

Wird die Versorgung eingeebnet?

KBV plant Angleichung des Behandlungsbedarfs

Inanspruchnahme

Warum sich Großstädter intensiver behandeln lassen

Debatte

Kann man Psychotherapien an Schulen durchführen?

Arzthonorare

WHO hält Vorkasse für problematisch

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Es gibt stichhaltige Erklärungen dafür, warum die Patienten in Hamburg ambulant intensiver behandelt werden (müssen) als in der Lüneburger Heide. Erstens: Die Krankenhaushäufigkeit je 1000 Versicherte ist in Hamburg die zweitgeringste im Bundesgebiet. Wenn ein Hamburger stationär versorgt werden muss, bleibt er – wie Herr Senator Wersich festgestellt hat – zudem deutlich weniger lange im Krankenhaus als im Bundesdurchschnitt.

Zweitens: Dass wohlhabende, gut integrierte Menschen in der Lüneburger Heide das Gesundheitssystem nicht so intensiv in Anspruch nehmen wie großstädtische Singles oder Hartz-IV-Empfänger im sozialen Brennpunkt, deckt sich mit den Erfahrungen anderer westlicher Länder. Diesbezügliche Ergebnisse der internationalen Forschung sollten wir zur Kenntnis nehmen.

Bei der Definition eines einheitlichen Behandlungsbedarfs gibt es deshalb nur einen sinnvollen Weg: Richten wir uns danach, wie die Menschen das Gesundheitssystem tatsächlich nutzen wollen! Eine politische Mehrheitsentscheidung, die den Wunsch der Patienten missachtet, ist unsinnig.



Ihr Dieter Bollmann

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt

Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvhh.de

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

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

Titelbild: iStockphoto

Ausgabe 1 / 2011 (1. Januar 2010)

Redaktionsschluss: 13. Dezember 2010

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Ist es sinnvoll, den Behandlungsbedarf zu vereinheitlichen?	4
Honorarverteilung: Hamburger Versorgungslandschaft droht unter die Räder zu geraten	5
Interview: ZI-Chef Dominik Graf von Stillfried über die sozioökonomischen Faktoren der Inanspruchnahme	7

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	10
eDMP: Änderung des Versandlistenverfahrens	11

Abrechnung

Keine Abschläge bei Überversorgung / Abgabe der Abrechnungsunterlagen	12
---	----

Amtliche Veröffentlichung

Barmer GEK kündigt KV-Hausarztvertrag / Homöopathievertrag zwischen IKK classic und AG Vertragskoordinierung	12
--	----

Telematik

Online-Abrechnung - ab 2011 verpflichtend / Übersicht: Die beiden Online-Anbindungsarten zur KV auf einen Blick	13
---	----

Brennpunkt Arznei

Arzneimittelrichtlinie: Valproinsäure zur Migräneprophylaxe / Lifestyle-Mittel Azzalure	14
Engere Anwendungsregeln für Methylphenidat	15

Forum

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Zu enges Regelkorsett behindert die Arbeit	16
Warum Psychotherapie an Schulen problematisch ist	17
Erfahrungen aus Bayern zur Psychotherapie an Schulen	19

WHO hält Vorkasse für problematisch	20
-------------------------------------	----

Hamburger HNO-Arzt wird Chef des NAV-Virchow-Bundes / Handbuch für das Gesundheitswesen: Schwerpunktpraxen müssen Eintrag ausdrücklich erlauben	21
---	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung	22
Terminkalender	23

Nachgefragt

■ Ist es sinnvoll, den Behandlungsbedarf bundesweit zu vereinheitlichen?



Wird eine medizinische Leistung bei gleicher Diagnose und in gleicher Qualität erbracht, dann muss sie auch gleich bezahlt werden – egal in welcher KV-Region. Deshalb müssen wir objektive Kriterien für die Frage entwickeln, wie der Finanzbedarf der Regionen einheitlich definiert werden kann. Neben Morbidität, Alter und Geschlecht der Versicherten müssen sozioökonomische Kriterien berücksichtigt werden. Auch das Ärzteangebot spielt eine Rolle: Dünn besiedelte Landstriche werden von städtischen Gebieten mitversorgt.

Auf dem Weg zur Vereinheitlichung des Behandlungsbedarfs wird man in einigen KVen die Honorarzuwächse begrenzen – eine Anpassung nach unten kann niemand ernsthaft wollen. Das würde das System zum Zerschlagen bringen.

*Dr. Ingeborg Kreuz,
Vorsitzende KV Schleswig-Holstein*

Kann man den Behandlungsbedarf für ein Patientenproblem einheitlich definieren? Nehmen wir das Beispiel Herzkranzgefäßverengung: Welche Anteile der Behandlung stationär und welche ambulant durchgeführt werden, ist in den KV-Regionen ganz unterschiedlich. Wir haben hier im Saarland keine ambulanten Herzkathetermessplätze. In Hamburg gibt es viele davon. Würde man einen einheitlichen Behandlungsbedarf definieren, würde das zur Verfügung gestellte Geld in Hamburg nicht ausreichen – bei uns käme zu viel an.

Eventuell wäre es möglich, einen Behandlungsbedarf für Basis-Untersuchungen festzuzurren. Doch damit würden wir erstmals definieren, welche Leistungen einem Versicherten genau zustehen – wir würden anfangen zu priorisieren. Davor kann ich nur warnen.

*Dr. Gunter Hauptmann,
Vorsitzender KV Saarland*

Behandlungsbedarf muss abrechnungstechnisch und medizinisch differenziert werden. Abrechnungstechnisch wurden Leistungen – durch Mengengrenzungen gesteuert – zwar erbracht, aber nicht in der Abrechnung konsequent dargestellt. In Regionen mit geringerer Wirtschaftskraft hatten die Kassen weniger Geld zur Verfügung. Die Mengengrenzungen waren enger, die Ärzte rechneten weniger Leistungen ab. Die abgerechnete Leistungsmenge ist aber der Sockel, auf dem die Gesamtvergütung prozentual weiterentwickelt wurde. So öffnete sich zwischen den KV-Regionen die Honorarschere. Medizinischer Leistungsbedarf orientiert sich an der Art und Schwere der zu behandelnden Erkrankungen. Für die Behandlung eines Patienten mit vergleichbar schwerer Morbiditätslast muss deutschlandweit die gleiche Vergütung zur Verfügung gestellt werden.

*Dr. Wolfgang-Axel Dryden,
Vorsitzender KV Westfalen-Lippe*

Unterschiedlicher Behandlungsbedarf

Wie viel Geld steht für die Behandlung eines Versicherten zur Verfügung?

Berlin	381 €
Hamburg	369 €
Mecklenburg-Vorpommern	366 €
Bremen	359 €
Saarland	359 €
Bayern	359 €
Niedersachsen	346 €
Hessen	342 €
Baden-Württemberg	330 €
Thüringen	326 €
Rheinland-Pfalz	325 €
Sachsen	323 €
Brandenburg	323 €
Schleswig Holstein	320 €
Nordrhein	315 €
Sachsen-Anhalt	310 €
Westfalen-Lippe	305 €

KV-Region

Gesamtvergütung je Versichertem 2010

Gleiches Geld für gleiche Leistung!

- Das Honorar soll zwischen den KVen neu verteilt werden. Hamburg droht dabei, unter die Räder zu geraten. Das Leistungsniveau der Hamburger Ärzte scheint keine Rolle zu spielen.

Als die außerordentliche Vertreterversammlung der KBV am 9. Mai 2010 in Dresden beschloss, das Honorarvolumen unter den KV-Regionen neu aufzuteilen, klang die Begründung durchaus plausibel: Das Honorar, das in den KV-Regionen für die Behandlung eines Durchschnittspatienten zur Verfügung steht, variiert deutlich (siehe Grafik). „Gleiches Geld für gleiche Leistung!“, forderte die Mehrheit der KV-Vorstände und beauftragte die KBV, objektive Kriterien zu entwickeln, nach

denen die für die Behandlung eines Patientenproblems ausgegebene Geldsumme bundesweit vereinheitlicht werden kann.

