

Wie Hamburger Praxen ihre Impfkampagne organisieren

Honorar 2010

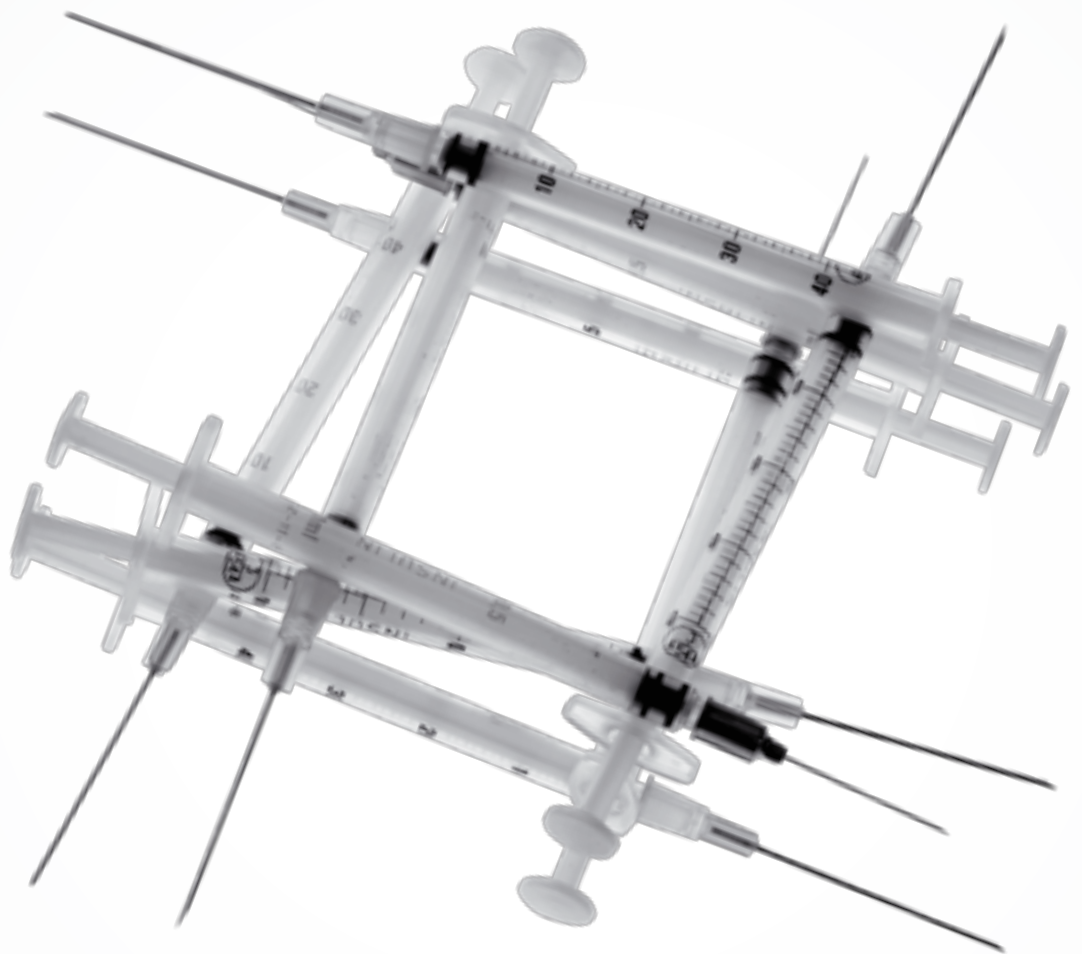
Hamburger Niveau
erfolgreich verteidigt

KV-Vorstand

Wiederwahl ohne
Gegenstimmen

Qualitäts- management

Stiftung Warentest
lobt QEP



Liebe Leserinnen und Leser!

Das Horror-Szenario ist bis heute ausgeblieben. Das Influenza A/H1N1-Virus ist nicht zu einem „Killer-Virus“ mutiert. Die Grippewelle verläuft zwar unüblich in Zeit und betroffenen Patientengruppen, aber insgesamt glimpflich. War die Pandemie-Aufregung also umsonst? Dieser Schluss wäre voreilig – hinterher ist man immer schlauer. Eines haben die vergangenen Wochen aber bewiesen: Wenn es darum geht, die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung rasch und umfassend sicherzustellen, gibt es niemanden außer den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ihrer KV, die dies auf die Beine stellen könnten. Hierfür gebührt Ihnen Dank. Die Politik hat hieraus hoffentlich etwas gelernt.



Ihr Walter Plassmann

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion:
Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt,
Tel: (040) 22802-655, 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:
Marcin Sadlowski - Fotolia.com

Ausgabe 8/2009 (22. Dezember 2009)

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: Impfkampagne gegen Schweinegrippe in den Nachbarländern	4
Logistische Herausforderung: Wie man eine normale Praxis zur Impfstelle macht	5
Warum der schwer kalkulierbare Andrang zu Problemen führte - zwei Erfahrungsberichte	8
KV Hamburg unterstützt Behörde bei der Organisation	10
„Die Impfstoffhersteller versuchen, ihre Marktstellung auszunutzen“ - Interview mit Senatsdirektor Norbert Lettau	11

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	12
Neue KBV-Internetplattform zu Heil- und Hilfsmitteln, Reha und Soziotherapie / Verordnung von Blutzuckerteststreifen	13

Brennpunkt Arznei

Arzneimittelrichtlinie: Weitere Anpassungen - Therapiehinweise für 31 Wirkstoffe	14
Nur eine Rezeptur pro Rezeptblatt / Keine Frühinformationen für 2008 / Verordnung für längere Auslandsaufenthalte	15

Qualitätssicherung

Genehmigung spezieller Laborleistungen aus Kapitel 32.3 EBM / Termine für INSTAND-Ringversuchsprogramm 2010	16
Qualitätsmanagement: Stiftung Warentest lobt QEP / Liste der QEP-zertifizierten Praxen	17

Amtliche Veröffentlichung

Homöopathie-Vertrag mit Securvita BKK: BKK Linde tritt bei	16
--	----

Abrechnung

Schweinegrippe: Kennzeichnung nicht vergessen	18
Abgabe der Abrechnungsunterlagen / Gesamtvergütung: Hausärztlicher und fachärztlicher Bereich werden getrennt	19

Honorar 2010

KV Hamburg verteidigt Honorar-Niveau	20
RLV-Fallwerte sinken	22
Neue RLV-Systematik geplant	23

KV intern

Wahlen zur Vertreterversammlung: Die Termine stehen fest, die Parteien formieren sich / KV-Vorstand: Wiederwahl ohne Gegenstimmen	24
Steckbriefe: Für Sie im beratenden Fachausschuss	26
Terminkalender	27
Kopiervorlage: Notfalldienste zum Jahreswechsel	Heftrückseite

Nachgefragt

■ Wie läuft die Impfkampagne in den Nachbarländern?



Es gibt auch in der Schweiz kritische Stimmen, die sagen: „Es wurden 7 Millionen Impfdosen gekauft. Die sollen jetzt unter die Leute gebracht werden.“ Die meisten Hausärzte unterstützen aber die Impfkation – vor allem bei den Risikogruppen. Sehr viel heftiger diskutiert wird über die Distribution. Jede Hausarztpraxis konnte eine Bestellung für die Impfstoffe Pandemrix und Focetria (für Kinder und Schwangere) aufgeben. Doch mit der Verteilung klappt es nicht. Wir werden in den Praxen von Impfwilligen bestürmt, haben aber zu wenig Impfstoff.

*Marcella Siegrist,
Präsidentin des Vereins
Hausärzte Stadt Zürich*



In Österreich stehen die Hausärzte der Impfkation überwiegend skeptisch gegenüber. Das zeigt sich schon daran, dass sich die meisten von ihnen nicht selbst impfen lassen – ich übrigens auch nicht. Bei den Spitalsärzten gilt die Faustregel: Je höher in der Hierarchie, desto gläubiger sind sie gegenüber der offiziellen Position. Der Arzneimittelbrief (vergleichbar mit dem deutschen Arzneitelegamm) hat die Skepsis mit harten Fakten genährt und die Massenimpfung „eine inszenierte Pandemie als Konjunkturprogramm“ genannt. Geimpft wird in öffentlichen Impfstellen mit Celvapan. Ich rede es meinen Patienten normalerweise nicht aus, sich impfen zu lassen. Nur Schwangeren rate ich davon ab.

*Christian Euler,
Präsident des österreichischen
Hausärzteverbandes*



Das Influenza A/H1N1-Virus scheint nicht so gefährlich zu sein wie befürchtet. Dennoch muss die Bedrohung ernst genommen werden. Die belgischen Ärzte befürworten deshalb die Impfung. Sie findet überwiegend in den Hausarztpraxen statt – derzeit mit der Vakzine Pandemrix. Eine zentrale Registrierung der Krankheitsfälle halten wir nicht für nötig. Das würde den Datenschutz verletzen. Die Dokumentation in der Patientenakte des Arztes ist für epidemiologische Zwecke ausreichend.

