

KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 6/2011



„Wir brauchen eine bessere Niederlassungssteuerung!“

Hamburgs Gesundheitssenatorin
Cornelia Prüfer-Storcks im Interview



Rechtsstreit

Zielfeldprüfung in Hamburg
wird vor Gericht überprüft

Ärztezeitschriften

Beeinflusst Werbung die
Berichterstattung?

City-BKK-Pleite

Patienten haben weiterhin
Versicherungsschutz

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

In der Politik herrscht eine seltsame Ungleichzeitigkeit, auch in der Gesundheitspolitik, selbst in der KV-Politik. Denn die Verantwortlichen müssen bei vielen Dingen, die sie beschäftigen, in der Zukunft leben. So erreichte zum Beispiel der Unmut des Hamburger KV-Vorstandes über die Zumutung der „asymmetrischen Verteilung“ der Honorare 2011 – bei der die KV Hamburg übergeben wurde – seinen Höhepunkt bereits weit vor der tatsächlichen Auswirkung für die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten. Damals war die Stimmung deutlich schlechter als die aktuelle Lage. Derzeit ist es umgekehrt: Die Querschläger aus Berlin entfalten gerade erst ihre Wirkung, der neueste (die Umverteilung wegen der Neustrukturierung der Zuschläge für Gemeinschaftspraxen zum 1. Juli) steht sogar noch bevor. Trotzdem ist die Stimmung besser als die Lage. Denn es scheint so zu sein, dass zum ersten Mal seit Anfang der 90er Jahre eine Gesundheitsreform vorbereitet wird, die zentrale Forderungen der Vertragsärzte (gerade der Hamburger!) erfüllen könnte. Auch der Wechsel im Amt des Bundesgesundheitsministers ändert hieran offenbar nichts. Noch kämpfen wir dafür, dass aus dieser Hoffnung Realität wird – damit sich die Lage der Stimmung anpassen kann.



*Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstand
der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

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

Titelbild: fotolia/Janina Dierks, Portrait: Ingo Röhrbein

Ausgabe 6 / 2011 vom 1. Juni 2011

[Redaktionsschluss: 18. Mai 2011]

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Was erwarten Sie von der Hamburger Gesundheitspolitik? _____ 4

„Wir brauchen eine bessere Niederlassungssteuerung!“

Die neue Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks im Interview _____ 5

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____ 10

Korrektur: Wie man den E-Mail-Versand eines Arztbriefes abrechnet /

Seminar: Integration von Arbeitsschutz in QM-Systeme _____ 11

Abrechnung

City-BKK-Pleite: Was bei der Abrechnung zu beachten ist _____ 12

Niedrigere Preise für Ambulantes Operieren ab 4. Quartal 2010 _____ 13

Guter Start der Online-Abrechnung _____ 14

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachung von Verträgen _____ 15

Gebührenordnung für Leistungen der KV Hamburg _____ 16

Brennpunkt Arznei

Medizinische Fachzeitschriften: Beeinflusst Werbung die Berichterstattung? _____ 19

Neue Arzneimittel: Stellungnahmen der Arzneimittelkommission zu

Arixtra® (Fondaparinux), Daxas® (Roflumilast) und Sycrest® (Asenapin) _____ 20

Wann Generika außerhalb der Zulassungsindikation eingesetzt werden können _____ 22

Verordnungseinschränkung für Harn- und Blutzuckerteststreifen _____ 23

Forum

Zielfeldprüfung in Hamburg: „Das ist nicht zumutbar!“

Interview mit dem Rechtsanwalt Jörg Hohmann _____ 24

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung _____ 26

Terminkalender _____ 27

Nachgefragt

■ Was erwarten Sie von der Hamburger Gesundheitspolitik?



Für die neue Legislaturperiode erhoffe ich mir für Hamburgs Ärzte und Zahnärzte eine Entlastung von Bürokratie und eine verlässliche Honorierung, damit sie sich entspannt um ihre Patienten kümmern können. Ich wünsche mir, dass die neue SPD-Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks sich hinter die Ärzte und Zahnärzte stellt. Leider kommt die neue Gesundheitssenatorin von der AOK, und dieser berufliche Hintergrund lässt nichts Gutes erwarten. Es steht zu befürchten, dass sie nichts für die Ärzte tun und einen Großteil ihrer Energie darauf verwenden wird, Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr in Berlin das Leben schwer zu machen. Die FDP wird sich als Partner der Ärzte verstehen.

*Dr. Wieland Schinnenburg,
Zahnarzt und Vizepräsident der
Hamburgischen Bürgerschaft und
gesundheitspolitischer Sprecher
der FDP-Fraktion*



Die eigenständige Gesundheitsbehörde war nach über 23 Jahren Verknüpfung mit anderen wichtigen Behörden eine Überraschung. Wir werden sehen, ob diese Trennung sinnvoll ist, denn schließlich ist Gesundheit eng mit Familien- und Sozialpolitik verflochten. Die neue Senatorin muss in Berlin für die faire Vergütung der Niedergelassenen kämpfen, damit Hamburgs Vertragsärzte nicht mit einem bundesweiten Regelleistungsvolumen abgespeist werden. In Berlin glaubt man ja oft, Hamburg habe zu viele Vertragsärzte. Dabei können wir belegen, dass stationäre Aufenthalte hier seltener und kürzer sind als anderswo. Hamburgs Ärzte dürfen nicht für die starke ambulante Medizin bestraft werden, zumal wir hier auch viele Patienten aus dem Umland versorgen.

*Dietrich Wersich,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
vormals Senator für Soziales,
Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz,
heute Vorsitzender
der CDU-Bürgerschaftsfraktion*



Der neue Senat muss sich aktiv für die Reform der Bedarfsplanung einsetzen. Auch im Stadtstaat Hamburg gibt es in einzelnen Stadtteilen Unterversorgung und Ärztemangel. Ein kleinerer Zuschnitt der Zulassungsbezirke reicht aber allein nicht aus. MVZ können Arztpraxen gerade in unterversorgten Stadtteilen ergänzen. Angehende Mediziner sollten die Arbeit in heute untersorgten Gebieten schon während der Ausbildung als berufliche Option kennen lernen. Fachkräftemangel betrifft aber auch die Pflege. Die Bemühungen, mehr Menschen für die Pflegeausbildung zu gewinnen, sollten fortgeführt und intensiviert werden. Für die Ausgliederung der Gesundheitsbehörde gab es aus unserer Sicht keinen fachlichen Grund.

*Heidrun Schmitt,
Logopädin und gesundheitspolitische
Sprecherin der GAL-Fraktion
in der Hamburger Bürgerschaft*

„Wir brauchen eine bessere Niederlassungssteuerung“

■ Die neue Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks über die Reform der Bedarfsplanung, den Vorstoß der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung und die fragwürdige Zahlenbasis der „asymmetrischen Verteilung“.

Sie haben angekündigt, dass Sie sich für eine gleichmäßigere Verteilung der Vertragsärzte über das Stadtgebiet einsetzen werden. Welche Erfahrungen haben Sie als stellvertretende Chefin der AOK Rheinland/Hamburg mit der bisherigen Bedarfsplanung gemacht?

Prüfer-Storcks: Die Bedarfsplanung leidet an zu starren Vorgaben. Auf dem Papier ist Hamburg stets überversorgt, doch KV und Kassen wissen sehr wohl, dass es punktuell in einigen Bereichen auch Unterversorgung gibt. Deshalb begrüße ich sehr, dass die Bedarfsplanung durch das Versorgungsgesetz flexibilisiert werden soll.

Plädieren Sie dafür, das Hamburger Stadtgebiet in kleinere

Planungsbereiche zu unterteilen?

Prüfer-Storcks: KV und Kassen sollten die Möglichkeit bekommen, flexibler und patientenorientierter planen zu können. Die Wohnortnähe ist unterschiedlich zu beurteilen, je nachdem, ob es sich um hausärztliche, fachärztliche oder spezialärztliche Versorgung handelt. Bei der Festlegung der Planungsbereiche spielt es auch eine Rolle, wie sich die Menschen in Stadt und Land bewegen: Wo fährt ein Patient hin, wenn er zum Arzt geht? Wo fährt er auf keinen Fall hin? Das hat natürlich auch etwas mit den Verkehrsverbindungen zu tun. Eine Rolle für die Bedarfsplanung spielt auch die Altersstruktur und die Morbidität innerhalb eines Quartiers. Statt sich an bundeseinheitlichen statistischen Verhältnis-

zahlen aus den 1990er Jahren zu orientieren, ist es besser, sich den tatsächlichen Versorgungsbedarf vor Ort anzusehen.

