

Anatomie der neuen Vergütung

RLV-Bescheid

Die wichtigsten Fragen und
Antworten

Gesundheits- ökonomie

Wie eine neue Studie Mythen
und Fakten vermengt

Bedarfsplanung

Ist Hamburg über- oder
unterversorgt?



RLV

Liebe Leserinnen und Leser!

Die Turbulenzen sind (leidlich) überstanden. Nach viel Abend-, Nacht- und Wochenendarbeit in der KV sind die Regelleistungsvolumina (RLV) allen Praxen in Hamburg mitgeteilt worden. Vielleicht haben Sie mittlerweile auch Zeit gefunden, sich mit den neuen Regeln und den neuen Terminen vertraut zu machen. Über alles betrachtet, sind die RLV in Hamburg vergleichsweise auskömmlich ausgefallen. Dank eines guten Verhandlungsergebnisses und einer sorgfältigen Prüfung der RLV-Berechnungen (die dann allerdings entsprechend Zeit in Anspruch nahm) glauben wir anhand der Rückmeldungen erkennen zu können, dass die meisten Praxen mit Zuversicht in die neue Honorarwelt starten. Wichtig ist jetzt allerdings, dass die neu gewonnene Planungssicherheit erhalten bleibt. Es kann nicht angehen, dass jetzt Änderungen im Quartalstakt von der Bundesebene kommen. Angekündigt sind einige – durchaus sinnvolle – Korrekturen zum 1. Juli. Danach aber, so hat es die Kassenärztliche Bundesvereinigung angekündigt, ist Schluss. Wir werden die Berliner beim Wort nehmen.



Ihr Walter Plassmann

Ihre Meinung ist gefragt

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

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild:
Fotolia.com (M)

Redaktionsschluss: 2. Februar 2009

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Erste Bilanz der Honorarreform	4
Mehr Gestaltungspielraum für die KV beim Übergang in die neue Vergütungswelt	5
Fragen und Antworten zu den RLV-Bescheiden	6
Fragen und Antworten zur Zeitkapazität von Psychotherapeuten	9
Leistungsmenge von Job-Sharing Praxen / Kennzeichnung bei Ambulanten Operationen / Berechnung des Trennungsfaktors	10

Gesundheitspolitik

Ideologie oder Wissenschaft? Interview mit Prof. Dr. Felder von der Uni Duisburg-Essen über seine neue Studie zu Effizienzreserven im Gesundheitswesen	12
Leserbrief: Hat das KVH-Journal versucht, die Hausarztverträge des Hausärztesverbandes in Misskredit zu bringen?	14

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	16
Hauskrebs-Screening: Dokumentation nur noch elektronisch / Amtliche Veröffentlichung: Hautkrebsvorsorge Knappschaft	17
Telefonansagen sollten auf Notfalldienst hinweisen / Bescheinigungen für Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen sind abrechnungsfähig	18
Erste QM-Stichprobe in Hamburg / Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte und -psychotherapeuten	19

Brennpunkt Arznei

Ergänzungen der Arzneimittelrichtlinien: Verordnungsfähige Medizinprodukte / Therapiehinweis für Strontium	20
Dürfen Apotheker Biopharmazeutika substituieren?	21

Forum

Versorgung illegaler Einwanderer - ein Erfahrungsbericht	22
Diskussion um Versorgungsbericht: Ist Hamburg über- oder unterversorgt?	24
Senat würdigt Dr. Rudolf Osieka als „Pionier der Medizin“	25

KV intern

Steckbriefe: Für Sie in den beratenden Fachausschüssen	26
Terminkalender	27

Nachgefragt

■ Wie ist die Bilanz der Honorarreform für Ihre Fachgruppen?



Der gemäßigte Optimismus, mit dem wir Hausärzte die Honorarreform begleitet haben, war berechtigt. Gewonnen haben vor allem die klassischen großen Hausarztpraxen, die in der zurückliegenden Zeit benachteiligt waren. Für Hamburger Verhältnisse ist es ein akzeptables Ergebnis. Verglichen mit dem AOK-Hausarztvertrag von Baden-Württemberg ist die Bezahlung aber noch immer ziemlich dürftig.

*Volker Lambert,
Sprecher des beratenden
Fachausschusses Hausärzte*



Die Hamburger Fachärzte begrüßen das gute Verhandlungsergebnis, das die KV Hamburg erreicht hat. Es wird Honorarzuwächse geben. Darüber freuen wir uns, aber diese Verbesserungen gleichen nicht die Defizite der letzten Jahre aus. Der neue Euro-EBM macht ganz deutlich, dass personalintensive und technisch aufwändige Leistungen nicht mehr wirtschaftlich zu erbringen sind. Das ist das eigentliche Problem. Die Kosten sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen und ein Punktwert von 3,5 Cent wird dem nicht gerecht. Alle Ärzte sind mit diesem skandalösen Punktwert um 35 Prozent ihrer Arbeit enteignet worden. Dies muss in 2009 bei den Neuverhandlungen geändert werden. Wir werden dafür, gegebenenfalls auch sehr hart, kämpfen.

*Dr. Dirk Heinrich,
Sprecher des beratenden
Fachausschusses Fachärzte*



In Hamburg profitieren alle ÄP/PP/KJP von dem bundeseinheitlichen Honorar für psychotherapeutische Leistungen. Das wurde notwendig, gehörten wir doch jahrelang in unserer Honorierung zu den Schlusslichtern der West-Länder. Die neue Mengenbegrenzung über eine Zeitkapazitätsgrenze entspricht unserem überwiegend zeitgebundenen Leistungsspektrum. Es erlaubt in Verbindung mit den festen Eurowerten jetzt ein größeres Maß an Planungssicherheit und finanziell einigermaßen erträgliche Möglichkeiten, unsere notwendige Diagnostik, Probatorik und Krisenintervention durchzuführen. Für 2009 bin ich in Anbetracht der gesamtwirtschaftlichen Lage und des politischen Machbaren zufrieden. Die Entwicklung ab 2010 bleibt kritisch abzuwarten.

*Christa Prieß, Sprecherin
des beratenden Fachausschusses
Psychotherapie*

Mehr Spielraum für die regionale KV?

- Die KV Hamburg wird die Honorarverteilung nicht wieder umstoßen. Doch der Übergang ins neue System kann in einigen Fällen fließender gestaltet werden.

In der ärztlichen Fachpresse war zu lesen, dass die KV wieder mehr Spielraum bei der regionalen Honorarverteilung bekommt. Das ist nur die halbe Wahrheit. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat durch seine Beschlüsse von Mitte Januar in erster Linie den Zeitrahmen verändert.

Theoretisch könnte die KV mit den Kassen nun vereinbaren, dass die Regelleistungsvolumen vorerst anders gestaltet und die Verteilung des Honorars zwischen den Fachgruppen nach anderen als den von der Bundesebene vorgegebenen Kriterien vorgenommen wird. Spätestens in zwei Jahren allerdings muss die Bundesregelung umgesetzt sein. Langfristiges Ziel des Gesetzgebers bleibt es nämlich, eine bundesweit einheitliche Honorarverteilung zu etablieren.

Hamburg wird die nun vereinbarte Honorarverteilung nicht

umstoßen, um sie vier Quartale später doch umsetzen zu müssen. Mit so viel Hin und Her bekommt man keinen sauberen Übergang hin. Wir würden eine Konvergenzphase verschenken, in der sich die Praxen auf die neue Vergütungsstruktur einstellen können.

