

KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 1/2008

Reform des fahrenden Notfalldienstes:

Was wird sich ändern?



Gesundheitspolitik

Warum Hausarztmodelle wirken
- oder auch nicht

Seite 8

Abrechnung

Das Beispiel „Psychosomatik“ zeigt
die Probleme der Pauschalierung

Seite 18

Wilhelmsburg

Wie sich niedergelassene Ärzte für
ihren Stadtteil engagieren

Seite 24

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Redaktionsschluss: 12. März 2008

eMails an die Redaktion

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

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Inhalt

Schwerpunkt

- Nachgefragt: Was halten Sie von der Notfalldienstreform? **4**
 Wie die KV für bessere Arbeitsbedingungen im Notfalldienst sorgen will **5**
 G.A.R.D. - der neue Partner des Hamburger Notfalldienstes **7**

Gesundheitspolitik

- Warum Hausarztmodelle wirken - oder auch nicht **8**
 AOK Baden-Württemberg versucht, ihr Hausarztmodell ohne KV **10**
 zu organisieren. Welche Konditionen will die Kasse durchsetzen?
 Hausarzt Dr. Stephan Hofmeister warnt davor, für einen Ausstieg aus **11**
 dem KV-System die verbliebenen Freiheiten zu opfern
 Klaus Schäfer, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Hamburg, be- **12**
 obachtet das baden-württemberger Projekt mit gemischten Gefühlen

Wettbewerb im Gesundheitswesen:

- „Je kränker ein Patient ist, desto weniger kann er als Kunde **13**
 agieren“ - Interview mit Patientenvertreter Stephan Richter

Aus der Praxis für die Praxis

- Fragen und Antworten / Probleme mit unkorrekten Überweisungen **14**
 Verordnung der Interdisziplinären Frühförderung / **16**
 Mammographie-Screening nicht auf Überweisung
 Heilmittelprüfverfahren / Nun doch: HPV-Impfung für Asylbewerber **17**

Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement

- Die ärztliche Stelle informiert: Leitlinien für Röntgendiagnostik **17**
 und Computertomographie wurden aktualisiert /
 Bundeswirtschaftsministerium erstattet Beratungskosten
 für Einführung von Qualitätsmanagement

Abrechnung

- Abgabe der Abrechnungsunterlagen 1. Quartal 2008 / **18**
 Das Beispiel „Psychosomatik“ zeigt: Pauschalierung ist
 der falsche Weg

Brennpunkt Arznei

- Zielvereinbarung 2008: Die wichtigsten Neuerungen **19**
 Neuroleptika: Stigmatisierung durch Spätdyskinesien /
 Atypika stehen nun auch generisch zur Verfügung **20**

Berliner Seiten

- KBV will Vorsorgeuntersuchungen für Kinder erweitern / **22**
 EU-Verordnung soll die Zulassung spezieller Arzneimittel
 für Kinder vorantreiben / Patientenzufriedenheit folgt eigenen Regeln
 KBV unterstützt Internetforum, in dem Ärzte anonym über **23**
 (Beinahe-)Fehler berichten

Forum

- Tag der Sinne / Hamburger Facharztgespräche **23**
 Wilhelmsburg: Wie sich niedergelassene Ärzte
 sich für ihren Stadtteil engagieren **24**
 Psychotherapeuten: Lieber Eppendorf als Wilhelmsburg? **26**
 Bedarfsplanung: Zwischen Niederlassungsfreiheit und Steuerung **27**

KV intern

- Diskussion bei der Hausärzteversammlung: Wird im Zuge der **29**
 Honorarreform Geld vom Hausarzttopf in den Facharzttopf wandern?
 Arztsuche per Mausclick
 Steckbriefe: Für Sie in der Vertreterversammlung **30**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!



Die ersten Studienergebnisse zu Hausarztmodellen machen deutlich: Hausarztzentrierte Versorgung heutiger Prägung ist kein Schritt in Richtung auf ein kostengünstigeres Gesundheitssystem. Die Ergebnisse überraschen kundige Thebaner viel weniger als vielleicht den einen oder anderen Politiker. In einem System, das im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte kontinuierlich unterfinanziert wurde, ist längst das Gros vermuteter Einsparpotentiale übererschöpft. Zukünftige Fortentwicklungen des Gesundheitssystems müssen deshalb anderen Zielen als der Kostenreduktion verpflichtet sein: Es wird darum gehen, eine immer älter werdende Bevölkerung auch in Zukunft gesundheitlich versorgen zu können.

Die Veränderungen im Notfalldienst entspringen ebenfalls dem Wunsch nach Kostenreduktion, hier der Beförderungskosten für den Hausbesuchsdienst. Wir haben gelernt, dass Kostenreduktion an dieser Stelle kaum möglich ist; wir haben aber auch erfahren, dass die Strukturqualität zu gleichen Kosten verbessert werden kann. Nachdem alle formalen Hürden überwunden sind, wird diese Verbesserung zum 1. Juli 2008 eingeführt.

Ihr
 Dieter Bollmann
 Vorstand KV Hamburg



Die Reform könnte den Hamburger Notfalldienst zu einem der modernsten in Europa machen. Und es wird Zeit, dass sich etwas ändert. Wenn in der Notfalldienstzentrale ein Anruf eingeht, werden die Daten in der Annahme per Hand auf Zettel geschrieben, vom Disponenten abgelesen, über den Taxifunk an den Fahrer weitergegeben. Der notiert, was er hört, und teilt dies dem Arzt mit - fünf Personen haben „stille Post“ gespielt. Diese und andere Fehlerquellen können ausgeschaltet werden, wenn die Daten ab Juli 2008 über den Bord-Computer kommen. Durch die GPS-gestützte Disposition werden die Ärzte kontinuierlicher ihre Einsätze abarbeiten. Die alten Bezirksgrenzen, die unnötige Wartezeiten für den Patienten mit sich bringen und dafür sorgen, dass ein Arzt Däumchen dreht während der andere überlastet ist, sollten der Vergangenheit angehören.

Der Rettungsassistent, der uns künftig begleitet, ist vom Fach. Er kann bereits beim Patienten Verwaltungsarbeiten erledigen, dadurch erspart er mir, mich nach Dienstende noch eine halbe Stunde an den Schreibtisch zu setzen. Und, auch wenn es nur selten vorkommt: Bei einem echten Notfall habe ich lieber einen ausgebildeten Rettungsassistenten an meiner Seite als einen Taxifahrer.

Dr. Thorsten Münch ist Facharzt für Allgemeinmedizin – Notfall-/Rettungsmedizin Lemsahl-Mellingstedt

Nachgefragt

Was halten Sie von der Reform des Notdienstes?



Grundsätzlich begrüße ich die Reform und bin gespannt auf die Ergebnisse in der Praxis. Natürlich gibt es bei einigen Kollegen auch Bedenken – etwa was die Zusammenarbeit mit den Rettungsassistenten anbelangt.

Vieles wird sich neu einspielen müssen. Doch unterm Strich sind die Chancen der Neuorganisation wesentlich größer als die Risiken.

Ich finde die Transparenz des Ausschreibungsverfahrens wichtig und hoffe, dass die KV Ausschreibung und Vertrag öffentlich macht.

Peter Zamory ist Allgemeinarzt in Ottensen



Es gibt sehr wohl einige Bereiche im KV-System, die reformbedürftig sind. Der fahrende Notfalldienst in Hamburg gehört nicht dazu. Warum soll ausgerechnet ein Bereich verändert werden, der so reibungslos funktioniert? Muss sich da jemand profilieren?

Unsere Taxifahrer haben uns über Jahre hinweg zuverlässig zu unseren Patienten gebracht. Sie kennen Schleichwege, Verkehrslagen und Hausnummern in ihren Bezirken. Ich glaube nicht, dass G.A.R.D. ein System bedienen kann, das nur halb so effektiv ist. Außerdem frage ich mich, wie G.A.R.D. dabei schwarze Zahlen schreiben will.

Dr. Eckhard Zeigert ist Allgemeinarzt in Osdorf

Bessere Arbeitsbedingungen durch mehr Effizienz

Ab Juli 2008 tritt die Reform des Notfalldienstes in Kraft. Ein ausgefeiltes Leitstellensystem soll die Abläufe optimieren - und sie genauer an die Bedürfnisse von Ärzten und Patienten anpassen.

Die Vorgabe war schlicht, hatte es aber in sich: Der ärztliche Notfalldienst in Hamburg sollte preiswerter werden.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg wollte die alljährliche Diskussion um die Kosten des Notfalldienstes beenden. Denn der Notfalldienst ist notwendig, aber teuer, und die Gelder, die die KV von den Krankenkassen für den Notfalldienst erhält, deckten nicht immer die Kosten.

Jetzt wird der Notfalldienst reformiert, aber so ganz konnte der Vorstand den Auftrag nicht erfüllen: Der Notfalldienst kostet nicht mehr als in der Vergangenheit, aber er wird deutlich moderner, effizienter und schafft bessere Arbeitsbedingungen – kurz, er verbessert die Qualität.

Mit diesem Ergebnis endete Anfang des Jahres eine rund dreijährige Arbeit. Denn zunächst hatte die KV versucht, die Kosten des Taxidienstes – der die Notfall-Ärzte zu ihren Patienten bringt – zu senken.

Doch trotz langer Verhandlungen und Einschaltung des Hamburger Senats (der in der „Droschkenverordnung“ die Taxipreise vorschreibt)

war aus rechtlichen Gründen keine Preissenkung drin.

Dann wurden erste Ideen erarbeitet, den Dienst effizienter zu machen. Hierbei erhielt die KV vielfältige Unterstützung der Mitarbeiter im Notdienst und von Ärzten, die sehr erfahren im Notfalldienst sind. Schließlich stand das Konzept: Teurer sollte es auch in Zukunft nicht werden. Allerdings sollten die Arbeitsbedingungen der Ärzte durch einen Wechsel des Dienstleisters verbessert werden.

Inhalt und Ziele der Reform wurden anschließend mit der Vertreterversammlung, den Fachausschüssen und dem Notdienst-Ausschuss der KV abgestimmt.

Auf Grundlage dieser Beschlüsse führte die KV ein europaweites Ausschreibungsverfahren durch. Den Zuschlag als neuer Partner der KV im Notfalldienst erhielt die „G.A.R.D. Gemeinnützige Ambulanz und Rettungsdienst GmbH“.

Nun nimmt die Reform Gestalt an. In der Notfalldienst-Zentrale der KV ziehen Techniker derzeit Kabel ein, um eine computergestützte Disposition zu ermöglichen. Bei BMW rollen Einsatzfahrzeuge vom Band, die für

den Hamburger Notfalldienst vorgesehen sind. Am 1. Juli 2008 soll die Reform in Kraft treten.

Was wird sich ändern? Christian Wieken, Leiter des Notfalldienstes der KV Hamburg, erklärt die Details:

Kurze Wege statt Bezirksgrenzen

Die Zusammenarbeit mit einem Dienstleister, der sowohl im Krankentransport wie auch im Notfallrettungsdienst tätig ist, ermöglicht es uns, ein hochmodernes und zugleich erprobtes Leitstellensystem zu nutzen.

Derzeit wird die Zuordnung der Einsätze im kassenärztlichen Notfalldienst noch nach Bezirksgrenzen vorgenommen.

Ein Arzt, der mit dem Taxi in einem bestimmten Bezirk unterwegs ist, bekommt alle Einsätze, die in diesem Bezirk anfallen – es sei denn, er kann die vorgegebene Ankunftsfrist beim Patienten von 90 Minuten nicht halten. Dann wird ein Reservefahrzeug eingesetzt oder ein Wagen aus einem benachbarten Bezirk angefordert.

Ab 1. Juli werden die Bezirksgrenzen komplett wegfallen. Statt im ungünstigsten Fall von einem Ende des



Montage: G.A.R.D.

So sollen sie aussehen - die Einsatzfahrzeuge, mit denen G.A.R.D. die Ärzte zu den Patienten bringen wird.

Bezirks zum anderen kreuz und quer zu fahren, wird die Disposition der Einsätze künftig nach dem Prinzip der Optimierung erfolgen: Es werden sämtliche Fahrzeuge berücksichtigt - und je nach Nähe zum Einsatzort und anliegenden Folgeeinsätzen wird das am günstigsten stehende Fahrzeug ausgewählt. In der Regel wird dies das Fahrzeug sein, das sich am nächsten am Zielort befindet.

Möglich wird diese Art der Disposition, weil die Fahrzeuge während des Einsatzes über GPS geortet und auf einer digitalen Karte verzeichnet werden.

Für den Arzt im fahrenden Notfalldienst bedeutet das: Er wird in einem größeren Bereich unterwegs sein, dabei aber weniger Zeit im Auto verbringen und weniger Leerlauf haben.

Da die Ärzte im Notfalldienst nach EBM vergütet werden, ist das Honorar nicht zuletzt von der Anzahl der Einsätze abhängig. Wer sich in anstrengenden Diensten die Nächte um die Ohren schlägt, sollte die Möglichkeit

re weitergehende Informationen, die der Leitstelle gegebenenfalls vorliegen, können nicht weitergegeben werden.

Die neuen Einsatzfahrzeuge werden mit einem Bordcomputer samt kleiner Tastatur und Bildschirm ausgestattet sein. Der Arzt bekommt seine Einsatzinformationen als Datenpakete. Die verschlüsselte und digitalisierte Datenübermittlung ermöglicht es der Zentrale, alle vorliegenden Informationen weiterzugeben.

Künftig wird der Arzt den gleichen Informationsstand haben wie die Zentrale - und besser informiert zum Patienten gehen. Funkverkehr mit der Zentrale ist noch immer möglich, wird aber nur im Ausnahmefall stattfinden.

BMW-Kombis statt Taxen

Die Taxen, mit denen die im Notfalldienst eingesetzten Ärzte bislang zu ihren Patienten fahren, sind nur durch einen kleinen leuchtenden Dachaufsatz gekennzeichnet.

Die BMW-Kombifahrzeuge, mit denen die Notfalldienst-Ärzte künftig unterwegs sind, bekommen eine Sonderlackierung mit dem Schriftzug „Ärztlicher Notfalldienst“ und der Notfalldienst-Telefonnummer. Diese Fahrzeuge werden auffälliger sein und den Ärztlichen Notfalldienst noch stärker im Bewusstsein der Öffentlichkeit verankern. Die Fahrzeuge haben zwar kein Blaulicht, verfügen aber über eine medizinische Notfallausrüstung. Die Details dieser Ausstattung werden derzeit gemeinsam mit dem Notdienst-Ausschuss erarbeitet.

Um bei der Anfahrt zum Patienten nicht unnötig Zeit zu verlieren, sind alle Fahrzeuge mit einem satellitengestützten Navigationssystem (GPS) ausgestattet.

Insgesamt werden 16 Fahrzeuge angeschafft und instand gehalten; 13 werden im Hauptdienst unterwegs sein, drei in Reserve gehalten. Weitere Reserven stehen im vorhandenen

Fuhrpark von G.A.R.D. bereit. Durch „Mobile Packages“ können zudem ganz normale Autos in Einsatzfahrzeuge umgewandelt und vollständig in die Datenkommunikationsstruktur eingebunden werden. So sind wir für alle Eventualitäten gerüstet.

Rettungsassistenten statt Taxifahrer

Ab Juli 2008 werden die Ärzte im fahrenden Notfalldienst nicht mehr von einem Taxifahrer gefahren, sondern von einem Rettungsassistenten begleitet. Die in der Notfallrettung bewährte Zusammenarbeit von Notarzt und Rettungsassistent soll nun auch im ärztlichen Notfalldienst genutzt werden, um den Arzt zu entlasten. So kann der Arzt mit Hilfe des fachlich versierten Rettungsassistenten effizienter arbeiten. Dem Arzt als alleinigem Weisungsbefugten steht es dabei frei, ob und inwiefern er den Rettungsassistenten in die Behandlung einbindet.

Uns war wichtig, dem Arzt eine Hilfe anzubieten, die nicht fachfremd ist. In jenen seltenen Notsituationen, in denen es um Leben und Tod geht, kann der Rettungsassistent den Arzt auf dessen Anweisung hin wirkungsvoll unterstützen.

Die Rettungsassistenten gehören zum festangestellten Personalstamm von G.A.R.D. Eine unserer Bedingungen für die Zusammenarbeit war, dass die Rettungsassistenten, die für den ärztlichen Notfalldienst der KV eingesetzt werden, auch weiterhin Dienste im Rettungsdienst von G.A.R.D. fahren, um für echte Notfälle in Übung zu bleiben.