Keine Vorgaben mehr aus Berlin?

Prüfer-Storcks: Doch, ein paar zentrale Vorgaben des G-BA muss es geben, aber mit viel Freiheit für die Regionen, davon im Detail abweichen zu können. Außerdem brauchen wir wirksamere Instrumente für die Niederlassungssteuerung: Es muss möglich sein, einen bereits überversorgten Bereich für weitere Niederlassungen zu sperren und Arztsitze in Stadtteile verlagern zu können, in denen ein Mangel festgestellt wurde. Es kann nicht sein, dass beispielsweise ein Pädiater im

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) ist seit 23. März 2011 Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg. Zuvor war sie Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg. Erfahrungen im Gesundheitswesen sammelte sie unter anderem bereits von 1999 bis 2005 als Staatssekretärin im nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie.



Foto: Ingo Röhrbein

Zentrum 600 Kinder zu versorgen hat, ein anderer in einem unterversorgten Stadtteil aber 11.000. Eine solche ungleiche Verteilung ist einfach nicht hinnehmbar.

Wie stellen Sie sich eine „Verlagerung von Arztsitzen“ vor?

Prüfer-Storcks: Kein Arzt soll umgesiedelt werden. Doch wenn in einem überversorgten Gebiet ein Vertragsarzt zum Beispiel aus Altersgründen aufhört, könnte die KV diesen Sitz aufkaufen, selbst den neuen Standort bestimmen und dann einen entsprechenden Arzt für diesen Sitz suchen.

Wie wollen Sie erreichen, dass Arztsitze in sozialen Brennpunkten tatsächlich besetzt werden?

Prüfer-Storcks: Sie können natürlich keinen Arzt und

keine Ärztin zwingen, sich in bestimmten Vierteln niederzulassen. Doch wenn die Niederlassungsmöglichkeiten in überversorgten Bezirken gesperrt werden, werden die Alternativen eingeschränkt. Sollte sich niemand finden, der in einem unterversorgten Viertel in eigener Praxis tätig sein will, kann man andere Berufsausübungsformen anbieten. Ein Arzt entscheidet sich vielleicht eher dafür, fünf Jahre als angestellter Arzt in ein unterversorgtes Viertel zu gehen, als sich durch die Gründung einer Existenz dauerhaft an diesen Ort zu binden.

Woran liegt es, dass Ärzte bestimmte Stadtteile bevorzugen?

Prüfer-Storcks: Ärztinnen und Ärzte wollen wie wir alle in einem möglichst attraktiven Umfeld arbeiten. Möglicherweise suchen Ärzte auch nach einem Ort, wo sie eng mit Kollegen zu-

sammenarbeiten können. Oder sie orientieren sich daran, ob sie viele Privatpatienten in ihrer Praxis hätten.

Würde sich die Bedarfsplanung erübrigen, wenn die Ärzte für all ihre Patienten das gleiche Honorar bekämen?

Prüfer-Storcks: Damit würde sich aus meiner Sicht manches Problem erledigen, allerdings die Bedarfsplanung nicht überflüssig werden. Aber GKV-Patienten müssten nicht länger auf einen Facharzt-Termin warten als Privatpatienten. All unsere Versuche, die durch zwei unterschiedliche Honorarsysteme entstehenden Anreize wieder auszugleichen, wären überflüssig. Deshalb mache ich mich dafür stark, dass wir eine Bürgerversicherung mit einem einheitlichen Honorarsystem bekommen.

Welchen Effekt hat die wachsende Zahl von MVZ auf die Versorgungssituation?

Prüfer-Storcks: Es darf nicht sein, dass die Betreiber von MVZ aus unterversorgten Bereichen Arztsitze abziehen, wie dies in der Vergangenheit meines Wissens auch in Hamburg vorgekommen ist. Mit den im Versorgungsgesetz vorgesehenen Bedarfsplanungs-Instrumenten sind solche Fehlentwicklungen aber zu unterbinden. Es gibt in Hamburg etwa 60 MVZ. Das ist nicht viel für eine Stadt dieser Größe. Versorgungszentren können durchaus eine Alter-



Bedarfsplanung: Zu starre Vorgaben aus Berlin?

Cornelia Prüfer-Storcks

"Ein MVZ darf nicht als Tor ins Krankenhaus funktionieren. Es muss schon ein ernstzunehmendes ambulantes Versorgungsangebot darstellen."



Foto: Ingo Röhrbein

native für Ärztinnen und Ärzte sein, die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sein wollen, ohne die Verantwortung für eine eigene Praxis tragen zu müssen. Auch für integrierte Versorgungsangebote mit verschiedenen Fachdisziplinen unter einem Dach oder für die spezialisierte Versorgung mit hohem Investitionsbedarf kann dieses Betriebsmodell geeigneter sein als die klassische Praxis.

Wer sollte ein MVZ leiten dürfen?

Prüfer-Storcks: Ich habe kein Problem damit, wenn sich MVZ in Trägerschaft von Unternehmen oder Krankenhäusern befinden, falls Sie darauf abzielen.

Sie haben keine Angst vor einer Kommerzialisierung der Medizin?

Prüfer-Storcks: Über die medizinischen Erfordernisse muss die ärztliche Leitung entscheiden. Die wirtschaftliche Verantwortung für ein solches Versor-

gungszentrum jedoch müssen nicht unbedingt Ärzte tragen. Auch in Krankenhäusern arbeiten Mediziner als Angestellte von Unternehmen. Ich habe noch nicht gehört, dass dies in Frage gestellt würde.

In den vergangenen Jahren wurde viel über die Sozialverträglichkeit von MVZ diskutiert, die von Klinikketten gegründet werden. Entstehen da viele unselbstständige Vorposten, die vornehmlich dazu da sind, Patienten in die dahinterstehenden Kliniken zu lenken?

Prüfer-Storcks: Ein MVZ darf nicht als Tor ins Krankenhaus funktionieren. Es muss schon ein ernstzunehmendes ambulantes Versorgungsangebot darstellen. Die Krankenkassen verfügen über Daten, die offen legen, ob aus einem MVZ überproportional oft in ein bestimmtes Krankenhaus eingewiesen wird.

Das zu kontrollieren, wäre also Aufgabe der Krankenkasse?

Prüfer-Storcks: Sie sind die einzigen, bei denen entsprechende Daten zusammen kommen.

Wann ist es sinnvoll, Krankenhäuser nach Paragraph 116b für die ambulante Versorgung zu öffnen?

Prüfer-Storcks: Der Paragraph 116b ist in seiner jetzigen Form nach meiner Meinung nicht ideal ausgestaltet. Ein Beispiel: Wir haben in den Hamburger Schwerpunktpraxen eine wirklich hervorragende onkologische Versorgung. Da stellt sich schon die Frage, ob man wirklich jeden Antrag eines Krankenhauses für denselben Leistungsbereich genehmigen muss. Derzeit hat die Genehmigungsbehörde aber kaum eine andere Wahl. Das muss sich ändern. Die Behörde muss bei der Entscheidung über solche Anträge auch die Versorgungssituation im niedergelassenen Bereich berücksichtigen können. Außerdem sollten sich die Krankenhäuser denselben Qua-

Fortsetzung auf S. 8



Foto: Ingo Röhrbein

Cornelia Prüfer-Storcks

"Die asymmetrische Verteilung ist falsch und willkürlich. In Hamburg wird vieles ambulant gemacht, was in anderen Bundesländern noch in den Krankenhäusern stattfindet."

Fortsetzung von S. 7

litätsanforderungen stellen wie die Praxen.

Sollte auch für die Krankenhausärzte eine personalisierte Qualitätssicherung eingeführt werden?

Prüfer-Storcks: Für Krankenhäuser und Praxen müssen dieselben Spielregeln gelten. Es wäre auch denkbar, diesen Bereich der spezialärztlichen Versorgung mit Selektivverträgen auszugestalten. Kassen sollten nicht dazu gezwungen werden mit allen zusammenzuarbeiten, die eine Genehmigung für die Erbringung solcher Leistungen haben.

Wie ist Ihre Haltung zu Selektivverträgen?

