ihre Reihen getrieben wurden, verlor sie an Boden – und im Keile-Treiben lässt sich die aktuelle Bundesgesundheitsministerin von niemandem übertreffen. Der Hausärzteverband beteiligt sich nach Kräften an der Vertiefung dieser Spaltung und

führt seine Mitglieder in eine ungewisse Zukunft.

In Hamburg ist es unter den alten Rahmenbedingungen gelungen, die Reihen einigermaßen geschlossen zu halten. Wir haben gemeinsam mit den Hausarztverbänden HZV-Verbindungen getroffen, die in unseren Augen eine gute Basis darstellen würde, um weiterentwickelt zu werden.

Jetzt muss sich jeder Hausarzt entscheiden: Will ich wegen fraglicher kurzfristiger Gewinne das Risiko eingehen, dass das Kollektivsystem von einem undurchsichtigen System aus Privatverträgen abgelöst wird? Die Finanzkrise hat gerade wieder gezeigt, wie viel klüger es sein kann, auf die Sicherheit öffentlich-rechtlicher Strukturen zu setzen.



*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg*



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 Wir haben bei einer Patientin den Impfzyklus gegen HPV begonnen, als sie 17 Jahre alt war. Mittlerweile ist sie 18 Jahre alt und soll nun die dritte und letzte Impfdosis bekommen. Muss die Patientin die letzte Impfdosis auf Grund ihres Alters selbst bezahlen?

Nein. Ausschlaggebend bei Impfungen, die an ein bestimmtes Alter gebunden sind, ist immer die erste Impfdosis. Ist ein Patient bei Beginn des Impfzyklus im vorgegebenen Alter, können alle Impfdosen, die den Impfzyklus vervollständigen, zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden.

2 Wir behandeln in unserer Praxis viele ausländische Patienten. Wenn wir Überweisungsscheine zu Fachärzten ausstellen, werden wir immer wieder gefragt, ob es Fachärzte

gibt, die eine bestimmte Sprache sprechen. Wie können wir diesen Patienten helfen?

Auf unserer Homepage www.kvhh.de gibt es eine Arztsuche, in der nicht nur Fachgebiete, genehmigungspflichtige Leistungen, Schwerpunkte etc., sondern auch Fremdsprachenkenntnisse der Ärzte gelistet sind. Sollten Sie bei der Suche Hilfe benötigen, steht Ihnen unser Infocenter gerne zur Verfügung.

3 Wir wurden von einem Vater gebeten, das Muster 21 (Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) auszustellen, weil die Mutter des Kindes erkrankt sei und er auf das Kind aufpassen müsse. Ist das in diesem Fall möglich?

Nein. Das Muster 21 darf nur ausgestellt werden, wenn ein

Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erkrankt ist, der Pflege durch Mutter oder Vater bedarf und keine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind beaufsichtigen kann (§ 45 SGB V).

4 Gibt es im EBM eine abrechnungsfähige Leistung, wenn meine medizinische Fachangestellte zu einem Patienten nach Hause fährt, um dort medizinisch notwendige und von mir delegierbare Leistungen zu erbringen?

Ja, hierfür kann die GOP 40240 (Aufsuchen eines Kranken) oder die GOP 40260 (Aufsuchen eines weiteren Kranken) in Ansatz gebracht werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass die Wegepauschale bereits Leistungsinhalt und somit nicht zusätzlich abrechnungsfähig ist.

Fortbildungsverpflichtung

■ Bitte Punkte einreichen!

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind gesetzlich verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden. Sie müssen alle fünf Jahre jeweils 250 Fortbildungspunkte nachweisen.

Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die am 30. Juni 2004 zugelassen waren, endet der erste Fünf-Jahres-Zeitraum am 30. Juni 2009. Bis zu diesem Stichtag müssen die Fortbildungspunkte bei der Ärztekammer eingereicht sein.

Für diejenigen, die nach dem 1. Juli 2004 zugelassen wurden, beginnt der Fünfjahreszeitraum jeweils mit der Aufnahme ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit.

Die KV Hamburg hat allen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten im Dezember 2008 per Brief den aktuellen Punktestand mitgeteilt. Eine weitere Mitteilung wird Anfang April folgen.

Kann ein Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut die erforderliche Punktzahl nicht nachweisen, muss die KV ihm laut Gesetz das Honorar kürzen.

Deshalb nochmals der Appell: Sammeln Sie Punkte! Sollten Sie Teilnahmebestätigungen für Fortbildungen haben, die noch nicht erfasst sind, reichen Sie

diese bitte schnellstmöglich bei der Ärztekammer ein:

Ärztekammer Hamburg
Fortbildungsakademie
Lerchenfeld 14
22081 Hamburg

Die Fortbildungsakademie der Ärztekammer bietet im Juni (5. bis 7. und 12. bis 14.6.2009) nochmals eine Kompaktfortbildung an, die es ermöglicht, noch fehlende Fortbildungspunkte zu erwerben. Mehr Infos: www.aerztekammer-hamburg.de
→ Ärztl. Fortbildung

*Ansprechpartnerin:
Inga Borchers Tel: 22802-895*

Abgabe der Abrechnungsunterlagen I. Quartal 2009

1. April 2009 bis 20. April 2009

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 gem. § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei

der KV Hamburg vorliegen. Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 3 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

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

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



Foto: Tasosk / Fotolia

Verordnung von Krankenförderung

■ Mietwagen, Liegendtransportwagen oder Krankentransportwagen? Beim Versuch, die Krankentransport-Richtlinie korrekt umzusetzen, kann man schon mal den Überblick verlieren.