Die Reform betrifft etwa ein Sechstel der Hamburger Vertragsärzte; insgesamt engagieren sich etwa fünfhundert Ärzte beim fahrenden Notfalldienst. Die Modernisierung der Disposition soll die Verdienstchancen der Ärzte verbessern und die Einsätze genauer auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten abstimmen. Es gibt kein anderes KV-Gebiet, in dem der fahrende Notfalldienst so umfassend vom Knowhow eines im Rettungsdienst tätigen Unternehmens profitiert - vor allem was die Leitsellentechnik betrifft, die bei G.A.R.D. unter den harten Alltagsbedingungen des Notfallrettungsdienstes fortwährend optimiert wird. mn

Die Ärzte können den Rettungsassistenten mit zum Patienten nehmen. Sie müssen aber nicht.

bekommen, seine Arbeitszeit effektiv zu nutzen.

Künftig werden wir in der Lage sein, über die Statistikfunktionen der Computer Jahreszeiten- und auch Tagesprofile abzufragen. Damit kann die Leitstelle unterschiedliche Einsatzlagen im Voraus besser planen.

Bordcomputer statt Taxenfunk

Derzeit bekommen die Ärzte ihre Informationen über einen offenen Taxenfunk, der viele technische Nachteile hat, unter anderem ist er häufig nur sehr schlecht zu verstehen und nicht abhörsicher.

Deshalb kann die Zentrale den Ärzten bisher nur den Patientennamen und die Besuchsadresse und darüber hinaus eine Codeziffer nennen, mit deren Hilfe das Beschwerdebild des Patienten grob klassifiziert wird.

Dass der Patient eventuell betrunken ist, dass er ein halbes Jahr zuvor eine Herzoperation hatte oder ande-

„Bislang einmaliges Projekt“

G.A.R.D. ist der neue Partner des fahrenden Notfalldienstes. Das Rettungsdienstunternehmen kann langjährige Erfahrungen in der Koordination von Einsatzfahrzeugen vorweisen.



Foto: G.A.R.D.

Zentrale des Rettungsdienstunternehmens G.A.R.D. in Wandsbek: „Die sparen nicht an Ausbildung und Technik.“

Die „G.A.R.D. Gemeinnützige Ambulanz und Rettungsdienst GmbH“ wurde 1983 gegründet – von einem Taxiunternehmer. „Mein Vater hat sich damals mit einem Kollegen des Roten Kreuzes zusammengetan und mit zwei Krankentransportwagen angefangen“, sagt Geschäftsführer Sven Jarmuth.

1985 bekam G.A.R.D. von der Hamburger Feuerwehr die Genehmigung zur Durchführung von Notfallrettungen – ungewöhnlich für ein Privatunternehmen. Heute werden von der Hamburger Einsatzzentrale aus mehr als 200.000 Einsätze jährlich gesteuert. Neben Krankentransport und Notfallrettung übernimmt das Unternehmen die medizinische Versorgung von Sportveranstaltungen oder Konzerten.

Auch Erfahrungen im kassenärztlichen Notfalldienst kann die Firma vorweisen: Seit Ende der 1980er Jahre betreut sie die Telefonzentralen einiger Notfalldienst-Bezirke in Schleswig-Holstein.

Christoph Albrecht, niedergelassener Arzt in Hamburg-Lemsahl, kennt G.A.R.D. bereits aus seiner Zeit als Notarzt. Auch heute hat er noch Berührungspunkte mit dem Unterneh-

men, wenn er für den kassenärztlichen Notfalldienst unterwegs ist. „G.A.R.D. ist eine gute Wahl“, sagt Albrecht. „Bei allem was mit Leitstellen zu tun hat, ist das Unternehmen ausgesprochen gut.“

Es werde nicht an Technik und Ausbildung gespart, bestätigt Jörg-Michael Wennin, ein niedergelassener Anästhesist aus Othmarschen, der als Notarzt tätig ist. „Das sind fachlich gute Leute.“

Das Unternehmen betreibt eine eigene Berufsfachschule für Rettungssassistenten mit jährlich bis zu vier Ausbildungskursen von maximal je 18 Schülern. Ende der 90er Jahre gehörte die Schule zu den ersten in Norddeutschland, die statt einer zweijährigen- eine dreijährige Ausbildung anbot.

Die Absolventen der Berufsfachschule haben in der Branche einen guten Ruf – nicht nur, was die fachliche Seite betrifft.

„Die G.A.R.D.-Mitarbeiter waren immer nett und flexibel, wenn ich einen Rettungswagen oder einen Krankentransport brauchte“, sagt Stanislaw Nawka, Allgemeinarzt in Bergstedt. „Niemals arrogant. Das ist ja nicht bei allen Rettungsdiensten so.“

So makellose Referenzen – und kein Fleck auf der Weste? Im Jahr 2002 meldete eine Zeitung, die Staatsanwaltschaft ermittle gegen G.A.R.D. wegen Abrechnungsbetrug. „Es gab wie bei jeder massenhaften Verarbeitung von Abrechnungen einzelne fehlerhafte Rechnungen“, sagt Sven Jarmuth, „allerdings unterm Strich zu unseren Lasten.“

Die Staatsanwaltschaft stellte das Verfahren deshalb wieder ein, und eine der Krankenkassen, die Anzeige erstattet hatten, musste dem Unternehmen für noch offene Rechnungsbeträge einen erheblichen Betrag nachzahlen. Darüber gab es dann keine Medienberichte mehr, weshalb die Öffentlichkeit nichts über den Ausgang der „Affäre“ erfuhr.

Nun hat das Unternehmen den Zuschlag zur Durchführung des kassenärztlichen Notfalldienstes in Hamburg erhalten. „Das ist ein Prestigeprojekt“, sagt Jarmuth. „Die Kombination aus moderner Leitstelle, Satelliten-Navigation und Rettungsdienst-Know-How ist bislang einmalig in Deutschland. Möglicherweise ziehen andere KV-Gebiete nach“, so Jarmuth, „und greifen dann ebenfalls auf uns zurück.“ *mn*

Ohne Sanktionen keine Wirkung?

Auch in anderen Ländern wird über die Steuerungsfunktion des Hausarztmodells diskutiert. Fest steht: Wo das Gatekeeper-System gegen offenere Modelle antreten muss, sind die Effekte gering.

Ganz ungerührt lassen ihn die heftigen Reaktionen auf seine Studie nicht. „Ich kann verstehen, dass Hausärzte über die Ergebnisse nicht erfreut sind“, sagt Jan Böcken, der zwischen Oktober 2004 bis April 2007 für die Bertelsmann-Stiftung Patientenbefragungen zum Hausarztmodell durchgeführt hat. „Aber der Vorwurf, wir würden Ärzte und Patienten mit noch nicht abgeschlossenen Auswertungen verunsichern, ist nicht nachvollziehbar.“

Die Bertelsmann-Stiftung hatte im Januar nahezu zeitgleich mit dem AQUA-Institut Forschungsergebnisse publiziert, denen zu Folge das Hausarztmodell in seiner heutigen Form nahezu wirkungslos ist.

Eine Journalistin der *Ärzte Zeitung* hatte sich daraufhin lange mit Böcken über die Problematik unterhalten. Unter der Überschrift „Ein Schnellschuss, der niemandem nützt“ schrieb sie dann, die endgültigen Ergebnisse der Studie lägen noch gar nicht vor. (*Ärzte Zeitung*, 24.1.2008).

„Das stimmt nicht“, sagt Böcken. „Die vorgelegten Auswertungen der vergangenen drei Jahre sind abgeschlossen, und auch verzerrende Effekte wurden herausgerechnet.“

Vertane Chance

Die repräsentative Umfrage der Bertelsmann-Stiftung stellt die weit verbreitete Annahme in Frage, dass Hausarztmodelle zwangsläufig eine höhere Versorgungsqualität gewährleisten. Knapp 70 Prozent der befragten Patienten in der Regelversorgung berichteten, ihr gesundheitlicher Zustand habe sich durch die Behandlung verbessert; bei Teilnehmern an einem Hausarztmodell waren es nur knapp 60 Prozent.

Auch die Hoffnung, Hausarztmodelle trügen zur Reduzierung von Doppeluntersuchungen bei, wird offenbar nicht erfüllt. Laut Umfrage konnte die Anzahl der Facharztbesuche bei Teilnehmern eines Hausarztmodells nicht eingedämmt werden. Sie stieg im Gegenteil sogar leicht an (siehe Kasten auf Seite 9).

Böcken selbst ist kein Gegner des Hausarztmodells. Ihn ärgert, dass durch die unzureichende Umsetzung des Konzepts in Deutschland eine Chance vergeben wird. „In den Verträgen werden zu wenig Anreize gesetzt, die Versorgung zu verbessern“, sagt er. Um ihrer Lotsenfunktion nachkommen zu können, müssten die Hausärzte anders ausgebildet werden und mehr Informationen über die Qualität der Fachärzte bekommen.

Auch das AQUA-Institut, das für eine Evaluation von Hausarztverträgen die Routinedaten der Ersatzkassen

auswertet, bezeichnete die Koordinierungsleistung der hausarztzentrierten Versorgung zunächst als „nicht zufriedenstellend“.

Ähnliche Schlüsse

Nach Korrektur eines Rechenfehlers beurteilt Prof. Joachim Szecsenyi, Geschäftsführer des AQUA-Instituts, die Lage etwas optimistischer: „Anders als ursprünglich errechnet ist der Anteil der Patienten, die mit Überweisung zum Facharzt gingen, innerhalb des Hausarztmodells von 71 Prozent im Jahr 2005 auf 74 Prozent im Jahr



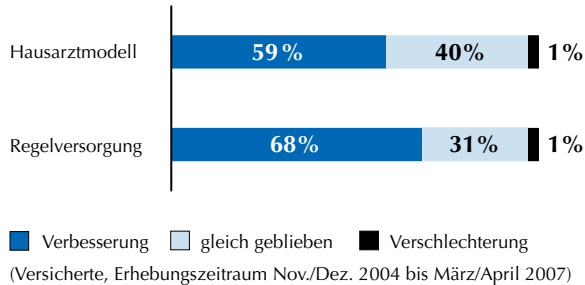
Foto: Udo Kroener – fotolia.com

Hausarztzentrierte Versorgung

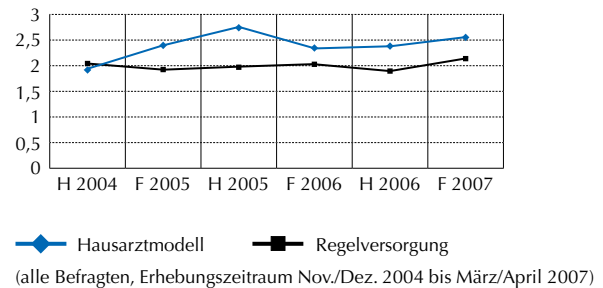
Mit Hausarztmodellen, die alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ihren Versicherten anbieten müssen, soll die Steuerungs- und Lotsenfunktion des Hausarztes gestärkt werden. Patienten, die an diesem Modell teilnehmen, verpflichten sich, bei gesundheitlichen Problemen zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen. Der Hausarzt soll den Überblick über die Krankengeschichte des Patienten behalten und bei Bedarf an Fachärzte oder Krankenhäuser überweisen. Das soll die Behandlungsqualität verbessern und zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen beitragen. Vertragspartner der Krankenkassen können bei solchen Modellen die KVen oder auch Ärzteverbände sein.

Patientenumfrage der Bertelsmann-Stiftung

Zustandsänderung durch die Behandlung des Hausarztes (in %)



Summe Facharztbesuch (Mittelwert)



2006 gestiegen. In der Kontrollgruppe ist dieser Anteil von 57 auf 55 Prozent gesunken.“ Bei der Anzahl von Facharztbesuchen insgesamt gebe es allerdings keine großen Unterschiede zwischen Hausarztmodellen und der Regelversorgung.

Die Reaktion des Bundesgesundheitsministeriums auf die beiden Studien fiel unwirsch aus: Es sei „abenteuereicher“, schon heute ein Fazit zum Hausarztmodell ziehen zu wollen, sagte ein Sprecher. (*Süddeutsche Zeitung*, 12.1.08).

Doch es sind keineswegs die ersten Studien, die die Hoffnungen auf einen spürbaren Steuerungseffekt der Hausarztmodelle dämpfen. Prof. Stefan Greß, Versorgungsforscher an der Hochschule Fulda, ist nicht erstaunt über die Ergebnisse der Bertelsmann-Umfrage. „Wir sind schon 2003 zu ähnlichen Schlüssen gekommen“, sagt er.¹

Und auch Dr. Marcel Erlinghagen von der Ruhr-Universität Bochum, der 2004 empirische Untersuchungen zum Einfluss der Hausarztbindung auf die Zahl der Arztbesuche durchgeführt hat,² sagt: „Einfach nur einen Gatekeeper dazwischenschalten und sonst alles beim Alten lassen – das bringt nichts.“

Zweifel an der Wirksamkeit

Auch in anderen Ländern werden seit einigen Jahren Zweifel an der Wirksamkeit des Hausarztmodells laut. In den USA beispielsweise galt das Gatekeeping lange als probates Mittel der Kostensenkung. Diese Annahme

wurde durch Studien aus den vergangenen Jahrzehnten gestützt.³

Doch im Jahr 2000 verglichen US-Wissenschaftler ein Gatekeeper-Modell mit einer Versorgungsform, in der Patienten direkten Zugang zu Fachärzten hatten. Die behandelnden Ärzte waren in beiden Modellen dieselben.

Ergebnis: Innerhalb des Gatekeeper-Modells gab es nicht weniger Facharztbesuche. Die Anzahl der Arztbesuche insgesamt lag sogar höher

Mehr Mitspracherecht

Selbst in den Niederlanden, wo das Hausarztmodell als Regelversorgungsform nicht in Zweifel gezogen wird, wollen die Patienten stärker mitreden. „Dass der Hausarzt als Patriarch sagt, wo es langgeht, wird nicht mehr ohne weiteres akzeptiert“, sagt Versorgungsforscher Greß. „Auch der Umstand, dass sich Patienten nicht einfach eine ärztliche Zweitmeinung holen können, gerät zunehmend in die Kritik.“

Im Rahmen des Hausarztmodells wird anerkannt, was die Hausärzte ohnehin tun.

als im Vergleichsmodell, was darauf zurückgeführt wurde, dass vor jeden Facharztbesuch ein Primärarztbesuch geschaltet war.⁴

Wissenschaftler des Massachusetts General Hospital Institute for Health Policy (USA) kamen ein Jahr später zu dem Ergebnis, dass es kaum einen Unterschied macht, ob der Zugang einer Patientengruppe zu Fachärzten durch Gatekeeping eingeschränkt wird oder nicht.

„Gatekeeping ist offenbar kein Mittel, die Kosten für die Versorgung zu kontrollieren“, so Dr. Timothy Ferris, einer der Autoren der Studie.⁵ Seither rätseln Gesundheitsexperten darüber, warum das Gatekeeper-Modell in den USA nicht mehr funktioniert.

Ansonsten aber hat das niederländische Primärarztmodell Greß zufolge alles, was es benötigt, um zu funktionieren: Es gibt neben dem Hausarztmodell keine alternativen Versorgungsmodelle, die Patienten haben also keine Wahlmöglichkeit. Sie benötigen zwingend eine Überweisung durch den Primärarzt, um von einem Facharzt behandelt zu werden. Es gibt festgelegte Versorgungswege und sektorenübergreifende Leitlinien.

„Ohne eine restriktive Handhabung hat das Hausarztmodell keine Wirkung“, so Greß. „Man muss die Patienten sehr fest binden. Und sie mit Sanktionen belegen, wenn sie direkt zum Facharzt gehen.“

In Deutschland und den USA, wo die Primärarztmodelle neben offeneren Versorgungsformen stehen, sind solche Regularien kaum durchsetzbar. Hier sind die Gatekeeping-Modelle zeitlich begrenzte Angebote, die auf Freiwilligkeit beruhen.

Die deutschen Krankenkassen locken ihre Versicherten mit finanziellen Vorteilen - meist mit dem Erlass der Kassengebühr. Einspareffekte, wie sie die AQUA-Studie bei der Versorgung der Patienten und bei Arzneimittelausgaben sieht, werden durch die entgangenen Einnahmen aus der Kassengebühr und durch Zusatzausgaben für ärztliche Betreuungspauschalen wieder aufgefressen.

Offenes Geheimnis

Warum die gesetzlichen Krankenkassen dennoch Interesse am Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung haben, ist ein offenes Geheimnis. Die Kassen nutzen das Hausarztmodell als Instrument, um möglichst viele ihrer Versicherten in Disease Management Programme (DMP) zu bringen. Je mehr DMP-Fäl-

le eine Kasse vorzuweisen hat, desto mehr Geld bekommt sie aus dem Risikostrukturausgleich.