Prüfer-Storcks: Der Paragraph 73b ist aus meiner Sicht das zweite Beispiel für eine missglückte gesetzliche Regelung. Der Gesetzgeber wollte den Patienten eine besonders hochwertige hausarztzentrierte

Versorgung anbieten. Im Fokus der Diskussion stehen heute aber nicht Versorgungsfragen, sondern mögliche Honorarverbesserungen für die Ärzte. Man kann den Krankenkassen durchaus vorschreiben, dass sie solche Versorgungsmodelle anbieten müssen. Was man ihnen nicht vorschreiben sollte, ist, mit wem sie die entsprechenden Verträge abschließen. Da wünsche ich mir mehr Wettbewerb um die beste Lösung und das beste Versorgungsangebot - und eine Aufhebung des Zwanges, mit einem Monopolisten abzuschließen, der neben die KV gestellt wird, ohne deren Pflichten zu haben. Deshalb muss der Paragraph 73 b dringend reformiert werden.

Die Konsequenz eines offenen Vertragswettbewerbs ist aber, dass die Patienten unterschiedlich behandelt werden - je nachdem, in welchen Verträgen oder Tarifen sie sind. Sehen Sie darin kein Problem?

Prüfer-Storcks: Es war ja die Idee des Gesetzgebers, dass

für Patienten, die sich in Selektivverträge einschreiben, eine besonders gute Versorgungsqualität sichergestellt wird. Die Patienten gehen auch Verpflichtungen ein, zum Beispiel immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen.

Es gibt aber Ärzte, die sagen: „Ich kann einen Patienten nicht besser behandeln, nur weil er in einem speziellen Vertrag oder Tarif ist. Das würde gegen mein Ethos verstoßen.“

Prüfer-Storcks: Bei Verträgen zur integrierten Versorgung werden bestimmte Spielregeln der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten und Krankenhäusern zur Versorgung bestimmter Krankheitsbilder vereinbart. Das halte ich schon für einen echten Fortschritt. Auch in der hausarztzentrierten Versorgung setzen die Vertragspartner bestimmte Akzente. Es werden Qualifikationen und Fortbildungen verabredet, die vertragsgemäß absolviert werden müssen. Es ist möglich, bestimmte

Leistungen, wie Hausbesuche oder Besuche im Krankenhaus, besonders zu fördern. Leistungen, die in der Regelversorgung nicht oder nicht so gut honoriert werden und deshalb oft unterbleiben.

Halten Sie die Honorarreform in der vertragsärztlichen Regelversorgung für geglückt?

Prüfer-Storcks: Nein. Es ist falsch, alle Entscheidungen in Berlin zu zentralisieren. Versorgung muss in den Regionen organisiert werden – was die Inhalte betrifft, was Bedarfsplanung betrifft, aber auch was Honorarverhandlung und -verteilung betrifft. Die Honorarreform war kein Erfolg, im Gegenteil: Es war die teuerste Variante, Unzufriedenheit unter den Ärzten zu schüren. Ich halte auch die asymmetrische Verteilung für falsch und willkürlich. Es ist nicht richtig, sich einen Teil-Versorgungsbereich herauszupicken und dann zu versuchen, ihn bundesweit anzugleichen.

Hintergrund der Auseinandersetzungen war ja, dass pro Patient in einigen KV-Bezirken weniger Geld für die ambulante Behandlung zur Verfügung steht als beispielsweise in Hamburg. Waren diese Klagen ungerechtfertigt?

Prüfer-Storcks: Wenn Sie die gesamte Versorgung in den Blick nehmen und die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich zusammenrechnen,

kommen Sie auf ganz andere Ergebnisse. In Hamburg werden Teile der Versorgung, die in anderen Bundesländern noch in den Krankenhäusern stattfindet, im ambulanten Bereich durchgeführt. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise ist das ambulante Potential nicht so weit ausgeschöpft wie in Hamburg, dort steht weniger Geld für die ambulante, aber mehr für die stationäre Versorgung zur Verfügung als in anderen Bundesländern. Es muss möglich sein, Versorgungsbesonderheiten in regionalen Honorarverhandlungen vor Ort zu würdigen.

Eine andere Besonderheit großstädtischer KV-Regionen ist die massive Zunahme von Ausgaben im Bereich der Depression. Wie könnte man dieses Problem angehen?

Prüfer-Storcks: Das ist wirklich ein Problem. Nicht nur in Hamburg, aber hier ganz besonders. Wir haben eine große Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten, dennoch gibt es lange Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz. In dieser Zeit sind die Patienten in der Regel krank geschrieben, sie sitzen womöglich zu Hause und chronifizieren, bevor sie überhaupt einen Psychotherapeuten zu Gesicht bekommen haben. Das ist eine Situation, die nicht mehr hinnehmbar ist. Hier bedarf es spezieller Versorgungsmodelle, die kurzfristige, schnelle und zielgerichtete Therapien ermöglichen.

Hier sind die Krankenkassen gefragt, für eine effizientere Versorgung der Patienten zu sorgen.

Wo sehen Sie sonst Defizite in der Versorgung?

Prüfer-Storcks: Insgesamt ist die Versorgung in Hamburg hervorragend, was schon daran ersichtlich ist, dass sich so viele Patienten von außerhalb in den Hamburger Praxen behandeln lassen. Doch auch ein qualitativ sehr hochwertiges Gesundheitswesen ist nicht davor gefeit, dass es an bestimmten Stellen Defizite gibt. Über die ungleiche Verteilung von Praxen haben wir schon gesprochen. Mängel gibt es auch bei der Versorgung der Pflegeheim mit ärztlichen Leistungen. Die Folge ist, dass Patienten abends oder am Wochenende ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen, ohne dass dies nötig gewesen wäre. Viele dieser Patienten kommen in einem mental schlechteren Zustand zurück ins Pflegeheim. Auch hier könnten spezielle Versorgungsverträge über verschiedene Arztgruppen hinweg abgeschlossen werden. Wenn ich von Selektivverträgen spreche, meine ich damit nicht, dass die KV außen vor bleiben muss. Ich halte es für sinnvoll - und habe dies auch selbst so praktiziert - keine Doppelstrukturen aufzubauen, sondern bei Abschluss und Abwicklung der Verträge auf das zurückzugreifen, was die KV sicherstellt.

mn



Foto: Felix Faller

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 *Stimmt es, dass wir auf dem neuen Überweisungsschein immer eine Diagnose angeben müssen?*

Ja, in den Feldern „Diagnose/ Verdachtsdiagnose“, „Befund/ Medikation“ beziehungsweise „Auftrag“ sind entsprechende Angaben zu machen, um dem Arzt, der auf Überweisung tätig wird, Hinweise für dessen Handeln zu geben und unnötige Kosten durch Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden. Diese Angaben mussten jedoch

auch schon bei dem alten Überweisungsschein gemacht werden. (Quelle: Erläuterung zur Vordruckvereinbarung Muster 6 Punkt 11)

2 *Kann man die Knochendichtemessung auch als Verlaufskontrolle abrechnen, wenn bereits eine Osteoporose diagnostiziert wurde?*

Nein, die osteodensitometrische Untersuchung (GOP 34600) kann nur abgerechnet werden, wenn bei dem Patien-

ten eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma vorliegt und gleichzeitig ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht. Als Verlaufskontrolle bei einer bereits diagnostizierten Osteoporose ist die Knochendichtemessung nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen.

3 *Wir sind Hausärzte und haben einen Patienten vor über einem Jahr auf Grund eines Arbeitsunfalls behan-*

delt. Die Behandlung ist seit langem abgeschlossen. Jetzt stellt sich der Patient erneut mit Beschwerden vor, die eventuell auf den damaligen Unfall zurückzuführen sind. Werden die Leistungen immer noch über die Berufsgenossenschaft abgerechnet?

Wenn ein Patient längere Zeit nach einem Arbeitsunfall wieder Beschwerden hat, muss

er zunächst von einem Durchgangsarzt untersucht werden. Dieser prüft dann, ob es sich um Folgeschäden des zurückliegenden Arbeitsunfalls handelt. Ist dies der Fall, sind die Leistungen weiterhin über die zuständige BG abzurechnen. (Durchgangsärzte können zum Beispiel über die Internetseite der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung gefunden werden: www.dguv.de)

4 Wir behandeln einen Patienten mit den Diagnosen Gonarthrose im Kniegelenk und in der Lendenwirbelsäule mittels Akupunktur. Wenn wir sowohl am Knie als auch im Bereich der Lendenwirbel in einer Sitzung akupunktieren, können wir dann zweimal die GOP 30791 abrechnen?