Allerdings sind einige andere Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses durchaus hilfreich. Ursprünglich sollten die durch die Honorarreform entstehenden Mindereinnahmen für eine Praxis im Jahr 2009 starr auf 15 Prozent begrenzt werden. Ab Anfang 2010 wäre der Verlust dann aber voll durchgeschlagen.

Nun bekommen wir auf regionaler Ebene die Möglichkeit, den Übergang bis Ende 2010 fließend zu gestalten. Im jetzt laufenden Quartal könnte man also beispielsweise Mindereinnahmen von bereits zehn Prozent auffangen, zum Ende der zweijährigen

Übergangsfrist hingegen nur noch Verluste von über 25 Prozent. Wie diese Konvergenzphase genau zu gestalten ist, werden wir in der Selbstverwaltung diskutieren. Jedenfalls können wir den Verlierern dieser Honorarreform ein wenig mehr Zeit geben, ihre Praxisstruktur dem neuen System anzupassen.

Auch was Praxisbesonderheiten angeht, halte ich die neue Beschlusslage des Erweiterten Bewertungsausschusses für sinnvoll: Wenn ein Arzt einen Fallwert hat, der 29 Prozent über dem Arztgruppendurchschnitt liegt, weil er ein ganz spezielles Klientel versorgt, hätten wir ihn nach der bisherigen Beschlusslage nicht unterstützen können. Die Grenze lag bei 30 Prozent.

Nun haben wir mehr Entscheidungsspielräume: Auch bei Praxen, die bis zu 30 Prozent über dem Arztgruppendurchschnitt liegen, können wir sagen: „Sie machen etwas Besonderes. Wir brauchen Ihre Versorgung, also müssen wir das finanzieren.“ Mehr Geld kommt mit diesen Beschlüssen nicht ins System. Sie helfen uns aber, flexibler auf Verwerfungen zu reagieren, die die Honorarreform mit sich bringt.

*Dieter Bollmann,
Vorsitzender der KV Hamburg*

Foto: Fineas / Fotolia.com



kann sein, dass Sie abgestaffelt wurden (siehe Punkt 4). Auch wenn Sie zu weniger als 100 Prozent tätig sind, wirkt sich das auf die Höhe des RLV aus. Bei Fragen zur Höhe Ihres RLV wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Abrechnungsabteilung.

3 Fallzahl

Die Fallzahl basiert auf dem 1. Quartal 2008. Was geschieht, wenn ich meine Fallzahl steigere?

Unabhängig davon, ob Ihre Fallzahl steigt oder sinkt: Alle Leistungen, die Ihr RLV überschreiten, werden abgestaffelt bezahlt. Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten im Vergleich zum Basisquartal können auf Antrag des Arztes auch Fälle über die RLV-Fallzahlberechnung hinaus zu vollen Preisen vergütet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Fallzahlsteigerung zustande gekommen ist, weil Sie Patienten von Kollegen behandelt haben (z.B. wegen Urlaubs- oder Krankheitsvertretung eines Arztes aus der eigenen Praxis oder einer Praxis in der Nähe - oder wegen einer Praxisschließung in der Nachbarschaft).

Ich war im 1. Quartal 2008 längere Zeit krank. Deshalb wurde eine zu niedrige Fallzahl zur Berechnung meines RLV herangezogen. Was kann ich tun?

Wenn ein außergewöhnlicher und unverschuldeter Grund besteht (zum Beispiel Krankheit), der zu einer niedrigeren Fallzahl im Basisquartal geführt hat, können auf Antrag auch über das ursprünglich mitgeteilte RLV hinausgehende Leistungen, zum vollen Preis vergütet werden.

Ist es heute schon sicher, dass es in 2010 RLVs geben wird, die sich auf die Fallzahl des Jahres 2009 beziehen werden?

Nein. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gilt nur für das Jahr 2009.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses sieht vor, dass die RLV ab dem 3. Quartal 2009 nicht mehr auf Basis der Behandlungsfälle, sondern auf Basis der Arztfälle zugewiesen werden sollen. Was hat es damit auf sich?

Als Mitte des vergangenen Jahres die lebenslange Arztnummer eingeführt wurde, wurde es möglich, „Arztfälle“ von „Behandlungsfällen“ zu unterscheiden. Der Arztfall ist die Behandlung eines Patienten in einem Quartal durch einen Arzt. Der Behandlungsfall hingegen ist die Behandlung eines Patienten in einem Quartal durch eine Praxis.

Die Wahrscheinlichkeit, dass die RLV ab dem 3. Quartal 2009 tatsächlich auf Basis der Arztfälle zugewiesen werden, wird vom KV-Vorstand als äußerst

gering eingeschätzt. Denn würde eine Berufsausübungsgemeinschaft ihre Abläufe so organisieren, dass ein Patient von möglichst vielen der dort arbeitenden Ärzte behandelt wird, könnten die Arztfälle - und damit auch die RLV - vervielfacht werden. Dadurch würden die für die Berechnung der RLV herangezogenen Fallwerte kleiner zu Lasten der Einzelpraxen, die noch immer etwa zwei Drittel der Praxen stellen. Das sehen die KV-Vorstände als unakzeptabel an. Stattdessen wird bei der KBV darüber beraten, weiter auf den Behandlungsfall abzustellen und alle Berufsausübungsgemeinschaften - ob fachgleich oder fachungleich - mit einem Zuschlag auszustatten (siehe Punkt 6).

4 Fallwertabstaffelung

Was bedeutet es, wenn mein Fallwert abgestaffelt wird?

Der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert wird für diejenigen Fälle eines Arztes, die um mindestens 150 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegen, wie folgt gemindert:

- um 25 Prozent für Fälle, die um 150 bis 170 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegen
- um 50 Prozent für Fälle, die um 170 bis 200 Prozent über

Fortsetzung auf S. 8

der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegen

- um 75 Prozent für Fälle, die um über 200 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegen

5 Altersstrukturquote

Was bedeutet die Altersstrukturquote?

Bei der Berechnung Ihres RLV wird der Morbiditätsfaktor „Alter“ berücksichtigt. Mit der Altersstrukturquote wird - vereinfacht gesagt - ausgedrückt, ob Sie im Vergleich zu den Kollegen in Ihrer Arztgruppe überdurchschnittlich viele sehr junge oder sehr alte Patienten versorgen. Eine Altersstrukturquote von unter 1 zeigt einen geringeren, eine Altersstrukturquote von über 1 zeigt einen höheren Anteil junger oder älterer Patienten als der Arztgruppenn Durchschnitt an.

6 Aufschlag fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaft

Warum bekommen arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften einen 10prozentigen Aufschlag auf das RLV?

Die Pflicht zur Kennzeichnung einer Leistung mit der Arztnummer wurde für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften

erst zum Juli 2008 eingeführt. Können die RLV deshalb nicht arztbezogen ermittelt werden, wird die Anzahl der Behandlungsfälle durch die Zahl der in einer Praxis zu berücksichtigenden Ärzte geteilt.

Da in fach- und schwerpunktgleichen Praxen ein Patient häufig von mehreren Ärzten behandelt, aber nur als ein einziger Behandlungsfall gezählt wird, gibt es als Ausgleich für solche Praxen einen 10prozentigen Aufschlag auf das RLV. Derzeit wird geprüft, ob weiterhin auf den Behandlungsfall abgestellt und der Zuschlag auf alle Berufsausübungsgemeinschaften ausgedehnt werden kann (siehe dazu auch Punkt 3, letzte Frage).

7 Durchschnittlicher RLV-Anteil am Quartalsumsatz der Arztgruppe

Was ist das für eine Prozentzahl?