*Dr Roland Lemye,
Präsident der
»Association Belge des
Syndicats Médicaux«*



Dr. Lutz Krüger in Steilshoop: „Der normale Praxisbetrieb muss weiterlaufen.“

Logistische Herausforderung

■ Wie schafft man es, in einer normalen Praxis eine Impfkampagne durchzuführen? Dr. Lutz Krüger plante akribisch - und wurde dennoch zeitweise vom Ansturm überrascht. Hier sein Bericht.

Mir war klar, dass es bei uns in der Praxis drunter und drüber gehen würde, wenn wir uns als Impfstelle zur Verfügung stellen. Doch die Influenza ist eine Erkrankung, bei der vor allem wir Allgemeinmediziner gefragt sind. Als Hausarzt weiß ich, wie meine Patienten normalerweise aussehen. Hat einer von ihnen eine typische Influenza, erkenne ich das am Gesicht. Eine solche schnelle Blickdiagnose können weder Krankenhausärzte noch Spezialisten stellen.

Ich beschäftige mich seit zehn Jahren mit der Influenza: Ich war Meldearzt im Überwachungssystem RealFlu und besuche regelmäßig spezielle Fortbildungen. Auf einem Kongress, den ich 2007 in Madrid besucht habe, hieß es: „Wir werden ein neues Virus identifizieren, das potenziell gefährlich ist. Dann werden wir ein halbes Jahr Zeit haben, einen Impfstoff zu produzieren.“ Und so ist es gekommen. Der Impfstoff, den wir jetzt in Deutschland nutzen,

konnte nur deshalb so schnell produziert werden, weil er einen Wirkverstärker hat. Dass ein neuer Impfstoff, der schnell und flächendeckend zum Einsatz kommen soll, nicht an allen nur denkbaren Bevölkerungs- und Risikogruppen getestet sein kann, liegt auf der Hand. Es gilt also, die Risiken abzuwägen: Wir haben eine Vakzine, deren Grundstruktur und deren Fertigungstechniken seit

Fortsetzung auf S. 6 ■■■



Vorbereitung für nächsten Impfdurchlauf: „Es gilt, die Risiken abzuwägen.“

Fortsetzung von S. 5

Jahren bekannt sind. Auch das Adjuvans wurde bereits in anderen Impfstoffen verwendet. Es gibt keine Erkenntnisse, die ein Auftreten problematischer Nebenwirkungen der Impfung erwarten lassen. Vom H1N1-Virus allerdings wissen wir, wie

ferinnen bereit. Dann sah ich mich nach weiteren Mitarbeitern um. Als Hausarzt ist man ja gut vernetzt. Ich sprach Altenpfleger, Krankenschwestern und Rettungssanitäter an, die ich in der Praxis kennen gelernt oder mit denen ich beruflich zu tun hatte. Es gab eine Kinderkrankenschwester, die ge-

>> Stundenweise arbeitete ein Dutzend Leute zusätzlich in der Praxis <<

verheerend es sein kann. Die spanische Grippe von 1918/1919 hat mehr Menschen das Leben gekostet als der erste Weltkrieg.

Ich habe die Massenimpfung als Herausforderung angesehen und mich darauf eingerichtet, eine Organisation aufzubauen. Zunächst fragte ich meine Mitarbeiter, wer über eine erhöhte Arbeitsintensität hinaus Überstunden machen würde. Dazu waren zwei der vier Hel-

rade arbeitslos war, die Kinder hatte und vormittags arbeiten konnte. Es gab einen angehenden Rettungssanitäter, der für seine Berufsausbildung eine Bescheinigung brauchte und deshalb gerne bei uns in der Praxis einsprang. Das Studentensekretariat des UKE, wo ich als Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin tätig bin, schickte mir drei Medizinstudenten. Eine Ärztin, die gerade fertig geworden war, arbeitete mit. Ein Helfer ohne medizinische

Ausbildung war im Hintergrund tätig, holte beispielsweise Impfstoff ab. Ein Patient, der eine Werbemittel-Firma leitet, entwarf ein T-Shirt für die Mitarbeiter mit der Aufschrift „Wir tun was gegen Schweinegrippe“. Ich war beeindruckt, wie viele Leute bereit waren, sich zu engagieren.

So kam eins zum anderen. Anfang November, als der große Ansturm auf die Impfstellen begann, arbeiteten stundenweise ein Dutzend Leute zusätzlich in unserer Gemeinschaftspraxis.

Neben den Impfungen lief der normale Betrieb weiter. Wir haben glücklicherweise viele Räume. Dennoch war die Praxis am ersten Samstag der Impfkation morgens so voll, dass im Flur niemand umfallen konnte. Deshalb machten wir uns Gedanken, wie wir die Situation räumlich entzerren könnten. Am darauffolgenden Samstag öffneten wir eine halbe Stunde



früher. Wir leiteten die Patienten zunächst in einen Raum in der gegenüberliegenden Martin-Luther-King-Kirche um, wo sie ihre Impf-Formulare ausfüllten. Erst danach schickten wir sie hoch in die Praxisräume, wo die Impfung stattfand. Einen zusätzlichen Impfraum, den ich vorsichtshalber im benachbarten Einkaufszentrum Steilshoop organisiert hatte, benötigten wir am Ende doch nicht.

Die Unterstützung der Kirche war wichtig für uns. In deren Räumen veranstalteten wir im November zwei Infoabende, um die Bevölkerung von Steilshoop über das neue Virus aufzuklären. In einem Nebenraum standen Helfer bereit, von denen sich Interessierte dann gleich an Ort und Stelle impfen lassen konnten.

Bis Mitte November nahm der Andrang bei uns in der Praxis noch zu. Wir impften durch-

schnittlich etwa 300 Menschen pro Tag. Danach flaute die Nachfrage ab.

Bedauerlich fand ich, dass bei den Impfärzten der Eindruck entstand, dass sich die Behörde für die Praxen, die in ihrem Auftrag arbeiteten, nicht sonderlich interessierte. Kein Behördenvertreter kam vorbei oder rief an und erkundigte sich: „Wie läuft es denn bei Euch? Kann ich etwas für Euch tun?“

Auch als Mitte November in unserer Praxis der Impfstoff knapp wurde, war die Reaktion aus der Behörde zäh. Das Bestellfax, das ich abgeschickt habe, kam angeblich ebenso wenig an wie das Fax unseres benachbarten hausärztlichen Kollegen, der dasselbe Problem hatte. Ein Behördenmitarbeiter sorgte auf meine Nachfrage hin dafür, dass wir uns von einer Barmbecker Praxis Impfstoff ausleihen konnten. Als auch dieser Impf-

stoff zur Neige ging, erklärte ich mich dazu bereit, selbst zur Auslieferungsstelle zu fahren. Doch die Behörde hatte dort offenbar nicht Bescheid gesagt, und telefonisch war zu diesem Zeitpunkt niemand mehr zu erreichen. So gab es im Verlauf unserer gemeinsamen Impfkation mit der Behörde durchaus Kommunikationsspannen.

Das Hamburger System, nur einige wenige Impfstellen zu öffnen, hat sich aber meiner Meinung nach bewährt. Es ist überschaubarer, was die Informationswege zu den Impfnebenwirkungen angeht. Und es ist überschaubarer, was die Organisation und die Distribution angeht. Der Impfstoff verdirbt nicht im Kühlschrank. Was zur Verfügung steht, wird auch genutzt.

*Dr. Lutz Krüger,
Allgemeinmediziner
in Steilshoop*

Kommen sie oder kommen sie nicht?

- Die Zahl der Impfwilligen schwankte stark. Sich darauf personell einzustellen, war für viele Praxen ein Problem.



sculpies / Fotolia.com

„Plötzlich blieb der Andrang aus“

Wir sind beim Versuch, in unseren Räumlichkeiten mit unserem festen Personal täglich 200 bis 300 Impfungen durchzuführen und gleichzeitig den normalen Patientenbetrieb aufrecht zu erhalten, an unsere Grenzen gestoßen. In den ersten fünf Tagen der Massenimpfung arbeiteten wir bis zu 12 Stunden lang durch. Als unsere Arzthelferinnen am Ende ihrer Kräfte waren, mussten wir die Abläufe umorganisieren.

Dabei hat uns die Asklepios-Klinik St. Georg, auf deren Gelände unser MVZ arbeitet, sehr unterstützt. Es wurden uns schnell und unkompliziert leer

stehende Räumlichkeiten für die Impfungen zur Verfügung gestellt. Wir investierten etwas Geld und ließen die Wände streichen. Vor allem aber mussten wir uns um zusätzliches Personal kümmern. Eine zusätzliche Arzthelferin wurde uns über eine Zeitarbeitsfirma vermittelt. Das Krankenhaus unterstützte uns mit Krankenpflegekräften, die zusätzlich bei uns mitarbeiteten. Und wir engagierten einige Medizinstudenten.

Als das neue Personal schließlich eingearbeitet war, ging die Zahl der zu Impfenden drastisch zurück. Nun waren wir für alle Eventualitäten gerüstet – doch

der Andrang blieb aus. Dass die Bereitschaft der Bevölkerung, sich impfen zu lassen, so schwer kalkulierbar war und von Woche zu Woche schwankte, machte die Situation für uns schwierig. Das Honorar für die Impfung kann nicht kostendeckend sein, wenn man zusätzliches Personal bezahlen muss und im Laufe eines Vormittags nur 20 Patienten zur Impfung kommen.