Ja.

Korrektur zu KVH-Journal 5 / 2011

Kann man den E-Mail-Versand eines Arztbriefs abrechnen?

Die auf Seite 10 abgedruckte Antwort auf die Frage, wie man den Versand beziehungsweise den Erhalt von Arztbriefen per E-Mail abrechnen kann, ist falsch.

Richtig ist: 1) Für den Versand eines Arztbriefs per Mail kann die GOP 40120 abgerechnet werden, da in der Leistungslegende

kein spezieller Transportmodus für die Versendung des Briefs vorgegeben ist. (Die 40120 kann nur dann nicht abgerechnet werden, wenn der Brief dem Patienten mitgegeben wird.)

2) Die GOP 40144 kann nur abgerechnet werden, wenn der Ausdruck oder die Fotokopie des Arztbriefs (oder anderer patientenbezogener Unterlagen) für

einen anderen Arzt bestimmt sind, der den Patienten behandelt - also nicht, wenn man einen per E-Mail erhaltenen Arztbrief für sich selbst ausdruckt.

*Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel. 22802-900*

Integration von Arbeitsschutz in QM-Systeme

■ Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege bietet Seminare an

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bietet in der Nähe Hamburgs ein Seminar an, in dem es um die Verknüpfung der Qualitätsmanagementsysteme QEP und ISO mit den Vorschriften zum Arbeitsschutz geht. Die Veranstaltungen wurden von den Teilneh-

mern im vergangenen Jahr mit der Note „gut“ bewertet. Wer die BGW-Arbeitsschutzkriterien im Rahmen von QEP anwendet, kann von der BGW Zuschüsse zur Zertifizierung erhalten.

**Mo. 19.09.2011 bis
Fr. 23.09.2011
in Lüneburg**

Weitere Informationen zu den BGW-Seminaren:
www.bgw-online.de/quintas/preview?id=97034

*Ansprechpartner:
Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Marita Diehl, Tel: 20207-3525
marita.diehl@bgw-online.de*

City-BKK wird geschlossen

■ Praxissoftware akzeptiert ab 1. Juli 2011 keine City-BKK-Chipkarten mehr

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat angeordnet, die City BKK zum 1. Juli 2011 zu schließen. Die Versicherten wurden von der City BKK angeschrieben und aufgefordert, in eine andere Kasse ihrer Wahl zu wechseln. Das Bundesgesundheitsministerium und die Hamburger Gesundheitsbehörde weisen darauf hin, dass die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, jedermann aufzunehmen.

Der Versicherungsschutz besteht lückenlos weiter, laufende Fälle werden von der Folgekasse fortgesetzt.

Ab 1. Juli 2011 wird die Chipkarte der City BKK von der Praxissoftware nicht mehr

akzeptiert. Kommt ein Patient mit einer solchen Karte in die Praxis, sollten ihn die Praxismitarbeiter fragen, zu welcher Kasse er wechselt – und ein entsprechendes Ersatzverfahren durchführen. Der Patient sollte spätestens bis Ende des Quartals einen Mitgliedsnachweis seiner neuen Kasse vorlegen.

Die City BKK hat noch knapp 170.000 Versicherte, davon etwa 56.000 in Hamburg. „Die Kasse war bedingt durch einen großen Anteil Versicherter mit weit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds in erheblichen finanziellen Schwierigkeiten und auf finanzielle Unterstützung der anderen Betriebskrankenkassen angewiesen“, sagt BVA-Präsident Dr. Maximilian Gaßner.

Im Jahr 2004 war die City BKK aus der Fusion der BKK Berlin und der BKK Hamburg hervorgegangen. Die neue Kasse hatte eine ungünstige Versichertenstruktur. Dass sie vornehmlich in großstädtischen Gebieten aktiv war, verschärfte die finanzi-

ellen Probleme noch. „Berlin und Hamburg sind Regionen mit dichter Versorgung“, sagt Christine Richter, Pressesprecherin des BKK-Bundesverbandes. „Die Patienten werden dort intensiver als in ländlichen Regionen behandelt. Solche Kostenunterschiede werden durch den Morbi-RSA nicht ausgeglichen.“ Im Januar 2011 musste die City BKK ihre Zusatzbeiträge auf 15 Euro erhöhen, was einen Einbruch der Versichertenzahlen zur Folge hatte.

Nach der offiziellen Schließung besteht die City BKK im „Abwicklungsstadium“ noch so lange fort, bis alle Verbindlichkeiten erledigt sind. Für die offenen Rechnungen und die Schließungskosten müssen die restlichen Betriebskrankenkassen gemeinsam einstehen.

Ansprechpartner:

Infocenter, Tel: 22802-900

Hotline des BKK-Bundesverbandes für Ärzte und Psychotherapeuten: Tel. 0800 / 25 55 555

Hotline des BKK-Bundesverbandes für Versicherte der City BKK: Tel. 29808-1200



Foto: dapd/DAPD

Bitte Altquartalfälle der City BKK mit der Abrechnung 2 / 2011 abgeben!

Die KV bittet die Vertragsärzte und -psychotherapeuten, uns möglichst alle Behandlungsausweise der City BKK mit den Abrechnungsunterlagen 2 / 2011 einzureichen. Die Kasse ist insolvent und wird offiziell zum 1. Juli 2011 geschlossen.

Niedrigere Preise für Ambulantes Operieren ab 4. Quartal 2010

■ Krankenkassen berufen sich auf eine Entscheidung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg

Die Krankenkassen sind nicht mehr bereit, in Hamburg Aufschläge für Leistungen des ambulanten Operierens zu zahlen. Ab dem vierten Quartal 2010 können diese Leistungen deshalb nur noch zum bundesweit gültigen Orientierungspunktwert vergütet werden. Hintergrund ist eine Entscheidung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 15. Dezember 2010, das einen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gekippt hat, auf dessen Basis die Aufschläge in Hamburg verlängert wurden – eine hochkomplexe und ärgerliche Geschichte.

Die KV Hamburg hatte schon vor der Honorarreform 2009 überdurchschnittlich hohe Vergütungen für das ambulante Operieren und die Begleitleistungen verhandeln können. In der „neuen Welt“ konnte sie durchsetzen, dass sich dies in einem „Aufschlag“ auf den bundeseinheitlichen Punktwert

fortsetzen konnte. Im Jahr 2010 ging dies nicht mehr, weil der Bewertungsausschuss auf Bundesebene eine Regelung traf, gegen die die Krankenkassen aber sofort eine Klage einlegten. Der KV Hamburg waren vor Ort (wieder einmal) die Hände gebunden.

Aus diesem Grund hatten die Kassen der Zahlung eines erhöhten Punktwerts in Hamburg nur unter Vorbehalt zugestimmt – und nutzten die Gerichtsentcheidung nun, um vom vereinbarten Aufschlag auf den Punktwert wieder abzurücken. „Dieses Vorgehen zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, dass wir vor Ort wieder die Verhandlungshoheit bekommen“, sagt Hamburgs Vize-KV-Chef Walter Plassmann. „Als wir die Verhandlungshoheit hatten, war die gerade in Hamburg dringend notwendige Förderung des ambulanten Operierens gegeben – kaum mischt sich die Bundesebene ein, schon wird es wieder nivelliert.“

Da die niedrigeren Preise für ambulante Operationen sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch im Krankenhausbereich gelten, ist davon auszugehen, dass wieder mehr Patienten stationär operiert werden. Vertreter des Bundesverbandes für Ambulante Operationen (BAO) weisen darauf hin, dass einem Gutachten aus dem Jahr 2010 zufolge ambulante Operationen deutliche Kosteneinsparungen gegenüber stationären Eingriffen bringen. Außerdem treten nach Angaben des BAO bei ambulanten Operationen gegenüber einer stationären Behandlung deutlich weniger Infektionen mit Krankenhauskeimen auf.

Die Leistungen sind in Hamburg nun mit dem Orientierungspunktwert kalkuliert. Die neuen Preise können Sie im Internet einsehen: www.kvhh.de → Abrechnung/EBM



Online-Abrechnungsstelle im Forum des Ärztehauses

Guter Start der Online-Abrechnung

- Die Mehrheit der Ärzte und Psychotherapeuten übermittelte ihre Abrechnung von externen Rechnern an die KV. Allerdings: Ohne Papier geht es bei der Abrechnung noch nicht.