Wie hoch der Behandlungsbedarf in den KVen tatsächlich ist, lässt sich nicht genau sagen, weil viele der erbrachten Leistungen in der pauschaliereten Abrechnung untergehen. Deshalb nutzt die KBV derzeit einen historischen Verteilungsschlüssel und rechnet Punktmengen hoch, die von den Ärzten einer KV in den

Zeiten vor der Honorarreform angefordert wurden.

Dieser behelfsmäßige Verteilungsmodus scheint die tatsächliche Inanspruchnahme bislang einigermaßen abzubilden. Es gab keine Brüche, die bestehenden Strukturen blieben erhalten. Würde man den Behandlungsbedarf jedoch auf einen Bundesdurchschnitt festzurren, der lediglich Morbidität, Alter und Geschlecht der Versicherten berücksichtigt, wären massi-

Fortsetzung auf S. 6 

ve Umverteilungen zwischen den KV-Regionen die Folge. Die Hamburger Ärzte müssten Honorareinbußen in zweistelliger Prozenzhöhe hinnehmen - und die differenzierten, teilweise hochspezialisierten ambulanten Versorgungsstrukturen Hamburgs, die von Patienten aus ganz Norddeutschland genutzt werden, stünden zur Disposition.

Die Forderung nach „gleichem Geld für gleiche Leistung“ ist schnell irreführend. Denn häufig wird vergessen, auf die Gleichheit der Leistungen zu achten. Die Preise für die ärztlichen Leistungen liegen bundesweit schon heute größtenteils auf dem gleichen Niveau. Was sich je nach KV-Region unterscheidet, ist der Aufwand,

der für die Behandlung eines Patientenproblems getrieben wird – und damit die hierfür notwendige Leistungsmenge. Der Behandlungsbedarf wiederum sagt nichts über das Einkommen der Ärzte aus. Die Ärzte in Westfalen-Lippe beispielsweise haben zwar eine unterdurchschnittliche Geldsumme pro Patient zur Verfügung, behandeln aber deutlich mehr Fälle – und liegen deshalb beim Einkommen auf dem zweiten Platz aller KVen. In Regionen, in denen die Patienten intensiver behandelt werden oder sich eine hochspezialisierte Medizin herausgebildet hat, wird mehr Geld pro Patient ausgegeben – ohne dass die Ärzte dort notwendigerweise im Schnitt mehr verdienen. Der Behandlungsbedarf beschreibt das Geld, das pro Patient zur Verfügung steht – nicht pro Arzt.

Warum sich die Einwohner von Ballungsräumen wie Hamburg und Berlin im Schnitt intensiver behandeln lassen und damit mehr Kosten verursachen, versucht das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung derzeit herauszufinden (siehe Interview Seite 7).

Es besteht Handlungsdruck. Laut GKV-Finanzierungsgesetz muss der Bewertungsausschuss dem Bundesgesundheitsministerium im April 2011 ein Konzept für die Konvergenz der Vergütungen vorlegen. Sollen die Versorgungsstrukturen der verschiedenen KV-Regionen nicht rücksichtslos eingegeben werden, muss bis dahin ein Verteilungsmodus entwickelt werden, der dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten der Patienten so exakt wie möglich Rechnung trägt.

Gute Versorgung!

Unter dem Projektnamen „Gute Versorgung“ arbeiten die Mitarbeiter der KBV derzeit an der Formel, mit der ein „objektiver“ Behandlungsbedarf ermittelt werden könnte. Konsens – auch mit der Politik – besteht darin, dass schlussendlich die Morbidität ausschlaggebend sein soll für die Frage, wieviel Geld eine KV und wieviel Geld eine Arztgruppe bekommen soll. Diese Morbidität wird ermittelt über die von den Ärzten vorgenommene Kodierung.

Für eine mehrjährige Übergangsphase soll die Morbidität aber korrigiert werden durch Demographie und „sozioökonomische Faktoren“ (siehe Interview Seite 7). Die Formel soll vom Bewertungsausschuss bis April 2011 festgelegt werden. Anschließend will der Gesetzgeber prüfen, inwieweit sie Eingang finden soll in die angestrebte GKV-Reform.

Dieser Schritt hin zu einer einheitlichen Berechnungsweise des Behandlungsbedarfs ist unweigerlich damit verbunden, dass die regionale KV massiv an Gestaltungsmöglichkeiten verliert. Alle wichtigen Determinanten würden künftig auf der Bundesebene festgelegt und vor Ort lediglich umgesetzt. Diese Zentralisierung ist eine logisch nicht vermeidbare Konsequenz aus der Forderung nach einem „einheitlichen Behandlungsbedarf“. Ob die Befürworter dieser Reform das einkalkuliert hatten?

„Einsamkeit erhöht den Behandlungsbedarf“

- Sind die Menschen in Großstädten kränker als anderswo? Dominik Graf von Stillfried über sozioökonomische Faktoren der Inanspruchnahme und die schwierige Frage, wie man Honorarbudgets sinnvoll auf die Regionen verteilt.

Dass sich KVen mit Krankenkassen oder Kliniken streiten, sind wir gewohnt. Warum streiten sich die KVen nun untereinander?

von Stillfried: Es geht um die Frage, wie das Honorar künftig unter den Regionen verteilt wird. Dabei gilt seit 2009 eine neue gesetzliche Vorgabe: Die Selbstverwaltung soll sicherstellen, dass zur Versorgung gleichartiger Patienten bundesweit jeweils der gleiche Betrag zur Verfügung gestellt wird.

Und was sind gleichartige Patienten?

von Stillfried: Das ist der strittige Punkt. Wie definiert man diese Gleichartigkeit? Es gibt in den KV-Regionen Unterschiede in der Versorgungsintensität, die sich nicht ohne Weiteres erklären lassen. Die klassischen Faktoren für die Prognose der Inanspruchnahme sind Alter, Geschlecht, Morbidität. Auch im Morbi-RSA, mit dem das Geld des Gesundheitsfonds unter den Krankenkassen verteilt wird, werden diese Faktoren berücksichtigt. Bei der Entwicklung dieser Pati-

entenklassifikationsmodelle lagen jedoch keine regional differenzierten Daten vor. Nun zeigt ein Vergleich zwischen dem tatsächlichen Leistungsbedarf und dem nach Alter, Geschlecht und Morbidität erwarteten Leistungsbedarf geografische Muster der Über- oder Unterschätzung des Leistungsbedarfs.

Woran liegt das?

von Stillfried: Tendenziell wird der Leistungsbedarf in den Ballungsräumen unterschätzt, während er in den ländlichen Gebieten überschätzt wird. Wir gehen deshalb davon aus, dass es für die geografischen Muster systematische Erklärungsfaktoren gibt, die bisher nicht berücksichtigt wurden. Eine mögliche Erklärung könnten die bestehenden Angebotsstrukturen sein. Andererseits zeigen internationale Studien, dass neben Alter, Geschlecht und Morbidität auch sozioökonomische Faktoren großen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben. Dieser gut erforschte Bereich hat bisher in der Diskussion um Risikoadjustierung kaum Berücksichtigung gefunden.

Was sind „sozioökonomische Faktoren“?

von Stillfried: Wir wissen zum Beispiel, dass Beruf und Arbeitslosigkeit, Einkommen und Bildung erheblichen Einfluss auf die Lebenserwartung haben. Dies gilt unabhängig von Alter, Geschlecht und Morbidität auch für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ebenso geht es um die Frage, wie gut ein Mensch sozial eingebettet ist. Hat er soziale Beziehungen und einen aktiven Freundeskreis? Ein

Fortsetzung auf S. 8 



Dr. Dominik Graf von Stillfried ist Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Das ZI wird von den KVen finanziert.

allein lebender Mensch beispielsweise hat bei gleicher Morbidität, gleichem Alter und gleichem Geschlecht einen höheren Behandlungsbedarf als ein Mensch, der mit anderen zusammenlebt. Single-Haushalte gibt es zum Beispiel in Ballungsräumen wesentlich häufiger als auf dem Land. Konkret haben wir die geografische Verteilung von vier Faktoren berücksichtigt: Das mittlere Haushaltseinkommen, die Arbeitslosenquote, den Anteil Pflegebedürftiger und den Anteil von Einpersonenhaushalten.