Die Ärzteschaft ist im Laufe der Pandemie mit völlig unterschiedlichen Aussagen an die Öffentlichkeit getreten. Diese Vielstimmigkeit war für die Bevölkerung und für die Kollegen

verunsichernd. Der Verlauf einer Pandemie lässt sich nun mal nicht vorhersehen. Wenn der Erreger im Laufe der Pandemie mutiert und pathogener wird und wir einen hohen Krankenbestand oder viele Todesfälle bekommen, wird man die Massenimpfung rückblickend als überaus notwendig ansehen. Wenn die Krankheitsverläufe milde bleiben, wird man sich fragen, ob der betriebene Aufwand zu groß war.

Wachsamkeit ist jedenfalls auch in der Zukunft angebracht, und die Bedrohung durch einen Influenza-Virus mit hoher Letalität bleibt bestehen. Zur Erinnerung: Bei der Vogelgrippe beträgt die Letalität etwa 40%. Sollte in den kommenden Jahren ein gefährlicheres Virus auftreten, können wir die jetzt gemachten Erfahrungen nutzen, um die Organisation einer Massenimpfung zu optimieren.

Prof. Dr. Andreas Plettenberg, MVZ Hamburg am ifi-Institut für interdisziplinäre Medizin in St. Georg



„Uns wurde klar, dass wir draufzahlen“

„Die Grippewelle rollt, Schulen werden geschlossen“, meldeten die Medien pünktlich zu Beginn der Massenimpfung. Am ersten Tag kamen 90 Impfwillige, am zweiten Tag waren es schon 200. Wir stellten fest, dass wir abgesehen vom Gesundheitsamt die einzige Impfstelle in Bergedorf waren. Der normale Patientenbetrieb kam zum Erliegen, wir impften von morgens bis abends durch. Mein Praxispartner und ich fühlten uns nicht wohl bei dieser Massenabfertigung. Die Menschen standen Schlange, die Kinder schrien, die Eltern waren aufgeregt. Man konnte auf die Patienten nicht eingehen, hatte keine Zeit, ihre Fragen zu beantworten. Der Druck nahm zu, es ging Schlag auf Schlag: Hallo, Arm frei machen und wieder raus. Unser Telefon stand nicht mehr still. Es gab großen Informa-

tionsbedarf, viele Nachfragen zu den Öffnungszeiten und den Ablauf der Impfkation. Unsere normalen HNO-Patienten kamen mit ihren Anrufen nicht mehr durch.

Die Helferinnen stöhnten über unsinnige Verwaltungsprozeduren: Für die Impfformulare gab es keinen Aufkleber mit der Chargennummer, so dass diese jeweils per Hand eingetragen werden musste.

Uns wurde klar, dass wir bei dieser Aktion draufzahlen würden: Das Honorar für die Impfungen glich die Verluste, die durch die Vernachlässigung unserer HNO-Patienten entstanden, bei weitem nicht aus. Auf der Minusseite addierten sich zudem die Überstunden, die ausbezahlt oder von den Helferinnen irgendwann ab-

gebummelt werden mussten. Zusätzliches Personal einzustellen wäre in dieser Situation überhaupt nicht in Frage gekommen. Wovon hätten wir das bezahlen sollen?

Nach zwei Tagen reduzierten wir die Zeiten für die Impfung. Am Ende der Woche gaben wir auf und beendeten die Aktion.

*Dr. Christian Klie,
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde in Bergedorf*





Foto: Melanie Vollmert

Organisation der Impfkampagne in der Pandemiestelle der KV: Natascha Burgardt (li.), Dr. Hartmut Horst

Auswahl nach Lage und Praxisstruktur

■ Die KV unterstützte die Behörde bei der Organisation der Impfkampagne - und vermittelte Praxen, die sich als Impfstelle zur Verfügung stellten. Herrin des Verfahrens blieb die Behörde.

Im September bat die Hamburger Gesundheitsbehörde die KV um Hilfe bei der Organisation der Massenimpfung gegen das Influenza A/H1N1-Virus. Die Impfung findet aufgrund einer Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums statt und gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung. Wir sicherten der Behörde unsere Unterstützung zu und fragten bei allen Hamburger Praxen an, ob sie als behördliche Impfstelle fungieren würden. Etwa 200 Praxen erklärten sich dazu bereit.

Für die erste Phase der Massenimpfung sollten 15 Praxen ausgewählt werden. Dabei achteten wir vor allem auf eine möglichst sinnvolle Verteilung über das Stadtgebiet. Wenn die in Frage kommenden Praxen nah beisammen lagen, spielte auch die Größe der Betriebseinheiten eine Rolle. In Gemeinschaftspraxen schien uns die Chance höher zu sein, dass trotz eines großen Andrangs

von Impfwilligen der normale Versorgungsbetrieb aufrecht erhalten werden kann.

Einige Kollegen waren verärgert, dass ihre Praxen nicht als Impfstellen ausgewählt wurden. Dazu muss man sagen: Es handelte sich nicht um eine Ausschreibung oder Bewerbung, bei der nach Qualitätskriterien ausgewählt wurde. Entscheidend war die Lage und die Organisationsstruktur der Praxen.

Das letzte Wort bei der Zusammenstellung der Impfstellen hatte die Behörde – und die entschied nicht immer so, wie es die KV empfahl. Als die Zahl der Impfstellen erstmals aufgestockt wurde, akzeptierte die Behörde deutlich weniger Praxen als von ihr ursprünglich angefordert.

Einige Praxen sprangen wegen des großen Andrangs nach der ersten Woche wieder ab. Unterm Strich jedoch stieg die Zahl der als Impfstelle tätigen Praxen bis Ende November auf 35.

Die Impfkampagne war bereits seit zwei Wochen angelaufen, als die Krankenkassen den längst ausgehandelten Vertrag unterschrieben. Bis dahin mussten sich die Kollegen auf mündliche Zusagen verlassen. Das betraf die Honorierung, aber auch den Umfang der ärztlichen Tätigkeit.

Anders als in der vertragsärztlichen Versorgung berät der Impfstellen-Arzt seine Patienten nur dann, wenn sie Fragen zu den Wirkungen und Nebenwirkungen der Impfung haben. Beratungsgespräche zur Frage, ob man sich überhaupt impfen lassen soll, finden in der Impfstelle nicht statt. Es ist eben eine behördliche Massenimpfung – und keine individuelle Impfung, wie sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gegen die saisonale Grippe oder gegen Masern vorgenommen wird.

Dr. Hartmut Horst, Pandemiebeauftragter der KV Hamburg

„Die Impfstoffhersteller versuchen, ihre Marktstellung auszunutzen“

■ Senatsdirektor Norbert Lettau über die zweifelhafte Pandemie-
definition der WHO, die begrenzte Auswahl an Impfstoffen und
das „Hamburger Modell“.

Herr Lettau, was kann man aus den Erfahrungen mit dieser Pandemie lernen?

Lettau: Sicherlich einiges, zum Beispiel auch in der Organisation. Zuallererst aber ist die Weltgesundheitsorganisation aufgerufen, ihre Kriterien zu überprüfen, nach denen sie die höchstmögliche Warnstufe ausruft. Nahezu die gesamte Fachwelt stimmt darin überein, dass es sich zwar um ein pandemisches Virus handelt, dass die Gefahr, die von diesem Virus ausgeht, aber keineswegs die Ausrufung der höchsten Warnstufe rechtfertigt.

Sind Sie durch die Klassifizierung der Schweinegrippe als Pandemie unter Zugzwang geraten?

Lettau: Wie viele andere hätte auch ich mir gewünscht, dass die Industrie einen zeitlich längeren Vorlauf für die Produktion der Impfstoffe gehabt hätte. Bund und Länder mussten sich in einem sehr frühen Stadium festlegen, um sich Optionen für den Ankauf eines Impfstoffes zu sichern, der bis dahin weder gefertigt, noch zugelassen war.

Hätten Sie sich für einen anderen Impfstoff entschieden,

wenn Sie die Auswahl gehabt hätten?

Lettau: Ich hätte mir eine Auswahl unter mehreren Optionen gewünscht, die wir aber nicht hatten. Weltweit ist die Möglichkeit, Impfstoffe zu produzieren, nun einmal sehr begrenzt. In diesem Bereich sind nur einige wenige Firmen tätig. Neutral betrachtet könnte man sagen: Diese Firmen versuchen, ihre Marktstellung auszunutzen. Es gab entsprechend keine echte qualitative und preisliche Wettbewerbssituation zwischen den Anbietern.

Sind Sie mit dem bisherigen Ablauf der Massenimpfung in Hamburg zufrieden?

Lettau: Ja, das „Hamburger Modell“ der Impfstrategie hat sich aus unserer Sicht bewährt. Unser Ziel war es, möglichst viele Menschen über die Regelversorgung zu impfen, aber auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu nutzen. Dieses Modell ist, wie sich gezeigt hat, recht flexibel. Wir waren je nach Nachfrage in der Lage Kapazitäten nachzusteuern. Außerdem war es uns so möglich, die Impfstoffverteilung nach Bedarf zu gewährleisten.

War die Menge des verfügbaren Impfstoffs der limitierende Faktor für die Anzahl der Impfstellen?