Das vertragsärztliche Honorar einer Praxis setzt sich aus fünf Teilen zusammen:

- dem Honorar aus dem Ihnen zugewiesenen RLV
- dem abgestaffelten Honorar für Leistungen, die über die Obergrenze des RLV hinaus erbracht wurden
- den Fallwertzuschlägen
- dem Honorar für freie Leistungen

- dem Honorar für „Leistungen außerhalb des RLV“ (Prävention, Impfen u.a.)

Der „durchschnittliche RLV-Anteil am Quartalsumsatz der Arztgruppe“ bezeichnet den prozentualen Anteil am vertragsärztlichen Honorar Ihrer Arztgruppe, der durchschnittlich mit dem RLV erzielt wird. Was fehlt, um auf hundert Prozent zu kommen, ist das Honorar für andere Leistungen: beispielsweise freie Leistungen oder „Leistungen außerhalb des RLV“.

8 Fallwertzuschläge

Bekomme ich die Fallwertzuschläge automatisch oder muss ich die dazugehörigen Gebührenordnungspositionen abrechnen?

Sie müssen die dazugehörigen Gebührenordnungspositionen abrechnen, um das Honorar zu erhalten.

Ich werde die Fallwertzuschläge nicht voll ausschöpfen, weil ich die entsprechenden Leistungen gar nicht in diesem Umfang erbringen kann. Fällt das nicht abgeholte Geld zurück an die Kassen?

Die vielen Kalkulationsposten der Honorarverteilung sind untereinander deckungsfähig. Gelder verbleiben also nur dann bei den Kassen, wenn das Volumen insgesamt nicht ausgeschöpft wird.



Psychotherapeuten

■ Fragen und Antworten zur Zeitkapazität

Die Psychotherapeuten bekommen ihre zeitbezogene Kapazitätsgrenze nicht in Stunden, sondern in Minuten zugewiesen. Wie wird die von mir im 1. Quartal abgerechnete Zeit ermittelt? Ist hier die im EBM geforderte Mindestzeit (zum Beispiel 50 Minuten bei der Nummer 35210 EBM), die Kalkulationszeit (hier 60 Minuten) oder die Prüfzeit (hier 70 Minuten) entscheidend?

Relevant ist die Summe der Prüfzeiten der von Ihnen abgerechneten Leistungen.

Was passiert, wenn ich meine zeitbezogene Kapazitätsgrenze überschreite?

Die jenseits Ihrer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze erbrachten Leistungen werden maximal bis zum 1,5-fachen Ihrer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze vergütet – allerdings mit abgestaffelten Preisen.

Ich habe eine Zeitkapazität von 30.340 Minuten. Ist es richtig, dass ich davon für 27.090 Minuten antrags- und genehmi-

gungspflichtige Leistungen und für die restlichen 3.250 Minuten nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen abrechnen kann?

Nein. Ihr Zeitvolumen von 30.340 Minuten kann von Ihnen durch ein beliebiges Verhältnis von antrags- oder genehmigungspflichtigen Leistungen ausgefüllt werden.

*Ansprechpartner zum Themenbereich RLV und Zeitkontingent:
Infocenter Tel: 22802-900*

Leistungsmenge von Job-Sharing-Praxen

■ Beschränkung durch Zulassungsausschuss gilt weiterhin

Auch Ärzte oder Psychotherapeuten in Berufsausübungsgemeinschaften, die im Job-Sharing arbeiten, haben gemäß dem Beschluss des Erweiterten

Bewertungsausschusses ein Regelleistungsvolumen beziehungsweise eine Zeitkapazität bekommen. Zu beachten ist allerdings, dass sich die Job-Sha-

ring-Praxen gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Beschränkung ihrer Leistungsmenge verpflichtet haben. Diese Verpflichtung gilt weiterhin.

Ambulantes Operieren

■ Prä-, intra-, und postoperative Leistungen werden nicht mehr mit der Nummer 88115 gekennzeichnet



Leistungen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren werden auf der Abrechnung nicht mehr mit der Nummer 88115 gekennzeichnet. Gefördert werden nur noch Leistungen des Kapitels 31 EBM sowie die GOP 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und

04520. Diese Leistungen werden außerhalb des RLV als „freie Leistungen“ vergütet. Das Honorarniveau konnte in diesem Bereich gehalten werden, weil die Leistungen mit einer höheren Punktmenge und mit einem Zuschlag auf den Punktwert versehen wurden.

Überflüssiger Streit

■ KV Hamburg: Trennungsfaktor wurde korrekt berechnet

Der Vorsitzende der KV Hamburg, Dieter Bollmann, weist Gerüchte zurück, wonach der Trennungsfaktor zwischen Hausärzten und Fachärzten falsch berechnet worden sei.

Derzeit kursieren E-Mails, in denen behauptet wird, den Fachärzten sei möglicherweise 1 bis 5 Prozent des Honorars verloren gegangen, weil die freien Leistungen nicht in die Trennungs-

berechnung mit einbezogen worden seien. Deshalb sei es für Fachärzte empfehlenswert, gegen das Regelleistungsvolumen Widerspruch einzulegen.

„Der Trennungsfaktor wurde korrekt berechnet“, sagt Bollmann. Nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses wird die vorhersehbare morbiditätsbedingte

Gesamtvergütung nach Vorwegabzug der Psychotherapie auf den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich aufgeteilt. Da die freien Leistungen nicht zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gehören, haben Widersprüche gegen die Regelleistungsvolumen aufgrund eines angeblich unkorrekten Trennungsfaktors wenig Aussicht auf Erfolg.

Tag der Niedergelassenen



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

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

An allen drei Tagen des Hauptstadtkongresses (27. bis 29. Mai 2009): Info-Markt der Kassenärztlichen Vereinigungen. Unter anderem zu den Themen Abrechnung, Arzneimittel, Qualität und Sicherstellung.

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

Anmeldung zum Workshop-Programm:

- | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------|-------|
| 9.00—10.30 Uhr: | Qualitätszirkel: Selbstbestimmung oder Zwang? | <input type="checkbox"/> | |
| 9.00—10.30 Uhr: | Der Hygieneplan in der Praxis | <input type="checkbox"/> | |
| 14.00—15.45 Uhr: | Verantwortungsvoll delegieren in der Arztpraxis | <input type="checkbox"/> | |
| 14.00—15.45 Uhr: | Ambulante Qualitätssicherung im KV-System | <input type="checkbox"/> | |
| 16.15—18.00 Uhr: | Datensicherheit in der Arztpraxis | <input type="checkbox"/> | |
| 16.15—18.00 Uhr: | Qualitätsindikatoren: Instrumente der Qualitätsdarstellung und Vergütungskopplung? | <input type="checkbox"/> | |

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

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



Deutsches Ärzteforum 2009

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

Auf dünnem Eis

■ Muss ein Gesundheitsökonom seine Thesen belegen? Nein, sagt Prof. Stefan Felder - und kolportiert in einer neuen Studie unverdrossen die Mythen der Gesundheitspolitik.

Sie haben im Auftrag der von den Arbeitgebern finanzierten Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) eine Studie zu „Effizienzreserven im Gesundheitswesen“* durchgeführt. Dabei haben Sie auch Einsparmöglichkeiten bei den Honoraren für Vertragsärzte entdeckt. Wie das?

Felder: Der Ansatzpunkt unserer Studie war, sich die Preis- und Mengenunterschiede medizinischer Leistungen zwischen den Bundesländern genauer anzusehen.