Etwa 68 Prozent der Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben die Abrechnung für das 1. Quartal 2011 online von einem externen Rechner an die KV übermittelt. Wer keine Online-Verbindung zur KV aufbauen konnte oder beim Umgang mit dem Computer Hilfe benötigte, konnte die Online-Abrechnung in den Räumen der KV erledigen. Im Forum des Ärztehauses waren 14 Computerarbeitsplätze aufgebaut, wo die Ärzte und Psychotherapeuten ihre Daten mit Unterstützung von KV-Mitarbeitern einlesen konnten. Dieser Service wurde sehr positiv aufgenommen und soll auch in den kommenden Quartalen angeboten werden. Trotz gelungenen Starts in die digi-

tale Welt: Ohne Papier geht es bei der Abrechnung noch nicht. Alles, was bisher in Papierform abgegeben oder geschickt wurde, muss vorerst auch weiter in Papierform abgegeben oder geschickt werden:

- der ausgefüllte und unterzeichnete Quittungsbeleg
- die Behandlungsscheine der verschiedenen Kassen
- die Überweisungsbelege der Asylstellen und Sozialbehörden
- Auslandsabkommen: Behandlungsscheine, wenn keine Versichertenkarte vorlag
- Laborerklärung (nur noch für das 2. Quartal 2011)
- Erklärung zur ambulanten praxisklinischen Betreuung und Nachsorge

Wer den Postweg wählt, erhält auf diesem Weg auch die neuen Fallzetteltüten für das Folgequartal mit der Bestätigung des Eingangs seiner Dokumente (Kopie der gegengezeichneten Quittung) von der KV zurück.

*Ansprechpartner:
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:

- 20. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 AOK Rheinland-HH / KVH
- 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 BKK LV-Nord / KVH
- 20. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 IKK-HH / KVH
- 29. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11.04.1996 vdek / KVH
- Ergänzungsvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 01.01.2009 KBS / KVH

Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen. Hinweis: Das Unterschriftenverfahren ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgeschlossen.

- **AG Vertragskoordination:**
Beitritt der BKK Herkules zum 1. Juli 2011 zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gem. § 73c SGB V zwischen der Securvita BKK und der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Gebührenverzeichnis für besondere Verwaltungstätigkeiten der KV Hamburg laut Beschluss der Vertreterversammlung vom 18. November 2010
- Ausführungsbestimmungen zum Gebührenverzeichnis laut Beschluss des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) vom 5. April 2011

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

Infocenter Tel.: 22 802 - 900

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

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

Tel: 040/202 299 222

Montag-Dienstag	9-13 und 14-16 Uhr
Mittwoch	9-12 und 14-16 Uhr
Donnerstag	9-13 und 14-18 Uhr
Freitag	9-12 Uhr



Gebühren für besondere Leistungen der KV Hamburg

Die Vertreterversammlung hat beschlossen, besondere Verwaltungstätigkeiten der KV gebührenpflichtig zu machen. Dabei geht es um Leistungen, deren Kosten nicht zwingend auf die Gemeinschaft aller Ver-

tragsärzte und Psychotherapeuten umgelegt werden müssen. Mit der Differenzierung der Kostenumlage folgt die KV dem Beispiel anderer öffentlicher Institutionen einschließlich ärztlicher Standesorganisationen.

Die Höhe der Gebühren richtet sich nach dem Aufwand und soll kostendeckend sein. Hier eine Übersicht zu den Leistungen und Preisen, auf die sich die Vertreterversammlung in einem ersten Schritt verständigt hat.

Gebührenverzeichnis

(lt. Beschluss der Vertreterversammlung vom 18. November 2010)

Leistung	Gebühren
1. Digitalisierung der manuell erstellten Abrechnung einer Honorareinheit, die zur Online-Abrechnung verpflichtet ist	Grundpauschale 100,-€, zzgl. 0,35€ je BHF bis 100 BHF, 0,30€ bis 500 BHF, 0,25€ bis 1000 BHF, 0,20€ über 1000 BHF
2. Säumnisgebühr für nicht fristgerecht eingereichte/übermittelte Abrechnungen (§1 Abs. 3 der ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH)	20,-€ je Tag der Säumnis, max. 50% des entstehenden Honorarumsatzes
3. Bearbeitung eines Antrages auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen	100,-€
4. Durchführung eines Kolloquiums zur Erlangung einer Abrechnungsgenehmigung. Werden in einem Kolloquium die Qualifikationsnachweise für mehrere genehmigungspflichtige Leistungsbereiche erbracht, vermindert sich die Gebühr für den zweiten und jeden weiteren Leistungsbereich um 50%	200,-€
5. Säumnisgebühr bei kurzfristiger (<7 Tage) Absage eines anberaumten Kolloquiumstermins	50,-€
6. Säumnisgebühr bei Nichterscheinen zu einem anberaumten Kolloquiumstermin	100,-€
7. Konstanzprüfung nach der RöV, je Strahlenquelle	200,-€
8. Bearbeitung von Abtretungen des Honoraranspruchs, je Veränderung	20,-€
9. Bearbeitung von Pfändungs- und Überweisungsbeschlüssen gegen den Honoraranspruch	20,-€
10. Bearbeitung einer Abschlagszahlung außerhalb der in den ergänzenden Abrechnungsbestimmungen genannten Termine	20,-€
11. Eintrag eines Arztes oder Psychotherapeuten in die Warteliste nach § 103 Abs. 5 SGB V und jährliche Fortschreibung	20,-€ p.a.
12. Versand von Rundbriefen an Mitglieder der KV im Auftrag von Mitgliedern einschl. Adressselektion	-,10€ je Adresse, mind. 10,-€ je Auftrag, zzgl. Porto
13. Erstellen von Drucken oder Kopien im Auftrag eines Mitgliedes, je Seite	-0,02€, mind. 3,-€ je Auftrag
14. Bearbeitung eines trotz Aufforderung durch die KV vom Mitglied nicht begründeten Widerspruchs	100,-€
15. Genehmigung der vertragsärztlichen Tätigkeit an einem weiteren Ort	50,-€

Dieses Gebührenverzeichnis tritt am 1. Juli 2011 in Kraft.

Ausführungsbestimmungen zum Gebührenverzeichnis

(lt. Beschluss des Vorstandes der KV Hamburg vom 5. April 2011)

§ 1 Gegenstand

(1) Die KVH erhebt nach diesen Ausführungsbestimmungen für die im Gebührenverzeichnis genannten Tätigkeiten Gebühren und Auslagen gem. § 83 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.Vm. § 59 Abs. 1 S. 3 Satzung der KVH.

(2) Unberührt von diesen Regelungen bleiben die von den Mitgliedern gem. § 59 Abs. 1 S. 1 der Satzung der KVH erhobenen Verwaltungskostenbeiträge und die an anderer Stelle geregelte Erhebung von Auslagen.

§ 2 Gebührenschuldner

(1) Zur Zahlung der Gebühr ist derjenige verpflichtet, der die Tätigkeit veranlasst hat.

(2) Mehrere Gebührenschuldner haften als Gesamtschuldner.

§ 3 Gebühren bei Zurücknahme oder Erledigung

Wird ein Antrag oder Auftrag zurückgenommen oder erledigt sich die Tätigkeit auf andere Weise, nachdem mit der Bearbeitung begonnen wurde, die Tätigkeit aber noch nicht beendet ist, so kann die vorgesehene Gebühr ausnahmsweise auf Antrag ermäßigt oder aus Gründen der Billigkeit vollständig erlassen werden.

§ 4 Entstehen der Gebührenschuld

(1) Die Gebührenschuld entsteht mit Beendigung der Tätigkeit. Beendet ist die Tätigkeit

1. im Falle eines Verwaltungsverfahrens mit der Bekanntgabe der schriftlichen Entscheidung,
2. im Falle einer sonstigen Tätigkeit, wenn diese vollständig erbracht ist,
3. im Falle des § 3 mit der Zurücknahme oder Erledigung des Antrages oder Auftrages,

(2) In den Fällen der Nrn. 3, 4, 11 und 15 des Gebührenverzeichnisses entsteht die Gebührenschuld mit Stellung des Antrages.

§ 5 Gebührenfestsetzung

(1) Die Gebührenfestsetzung erfolgt grundsätzlich zusammen mit der Sachentscheidung.