Lettau: Das war sicherlich ein Faktor, den es zu berücksichtigen galt. Ein weiteres entscheidendes Kriterium war aber die Ortsnähe und die Erreichbarkeit der Impfstellen. Wir haben uns deshalb gemeinsam mit der KV bemüht, eine flächendeckende Versorgung zu erreichen.

Sind Ihnen schwerwiegende Nebenwirkungen der Impfung bekannt geworden?

Lettau: Nein. Wir haben in Hamburg bislang keine Besonderheiten gegenüber der üblichen saisonalen Grippeimpfung festgestellt.



Senatsdirektor Norbert Lettau,
Amtsleiter Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg



Fragen und Antworten

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

1 Ist eine Ernährungsberatung verordnungsfähig? Auf welchem Formular würde man die Verordnung vornehmen?

Eine Ernährungsberatung kann nur bei Versicherten der AOK Hamburg verordnet werden, da die KV Hamburg nur mit dieser Kasse einen gesonderten Vertrag vereinbart hat. Das entsprechende Formular erhalten Sie im Formularraum der KV. Wenn Sie also bei einem bei der AOK Hamburg versicherten Patienten Risikofaktoren für eine drohende Krankheit oder bereits manifeste Krankheitssymptome feststellen, die durch das Ernährungsverhalten bedingt sein können, verordnen Sie – nach einer entsprechenden motivierenden Beratung – die Ernährungsberatung auf diesem Formular. Für die motivierende Beratung und das Ausstellen

des Formulars können Sie die Nr. 99009 (12,02 €), für die weitere Beratung die Nr. 99010 (5,62 €) in Ansatz bringen.

2 Wie und in welchen Fällen kann man Kompressionsstrümpfe der Klasse 1 verordnen?

Kompressionsstrümpfe der Klasse 1 sind nur zu Lasten der GKV verordnungsfähig, wenn eine Erkrankung des venösen oder lymphatischen Systems mit entsprechender Stauung mit einer arteriellen Durchblutungsstörung kombiniert ist. Die Kompression darf nicht so stark sein, dass die arterielle Durchblutungsstörung verschlechtert wird.

Gleichzeitig soll aber die venöse oder lymphatische Stauung effektiv behandelt werden. Dies muss durch die Diagnose(n) auf dem Hilfsmittelrezept zum Aus-

druck kommen. Thrombose-Prophylaxe-Strümpfe (zum Beispiel prä-, intra- und post-operativ) sind keine Hilfsmittel und deshalb nicht verordnungsfähig.

3 Bei meinem Patienten soll eine Zahnextraktion unter Anästhesie durchgeführt werden. Der Anästhesist, der dafür in die Praxis des Zahnarztes geht, benötigt für die Anästhesie einen Überweisungsschein. Darf ich als Hausarzt den Schein ausstellen?

Sie dürfen den Schein nur ausstellen, wenn die Vollnarkose durch das Vorliegen einer entsprechenden Erkrankung begründet ist. Die betreffende ICD-Codierung ist mit Begründung auf der Überweisung anzugeben (siehe EBM Präambel Kapitel 05 Anästhesien, Abschnitt 8., 9., 10.)

Neue Internetplattform

■ Infos über Heilmittel, Hilfsmittel, Reha und Soziotherapie

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) informiert auf einer neuen Internetplattform über Heilmittel, Hilfsmittel, Rehabilitation und Soziotherapie.

Die Vertragsärzte finden hier beispielsweise die aktuelle Version des Hilfsmittelverzeichnis. Außerdem sind die wichtigsten Gesetzestexte,

Verordnungsvordrucke und Gerichtsurteile sowie Informationen über aktuelle Entwicklungen zu diesen Themen eingestellt.

Ergänzt wird das Angebot durch umfangreiche Linksammlungen und themenspezifische Informationen, wie einem ausführlichen Kapitel über Wirtschaftlichkeitsprüfungen und

Regressen bei Heilmittelverordnungen.

Die Plattform ist Teil des Informationsportals „Verordnete Leistungen“, das auch den Arzneimittel-Informationsservice (AIS) beinhaltet (siehe KVH-Journal 4/5-2009, Seite 23)

www.verordnete-leistungen.de oder <http://vl.kbv.de>

Verordnung von Blutzuckerteststreifen

■ Leitwerte der Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2008 gelten weiter

Die Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2008 gilt nach wie vor als Referenz für eine als wirtschaftlich angesehene Verordnung von Blutzuckerteststreifen (siehe Tabelle unten

aus dem Hamburger Ärzteblatt 12/2007).

In medizinisch begründbaren Einzelfällen und insbesondere bei der Betreuung von diabetischen Kindern kann der Arzt

von den Leitwerten der Tabelle abweichen. Allerdings wird seine Verordnungsweise dann eventuell von den Prüfungsgremien hinterfragt.

Wie oft kann ich Blutzuckerteststreifen verordnen?	
Intensivierte Insulintherapie Pumpentherapie Bei insulinpflichtigem Gestations-Diabetes	nach Bedarf, in der Regel 4 bis 6 Teststreifen pro Tag; das heißt 400 bis maximal 600 Teststreifen pro Quartal
Typ 2 Diabetiker mit oraler Therapie oder mit oraler Therapie und Insulin	in der Regel keine BZ-Teststreifen; sonst nach Bedarf 50 bis 100 Teststreifen pro Quartal
Konventionelle Insulintherapie Typ 2 Diabetiker	nach Bedarf, 150 bis maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Typ 1 Diabetiker	nach Bedarf, maximal 400 Teststreifen pro Quartal
Neu- und Ersteinstellung sowie Therapieumstellung auf Insulin	in der Regel ca. 250 Teststreifen für 6 Wochen

Arzneimittelrichtlinie

■ Änderungen der Verordnungsfähigkeit / Neue Therapiehinweise

Die Umsetzung der im April 2009 überarbeiteten Arzneimittelrichtlinie (AMR) macht in den Praxen noch immer Schwierigkeiten.

Neben einer Neugliederung der Richtlinie wurden auch etliche Veränderungen in der Verordnungsfähigkeit bestimmter Arzneimittelgruppen vorgenommen. Wichtig sind vor allem die Verordnungseinschränkungen beziehungsweise -ausschlüsse, die in Anlage 3 der Richtlinie aufgeführt sind. (Wenn Sie sich mit dem Inhalt der Richtlinie noch nicht vertraut gemacht haben, sollten Sie dies unbedingt nachholen: www.g-ba.de oder www.kbv.de → Arzneimittelinformationsservice → AIS).

Seit Erscheinen der neuen AMR hat es nun weitere **Änderungen und Anpassungen** gegeben. So sind seit dem 1. November 2009 die nicht verschreibungspflichtigen Rhinologika auch dann wieder für Kinder bis 12 Jahren (und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahren) verordnungsfähig, wenn es sich um fixe Kombinationen mit gefäßaktiven Stoffen handelt (zum Beispiel Nasic Nasenspray). Monopräparate waren und sind weiterhin für Kinder verordnungsfähig und sind teilweise deutlich preisgünstiger. Motilitätshemmer (Loperamid) sind zurzeit nur verordnungsfähig nach der kolorektalen

Resektion in der postoperativen Phase. Hier soll nachgebessert werden. In Zukunft sollen Motilitätshemmer auch bei schweren und länger andauernden Diarrhöen (auch bei Therapieinduzierten Diarrhöen) verordnet werden können, sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist. Für diese Änderung ist allerdings erst das Stellungnahmeverfahren eingeleitet worden.

Missverständnisse in den Praxen hat es zur **Verordnungsfähigkeit der Otologika** gegeben. Otologika sind nur verordnungsfähig, wenn sie als Monopräparate entweder Antibiotika oder Kortison enthalten. Kombinationspräparate, die Kortison und Antibiotika oder Kortison plus Lokalanästhetikum enthalten, sind nicht verordnungsfähig.

In der Anlage IV der Neuen Richtlinie findet man die **Therapiehinweise des Bundesausschusses** für zurzeit 31 Wirkstoffe. Im Jahr 2008 sind Therapiehinweise für die neuen Antidiabetika Exenatide (Byetta®), Vildagliptin (Galvus®) und Sitagliptin (Januvia®) hinzugekommen.

Für Natalizumab (Tysabri®) ist der Therapiehinweis seit 19. April 2009 gültig. Für einige wichtige Wirkstoffe (Prasugrel, Aliskiren, Ezetimib und für Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe) laufen Stellungnahmeverfahren.

Der Beschluss „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ ist ab 19. Juni 2009 aufgehoben worden, weil er nicht mehr dem Stand der medizinischen Erkenntnis entsprach und auch die Preisangaben der Aktualisierung bedürfen.

In den Therapiehinweisen wird über den Umfang der Zulassung, über Wirkung, Wirksamkeit sowie Risiken informiert. Außerdem werden „Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise“ formuliert. Die Therapiehinweise sind verbindlich. Eine Nichtbeachtung kann Prüfanträge nach sich ziehen.

Oft sind die fachlichen Inhalte schon lange vor Inkrafttreten dieser Therapiehinweise bekannt und sollten auch schon vorher bei der Verordnungsentscheidung berücksichtigt werden. Spätestens nach Bekanntgabe dieser Beschlüsse im Bundesanzeiger (blaue Seiten im Deutschen Ärzteblatt) muss ein Vertragsarzt gut dokumentieren, wenn er im Einzelfall von den Empfehlungen des Bundesausschusses abweicht.