Wir haben aus der Differenz des bundesdurchschnittlichen Punktwertes zu den Punktwerten

in jenen Bundesländern, die über dem Durchschnitt liegen, eine Effizienzreserve errechnet. Die Daten stammen aus dem Jahr 2005. Uns ist klar, dass die Praxen unterschiedliche Opportunitätskosten haben. Ein Arzt, der in Hamburg praktiziert, hat höhere Personalkosten als ein Arzt, der seine Praxis in Schleswig-Holstein auf dem Land betreibt. Aus diesem Grund haben wir auch nur ein Drittel des theoretischen Einsparpotentials berücksichtigt

Aber das heißt doch nur: Wenn man die Ärzte schlechter bezahlt, wird's billiger. Ist das nicht etwas einfach?

Felder: Die Effizienzfrontanalyse ist eine wissenschaftlich bewährte Methode, die es erlaubt, Kosten und Leistung von beliebigen Unternehmenseinheiten zu vergleichen. Sie wurde bereits erfolgreich in der Elektrizitätsversorgung und im Krankenhausbetriebsvergleich angewandt und lässt sich auch auf die Vertragsärzte anwenden. Natürlich hinken solche Vergleiche immer ein bisschen, nicht zuletzt weil die verfügbaren Daten Grenzen setzen. Aber es ist gut, einen solchen Vergleich mal zu machen, um die Diskussion über bestehende Unterschiede zu fördern.

Sie empfehlen mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Gehen Sie davon aus, dass durch mehr Wettbewerb die Preise für medizinische Leistungen sinken?

Felder: Ja. Momentan ist das System nicht effizient organisiert, weil die beteiligten Player zu wenig Interesse haben, die Kosten zu begrenzen. Das System ist vernagelt durch zu viel Regulierung und zu vielen gesetzlichen Bestimmungen. Das verhindert eine effiziente Organisation. Wenn man in der ambulanten Versorgung echte Vertragsvielfalt zulässt, wird das System an bestimmten Punkten



Foto: insm

Bezahlt man die Ärzte schlechter, wird's billiger. „Da sind Effizienzreserven“, so Prof. Dr. Stefan Felder von der Universität Duisburg-Essen.

teurer, an bestimmten Punkten günstiger und an bestimmten Punkten besser. Es kommt alles in Fluss.

Die Preise für medizinische Leistungen mögen sinken. Doch ein Blick in die USA, wo sich Wettbewerb und Vertragsvielfalt zu voller Blüte entwickelt haben, legt nahe, dass ein solches System insgesamt teurer wird, weil der Verwaltungsaufwand explodiert.

Felder: Den Ökonomen ist bewusst, dass die Vielfalt ihren Preis hat. Ich denke aber vor allem an die Versicherten. Wenn die Bürger eines Landes wohlhabender werden und über mehr Einkommen verfügen, dann wollen sie auch mehr für Gesundheit ausgeben. Andere wollen vielleicht weniger bezahlen und schreiben sich in ein Modell ein, in dem die Versorgung nicht so reichlich ist. Im derzeitigen System mit gemeinsamem und einheitlichem Handeln haben die Krankenkassen kaum Anreize, Verträge auszuhandeln, die im Sinne des Versicherten sind.

Patientenvertreter sagen, es sei im Sinne der Versicherten, ein einfaches, durchschaubares System zu haben. Wenn jemand krank wird, will er nicht erst nachforschen, welcher Arzt mit seiner Kasse einen Vertrag hat und welche Leistungen enthalten sind.

Felder: Natürlich gibt es das Bedürfnis der Versicherten

nach möglichst viel Transparenz. Deshalb wird es Institutionen geben, die es als Marktchance nutzen, im Gesundheitswesen Orientierung zu geben. Informationsbroker werden Informationen so aufbereiten, dass die Versicherten ihre Entscheidungen abgewogen treffen können. Auch hier ist zu sagen: Das wird nicht kostenfrei zu haben sein.

>> Warum gelten im Gesundheitsbereich andere Regeln als in der Wirtschaft? <<

Das alles hört sich nicht so an, als hätten Sie Einsparpotentiale entdeckt. Sie behaupten aber in der Studie, durch mehr Wettbewerb und mehr Einzelverträge könnten Effizienzreserven des Systems gehoben werden. Worauf stützt sich diese Behauptung?

Felder: Die Frage ist doch, wer die Beweislast hat. Nicht wir Ökonomen müssen etwas nachweisen. Die Leistungserbringer, die Kassen und ihre Verbände müssen begründete Argumente vorbringen, weshalb im Gesundheitsbereich andere Regeln gelten sollen als im übrigen Teil der Wirtschaft.

Sind die Erfahrungen aus den USA nicht ein ziemlich schlagenes Argument?

Felder: Natürlich kann man sich die Gesundheitssysteme anderer Länder ansehen. Aber man gewinnt nicht viel mit der Argumentation: „Das ist ein privates System in den USA, da gibt es 40 Millionen Nicht-Versi-

cherte, da gibt es reiche Leute, die sich alles leisten können und möglicherweise dennoch schlecht versorgt werden. Also können wir uns hier in Deutschland zurücklehnen und müssen nichts ändern.“ Wenn das die Konklusion ist, dann haben wir auch nichts gelernt. Wir haben in der Studie gezeigt, dass im deutschen System Effizienzreserven verborgen sind. Folglich

sollte man darüber diskutieren, wie man sie heben kann.

Mit welchem Auftrag ist die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft an Sie herangetreten?

Felder: Wir hatten den Auftrag, das Einsparpotential im deutschen Gesundheitssystem zu quantifizieren.

Hätten Sie die Studie auch veröffentlichten können, wenn Sie zu anderen als den jetzt vorgelegten Ergebnissen gekommen wären?

Felder: Ich poche bei Forschungsaufträgen immer darauf, als Wissenschaftler das Recht zu haben, meine Ergebnisse zu publizieren. Das ist ein wichtiger Grundsatz, ohne den man nicht frei arbeiten kann.

Interview: Martin Niggeschmidt

*Boris Augurzky, Stefan Felder u.a.: Effizienzreserven im Gesundheitswesen. Essen 2009.

Im Visier der Case Manager

Wie E-Health und Einzelverträge das System verändern werden

Versorgung

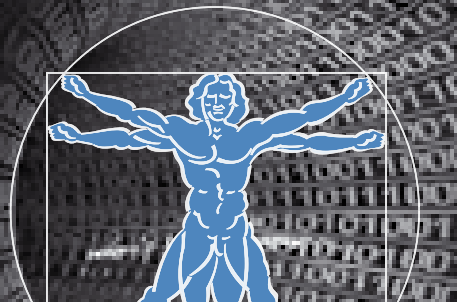
Die Rolle der „Blaupausenverträge“

Laborreform

Wie die Praxen mit den Neuerungen zurecht kommen

SSB-Regresse

KV Hamburg legt Widerspruch ein



KVH-Journal 5/2008:

Gezielter Versuch, die Hausarztverträge in Misskredit zu bringen?

Leserbrief

In Ihrem Artikel „Zur Rolle der Blaupausenverträge“ (KVH-Journal 5/08) wird gezielt versucht, die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung des Hausärzterverbandes in Misskredit zu bringen. Dazu ist einiges richtig zu stellen.

Es ist nicht wahr, dass die Fachärzte für den Hausärzterverband Feinde sind.

Wahr ist, dass wir immer um ein kollegiales Verhältnis zu den Fachärzten bemüht waren und sind. Jeder arbeitet mit seinen Nachbarn im Einklang.

Es ist nicht wahr, dass Hausarztverträge Selektivverträge sind.