Die regionale Komponente würde unsere Schätzgenauigkeit verbessern.

Und welche Rolle spielt die Angebotsseite? Dass die Menschen in Ballungsräumen häufiger zum Arzt gehen, hängt doch sicher auch mit der höheren Arztdichte zusammen.

von Stillfried: Wir haben unsere Daten auch daraufhin untersucht und festgestellt: Die Angebotsstruktur spielt eine große Rolle. Der Einfluss der genannten sozioökonomischen Faktoren, scheint jedoch ein besserer Erklärungsfaktor für unterschiedliche Behandlungsbedarfe zu sein, als etwa die Facharztdichte und die Dichte von Krankenhausbetten. Diese ersten Ergebnisse bedürfen aber noch weiterer Erhärtung.

Warum versucht man überhaupt, den tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patienten vollständig zu erklären? Man könnte doch einfach bestimmte bundesweite Durchschnittsbeträge festlegen, mit der eine Region eben auskommen muss – egal ob die dort lebenden Patienten nun eifrige Arztbesucher sind oder nicht.

von Stillfried: Das könnte man tun. Man würde aber möglicherweise die medizinische Versorgung dort abbauen, wo sie – zu Recht – nachgefragt wird und stattdessen Geld in Regionen leiten, in denen es

in diesem Umfang gar nicht benötigt würde. Die Anerkennung der Tatsache, dass das Inanspruchnahmeverhalten der Menschen mit regionalen Besonderheiten zusammenhängt, hat in den Niederlanden dazu geführt, eine regionale Komponente im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.

Welche Faktoren spielen im niederländischen Modell eine Rolle?

von Stillfried: Um die regionalen Besonderheiten zu berücksichtigen, werden Postleitzahlengebiete zehn verschiedenen Kategorien zugeordnet. Je nach Wohnort des Versicherten erhält

die Krankenkasse dann einen von zehn Risikozuschlägen. Zur Sortierung der Postleitzahlbereiche in die Kategorien werden die Kriterien Urbanität, Anteil nicht-westlicher Ausländer, Durchschnittseinkommen, Anteil Alleinstehender, standardisierte Sterbewahrscheinlichkeit, Erreichbarkeit von Krankenhäusern und Hausärzten und Anzahl der Pflegebetten herangezogen. Es werden also sowohl sozioökonomische Faktoren als auch die Angebotsstruktur berücksichtigt. Anders als bei uns gab es die regionale Komponente im niederländischen Risikostrukturausgleich bereits, bevor man morbiditätsbezogene Kriterien mit einbezog.

Was würde eine Berücksichtigung der regionalen Komponente für die Verteilung des Geldes unter den Regionen in Deutschland bedeuten?

von Stillfried: Die Berücksichtigung der regionalen Komponente würde die Schätzgenauigkeit des Patientenklassifikationsverfahrens verbessern. Grob gesagt könnte der Betrag, der zwischen den KVen nach den Faktoren Alter, Geschlecht und Morbidität umverteilt werden müsste, bis zu 40 Prozent reduziert werden. Zum genauen Umfang müssen aber noch weitere Modellrechnungen durchgeführt werden.

Interview: Martin Niggeschmidt

Tag der Niedergelassenen



Das Forum für Vertragsärzte und -psychotherapeuten
beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum
Tag der Niedergelassenen am 13. Mai 2011 in das Berliner ICC.

11 Uhr KBV kontrovers extra: Die Praxis der Zukunft – Vernetzt auf allen Ebenen?
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

Alle Informationen finden Sie unter www.tag-der-niedergelassenen.de.

Info-Markt der KVen + Speaker's Corner + Politische Diskussion + Info-Veranstaltungen

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

9.00-10.30 Uhr	Der Weg zur papierlosen Praxis: KV-Online-Powern	<input type="checkbox"/>
9.00-10.30 Uhr	Palliativversorgung in der ambulanten Medizin	<input type="checkbox"/>
9.00-10.30 Uhr	Achtung, Keime: MRSA in der ambulanten Versorgung	<input type="checkbox"/>
14.00-15.45 Uhr	QM – und wie geht es Ihrer Praxis?	<input type="checkbox"/>
14.00-15.45 Uhr	Richtig kodieren – Tipps für die Praxis	<input type="checkbox"/>
16.15-18.00 Uhr	Die CME-Fortbildungsangebote des Deutschen Ärzte-Verlags	<input type="checkbox"/>
16.15-18.00 Uhr	Modernes Investitionsmanagement für die Praxis	<input type="checkbox"/>

**Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten
und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 6. Mai 2011 hier an:**

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

6 Fortbildungspunkte für
die Teilnahme am Tag der
Niedergelassenen
13. Mai 2011, ICC Berlin



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im CTS-Berlin



Foto: Felix Falter

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

Fragen und Antworten

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

1 *Wir sind eine hausärztliche Praxis. Eine unserer Patientinnen wurde von einem Kinderarzt gegen Grippe geimpft, als sie mit ihrem Sohn dort in Behandlung war. Der Kinderarzt verlangt jetzt eine Überweisung für die Mutter, die in diesem Quartal bei uns bereits die Kassengebühr bezahlt hat. Dürfen wir eine Überweisung zum Kinderarzt für einen Erwachsenen ausstellen?*

Der Kinderarzt darf in Ausnahmefällen Schutzimpfungen abrechnen. Da es sich dabei jedoch um eine präventive Leistung handelt, darf die Kassengebühr nicht erhoben werden. Somit ist das Ausstellen ei-

nes Überweisungsscheins an dieser Stelle überflüssig. Der Kinderarzt kann die Impfleistung auf einem ambulanten Schein abrechnen, ohne dass die Kassengebühr fällig wird.

2 *Wenn wir manuelle Lymphdrainage verordnen, verlangen die Heilmittelerbringer oft, dass wir zusätzlich noch eine Kompressionsbandagierung verordnen. Ist diese Leistung nicht Teil der Lymphdrainage selbst?*

Ja, in der Heilmittel-Richtlinie heißt es: „Manuelle Lymphdrainage der Extremitäten, des Kopfes und/oder des Rumpfes ggf. einschließlich Kompressionsbandagierung.“

Lediglich die Kompressionsbinden können Sie gesondert als Verbandsmittel verordnen.

3 *Zu uns kommen immer wieder Patienten mit Überweisungen aus einer ermächtigten Krankenhausfachambulanz. Muss ich die angeforderten Leistungen auch erbringen, wenn das Krankenhaus dies selbst erledigen könnte?*

Nein. Ermächtigte Krankenhausfachambulanzen dürfen nur an Praxen überweisen, wenn die betreffenden Leistungen in diesem Krankenhaus nicht erbracht werden können (§ 24 des Bundesmantelvertrages).

eDMP: Änderung des Versandlistenverfahrens

Wer eDMP-Daten an die Datenstelle INTER-FORUM sendet, bekommt ab 1. Januar 2011 eine Versandliste zugeschickt, die

nur noch alle plausiblen und fristgerechten Erstdokumentationen aufweist. Zusätzlich erhält man ein Bestätigungs-

schreiben; nur dieses muss der Arzt künftig unterschreiben und per Post an die Datenstelle zurückschicken.

Falsche Mitteilungen der DAK

Die DAK verschickt seit einigen Wochen Mitteilungen an Ärzte, die bei der Ausstellung einer AU einen Diagnoseschlüssel aus dem ICD-Kapiteln R 00 -

R 99 und Z 00 - Z 99 benutzt haben. Die DAK schreibt, mit diesen Diagnosen könne keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden – und fordert die

Ärzte auf, einen „zutreffenden“ Diagnoseschlüssel zu wählen.

Diese Mitteilung entbehrt jeder rechtlichen Grundlage.

Heilmittel-Verordnungen: konkrete Diagnosen eintragen!