Wenig Spielraum

Die Hausärzte wiederum befürworten Hausarztmodelle, weil sie in diesem Rahmen etwas anerkannt und honoriert sehen, das sie ohnehin leisten: für ihre Patienten erste Ansprechpartner, Vertrauenspersonen und Lotsen im Gesundheitswesen zu sein.

Einer Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Juni 2006 zufolge haben 93 Prozent aller Patienten einen Hausarzt als erste Anlaufstation bei Krankheit oder medizinischen Fragen. Und 90 Prozent derer, die in den vergangenen zwölf Monaten ihren Hausarzt aufgesucht hatten, attestiertem diesem sehr gute oder gute medizinische Leistungen.⁶

Dass hier nicht mehr allzu viel Spielraum nach oben besteht, könnte auch eine Erklärung dafür sein, warum Hausarztmodelle in Deutschland keine eindeutige Wirkung zeigen.

Und die Politik? Zwei Wochen, bevor Bertelsmann-Stiftung und AQUA-

Institut mit ihren Forschungsergebnissen an die Öffentlichkeit gingen, verbreitete das Bundesgesundheitsministerium eine gesundheitspolitische Erfolgsmeldung: Fast sechs Millionen Versicherte nähmen mittlerweile am Hausarztmodell teil.

„Es müssen doch auch Informationen zur Behandlungsqualität oder zumindest zur Kostenwirkung mit einbezogen werden“, kritisiert Jan Böcken. „Die Teilnehmerzahl ist als Erfolgskriterium nicht ausreichend.“

Martin Niggeschmidt

1. Jürgen Wasem, Stefan Grelß, Franz Hessel: Hausarztmodelle in der GKV – Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen. Duisburg 2003
2. Marcel Erlinghagen, Christian Pihl: Der Hausarzt als Lotse im System der ambulanten Gesundheitsversorgung? Bochum 2004
3. Siehe die Überblicksdarstellung von Rifat A. Atun: What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? London 2004
4. Geoffrey F. Joyce u.a.: Visits to Primary Care Physicians and to Specialists Under Gatekeeper and Point-of-Service Arrangements. American Journal of Managed Care. 6 (11) 2000
5. Deborah Josefson: Gatekeeping may not be cost effective. British Medical Journal, 10.11.2001
6. Forschungsgruppe Wahlen: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mannheim 2006

Projekt mit Signalwirkung

Die AOK in Baden-Württemberg versucht, ihre hausarztzentrierte Versorgung ohne KV zu organisieren. Welche Konditionen will die Kasse durchsetzen?



Foto: KV-Blatt Berlin

Ausschreibung der AOK im Staatsanzeiger Baden-Württemberg

Es gärt in der Ärzteschaft, und die Unruhe ist dort am größten, wo die Honorare zur Zeit noch am höchsten sind. Aus Baden-Württemberg und Bayern werden im Zuge der Honorarreform Gelder in andere KV-Gebiete abfließen. An diesem Punkt setzt die AOK Baden-Württemberg an, wenn sie verspricht, im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung „das bundesweit überdurchschnittliche Vergütungsniveau in Baden-Württemberg aufrecht zu erhalten“ und darüber hinaus einen Bonus für allfällige Mehrarbeit zu zahlen.

Die AOK Baden-Württemberg will die hausarztzentrierte Versorgung ab Juli 2008 an der KV vorbei organisieren und die Gesamtvergütung dementsprechend bereinigen.

Den Zuschlag für Verhandlungen erhielt eine Bietergemeinschaft aus dem Ärzterverband MEDI und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG).

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt scheint große Erwartungen in die Signalwirkung des Projekts zu setzen: „Damit wird hoffentlich deutlich werden, dass man mit solchen Verträgen zu günstigeren Konditionen eine gute medizinische Versorgung sicherstellen kann“. (Ärzte Zeitung, 29.1.2008).

Wirtschaftlichkeitsreserven sieht die AOK Baden-Württemberg vor allem in der Arzneimittelversorgung. In der Ausschreibung zur hausarztzentrierten Versorgung fordert die Kasse von den Ärzten, Preisvergleichslisten und Rabattverträge zu berücksichtigen.

Die am Hausarztmodell teilnehmenden Ärzte werden zudem eng in das Behandlungsnetz der Kasse eingebunden: Sie sollen mit den AOK-Bezirksdirektionen vor Ort zusammenarbeiten, AOK-Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung und zur integrierten Versorgung unterstützen und die Patienten über Präventionsprogramme informieren.

Die Behandlung nach Leitlinien wird verpflichtend. Wie in den meisten anderen Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung wird auch in Baden-Württemberg von den Ärzten eine aktive Umsetzung von Disease-Management-Programmen (DMP) gefordert.

Dem möglichen Honorarplus, das die Ärzte durch sparsamere Verordnung und die Einhaltung vorgegebener Therapiewege selbst erwirtschaften sollen, steht mehr Arbeitsaufwand gegenüber. Dazu gehören auch zusätzliche Serviceleistungen: Die Kasse verlangt beispielsweise, dass die Ärzte von Montag bis Freitag Sprechstunden und mindestens einmal pro Woche Abendsprechstunden für die teilnehmenden AOK-Patienten anbieten.

Als „Lotse im Gesundheitssystem“ ist der Hausarzt zudem gehalten, die Behandlungsdaten der teilnehmenden Patienten aus der sektorenübergreifenden Versorgung in einer von der AOK vorgegebenen Dokumentation zusammenzutragen. Wenn die Patienten einverstanden sind, soll er elektronische Patientenakten führen.

Die Qualitätsanforderungen sind vergleichbar mit denen, die auch in den von der KV verantworteten Verträgen gestellt werden: Die Arztpraxen müssen ein Qualitätsmanagement-System einführen. Teilnahme an Qualitätszirkeln und an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, sind verpflichtend.

Wer am Vertrag teilnehmen will, benötigt eine online-fähige EDV (ab Windows 2000). Zur „Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen“ wird derzeit eine spezielle Software entwickelt. Anders als ursprünglich geplant wird voraussichtlich nicht direkt mit der AOK, sondern online über die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) abgerechnet.

Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird das AOK-Projekt in Baden-Württemberg als Attentat auf das KV-System gewertet. „Man kann es nicht oft genug sagen“, so KBV-Chef Andreas Köhler, „solche Verträge ohne Beteiligung der KVen und mit Bereinigung der Gesamtvergütung sind der Anfang vom Ende des Kollektivvertrags.“

Je mehr Leistungsumfang in den Selektivvertragsbereich wandere, umso weniger könnten die KVen ihre Aufgaben erfüllen. „Im schlimmsten Fall“, so Köhler, „steht am Ende dieser Entwicklung der Übergang aller Prüf- und Regulierungsaufgaben an die Krankenkassen. Jeder Vertragsarzt muss sich dessen bewusst sein, wenn er solchen Verträgen beiträgt.“ *mn*

Im Außendienst für die Kasse

Weniger Therapiefreiheit, mehr Verwaltungsaufwand, direkte Abhängigkeit von der AOK: Das soll ein gutes Angebot sein?

Wer sich die bisherigen Verlautbarungen der AOK Baden-Württemberg zur geplanten hausarztzentrierten Versorgung genauer ansieht, stellt fest: Freiere Arbeitsbedingungen stellt die Kasse nicht in Aussicht. Wer sich von der KV gegängelt fühlt, wird an den Selektivverträgen erst recht keine Freude haben.

Seit langem klagen wir über die Zunahme der Bürokratie im Gesundheitswesen. Das Hausarztmodell der AOK Baden-Württemberg erhöht bereits für sich genommen durch zusätzliche Regularien den Verwaltungsaufwand.

Doch die AOK ist nur eine von 300 Krankenkassen. Wer daneben noch Patienten aus anderen Selektivverträgen versorgt, muss für jede Kasse jeweils unterschiedliche Dokumentations- und Abrechnungsmodalitäten beachten. Hinzu kommen die unterschiedlichen Anforderungen an Qualitätssicherung und Fortbildung.

Der Aufbau von Parallelstrukturen ist unsinnig und teuer. Wir werden nicht mehr nur für eine Abrechnungsstelle die Verwaltungskosten zahlen müssen, sondern für mehrere. Wem nützt das? Vor allem den Funktionären der Ärzteverbände. Die können die Existenz ihrer Organisationen legitimieren und sind bis auf weiteres versorgt.

Wir klagen seit langem über die Einschränkung der Therapiefreiheit in der Regelversorgung. Im AOK-Hausarztmodell von Baden-Württemberg werden die Ärzte zu Außendienst-



Hausarzt Stephan Hofmeister: „Wer sich von der KV gegängelt fühlt, wird an den Selektivverträgen erst recht keine Freude haben.“

mitarbeitern der Kasse gemacht. Der Vertrag soll sicherstellen, dass die Patienten nach den Vorstellungen der AOK behandelt werden.

Vielleicht erinnert sich noch jemand an den Streit, der Ende des vergangenen Jahres zwischen Hausärzten und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) aufflammte. Einige Hausärzte machten öffentlich, dass die HÄVG ihnen mit Ausschluss aus dem Barmer-Vertrag gedroht hatte, sollten sie nicht innerhalb einer bestimmten Frist die „aktive Umsetzung der DMP in die Wege leiten“. „Ich kann meine Patienten nicht drängen oder nötigen, damit sie bei den DMP mitmachen

– da mache ich mich doch strafbar“, so der Frankfurter Arzt Holger Milde. (*Ärzte Zeitung*, 13.9.2007)

Mit der Möglichkeit, einen Arzt bei Meinungsverschiedenheiten aus einem Selektivvertrag auszuschließen, kann eine Kasse massiven Druck aufbauen.

Wir alle wissen: Wenn sich Ärzte am individuellen Bedarf des Patienten orientieren, ist dies nicht unbedingt im Interesse des Kostenträgers.

Fliegt ein Hausarzt aus dem AOK-Vertrag in Baden-Württemberg, verliert er im schlimmsten Fall 35 bis 40 Prozent seiner Patienten. Die am Hausarztmodell teilnehmenden Ärzte geraten also völlig in Abhängigkeit zur AOK.

Wir klagen über das miserable Honorar im KV-System. Möglicherweise macht die AOK Baden-Württemberg zunächst noch ein Lockangebot, um

den Hausärzten den Ausstieg aus dem Kollektivvertrag zu erleichtern.

Doch in welcher Verhandlungsposition befinden sich die Hausärzte, wenn sie bereits in der Hand der AOK sind und die Vertragsverlängerung ansteht? Wenn der Kollektivvertrag aufgebrochen ist und verschiedene Arztgruppen gegeneinander ausgespielt werden können?

„Es geht darum, die Einsparpotenziale auszuschöpfen, die es im Gesundheitswesen noch gibt“, erklärt Manfred Partsch, Leiter der Abteilung für ambulante Versorgung beim AOK-Bundesverband zum Hausarztmodell in Baden-Württemberg. „

Die Hausärzte in Baden-Württemberg können nun ihren Anspruch unter Beweis stellen, dass sie die Versicherten effizienter versorgen können.“ (*Die Welt*, 20.12.07) Ob das Hausarztmodell tatsächlich wie

geplant durch Einsparung bei der Arzneimittelerordnung und zusätzliche DMP-Einschreibungen gegenfinanziert werden kann, ist fraglich. Die AOK wird das Hausarztmodell nicht dauerhaft subventionieren können. Niemand sollte sich wundern, wenn die Kasse nach einiger Zeit auch bei den Arzthonoraren „Einsparpotentiale“ entdeckt.

Alle Ärgernisse, die ärztliche Kritiker als Grund für einen Ausstieg aus dem KV-System anführen, werden in einer zersplitterten Vertragslandschaft perpetuiert – und zwar in verschärfter Form. Die KVen sind deshalb nicht aus der Kritik. Sie haben massiv zur Frustration der Ärzte und damit auch zur Entstehung dieser Situation beigetragen.

*Dr. Stephan Hofmeister,
Arzt für Innere und
Allgemeinmedizin in Eilbek*

Ein Projekt, das gemischte Gefühle auslöst

Die Bereitschaft, neue Wege zu gehen, ist groß. Doch die beste Option wäre eine eigenständige Vertretung hausärztlicher Interessen unter dem Dach einer gemeinsamen KV.

Ich sehe die Entwicklungen in Baden-Württemberg noch mit gemischten Gefühlen, da ich noch nicht genügend Einzelheiten kenne. Auf jeden Fall bewegen sich die Partner dort im



Hausarzt Klaus Schäfer: „Die KV gehört auch uns Hausärzten. Jeder von uns ist durch seine Beiträge beteiligt.“

gesetzlichen Rahmen. Dies ist eine Ergänzung im Wettbewerb mit der KV. Auch unter den Hamburger Hausärzten gibt es viele Kollegen, die lieber heute als morgen aus dem KV-System aussteigen würden. Das Gefühl, dass etwas grundsätzlich schief läuft, erhöht die Bereitschaft, neue Wege zu gehen.

Mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft ist der Deutsche Hausärzterverband mittlerweile so gut aufgestellt, dass er die Abwicklung von Verträgen problemlos bewerkstelligen kann.

Dennoch betrachte ich das Experiment in Baden-Württemberg mit Zurückhaltung. Die niedergelassenen Ärzte haben jahrelang dafür gekämpft, dass das Morbiditätsrisiko wieder dorthin verlagert wird, wo es hingehört: nämlich zu den Kassen. Dass die diesbezüglichen Versprechungen der Politik gehalten werden, wage ich allerdings auch kaum zu glauben. Natürlich können die Hausärzte in

Baden-Württemberg mit Pauschalen leben, wenn sie nur hoch genug sind. Ich werde interessiert verfolgen, was die Verhandlungen ergeben.

Ein grundsätzlicher Konstruktionsfehler in der Satzung der KV Hamburg besteht darin, dass die Fachärzte in die hausärztlichen Belange hineinregieren können und dies auch ohne Bedenken tun. Dennoch: Die KV gehört auch uns Hausärzten, jeder von uns ist durch seine Beiträge beteiligt.

Die Politik spekuliert darauf, dass wir Ärzte unsere Kraft in innerärztlichen Auseinandersetzungen verbrauchen. Ich habe mich stets um Zusammenarbeit bemüht.

Die zur Zeit beste Option besteht nach meiner Ansicht in einer jeweils eigenständigen Vertretung fachärztlicher, hausärztlicher und psychotherapeutischer Interessen unter dem Dach einer gemeinsamen KV.

*Klaus Schäfer, Hausarzt in
Langenhorn und Vorsitzender des
Hausärzterverbandes Hamburg*

„Wir sehen auch deutlich die Kehrseite“

Was bedeutet eine Zersplitterung der Versorgung für die Versicherten? Patientenvertreter Stephan Richter warnt: Je kränker ein Patient ist, desto weniger kann er als Kunde agieren.

Bringt eine Zersplitterung der Vertragslandschaft im Gesundheitswesen Nachteile für die Patienten?

Richter: Eines vorweg: Die Kassenärztliche Vereinigung betreibt in unseren Augen eine ziemlich enge Form von Interessenvertretung für die niedergelassenen Ärzte. Deshalb fällt es uns schwer zu sagen: „Wir sind die geborenen Bündnispartner der KV und verteidigen sie gegen Korrosionserscheinungen.“

Und was sagen Sie zur Sache? Was bedeutet es für die Patienten, wenn die Krankenkassen vermehrt Sonderverträge mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen abschließen?

Richter: Die Situation wird unübersichtlicher. Es gibt mehr Wahlmöglichkeiten, mehr Angebote. Für junge, gesunde und gewiefte Leute ist es ein Vorteil, nach günstigen Tarifen fahnden und sich zielgerichtet versichern zu können.

Ein normaler Mensch hat allerdings genug damit zu tun, bei Stromanbietern und Telefontarifen den Überblick zu behalten. Wenn ich zusätzlich noch zwischen 300 Krankenkassen und 3000 Wahlтарifen oder speziellen



Stephan Richter ist einer der Sprecher des Forums Patientenvertretung in Hamburg und Geschäftsführer der Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen.

Leistungsangeboten auswählen soll, kann das Wettbewerbsprinzip nach hinten losgehen. Ich bin schließlich nicht hauptberuflich Kunde.

Für welche Patientengruppen ist die Angebotsvielfalt am riskantesten?

Richter: Für jene, die medizinische Versorgung am nötigsten haben. Je kränker ein Patient ist, desto weniger kann er als Kunde agieren.

Wenn ich chronisch krank oder behindert bin und den Tag damit verbringe, mühsam meine persönlichen Lebensvollzüge zu organisieren, dann habe ich gar nicht die Kapazität, mir als Kunde aktiv den besten Anbieter herauszusuchen.

Man muss keine Demenzerkrankung haben, um von dieser Aufsplitterung der medizinischen Versorgung überfordert zu sein.