Wahr ist: Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung

ist jedem Hausarzt möglich. Allerdings freiwillig und nicht als Zwangsmitglied der KV. Durch die Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) als Vertragspartner handelt es sich weiterhin um einen breiten Kollektivvertrag.

Es ist nicht wahr, dass der Hausärzterverband die KV abschaffen will.

Wahr ist: Auch wer sich in einen Vertrag für Hausarztzentrierte Versorgung einschreibt, ist weiterhin KV-Mitglied. Und das nach wie vor zwangsweise. Er kann sich allerdings aussuchen, welche Art der Honorierung für ihn attraktiver ist. Es entsteht ein fairer Wettbewerb. Das ist allein mit der KV nicht möglich. Ich persönlich wünsche mir nicht die

Abschaffung der KV. Aber einen Austausch handelnder Personen in der Hoffnung auf Transparenz und Würdigung des hausärztlichen Versorgungssektors sähe ich gerne. Das hat aber zunächst nichts mit Hausarztzentrierter Versorgung zu tun.

Es ist nicht wahr, dass die freie Arztwahl verloren geht.

Wahr ist: Der Patient kann sogar den Hausarzt wechseln, wenn er mit ihm nicht zurecht kommt. Wenn der Patient weiterhin Wert auf unmittelbare Inanspruchnahme von Teilgebietsärzten legt - Facharzt sind wir selber-, schreibt er sich nicht in die Hausarztzentrierte Versorgung ein. Sein Hausarzt (oder: seine Behandlung) wird dann wie bis-

her in Form der KV- Abrechnung bezahlt. Auch die Teilnahme des Patienten ist freiwillig.

Es ist nicht wahr, dass die Therapiefreiheit verloren geht.

Dass durch Verschreibung von Generika oder die Bedienung von Rabattverträgen die Therapie leiden soll – diese These bedarf, glaube ich, keiner Kommentierung.

Es ist nicht wahr, dass über die Hausarztzentrierte Versorgung Informationen zu den Krankenkassen gelangen, die sie bisher nicht erhielten.

Wahr ist: die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft gibt keine Informationen weiter, die die Krankenkassen nicht schon jetzt bekommen. Ich rede nicht von einer elektronischen Patientenakte, denn deren Führung ist sowohl für den Arzt als auch für den Patienten freiwillig, freiwillig, freiwillig, freiwillig ...!!! Das wurde für den Vorstand des Hausärztesverbandes verbindlich noch einmal auf Initiative von Hamburg und Bayern auf dem Hausärztetag in Berlin im September 2008 beschlossen. Hier ist Widerstand gegen den Datenraub und Missbrauch gemeinsam mit dem Patienten möglich und sinnvoll.

Zum Thema Daten auf sogenannten „zentralen Servern“: Daten werden schon seit Langem auf so genannten Zentralservern bei Banken, KV, Krankenkassen und auch bei den Ärzten gespeichert. Wer Lust hat, mag im Sozialgesetzbuch V §§ 295 ff. nachlesen, wie die Gesetzeslage seit Jahren

ist. Die Krankenkassen haben schon seit Jahren das Recht, taggenaue arzt- und patientenbezogene Behandlungs- und Abrechnungsdaten zu erhalten. Wer so tut, als würde da vom Hausärztesverband eine neue Welt geschaffen, liegt falsch.

Zusammenfassend: Die Hausarztverträge erzeugen einen hoffentlich kreativen Wettbewerb in der Art und Höhe der Honorierung. Transparenz und Bürokratieabbau sind zentrale Ziele. Die Teilnahme ist für Arzt und Patient freiwillig. Es werden mit der EDV der Hausarztverträge keine neuen Missbrauchspotentiale aufgebaut. Datenautonomie und Sicherheit sind ein übergeordnete

Problem, das nicht gegen die angemessene Honorierung der Hausärzteschaft ins Feld geführt werden darf. Alles in allem kann man feststellen: Dass die KVn und zuvorderst der BDI jetzt so aufgeregt agieren und auf den Hausärztesverband „einprügeln“, muss wohl an der Erkenntnis liegen, dass sie im Wettbewerb gegen den Hausärztesverband zu unterliegen drohen. Wenn dies aus der Erkenntnis heraus geschieht, dass sie bislang die Interessen der Hausärzte schlecht vertreten haben, so ist das wenigstens ein Punkt, in dem wir mit ihnen übereinstimmen.

Norbert Eckhardt,
Beisitzer des Vorstandes des
Hausärztesverbandes Hamburg

Anmerkung der Redaktion:

Im „AOK-Lexikon Gesundheitswesen“ ist nachzulesen: Hausarztverträge sind Direktverträge, und Direktverträge werden in der politischen Diskussion auch als Selektivverträge bezeichnet. Selbst der Vertragspartner des Hausärztesverbandes würde also in diesem Zusammenhang nicht von einem „Kollektivvertrag“ sprechen.

Zur „freien Arztwahl“ und zur „Therapiefreiheit“: Diskussionsgrundlage ist nicht „hausarztzentrierte Versorgung“ im Allgemeinen, sondern der von Medi und Hausärztesverband ausgehandelte AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg,

>> Ist die Führung einer elektronischen Patientenakte freiwillig? <<

wo die Kasse die Patienten und Ärzte an die kurze Leine nimmt. Es ist dieser Vertrag, der vom Hausärztesverband öffentlich als „Blaupause für die Zukunft“ bezeichnet wird.

In diesem Vertrag ist die elektronische Patientenakte keineswegs freiwillig. Ähnlich wie beim Projekt der elektronischen Gesundheitskarte werden große Datenmengen generiert und auf zentrale Server gespeichert.

Wenn der Hausärztesverband beschlossen hat, die elektronische Patientenakte in künftigen Verträgen nicht mehr verpflichtend zu machen, ist das begrüßenswert. Was zählt, sind allerdings nicht die guten Vorsätze, sondern die tatsächlich abgeschlossenen Verträge.



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

Stimmt es, dass die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte seit Jahresbeginn wieder die Leistungen für die Psychosomatik nach den Nummern 35100 und 35110 EBM abrechnen können?

Ja. Der Bewertungsausschuss hat die Qualifikationszuschläge nach den Nummern 03235 und 04235 EBM aus dem EBM gestrichen. Dafür können Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und über die entsprechende Qualifikation verfügen, wieder die Nummern 35100 und 35110 EBM in Ansatz bringen, wenn sie diese Leistung bei einem Patienten erbracht haben.

Wir stellen uns immer wieder die Frage, welche Zusatzangaben (OPS-Code etc.) bei den präoperativen Untersuchungen und bei den postoperativen

Behandlungskomplexen nach einer ambulanten OP in der Abrechnung gemacht werden müssen, wenn wir nicht operieren, sondern nur auf Überweisung durch den Operateur tätig werden.

Wenn Sie einen Überweisungsschein für eine präoperative Untersuchung vor einer ambulanten OP bekommen, müssen Sie in Ihrer Abrechnung lediglich die entsprechende Gebührenordnungsposition (Nummer 31010 bis 31013 EBM) in Ansatz bringen. Die Angabe eines OPS-Codes ist nicht notwendig.

Bekommen Sie einen Überweisungsschein für die postoperative Behandlungskomplexe (Abschnitt 31.4 im EBM), muss Ihnen der Operateur auf dem Überweisungsschein mitteilen, nach welcher Gebührenordnungsposition Sie die postoperative Behandlung abrechnen

dürfen und an welchem Tag die OP stattgefunden hat (21-Tage-Frist). Diese Daten müssen Sie in Ihre Abrechnung übernehmen. Die Angabe des OPS-Codes ist lediglich vom Operateur neben seiner OP-Leistung in seiner eigenen Abrechnung zu machen.