(2) Im Einzelfall, in den Fällen des § 4 Abs. 2 und in Fällen, in denen keine Sachentscheidung ergeht, können die Gebühren gesondert festgesetzt werden.

§ 6 Fälligkeit, Beitreibung

(1) Gebühren werden mit der Bekanntgabe der Gebührenfestsetzung an den Schuldner fällig, wenn nicht ein späterer Zeitpunkt bestimmt ist.

(2) Die Erhebung der Gebühr erfolgt in der Regel im Wege der Verrechnung mit einem Vergütungsanspruch gegen die KVH.

§ 7 Inkrafttreten

Die Ausführungsbestimmungen treten am 1. Juli 2011 in Kraft und gelten für die Tätigkeiten, die nach dem Inkrafttreten veranlasst werden.



POLIZEI
Hamburg

Die Polizei Hamburg, Verwaltung und Technik -VT 212-, Zentraleinkauf schreibt folgende Leistung gem. VOL/A öffentlich aus:

Die Polizei Hamburg beabsichtigt den Abschluss von Dienstleistungsverträgen mit Gutachtern verschiedener medizinischer Fachrichtungen zur Erstellung von medizinischen Gutachten für aktive Hamburger Polizeivollzugsbeamte und Beamte des Feuerweartechnischen Dienstes.

Die gutachterliche Tätigkeit umfasst alle medizinischen Maßnahmen, für die aufgrund einer ärztlichen Verordnung eine Kostenübernahme beantragt wird und hinsichtlich derer Zweifel an der Leistungspflicht bestehen. Begutachtet werden soll jeweils, ob die ärztlich verordnete Maßnahme tatsächlich medizinisch notwendig ist. Außerdem werden auch Gutachten im Bereich der Dienstunfallfürsorge nach dem Beamtenversorgungsgesetz benötigt.

Berücksichtigt werden nur Bieter, die einen geeigneten Leistungsnachweis über gutachterliche Tätigkeiten erbringen können.

Es werden Gutachten für folgende Fachrichtungen benötigt:

- Allgemeinmedizin
- Internist
- Kardiologie
- Orthopädie
- Neurologie
- Rheumatologie
- Gynäkologie
- Psychiatrie
- Psychologie
- HNO
- Augenheilkunde
- Urologie
- Onkologie
- Schmerztherapie
- Psychologie
- Psychiatrie.

Im Gutachterverfahren nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 15. Oktober 2009, werden entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten als Gutachterinnen und Gutachter tätig.

Berücksichtigt werden nur Bieter, die einen geeigneten Nachweis entsprechend § 26 b der Psychotherapie-Richtlinie erbringen können.

Es werden Gutachten für folgende Fachrichtungen benötigt:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie.

Die kompletten Ausschreibungsunterlagen können per E-Mail (E-Mailadresse: ausschreibungen@polizei.hamburg.de, Betreff: Bezeichnung der gewünschten Ausschreibung) abgefordert werden.

Alternativ können sie gegen Voreinsendung von 5 Euro per Verrechnungsscheck bei der Behörde für Inneres und Sport, Polizei Hamburg, VT 512/Z, Postfach 60 02 80, 22202 Hamburg unter der Bezeichnung der entsprechenden Ausschreibung angefordert oder gegen Barzahlung bei Abholung werktags von 7:30 - 11:00 Uhr bei der Polizei Hamburg, VT 512/Zahlstelle, Raum 1D127, Bruno-Georges-Platz 1, 22297 Hamburg eingesehen oder erworben werden.

Ausschreibungsnummer:	ÖA 099498/10
Vergabeart:	Öffentliche Ausschreibung
Ansprechpartner zur Ausschreibung:	Rolf Köhler, Polizei Hamburg, VT 212, Tel.: 0 40 - 42 86 69211
Ende der Angebotsfrist:	23.06.2011, 10.00 Uhr
Ende der Zuschlags-/Bindefrist:	30.09.2011, 18.00 Uhr



Im Fokus einer Studie: anzeigenfinanzierte Ärztezeitschriften

Beeinflusst Werbung die Berichterstattung?

■ Gratis-Zeitschriften bewerten umstrittene Medikamente fast immer positiv

Bei der Wahl eines Arzneimittels orientieren sich Ärzte auch an den Empfehlungen von medizinischen Fachzeitschriften. Eine Gruppe von Wissenschaftlern hat nun untersucht, ob die Berichterstattung dieser Zeitschriften von der jeweiligen Finanzierungsbasis beeinflusst wird.

(Annette Becker, Fatma Dörter, Kirsten Eckhardt, Annika Viniol, Erika Baum, Michael Kochen, Joel Lexchin, Karl Wegscheider, Norbert Donner-Banzhoff: "The association between a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes". CMAJ 2011. DOI:10.1503/cmaj.100951)

Die Wissenschaftler prüften die Ausgaben von elf viel gelesenen deutschen Fachzeitschriften aus dem Jahr 2007. Zunächst wählten sie neun neue Arzneimittel aus, die im Untersuchungszeitraum stark beworben wurden und deren Wirksamkeit oder deren Indikationsgebiet umstritten waren. Dann identifizierten sie 638

Anzeigen für diese Arzneimittel sowie 297 redaktionelle Beiträge, die eine Empfehlung für oder gegen diese Präparate aussprachen. Dabei handelte es sich auch um Texte aus CME-Fortbildungen. Die Tendenz der Texte wurde durch zwei Mitarbeiter des Forschungsprojekts systematisch eingeschätzt.

Ergebnis: Bunte Gratiszeitschriften, die sich durch Anzeigen der Pharmaindustrie finanzieren, beurteilten die neuen Arzneimittel fast ausschließlich positiv. Zeitschriften, die sich durch kostenpflichtige Abonnements finanzieren, äußerten sich vorwiegend kritisch.

Anzeigenfrei und demnach in ihrem Urteil unabhängig sind die Zeitschriften *Arzneiverordnung in der Praxis*, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, *Arznei Telegramm*, *Arzneimittelbrief* und *Tägliche Praxis*.

Werbefinanzierte Zeitschriften hingegen sind möglicherweise nicht nur ihren Lesern, sondern auch ihren Anzeigenkunden

verpflichtet. „Die *Ärztezeitung* beispielsweise kommt recht offiziell daher“, sagt Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, einer der an der Untersuchung beteiligten Wissenschaftler (*Zeit-Online*, 11.3.2011). „Sie gibt sich als Stimme der deutschen Ärzteschaft und hat sich in unserer Untersuchung wegen der großen Zahl unkritischer Empfehlungen als besonders problematisch dargestellt.“ Bei zwei der untersuchten Gratis-Zeitschriften, der *Münchner Medizinischen Wochenschrift (MMW)* und dem *Allgemeinarzt*, lässt sich sogar zeigen, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer Empfehlung für ein bestimmtes Arzneimittel mehr als verdoppelt, wenn die Herstellerfirma in der selben Ausgabe eine Anzeige geschaltet hatte.

„Wer neutrale Informationen über Arzneimittel bekommen möchte“, so das Fazit der Wissenschaftlerin Prof. Dr. Annette Becker, „der muss dafür bezahlen.“

mn



Nützlich? Überflüssig? Schädlich?

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

Neu zugelassene Arzneimittel werden von den Herstellerfirmen oftmals intensiv beworben. Zum Zeitpunkt der Markteinführung ist es für Ärzte aber noch schwierig, sich ein Urteil zu bilden. Es liegen lediglich die Ergebnisse der Zulassungsstudien vor. Die Beurteilung der klinischen Relevanz im Vergleich zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation ist schwierig. Außerdem fehlen Langzeitstudien, Erkenntnisse über unerwünschte Nebenwirkungen, Interaktionen oder Ähnliches.

Um die zur Verfügung stehenden Informationen leichter zugänglich zu machen, berichten wir in dieser Rubrik über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln. Diese Stellungnahmen werden relativ schnell nach der Zulassung auf Grundlage des Europäischen öffentlichen Beurteilungsberichts (EPAR) über neu zugelassene Arzneimittel in der EU erarbeitet.

Wir kürzen diese Stellungnahmen auf die für den Alltag in der Praxis wichtigen Aussagen. Falls vorhanden, fügen wir außerdem Preisvergleiche hinzu, die von Prof. Dr. Ulrich Schwabe an der Universität Heidelberg erstellt wurden.