Wie weit darf das Gesundheitssystem dem Wettbewerbsprinzip unterworfen werden?

Richter: Es ist sinnvoll, das System für Experimente zu öffnen. Wettbewerb fördert Innovationen und eröffnet Patienten im Einzelfall eine effektivere Behandlung.

Doch wir sehen auch deutlich die Kehrseite. Die Vereinigten Staaten beispielsweise haben eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt mit einem der schlechtesten Ergebnisstandards für eine Mehrheit der Bevölkerung. Das ist keine wünschenswerte Perspektive. *mn*

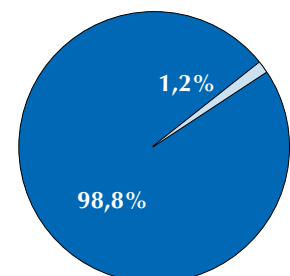
Einheitliche Versorgung

Der Kollektivvertrag stellt sicher, dass kein niedergelassener Arzt zu einem Patienten sagen muss: „Tut mir leid, mit Ihrer Krankenkasse habe ich keinen Vertrag. Ich kann Sie nicht behandeln.“ Die Vertragsärzte behandeln grundsätzlich jeden Kassenpatienten – egal, bei welcher Krankenkasse er versichert ist. Das ist der Vorteil, den die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung für die Patienten hat.

Die freie Arztwahl ist den Patienten wichtig. Umfragen zufolge wollen fast alle Deutschen sicher sein, nicht wegen ihrer Kassenzugehörigkeit oder eines ungünstigen Wahlтарifs von einem Arzt abgewiesen zu werden. *mn*

Möchten Sie auch in Zukunft selbst aussuchen können, zu welchem Arzt Sie gehen?

■ ja
□ nein, weiß nicht



Bevölkerungsumfrage „Arzt im Jahr 2020“ des Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie. (Juni 2007)

Fragen und Antworten

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



1 Ein Patient hat in diesem Quartal die Kassengebühr bereits bezahlt und legt nachträglich einen Überweisungsschein vor. Muss ich die Kassengebühr wieder auszahlen?

Nein, eine Praxis ist nicht verpflichtet, eine bereits gezahlte Kassengebühr wieder auszuzahlen. Laut Bundesmantelvertrag § 18 Abs. 1 begründet die nachträgliche Vorlage einer Überweisung, einer Quittung gemäß Abs. 2 oder eines Befreiungsausweises keinen Anspruch des Versicherten, die Kassengebühr zurückzubekommen.

2 Ein Familienvater bittet um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, da er wegen einer Erkrankung seiner Frau die Kinder betreuen muss. Darf ich in diesen Fällen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen?

Nein. Die Arbeitsunfähigkeit darf nur ausgestellt werden, wenn der Patient (in diesem Fall der Vater) selber krank ist. Wenn das Kind krank ist und ein Elternteil deswegen von der Arbeit befreit werden muss, können Sie das Muster 21 (Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr) ausstellen.

Wenn die Mutter krank ist und der Vater deshalb zu Hause bleiben muss, kann er nur Urlaub nehmen.

3 Ein Patient berichtet mir, seine Krankenkasse sei trotz von mir bescheinigter Arbeitsunfähigkeit zu dem Ergebnis gekommen, er sei arbeitsfähig. Welche Möglichkeiten habe ich, dagegen vorzugehen?

Sie haben das Recht, sich das Gutachten des MDK vorlegen zu lassen, auf dessen Grundlage die Krankenkasse zu diesem Urteil gelangt ist. In einem Antrag auf ein Zweitgutachten des MDK können Sie darlegen, warum Sie anderer Auffassung sind.

Werden die Meinungsverschiedenheiten trotz eines Zweitgutachtens des MDK nicht ausgeräumt, muss der MDK einen Arzt des betreffenden Fachgebietes zur Beurteilung beauftragen. (Rechtsquellen: § 62 Abs. 4 BMV-Ärzte bzw. § 19 Abs. 4 EKV)

4 Ist man als Vertragsarzt verpflichtet, einen Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie auszustellen?

Ja, der Konsiliarbericht ist vor Einleitung einer psychologischen Psychotherapie notwendig, um mögliche

organische Ursachen der Erkrankung auszuschließen.

Der Bericht muss laut Psychotherapie-Richtlinien möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung an den Psychotherapeuten übermittelt werden.

5 Ist die Polioauffrischimpfung eine Kassenleistung?

Nein. Eine routinemäßige Auffrischimpfung nach dem 18. Lebensjahr bei vollständiger Grundimmunisierung wird von der STIKO nicht empfohlen. Nur wenn eine grundimmunisierte Person in eine Region mit Infektionsrisiko reist, wird eine solche Impfung - obwohl Reiseimpfung - von der Kasse übernommen. Nach Ansicht des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht in diesem Fall zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit nach Deutschland vorzubeugen.

6 Ich habe gelegentlich Patienten, die in gelbfieberverseuchte Gebiete reisen wollen. Wo bekomme ich den Impfstoff?

Der Impfstoff ist über die Apotheke erhältlich. Mit Ausnahme von Tech-



Foto: Wikipedia

Gelbfieber-Mücke

niker Krankenkasse, Gmünder Ersatzkasse, ktp-BKK und Hamburger Zimmerkasse, die alle Reiseimpfungen übernehmen, ist für die Verordnung des Impfstoffes ein Privat Rezept zu verwenden.

Allerdings benötigt man für die Durchführung einer Gelbfieberimpfung eine behördliche Genehmigung.

Wenn Sie für einen Ihrer Patienten einen Kollegen suchen, der eine solche Impfung durchführen darf, hilft Ihnen die Abteilung Medizinische Fachberatung der KV gerne weiter. Tel: 22802-402 oder -442.

7 Bekommt man bei der Kassenärztlichen Vereinigung Impfausweise?

Nein. Impfausweise können über das Deutsche Grüne Kreuz e.V. bestellt werden. Die Kontaktdaten lauten:
Schuhmarkt 4
35037 Marburg
Tel.: 06421-293-0
Fax: 06421-293-170
www.dgk.de

8 Fällt mit Einführung des EBM 2008 die Berichtspflicht weg?

Nein. Die Leistungen nach den Nummern 01600 und 01601 sind in die Versicherten- und Grundpauschalen eingegangen und mit dem Honorar dieser Pauschalen abgegolten. Neben den Grundpauschalen ist die Berichtspflicht im Behandlungsfall (Quartal) also nicht mehr gesondert berechnungsfähig.

In Fällen, in denen die Versicherten-/Grundpauschale nicht in Ansatz gebracht wird (etwa wenn die Konsultationspauschale abgerechnet wird), kann die Berichtsleistung zusätzlich abgerechnet werden.

9 Kann ich die Testsubstanzen für den Prick-Test auch im neuen EBM 2008 über Sprechstundenbedarf anfordern?

Nein. Der Prick-Test nach der Nummer 03340 EBM 2000 plus ist im EBM 2008 in die Versichertenpauschale der Hausärzte aufgenommen worden -

und zwar einschließlich der Kosten für die Testsubstanzen.

Auch für den allergologisch-diagnostischen Komplex nach Nummer 30111 sind die Kosten mit dem Honorar abgegolten, so dass Sie die Testsubstanzen selbst beschaffen müssen.

10 Bei welchen Überweisungen muss ich die Konsultationspauschale 01436 EBM in Ansatz bringen?

Die Nummer 01436 EBM muss in folgenden Fällen in Ansatz gebracht werden:

1) bei einer Auftragsüberweisung an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte

2) bei einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung zur Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.1 (präoperative Behandlungen)

3) bei einer Überweisung innerhalb derselben Arztgruppe zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung zur Durchführung von Leistungen der Abschnitte 31.2 (ambulante OP) und/oder 31.5 (Anästhesie) sowie des Abschnitts 31.4 (postoperative Behandlungen)

Bei Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung zur Erbringung von Leistungen aus den Abschnitten 31.1, 31.2, 31.4 und 31.5 ist beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt immer die entsprechende Versicherten- oder Grundpauschale abzurechnen.

Nicht korrekte Überweisungen bringen Kollegen in die Zwickmühle

Es kommen zunehmend Patienten in die Praxis, die statt eines Überweisungsscheines lediglich eine Quittung über die bereits bezahlte Kassengebühr mitbringen. Kommen diese Patienten von einem Psychotherapeuten, ist dies in Ordnung. Psychotherapeuten können keine Überweisungen ausstellen.

Kommt der Patient aber von einem anderen Arzt, bringt das die weiterbehandelnde Praxis in Schwierigkeiten: Die Praxis darf solche Quittungen nicht als Überweisung

anerkennen und muss die Patienten auffordern, 10 Euro zu bezahlen. Das verweigern die Patienten aber oftmals mit dem Hinweis, in anderen Praxen würden Quittungen durchaus als Überweisung anerkannt. Einige Patienten sind so verärgert, dass sie die Praxis wechseln.

Deshalb die Bitte an zuweisende Ärzte: Halten Sie die vorgegebenen Verfahrensweisen ein und geben Sie Ihren Patienten nicht nur eine Quittung, sondern auch einen Überweisungsschein mit.

Verordnung der Interdisziplinären Frühförderung

Neue Vereinbarung mit den Krankenkassen: Zuweisung erfolgt auf normalem Kassenrezept

Durch „Interdisziplinäre Frühförderung“ sollen behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder therapeutisch begleitet und unterstützt werden, bevor sie in die Schule kommen.

Leistungen der Frühförderung werden notwendig, wenn ein noch nicht eingeschultes Kind neben Heilmitteln (KG, Ergotherapie oder Logopädie) im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes noch heilpädagogische Maßnahmen braucht – etwa bei Verhaltensauffälligkeiten, Kommunikationsproblemen, Angststörungen und Aggressionen.

Sieht der Arzt die Notwendigkeit für interdisziplinäre Frühförderleistungen, führen interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) auf dessen Verordnung hin eine umfangreiche Eingangsdiagnostik durch.

Die Krankenkassen und die KV Hamburg haben vereinbart, dass die Verordnung der Frühförderung auf dem normalen Kassenrezept (Muster 16) erfolgen soll.

Die Zuweisungsverordnung muss folgende Angaben enthalten:

- den Vermerk „Verordnung über die Eingangsdiagnostik interdisziplinärer Frühförderung“
- Diagnose (die eine solche Verordnung notwendig macht)
- Grund für die heilpädagogische Versorgung

Durch diese Regelung wird ausgeschlossen, dass die Verordnung zur Frühförderung versehentlich als Heilmittelverordnung die Richtgrößen des

Arztes belastet. Zudem ist eine klare Abgrenzung zu sonstigen Leistungen möglich.

Die Ärzte können selbstverständlich auch weiterhin Überweisungen in Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) zur ärztlichen Mit-/Weiterbehandlung ausstellen. Hierzu wird das normale Überweisungsformular verwendet.

Derzeit haben die Hamburger Krankenkassen nur mit dem Werner-Otto-Institut einen Versorgungsvertrag zur interdisziplinären Frühförderung abgeschlossen. Weitere Verträge sollen aber folgen. Die KV Hamburg wird darüber informieren, wenn die Hamburger Ärzte an weitere interdisziplinäre Frühförderstellen zuweisen können.

*Ansprechpartner:
Infocenter Tel: 22802-900*



Foto: Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Voraussichtlich ab April 2008 in Hamburg: Programm zur Früherkennung von Brustkrebs

Mammographie-Screening nicht auf Überweisung

Patientinnen werden von der Zentralen Stelle in Bremen eingeladen und verteilt

Aufgrund missverständlicher Medienberichte kommen immer wieder Patientinnen in die Arztpraxen, um sich eine Überweisung zum Mammographie-Screening abzuholen.

Tatsächlich stehen die organisatorischen Vorbereitungen dieses bundesweiten Vorsorgeprogramms nun auch in Hamburg vor dem Abschluss.

Der Start ist für April 2008 vorgesehen. Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres werden dann alle zwei Jahre von der so genannten Zentralen Stelle zur präventiven Mammographie eingeladen und einer der autorisierten radiologischen Praxen („Mammographie-Einheiten“) zur Durchführung dieser Untersu-

chung zugeteilt. Ein Überweisungsschein ist in diesem Verfahrensablauf nicht vorgesehen und deshalb auch nicht erforderlich. Allerdings soll die Patientin ihre Versichertenkarte zur Untersuchung mitbringen.

*Ansprechpartnerin der Mammographie-Einheiten in Hamburg:
Susanne Hinze Tel. 0176/80008876*

Heilmittelprüfverfahren der Ersatzkassen

Die Ersatzkassen haben mit Heilmittelprüfverfahren in „besonderen Fällen“ begonnen - also mit Prüfungen, die noch nicht im Rahmen der Richtgrößenvereinbarung stattfinden.

Dabei werden formale Auffälligkeiten in der Heilmittelverordnung (Muster 13) zum Anlass genommen, ein Prüfverfahren einzuleiten und einen Regress anzudrohen. Wegen der relativ hohen Kosten dürfen Heilmittel nur in strikter Beachtung

des sogenannten Heilmittelkataloges verordnet werden. Die Heilmittel-Richtlinie und deren Anhang, den Heilmittelkatalog, kann man im Internet unter www.g-ba.de abrufen oder bei der KV Hamburg in Papierform anfordern. Ansprechpartnerin: Gitta Miotk, Tel. 22802-571

*Ansprechpartner
Medizinische Fachberatung:
Eva-Elisabeth Zunke
Tel. 22802-402
Dr. Joachim Weidner
Tel. 22802-442*

Nun doch: HPV-Impfung für Asylbewerber

Die Hamburger Gesundheitsbehörde teilt mit, dass Asylbewerberinnen im Alter von 12 bis 17 Jahren Anspruch auf eine HPV-Impfung haben.

Damit korrigiert die Behörde ihre Verlautbarung vom Oktober 2007, in der es hieß, Leistungsbererechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz könnten Impfungen gegen Gebärmutterhalskrebs nicht in Anspruch nehmen. (KVH-Journal 4/2007, Seite 11)

Laut Asylbewerberleistungsgesetz muss die zuständige Behörde die ärztliche Versorgung „einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen“ sicherstellen.

Die STIKO empfiehlt HPV-Impfungen für alle Mädchen im Alter von 12 und 17 Jahren. mn

Qualitätssicherung

Leitlinien für Röntgendiagnostik und Computertomographie wurden aktualisiert

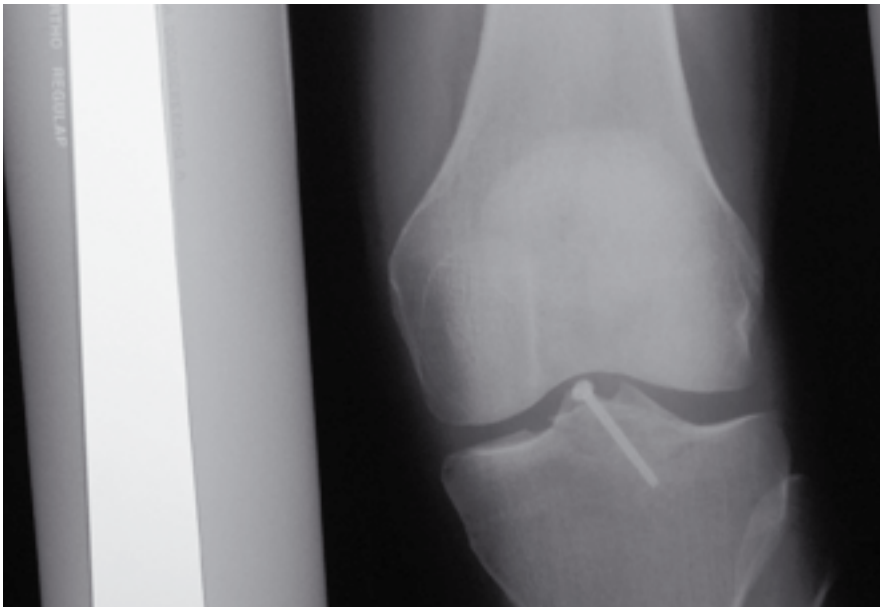


Foto: Melanie Vollmert

Die Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik und in der Computertomographie wurden überarbeitet und dem Stand der Wissenschaft und Technik angepasst. Die aktualisierten Leitlinien sind unter folgender Internetadresse erhältlich:

www.kvhh.de → Genehmigungspflichtige Leistungen → Radiologische Diagnostik

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

Qualitätsmanagement

Staatliche Zuschüsse für QM-Beratung

Vertragsärzte und -psychotherapeuten können für Beratungen zur Einführung eines QM-Systems Zuschüsse des Bundeswirtschaftsministeriums in Anspruch nehmen.