Es kommt immer wieder vor, dass Patienten, die Inkontinenzhilfen benötigen, eine sogenannte Dauerverordnung wünschen. Ist dies zulässig und wenn ja, für welchen Zeitraum?

Grundsätzlich können Inkontinenzhilfen für einen längeren Zeitraum verordnet werden, insbesondere dann, wenn es sich um eine chronische Inkontinenz handelt, die mit anderen therapeutischen Maßnahmen nicht zu beeinflussen ist, so dass der Patient zwingend auf Hilfs-

mittel angewiesen ist, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Natürlich besteht keinerlei Zwang, eine sogenannte Dauerverordnung auszuführen. Sie bedeutet aber zum Beispiel für alte Menschen

oder auch Mütter entsprechend behinderter Kinder eine erhebliche Erleichterung. Die Verordnungsmenge muss sich am Tagesverbrauch orientieren, und der Verordnungszeitraum sollte, gerade bei betagten Patienten,

die Lebenserwartung angemessen berücksichtigen. Für die sogenannte Dauerverordnung kann ein Rezeptformular (Muster 16) oder ein von den Kassen dafür zur Verfügung gestelltes Verordnungsblatt verwendet werden.

Hautkrebs-Screening

■ Dokumentation nur noch elektronisch

Seit Anfang 2009 muss die Dokumentation eines durchgeführten Hautkrebs-Screenings in elektronischer Form erfolgen. Die vollständige Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit dieser Früherkennungsuntersuchung nach EBM-Nr. 01745 bzw. 01746.

Worauf ist zu achten?

- Bitte erfragen Sie bei Ihrem Softwarehaus, ob das vorgesehene Hautkrebs-Screening-Modul zur Datenerfassung (eHKS) seitens der KBV zertifiziert ist.
- Nach der Erfassung im Computer speichern Sie die Daten

auf einem separaten Datenträger. Zulässige Datenträger sind - wie bei der Quartalsabrechnung - Diskette oder CD.

- Bitte versehen Sie den Datenträger mit folgenden Informationen: lesbarer Vertragsarztstempel oder (Neben-) Betriebsstättennummer, Quartal, Bezeichnung „HKS“ (Hautkrebs-Screening).
- Der Datenträger mit der Hautkrebs-Screening-Dokumentation eines Quartals wird zusammen mit dem Datenträger zur Quartalsabrechnung bei der KV Hamburg eingereicht.

Ausnahme: Keine Dokumentation bei Patienten bis 34 Jahre

Die Kosten für Hautkrebs-Screening werden normalerweise erst bei Patienten ab 35 Jahren von den Krankenkassen übernommen. Die Knappschaft hat mit der KBV aber einen Vertrag abgeschlossen, der es Knappschafts-Patienten jeden Alters ermöglicht, sich auf Hautkrebs als GKV-Leistung untersuchen zu lassen (siehe amtliche Veröffentlichung unten).

Grundsätzlich gilt: Bei Patienten, die jünger als 35 Jahre alt sind, gibt es keine Verpflichtung zur Dokumentation.

Amtliche Veröffentlichung

Hautkrebsvorsorge Knappschaft

Die Knappschaft hat in Fortführung ihrer Vereinbarung vom 26. Juni 2007 mit der KBV ab dem 1. Januar 2009 einen Vertrag zur Hautkrebsvorsorge-Untersuchung für Patienten im Alter von bis zu 34 Jahren abgeschlossen. Diese Leistung wird mit 25 Euro vergütet (Abrechnungsnummer 01745K). Für die Inanspruchnahme dieser Vorsorgeleistung wird die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V - Praxisgebühr - nicht erhoben.

Den Vertrag können Sie auf der Homepage der KV einsehen
www.kvhh.de weitere Versorgungsformen → Hautvorsorge → Knappschaft
Wenn Sie keinen Internetanschluss haben, stellen wir Ihnen das Dokument gerne in Papierform zur Vergütung.

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

NOTFALL- PRAXIS

der Kassenärztlichen Vereinigung

Foto: Christian Wieken

Versorgung außerhalb der Sprechzeiten

■ Telefonansagen sollten auf Notfalldienst hinweisen

Die KV bittet die Vertragsärzte, auf den Telefonansagen ihrer Anrufbeantworter den fahrenden Notfalldienst und die Notfall-

praxen als Ansprechpartner für medizinische Hilfe außerhalb der Sprechzeiten zu nennen. Nicht die Krankenhausambulanzen oder

sonstige Anbieter, sondern der organisierte Notfalldienst ist die Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung in den Praxen.

Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

■ Bescheinigungen für Patienten sind nach GOÄ abrechnungsfähig

Immer häufiger wollen sich Patienten von ihrem Arzt schriftlich bescheinigen lassen, dass sie an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen

haben. Hintergrund: Einige Krankenkassen zahlen ihren Patienten einen Bonus, wenn sie regelmäßig vorsorgen. Die KV weist darauf hin, dass die

Ärzte solche Bescheinigungen nicht kostenlos ausstellen können. Solche Tätigkeiten sind nach GOÄ Nr. 70 privat abrechnungsfähig.

Erste QM-Stichprobe in Hamburg

■ Die meisten Ärzte und Psychotherapeuten liegen gut in der Zeit

In Hamburg wurde 2008 zum ersten Mal eine „QM-Stichprobe“ durchgeführt. Insgesamt 98 Ärzte und Psychotherapeuten (also 2,5 Prozent der KV-Mitglieder) wurden zufällig ausgewählt und gebeten, den Stand ihres praxisinternen Qualitätsmanagements mittels eines standardisierten Fragebogens zu dokumentieren.

Am Ende lagen 88 ausgefüllte Bögen zur Auswertung vor. Ergebnis: 26 Ärzte und Psychotherapeuten befanden sich Anfang 2008 in Phase I (Planung), 46 befanden sich richtlinienkonform in Phase II (Umsetzung),

einer der Befragten hatte die Phase III erreicht (Selbstbewertung) und sieben waren noch weiter vorangeschritten und befanden sich in Phase IV (kontinuierliche Weiterentwicklung) oder waren bereits zertifiziert.

Die Mitglieder der QM-Kommission – speziell geschulte Vertragsärzte und –psychotherapeuten – führten insgesamt 39 telefonische QM-Beratungen durch. Beraten wurden all diejenigen, die sich noch nicht in Phase I befanden, und die, die ihren Fragebogen auch nach der zweiten Bitte nicht eingesandt

hatten. Einige Kolleginnen und Kollegen hatten ausdrücklich um eine Beratung durch die QM-Kommission oder die KV gebeten.

Laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses läuft die zweijährige Umsetzungsphase, in der die Praxen ein Qualitätsmanagementsystem einführen sollen, Ende des Jahres aus. Für alle Vertragsärzte und –psychotherapeuten besteht die Möglichkeit, sich kostenlos beraten zu lassen.

Ansprechpartnerin:

Ursula Dudziak, Tel.: 22 80 2-633

Aufhebung der Altersgrenze

Vertragsärzte und –psychotherapeuten können länger praktizieren

Nun ist es offiziell: Die Altersgrenze von 68 Jahren für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist abgeschafft – und zwar rückwirkend zum 1. Oktober 2008. Auch Vertragsärzte und –psychotherapeuten, die zwischen dem 1. Januar 2008 und 30. September 2008 das 68. Lebensjahr vollendet haben und deren Vertragsarztsitz nicht weitergeführt wird, können wieder praktizieren. Voraussetzung dafür ist, dass sie gegenüber dem Zulassungsausschuss die Wiederaufnahme ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit erklären. Ansonsten endet die (ruhende) Zulassung zum 31. März 2009. Diese Regelung gilt auch für in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellte Ärzte.