Bei Rettungs-Transporten ist die Sache klar: Der Zustand des Patienten erfordert den unverzüglichen Transport in ein Krankenhaus. Man bestellt einen Rettungswagen, Notarztwagen oder Rettungshubschrauber; eine Genehmigung seitens der Krankenkasse ist nicht erforderlich.

Bei der Verordnung von Krankenförderung wird die Sache komplizierter. Selbst altgediente Vertragsärzte kommen bisweilen ins Grübeln, wenn sie die seit 1. Januar 2004 gültige Krankentransport-Richtlinie umzusetzen versuchen. Wir haben die wichtigsten Punkte für Sie zusammengefasst.

Grundvoraussetzung für die Verordnung einer Krankenförderung ist die Feststellung des Arztes, dass der Patient aus medizinischen Gründen gefahren werden muss.

Wird ein Arzt (zum Beispiel von einem Pflegeheim) aufgefordert, Krankenförderung für einen Patienten zu verordnen, über dessen aktuellen Gesundheitszustand er nichts weiß, kann er dies ablehnen. Möchte er die Verordnung dennoch ausstellen, sollte er sich über den Gesundheitszustand des Patienten informieren – etwa durch einen Anruf beim behandelnden Kollegen. Ist die medizinische Notwendigkeit festgestellt, soll-

te die Beförderung für Hin- und Rückweg verordnet werden, da es Bürokratie für die Beteiligten und Wartezeiten für den Patienten spart. Grundsätzlich stellt der Arzt, der die Beförderung veranlasst, die Verordnung aus. Das kann ein Haus- oder ein Facharzt sein.

Wohin soll es gehen?

Für Krankenförderung zur **stationären Behandlung**, zur Durchführung vor- beziehungsweise nachstationärer Behandlungen oder zur Durchführung **ambulanter Operationen** in Krankenhaus oder Praxis ist keine Genehmigung durch die Kasse erforderlich.

Anders bei Beförderungen zur **ambulanten Behandlung**: Diese müssen von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Kasse genehmigt die Beförderung bei Dialyse, Chemotherapie, Strahlentherapie (oder einer vergleichbaren hochfrequenten Behandlung) oder wenn eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung vorliegt. Schwerbehindertenausweise („aG“, „Bl“, oder „H“) sind vom Patienten vorzulegen, bevor der Arzt das entsprechende Feld auf der Verordnung ankreuzt. Mündliche Angaben des Patienten reichen nicht aus.

Der Patient muss das vom Arzt ausgefüllte Muster 4 (Verordnung einer Krankenförderung) frühzeitig vor der Fahrt seiner Kasse zur Genehmigung vorlegen.

Krankenförderung im Zusammenhang mit **zahnärztlichen Behandlungen** oder zur ambulanten/stationären **Rehabilitation** können Vertragsärzte nicht verordnen.

Welches Beförderungsmittel?

Abhängig vom aktuellen Gesundheitszustand des Patienten muss der Arzt ein passendes Beförderungsmittel auswählen.

Eine Fahrt mit dem **Taxi / Mietwagen** ist angezeigt, wenn der Patient während des Transports keine medizinisch-fachliche Betreuung benötigt. Der Arzt kreuzt auf der Verordnung „medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: nein“ an.

- Soll der Patient im Tragestuhl oder im Rollstuhl befördert werden, kreuzt der Arzt zusätzlich „Tragestuhl“ oder „nicht umsetzbar aus Rollstuhl“ an. In diesem Fall wird ein sogenannter Behinderten-transportwagen (BTW) angefordert.
- Kann der Patient geführt einige Schritte gehen, soll aber liegend befördert werden, kreuzt der Arzt stattdessen das Feld „liegend“ an. In diesem Fall wird ein sogenannter Liegendtransportwagen (LTW) angefordert.

Eine Fahrt mit dem **Kranken-transportwagen** ist angezeigt, wenn der Patient während der Fahrt medizinisch-fachliche Betreuung benötigt oder auf die besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens angewiesen ist (zum Beispiel wenn nach einer ambulanten Operation noch Infusionen laufen oder wenn Kreislaufkontrollen durchgeführt werden müssen).

Der Arzt haftet für die Wahl des Beförderungsmittels, nicht aber für den Transport selbst. Ob das vom Arzt ausgewählte Beförderungsmittel zum Einsatz kommt, liegt nicht in seiner Verantwortung. Wenn ein Fahrtunternehmen ein anderes Fahrzeug schickt, weil das ausgewählte Fahrzeug nicht zur Verfügung steht, sollte der Arzt die Verordnung nicht nachträglich ändern.

Nachträgliche Ausstellung nur im Notfall

Es kommt immer wieder vor, dass Ärzte nachträglich eine Beförderung verordnen sollen, ohne selbst vor Ort gewesen zu sein oder sie veranlasst zu haben. Eine nachträgliche Verordnung ist nur in Notfällen möglich. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält. Dies zu bescheinigen liegt im Ermessen des Arztes.

Es gibt auf der Verordnung kein entsprechendes Kästchen, das angekreuzt werden kann. Das Wort „Notfall“ muss an geeigneter Stelle (zum Beispiel in die Zeile „Begründung des Beförderungsmittels“) eingetragen werden.