Die Krankenkassen bitten die Vertragsärzte, in die Heilmittel-Verordnungen konkrete Diagnosen einzutragen. Zu-

sätzlich zum Diagnosegruppen-Schlüssel (z.B. WS 1) muss der Name einer Diagnose angegeben werden. Viele

Ärzte tragen stattdessen den im Heilmittel-Katalog vorgegebenen Text zur Diagnosegruppe ein.

Keine Überweisung für Kreissaalführungen

Immer mehr schwangere Patientinnen bitten ihren Gynäkologen um Überweisungen, damit sie verschiedene Geburtskliniken besichtigen können. Offenbar verlangen Kliniken

neuerdings einen Überweisungsschein für die Kreissaalführung – bisher eine Kulanzleistung. Die Praxis kann aber nur eine einzige Überweisung ausstellen – und zwar auf den

Namen eines ermächtigten Arztes, der in der gewählten Klinik die Geburtsplanungs-Leistungen (EBM 01780) erbringt. Weitere Überweisungen sollten nicht ausgestellt werden.

Pertussis-Impfung ist eine Privatleistung

Die Hamburger Gesundheitsbehörde fordert die Bevölkerung derzeit in einem Flyer auf, die nächste Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie einmalig mit einer Impfung gegen Pertussis zu kombinieren. Das entspricht zwar den neuen Empfehlungen der STIKO. Die Beschlüsse

der STIKO werden in Hamburg jedoch nicht automatisch umgesetzt – die Impfvereinbarungen mit den Hamburger Krankenkassen sehen das nicht vor. Die Pertussis-Impfung ist deshalb eine Privatleistung (Ausnahme: Frauen mit Kinderwunsch und enge Haushaltskontaktpersonen

einer Schwangeren sowie Betreuer/in des Neugeborenen). Zurzeit gibt es keinen monovalenten Pertussis-Impfstoff. Da die Dreier-Kombinationsimpfung eine Privatleistung enthält (den Pertussis-Impfstoff), muss sie den Patienten vollständig privat in Rechnung gestellt werden.

Keine Honorarabschläge wegen Überversorgung

Die Bundesregierung ist von einem Sicherstellungskonzept der Vorgängerregierung abgerückt: Die geplante Regelung, die Vergütung nach dem Ver-

sorgungsgrad zu differenzieren – in unterversorgten Gebieten sollte es mehr, in Überversorgten Gebieten weniger Honorar geben -, wird in den Jahren 2011

und 2012 nicht eingeführt. Die praktische Umsetzung des Beschlusses werfe eine Reihe von Fragen auf, die noch nicht geklärt seien, so die Begründung.

Abgabe der Abrechnungsunterlagen IV. Quartal 2010

3. Januar 2011 bis 17. Januar 2011

im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Mo.-Fr. von 7:00 bis 16:30 Uhr und Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr

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

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten können die Ab-

rechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

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

Amtliche Veröffentlichung

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

- Die BARMER GEK hat mit Wirkung zum 31. Dezember 2010 den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen der KV Hamburg und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV) vom 21. Dezember 2006 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 22. Dezember 2009 gekündigt.
- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73c SGB V zwischen der IKK classic und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination, vertreten durch die KBV, mit Wirkung ab dem 01.01.2011

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

Ansprechpartner: Infocenter Tel. 22 802 - 900

Online-Abrechnung – vor dem 31. März 2011 testen!

Die Online-Abrechnung wird verpflichtend – beginnend mit der Übertragung der Abrechnungsdaten für das erste Quartal 2011. Das Prozedere kann man schon vorher aus-

probieren. Viele Praxen nehmen bereits an einem Testlauf teil - weitere sind herzlich eingeladen.

Es gibt zwei Wege, die Abrechnungsdaten online an die KV

zu schicken: über KV-SafeNet* und über KV WebNet.

Wir haben eine kurze Übersicht zu den beiden Anbindungsmöglichkeiten erstellt.

Die Anbindungsmöglichkeiten auf einen Blick

		KV-SafeNet*	KV WebNet
Übertragungsweg		Datenübertragung in einem vom öffentlichen Internet völlig abgetrennten Netz	Datenübertragung über eine sichere Verbindung im Internet
Technische Voraussetzungen		<ul style="list-style-type: none"> • Hardware VPN (Blackbox) • DSL (empfehlenswert), ISDN • aktueller Internetbrowser 	<ul style="list-style-type: none"> • Internetverbindung über DSL (empfehlenswert) oder ISDN • aktueller Internetbrowser • eigenständiger Internet-PC
Identifizierung / Authentifizierung		Benutzername / Passwort oder Signaturkarte	Benutzername / Passwort oder Signaturkarte
Verbindung		<ul style="list-style-type: none"> • zwischen der Praxis (Blackbox) und der KV (KV-Konzentrator) • Anschluss des gesamten Praxisnetzwerkes • Zugriff auf das bundesweite KV-Netzwerk 	<ul style="list-style-type: none"> • zwischen Browser (Rechner des Nutzers) und Applikation auf einem Webserver des Rechenzentrums der KV Hamburg • kein Netzwerk, sondern lediglich sichere Verbindung zwischen einem Rechner und der KV
Sicherheit		<ul style="list-style-type: none"> • sichere Datenübertragung und sicher abgeschirmtes Praxisnetzwerk • unerlaubter Zugriff aus dem Internet auf die Praxisrechner ausgeschlossen • SafeNet*-Provider ist für die Sicherheit der Datenübertragung und des Praxisnetzwerks verantwortlich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantierte Sicherheit ist beschränkt auf die Datenübertragung zwischen Browser und KV-Webserver. • Übernahme der Verbindung durch Dritte bei unerwartetem Abbruch möglich. • Bei einfachem Schließen des Browsers (ohne Abmeldung) bleibt die Verbindung seitens des angesprochenen Servers offen. • Angeschlossener Rechner sollte vom übrigen Praxisnetzwerk getrennt sein. • Für die Datensicherheit sind die Nutzer selbst verantwortlich.
Derzeit angebotene Dienste	Anwender mit Benutzername und Passwort	<ul style="list-style-type: none"> • Online-Abrechnung • eDokumentation: eKoloskopie, eHKS, eDialyse • Formularverwaltung: Anträge, Erklärungen • Einsicht in das Dokumentenverwaltungssystem der KVH 	<ul style="list-style-type: none"> • Online-Abrechnung • eDokumentation: eKoloskopie, eHKS, eDialyse
	Anwender mit Signaturkarte	<ul style="list-style-type: none"> • alle o. g. Dienste • rechtsverbindliche Signatur der Bestätigung zur Abrechnung ("Quittung") und anderer Dokumente, falls Signaturkarte mit qualifizierter elektronischer Signatur genutzt wird 	<ul style="list-style-type: none"> • alle o. g. Dienste • Formularverwaltung: Anträge, Erklärungen • Einsicht in das Dokumentenverwaltungssystem der KVH • rechtsverbindliche Signatur der Bestätigung zur Abrechnung ("Quittung") und anderer Dokumente, falls Signaturkarte mit qualifizierter elektronischer Signatur genutzt wird
Förderung durch die KV		Für die Anbindung mit KV-SafeNet*: einmalig 300 Euro bis Ende März 2011	Keine finanzielle Förderung für diese Anbindungsart
		Für die Anschaffung und Nutzung einer Signaturkarte mit qualifizierter elektronischer Signatur: einmalig 60 Euro bis Ende März 2011	Für die Anschaffung und Nutzung einer Signaturkarte mit qualifizierter elektronischer Signatur: einmalig 60 Euro bis Ende März 2011

Eine ausführliche Beschreibung finden Sie in der Broschüre „KV-Online-Service“, die Ihnen vor Weihnachten zugeschickt wurde.

Ansprechpartner: Ghislain Kouematchoua, Beratung und Information/Telematik, Tel: 22802-309

* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Änderungen der Arzneimittelrichtlinie

Off-Label-Anwendung von Valproinsäure zur Migräneprophylaxe

Nach Beschluss des Bundesausschusses darf Valproinsäure unter bestimmten Voraussetzungen zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden (Teil A der Anlage VI der Arzneimittelrichtlinien).