Das Ministerium will Freiberufler und kleine Unternehmen bei der Unternehmensführung unterstützen. Die Förderung ist vorerst befristet bis zum 30. Juni 2008 - bis dahin muss die Beratung abgeschlossen sein.

Drei Monate nach Abschluss einer Beratung kann die Erstattung von 40 Prozent der Beratungskosten (maximal jedoch 1.500 Euro) beantragt werden. Nähere Informationen und die Antragsformulare können auf der Homepage der Leitstelle für Gewerbeförderungsmittel des Bundes abgerufen werden.

www.leitstelle.org

Abgabe der Abrechnungsunterlagen I. Quartal 2008

Dienstag, 1. April 2008 bis Mittwoch, 16. April 2008 im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg Montag bis Freitag von 7:00 bis 16:30 Uhr und Samstag von 7:00 bis 13:00 Uhr

Die Frist zur Abgabe der Behandlungsausweise kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss gemäß § 1 Abs. 1 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen. Für ungenehmigt verspätet

eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet. Außerhalb der oben genannten Abgabzeiten können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

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

Machen alle Hausärzte das gleiche?

Das Beispiel „Psychosomatik“ zeigt: Die pauschalierte Honorierung ist der falsche Weg.

Kaum eine Änderung im EBM 2008 wird so kontrovers diskutiert wie der Zuschlag „Psychosomatik“ auf die Versichertenpauschale.

Die Kritik ist berechtigt. An keinem anderen Beispiel lässt sich die kontraproduktive Wirkung von Honorarpauschalen so gut demonstrieren wie an der Psychosomatik.

Die Versichertenpauschale soll nach den Vorstellungen ihrer Erfinder (die im Hausärzteverband sitzen) der Tatsache Rechnung tragen, dass hausärztliche Versorgung im wesentlichen gleich sei.

Dies gelte, so hieß es im „Beratenden Fachausschuss Hausärzte“ der KBV, der das neue hausärztliche Kapitel im EBM maßgeblich geschrieben hat, auch für „besondere“, in aller Regel auch genehmigungspflichtige Leistungen wie Psychosomatik, EKG, Sonographie und manches andere. Auch diese Leistungen würden mittlerweile derart flächig angeboten, dass man sie der Pauschale zuschlagen könne.

Verschärftes Problem

Dies soll dadurch geschehen, dass es pro Patient einen Aufschlag gibt, wenn der Arzt die entsprechende Genehmigung besitzt: Hat der Arzt beispielsweise die Genehmigung zur Erbringung von Sonographie-Leistungen, wird bei jedem Patienten ein „Sono-Zuschlag“ fällig, egal ob geschallt wurde oder nicht. Gleiches gilt auch für psychosomatische Leistungen.

Dass nicht alle genehmigungspflichtigen Leistungen zum Pauscha-

len-Zuschlag umgewandelt wurden, lag an den Krankenkassen: Die wollten Mindestmengen für die Abrechnung vorschreiben, was die KBV ablehnte. So kam nur die Psychosomatik, für die eine derartige Forderung der Kassen nicht aufgestellt worden war, zu der zweifelhaften „Ehre“, als Zuschlag im EBM aufzutauchen.

Das Problem ist, dass gerade die psychosomatische Ausrichtung einer hausärztlichen Praxis durchaus schwerpunktmäßig erfolgt. Es gibt viele Praxen, die in der Psychosomatik einen Schlüssel zur Behandlung von Krankheiten sehen. Und viele Patienten suchen genau diese Versorgung.

Dies wird aber mit Zuschlägen nicht abgebildet. Wenn bei der überwiegenden Zahl der Patienten psychosomatische Leistungen erbracht werden, ist die Zahl der „nicht honorierten“ Leistungen erheblich höher als in einer „normalen“ Hausarztpraxis. Dieses Problem wird dadurch verschärft, dass psychosomatisch ausgerichtete Praxen natürlicherweise eine unterdurchschnittliche Patientenzahl aufweisen.

Die KV Hamburg hat auf dieses Problem reagiert:

- Betroffene Praxen können nach Einzelfallprüfung die Genehmigung erhalten, psychosomatische Leistungen aus anderen Fachkapiteln abzurechnen. Dieses Recht hat die KV und nutzt es; die Prüfung läuft derzeit.
- Auf der Ebene des Verteilungsmaßstabes sollen die übrigen genehmi-

gungspflichtigen Leistungen außerhalb des pRVV abrechenbar werden, so dass sie nicht via Verteilung in der Pauschale versenkt werden.

- Auf der Bundesebene wird sich die KV Hamburg massiv dafür einsetzen, die Tendenz zur weiteren Pauschalierung zu stoppen und – soweit möglich – zurückzudrehen.

Gesetzliche Vorgabe

Die Probleme der psychosomatisch ausgerichteten Hausarztpraxen beleuchten pars pro toto die Probleme einer pauschalierten Honorierung. Einer Pauschale sieht man nicht an, was der Arzt tatsächlich gemacht hat, gleichgültig, ob man für die Pauschale 40, 85 oder 135 Euro bekommt.

Es ist eben eine Mär, dass alle Hausärzte das Gleiche leisten – eine Mär, die vom Hausärzteverband im Vorfeld der vergangenen Gesundheitsreform bei der Politik platziert wurde. Nun steht die Pauschalierung hausärztlicher Leistungen sogar im Gesetz.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem EBM 2008 zeigen, dass der falsche Weg eingeschlagen wurde. Wir müssen wieder zu einem differenzierteren Honorarsystem kommen.

Gerade für Hausärzte ist dies wichtig, damit sie in dem immer stärker wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem in der Lage sind, sich mit Schwerpunkten zu spezialisieren und dies auch darzustellen. Die KV Hamburg wird dies unterstützen.

*Walter Plassmann, stellvertretender
Vorstand der KV Hamburg*

Zielvereinbarung 2008

Die wichtigsten Neuerungen

Seit 1. Januar 2008 gilt die neue Zielvereinbarung bei der Arzneimittelverordnung. Im KV-Telegramm 30/07 wurde die Vereinbarung bereits vorgestellt. Wir bitten Sie aber, die Zielvereinbarung selbst gründlich zu lesen.

Hier nochmals eine Erläuterung der wichtigsten Neuerungen:

Die **Zielfelder Metformin, Tramadol und Tilidin** wurden ersatzlos gestrichen. Das Wegfallen der Zielfelder bedeutet, dass für diese Wirkstoffe keine weiteren Regelungen getroffen worden sind. Selbstverständlich sind die Wirkstoffe auch weiterhin verordnungsfähig und unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsprinzip.

Für das **Zielfeld der nichtsteroidalen Antirheumatika** (zum Beispiel Diclofenac etc.) wurde ein Verordnungsanteil (verordnete DDD) für Coxibe von 1 Prozent vereinbart. Ein Zielwert für den gesamten Bereich wurde nicht definiert!

Die **Zielwerte der übrigen Zielfelder** wurden neu vereinbart, wobei unter anderem Kostenentwicklungen berücksichtigt wurden. Prüfen Sie bitte im eigenen Interesse Ihre Verordnungen in diesen Bereichen noch einmal auf medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Für die **Blutzuckerteststreifen** wurden für verschiedene Verordnungsbereiche verbindliche Höchstmengen festgelegt. Dies ist ein Bereich mit höchster Kostenrelevanz bei steigender Tendenz. Die Regelungen sollten möglichst konsequent eingehalten werden. Das schließt Abweichungen in begründeten Fällen (bitte dokumentieren!) nicht aus.

Weil dies viel „Kommunikationsarbeit“ der Ärzte mit ihren Patienten erfordert, wird die KV Hamburg darauf dringen, dass auch die Krankenkassen ihrer Informationspflicht gegenüber den Versicherten künftig besser nachkommen.

Für etliche **kostenintensive Wirkstoffe mit Umsatzrelevanz** (zum Beispiel Carvedilol, Asthmakombinationspräparate, Aliskiren, Antidepressive u.a.) sind Hinweise aus Therapieempfehlungen und Leitlinien übernommen worden.

Für **Biosimilars** (Somatotropin und Erythropoetin-haltige) sind Verordnungsanteile festgelegt worden. Bei vorliegender Indikation sollten die Ärzte diese bei Ersteinstellungen oder vorzunehmenden Umstellungen also vorrangig berücksichtigen. Von allen verordneten DDD's der Erythropoetin-haltigen Präparate (Epoetin alfa, beta

und delta) sollen 20 Prozent auf die Erythropoetin enthaltene Biosimilars entfallen.

Zur Zeit sind nur Epoetin alfa-haltige Biosimilars zugelassen (Bionocrit®, Abseamed® und Epoetin alfa Hexal®). Zulassungsindikationen der verschiedenen Präparate sowie Kontraindikationen für einzelne Darreichungsformen (zum Beispiel s.c.) sind selbstverständlich zu beachten! Diese Informationen entnehmen Sie bitte den entsprechenden Fachinformationen.

Abweichungen von diesem Verordnungsanteil sind möglich, die Gründe dafür müssen aber gut dokumentiert werden. Bitte bedenken Sie, dass die Anerkennung als Praxisbesonderheit voraussetzt, dass wirtschaftlich verordnet wurde. *Le*

Die Zielvereinbarung finden Sie im Internet unter:

www.kvhh.de → Rechtsquellen & Verträge → Gesetze und Verträge → Verträge → ganz nach unten: Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2008 → ganz nach unten: Anlage 3 → Anlage 3 zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2008

Ansprechpartner:
Regina Lilje Tel.
22802-489
Ulrich Skoglund Tel.
22802-811

Was ist ein Biosimilar?

Biosimilar sind Nachahmerpräparate der sogenannten Biopharmazeutika. Die Biopharmazeutika sind Proteine mit einer komplexen dreidimensionalen Struktur, die aus lebenden Zellen gewonnen werden – zum Beispiel Wachstumshormon, Interferone oder Erythropoetine.

Da diese Biopharmazeutika durch physikalisch-chemische Parameter nicht hinreichend definiert werden können (wie es bei niedermoleku-

laren, chemisch hergestellten Wirkstoffen möglich ist), müssen Hersteller der biotechnologisch hergestellten Nachahmerpräparate bei der Zulassung belegen, dass Wirksamkeit und Sicherheit ihres Produktes erhalten geblieben sind.

Eine vereinfachte Zulassung wie bei den klassischen Generika mit Bezug auf die Daten des Originals ist nicht möglich. Die Europäische Zulassungsbehörde (Ema) verlangt, dass in um-

fangreichen klinischen Studien mit relativ hohen Patientenzahlen belegt wird, dass Wirksamkeit und Sicherheit erhalten geblieben sind.

Um sie auch namentlich von den klassischen Generika abzugrenzen, spricht die Zulassungsbehörde nicht von Biogenerika, sondern von Biosimilars, um zu betonen, dass diese dem Original ähnlich sind, aber nicht identisch. *Le*

Stigmatisierung durch Spätdyskinesien

Ältere Neuroleptika oder Atypika? Die Diskussion reißt nicht ab. Hier ein Fallbeispiel, in dem sich der Arzt gewünscht hätte, bereits früher Atypika zur Verfügung gehabt zu haben.

Die folgende Vignette stammt aus der Zeit kurz vor der breiten Einführung moderner atypischer Neuroleptika.

Ein verzweifelter Mann bat mich, seine kranke Frau Zuhause zu untersuchen und zu behandeln. Ich traf auf ein nettes älteres Ehepaar, das sich in vieler Hinsicht mit der chronischen Wahnerkrankung der Frau arrangiert hatte.

Es lag ein ausgeprägter paranoider Wahn bei einer chronischen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis vor, dessen Inhalte ich hier übergehe, um die Persönlichkeit unerkannt zu lassen.

Regelmäßige Besuche

Jedenfalls führte der Wahn dazu, dass die Frau seit Jahren ihre Wohnung nicht mehr verlassen hatte. Sie war weder zum Friseur noch zum Zahnarzt gegangen, obwohl ihr Zahnstand sehr depriviert war. Im Gespräch war sie bis zu einem gewissen Grad zugänglich, durchgehend freundlich und dankbar für jeden meiner Besuche, die ich in den folgenden Jahren regelmäßig machte.

Einer medikamentösen Behandlung gegenüber hatte sie Vorbehalte. Vor allem lehnte sie Pillen, Kapseln und Tropfen ab. Ins Krankenhaus wollte sie sich auch nicht begeben – sie hatte ja jahrelang das Haus nicht verlassen. Sie willigte nach langem und gutem Zureden des Mannes und mir in eine depot-neuroleptische Behandlung ein.

Ich wählte Flupentixol-Decanoat aus. Mit diesem Mittel habe ich viele Jahre lang gute Erfahrungen gemacht. Es wurde mit einer kleinen Dosis begonnen, die in den folgenden Monaten langsam erhöht wurde.

Der Wahn ging nicht zurück. Etwa nach 6 Monaten wurde die Aufnahme in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus von mir veranlasst. Die Unterbringung musste über eine gesetzliche Betreuung erfolgen, da die Patientin nicht wirksam einwilligen

Zum Artikel „Atypische Neuroleptika“ im KVH-Journal 4/2007 (Seite 16) haben uns viele Rückfragen und Stellungnahmen erreicht. Wir drucken nebenstehend eine Leserzuschrift von Dr. Guntram Hinz, dem Vorsitzenden des Berufsverbandes der niedergelassenen Neurologen in Hamburg.

An dem hier geschilderten Fallbeispiel wird deutlich, dass eine Therapieentscheidung von verschiedenen Kriterien abhängig ist und sein muss. Studienergebnisse können nur die wissenschaftliche Basis bilden und sollten durch die ärztliche Erfahrung ergänzt werden. Erkenntnisse aus beiden Bereichen sind notwendig, um Therapieoptionen unter realistischen Bedingungen beurteilen zu können.

Atypische Neuroleptika können Studien zufolge erhebliche Nebenwirkungen haben - zum Beispiel Hyperglykämien (Psychiatrische Praxis 2007 Jan;34 (1):46-9). Dr. Guntram Hinz beschreibt in seinem Beitrag einen Fall, in dem durch ältere Neuroleptika eine Dyskinesie ausgelöst wurde. Die Risiken beider Therapien gilt es gegeneinander abzuwägen. Le

konnte. Das nahm weitere drei Monate in Anspruch.

In der Klinik haben die Kollegen dann wirklich alle Register ihres therapeutischen Könnens gezogen – es blieb vergeblich. Die Patientin kehrte nach 12 Wochen unverändert, aber weiterhin freundlich und dankbar nach Hause zurück.

Der Ehemann war verzweifelt und wusste nicht weiter. Er tat sein Bestes, um seine Frau mit ihrem Wahn und ihrer Singularität zu pflegen. Diese bestand darauf, dass ich sie weiter mit dem Depot-Neuroleptikum behandelte. Offenbar hatte sie sich an meine zweiwöchigen Besuche gewöhnt und mochte mich trotz meines offensichtlichen Misserfolgs ganz gern.

Nach weiteren 1,5 Jahren entwickelte sich ein anfangs leichter, dann allmählich zunehmender Tremor der Hände. Ich wollte das Mittel absetzen, aber sie ließ es nicht zu. Biperiden und β -Blocker als Gegenmittel nutzten nichts.

Marginale Wirkung

Das zu Beginn bereits sehr hohe Gewicht blieb weiter bestehen oder

nahm sogar noch zu. Die Haushaltswaage reichte nicht mehr aus, um diese Frage zu klären. Angesichts der ohnehin nur marginalen Wirkung auf die Wahnkrankheit setzte ich das Neuroleptikum endgültig ab. Zu einer Verschlechterung kam es nicht. Aber der Tremor blieb bestehen und es ist zu befürchten, dass er auch heute, Jahre später noch vorliegt.

Hölzerner Gang

Tremor ist nur die bekannteste Spätnebenwirkung typischer Neuroleptika. Die als tardive Dyskinesie bezeichnete generalisierte Bewegungsstörung betrifft oft das Gangbild. Der Gang wird hölzern, die Arme schwingen nicht mit und werden angewinkelt und starr nach vorne gehalten.

Dieses so genannte Parkinsonoid ist die unmittelbare Folge mittel- bis langfristiger Gabe klassischer Neuroleptika. Es führt zu einer physischen Stigmatisierung psychotischer Menschen, deren Gesichtszüge ausdruckslos sind, während sie oft stereotype mahlende Bewegungen mit Mund und Kiefer machen müssen oder mit der Zunge rollen.

Der Geübte konnte sie früher häufig im Stadtbild identifizieren. Manche Betroffene können nicht mehr ruhig sitzen bleiben und müssen fortwährend auf und ab gehen. Nur selten reagieren Spätdyskinesien auf Parkinson-Medikamente wie zum Beispiel Biperiden. Auch die meisten anderen Mittel versagen hier vollständig.