Eine nachträgliche Verordnung darf nicht rückdatiert werden. Sie muss unter dem aktuellen Tagesdatum ausgestellt werden.

Siehe dazu auch KVH-Journal 76, 77, 78, 80, 83, 84, 2/06, 2/07
Die kompletten Krankentransport-Richtlinien im Internet:
<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien>
Die Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung im Internet:
<http://www.kbv.de/rechtsquellen/2306.html>

*Ansprechpartner:
Infocenter Tel: 22802-900
Dr. Joachim Weidner
Tel: 22802-442*

Olanzapinhaltiges Depotpräparat (Zypadhera®)

■ Anwendung ist mit erheblichen Risiken verbunden

Das Arzneimittel Zypadhera® von der Firma Eli Lilly soll in diesen Wochen auf den Markt kommen. Es ist vorgesehen zur intramuskulären Depot-Injektion von Olanzapin, einem Neuroleptikum mit einem seit langem zugelassenen Wirkstoff zur Behandlung der Schizophrenie. Dieses Depot-Neuroleptikum soll als Erhaltungstherapie für Erwachsene mit Schizophrenie eingesetzt werden. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit muss vorher mit oralem Olanzapin sichergestellt sein. Schon jetzt ist es zu schweren lokalen Komplikationen unter der intramuskulären

Applikation dieses Präparates gekommen (unter anderem Sedierung bis zum Koma, delirante Symptomatik, extrapyramidale motorische Symptome). Überwachungsmaßnahmen unmittelbar nach jeder Injektion (mindestens 3 Stunden in einer medizinischen Einrichtung unter Aufsicht von Fachpersonal; begleiteter Rückweg) sind deshalb erforderlich. Vorteile gegenüber der oralen Behandlung mit Olanzapin sind nicht belegt.

Literatur:
„Neue Arzneimittel“ Information der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), www.akdae.de
Arznei-Telegramm 2009; Jg.40, Nr.2

Unabhängige Informationen

Es gibt nur wenige Quellen, aus denen sich Ärzte industrieunabhängig über neue Arzneimittel informieren können. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beispielsweise gibt Zeitschriften heraus und unterhält eine Website (www.akdae.de). Unabhängige Informationen bieten auch das Arznei-Telegramm (www.arznei-telegramm.de) und der Arzneimittelbrief (www.arzneimittelbrief.de).

Neues Statinpräparat Crestor®

■ Arznei-Telegramm: Mehrnutzen nicht erwiesen

Rosuvastatin (Crestor®) ist zugelassen für die primäre Hypercholesterinämie einschließlich familiärer Formen sowie für die gemischte Dyslipidämie. Eine Zulassung für die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen wie zum Beispiel bei Simvastatin oder Atorvastatin liegt nicht vor. Bei identischem Wirkprinzip senkt Rosuvastatin (auf mg-Basis) das LDL stärker als die anderen CSE-Hemmer. Ein klinischer Vorteil lässt sich daraus nicht ableiten. Das Resümee des Arznei-Telegramm (2009; Jg.40, Nr.2) lautet ernüchternd:

- Der CSE-Hemmer Rosuvastatin mindert in der Primärprävention der koronaren Herzkrankheit in einer Population mit relativ geringen koronaren Risiken kardiovaskuläre Komplikationen. Das absolute Ausmaß des Nutzens ist gering und klinisch bedeutungslos.
- In der Sekundärprävention atherosklerotischer Erkrankungen ist Rosuvastatin mit negativem Ergebnis bei Patienten mit ischämisch bedingter Herzinsuffizienz

geprüft. Ob es kardiovaskuläre Erkrankungen besser oder schlechter vorbeugt als Simvastatin oder Pravastatin, ist nicht bekannt. Ein Zusatznutzen oder auch nur Gleichwertigkeit ist mithin nicht belegt.

- Die typischen unerwünschten Statineffekte wie Muskel- und Leberschäden werden auch unter Rosuvastatin beobachtet. Der CSE-Hemmer ist möglicherweise nierentoxischer als andere Statine.

Behandlung von Allergien

■ Bitte zunächst kostengünstige Möglichkeiten ausschöpfen

Verschreibungspflichtige Antihistaminika gelten als unwirtschaftlich. Nur wenn die kostengünstigeren nichtverschreibungspflichtigen Wirkstoffe nachweislich nicht oder nicht ausreichend wirken, kom-

men sie in Betracht. (Denken Sie bitte an eine gute und aussagekräftige Dokumentation in solchen Fällen.)

Als Informationsquelle für die Anwendung der allergenspezifischen Immuntherapie (SIT,

Hyposensibilisierung) ist die Stellungnahme der Arzneimittelkommission vom November 2007 zu empfehlen.

Internet: www.akdae.de
→ Stellungnahmen

Verordnungsfähige Medizinprodukte

■ Positivliste wächst weiter

Die Liste verordnungsfähiger arzneimittelähnlicher Medizinprodukte wird ständig erweitert. Seit Januar 2009 können zusätzlich folgende Produkte in den genannten medizinisch notwendigen Fällen verordnet werden:

Amvisc™ und **Amvisc™ plus** zur Anwendung als Operationshilfe bei folgenden ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt: - Kataraktextraktion, - Implantation einer Intraokularlinse (IOL), - Hornhauttransplantation; - Filtrierende Glaukomoperation und - Netzhautanlage.

Bausch & Lomb balanced Salt Solution zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.