Verordnet werden darf Valproinsäure zur Migräneprophylaxe, wenn

- die/der Patient/in mindestens 18 Jahre alt ist,
- die Behandlung mit anderen dafür zugelassenen Arzneimitteln nicht erfolgreich war, wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden musste oder kontraindiziert ist
- und der verordnende Arzt Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie ist.

Weitere wichtige Hinweise, die bei der Verordnung beachtet werden müssen:

- Bei der Behandlung von Frauen im gebärfähigen Alter muss sorgfältig Nutzen und Risiko abgewogen werden. Dabei müssen diese Frauen darüber aufgeklärt werden, dass während der Behandlung mit Valproinsäure eine effektive Methode der Kontrazeption erforderlich ist, weil ein erhöhtes Risiko von Missbildungen besteht. Bei schwangeren Frauen ist die Anwendung kontraindiziert! (Siehe Fachinformationen der entsprechenden Präparate.)
- Da nicht alle Hersteller dieser Off-label-Anwendung zugestimmt haben, sind für diese Indikation nur die Valproinsäure-haltigen Präparate folgender Firmen verordnungsfähig: siehe Tabelle

Bei der Verordnung muss ein Aut-idem-Kreuz gesetzt werden, da nur die in der Tabelle genannten Hersteller den be-

stimmungsgemäßen Gebrauch der Valproinsäure bei dieser Indikation anerkennen (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers). Die anderen Unternehmen haben nicht zugestimmt, deshalb dürfen deren Valproinsäure-haltigen Präparate nicht für diese Indikation verordnet werden.

Life-Style-Mittel Azzalure® nicht verordnungsfähig

Das Clostridium Botulinum Typ A-haltige Präparat Azzalure® ist nicht verordnungsfähig zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse. Durch Beschluss des Bundesausschusses wurde die Anlage II der Arzneimittelrichtlinie um das Präparat ergänzt. Das Präparat Dysport wurde von der Anlage gestrichen. Es ist nur (noch) für neurologische Indikationen (für die es verordnungsfähig ist!) zugelassen.

Firma	Präparate (Beispiele)
AWD.pharma GmbH & Co. KG	Valproat AWD 600mg ret. Tabl.
Dolorgiet GmbH & Co.KG	Leptilan 600 Tabl.
Hexal AG	Valproat Hexal 600mg Tabl.
IIP – Institut f. industrielle Pharmazie Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft mbH	Valberg PR 500mg ret. Tabl.
TAD Pharma GmbH	Valpro TAD 600 mg Tabl.



Die Beschlüsse im Internet:
www.g-ba.de → *Informationsarchiv* → *Richtlinien* → *Arzneimittel* → *Beschlüsse*

Methylphenidat: Anwendungsregeln noch enger

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 16. September 2010 die Arzneimittel-Richtlinie geändert. Der bisherigen Fassung zufolge sind Stimulantien wie Methylphenidat nicht verordnungsfähig und dürfen nur ausnahmsweise zur Behandlung bestimmter Erkrankungen wie Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität (ADS/ADHS) bei Kindern ab sechs Jahren und Jugendlichen sowie zur Behandlung von Narkolepsie eingesetzt werden (Arzneimittel-Richtlinie, Anlage III, Nr.44). Die Regelung zur Anwendung bei Hyperkinetischer Störung bzw. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS) wurde nun noch enger gefasst, indem weitere Anforderungen an Diagnose und ärztliche Fachkenntnis bei der Behandlung gestellt werden:

Diagnostik

Die Diagnose darf sich nicht allein auf das Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome stützen. Um eine sichere Diagnose stellen zu können, sollten beispielsweise die DSM-IV Kriterien verwendet werden.

Fachkenntnis

Die Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen verordnet und unter dessen Aufsicht angewendet werden. Dabei handelt es sich um folgende Facharztgruppen:



- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Facharzt für Nervenheilkunde, für Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie
- ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 5 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen

In Ausnahmefällen dürfen auch Hausärzte Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt.

Verlaufsdokumentation und behandlungsfreie Intervalle

Der Einsatz von Stimulantien muss im Verlauf besonders dokumentiert werden. Besonders

wichtig ist die Dokumentation der Dauertherapie über zwölf Monate sowie die Beurteilung der behandlungsfreien Zeitschnitte, die mindestens einmal jährlich zwischengeschoben werden sollten.

Cave: Die Behandlung erwachsener Patienten ist nicht Bestandteil dieser Leitlinien!

Der Beschluss wurde vom Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet und ist am 1. Dezember 2010 in Kraft getreten (BAnz. Nr. 181 vom 30. November 2010, S. 3975).

Der Beschluss im Internet: www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Beschlüsse

*Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Arzneimitteln:
Regina Lilje Tel: 22802 - 498
Barbara Spies Tel: 22802 - 564*

Die Kapazitäten nutzbar machen

- Noch immer sind Psychotherapieplätze für Kinder und Jugendliche knapp. Doch die Situation ließe sich schnell verbessern – wenn einige strukturelle Hindernisse aus dem Weg geräumt würden.

Lange Zeit gab es im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie eine dramatische Mangelversorgung. Im Laufe des Jahres 2010 kamen 70 neue Kassensitze in diesem Bereich hinzu. Dennoch ist die Situation weiterhin angespannt. Woran liegt es, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ihre Praxen nicht auslasten, und was kann dagegen unternommen werden? Während einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung des Verhaltenstherapie-Falkenried-MVZ zum Thema: "Psychotherapeutische Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Hamburg" im September 2010 haben die Referenten (Prof. Dr. med. Schulte-Markwort, Dipl. Psych. Dr. Wiehe) und Teilnehmer Lösungsideen entwickelt, die wir hier zur Diskussion stellen möchten.

Kooperation mit Schulen

Die niedergelassenen Kollegen im KJP-Bereich haben ein strukturelles Problem: Sie können eigentlich nur zwischen 14 und 19 Uhr Therapiestunden anbieten – wenn die Kinder frei haben. Und mit Ausweitung der Schulzeiten oder der Hortbetreuung wird das Zeitfenster immer kleiner. Die eingeschränkten Arbeitszeiten der Kinder- und Jugendlichenpsy-

chotherapeuten sind sicherlich ein Grund dafür, dass es noch immer zu wenig Therapieplätze gibt. Die meisten Patienten sind schulpflichtig – und nutzen daher die wenigen Stunden am Nachmittag.

Um die brachliegenden Kapazitäten nutzbar zu machen, könnten die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstärkt an die Schulen gehen. Schon heute sind die Beratungslehrer für uns wichtige Anknüpfungspunkte. Doch auf dem Weg vom Beratungslehrer in die Praxis entstehen zum Teil lange zeitliche Verläufe. So passiert es nicht selten, dass ein Patient erst zwei oder drei Jahre, nachdem das Thema Therapie erstmals in der Schule angesprochen wurde, zu uns in die Praxis kommt. Auch die Schulpsychologen können häufig nicht weiterhelfen, da ihr Kompetenzbereich sich auf die Durchführung von Diagnostik und die Abgabe einer Empfehlung und nicht auf die Durchführung einer Therapie bezieht. Doch viele Familien, die sich in Schwierigkeiten befinden, wissen nicht, wie man einen Therapieplatz findet und welche Praxen in Frage kommen. Wäre ein Therapeut in der Schule vor Ort, könnte er in der Pause „sein Gesicht zeigen“. Die Kinder wüssten dann nicht nur, wie die Lehrerin für den Deutsch-För-

derunterricht aussieht, sondern hätten auch einen Eindruck vom Psychologen, der dienstags vormittags in der Schule Therapie macht. Das würde die Schwelle deutlich senken.

Für viele Patienten aus schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen, in deren häuslicher Situation eine gewisse Strukturlosigkeit herrscht, stellt die Therapie in einer Praxis ein relativ hochschwelliges Angebot dar. Auch wenn die erste Hürde genommen ist, die Therapie läuft und die Eltern und Kinder bemüht und kooperativ sind, gelingt eine regelmäßige und verbindliche Psychotherapie dennoch manchmal nicht.