Ansprechpartnerin:

Evelyne Bock Tel: 22802-342

Ergänzungen der Arzneimittelrichtlinie (AMR)

■ Verordnungsfähige Medizinprodukte

Die Anlage 12 der AMR enthält die (arzneimittelähnlichen) Medizinprodukte, die in den dort genannten medizinisch notwendigen Fällen zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden können. Diese Anlage ist als eine Art Positivliste zu verstehen. Die im Juli 2008 eingeführte Anlage 12 wird laufend ergänzt. Die nachfolgend aufgeführten Medizinprodukte sind seit dem 18. Dezember 2008 verordnungsfähig:

Aqua B. Braun und NaCl 0,9% B. Braun: zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen / zur Spülung von Wunden und Verbrennungen / zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden / zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern / zur mechanischen Augenspülung

BSS Plus (Alcon Pharma GmbH): als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist

Macrogol-ratiopharm® und Macrogol-CT Abführpulver: für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation

Ringer B. Braun: zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen / zur Spülung von Wunden und Verbrennungen / zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen

■ Therapiehinweis für Strontium

Die Anlage 4 der AMR enthält Therapiehinweise, die das Wirtschaftlichkeitsgebot beim Einsatz insbesondere neuer, meist hochpreisiger Wirkstoffe sowie Therapieprinzipien in der ambulanten Versorgung konkretisieren und von den Vertragsärzten zu beachten sind. Hinzugekommen ist in der Anlage 4 der Therapiehinweis zu Strontiumranelat (z.B. Protelos®, Osseor®). Hier eine kurze Zusammenfassung der wesentlichsten Aussagen:

- Strontiumranelat ist zugelassen für die Behandlung der postmenopausalen Osteoporose zur Reduktion des Risikos von Wirbelsäulen- und Hüftfrakturen.
- Publierte, direkt vergleichende Studien zu etablierten Therapien, insbesondere zu Bisphosphonaten fehlen.
- Bisphosphonate gelten also weiterhin als Therapie der ersten Wahl. Grundsätzlich kommen bei Unverträglichkeit und nicht ausreichendem Ansprechen Parathormone und für postmenopausale Frauen auch selektive Östrogenrezeptor-Modulatoren (SERM) und Strontiumranelat in Betracht.

- In Zusammenschau mit den beschriebenen Risiken und Unklarheiten ist eine Umstellung der Behandlung auf Strontiumranelat allenfalls nach mindestens zwei Frakturen in den letzten 18 Monaten unter adäquater Vorbehandlung mit Bisphosphonaten bei Abwägung therapeutischer Alternativen (Parathormon/SERM) in Erwägung zu ziehen.
- Patientinnen, die mit Strontiumranelat behandelt werden, sollten Vitamin D und Kalzium als Nahrungsergänzung erhalten, wenn die Aufnahme durch die Nahrung unzureichend ist.

Sollten Sie abweichend von den Ausführungen der Therapiehinweise verordnen, empfehlen wir, die Begründung gut zu dokumentieren, um für eventuelle Prüfverfahren gewappnet zu sein.

Die Ergänzungen der AMR finden Sie ungekürzt im Internet: www.g-ba.de → Informations-Archiv → Richtlinien → Arzneimittel → Anlagen.

Biopharmazeutika oder Biosimilars?

■ Apotheker dürfen Biopharmazeutika nicht eigenmächtig substituieren. Ärzte sollten die Originalprodukte allerdings nur verordnen, wenn der Einsatz von Biosimilars nicht möglich ist

Immer wieder taucht in den Arztpraxen die Frage auf, ob Biopharmazeutika in der Apotheke durch entsprechende Nachahmerpräparate (Biosimilars) substituiert werden dürfen. Biopharmazeutika sind Proteine mit einer komplexen dreidimensionalen Struktur, die aus lebenden Zellen gewonnen werden – zum Beispiel Wachstumshormone, Interferone oder Erythropoetine. Da die Bedingung der Wirkstoffgleichheit, die für eine Substitution unter anderem erforderlich ist, nicht gegeben ist, sieht die KV weder ein Recht noch eine Verpflichtung der Apotheke, Biopharmazeutika nach der Aut-idem-Regelung zu substituieren. Die biosimilaren Produkte enthalten als arzneilich wirksamen

Bestandteil ein Protein, welches strukturelle Ähnlichkeiten mit einem Originalprodukt (Referenzarzneimittel) besitzt sowie in der pharmakologischen Wirkung am Rezeptor identische Wirkungen ausübt. Anders als Generika sind biosimilare Arzneimittel aber nicht strukturell identisch mit dem Originalprodukt.

Auch für die Verordnung von Biopharmazeutika gilt das Wirtschaftlichkeitsprinzip. Die in aller Regel kostenintensiveren Originalprodukte können also nur dann als wirtschaftlich angesehen werden, wenn verfügbare biosimilare Arzneimittel nicht verordnet werden können, weil Zulassungsindikationen, Darreichungsformen oder andere medizinisch/therapeutische Gründe dagegen sprechen.

Zur Verordnung von Biosimilars gibt es eine empfehlenswerte Stellungnahme der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft vom Dezember 2008.

Sie enthält wichtige Entscheidungshilfen und beantwortet wichtige Fragen wie die nach dem Risiko von Antikörper-vermittelten „pure red cell aplasia“ (PRCA) bei Verwendung der Nachahmerpräparate im Vergleich zu den Originalprodukten.

Die Stellungnahme ist auf der Internetseite der Arzneimittelkommission zu finden:

www.akdae.de → Stellungnahmen

*Ansprechpartnerin für Fragen zu Arzneimitteln:
Regina Lilje, Tel: 22802-498*



Dr. Monika Volkenstein: „Auch nicht versicherte Patienten haben ein Recht auf Versorgung.“

Unnötiges Leiden

■ Viele Arztpraxen behandeln Menschen, die keine Aufenthaltsgenehmigung haben. Doch die Versorgung spielt sich in einer prekären Grauzone ab. Offiziell gibt es diese Patienten gar nicht.

Eine medizinische Versorgung von Migranten, die ohne Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland leben, ist nicht vorgesehen. In der Wahrnehmung der Gesundheitspolitik existieren diese Menschen gar nicht. Dennoch: Es gibt sie, und wer diese Tatsache nicht verleugnen will, steht vor der Frage: Helfe ich oder helfe ich nicht?

Was es bedeutet, keinen offiziellen Zugang zum Gesundheitswesen zu haben, wurde mir schlagartig klar, als zum ersten Mal ein illegal eingewandertes Patient in meinem Behandlungszimmer stand. Es handelte sich um einen etwa Mitte vierzigjährigen Afrikaner mit einer Pneumonie. Er hatte bereits einen Schlaganfall hinter sich. Offenbar war es

ihm bereits eine ganze Weile schlecht gegangen, bevor er in Begleitung eines Pastors zu mir in die Praxis kam. Als ich ihn sah, wusste ich: Dieser Patient kann nicht ambulant behandelt werden. Ich rief einen Kollegen im Krankenhaus Wandsbek an und schilderte ihm die Situation. Trotz der ungeklärten Kostenübernahme wurde der Patient aufgenommen. Doch es war zu spät: Er starb auf der Intensivstation des Krankenhauses an einer Sepsis.