Naber spricht von „neuroleptischem Parkinsonoid“ (Naber et al. 1999). Dieses Stigma-Syndrom ist seit Beginn der Behandlungsära mit hochpotenten Neuroleptika zu Beginn der 60er Jahre die größte Krux der biologischen Schizophrenie-Therapie. Studien aus den 80er Jahren haben eindeutig gezeigt, dass das Auftreten von Spätdyskinesien nicht von der laufenden Dosis abhängig ist (siehe Naber 2007).

Auslösender Effekt

Die lebenslang eingenommene Menge scheint einen gewissen auslösenden Effekt zu haben. Keine Alters-, Diagnose- oder Geschlechtsgruppe ist grundsätzlich davon verschont. Diese Studien- und Erfahrungsdaten sind von grundlegender Bedeutung, wenn eine Kosten-Nutzen-Bewertung moderner „atypischer“ Neuroleptika vorgenommen wird (siehe Lilje 2007).

In der Gruppe der Psychosemedikamente unterscheiden sich die atypischen von den typischen Neuroleptika dadurch, dass sie viel seltener die Motorik beeinträchtigen. Relevante und häufigere UAWs der neueren Antipsychotika sind das metabolische

Syndrom mit Diabetes mellitus und P-Q-Zeitverlängerung. Möglicherweise werden bei älteren Menschen zerebrale Insulte durch einzelne Atypika begünstigt.

Prolaktinerhöhungen gab es dagegen auch schon bei den älteren Pharmaka. Die seelischen und körperlichen Voraussetzungen des Patienten wird

leptika als Generika zur Verfügung stehen. Auch Amisulprid gibt es bereits von mehreren Anbietern. Clozapin spielt wegen einer möglichen Leukopenie eine Sonderrolle.

Was würde ich meiner früheren Patientin heute in der Zeit der Atypika verordnen? Sehr wahrscheinlich ein atypisches Neuroleptikum. Wegen des

Der Wahn ging nicht zurück. Doch die Patientin entwickelte einen Tremor der Hände.

der Psychiater bei seiner Entscheidung für ein bestimmtes Medikament vor dem Hintergrund seiner persönlichen Erfahrung wie derjenigen des betroffenen Patienten berücksichtigen.

Die S3-Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN nehmen eindeutig Rekurs auf diese grundlegenden Evidenz-Kriterien der persönlichen Erfahrung von Behandler und Behandeltem.

Praktisches Problem

Ein erhebliches praktisches Problem stellten bislang die höheren Kosten der Behandlung mit atypischen Neuroleptika dar.

Dies wird sich in Kürze durch die Marktmechanismen entschärfen, weil seit Ende des vergangenen Jahres mit Risperidon und Olanzapin zwei wichtige Vertreter der atypischen Neuro-

vorbestehenden Übergewichts wäre Olanzapin eher ungünstig, Risperidon könnte ebenfalls zu einem leichten Tremor führen. Amisulprid oder Quetiapin wären mögliche Kandidaten.

Ob die Behandlung der Patientin besser geholfen und ihre wahnhaften Ängste gebessert hätte, bleibt Spekulation. Ziemlich sicher ist, dass sie heute nicht zittern müsste.

*Dr. Guntram Hinz,
niedergelassener Neurologe und
Psychiater in Poppenbüttel*

Literatur:

Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN, Darmstadt 2006
Regina Lilje: Atypische Neuroleptika, KVH Journal 4/07
Dieter Naber, Martin Lambert und Michael Krausz: Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten, Bienen 1999
Dieter Naber: Atypische Antipsychotika, Hamburger Ärzteblatt 9/07

Atypika stehen nun auch generisch zur Verfügung

Der durch den Einsatz von Atypika entstehende Kostendruck hat durch den Ablauf des Patentschutzes für Olanzapin und Risperidon etwas nachgelassen. Beide Substanzen stehen generisch in allen erforderlichen Stärken zur Verfügung. Das gibt den Ärzten die Möglichkeit, ihre Verordnungskosten zu senken, ohne die Therapie für ihre Patienten verändern zu müssen. Ab dem April 2008 wird in der Apotheke auch dann nach den bekannten Kriterien

substituiert werden müssen, wenn keine Hinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen vorliegen. Verordnet ein Arzt dann ein Originalpräparat wie Zyprexa, so wird die Apotheke dies bei bestehenden Rabattverträgen gegen ein rabattiertes Präparat (Generikum) substituieren müssen. Natürlich kann der Arzt die Substitution wie gehabt durch ein gesetztes Kreuz verhindern. Die Substitution sollte der Arzt aber nur aus me-

dizinisch/therapeutischen Gründen verbieten. Selbstverständlich kann der Arzt auch selbst ein kostengünstiges Generikum wählen und durch ein gesetztes Kreuz den Wechsel von Anbietern für seinen Patienten unterbinden.

*Ansprechpartner für Fragen
zu Arzneimitteln:
Regina Lilje Tel: 22802-489
Ulrich Skoglund Tel. 22802-811*

Ausbau von Vorsorgeuntersuchungen

KBV erarbeitet Vorlage zu verbessertem Gesundheitsschutz für Kinder

„Wir engagieren uns für einen besseren Gesundheitsschutz der Kinder. Deshalb wollen wir die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen ausbauen“, erklärte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), am 23. Januar 2008 in Berlin.

Die KBV erarbeitet derzeit eine Vorlage für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) von Ärzten und Krankenkassen, um die Kinderrichtlinien entsprechend zu ergänzen. Die bisherigen nach Alter gestaffelten Vorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 9 sollen aufgestockt und inhaltlich erweitert werden. Konkret geht es um eine zusätzliche Untersuchung U 7a zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr.

„Ich appelliere hier an die Krankenkassen, diese Erweiterung gemeinsam mit uns im GBA zu beschließen“, sagte Müller. Darüber hinaus setzt sich die KBV für eine Gesetzesänderung ein, die es ermöglicht, Kinder über das sechste Lebensjahr hinaus regelmäßig zu



Foto: Andrea Jüttner-Lohmann – fotolia.com

Bisher werden Kinder regelmäßig untersucht, bis sie sechs Jahre alt sind.

untersuchen. „Wir schlagen außerdem eine U 10 für Achtjährige und eine U 11 für Zehnjährige vor. Gerade in diesem Alter wirken sich schulische und Sozialisationsprobleme auf die körperliche Gesundheit der Kinder aus“, erklärte der KBV-Vorstand.

Die beiden zusätzlichen Untersuchungen sollen neben der körperlichen Entwicklung auch psychosoziale

Faktoren berücksichtigen. „Den Ärzten kommt bei den Untersuchungen eine betreuende Funktion zu, die sie auch gerne übernehmen. Die Rolle einer Kontrollinstanz über die Einhaltung der Termine können sie jedoch nicht ausfüllen. Die Terminüberwachung sollten die Krankenkassen für ihre Versicherten übernehmen“, so Dr. Carl-Heinz Müller. *kbv*

Künftig mehr Arzneimittel für Kinder?

EU-Verordnung soll spezielle Zulassungen vorantreiben

Mit der im Januar 2007 in Kraft getretenen EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln soll die Entwicklung und Zugänglichkeit von Arzneimitteln für Kinder erleichtert und Informationen über Arzneimittel für verschiedene kindliche Altersgruppen verbessert werden.

„Pharmazeutische Unternehmen sind nun vor der Zulassung neuer Wirkstoffe verpflichtet, diese in den angestrebten Indikationen auch für Kinder zu entwickeln und dafür ein pädiatrisches Prüfkonzept vorzulegen und abzuarbeiten“, sagte Prof. Dr. Joachim Boos, Kinderarzt an der Universitätsklinik Münster, auf einem Symposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) im Januar 2008.

Bislang werden Arzneimittel bei Kindern häufig außerhalb ihrer Zulassung eingesetzt. „Untersuchungen haben gezeigt, dass der Off-Label-Use

besonders häufig bei Neugeborenen und Säuglingen erfolgt. Dies führt zu einer höheren Rate an unerwünschten Arzneimittelwirkungen, da die genaue Dosisangabe sowie der Hinweis auf mögliche Wechselwirkungen dem behandelnden Arzt nicht vorliegen“, erklärte Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ.

„Es ist medizinisch und ethisch nicht mehr vertretbar, dass Kinder weiterhin nicht den pharmakotherapeutischen Zugang haben sollen, wie er ihnen laut Arzneimittelgesetz zugesichert ist“, erklärte Prof. Dr. Hannsjörg W. Seyberth, Vorsitzender der Kommission für Arzneimittelsicherheit im Kindesalter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Arzneimittelhersteller, medizinische Forschung und die Arzneimittelzulassungsbehörden müssten in dieser Frage ein größeres Problembewusstsein entwickeln, forderte Seyberth. *mn*

Patientenzufriedenheit folgt eigenen Regeln

Wer ausreichend zuhört, bekommt bessere Bewertungen

Ob Patienten mit ihrem Arzt zufrieden sind, hat offenbar nicht unbedingt etwas mit dessen medizinischer Kompetenz zu tun. Die Auswertung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe in Florida hat ergeben, dass den stärksten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit die Frage hat, ob der Arzt ausreichend zuhört. Wurde diese Frage bejaht, bekam er mit 6,4mal höherer Wahrscheinlichkeit eine positive Bewertung. Auch der Gesundheitszustand eines Patienten hat ganz maßgeblichen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Arzt. Gesundere Patienten beurteilen ihren Arzt 1,5mal positiver als kränkere. (Hong Xiao, Janet P. Barber: The Effect of Perceived Health Status on Patient Satisfaction. In: Value in Health, 17.12.2007) *mn*

Wie Ärzte voneinander lernen können

Der Austausch von Erfahrungen hilft dabei, Behandlungsfehler zu vermeiden. Deshalb fördert die KBV ein Internetforum, in dem Ärzte anonym über kritische Ereignisse berichten.

Missverständnisse zwischen Ärzten und Assistenten im Operationssaal, falsch gelagertes oder etikettiertes Material, mangelnde Kommunikation: Oftmals sind es vergleichsweise harmlose Auslöser, die zu einem Sicherheitsrisiko für Patienten werden können.

Künftige Behandlungsfehler vermeiden, indem kritische Ereignisse aus der Vergangenheit zur Diskussion gestellt werden – das ist die Idee von CIRSmedical.

Die Abkürzung CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Als internetbasiertes System dient es Ärzten und medizinischem Fachpersonal als Diskussionsforum. Ziel ist es, kritische Ereignisse und (Beinahe-)Fehler sowie deren Ursachen zu erkennen und durch den gegenseitigen Erfahrungsaustausch zu verhindern.

Die Teilnahme ist absolut freiwillig und frei von Sanktionen. Sämtli-

che Angaben erfolgen anonym und bleiben vertraulich. Der Bericht erfolgt über ein einfach und klar strukturiertes Standardformular. Neben dem eigentlichen Vorfall werden auch Begleitumstände wie die Dringlichkeit der Versorgung und der Ort des Ereignisses berücksichtigt.

Wichtiges Merkmal von CIRSmedical ist der Forumscharakter. Andere Nutzer können die gemeldeten Ereignisse diskutieren und Verbesserungsvorschläge austauschen.

Derzeit wird ein Fachbeirat eingerichtet, um den Berichtenden aller Fachgruppen darüber hinaus ein spezifisches Expertenfeedback zu ermöglichen.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat die CIRS-Internetseite im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer vor kurzem überarbeitet.

Seit Frühjahr 2005 fördert die KBV das System im Rahmen ihres Engagements für Qualitätsmanagement in der Medizin.

„Fehler können schon dadurch vermieden werden, indem man Erfahrungen miteinander teilt. So lassen sich Parallelen erkennen und Risiken minimieren. Jeder, der ein kritisches Ereignis berichtet, trägt damit zum Erkenntnisgewinn der Teilnehmer bei. Davon profitieren alle, Ärzte, medizinisches Fachpersonal und natürlich die Patienten“, erklärte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV.

„Ich rufe alle Kolleginnen und Kollegen auf, CIRS zu nutzen. Dabei handelt es sich um einen einfachen Weg, um Fehler zu vermeiden und von den Erfahrungen anderer zu profitieren.“

kbv

Webseite von
CIRSmedical:

www.cirsmedical.de

Forum

Tag der Sinne

HNO-Ärzte bauen Erlebnisparcours im Ärztehaus auf

Der Hamburger Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und das HNO-Qualitätsförderungsnetz veranstaltet am 12. April 2008 einen „Tag der Sinne“.

Im Hamburger Ärztehaus wird ein Parcours aufgebaut: Für Kinder gibt es ein Geruchsmemory, einen Brüllkonstest und eine Hüpfburg. Erwachsene können ihr Gehör testen - oder ihren Gleichgewichtssinn beim Bullenreiten. Die Wichtigkeit und Funktion gesunder Sinne soll in diesem Rahmen erlebt werden. Doch die HNO-Ärzte wollen auch ihr Fach vorstellen und den Besuchern zeigen, wo Hilfe zu finden ist, wenn etwas nicht mehr stimmt mit den Sinnen.

Infos: www.hno-netz-hamburg.de

Gelebte Vernetzung bei „Think the Link“

Hamburger Facharztgespräche: Interdisziplinärer Austausch zum Thema Hypertonie und Schlaganfall

Zum vierten Mal lädt Prof. Dr. Detlef Mathey vom Medizinischen Versorgungszentrum Prof. Mathey / Prof. Schofer die niedergelassenen Ärzte zu den Hamburger Facharztgesprächen ein.

Am 16. April 2008 werden Experten aus Deutschland und der Schweiz im Le Royal Meridien über neue, außergewöhnliche Therapieansätze bei Hypertonie und Schlaganfall diskutieren, so etwa über die Möglichkeit der Impfung bei Hypertonie. „Ziel dieser fachärztlichen Gesprächsrunden ist es, neue Erkenntnisse aus benachbarten Fachgebieten zu erfahren“, so Mathey. Die Hamburger Facharztgespräche „Think the Link“ finden seit September 2006 statt. Auf die Idee, solche Treffen

zu initiieren, kam Mathey, weil sich im Praxisalltag immer wieder zeigte, dass die Behandlung eines Patienten die gemeinsame Aufgabe vieler Ärzte ist. Deshalb sollen Fachärzte zusammengebracht werden, um aktuelles Wissen auszutauschen und einen Blick über den Tellerrand der verschiedenen Disziplinen zu ermöglichen. „Uns kommt es auf die Schnittstellen der Spezialisierungen an“, so Mathey.

Im Vorfeld der vierten Facharztgespräche haben die Veranstalter Fragebögen verschickt, um herauszufinden, welche Themen den niedergelassenen Fachärzten wichtig sind. Daran orientiert sich das Programm.

Infos: Tel: 040 / 889 009 550
oder per E-mail: office@herz-hh.de



Foto: Heinz Wernicke

Elbinsel Wilhelmsburg: „Die Menschen hier haben einen hohen medizinischen Versorgungsbedarf.“

Mit langem Atem

Im Vergleich zum Hamburger Durchschnitt hat Wilhelmsburg kränkere Patienten und weniger Praxen. Und es gibt noch eine Besonderheit: Die Ärzte kämpfen für ihren Stadtteil.

Im Frühjahr 2007 wurde ich zusammen mit einem Kollegen zu einer Gesprächsrunde der Internationalen Bauausstellung (IBA) über ein Projekt zur Verbesserung der psychomedizinischen Versorgung in Wilhelmsburg eingeladen.

Dort mussten wir hören, dass die Wilhelmsburger mit der medizinischen Versorgung im Stadtteil nicht zufrieden seien und dass die Ärzte nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der Patienten eingingen.

Diese Aussagen erstaunten und verärgerten uns. Keiner der gesund aussehenden Anwesenden hatte es für nötig befunden, mit den Ärzten vor Ort oder mit den von uns betreuten Patienten darüber zu reden.

Wir hatten den Eindruck, dass die Versuche der Wilhelmsburger Ärzte, mit engagierter (Mehr-)Arbeit eine gute Versorgung im Stadtteil aufrechtzuerhalten, nicht wahrgenommen wurden.

Aktives Netzwerk

Der Inselcharakter Wilhelmsburgs trägt dazu bei, dass wir Ärzte uns für den Stadtteil verantwortlich fühlen. Seit 2004 gibt es hier ein sehr aktives Netzwerk der niedergelassenen

Ärzte und Psychotherapeuten. In der „Wilhelmsburger Ärzteschaft“ haben sich 42 der 55 in Wilhelmsburg arbeitenden Ärzte und Psychotherapeuten zusammengeschlossen, um die medizinische Versorgung im Stadtteil effizienter zu machen.