Die vollständigen Texte der Therapiehinweise finden Sie im Internet: www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Anlagen → Anlage IV (Unter den dazugehörigen Beschlüssen findet man die Therapiehinweise, die noch im Stellungnahmeverfahren sind.)

Bitte nur eine Rezeptur pro Rezeptblatt!

■ Hinweis des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen

Die Apotheken können ab 1. Januar 2010 keine Rezepte mehr annehmen, auf denen mehr als eine Rezeptur (in der Apotheke für einzelne Patienten hergestelltes Arzneimittel) aufgeführt ist. Der Spitzenverband der Krankenkassen weist darauf hin, dass laut Bundesmantelvertrag

Ärzte/Ersatzkassen (Vorgaben in den Vordruckerläuterungen) für jede Rezeptur ein eigenes Verordnungsblatt verwendet werden muss und dass grundsätzlich nur die Vorderseite des Vordrucks benutzt werden darf. Aufgrund der 15. AMG-Novelle müssen Apotheken für die Abrechnung

von Fertigarzneimitteln in parenteralen Zubereitungen künftig umfangreiche abrechnungsrelevante Angaben auf das Rezept drucken. Mehr als eine Rezeptur kann datentechnisch auf einem Rezept nicht abgebildet und deshalb nicht mehr abgerechnet werden.

Verordnung für Auslandsaufenthalte

■ Bei längeren Reisen muss sich der Patient seine Arzneimittel von einem Arzt vor Ort verschreiben lassen

Immer wieder werden Vertragsärzte gebeten, Arzneimittelvorräte für einen längeren Auslandsaufenthalt ihrer Patienten zu verordnen. Das ist nicht zulässig. Nach § 16 Abs. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen für GKV-Versicherte, wenn sie sich im Ausland aufhalten. Auslandsaufenthalte des Patienten sind kein Grund für den Arzt, von seinem üblichen Verordnungs-Rhythmus abzu-

weichen. Werden Medikamente üblicherweise in so großen Intervallen verordnet, dass eine Reise des Patienten abgedeckt ist, ist das unproblematisch. Der Arzt kann ohnehin nicht überprüfen, ob sich der Patient bis zur Abholung eines Folge Rezepts im Ausland aufhält oder nicht.

Verschreibt der Arzt aber auf Vorrat, um seinen Patienten mit Arzneimitteln für einen länge-

ren Auslandsaufenthalt einzudecken, kann das zu Regressforderungen der Krankenkasse führen. Der Patient muss sich seine Arzneimittel bei längeren Reisen von einem Arzt vor Ort verschreiben lassen. Wird ein Medikament in Deutschland neu verschrieben, muss auch wegen eventuell auftretender Nebenwirkungen eine ärztliche Überwachung im Reiseland gewährleistet sein.

Keine Frühinformationen mehr für 2008

Für das 3. und 4. Quartal 2008 kann die KV den Ärzten keine Arzneimittelfrühinformationen zur Verfügung stellen. Zwar sind die entsprechenden „Frühinfor-

mationsdaten“ der Krankenkassen mittlerweile eingetroffen, deren Qualität ist aber nicht ausreichend, um damit zum Beispiel Richtgrößenbarometer oder

„Kosten pro Fall“-Entwicklungen aussagekräftig darstellen zu können. Im nächsten Jahr sollen wieder zeitnahe Frühinformationen zur Verfügung stehen.

Qualitätssicherung Laborleistungen

■ Genehmigung spezieller Laborleistungen aus Kapitel 32.3 EBM

Für die Durchführung und Abrechnung spezieller Laborleistungen aus dem Kapitel 32.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) muss eine Genehmigung der KV Hamburg vorliegen.

Voraussetzung für die Genehmigung ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium,

das vor den Mitgliedern der Laborkommission stattfindet. Es gibt allerdings Ausnahmen: Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und Fachärzte für Transfusionsmedizin, die spezielle Laborleistungen aus ihren jeweiligen

Fachgebieten durchführen wollen, benötigen kein Kolloquium.

Die Durchführung und Abrechnung der speziellen Laborleistungen ist ausschließlich Vertragsärzten vorbehalten, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

■ INSTAND-Ringversuchsprogramm 2010

Die Termine für das vom Referenzlabor INSTAND im Jahr 2010 durchgeführte Ringversuchsprogramm stehen fest. Sie sind im Internet zu finden unter: www.instand-ev.de → Ringversuche → Programm

Laut Präambel zum Kapitel 32.1 des EBM sind Laborleistungen nur dann berechnungsfähig, wenn die Durchführung gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer labormedizinischer

Untersuchungen erfolgt. Dazu gehört bei einigen Laborparametern auch eine externe Qualitätssicherung durch die Teilnahme an Ringversuchen.

Rechtsquellen:

- Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen,
- Richtlinien der Bundesärztekammer,

- Durchführungsbestimmungen der KV Hamburg

Im Internet unter: www.kvhh.de
Qualitätssicherung → genehmigungspflichtige Leistungen → Labor

*Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung und
Abrechnungsgenehmigungen*

*Martina Runze Tel.: 22802-601
Michael Bauer Tel.: 22802-388*

Homöopathie-Vertrag: BKK Linde tritt bei

Die BKK Linde ist mit Wirkung zum 1. Januar 2010 dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderem Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V zwischen der Securvita BKK und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV vom 8. Juni 2009 beigetreten. www.kvhh.net → weitere Versorgungsformen

Ansprechpartner: Infocenter der KV Hamburg Tel.: 22802-900

Stiftung Warentest prüft QM-Systeme

■ QEP schneidet am besten ab

Die Stiftung Warentest hat die vier am häufigsten in den Arztpraxen genutzten Qualitätsmanagementsysteme unter die Lupe genommen. Das von der



Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelte System QEP schnitt dabei am besten ab. Im Focus der Untersuchung standen die Belange der Patienten. Die Tester stellten fest, dass die Berücksichtigung von Abläufen, die der Patient in der Praxis unmittelbar erlebt, bei QEP besonders ausgeprägt sei.

Bewertet wurden die Bereiche „Patientenversorgung aus Patientenperspektive“ und „Praxisorganisation aus Patientenperspektive“. QEP erhielt als einziges Qualitätsmanagementsystem in

beiden Bereichen die Bestnote „stark ausgeprägt“.

„Wir freuen uns, dass nicht nur Ärzte und Psychotherapeuten unser Qualitätsmanagementsystem QEP anerkennen“, kommentierte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler das Ergebnis.

Bis Ende des Jahres müssen alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten ein Qualitätsmanagementsystem in ihrer Praxis installiert haben.

*Ansprechpartnerin für Fragen
zu Qualitätsmanagement:
Ursula Dudziak Tel: 22802-633*

QEP-zertifizierte Praxen in Hamburg

Praxis	Fachrichtung	zertifiziert seit
Andreas Henke Dr. med. Berthold Schmitt	Radiologie	Juni 2007
Dr. med. Michael Böse	Innere Medizin	Januar 2008
Dr. med. Bettina Dick Ulrike Kunze Dr. med. Maren Bockholt	Allgemeinmedizin	März 2008
Dipl.-Psych. Christa Prieß	Psychologische Psychotherapie	April 2008
Dr. med. Thomas Graf von Rothenburg et al.	Diagn. Radiologie	Juli 2008
Sönke Drischmann Prof. Dr. med. Johann-Jasper Neidel Dr. med. Volker Traub Dr. med. Stefan Gödde	Orthopädie / Rheumatologie	November 2008
Dr. med. Maria Höhle	Orthopädie	November 2008
Dr. med. Sigrid Hülsbergen-Krüger	Plast. Chirurgie	März 2009
Dr. med. Philipp Holch	Chirurgie	April 2009
Dr. med. Matthias Eichler Dr. med. Matthias Kahl	Innere Medizin	Mai 2009
Dr. med. Silke Engelder	Allgemeinmedizin	Juli 2009
Dr. med. Michael Brückner Dr. med. Bodo Eckmann	Prakt. Ärzte (Endoskopie)	Juli 2009

Neue Influenza H1N1

■ Kennzeichnung in der Abrechnung nicht vergessen!

Leistungen im Rahmen der Behandlung der Influenza A/H1N1 (Schweinegrippe) werden außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet. Dies haben Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen vereinbart, da die Influenza-Pandemie einen „nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarf“ auslöst.

Allerdings haben die Krankenkassen bisher nur bei durch PCR-Test gesicherten Fällen von Influenza H1N1 die Übernahme des vermehrten Behandlungsbedarfs zugesichert. Nicht geklärt, aber von noch größerer Bedeutung ist die Erstattung der Mehrkosten bei den in weit höherer Zahl vorliegenden klinischen Fällen, bei denen aufgrund der eingeschränkten Abrechnungsmöglichkeiten kein PCR-Test vorgenommen werden konnte.

Auch der Leistungsmehrbedarf bei diesen Fällen muss nach unserer Auffassung gesondert vergütet werden, worüber die KBV derzeit noch mit den Kassen verhandelt.

Gelingt ein Abschluss, wären auch die Leistungen bei diesen Fällen gesondert zu vergüten. Aus diesem Grund hatten wir Sie in unserem Pandemie-Newsletter Nr. 6 gebeten, auch die Leistungen bei diesen Patienten seit dem 1. Oktober 2009 zu kennzeichnen.