Coatel™ und **Ocucoat®** zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.

Dk-line® und **Okta-line™** zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.

Auch **Makrogol AbZ** ist für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 bis 17 Jahren zur Behandlung der Obstipation und für Patienten ab 12 Jahren zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase verordnungsfähig.

Die gesamte Liste im Internet:

www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien
→ Arzneimittel → Anlagen → Anlage 12

Neue Ultraschall-Vereinbarung

■ Die wichtigsten Informationen im Überblick

Zum 1. April 2009 tritt eine neue Ultraschall-Vereinbarung in Kraft. Die Neufassung berücksichtigt medizinisch-technische Weiterentwicklungen und trägt Änderungen der Weiterbildungsordnungen und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Rechnung. Das müssen Sie wissen, wenn Sie bereits eine Genehmigung haben

- Ihre Genehmigung gilt weiterhin.
- Bitte melden Sie der KV bis zum 31. März 2010 Typ und Baujahr des Ultraschallgerätes. Sie können Ihr Gerät mindestens bis zum 31. März 2013 weiterverwenden – und darüber hinaus, wenn Sie der KV innerhalb dieser Zeit nachweisen, dass es die apparativen Mindestanforderungen nach der neuen Vereinbarung erfüllt.
- Die neue Ultraschall-Vereinbarung legt fest, welche Informationen (Indikation, Befund, Diagnose, etwaige Konsequenzen) Ihre Routinedokumentation enthalten muss. Diese Angaben und die dazugehörigen Bilddokumentationen werden auf Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit im Rahmen von Stichprobenprüfungen durch die KV überprüft.
- Durch Konstanzprüfungen bekommen Sie eine Rückmeldung über die technische Bildqualität Ihres Ultraschallgerätes. Die KV fordert alle vier Jahre eine aktuelle Ultraschallaufnahme an, die von der Sonographie-Kommission beurteilt wird.
- Die Vorgaben zur sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte bleiben unverändert.
- Doppleruntersuchungen der Gefäße des männlichen Genitalsystems oder Duplexuntersuchungen der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße waren in der alten Richtlinie noch nicht aufgeführt. Ärzte, die solche Leistungen zu Lasten der GKV abgerechnet haben, werden von der KV angeschrieben. Sie erhalten eine Genehmigung, wenn die apparativen Voraussetzungen erfüllt sind und der KV bis 30. September ein entsprechender Antrag vorliegt.
- Das müssen Sie wissen, wenn Sie eine Genehmigung beantragen wollen
- Sie können eine Genehmigung für bestimmte technische Verfahren der Ultraschalldiagnostik (zum Beispiel B-Modus) und für bestimmte Organe / Körperregionen beantragen. Sie erhalten eine Genehmigung, wenn Sie die jeweiligen fachlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllen.
- Die fachliche Befähigung können Sie im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung, einer klinischen Tätigkeit außerhalb der Facharztweiterbildung oder durch Ultraschallkurse erwerben. In jedem Fall ist eine Mindestanzahl an durchgeführten Ultraschalluntersuchungen nachzuweisen. Wir empfehlen deshalb, bereits während der Weiterbildung Anzahl und Art der Ultraschalluntersuchungen (Organ oder Körperregion, Alter des Patienten, etc.) zu dokumentieren und sich bestätigen zu lassen.
- Bis zum 30. Juni 2010 könnten Sie die fachliche Befähigung auch noch nach den Vorgaben der bisher gültigen Ultraschall-Vereinbarung erwerben.
- Die apparative Mindestausstattung weisen Sie gegenüber der KV nach. Dies kann durch eine Gewährleistungserklärung des Herstellers oder Lieferanten Ihres Ultraschallgerätes erfolgen.

Bitte lesen Sie auch den Originaltext der Ultraschall-Vereinbarung. Den Vereinbarungstext und weitere Informationen finden Sie unter www.kbv.de → ultraschall

Ansprechpartnerinnen:
Manuela Gottschlich
Tel: 22802-406
Beate Gehrke-Vehrs
Tel: 22802-384