Probleme und Chancen

Haus- und Fachärzte ziehen an einem Strang. Wir arbeiten eng mit den Sozialberatungsstellen zusammen. Wir hatten ein Treffen mit den Krankengymnasten, um uns auszutauschen und uns kennen zu lernen. Wir planen ein solches Treffen mit den Pflegediensten und dem Pflegeheim. Auch der Hospizdienst hat angerufen und möchte mit uns reden.

Aus dieser Zusammenarbeit soll so etwas wie eine integrierte ambulante Versorgung erwachsen. Hinzu kommt eine seit langem praktizierte enge Kooperation mit dem Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand und den dort tätigen Ärzten und dem Pflegepersonal.

Wilhelmsburg gehört zu den Hamburger Stadtteilen, die als problematisch gelten. Der Hamburger Senat hat in seiner Analyse „Stadt-Diagnose 2“ (2001) Wilhelmsburg als Stadtteil mit

„schlechter sozialer Lage“ eingestuft: Das Pro-Kopf-Einkommen ist geringer als im Hamburger Durchschnitt. Es gibt mehr Arbeitslose, größere Schulprobleme; die Bessergestellten ziehen weg.

Aber Wilhelmsburg hat auch Chancen, und die wiegen mindestens genauso schwer wie die Nachteile. Die Chancen - das sind die vielen Kinder, die wir hier auf der Straße sehen, das ist das niedrige Durchschnittsalter und das Zusammenleben der verschiedensten Nationen.

Dennoch: Experten sind sich darüber einig, dass eine schlechte sozioökonomische Lage ein Risikofaktor für das Auftreten von Krankheiten und für ein reduziertes Krankheitsbewältigungspotential ist (siehe beispielsweise Andreas Milk: „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“, Bern 2000).

Höherer Bedarf

Stadtteile wie Wilhelmsburg haben eine höhere Säuglingssterblichkeit, geringere Impfraten bei Kindern. Es gibt mehr Unfälle, vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes, Krebs und Herzinfarkt und mehr psychische Erkrankungen.

Viele Patienten, die zu uns in die Arztpraxen kommen, sprechen kein

Deutsch. Andere nur wenig. Der vergleichsweise hohe Anteil an Analphabeten unter den Patienten erschwert die Pharmakotherapie.

Die Menschen hier wissen weniger über Gesundheit und Krankheit, wissen weniger über gesunde Lebensführung und Ernährung. Wir brauchen viel Zeit für den einzelnen Patienten. Das führt zu Wartezeiten bei der Terminvergabe und in den Wartezimmern der Praxen.

Hinzu kommt, dass die Arztdichte im Vergleich zum Hamburger Gesamtgebiet unterdurchschnittlich ist. Während in Hamburg ein niedergelassener Arzt auf 463 Bewohner kommt, ist dieses Verhältnis in Wilhelmsburg eins zu 879 und auf der Veddel eins zu 2388. Alle Arztgruppen sind im Vergleich zum Hamburger Gesamtgebiet unterrepräsentiert (Quelle: Drucksache der Bürgerschaft 18/31/07).

Weniger niedergelassene Ärzte bei einem höheren Bedarf an medizinischen Leistungen - sollten die Teilnehmer der IBA Gesprächsrunde also doch Recht gehabt haben? Sind die Wilhelmsburger mit der ambulanten medizinischen Versorgung unzufrieden?

Befragung der Wilhelmsburger

Für uns war dieser Vorwurf der Anstoß dafür, die Wilhelmsburger selbst zu befragen. Im September 2007 gaben wir 4000 deutschsprachige und 2000 türkischsprachige Fragebögen in Praxen und Kulturvereinen aus und schal-



Dr. Klaus-Jürgen Harloff: „Wir wollten wissen, was die Wilhelmsburger über die Versorgung im Stadtteil denken.“

teten eine ganzseitige Anzeige im Wochenblatt. Die ausgefüllten Fragebögen konnte man an den Vorsitzenden der „Wilhelmsburger Ärzteschaft“ schicken oder in Kästen einwerfen, die zu diesem Zweck in Arztpraxen und Apotheken aufgestellt wurden.

Die Befragung lief über 14 Tage. Am Ende konnten insgesamt 1641 Fragebögen ausgewertet werden.

Über die Ergebnisse der Umfrage informierten wir die Bürger Mitte November 2007 in einer öffentlichen „Sprechstunde“ im Bürgerhaus Wilhelmsburg, zu der alle 42 Mitglieder

der „Wilhelmsburger Ärzteschaft“ und etwa 200 Bürger gekommen waren. Die Umfrage unterteilte sich in fünf Bereiche, deren Auswertung Dr. Jürgen Tempel im Einzelnen vorstellte:

Qualität: Mit der Behandlungsqualität in den Praxen waren die meisten Befragten zufrieden. Fast 64 Prozent gaben an, sich im Krankheitsfall gut betreut und verstanden zu fühlen.

Akutversorgung: Bekomme ich schnell einen Termin, wenn ich dringend meinen Arzt aufsuchen muss? Diese Frage beantworteten über 60 Prozent der Befragten mit „ja“.

Seelische Probleme: Bei 17 Prozent der eingegangenen Fragebögen blieb die Frage nach der Versorgung bei seelischen Problem unbeantwortet. Von denjenigen, die sich zu diesem Thema äußerten, bewerteten 47 Prozent die Versorgung als gut, 29 Prozent als ausreichend und 24 Prozent als ungenügend.

Wohnortnähe: Etwa 60 Prozent der Befragten lassen sich in Wilhelmsburg behandeln. Knapp 22 Prozent gehen nach Harburg, 18 Prozent anderswohin.

Informationsangebot: 44 Prozent der Befragten fühlten sich gut über die medizinische Versorgung in Wilhelmsburg informiert; 36 Prozent ausreichend; knapp 20 Prozent unzureichend.

Gesamtzufriedenheit: Auf die Frage, ob sie mit der gesundheitlichen Betreuung auf der Insel insgesamt zufrieden sind, antworteten 63 Prozent mit „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“, insgesamt gut 13 Prozent mit „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“. Die Wartezeiten werden von vielen Bürgern als zu lang kritisiert. Außerdem werden mehr Fachärzte, insbesondere Kinderärzte, Frauenärzte, Nervenärzte, Augenärzte und Hautärzte gefordert.

Die Umfrage ist nicht repräsentativ. Unter denen, die den Fragebogen

Eigentlich könnten alle Praxen wegziehen – was zählt, ist das Hamburger Gesamtgebiet

ausgefüllt haben, waren zudem überdurchschnittlich viele Frauen und Senioren.

Dennoch können die Ergebnisse Hinweise auf Stärken und Defizite der Versorgung geben. Bei den meisten Fragen liegt der Anteil derjenigen, die mit der Versorgung zufrieden sind, um die 60 Prozent.

Doch es gibt zwei Ausnahmen: Zum einen scheint der Bedarf an Unterstützung bei seelischen Problemen nicht abgedeckt zu sein (siehe dazu auch Kastentext Seite 26). Zum anderen fühlen sich die Befragten nicht ausreichend über die medizinischen Angebote auf der Insel informiert.

Wollte man eine Prioritätenliste für die Verbesserung der Versorgung Wilhelmsburgs aufstellen, müssten diese beiden Themen nach ganz oben gesetzt werden.

Leidenschaftliche Diskussion

Was die psychotherapeutische Versorgung und ganz allgemein die geringere Arztdichte in Wilhelmsburg angeht, ist eine Kooperation von Politik, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen notwendig. Über dieses Thema diskutierte das Plenum im Bürgerhaus Wilhelmsburg am leidenschaftlichsten.

Auch das Publikum im Saal bestätigte, dass die Ärzte im Stadtteil gute Arbeit leisten. Doch den Patienten

blieb nicht verborgen, dass Praxen aus Wilhelmsburg wegziehen. Dass es keinen Radiologen in Wilhelmsburg mehr gibt und nur noch zwei Gynäkologen, von denen einer bald die Altersgrenze erreicht hat. Dass nicht immer ein neuer Arzt nachrückt, wenn der alte in den Ruhestand geht.

Zweischneidiges Schwert

„Was können wir tun, um zu helfen?“, fragten Diskussionsteilnehmer aus dem Publikum. „Wie können wir dazu beitragen, dass Ärzte wieder nach Wilhelmsburg kommen und hier auch bleiben?“

Der Internist Dr. Bernd Kalvelage erklärte, dass Ärzte und Psychotherapeuten ihre Arztstühle innerhalb Hamburgs verlegen können, wohin sie wollen.

Nicht allen Zuhörern war bekannt, dass Hamburg ein einziger Zulassungsbezirk ist, der selbst dann noch als ausreichend versorgt gelten würde, wenn es in Wilhelmsburg keine einzige Praxis mehr gäbe.

Aus dem Publikum und vom Podium kamen viele Vorschläge, was zu tun sei: Protestschreiben an die Krankenkassen schicken; Demons-

trationen vor der Kassenärztlichen Vereinigung veranstalten; Vertragsstrafen für Ärzte einführen, die einen Arztstuhl übernehmen und ihn dann aus Wilhelmsburg abziehen; die Wilhelmsburger Ärzte in einem großen Medizinischen Versorgungszentrum konzentrieren; Arztstühle mit öffentlichen Geldern aufkaufen und darauf Ärzte anstellen.

Und immer wieder: das Zulassungsgebiet Hamburg in kleinere Versorgungsbezirke aufteilen, für die jeweils eine bestimmte Anzahl von Arztstühlen der verschiedenen Fachrichtungen festgeschrieben wird.

Eine Aufhebung der Niederlassungsfreiheit innerhalb Hamburgs halten auch einige Mitglieder der „Wilhelmsburger Ärzteschaft“ für ein zweischneidiges Schwert. Andererseits haben die Kollegen Angst davor, dass weitere Arztstühle abwandern.

Die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Cornelia Sander berichtete von der mühsamen Überzeugungsarbeit, die sie leisten musste, nachdem ein Kollege fortgezogen und sie als einzige Nervenärztin in Wilhelmsburg zurückgelassen hatte. Sie habe mit den Gesundheitsverantwortlichen

der Parteien und der Kassenärztlichen Vereinigung gesprochen. Sie habe darauf hingewiesen, dass nicht alle Patienten das Geld für eine Fahrt in die Hamburger Innenstadt aufbringen könnten, dass es im neurologischen Bereich nicht selten um Körperbehinderte gehe und das Argument, der nächste Nervenarzt sitze bereits am Hauptbahnhof, nicht stichhaltig sei. Mit viel Mühe konnte sie erklären, dass hier Abhilfe geschaffen werden müsse – und erreichte eine Sonderzulassung.

Neue Initiativen

Noch längeren Atem brauchten die Wilhelmsburger Ärzte, um eine kindertherapeutische Praxis ins Stadtteil zu holen. Die Psychotherapeutin Wiebke Tempel ließ über Jahre hinweg nicht locker, versammelte Mitstreiter um sich und übergab dem Zulassungsausschuss eine von allen Wilhelmsburger Ärzten unterzeichnete Resolution.

Mit Erfolg: Der neue Kindertherapeut saß während der Bürgersprechstunde im Publikum und verkündete, den Praxisbetrieb Anfang 2008 aufnehmen zu wollen.

Psychotherapeuten: Lieber Eppendorf als Wilhelmsburg?

Der Zulassungsausschuss sollte seine Steuerungsmöglichkeiten besser nutzen

Für Psychotherapeuten wird die Situation hier in Wilhelmsburg schwieriger. Früher waren wir zu dritt, jetzt sind wir zu zweit. Meine letzte verbliebene Kollegin, Wiebke Tempel, geht Anfang April in den Ruhestand. Sie setzte alles daran, einen ihr bekannten Kollegen als Nachfolger zu bekommen, der ausdrücklich in Wilhelmsburg bleiben wollte. Die „Wilhelmsburger Ärzteschaft“ verfasste eine Petition, doch der Zulassungsausschuss entschied anders. Der neue Kollege ist türkischer Muttersprachler, was für Wilhelmsburg eigentlich eine gute Sache wäre. Doch er bleibt nur „halbtags“ im Stadtteil, die andere Hälfte der Zeit praktiziert er in Altona. Unserer Erfahrung nach

geht die Rechtsprechungspraxis der Sozialgerichte, wonach die fachärztliche Versorgung für Erwachsene nicht wohnortnah sein muss, in Stadtteilen wie Wilhelmsburg an der Wirklichkeit vorbei. Wenn wir Patienten, die nach Therapieplätzen fragen, an Kollegen in Harburg oder in die Innenstadt weiterverweisen wollen, hören wir immer wieder: „Ich kann das Fahrgeld nicht aufbringen.“ Oder: „Um Gottes willen, da kann ich nicht hinfahren. Ich habe Ängste, ich habe starke Depressionen.“

Die Abwanderung von Arztstühlen aus Wilhelmsburg erfolgt auf einer Einbahnstraße. Psychotherapeuten arbeiten lieber in bürgerlichen Gegenden wie Eppendorf, und solange es keine

Niederlassungssteuerung durch finanzielle Anreize gibt, wird keiner von ihnen seine Praxis nach Wilhelmsburg verlegen. Deshalb sollte man zumindest versuchen, die in Wilhelmsburg noch vorhandenen Praxen zu halten.

Ich würde mir wünschen, dass der Zulassungsausschuss seine Spielräume besser nutzt und künftig Kandidaten bevorzugt, die mit einiger Wahrscheinlichkeit im Stadtteil bleiben werden – oder im Zweifelsfall Zähne zeigt und sagt: „Dieser Sitz gehört nach Wilhelmsburg. Deshalb, lieber Kollege, bleiben Sie hier! Basta.“

Marion Frère, Psychotherapeutin in Wilhelmsburg

Auch in anderen Bundesländern wird derzeit diskutiert, ob die Bedarfsplanungsrichtlinien der Versorgungsrealität noch gerecht werden.

Die Berliner Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher beklagt die Abwanderung von Fachärzten aus sozial schwächeren Gebieten (*Tagesspiegel*, 17.1.2008). Die Ost-KVen suchen für 402 Hausärzte Nachfolger und können 135 Facharztpraxen nicht besetzen. (*Ärzte Zeitung*, 16.1.2008) In Thüringen und Nordrhein-Westfalen beginnt man damit, Förderprogramme zu installieren, um schlechter versorgte Gebiete für niederlassungswillige Ärzte attraktiv zu machen.

Solche Initiativen wären in Hamburg auch möglich.

Regelmäßige Einrichtung

Wir wollen die Kritik der Bürger an einzelnen Versorgungsbereichen nicht nur mit dem Hinweis auf die geringe Arztdichte entschuldigen. Die Ergebnisse der Befragung und der Diskussionsveranstaltung werden für uns Konsequenzen haben.

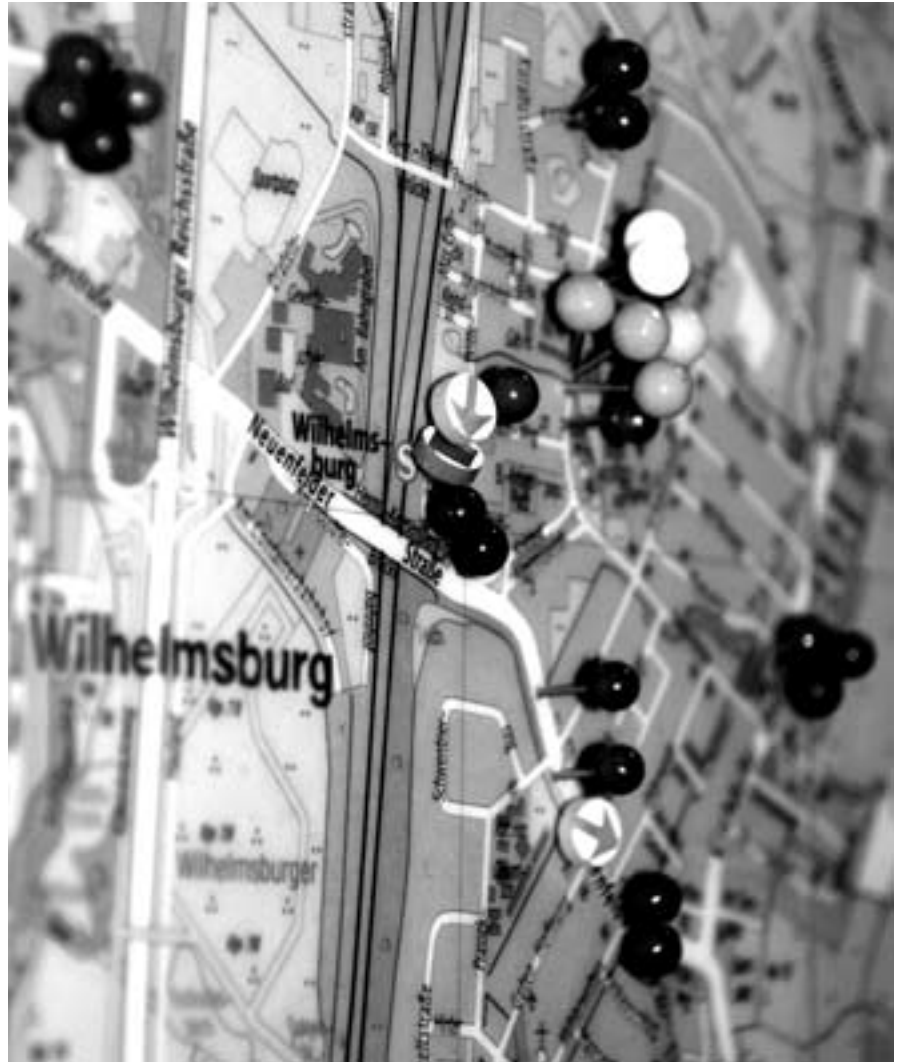
Wir beabsichtigen, das Management in den einzelnen Praxen zu verbessern, um Sprechstundentermine besser einhalten zu können. (Notfallbehandlungen verhindern allerdings im Alltag oft die Umsetzung guter Pläne und Vorsätze.)