Die Abstände zwischen den Therapiesitzungen werden größer, und irgendwann reißt die Verbindung ab.

Diese Situation ist sowohl im Hinblick auf die Versorgungslage der Kinder und Jugendlichen als auch aus Sicht der niedergelassenen Therapeuten, die auf regelmäßig stattfindende Termine angewiesen sind, unbefriedigend, und erklärt vielleicht in Teilen die relative Überversorgung gutsituierter Stadtteile im Vergleich zu sogenannten Problemvierteln mit einem höheren Anteil „schwieriger“ Familien.

Fortsetzung auf S. 18 

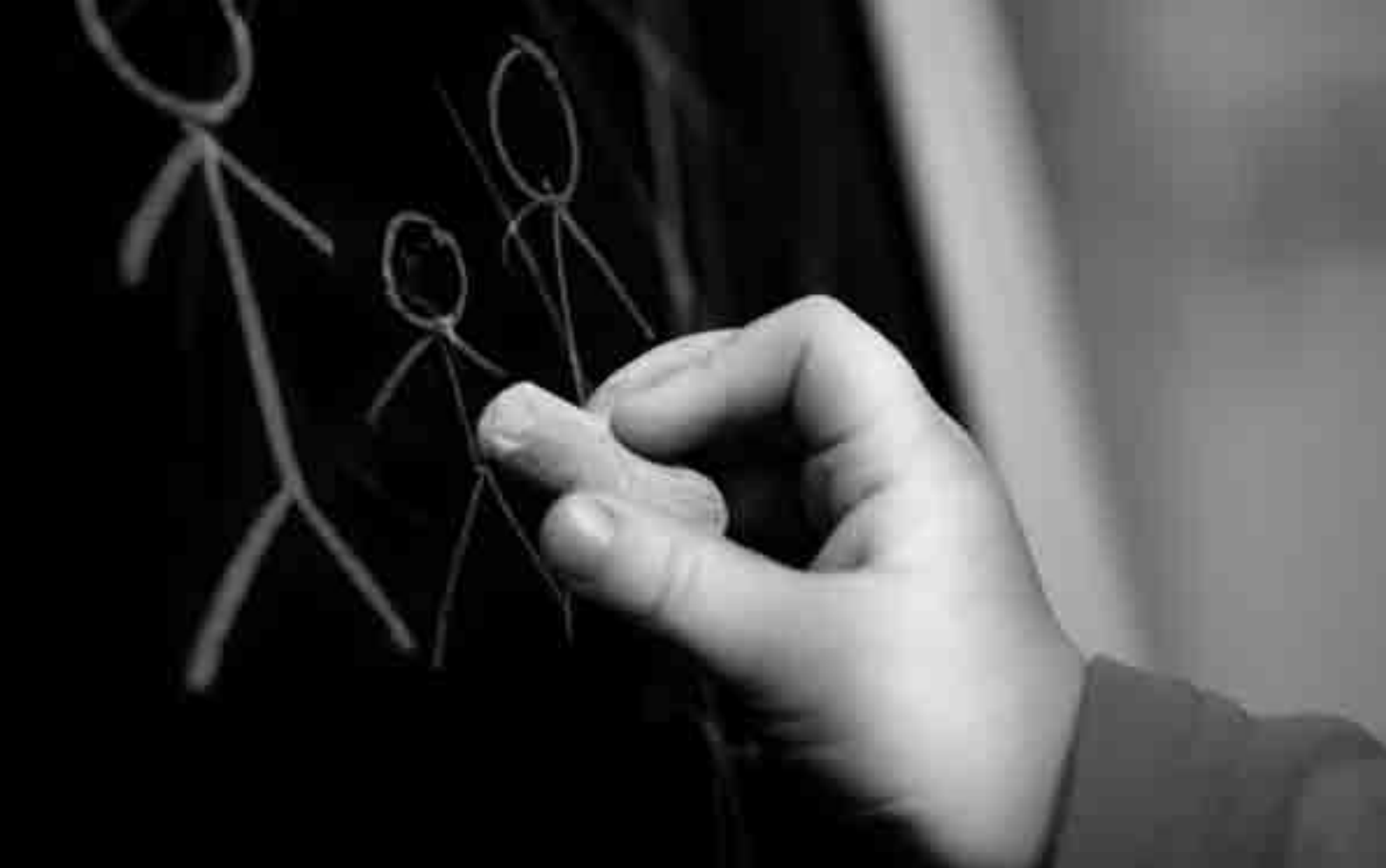


Foto: Kempf, fotolia

„Der ist nicht richtig im Kopf!“

Warum Psychotherapien an Schulen problematisch sind

Es stimmt: Die Zeit, die Kinder in der Schule verbringen, wird immer länger. Und das bringt ein strukturelles Problem für die kinder- und jugendpsychotherapeutischen Praxen mit sich: Die meisten Kinder haben nur zwischen 16 und 18 Uhr Zeit. Diese Termine könnte man zig-fach belegen, während die Vormittagstermine frei bleiben.

Für manche Familien wäre es tatsächlich hilfreich, wenn Therapeuten an die Schulen kämen. Die Schwelle würde stark abgesenkt. Migrantenfamilien beispielsweise, die sich mit den Strukturen in Deutschland nicht auskennen, könnten

in den Schulen an eine Therapie herangeführt werden. Solche Sitzungen sollten aber eher als Anbahnung verstanden werden, um eine Therapie in Gang zu bringen und den nächsten Schritt zu erleichtern.

Eine längere Psychotherapie durchzuführen ist in den Räumen einer Schule meiner Meinung nach nicht möglich. Dafür ist ein geschützter Rahmen notwendig. Wenn der Psychotherapeut an der Schule bekannt ist und die Mitschüler wissen, wer sich behandeln lässt, heißt es schnell: „Der ist nicht richtig im Kopf, der ist verrückt.“ Man muss Kinder

und Jugendliche vor solchen Reaktionen schützen.

Welcher Erwachsene wäre schon damit einverstanden, wenn sein Therapeut zu ihm an den Arbeitsplatz käme? Eine solche Konstellation würde man als absurd zurückweisen, weil sie die Privatsphäre verletzt. Die Patienten sollten selbst entscheiden können, wer von ihrer Therapie erfährt - auch die minderjährigen Patienten.

*Helene Timmermann,
stellvertretende Vorsitzende der
Vereinigung analytischer
Kinder- und Jugendlichen-Psy-
chotherapeuten Hamburg*

Die tatsächliche Inanspruchnahme ist also im KJP-Bereich kein eindeutiger Indikator für die Behandlungsnotwendigkeit. Im Gegenteil: Wir wissen, dass Hinweise auf psychische Auffälligkeiten in Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status signifikant häufiger zu finden sind. Daher brauchen gerade Kinder aus schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen ein Angebot an einem Ort, an dem sie sich ohnehin aufhalten und an dem Verlässlichkeit hergestellt wird.

Könnte man einen Teil der Patienten vormittags in den Schulen behandeln, würde das nicht nur Kindern helfen, deren Eltern von der Regelmäßigkeit und Verbindlichkeit der Therapiestunden überfordert sind. Es gäbe auch insgesamt mehr Therapieplätze, die Versorgungssituation würde sich entspannen. Schließlich könnten auch die Praxen so rentabler arbeiten.

Einige Kollegen haben mit Schulen bereits Kooperationsmodelle ausgehandelt und damit gute Erfahrungen gemacht. Doch um das Modell auf eine breite Basis zu stellen und damit die Versorgungssituation zu beeinflussen, genügen solche Einzelinitiativen nicht. Hier wäre die KV gefordert, passende Abrechnungsmodalitäten zu entwickeln und mit der Schulbehörde zusammen den Anstoß zu geben.