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

Neue Arzneimittel

Arixtra® (Fondaparinux) – neu zugelassene Indikation

Indikation

Therapie akuter, symptomatischer, spontaner, oberflächlicher Venenthrombosen der unteren Extremitäten ohne begleitende tiefe Venenthrombose bei Erwachsenen.

Bewertung

Eine Behandlung von Patienten mit einer oberflächlichen, symptomatischen Thrombose mit Fondaparinux führt zu einer absoluten Risikoreduktion von fünf Prozent bezogen auf den primären Endpunkt. Blutungen und andere schwerwiegende unerwünschte Wirkungen treten nicht häufiger als unter Placebo auf. Bei erhöhtem Risiko für thromboembolische Komplikationen kann Fondaparinux in prophylaktischer Dosis zur Therapie oberflächlicher Venenthrombosen der unteren Extremitäten indiziert sein. Fondaparinux ersetzt aber nicht die Behandlung mit Kompressionsmaßnahmen bei Vorliegen einer Veneninsuffizienz. Begleitende Maßnahmen sind deshalb unverändert erforderlich. (Stand 3.3.2011)

Daxas® (Roflumilast)

Indikation

Daxas® ist zugelassen zur Dauertherapie bei erwachsenen Patienten mit schwerer COPD (FEV₁ nach Anwendung eines Bronchodilatators < 50 Prozent vom Soll) und chronischer Bronchitis sowie häufigen Exazerbationen in der Vergangenheit, begleitend zu einer bronchodilatatorischen Therapie.

Bewertung

Roflumilast ist ein Phosphodiesterase-4(PDE4)-Inhibitor. Die Substanz soll die mit COPD einhergehende Entzündung der Atemwege verringern.

Roflumilast führte gegenüber Placebo bei schwerer COPD zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der FEV₁ und des Exazerbationsrisikos. Die Effekte waren jedoch nicht groß genug, um sie als klinisch relevant zu bezeichnen. Sie wurden an Patienten, die überwiegend keine regelmäßige LABA-Basistherapie erhielten, erhoben. Die Wirksamkeit wurde nicht gegenüber der Standardtherapie (LABA/ICS) nachgewiesen. Daher sind Vorteile gegenüber der Standardtherapie nicht belegt. (Stand 03.12.2010)

Kosten

Daxas® 500µg 90 Tbl	171,00 €	1,90€/d
Formoterol STADA® 12 µg 180 Kps.	80,54 €	0,89€/d
Theophyllin AL® 200 mg 100 Retardkps.	14,97 €	0,30 €/d
		2-6 mal teurer (Stand 15.12.2010)

Sycrest® (Asenapin)

Indikation

Asenapin ist zugelassen für die Behandlung mäßiger bis schwerer manischer Episoden einer Bipolar-I-Störung bei Erwachsenen.

Bewertung

In der zugelassenen Indikation zeigte Asenapin eine geringere Wirksamkeit als Olanzapin, bei nicht verbessertem Sicherheitsprofil. Damit ist kein therapeutischer Vorteil gegeben. Aufgrund unzureichender Wirksamkeit wurde es in der ebenfalls beantragten Indikation Schizophrenie nicht zugelassen.
(Stand 12.1.2011)

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

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

Erhöhtes Haftungsrisiko für Ärzte?

- Generika können in allen Indikationsgebieten eingesetzt werden, für die das wirkstoffgleiche Referenzarzneimittel zugelassen wurde.



Foto: iStockphoto

Bergen die geänderten Regeln für die Aut-idem-Substitution von wirkstoffgleichen Arzneimitteln ein erhöhtes Haftungsrisiko für Ärzte? Bei gleicher Normgröße und gleicher oder vergleichbarer Darreichungsform können wirkstoffgleiche Arzneimittel seit Anfang des Jahres ausgetauscht werden, wenn sie zusätzlich in mindestens einer Zulassungsindikation übereinstimmen. Früher mussten alle Zulassungsindikationen identisch sein.

Wenn der Arzt also ein Originalpräparat verschreibt, ohne die Aut-idem-Substitution zu untersagen, bekommt der Patient in der Apotheke möglicherweise ein Generikum ausgehändigt, das formal eine geringere Indikationsbreite hat als das Original und für die vorliegende Indikation gar nicht zugelassen ist.

Dies hat der Gesetzgeber billigend in Kauf genommen. Er wollte ausdrücklich die größtmögliche Austauschbarkeit bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln gewährleisten. In der Begründung zur Änderung im AMNOG heißt es:

„Auf Grund der besonderen Voraussetzungen für die Zulassung von wirkstoffgleichen Arzneimitteln nach § 24b AMG ist sichergestellt, dass diese Arzneimittel sowohl mit dem Referenzarzneimittel als auch untereinander austauschbar sind. Um die Zulassung als Generikum zu erhalten ist es erforderlich, dass ein Arzneimittel die gleiche Zusammensetzung der Wirkstoffe nach Art und Menge und die gleiche Darreichungsform aufweist und die Bioäquivalenz durch Bioverfügbarkeitsstudien nachgewiesen wurde. Somit ist bereits aufgrund der Zulassung davon auszugehen, dass Generika die gleiche Wirksamkeit in all den Anwendungsgebieten aufweisen, für die das Referenzarzneimittel zugelassen wurde und die ein gleiches Sicherheitsprofil aufweisen. Dabei ist es unerheblich, ob die in der Fachinformation aufgeführten Anwendungsgebiete abschließend übereinstimmen.“

Es wird daher klargestellt, dass die Übereinstimmung eines Anwendungsgebietes in der Zulassung hinreichend für die Substituierbarkeit (...) ist. So wird sichergestellt, dass Versicherte bei gleicher Wirksamkeit stets dasjenige Arzneimittel erhalten, das im Einzelfall das wirtschaftlichste ist.“

Die KV geht deshalb nicht davon aus, dass dem Arzt aus dieser Situation ein erhöhtes Haftungsrisiko erwächst. Vom Verbot der Substitution sollte nur aus medizinisch/therapeutischen Gründen Gebrauch gemacht werden.

Allerdings ist es Aufgabe des verordnenden Arztes, bei begründeten Zweifeln an der therapeutischen Gleichwertigkeit wirkstoffgleicher Arzneimittel im Einzelfall (zum Beispiel bei bekannter Unverträglichkeit von Hilfsstoffen) die Aut-idem-Substitution durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes zu untersagen. Auch therapeutische Gründe (zum Beispiel Compliance-Probleme) können ein Verbot der Substitution notwendig machen. Liegen keine derartigen Gründe im Einzelfall vor, so muss unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots verordnet werden.

Bei der Entscheidung des Arztes, ein bestimmtes Generikum statt eines Originals zu wählen, gilt nach Einschätzung der KV analog zu den Austauschregeln: Besteht Übereinstimmung bei einer Zulassungsindikation, können Generika auch in allen weiteren Indikationsgebieten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden, für die das wirkstoffgleiche Referenzarzneimittel (Original) zugelassen wurde.

Ein aktuelles Beispiel ist der generisch verfügbare Aromatasehemmer Anastrozol und

dessen Original Arimidex. So können die Anastrozol-haltigen Generika für alle Zulassungsindikationen des Originalpräparates (Arimidex) verordnet werden, also

- zur Behandlung des fortgeschrittenen Mammakarzinoms bei postmenopausalen Frauen
- zur adjuvanten Behandlung postmenopausaler Frauen mit hormonrezeptorpositivem, nicht fortgeschrittenem, invasivem Mammakarzinom
- zur adjuvanten Behandlung postmenopausaler Frauen mit hormonrezeptorpositivem, nicht fortgeschrittenem Mammakarzinom, die bereits 2 bis 3 Jahre eine adjuvante Behandlung mit Tamoxifen erhalten haben.

Unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots gilt: Soweit nicht patientenindividuelle Aspekte wie zum Beispiel auftretende Nebenwirkungen dagegen sprechen, ist bei medizinischer Indikation für den Einsatz von Aromatasehemmern (in den genannten Zulassungsindikationen) das generisch verfügbare Anastrozol Mittel der Wahl.