Stichprobenprüfungen der Qualitätssicherung

■ Dokumentation wird im Einzelfall patientenbezogen angefordert

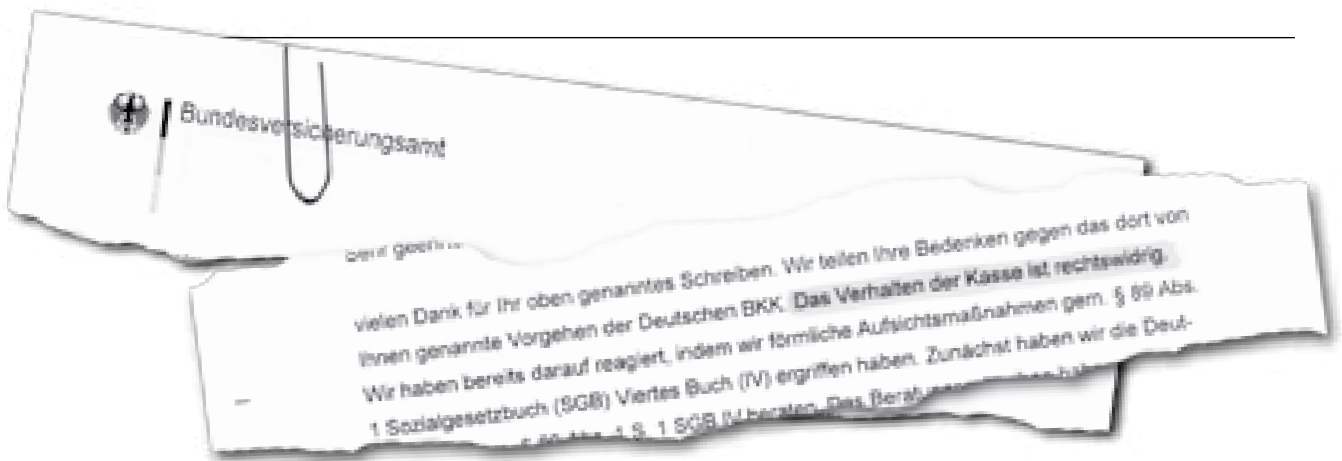
Bei Stichprobenprüfungen wird die KV die Dokumentationen künftig im Einzelfall patientenbezogen anfordern. Den Vorgaben der jeweiligen Qualitätssicherungsrichtlinien folgend, erhalten die Ärzte mit der Anforderung zur Qualitätskontrolle eine entsprechende Patientenliste, deren Dokumentation geprüft werden soll. Durch die Einführung der Lebenslangen Arztnummern ist es möglich, eine abgerechnete Leistung dem einzelnen Arzt zuzuordnen. Die im KV-Telegramm Nr. 27 vom 25.9.2007 genannte Regelung wird aufgehoben.

Ansprechpartner

Qualitätssicherung allgemein: Birgit Schmitt Tel: 22802-523

Röntgen: Janine Ohse Tel: 22802-573

Sonographie: Kay Siebolds Tel: 22802-478



Rüge für Droh-Aktion der BKK

■ Aufforderung zur Nachbesserung von Diagnosen ist rechtswidrig

Das Bundesversicherungsamt hat die Deutsche BKK für den Versuch gerügt, die Vertragsärzte zur Nachbesserung von Patientendiagnosen zu drängen. Die Deutsche BKK hatte Briefe an Vertragsärzte geschickt und sie aufgefordert, bei bestimmten Patienten die Diagnosen zu überprüfen - um „eventuellen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit zukünftigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen

vorzubeugen“. Beigefügt war eine „Erläuterung der ICD-Codes“, die um Diabetes, KHK und chronische Lungenerkrankungen angesiedelt sind.

KV-Hamburg-Justitiar Gerd Filler schaltete das Bundesversicherungsamt ein und beanstandete die Aktion der Deutschen BKK als rechtswidrigen Versuch, zu „gesundheitsfondsadäquaten Diagnose-Updates“ zu gelangen. Filler kritisierte scharf, dass

durch den Hinweis auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen Druck auf die Ärzte ausgeübt wurde, um sie zur Nachcodierung zu bewegen.

Das Bundesversicherungsamt stimmte zu und wies die BKK an, die Aktion sofort zu beenden und alle angeschriebenen Ärzte schriftlich darüber zu informieren, dass die Aufforderung zur Nachbesserung der Diagnosen rechtswidrig und damit gegenstandslos ist.

Ergänzungsvereinbarung Reiseimpfung / HPV

■ GEK und ktpBKK schränken Leistungsangebot ein

Durch eine Änderung der Ergänzungsvereinbarung Reiseimpfung / HPV (siehe unten) haben die GEK und die ktpBKK den Umfang der von ihnen angebotenen Leistungen reduziert. Folgende Leistungen können ab 1. April 2009 nicht mehr zu Lasten der GEK und der ktpBKK abgerechnet werden:

- Malaria-Beratung (Abrechnungs-Nr. 89990),
- HPV-Impfung für Versicherte im Alter von 18 bis zum vollendeten 26. Lebensjahr (Abrechnungs-Nr. 89941 und 89942)
- die Verordnung des HPV-Impfstoffes / der Malariaphylaxe-Tabletten

Bei den anderen teilnehmenden Kassen (Dräger & Hanse BKK und TK) bleibt der Leistungsumfang unverändert.

Ansprechpartner: Infocenter, Tel 22802-900

Amtliche Veröffentlichung

1. Nachtrag zur Ergänzungsvereinbarung

zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, vertreten durch den Vorstand (im Folgenden KVH genannt)
und der Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg (im Folgenden TK genannt)
sowie der Gmünder ErsatzKasse, Gottlieb-Daimler-Straße 19, 73529 Schwäbisch Gmünd (im Folgenden GEK genannt)

über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomavirus-Impfstoff (HPV) vom 14.09.2007

Beigetreten: ab 01.01.2008
ktpBKK (Leistungsumfang entspricht ab dem 01.04.2009 der GEK)

ab 01.04.2008
DRÄGER & HANSE BKK (Leistungsumfang entspricht wie bisher der TK)

Mit Wirkung ab 01.04.2009 vereinbaren die Vertragspartner:

§ 1 Reiseimpfungen wird in Abs. 3 wie folgt geändert:

(3) Mit Ausnahme der GEK übernehmen die teilnehmenden Krankenkassen außerdem die Kosten für eine im Zusammenhang mit den vorgenannten Reiseimpfungen notwendigen Malaria-Beratung (Abrechnungsnummer 89990).

Prophylaxe	Abrechnungsnummer
Malaria	89990 / 6,00 €

§ 2 HPV-Impfungen wird in Abs. 1 wie folgt geändert:

(1) Mit Ausnahme der GEK übernehmen die teilnehmenden Krankenkassen die Kosten für die HPV-Impfung für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis zum vollendeten 26. Lebensjahr.