Im Einzelfall gehen Sie dabei bitte wie folgt vor:

Patienten mit klinischer Diagnose Neue Influenza H1N1 (kein Risiko-Patient, also keine PCR):

- Handelt es sich um den ersten Besuch des Patienten im Quartal, rechnen Sie die Versicherten- bzw. Grundpauschale und ggf. weitere erforderliche Leistungen ab und kennzeichnen Sie den Behandlungstag mit der Nummer **98200**.
- Kommt der Patient weitere Male zur Behandlung der Neuen Influenza in die Praxis, kennzeichnen Sie diese Tage jeweils wieder mit der Nummer **98200** – unabhängig davon, ob weitere Leistungen abgerechnet werden können oder nicht.
- War der Patient im laufenden Quartal bereits in Ihrer Praxis und kommt jetzt mit einem klinischen Befund, der auf Neue Influenza schließen lässt, kennzeichnen Sie diesen Behandlungstag (und alle weiteren Behandlungstage, an denen der Patient wegen der Neuen Influenza in Ihre Praxis kommt) mit der Nummer **98200** – unabhängig davon, ob jeweils weitere Leistungen abgerechnet werden können oder nicht.

Patienten mit durch PCR gesicherter Diagnose Neue Influenza H1N1 (Risikogruppe):

- In diesen Fällen erfolgt die Kennzeichnung nach dem oben beschriebenen Schema mit der Nummer **88200** anstelle der 98200.

*Ansprechpartner:
Infocenter Tel: 22802-900*

Hausärzte-Forderung wird erfüllt

■ Endgültige Trennung der Gesamtvergütung

Seit einigen Monaten dringen die Vertreter der Hausärzte massiv auf eine endgültige Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich. Hintergrund ist, dass die gesetzliche Vorgabe für eine solche Trennung im vergangenen Jahr ausgelaufen ist. Auf Vorschlag der KBV und Beschluss der KVen soll diese endgültige Trennung nun vom Bewertungsausschuss festgelegt werden. Ziel ist es dabei, einen festen, unverrückbaren Trennungsfaktor zu ermitteln. Hierzu soll es eine für alle KVen

verbindliche Rechenformel geben, die keinerlei regionalen Handlungsspielraum ließe. Gedacht ist daran, vor der Trennung lediglich die Bereiche „Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie“, „Labor“ und „Notfalldienst“ (als fixe Budgets) zu setzen und dann den ermittelten Trennungsfaktor anzulegen. Betroffen von der Trennung wäre auch der „Fremdkassenzahlungsausgleich“ (FKZ), über den Honorarforderungen abgewickelt werden, die entstehen, wenn ein Arzt einen Patienten behandelt,

der nicht im KV-Bereich wohnt, in dem der Arzt arbeitet. Aus diesem FKZ werden in der Medizinmetropole Hamburg mehr als 20 Prozent aller Honorare bezahlt. Derzeit fließen diese Mittel der Gesamtvergütung vor Trennung zu, zukünftig müssten sie nach haus- und fachärztlichem Anteil aufgeteilt werden. Da FKZ-Anforderungen zu mehr als 80 Prozent von Fachärzten ausgelöst werden, würde diese Umstellung in Hamburg zu einer deutlichen Honorarverschiebung vom haus- in den fachärztlichen Bereich führen.

Abgabe der Abrechnungsunterlagen IV. Quartal 2009

4. Januar 2010 bis 18. Januar 2010

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 Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.



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

Harter Kampf um den Status Quo

■ KV Hamburg verteidigt Honorar-Niveau

In einer dreimonatigen Abwehrschlacht gegen die Krankenkassen konnte die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg das aktuelle Honorar-Niveau in der Hansestadt erfolgreich verteidigen. Die Kassen hatten massiv versucht, deutliche Einschnitte durchzusetzen. Trotzdem wird es Anfang 2010 ein wenig Turbulenzen geben, da die Fallwerte der Regelleistungsvolumen in einigen Arztgruppen sinken werden. Dies hat technische

Gründe und wirkt sich auf die Praxen sehr unterschiedlich aus (siehe Kasten Seite 22). Zudem drohen Strukturveränderungen, die auf der Bundesebene diskutiert werden.

Die KV-Verhandler glaubten, nicht ganz richtig gehört zu haben. Aber das Gegenüber auf der Seite der Krankenkassen wiederholte die Aussage, dass die Krankenkassen strafrechtliche Schritte gegen den

Vorstand der KV Hamburg vorbereiten würden. Sollte sich die KV aber den Positionen der Kassen anschließen, würde dieser Schritt noch einmal politisch bewertet. Hinter diesem Geschwurbel steckte ein Erpressungsversuch, wie ihn die Selbstverwaltung in Hamburg noch nicht erlebt hat. Er war Höhe-, oder besser Tiefpunkt einer ungemein harten Auseinandersetzung um die Honorare in 2010, die erst nach

Das ist politischer Betrug!

Uns war von der alten Führung des Bundesgesundheitsministeriums versprochen worden, die Zeiten des Budgets wären zu Ende und die Krankenkassen würden das Morbiditätsrisiko wieder übernehmen. Beides stellt sich nun als Mogelpackung heraus – die offenbar nur gerade mal bis zu den Bundestagswahlen halten sollte...! Das ist der gleiche politische Betrug, den wir von der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt schon beim Arzneimittelbudget erlebt hatten. Auch damals wurde großartig das Ende des Budgets versprochen – das entsprechende Gesetz hieß sogar „Arzneimittel-Budget-Ablösungs-Gesetz“ –, aber in Wirklichkeit wurde lediglich das Wort „Budget“ durch „Obergrenze“ ersetzt, die Zwänge blieben die gleichen. Jetzt wiederholt sich die Geschichte: Die Kassen übernehmen das Morbiditätsrisiko nur auf der Bundesebene und damit letztlich nur auf dem Papier, denn die Zusage ist im Beitragssatz nicht gegenfinanziert. Hier vor Ort gilt wieder ein Budget, das keine Rücksicht nimmt auf die Entwicklung in Hamburg. Für ihren politischen Betrug muss die alte Ministerin nicht mehr gerade stehen. Umso wichtiger für uns, dass wir bei den jetzt anlaufenden Arbeiten zu einer neuerlichen Gesundheitsreform dem neuen Minister Philipp Rösler genau auf die Finger schauen. Mit weiteren Mogelpackungen werden wir uns nicht abfinden!



Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg



einem dreimonatigen Verhandlungsmarathon beendet werden konnte.

Wer die Hintergründe suchen will für diese massiven Versuche der Krankenkassen, deutliche Einschnitte in das Hamburger Honorar-Niveau vorzunehmen, muss in das vergangene Jahr gehen. Auch damals hatte es beinharte Auseinandersetzungen gegeben, die erst in einer Nachtsitzung hatten ausgeräumt werden können. Die damals verhandelten Bedingungen waren bundesweit gesehen durchaus erfreulich und sollten nun offenbar ein Jahr später einkassiert werden.

Dabei setzten die Kassen an zwei Punkten an. Zum einen wollten sie eine Reihe von Leistungen, die derzeit außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) als Einzelleistung honoriert werden, in die Regelleistungsvolumen (RLV) schieben. Darüber hinaus sollten die Zuschläge, die für die verbliebenen freien Leistungen verhandelt worden waren, abgeschmolzen werden. Zum anderen verlangten die Kassen strukturelle Änderungen, die zu einem stetigen Rückgang der vertragsärztlichen Honorare in

Hamburg geführt hätten. Konkret ging es um die Frage, wie mit Geldern im RLV-Bereich verfahren werden soll, die von den Praxen nicht abgerufen worden waren. Es gibt eine ganze Reihe von Praxen, die das ihnen zur Verfügung gestellte RLV nicht mit Leistungen füllen. Das ist eine logische Folge der neuen Systematik, die nicht mehr auf einer individuellen Vergangenheit aufsetzt, sondern Durchschnitts-Beträge zugrunde legt. Viele Ärzte haben sich aber ganz bewusst entschieden, ihre Praxis nicht über ein bestimmtes Maß wachsen zu lassen, so dass sie das errechnete RLV gar nicht voll benötigen.

Die KV Hamburg hat diese „übrig gebliebenen“ Gelder dazu genutzt, Fehlschätzungen im Bereich der Vorwegabzüge auszugleichen. Bei diesen Vorwegabzügen hatte die KV im Dezember vergangenen Jahres beispielsweise schätzen müssen, wie viele Mittel benötigt werden für neue Praxen oder kleine Praxen, die innerhalb der ihnen zugestandenen Grenzen wachsen, oder für Praxisbesonderheiten oder die Zuschläge für Gemeinschaftspraxen. Natürlich sind diese Schätzungen

nicht überall aufgegangen – wie auch, nachdem wir so etwas zum ersten Mal machen mussten. Insbesondere die Posten „neue und wachsende Praxen“ sowie „Zuschläge für Gemeinschaftspraxen“ benötigten deutlich mehr Honorar als erwartet, da die Hamburger Ärzte außerordentlich flexibel bei der Schaffung neuer Praxisstrukturen sind.