Um kurzfristig mehr Informationen zur Versorgung in Wilhelmsburg bereitzustellen, haben wir mittlerweile in allen Praxen Flyer mit den Fachrichtungen, Zusatzqualifikationen, Telefonnummern und Adressen aller Wilhelmsburger Ärzte und Psychotherapeuten ausgelegt und eine vorläufige Web-Seite erstellt. (www.wilhelmsburger-aerzteschaft.de)

Außerdem planen wir, einen Wilhelmsburger Gesundheitsführer in Buchform zu erstellen. Darin sollen nicht nur die Ärzte und Psychotherapeuten, sondern auch alle Apotheken, Pflegedienste und Krankengymnasten aufgenommen werden.

Und es gibt noch eine Konsequenz: Die große Resonanz hat uns ermutigt, Patientenbefragung und Bürgersprechstunde im Abstand von ein bis zwei Jahren zu wiederholen und als regelmäßige Einrichtungen in Wilhelmsburg zu etablieren.

*Dr. Klaus-Jürgen Harloff,
Internist und Vorsitzender der
„Wilhelmsburger Ärzteschaft“*



Bedarfsplanung in Wilhelmsburg: Nur bei Sonderbedarfszulassungen ist die Praxis fest an den Ort gebunden.

Zwischen Niederlassungsfreiheit und Steuerung

Haus- und Kinderärzte sollten überall gut erreichbar sein. Doch für Erwachsene ist es laut Sozialgerichts-Rechtsprechung zumutbar, zehn Minuten mit der S-Bahn zum Spezialisten zu fahren.

Die Frage, wie die Verteilung von Vertragsärzten gesteuert wird, spielt bei der Diskussion um die Versorgung Wilhelmsburgs eine große Rolle.

Es stimmt: Auf Stadtebene sind die Steuerungsmöglichkeiten der KV Hamburg begrenzt, denn wie alle Metropolen Deutschlands ist auch Hamburg ein einziges Zulassungsgebiet. Definiert wurden diese Gebietsgrenzen nicht von der KV, sondern auf Bundesebene vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Einzig Berlin war von 1993 bis 2003 in kleinere

Zulassungsbezirke unterteilt, um die ambulante Versorgung in den Ost-Stadteilen zu sichern.

Doch der Steuerungseffekt war geringer als erwartet: Die Arztsitze in den ärmeren Stadtteilen waren zwar an den Ort gebunden, blieben aber oftmals unbesetzt. Viele niederlassungswillige Ärzte warteten, bis ein Arztsitz in einem wohlhabenderen Viertel frei wurde. Derzeit denkt in Berlin niemand daran, die Stadt wieder in kleinere Zulassungsbezirke zu unterteilen.

Auch für Hamburg würde die Aufteilung in Bezirks-Zulassungsgebiete gerade den gewünschten Effekt in sein Gegenteil kehren: Denn durch eine Neustrukturierung und dadurch notwendige Neuberechnung würden in allen Bezirken, in denen für bestimmte Fachgruppen eine Versorgung von unter 100 Prozent besteht, Arztsitze frei werden – vielleicht nicht in Eppendorf, aber doch in vielen anderen „attraktiven“ Stadtteilen. Ein sanfter Zwang zur Zulassung in Wilhelmsburg würde nicht entstehen.

Andere Standards

Die Mehrzahl der Arztgruppen ist derzeit in Hamburg wegen Überversorgung „gesperrt“. Eine Zulassung ist deshalb nur im Rahmen eines Praxisnachfolgeverfahrens oder einer Sonderbedarfszulassung möglich.

Der Zulassungsausschuss, der über diese Fragen entscheidet, ist kein Gremium der KV, sondern paritätisch

Wenn kurze Zeit nach der Praxisübernahme ein Antrag auf Verlegung der Praxis eingeht, muss der Zulassungsausschuss dies innerhalb eines Planungsgebietes genehmigen – es sei denn, die Versorgung der Versicherten würde gefährdet.

Im Zweifelsfall wird eine Bedarfsprüfung durchgeführt, indem benachbarte Kollegen der gleichen Fachgruppe nach ihrer Einschätzung des Versorgungsstandes gefragt werden. Die Feststellung einer drohenden Unterversorgung muss gerichtsfest sein, weil sonst juristische Auseinandersetzungen und Schadenersatzklagen drohen.

Bislang hat der Zulassungsausschuss noch kein Veto gegen die Verlegung einer Praxis eingelegt. Manchmal konnten die Antragsteller im Vorfeld dazu gebracht werden, den Antrag zurückzuziehen.

Dazu muss man wissen, dass die fachärztliche Versorgung für Erwach-

tere Stationen mit der U-Bahn zu fahren, um zum Arzt zu kommen. Deshalb wurden in den vergangenen Jahren in einer Reihe von Fällen Sonderbedarfszulassungen an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vergeben. Bei der Versorgung von Kindern versucht der Zulassungsausschuss, eine gleichmäßige Verteilung der Praxen über das Stadtgebiet sicherzustellen.

Allerdings zahlen die Krankenkassen für Sonderzulassungen kein zusätzliches Geld in den Gesamtvergütungstopf. Das Honorar für die zusätzlichen Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten muss die KV den anderen Kollegen abziehen.

Wenig Handhabe

Will ein Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut verhindern, dass sein Arztsitz von einem Nachfolger in einen anderen Stadtteil verlegt wird, hat er nur wenig Handhabe.

Eine der Möglichkeiten, das Praxisnachfolgeverfahren durch den Zulassungsausschuss zu umgehen, ist die Anstellung bei einem Kollegen: Der Arzt oder Psychotherapeut findet einen Kollegen im selben Stadtteil, der einen Arztsitz „dazukaufen“ will. Der Arzt oder Psychotherapeut verzichtet zugunsten dieses Kollegen auf seine Zulassung, muss sich einige Monate lang von diesem anstellen lassen, bis ein anderer angestellter Arzt nachrückt.

Der Arztsitz bliebe damit im Stadtteil – allerdings nicht als selbständige Praxis, sondern als Zweit-Arztstuhl in einer benachbarten Praxis oder als „Filiale“ in den alten Praxisräumen (siehe dazu KVH-Journal 3/07, Seite 5 ff).

Die KV Hamburg plädiert nicht dafür, die Verteilung der Arztsitze über Sonderbedarfszulassungen hinaus dirigistisch festzulegen.

Die Erfahrungen in anderen KVen zeigen, dass Steuerungsversuche nicht fruchten. Ärzte müssen die Freiheit haben, sich bei der Niederlassung ein Umfeld zu suchen, in dem sie ihre Praxis wirtschaftlich führen können – und die Krankenkassen müssen endlich ausreichende Finanzmittel zur Verfügung stellen, damit dieses „gesunde“ Umfeld überall dort entsteht, wo Versorgung notwendig ist.

*Evelyne Bock, Abteilungsleiterin
Arztregister der KV Hamburg*

Der Zulassungsausschuss agiert unabhängig - und das nicht nur pro Forma.

besetzt mit Krankenkassenvertretern und von der KV-Vertreterversammlung gewählten Vertretern. Der Zulassungsausschuss agiert unabhängig – und das nicht nur pro Forma. Die beteiligten Kassen und die KV haben Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Zulassungsausschuss entscheidet unter Berücksichtigung aller Sachverhalte, die ihm vorgegeben sind.

Die Kriterien, nach denen der Zulassungsausschuss einen Praxisnachfolger bestimmt, sind in § 103 (4 und 5) SGB V definiert. So ist beispielsweise die Qualifikation und das Approbationsalter der Bewerber sowie die Dauer der Eintragung in die Warteliste zu berücksichtigen.

Liegen mehrere Bewerber gleichauf, versuchen die Mitglieder des Zulassungsausschusses, sich anhand der Lebensläufe ein Bild davon zu machen, wer am besten in den Stadtteil und auf den zu besetzenden Arztsitz passt.

sene laut Sozialgerichts-Spruchpraxis nicht unmittelbar vor der Haustüre stattfinden muss. Demnach ist es Erwachsenen grundsätzlich zuzumuten, mit öffentlichen Verkehrsmitteln von einem Dorf in Ostfriesland in die nächste Stadt zum Spezialisten zu fahren - oder von Wilhelmsburg zehn Minuten mit der S-Bahn zum Hauptbahnhof.

Bei der hausärztlichen Versorgung und der Versorgung von Kindern gelten allerdings andere Standards. Hausärzte und Kinderärzte müssen gut erreichbar sein.

Kein zusätzliches Geld

Angenommen, es gäbe eine Gegend in Hamburg, in der weit und breit kein Kinderarzt zu finden wäre, würde die KV eine Sonderbedarfszulassung befürworten – obwohl das Planungsgebiet Hamburg insgesamt überversorgt und deshalb für diese Arztgruppe eigentlich gesperrt ist.

Für Kinder und Eltern mit Kleinkindern ist es nicht zumutbar, meh-

Arztsuche per Mausklick bei Hamburgern immer beliebter

Überarbeitetes Abfragetool auf der Website der KV / Daten werden tagesaktuell gepflegt

Die Internet-Arzsuche auf der Website der KV Hamburg erfreut sich großer Beliebtheit. Die meisten Zugriffe auf die Homepage erfolgen über die Arztsuche. Die KV hat nun eine Erweiterung der Informationen um Angaben zur Qualifikation der Hamburger niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten vorgenommen. Damit bietet sie den Patienten einen umfassenden Überblick über die Bandbreite der Versorgungsmöglichkeiten durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Per Mausklick erhalten die Bürger neben Praxisadressen und Sprechzeiten Angaben über einen behinderten gerechten Zugang. Angezeigt wird auch, welche Ärzte oder Psychotherapeuten welche Leistungen anbieten und welche Qualifikationen sie dafür nachweisen müssen. Denn viele Untersuchungs- und Behandlungsverfahren unterliegen zusätzlichen Qualitätskontrolle durch die KV Hamburg.

Die neue Arztsuche bietet auch den KV-Mitgliedern mehr Service: Im Mitgliederbereich finden diese nun das gesamte Spektrum der Genehmigungen und Ermächtigungen ihrer Kollegen oder qualifizierter Institute in Hamburg. Die Daten werden tagesaktuell gepflegt. Mit der neuen Arztsuche steht damit den Mitgliedern der KV Hamburg neben dem DDD-Shop ein weiteres Tool zum schnellen Datenabruf im Praxisalltag zur Verfügung. *Hr*



Vergütung nach Morbiditätskriterien

Wird ab 2009 Geld vom Hausarzttopf in den Facharzttopf wandern? Diese Sorge konnte auf der Hausärzterversammlung ausgeräumt werden: Es wird keine Töpfe mehr geben.



Wird die Honorarreform ab 2009 die Aufteilung der Hamburger Gesamtvergütung zugunsten der Fachärzte verändern? Dies war eine der Fragen, die auf der Hausärzterversammlung am 26. Februar 2008 im Ärztehaus ausgiebig diskutiert wurden.

„Als Hausärzte können wir die Morbidität viel schlechter abbilden als die Fachärzte“, so die Sorge vieler Hausärzte. „Die Fallzahlvermehrung

im Facharztbereich ist abzusehen. Damit können die Fachärzte unseren Topf anzapfen.“

„Es wird ab 2009 keine Facharztgruppen mehr geben, zwischen denen man Geld hin und her verschieben könnte“, erläuterte KV-Vorstand Dieter Bollmann. Die Euro-Gebührenordnung lege fest, wie viel Euro für eine Einzelleistung gezahlt werde. „Es gibt keine Punkte mehr und

keine Budgets“, so der stellvertretende Vorstand Walter Plassmann. „Die einzige Grenze ist das Regelleistungsvolumen. Das bedeutet: Wenn eine Praxis mehr Leistungen erbringt als der Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe, wird das Honorar abgestaffelt.“

Ab 2009 werde mit den Krankenkassen nur noch über eine einzige Frage verhandelt: Wie viel Geld brauchen die niedergelassenen Ärzte und Psychologen in Hamburg insgesamt, um ihre Patienten zu behandeln?

„Können beispielsweise die Fachärzte durch ihre Dokumentation einen Anstieg der Morbidität nachweisen, steigt die Gesamtmenge des Honorars für alle Ärzte“, so Plassmann. „Davon würden die Psychotherapeuten ebenso profitieren wie die Hausärzte.“

Weitere Informationen zur Honorarreform und zum EBM: Infocenter Tel: 22802-900

Für Sie in der Vertreterversammlung**Dr. Barbara Fünér****Geburtsdatum:** 19. September 1944**Familie:** verheiratet, 2 Kinder**Fachrichtung:** Augen**Weitere Ämter:** stellvertretende Landesvorsitzende BVA, Obmännin Kreis 13**Hobbys:** Klavier, Malen, Sport**Wie war Ihr beruflicher Werdegang?**

Studium in Marburg, Hamburg und Berlin; Facharztausbildung im AK Heidelberg; seit 1981 niedergelassen

die politischen Entwicklungen in den kommenden Jahren bestimmt werden.

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

Kollegiale Zusammenarbeit aller Arztgruppen, Erhalt der Freiberuflichkeit.

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

Eigentlich keinen. Deren Antworten auf unsere Fragen sind letztlich keine.

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

Durch die ständigen Gesetzesänderungen in der letzten Zeit ist eine Diagnose kaum möglich. Alles wird durch

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

In der Entwicklungshilfe arbeiten, als Augenärztin leider schwierig.

Für Sie in der Vertreterversammlung**Prof. Dr. Axel Rolf Zander****Geburtsdatum:** 22. Oktober 1943**Familie:** verheiratet, 3 Kinder**Fachrichtung:** Hämatologie/Onkologie**Wie war Ihr beruflicher Werdegang?**

Studium der Medizin in München und Lübeck; Medizinalassistentenzeit in Berlin (Internship); 20 Jahre in den U. S. A. (Fellow und Assistenzarzt University of Illinois/Chicago; Assistent and Associate Professor University of Texas/ MD Anderson Hospital; PPMC San Francisco); seit 1990: UKE, Interdisziplinäre Klinik für Stammzelltransplantation/KMT

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

Faire, leistungsgerechte Entgeltung der ambulanten Versorgung.

wir eine weitere Unterordnung der medizinischen Entscheidungen unter ökonomischen Gesichtspunkten sehen. Wir werden noch mehr verwaltet werden und noch weniger Spielraum für ärztliche Entscheidungen haben.

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

Mikhail Gorbatschow. Ich würde ihn fragen, wie das ist, wenn man sich auf die Reise macht, ein System zu verändern und nicht weiß, wo und wie man ankommen wird.

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

Hierzu reicht meine Phantasie kaum aus. Eine lineare Entwicklung des Gesundheitssystems vorausgesetzt, werden

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Von Hamburg nach Rom, oder von Berlin nach Moskau zu Fuß laufen.



Hilfe für Ihre Patienten

Patientenberatung

...eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

040 / 22 802 650

Montag bis Donnerstag 9 - 13 Uhr
und 14 - 16 Uhr
Freitag 9 - 12 Uhr



Infocenter der KVH

...bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag!

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

Schnelle und verbindliche Auskünfte in allen Fragen, die die vertragsärztliche Tätigkeit und das Leistungsspektrum der KVH betreffen

- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder eMail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Telefon:

040/22 802 900

Telefax:

040/22 802 885

E-Mail:

infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag und Donnerstag

8.00 – 17.00 Uhr

Mittwoch

8.00 – 12.30 Uhr

Freitag

8.00 – 15.00 Uhr