Hamburg, den 21.01.2009

Atriomed vernichtet Versorgung

■ MVZ leistet weniger als die Praxen, deren Sitze es aufgekauft hat

Jetzt ist es erwiesen: Das Medizinische Versorgungszentrum Atriomed auf dem Kampnagelgelände verschlechtert die Versorgungssituation in Hamburg. Im ersten vollen Abrechnungsquartal hat das MVZ 60 Prozent weniger Patienten versorgt als die Ärzte, deren Praxen es übernommen hat. Die Betreiber des MVZ zogen mehrfach Arztsitze aus unterdurchschnittlich

versorgten Stadtteilen ab und verlegten sie nach Winterhude, wo ohnehin eine gut ausgebaute Versorgungsstruktur existiert. Die KV stand dann vor dem Problem, die aufgerissenen Lücken durch Sonderbedarfszulassungen zu schließen.

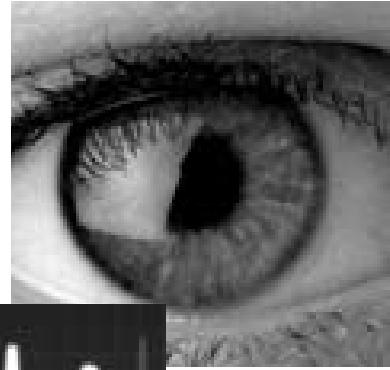
Im Atriomed, das von der Techniker Krankenkasse unterstützt wird, arbeiten derzeit 17 Ärztinnen und Ärzte in der haus- und

fachärztlichen Basisversorgung. KV-Vizechef Walter Plassmann weist darauf hin, dass die finanziellen Strukturen hinter dem Atriomed-Konzern noch immer im Dunkeln liegen. Er fordert die Bundesregierung auf, Finanzkonzernen die Übernahme von Arztpraxen zu untersagen: „MVZ sollten nur natürliche Personen gründen und betreiben dürfen.“

Schmerztherapie-Pionier geht in den Ruhestand



Dr. Dietrich Jungck (rechts im Bild) wurde während des Hamburger Schmerztages am 25. Februar 2009 in den Ruhestand verabschiedet. Jungck eröffnete 1982 zusammen mit seiner Frau die erste Schmerzpraxis in Hamburg. Er setzte sich dafür ein, dass Vereinbarungen für die Schmerztherapie in Hamburg bereits 1991 und dann 1994 auch bundesweit geschlossen wurden. Neben dem Ehepaar Jungck wurden KV-Chef Dieter Bollmann (links im Bild) und VDEK-Chef Günter Ploß mit dem „Hamburger Schmerzpreis“ für ihren Einsatz für die Etablierung der Schmerztherapie gewürdigt.



Fotos: U.Storsberg/Fotolia, J.Stock/Fotolia, Visionär/Fotolia, Designer_Andrea/Fotolia



Fachliche Spezialisierungen, die ein Diabetiker oftmals in Anspruch nehmen muss: Podologie, Kardiologie, Augenheilkunde, Paradontologie

Ein Termin, drei Ärzte

■ Das Medicum ist ein „Themen-MVZ“: Hier sind verschiedene Fachrichtungen unter einem Dach versammelt, um die Indikation Diabetes zu behandeln. Ein Blick hinter die Kulissen.

Eine hochqualifizierte Diabetes-Versorgung gibt es in Hamburg bereits seit den 1990er Jahren. Als die Diabetes-Vereinbarungen zwischen KV und Krankenkassen abgeschlossen wurden,

entstand ein Netz von Schwerpunktpraxen. Es gab extrabudgetäres Geld ohne Mengenbegrenzung, Schulungsentgelte, Betreuungsentgelte - die Verträge induzierten einen mas-

siven Qualitätsschub in der Versorgung.

Vor diesem Hintergrund entschloss sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung

(MDK) im Jahr 1999, die von ihm seit Jahrzehnten betriebene Diabetiker Zentrale Hamburg am Berliner Tor aufzugeben. Elke Berg, Diabetologin und Internistin, suchte zusammen mit einer Rumpfmannschaft nach Wegen, ein neues, privatwirtschaftlich geführtes Zentrum zu eröffnen. Ich stieß zu diesem Zeitpunkt dazu, und wir gründeten eine Diabetes-Schwerpunktpraxis, in der wir einen Großteil der Patienten der alten Diabetiker Zentrale weiterbehandelten. Im Jahr 2002 wurde die Schwerpunktpraxis in „Diabetes-Zentrum, Berliner Tor“ umbenannt; Anfang 2008 änderten wir die Betriebsform, und es entstand als Dachmarke das Medizinische Versorgungszentrum „Medicum Hamburg“. Unser Traum war es, an einem Ort alle Leistungen anzubieten, die Diabetiker brauchen.

So sind wir ein Themen-MVZ geworden. Wir haben uns das Thema Diabetes vorgenommen, wir bearbeiten es, gruppieren Fachleute um diese Indikation herum. Schon 1999 gab es bei uns im Haus ein Schulungszentrum, eine Fußambulanz und Orthopädie-Schuhmachermeister. Hinzu kamen später eine Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin und eine Lehrküche sowie podologische Fußpflege. Heute haben wir alle wesentlichen ärztlichen Fachrichtungen unter einem Dach konzentriert, die Schnittmengen mit dem Diabetes haben: Diabetologie, Augenheilkunde, Kardiologie, Er-

nährungsmedizin und Parodontologie. Die Ärzte sitzen Tür an Tür, sind elektronisch vernetzt. Die Patienten können einen Termin vereinbaren und dann drei Arztbesuche unmittelbar hintereinander absolvieren.