Angebote in den Ferien

Auch in den Schulferien liegen die Versorgungskapazitäten oftmals brach. Viele Kinder sind im Urlaub oder haben ein anderes Programm. Dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Ferienzeit zur Untätigkeit verdammt sind und ihre Praxen schließen, hat nicht nur Auswirkungen auf ihr Einkommen. Auch unter Versorgungsgesichtspunkten und angesichts der noch immer knappen Behandlungsplätze ist das nicht hinnehmbar. Die Praxen sind in der Ferienzeit nicht erreichbar, und wer schnell einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten braucht, steht vor verschlossenen Türen. Was könnte man tun?

Viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten würden die Ferienzeiten gerne nutzen, um bestimmte Patienten intensiver zu betreuen. Schulverweigerern beispielsweise vor Beginn des nächsten Schuljahrs eine Intensivbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie anzubieten wäre durchaus sinnvoll.

KJP-Praxen könnten sich während der Schulferien vernetzen und arbeitsteilig Projekte organisieren: Eine Praxis würde die Notfälle übernehmen, eine andere ein Programm für Sozialphobiker anbieten. Bestimmte Kollegen übernehmen Gruppentherapien, andere Einzelsitzungen. Man könnte sich absprechen und den Behandlungsbedarf kanalisieren.

Das Problem ist: Wer wenige Patienten intensiv betreut, „schrammt“ am Rande der Zu-

lässigkeit i.S. der Psychotherapierichtlinien entlang. Rasch überschreitet man die zulässige Anzahl der wöchentlichen Therapiestunden - und kann seine Arbeit nicht abrechnen. Hier wäre eine Flexibilisierung des Systems notwendig.

Zu enges Regelkorsett

Umsonst oder gar nicht? Vor dieser Alternative stehen Therapeuten, wenn sie systemische Arbeit leisten wollen. Wer schon mal versucht hat, den Lehrer oder den Fußballtrainer eines jugendlichen Patienten in der Praxis zu sehen, weiß: Gespräche mit Bezugspersonen lassen sich oft nur telefonisch erledigen. Doch die Bezugspersonenarbeit ist eigentlich an das klassische psychotherapeutische Setting gebunden: Face to Face in einem abgeschlossenen Raum. Die Stunden, die am Telefon verbracht werden, um mehr über das persönliche Umfeld des Patienten in Erfahrung zu bringen oder wichtige Bezugspersonen ins „therapeutische Boot“ zu holen, sind genehmigt und auch abgeleistet - doch man kann sie nicht abrechnen, ohne zu betrügen.

Auch was die Stundenkontingente betrifft, ist das Regelkorsett zu eng. Beleuchtet man beispielsweise die Behandlung eines Kindes in einer Krisensituation: Die Eltern trennen sich, das Kind zeigt eine beginnende Anpassungsstörung, es gibt mehrmaliges Einnässen, das Kind kaut Nägel, ist unglücklich. Wenn die Familie koope-

Psychotherapie an Schulen: Erfahrungen aus Bayern

In Bayern gibt es seit April 2010 das Projekt „Psychotherapeuten an Schulen“. Den Anfang machte eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, die mit einer Ganztags-Grundschule bei München zusammenarbeitete und dort in ausgelagerten Praxisräumen Therapiesitzungen durchführte. Das Pilotprojekt wurde mittels Fragebögen für teilnehmende Kinder und Eltern und einer Vergleichsgruppe evaluiert. „Unsere größte Befürchtung war natürlich, dass die teilnehmenden Kinder stigmatisiert werden“, sagt Andrea Fembacher, Leiterin der Stabsstelle für psychotherapeutische Versorgung der KV Bayerns. „Doch die teilnehmenden Kinder, deren Eltern und auch andere Kinder melden uns zurück: Das ist kein

Problem. Eine Stigmatisierung findet nicht statt.“ Aussagekraft hat dieses Ergebnis allerdings nur für die Grundschule. Ob die Erfahrungen an weiterführenden Schulen ähnlich ausfallen würden, ist unklar.

Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist die Idee, in Grundschulen zu therapieren, auf großes Interesse gestoßen. „Derzeit finden viele Gespräche zwischen Psychotherapeuten und Schulen statt“, so Fembacher. „Doch es ist nicht leicht, eine passende Kooperation auf den Weg zu bringen.“

Im Grunde kommen nur Ganztagschulen in Frage. Bei dieser Schulform können die Therapiesitzungen während der Förderstunden stattfinden, so

dass die Kinder den regulären Unterricht nicht verpassen. Das gesamte Kollegium und auch die Elternvertreter müssen eingebunden und vom Projekt überzeugt werden. Auch eine Absprache mit benachbarten psychotherapeutischen Praxen ist empfehlenswert. Und schließlich muss in der Schule ein geeigneter Raum gefunden werden, in dem eine geschützte Therapiesituation möglich ist.

Berufsrechtlich gibt es nach Einschätzung der KV Bayerns zwei Dinge zu beachten: Das Erstgespräch muss in der Praxis stattfinden, erst danach kann die Therapie in die Schulen verlagert werden. Und: Der Aufenthalt in der Schule darf nicht zur Akquise neuer Patienten genutzt werden. *mn*

relativ ist, kann man in solchen Fällen verhältnismäßig rasch Erfolge erzielen. Doch in der kollektivvertraglichen Versorgung gibt es für den Therapeuten nur zwei Möglichkeiten: Entweder er schafft es, das Kind in fünf probatorischen Sitzungen zu stabilisieren – was ziemlich eng ist. Oder er schreibt einen Antrag für eine Kurzzeittherapie und bekommt 31 Sitzungen bewilligt – die er meist gar nicht benötigt. So wird ein Anreiz gesetzt, Therapien unnötig auszudehnen. In unseren Direktverträgen mit einigen Krankenkassen ist

das Thema Stundenkontingente flexibler geregelt. Die Kassen gewähren uns mehr Freiheiten, bedarfsorientiert zu handeln. Das nützt den Patienten – und führt unserer Erfahrung nach insgesamt zu einer Einsparung von Therapiestunden.

Es gibt also eine stattliche „Wunschliste“, die von den Teilnehmern der Veranstaltung zusammengetragen und diskutiert wurde. Sie richtet sich an die Krankenkassen, die KV und an uns selbst als Berufsgruppe. Wir sind ziemlich sicher, dass man die Versorgungssituation

relativ rasch und unaufwändig verbessern könnte, wenn man einige strukturelle Hindernisse aus dem Weg räumen und damit die Effizienzmöglichkeiten verbessern würde. Mehr Geld ist dafür gar nicht unbedingt erforderlich.

*Dr. Ulrike Lupke,
psychologische Leiterin und Geschäftsführerin des Verhaltenstherapie Falkenried MVZ*

*Dr. Katharina Wiehe,
psychologische Leiterin der Kinder- und Jugendtherapeutischen Ambulanz des Verhaltenstherapie Falkenried MVZ*

„Vorkasse ist problematisch“

- Die WHO beklagt finanzielle Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung. Weltweit rutschen 100 Millionen Menschen jährlich unter die Armutsgrenze, weil sie für medizinische Behandlungen selbst bezahlen müssen.



Gesundheitssysteme, in denen Menschen unmittelbar bei Inanspruchnahme für ärztliche Leistungen zahlen müssen, schließen weltweit Millionen Menschen von angemessener Gesundheitsversorgung aus. Dies ist eine der Kernbotschaften des neuen Weltgesundheitsberichts der WHO, der am 22. November 2010 in Berlin vorgestellt wurde.

„Die Annäherung an universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall bleibt solange unerreichbar, wie Menschen finanziellen Härten ausgesetzt sind oder vor der Inanspruchnahme von Leistungen zurückschrecken, weil sie diese unmittelbar vor Ort bezahlen müssen“, heißt es in dem Bericht.

Die WHO bezeichnet ausdrücklich selbst solche Direktzahlungen als problematisch, die später von einer Versicherung erstattet werden: „Patienten sind in der Regel verpflichtet, sich an den Kosten zu beteiligen, meist in Form von Zusatzversicherungen, Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen.“

Weltweit gerieten Jahr für Jahr rund 150 Millionen

Menschen in finanzielle Bedrängnis, weil die Kosten für medizinische Versorgung mehr als 40 Prozent ihres Haushaltseinkommens beanspruchen. Weitere 100 Millionen Menschen rutschten im selben Zeitraum aufgrund von Direktzahlungen unter die Armutsgrenze.