Dieses Vorgehen der KV stuften die Kassen als „Betrug“ ein. Sie wollten über die Verwendung der Mittel mitentscheiden, wobei zu erkennen war, dass vor allem an eine Rücküberweisung gedacht war. Hätte man diesem Ansinnen nachgegeben, wäre nicht nur die im jeweiligen Quartal zur Verfügung stehende Honorarsumme deutlich abgesunken, sondern es hätte vor allem einen „Kellertreppeneffekt“ gegeben, weil ein Jahr später die abgesenkte Honorarsumme Basis der neuen Berechnungen gewesen wäre, von denen dann wieder ein Teil hätte abgeführt werden müssen... und so weiter. Dieses Verständnis der Honorarmechanik durfte also nicht Platz greifen. Schlussendlich

Fortsetzung auf S. 22 

Die RLV-Fallwerte sinken

Obwohl die Gesamtvergütung in Hamburg steigen wird, werden die Fallwerte einer Reihe von Arztgruppen in 2010 sinken. Hierfür sind zwei (technische) Gründe maßgeblich:

- Vor Ermittlung der RLV-Fallwerte muss die KV aus der Gesamtvergütung eine Reihe von Rückstellungen herauslösen. Dies betrifft die Ausgaben für Sicherstellungsmaßnahmen, für das Wachstum junger oder kleiner Praxen, für anerkannte Praxisbesonderheiten, für den Zuschlag der Gemeinschaftspraxen und manches mehr. Diese Rückstellungen werden geschätzt. Bei der Abrechnung des Quartals 1/2009 mussten wir feststellen, dass in einigen Bereichen deutlich zu wenig Geld „auf die Seite gelegt“ worden war, so dass wir im Quartal 1/2010 die entsprechenden Rückstellungen erhöhen müssen. Höhere Rückstellungen führen aber zu einem geringeren Geldbetrag, der für die Ermittlung der RLV zur Verfügung steht. Aus diesem Grund werden die RLV-Fallwerte im hausärztlichen Bereich um rund zwei und im fachärztlichen Bereich um rund acht Prozent sinken, wobei die konkreten Auswirkungen auf die einzelnen Arztgruppen aber sehr unterschiedlich sind.
- Errechnet werden die RLV-Fallwerte, indem man die zur Verfügung stehende Geldmenge je Arztgruppe dividiert durch die Zahl der Fälle, die von den Ärzten dieser Gruppe abgerechnet wurden. Basis für die Ermittlung der Fallzahlen ist das jeweilige Vorjahresquartal, für 1/2010 also 1/2009. Da in diesem Quartal die Fallzahlen deutlich zugenommen haben (im Durchschnitt über alle Arztgruppen rund sieben Prozent), wird der Divisor größer und die RLV-Fallwerte damit kleiner. Dieser Effekt wirkt sich auf die RLV der einzelnen Praxis sehr unterschiedlich aus, je nachdem wie die individuelle Fallzahlentwicklung dieser Praxis ausgesehen hat.

Der zweiprozentige Anstieg der MGV kann diese Entwicklung ein wenig dämpfen, aber nicht kompensieren. Die RLV-Fallwerte sind – wie üblich – auf der Internet-Seite der KV Hamburg (www.kvhh.de → Ärzte/Psychotherapeuten → Abrechnung → EBM 2009) veröffentlicht.

 Fortsetzung von S. 21

konnte die KV ihre Positionen erfolgreich verteidigen:

- Es bleibt bei dem Umfang der „freien Leistungen“ wie in 2009.
- Es bleibt bei den Zuschlägen für die „freien Leistungen“, die die Euro-Preise von 2008 garantieren.
- Die auf der Bundesebene vereinbarte Steigerung von zwei Prozent auf die MGV gilt auch in Hamburg ohne Abzug.
- Die KV Hamburg hat Anspruch auf Auszahlung der MGV. Sie kann innerhalb dieser Grenze und des Verteilungsmaßstabes über die Verteilung der Mittel eigenverantwortlich entscheiden.

Eine Kröte aber musste die KV schlucken. Spiegelbildlich zum Anspruch auf Auszahlung der MGV und der im Rahmen der Regelungen des Verteilungsmaßstabes freien Verwendung der Gelder setzten die Kassen durch, dass sie keiner Nachschusspflicht außerhalb der auf der Bundesebene vereinbarten Felder unterliegen. Man kann dies auch einfacher ausdrücken: Wir haben nun doch wieder ein Budget, das nur in seltenen Fällen – wie beispielsweise aktuell bei der Behandlung der Influenza A/H1N1 – aufgestockt werden kann.

Die KV Hamburg hatte die neue Honorarmechanik immer

anders verstanden. Wir haben die politische Aussage, dass das Morbiditätsrisiko wieder auf die Krankenkassen übergeht, wörtlich genommen. Wir sahen die Kassen zumindest in einigen Bereichen durchaus in einer Nachschusspflicht über die vereinbarte MGV hinaus. Allerdings war dieser Standpunkt schon deshalb nur schwer durchzusetzen, weil in sehr vielen anderen KVen von vornherein eine Budgetlösung akzeptiert worden war. Es ist halt schwer zu kämpfen, wenn schon die eigenen Linien wackeln...

Trotzdem bleiben zwei sehr wichtige Änderungen der Honorarreform erhalten:

- Die MGV wird nicht mehr nach der mysteriösen „Grundlohnsummenentwicklung“ weiterentwickelt (was uns für 2010 übrigens eine Negativrunde

beschert hätte), sondern nach Morbiditätskriterien. Hierbei gibt es zwar einen zweijährigen Nachlauf, aber die grundsätzliche Berechnung der Honorarsumme folgt schon vernünftigeren Kriterien.

- Die feste Zusicherung der RLV bleibt ebenso wie die Euro-Gebührenordnung. Auch wenn damit lediglich eine Stabilität für das jeweils nächste Quartal garantiert ist, sind die Ärzte zumindest vor unliebsamen Überraschungen im Nachhinein geschützt.

Die Verhandlungsrunde 2009 ist also für die Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten trotz aller Mühen noch ganz erfreulich zu Ende gegangen, das insgesamt befriedigende Honorar-Niveau in der Hansestadt konnte über die Turbulenzen gerettet werden. Im Nachgang stellte sich üb-

rigens heraus, dass hinter der Drohung mit dem Staatsanwalt lediglich eine (Ersatz-) Krankenkassen steckte und die Vertreter der übrigen Kassen über diesen Schachzug alles andere als glücklich waren. Diese Entgleisung ist ein weiterer Grund für unsere politische Forderung, Honorarverträge wieder mit jeder Kassenart getrennt abzuschließen, anstatt die Kassen in eine unheilige Koalition zu zwingen, die jegliche Bewegungsmöglichkeit vernichtet und jede Innovation im Keim erstickt.

Erste Hinweise aus dem „neuen“ Gesundheitsministerium lassen die Hoffnung keimen, dass wir diese Forderung auch werden durchsetzen können. Ein Aufatmen ginge nicht nur durch Hamburg...

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg*

Neue RLV-Systematik ante portas?

Auf der Bundesebene wird eine Änderung der RLV-Systematik vorbereitet, die unter Umständen spürbare Umverteilungen nach sich ziehen kann. Hintergrund ist der Druck aus vielen großen Kassenärztlichen Vereinigungen, bei denen in einigen Arztgruppen der RLV-Fallwert niedriger liegt als die jeweilige Ordinationsgebühr. Dies soll dadurch behoben werden, dass die Ermittlung der RLV nicht

mehr am Schluss der Berechnung (aus der „Restsumme“) steht, sondern am Anfang: Zunächst sollen die RLV berechnet werden auf der Basis früherer Abrechnungen der gesamten Arztgruppe, und aus dem Rest sollen dann Spezialleistungen als „Qualitätszuschlag“ bedient werden, die nur von einem Teil der jeweiligen Arztgruppe erbracht werden. Leistungen außerhalb der RLV, aber innerhalb

der MGV (heute zum Beispiel Akupunktur, besondere Inanspruchnahme, Kosten) soll es nicht mehr geben. Folge einer solchen Maßnahme wären deutlich höhere RLV. Diese Änderungen sollen zum 2. oder 3. Quartal 2010 eingeführt werden. Welche Auswirkungen eine solche Umstellung auf die Hamburger Praxen haben würde, kann erst abgeschätzt werden, wenn die Details vorliegen.

Vertreterversammlung: Vorwahlkampf hat begonnen

■ Parteien formieren sich – Unterschriftenlisten für Wahlvorschläge stehen im Internet zur Verfügung

Wer in die Vertreterversammlung gewählt werden will, kann nun beginnen, Unterschriften von Unterstützern zu sammeln. Man kann sich allein oder zusammen mit anderen KV-Mitgliedern als „Partei“ zur Wahl stellen. In beiden Fällen muss man eine Liste vorlegen, auf der 50 Unterstützter unterschrieben haben.

Den Kontakt zu bereits bestehenden „Parteien“ vermittelt das Vorstandssekretariat der KV (Tel: 22802-314 oder E-mail: petra.marbs@kvhh.de).

Die Wahlvorschläge können ab 22. Februar 2010 um 9:30 Uhr in der Geschäftsstelle des Landes-

wahlausschusses eingereicht werden (Ärztehaus Hamburg, Abteilung Arztregister, Humboldtstraße 56). Die Frist zur Einreichung der Wahlvorschläge endet am 7. April 2010.