Derzeit arbeiten unter der Dachmarke „Medicum Hamburg“ 13 Ärzte. Obwohl es um die Indikation Diabetes herum konstruiert ist, beinhaltet es Untermarken, die für alle Patienten offen stehen. Viele Zuweiser rund um das Berliner Tor wollen sich bald zur Ruhe setzen. Als zwei hausärztliche Internisten keinen Nachfolger fanden, haben wir ihnen angeboten, ihre Praxen ins Medicum zu verlagern. Hier betreuen sie ihre Patienten weiter, können ihre Arbeitszeit reduzieren und in absehbarer Zeit in Rente gehen.

Hausärztliche Betreuung sollte stadtteilbezogen sein. Deshalb betreiben wir zusätzlich ein hausärztliches Zentrum in Farmsen. Wir können uns vorstellen, noch weitere Dependancen zu eröffnen und die Standorte um weitere korrespondierende Fachrichtungen zu ergänzen.

Die Diabetologie ist der jüngste Bereich der ärztlichen Spezialisierung. Heute gibt es in Hamburg insgesamt 18 hochqualifizierte diabetologische Schwerpunktpraxen. Durch die Einführung der Disease Management Programme (DMP) ist in den vergangenen vier Jahren zudem eine sehr gute

Im Februar 2009 feierte das Diabetes-Zentrum Berliner Tor 65 Jahre Diabetesbetreuung im Stadtteil St. Georg und die Gründung des MVZ „Medicum Hamburg“. Wir haben den ärztlichen Leiter gebeten, sein Versorgungskonzept vorzustellen.

diabetologische Betreuung außerhalb der Schwerpunktpraxen entstanden.

Die DMP verursachen einen absurden bürokratischen Aufwand, doch der Ansatz, die Patienten strukturiert und leitliniengetreu zu behandeln, hat sich bewährt. Ich sehe an den zu uns überwiesenen Patienten, wie qualifiziert die Hausärzte heutzutage behandeln. Sie haben die Krankheit im Griff, und wenn es Probleme gibt, schicken sie die Patienten in die Schwerpunktpraxen.

Dieses erfolgreiche System steht nicht im luftleeren Raum. Die besondere Förderung durch Krankenkassen und KV setzt Anreize für Ärzte, sich mit Diabetes auseinanderzusetzen. Die Diabetes-Vereinbarungen und später die DMP-Verträge haben die gute Versorgung in Hamburg initiiert - und erhalten sie am Leben.

*Dr. Matthias Riedl,
ärztlicher Leiter Medicum
Hamburg, Berliner Tor*

Für Sie in der Kreisversammlung

Dr. Hans-Jürgen Bohnhoff

(Obmann Kreis 22)



Geb. Datum: 25.09.1944

Familienstand: verheiratet,
2 Kinder

Fachrichtung: Neurologie, Psychiatrie,
Psychosomatik, Psychotherapie

Weitere Ämter: Delegierter der KV Vertreterver-
sammlung, Vorstandsmitglied im
Weiterbildungsverband

Hobbys: Abendländische Geschichte

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Mir ist stets der innerärztliche Zusammenhalt wichtig gewesen. Mein ärztliches Selbstverständnis ist geprägt von der gelebten Erfahrung, jederzeit persönliche und fachliche Unterstützung zu erhalten. Momentan allerdings scheint die politische Einflussnahme und der innerärztliche Konkurrenzdruck dieses Vertrauensverhältnis zu arrodieren.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Dies vermag ich nicht vorauszu-
sehen. Der gesundheitspolitische Sektor steckt voller Überraschungen.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Mir fehlt das Vertrauen in die politische Zuverlässigkeit, auch wenn Ausnahmepersönlichkeiten großer Respekt gebührt (z.B. Nelson Mandela).

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Träume lassen sich selten verwirklichen. Für die Durchsetzung visionärer Vorstellungen allerdings kann sich der Einsatz auch im Großen lohnen. Im Kleinen wäre bereits viel gewonnen: Jedem Menschen mit jener Wertschätzung so zu begegnen, wie ich es mir auch selber erwarte. Dies muss nun allerdings kein Traum bleiben.

Angela Deventer

(Obfrau Kreis 12)



Geb. Datum: 9.02.1957

Familienstand: verheiratet,
2 Kinder

Fachrichtung: Physikalische und Rehabilitative
Medizin (PRM)

Weitere Ämter: Mitglied im beratenden Fachausschuss
Fachärzte, stellvertretende Vorsitzende
des Berufsverbandes PRM

Hobbys: mein Rosen- und Staudengarten,
Reisen, Paddeln, Lesen

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ich möchte unsere Freiberuflichkeit erhalten und die KVen als unsere bisher beste Organisationsform stärken. Ich würde gerne alle Ärzte unter einen Hut bringen, denn wir können der Politik keinen größeren Gefallen tun, als in unserer Uneinigkeit und Konkurrenz zu verharren. Ich wünsche mir, dass wir uns auf einfache Forderungen einigen, zum Beispiel Kostenerstattung im Regelfall auf der Basis EBM mit Punktwert 5,11 Cent und Sachleistungsprinzip für sozial Schwächere.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? In einer immer älter werdenden Gesellschaft kann es keine Vollkaskoversorgung mehr geben. Die Gesellschaft als Ganzes muss entscheiden, was ihr am Wichtigsten ist und wie sie das finanziert.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Keinen deutschen. Aber ich würde gerne einmal Barack Obama kennenlernen.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Ein paar Monate zeitlos auf einer paradiesischen Insel verbringen und mir über nichts den Kopf zerbrechen müssen... und mal Langeweile haben.