In ihrem Bericht, der sich mit der Finanzierung der Gesundheitssysteme weltweit beschäftigt, plädiert die WHO für mehr staatliche Investitionen und solidarischen Ausgleich sowie weniger Direktzahlungen und Eigenbeteiligung der Bevölkerung.

Dem FDP-Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler und seinem Parteikollegen, Entwicklungsminister Dirk Niebel, dürften diese Aussagen nicht gefallen haben, obgleich beide bei der Präsentation des Berichtes in Berlin zusammen mit WHO-Generaldirektorin Margaret Chan vor den Kameras posierten. Immerhin sind Kostenerstattung, die Stärkung der Eigenverantwortung und mithin mehr finanzielle Eigenbeteiligung der Versicherten zentrale gesundheitspolitische Anliegen der Liberalen.

Patientenorganisationen sehen sich in ihrer Haltung durch den WHO-Bericht bestätigt. Der Geschäftsführer der Hilfs- und Menschenrechtsorganisation Medico International, Thomas Gebauer, sagte: „Die Überzeugung der WHO, dass die Schaffung eines universellen Zugangs zu bestmöglicher Gesundheitsversorgung eine gesellschaftliche Aufgabe ist, bei der zuallererst die Regierungen gefordert sind, führt in die richtige Richtung.“ Gesundheit für alle sei nur im Rahmen solidarisch finanzierter Gesundheitssysteme möglich. „Liest man den WHO-Bericht genau, kann man gar nicht anders, als allen Überlegungen zu Privatisierung von Gesundheitsdiensten eine klare Absage erteilen“, meinte Gebauer. as

Der WHO-Weltgesundheitsbericht im Internet:

www.who.int/whr/2010/en/index.html (englische Langversion)

www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_178/Shared-Docs/Standardartikel/DE/AZ/H/health2010/ankuendigung.html (deutsche Kurzfassung)

Hamburger Arzt ist Chef des NAV-Virchow-Bundes

■ Dr. Dirk Heinrich fordert mehr innerärztliche Geschlossenheit

Zum neuen Bundesvorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes wurde am 13. November 2010 Dr. Dirk Heinrich gewählt. Der niedergelassene HNO-Arzt ist Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg und seit zwei Jahren Präsident des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte.

„Die Zeit der Aufsplitterung in immer kleinere Berufsverbände ist vorbei“, erläutert Heinrich seine Motivation, den Vorsitz eines fachübergreifenden Verbandes zu übernehmen. „Die Politik und vor allem die Krankenkassen

müssen zur Kenntnis nehmen, dass sie es heute mit einer selbstbewussten Ärzteschaft zu tun haben, die zu neuer Solidarität gefunden hat.“

Es sei nötig, starke Netze in den Regionen aufzubauen, sagte Heinrich dem Nachrichtendienst Facharzt.de. „Haus- und Fachärzte müssen vor Ort eine starke Einheit bilden, eng kooperieren und innovative Strukturen entwickeln.“ Ziel müsse es sein, eine effektive, wohnortnahe Versorgung mit freiberuflichen Ärzten zu erhalten.



Dr. Dirk Heinrich

Aufnahme ins Handbuch für das Gesundheitswesen

■ Schwerpunktpraxen müssen Eintrag erlauben

Praxen, die mit ihrem Schwerpunkt im Handbuch für das Gesundheitswesen 2011 aufgeführt werden möchten, müssen eine Einverständniserklärung unterzeichnen.

Im von der Ärztekammer herausgegebenen Handbuch für das Gesundheitswesen werden jährlich Adressen aus dem Hamburger Gesundheitswesen veröffentlicht. Leider fehlten im vergangenen Jahr in der Rubrik „Schwerpunktpraxen“ Einträge. Dies betrifft

- Diabetologische Spezialpraxen in Hamburg
- Dialysepraxen
- HIV - Vertragsärzte
- Onkologisch verantwortliche Ärzte – Ärzte in Hamburg, die an der Onkologievereinbarung teilnehmen

Normalerweise werden Praxen automatisch in das Verzeichnis aufgenommen. Nur bei den Schwerpunktpraxen gibt es ein anderes Prozedere: Die Ärztekammer muss deren Daten von der KV anfordern. Damit die

Daten weitergegeben werden können, müssen die Schwerpunktpraxen ihr Einverständnis erklärt haben. Liegt diese Einverständniserklärung nicht vor, dürfen die Daten nicht weitergegeben werden.

Bitte wenden Sie sich ans Arztregister der KV, um Ihre Erlaubnis zur Datenweitergabe zu erteilen.

*Ansprechpartnerin:
Jana Runge Tel: 22802-343*

Steckbrief – Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

Dr. med. Wolfgang Cremer



Geburtsdatum: 13.04.1947

Familienstand: verheiratet, 1 Tochter

Fachrichtung: Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Weitere Ämter: Landesvorsitzender Hamburg des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V., Sprecher der Fachbeisitzerkonferenz (FBSK) Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Hamburger Ärztekammer, Gewählter Delegierter der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg (ab Dez. 2010), Schriftführer der „Geburtshülflichen Gesellschaft zu Hamburg“, Facharztprüfer, Sekretär der „Deutsch-spanischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie“

Hobbys: Orgel spielen, Saxophon spielen, Sport, Sprachen

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

In ärztlicher Hinsicht ja.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Erhalt der Freiberuflichkeit. Reform der Facharztweiterbildung als Verbundkonzept zwischen Klinik und Praxis, da viele Weiterbildungsinhalte heutzutage nicht mehr ausreichend an der Klinik vermittelt werden können. Im Bereich der Frauenheilkunde: Erhalt der Einheit des Faches. Frauenheilkunde als ganzheitliches Fach, keine Aufsplitterung in verschiedene Organfächer. Im kollegialen Miteinander zwischen allen ärztlichen Fachgruppen: Mehr die gemeinsamen Interessen verfolgen als Partikularinteressen.

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

Die KV sollte sowohl im Rahmen des Kollektivvertrages (trotz der problematischen Rolle als Körperschaft des öffentlichen Rechts), aber auch bei einem evtl. Systemausstieg weiterhin an erster Stelle stehen – Selektivverträge ja, aber erst an zweiter Stelle.

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

Den Papst. Ich würde ihn fragen, ob man nicht im Dialog der verschiedenen Religionen mehr die Gemeinsamkeiten betonen könnte, und nicht so sehr die Unterschiede.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?

An der Cavallé-Coll-Orgel der Kirche St.-Sulpice in Paris, wo Charles-Marie Widor (*1844), der Orgellehrer von Albert Schweitzer, 64 Jahre lang (1870–1934) bis zu seinem 90. Lebensjahr als Organist gewirkt hat, die Passacaglia von J.S. Bach zu spielen.

Terminkalender

■ Konstituierende Sitzung der neuen Vertreterversammlung der KV Hamburg

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

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

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

Fr 01.04.2011 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 02.04.2011 (08:30-16:30 Uhr)

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen

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

5-teiliges Blockseminar 2011

Teil 1: Mi 22.06.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 24.08.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 28.09.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 02.11.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 07.12.2011 (15:00-20:00 Uhr)

34 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

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

Mi 13.04.2011 (09:30-17:00 Uhr)

10 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

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

Mi 06.04.2011 (09:30-17:00 Uhr)

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

Mi 04.05.2011 (09:30-17:00 Uhr)

10 Punkte

Datenschutz in der Praxis

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

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

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

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

10 Punkte

QMB-Seminar

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

3-teiliges Blockseminar

Mi 18.05.2011 (9:30 - 17:00 Uhr)

Mi 25.05.2011 (9:30 - 17:00 Uhr)

Mi 08.06.2011 (9:30 - 17:00 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

Telefonische Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen
Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

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

Wann sind wir für Sie da?

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