Es gilt das Windhundprinzip: Auf den Stimmzetteln zur Wahl der Vertreterversammlung erscheinen die Wahlvorschläge in der Reihenfolge, in der sie

beim Landeswahlausschuss eingereicht wurden.

Die Vordrucke für die Wahlvorschläge und weitere Informationen zum Ablauf der Wahlen und zur Struktur der Selbstverwaltung finden Sie im Internet: www.kvhh.net → Startseite

*Ansprechpartner:
Andreas List Tel: 22802 - 506*

Wahltermin

Die Wahlen der neuen Vertreterversammlung finden in der Zeit vom 25. Juni 2010 bis zum 6. Juli 2010 statt.



Vorstand der KV Hamburg wiedergewählt

Ein Jahr vor Ablauf der Amtsperiode hat die Vertreterversammlung den Vorstand der KV in seinem Amt bestätigt. Der Vorsitzende Dieter Bollmann und sein Stellvertreter Walter Plassmann wurden am 19. November 2009

ohne Gegenstimmen für eine weitere sechsjährige Amtsperiode ab Anfang 2011 an die Spitze der Körperschaft gewählt. „Mit dieser frühzeitigen Wiederwahl wollten wir ein Zeichen des Vertrauens setzen“, erklärte der Vor-

sitzende der Vertreterversammlung, Dr. Michael Späth, diesen bundesweit einmaligen Schritt. „Die KV-Mitglieder in Hamburg fühlen sich von diesem Vorstand gut vertreten und erwarten, dass dies auch in Zukunft so bleibt.“

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 885
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

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



Steckbrief – Für Sie im beratenden Fachausschuss (BFA)

Kersten Frank
(BFA Psychotherapie)



Geb. Datum: 08.11.1958
Familienstand: verheiratet
Fachrichtung: Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sportmedizin
Weitere Ämter: Stv. Mitglied in der VV und Zulassungsausschuss, Koordinatorin psychotherapeutischer Bereitschaftsdienst, bis April 2009 zweite Vorsitzende BWP Hamburg
Hobbys: Bewegung / Sport, Segeln, Reisen, Lesen, Musik, Goldschmieden

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Bereich der Psychosomatik noch weiter etablieren, da in diesem Bereich bisher eine eher schlechte Patientenversorgung stattfindet.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Es kommt darauf an, ob die KV von politischer Seite weiter gewollt ist oder nicht. Durch den politischen Wechsel könnte dies wieder wahrscheinlicher sein. Es wird aber sicherlich auch in Zukunft noch weitere Verträge zwischen Behandlern und Krankenkassen geben, die ohne Mitwirkung der KV geschlossen werden.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Ich wüsste gern von unserer Bundeskanzlerin, warum sie der Meinung ist, dass Wachstum um den Preis der immensen Verschuldung nötig ist, wo sie unser Land in 10 Jahren sieht und wie die hohe Neuverschuldung abzubauen ist.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Mit meinem Mann einen Sommer um die Ostsee segeln.

Dr. Joachim Grefe
(BFA Psychotherapie)



Geb. Datum: 12.07.1956
Familienstand: verheiratet, 2 Kinder
Fachrichtung: Psychotherapeutische Medizin
Weitere Ämter: Vors. des Berufsverbandes Hamburger Psychoanalytiker (BHP) in der DGPT; Satzungsausschuss der KV, stellv. Mitglied der VV sowie des Zulassungsausschusses
Hobbys: Familie, Sport, Musik

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? 1. Erhalt der Psychotherapie in ihrer Differenziertheit in der medizinischen Versorgung, damit den individuellen seelischen Bedingungen von Krankheit weiterhin angemessen begegnet werden kann. 2. Erhalt auch der ärztlichen Psychotherapie, die zwischen den Mühlsteinen verschiedener Standespolitiken aufgemahlen und vergessen zu werden droht.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Ich setze mich für eine erweiterte, dem vorhandenen Bedarf angepasste psychotherapeutische Versorgung auf hohem qualitativen Niveau ein. Dabei ist zu hoffen, dass sich dies auf der Basis des Kollektivvertrags für Patienten wie Leistungserbringer in sozial verantwortlicher Weise gestalten lässt.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Alle möglichen, um ihnen immer wieder nahe zu bringen, dass eine gute psychotherapeutische Versorgung unabdingbar zu einer verantwortungsbewussten Gesundheitsversorgung gehört.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? „Ich träume, was ich will und was mich erquicket, doch alles in der Still und wie es sich schicket.“ (nach H. Heine)

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zum Jahreswechsel 2009/2010

Wenn Sie den Jahreswechsel für Betriebsferien nutzen, so möchten wir Sie bitten, rechtzeitig für einen Praxisaushang mit Hinweis auf Ihre Vertretung zu sorgen. Geben Sie bitte auch entsprechende Hinweise auf Ihrem Anrufbeantworter mit Angabe des Vertreters, Telefonnummer der Notfalldienstzentrale und Adresse der Notfallpraxen in Altona und Farmsen.

Ihr Ansprechpartner: Christian Wieken, Abt. Notfalldienste, Tel.: 22802-444

Auf der Rückseite dieses Heftes finden Sie eine Kopiervorlage mit den Dienstzeiten des Ärztlichen Notfalldienstes Hamburg, der beiden Notfallpraxen und der vier Notfallambulanzen als Kopiervorlage. Sie können diese Übersicht gern in Ihrer Praxis aushängen.

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 8.04.2010 (ab 20 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

Fr 5.2.2010 (15 – 21 Uhr) / Sa 6.2.2010 (8:30 – 16:30 Uhr)
Fr 26.3.2010 (15 – 21 Uhr) / Sa 27.3.2010 (8:30 – 16:30 Uhr)
Fr 18.6.2010 (15 – 21 Uhr) / Sa 19.6.2010 (8:30 – 16:30 Uhr)

16 Punkte

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Fr 23.4.2010 (15 – 21 Uhr) / Sa 24.4.2010 (8:30 – 16:30 Uhr)

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen (5-teilig)

Seminarblock

Teil 1: Mi. 2.6.2010 (15-20 Uhr)
Teil 2: Mi. 18.8.2010 (15-20 Uhr)
Teil 3: Mi. 29.9.2010 (15-20 Uhr)
Teil 4: Mi. 10.11.2010 (15-20 Uhr)
Teil 5: Mi. 8.12.2010 (15-20 Uhr)

30 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)

Fr, 26.3.2010 (15-21 Uhr)
Fr, 18.6.2010 (15-21 Uhr)
Fr, 5.11.2010 (15 – 21 Uhr)

8 Punkte je Teil

QEP®-Themenseminare

QEP®-„Refresher“

Auffrischung der Inhalte des Einführungsseminars
Mi, 5.5.2010 (9:30-17 Uhr)
Mi, 3.11.2010 (9:30-17 Uhr)

10 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

Ist meine Praxis reif für die Zertifizierung?
Mi, 30.6.2010 (9:30-17 Uhr)

10 Punkte

QEP®-QMB-Seminar (3-teilig)

Für die Qualitätsmanagement-Beauftragten der Praxis
Mi, 8.9.2010 (9:30 – 17 Uhr)
Mi, 22.9.2010 (9:30 – 17 Uhr)
Mi, 20.10.2010 (9:30 – 17 Uhr)

10 Punkte

„Datenschutz in der Praxis“

Mi, 27.10.2010 (9:30 – 17 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel.: 22802-633



Notfalldienste zum Jahreswechsel 2009/2010



An den Feiertagen stehen niedergelassene Ärzte ihren Patienten für die Notfallversorgung wie gewohnt rund um die Uhr zur Verfügung.

Der **fahrende Notfalldienst** (Besuchsdienst), erreichbar unter der **Telefonnummer 22 80 22**, ist dienstbereit:

vom 23.12.2009 ab 13 Uhr bis 28.12.2009 um 7 Uhr

zusätzlich am 28.12.2009 und am 29.12.2009 von 7 Uhr bis 19 Uhr
sowie am 30.12.2009 von 7 Uhr bis 13 Uhr mit eingeschränkter Besetzung

vom 30.12.2009 ab 13 Uhr bis 4.1.2010 um 7 Uhr

Die **Notfallpraxen** Farmsen (Berner Heerweg 124) und Altona (Stresemannstraße 54) haben geöffnet:

vom 24.12.2009 bis 27.12.2009	von 7 bis 24 Uhr
vom 28.12.2009 bis zum 30.12.2009	von 13 Uhr bis 24 Uhr
vom 31.12.2009 bis zum 3.1.2010	von 7 bis 24 Uhr

Die **Notfallambulanzen für Kinder** an den vier Hamburger Kliniken sind wie folgt erreichbar:

am 24. Dezember 2009 und 31. Dezember 2009 sowie an Wochenenden und Feiertagen

Altonaer Kinderkrankenhaus

Bleickenallee 38 von 10 bis 18 Uhr

Asklepios Klinik Nord - Heidberg

Tangstedter Landstraße 400 von 10 bis 18 Uhr

Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

(Rahlstedt) Liliencronstraße 130 von 10 bis 18 Uhr

Helios Mariahilf Klinik

(Harburg) Stader Straße 203c von 11 bis 18 Uhr