Verordnungseinschränkung für Harn- und Blutzuckerteststreifen

- Für ausschließlich oral behandelte Typ2-Diabetiker dürfen die Teststreifen bald nur noch bei instabiler Stoffwechsellage verordnet werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, die Verordnungsfähigkeit von Harn- und Blutzuckerteststreifen einzuschränken. Die Bewertung durch das IQWiG ergab weder für die Blutzuckerselbstmessung noch für die Urinzuckerselbstmessung einen Beleg für einen patientenrelevanten Nutzen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden. Tritt der Beschluss in Kraft, dürfen die Teststreifen für ausschließlich oral behandelte Typ-2-Diabetiker nur noch verordnet werden, wenn eine instabile Stoffwechsellage vorliegt. Als mögliche Auslöser dieser instabilen Stoffwechsellage nennt

der Bundesausschuss akute Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko. Die Verordnung in diesem Ausnahmefall ist beschränkt auf 50 Teststreifen je Behandlungssituation.

Das Ministerium kann den Beschluss noch beanstanden.

Die tatsächliche Versorgungssituation dürfte sich durch Inkrafttreten des Beschlusses kaum verändern. Denn auch bisher sollten die Blutzuckerteststreifen für Patienten mit Diabetes Typ 2, die kein Insulin erhalten, aufgrund des Wirt-

schaftlichkeitsgebots nur dann verordnet werden, wenn dies im Einzelfall medizinisch notwendig ist (zum Beispiel Ersteinstellung oder Umstellung).

Die Verordnungsfähigkeit der Teststreifen für Patienten, die mit Insulin behandelt werden, wird von diesem Beschluss nicht berührt.

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

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



Foto: fotolia/Sinisa Botas

„Das ist nicht zumutbar!“

- Die Zielfeldprüfung kann für Ärzte zur Falle werden. Rechtsanwalt Jörg Hohmann über unerfüllbare Forderungen und uneinheitliche Beschlüsse des Hamburger Beschwerdeausschusses.

Sie haben eine Musterklage gegen den Hamburger Beschwerdeausschuss angestrengt. Was ist der Hintergrund?

Hohmann: Es geht um die Zielfeldprüfungen, die in Hamburg durchgeführt werden. Der Beschwerdeausschuss verlangt von Ärzten, sich für Zielfeld-Überschreitungen patientenbezogen zu rechtfertigen. Doch den Ärzten wird gar nicht mitgeteilt, um welche Patienten es sich handelt. Wenn die Ärzte nachfragen, bekommen



Jörg Hohmann

sie von der Geschäftsstelle des Beschwerdeausschusses sinngemäß die Antwort: „Eine patientenbezogene Datenlieferung ist uns nicht möglich, weil die Krankenkassen diese Daten nicht mitteilen wollten.“

Kann der Arzt nicht selbst herausfinden, welche Patienten gemeint sein könnten?

Hohmann: In der Regel nicht. Man könnte die Patienten anhand des ATC-Codes identifizieren. Weil die Praxissoftware eine Suche nach ATC-Codes nicht zulässt, bliebe dem Arzt nur die Möglichkeit, seine Praxis für vier Wochen zu schließen, um sich die gesamten Verordnungen aus dem Jahr 2005 anzusehen: Sind da irgendwo Präparate mit dem betreffenden ATC-Code? Wie teuer sind die? Das wäre ein Aufwand, der niemandem zuzumuten ist.

Wie können sich die Ärzte dann gegen den Vorwurf wehren, zu teuer verordnet zu haben?

Hohmann: Wenn Prüfstelle und Beschwerdeausschuss keine allgemeinen Ausführungen zu Patientengruppen akzeptieren, kann der Arzt nur in den Nebel schießen und hoffen, irgendwas zu treffen. Er kann Einzelfälle schildern, ohne zu wissen, ob es die richtigen sind.

Lässt sich nicht aus der Spruchpraxis des Ausschusses ableiten, wie eine erfolgreiche Strategie zur Abwehr von Regressen aussehen könnte?

Hohmann: Nein. Wir haben ja auch viele Verfahren gewonnen. Doch wenn man die Bescheide liest, wird man leider auch nicht schlauer. Ich könnte Ihnen anhand der Begründungen nicht darlegen, weshalb eine Unwirtschaftlichkeit im einen Fall verneint und im anderen Fall bejaht wird. Ich vertrete zum Beispiel einen Arzt, der identische Ausführungen im Jahr 2005 und im Jahr 2006 vorgelegt hat. Im Jahr 2005

wurde seine Begründung akzeptiert, im Jahr 2006 nicht. Mal genügen allgemeine Ausführungen zu Patientengruppen, seit neuestem werden patientenbezogene Begründungen gefordert. Wir haben schon den Eindruck, dass da etwas willkürlich verfahren wird. Von einer einheitlichen Spruchpraxis, wie sie in der Prüfvereinbarung gefordert wird, kann keine Rede sein.

Werden die Klagen anderer Ärzte durch Ihr Musterverfahren überflüssig?

Hohmann: Auf keinen Fall, da ansonsten die Regresse rechtskräftig werden. Man sollte gegen seinen Bescheid

Die „Gemeinsame Prüfstelle“ wird von den Krankenkassen und der KV gemeinsam getragen. Sie agiert aber völlig unabhängig. Gegen die Bescheide der Prüfstelle kann beim Beschwerdeausschuss Widerspruch eingelegt werden, der mit zwei Kassenvertretern, zwei Ärzten und einem unabhängigen Vorsitzenden (meist einem ehemaligen Richter des Sozialgerichts) besetzt ist.

Klage einreichen, das Verfahren unter Bezugnahme auf unser Musterverfahren zum Ruhen bringen und die gerichtliche Klärung abwarten.

Wie schätzen Sie die Erfolgsaussichten der Musterklage ein?

Hohmann: Ich kann mir nicht vorstellen, dass das Vorgehen

der Prüfstelle rechtens ist. Es gibt ja den Rechtsgrundsatz: Impossibilium nulla obligato. Das heißt: Man darf von niemandem etwas verlangen, das ihm gar nicht möglich ist. Wenn die Krankenkassen keine patientenbezogenen Daten zur Verfügung stellen, dann muss man die Prüfungen eben einstellen.

mn

Pharmakotherapieberatung der KVH

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxispezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

Alle Hamburger Vertragsärzte sind in der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!

Tel. 22802-572
oder 22802-571

*Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung:
Dr. Klaus Voelker (l.) und Dr. Hartmut Horst*



Steckbrief – Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

Dr. Dirk Heinrich



Geburtsdatum: 19. Mai 1959

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: HNO und Allgemeinmedizin

Weitere Ämter: Bundesvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte NAV-Virchowbund

Hobbys: Reisen, medizinische Versorgung in der 3. Welt

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? In den ersten 15 Jahren schon, aber in den letzten 10 Jahren empfinde ich die schwindende Therapiefreiheit und den ökonomischen Druck in der Praxis als extrem störend und belastend, zumal das Patient-Arzt-Verhältnis zunehmend darunter leidet.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ärztliche Geschlossenheit zurück zu gewinnen, Freiheit des Arztberufes gesichert zu sehen, vielen Ärzten die Freude am Beruf zurückgeben zu können und damit gute und würdevolle Patientenversorgung zu sichern.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Reform unbedingt ja, wenn sie der Selbstverwaltung wieder viel mehr Gestaltungsfreiheit bringt. Dann ist KV wieder für jeden klar unverzichtbar, weil sie als unser Bollwerk den einzelnen Arzt vor Übergriffen der Politik und der Kassen schützen kann und damit unsere ärztliche Freiheit sichert.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Nelson Mandela würde ich gerne fragen, wie er seinen Hass überwunden hat.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Gute medizinische Versorgung in Rwanda, einem der ärmsten und bevölkerungsreichsten Länder der Welt, verwirklicht zu sehen wäre ein Traum. Daran noch lange bei guter Gesundheit mitarbeiten zu können wäre für mich persönliches Glück.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 16.06.2011 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Refresher-Kurs **NEU**

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

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

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

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

10 Punkte

QEP-Hygiene in der Arztpraxis **NEU**

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Die Teilnehmer des Seminars bekommen einen Überblick über wichtige Aspekte des Hygienemanagement und werden auf Praxisbegehungen durch Behörden vorbereitet.

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Einführungseminare 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 24.06.2011 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 25.06.2011 (08:30-16:30 Uhr)

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

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen

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

5-teiliges Blockseminar 2011

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

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

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

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

Teil 5: Januar 2012

Teilnahmegebühr: €395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

Datenschutz in der Praxis

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

Telefonische Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

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

Wann sind wir für Sie da?

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