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 18.6.2009 um 20 Uhr im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Medizinische Fortbildungsveranstaltungen

Universalfortbildung **40 Punkte**

„Umfassendes Update in der aktuellen medizinischen Versorgung“

5. bis 7. und 12. bis 14.6.2009

Informationen hierzu im Internet: www.aerztekammer-hamburg.de → Ärztl. Fortbildung

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

Jeweils Fr. 15 – 21 Uhr u. Sa. 8:30 – 16:30 Uhr

Fr./Sa. 08./09.05.2009

Fr./Sa. 03./04.07.2009

Fr./Sa. 11./12.09.2009

Fr./Sa. 27./28.11.2009

15 Punkte

QEP®-Einführungsseminare für Psychotherapeuten

Jeweils Fr. 15 – 21 Uhr u. Sa. 8:30 – 16:30 Uhr

Fr./Sa. 15./16.05.2009

Fr./Sa. 03./04.07.2009

Fr./Sa. 30./31.10.2009

15 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen (5-teilig)

Jeweils 15 – 19:30 Uhr

Seminarblock 1

Mi. 22.04.2009

Mi. 27.05.2009

Mi. 08.07.2009

Mi. 09.09.2009

Mi. 28.10.2009

Seminarblock 2

Fr. 03.07.2009

Fr. 11.09.2009

Fr. 30.10.2009

Fr. 04.12.2009

Fr. 26.02.2010

28 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für

Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)

Jeweils 15 – 21 Uhr

Fr. 08.05.2009, 15 – 21 Uhr (Teil 2)

Fr. 11.09.2009, 15 – 21 Uhr (Teil 3)

8 Punkte je Teil

QEP®-Themenseminare

Datenschutz

Mi. 17.06.2009 (9:30 – 17 Uhr)

QEP®-QMB-Seminar (3-teilig)

Mi. 30.09.2009 (9 – 17 Uhr)

Mi. 04.11.2009 (9 – 17 Uhr)

Mi. 09.12.2009 (9 – 17 Uhr)

QEP®-Kommunikationstraining

Mi. 28.10.2009 (15 – 19:30 Uhr)

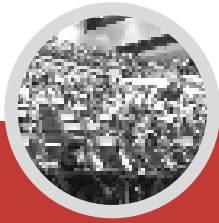
Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Anmeldeformulare im Internet unter: www.kvhh.de → Ärzte/Psychotherapeuten

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

Tag der Niedergelassenen



Der Tag der Niedergelassenen am 29. Mai 2009 in Berlin: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) laden Sie ein zu einem Forum speziell für die Anlieger der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Der Tag der Niedergelassenen ist eine Veranstaltung im Rahmen des Deutschen Ärzteforums beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit.

Höhepunkt ist eine politische Diskussionsveranstaltung zur Zukunft der Niedergelassenen: **Ambulante Versorgung 2020 – verplant, verkauft, verstaatlicht?** Der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler debattiert um **11.00 Uhr** in der ICC-Lounge mit Politikern.

An allen drei Tagen des Hauptstadtkongresses (27. bis 29. Mai 2009): Info-Markt der Kassenärztlichen Vereinigungen. Unter anderem zu den Themen Abrechnung, Arzneimittel, Qualität und Sicherstellung. Weitere Informationen finden Sie unter www.tag-der-niedergelassenen.de.

Politische Diskussionen + Info-Markt + Speaker's Corner + Workshops + Manifest

Anmeldung zum Workshop-Programm:

	Ja, wir nehmen teil.	Teilnehmerzahl
9.00—10.30 Uhr: Qualitätszirkel: Selbstbestimmung oder Zwang?	<input type="checkbox"/>
9.00—10.30 Uhr: Der Hygieneplan in der Praxis	<input type="checkbox"/>
14.00—15.45 Uhr: Verantwortungsvoll delegieren in der Arztpraxis	<input type="checkbox"/>
14.00—15.45 Uhr: Ambulante Qualitätssicherung im KV-System	<input type="checkbox"/>
16.15—18.00 Uhr: Datenschutz in der Arztpraxis	<input type="checkbox"/>
16.15—18.00 Uhr: Qualitätsindikatoren: Instrumente zur Qualitätsdarstellung und Anreize zur Qualitätsentwicklung?	<input type="checkbox"/>

Zum Tag der Niedergelassenen erhalten Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal freien Eintritt. Melden Sie sich hier an:

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Faxanmeldung an 030/498550-30
oder online über www.hauptstadtkongress.de/tdn

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

6 Fortbildungspunkte für
die Teilnahme am Tag der
Niedergelassenen
29. Mai 2009, ICC Berlin

Deutsches Ärzteforum 2009

Hauptstadtkongress
Medizin und Gesundheit
27. bis 29. Mai 2009
im ICC Berlin