Das hat mich erschüttert. Eine Lungenentzündung ist keine Krankheit, an der ein Mann dieses Alters in einem Industrieland sterben sollte. Ob krankenversichert oder nicht: So etwas darf nicht passieren. Der Tod dieses Patienten wäre

vermeidbar gewesen, wenn er drei Wochen zuvor Antibiotika bekommen hätte.

Dass ein Migrant mit ungesichertem Aufenthaltsstatus aus Angst vor Entdeckung notwendige Arztbesuche hinauszögert, ist keine Seltenheit. Man geht in einer solchen Situation nicht einfach auf eigene Faust in eine Arztpraxis in der Hoffnung, dass man behandelt wird. Die medizinische Versorgung läuft über Kontaktpersonen, denen man vertraut. Kirchengemeinden oder soziale Organisationen wissen, dass es in Hamburg eine „Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen“ gibt. Von dort aus finden die Patienten dann den Weg in die Arztpraxen.

Über eine Freundin hatte ich Kontakt zu dieser Vermittlungsstelle und erklärte mich dazu bereit, Migranten unentgeltlich zu behandeln. Einen so dramatischen Fall wie den Mann mit der Lungenentzündung hatte ich später glücklicherweise nie wieder.

Die Vermittlungsstelle schickt mir weiterhin Patienten – vor allem aus Südamerika und Afrika. Sie werden hier in der Praxis als Privatpatienten ohne Rechnung geführt. Ich weiß, dass sie nicht krankenversichert sind – ob sie legal in Deutschland leben, danach frage ich nicht. Die Krankenakte lege ich unter einem Decknamen an, beispielsweise „Migrant Carmen Carmen“. Ich versuche, dieselbe Medizin zu machen wie bei den anderen Patienten, und dazu gehört eine vernünftige Dokumentation.

Medikamente – also Ärztemuster – gebe ich solchen Patienten einfach mit. Vor einiger Zeit behandelte ich einen Diabetiker, der ein Medikament benötigte, das ich nicht hatte. Da sprang zunächst unsere Apotheke ein. Danach versorgten ihn unsere Diabetologen monatelang mit ihren Ärztemustern.

Die meisten Kollegen sind in solchen Fällen tatsächlich sehr aufgeschlossen. Wenn ich einen Spezialisten anrufe und frage: „Darf ich Ihnen einen Patienten schicken, den Sie nicht abrechnen können?“, lautet die Antwort stets: „In Ordnung.“ Auch unser Labor arbeitet unentgelt-

lich, wenn ich „Migrant“ auf die Probe schreibe.

Nur ein Facharzt, mit dem wir zusammenarbeiten, sagte vor einiger Zeit: „Das mache ich nicht.“ Er hatte Angst davor, sich strafbar zu machen.

Doch das wurde kürzlich in einem Faltblatt der Ärztekammer Hamburg nochmals klargestellt: Ärzte und sonstiges medizinisches Personal machen sich nicht strafbar, wenn sie Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis behandeln. Eine Datenweitergabe an Polizei oder Ausländerbehörde verletzt die ärztliche Schweigepflicht. Im Faltblatt wird eine Stellungnahme des Bundesinnen-

>> In einem Industrieland sollte niemand an einer Sepsis sterben müssen. <<

ministeriums zitiert, wonach eine Meldepflicht lediglich für die Verwaltung von Krankenhäusern besteht – und nur dann, „wenn sie vom fehlenden Aufenthaltsrecht durch eigene Ermittlungen im Rahmen der Abrechnung erfährt, nicht jedoch, wenn diese Tatsache im Rahmen der Behandlung bekannt wurde“.

Krankenhausärzte haben natürlich stets ihre Verwaltung im Hintergrund. Niedergelassene Ärzte hingegen können frei entscheiden, jemanden unentgeltlich zu behandeln.

Die Hürden für Patienten, die Angst vor Entdeckung haben, sind allerdings auch im ambulanten Bereich sehr hoch: Sie müssen sich ein Herz fassen

und die Vermittlungsstelle kontaktieren. Dann geht es weiter in die Arztpraxis. Sie müssen mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren. Womit sollen sie die Fahrkarte bezahlen? Wenn sie beim Schwarzfahren erwischt werden, bedeutet das: Ausweisung. Es sind existenzielle Risiken, die solche Patienten auf sich nehmen.

Migranten, die nicht in die Netzwerke von Kirchen und sozialen Organisationen eingebunden sind, bleiben außen vor. Ich bin sicher: Wir erreichen nur ganz wenige dieser Menschen.

Die „Medizinische Vermittlungsstelle für Flüchtlinge“ fordert,

dass der Staat seine Verpflichtung gemäß UN-Sozialpakt Art. 12 erfüllt und den Zugang zu medizinischer Versorgung auch für Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis gewährleistet. In den Niederlanden etwa gibt es einen Fonds, aus dem Behandlungskosten bezahlt werden, in Italien werden anonymisierte Krankenscheine ausgegeben. Bis solche Modelle geschaffen werden, bleiben Migranten, die ohne Aufenthaltsgenehmigung bei uns leben, auf ehrenamtliche Parallelstrukturen angewiesen.

*Dr. Monika Volkenstein,
Internistin in Eidelstedt*

Kontakt zur Medizinischen Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migranten: Mo. 15 - 18 Uhr, Tel: 238 558 322
www.medibuero-hamburg.org

Ist Hamburg über- oder unterversorgt?

■ Versorgungsbericht der KV löst Diskussionen aus

„Wir können die Ärzte nicht aus dem Hut zaubern“, sagte KV-Vizechef Walter Plassmann am 27. Januar 2009 bei der Vorstellung des Versorgungsberichts der KV Hamburg. „Wir müssen immer erst jemanden finden, der bereit ist, sich in sozial schwächeren Vierteln niederzulassen.“

Die Veröffentlichung des Versorgungsberichts ließ eine alte Diskussion neu aufflammen: Ist

die Versorgung innerhalb des Stadtgebiets gerecht verteilt? Hamburg ist ein einheitliches Planungsgebiet. Einer statistischen Überversorgung in ganz Hamburg stehen lokale Versorgungsengpässe gegenüber.

Eine Lösung des Problems sehen Kritiker wie Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg in der Aufteilung des Planungsgebiets Hamburg in einzelne Stadtbezirke.

Ob das tatsächlich eine bessere Verteilung der Arztpraxen zur Folge hätte, ist allerdings umstritten.

„In jedem der Hamburger Bezirke gibt es sozial schwächere und sozial stärkere Stadtteile“, sagt KV-Chef Dieter Bollmann. „Steilshoop beispielsweise wäre nicht geholfen, wenn sich ein zusätzlicher Kinderarzt in Wohldorf-Ohlstedt niederlässt – beide Stadtteile gehören zum Bezirk Wandsbek. Wilhelms-

Engpässe in Steilshoop, Eimsbüttel und Fischbek

Eine Lösung für das Versorgungsproblem in Steilshoop, wo eine kinderärztliche Gemeinschaftspraxis Ende des vergangenen Jahres aufgegeben wurde, ist in greifbare Nähe gerückt. Mittlerweile haben zwei Praxen Interesse angemeldet, in Steilshoop Sonderbedarf geltend zu machen und mit angestellten Ärzten den Versorgungsauftrag zu übernehmen. Die KV rechnet damit, dass im März wieder ein Kinderarzt in Steilshoop praktizieren wird. Von den Kinderarztpraxen im benachbarten Bramfeld gibt es eine Zusage, bis dahin die Akutversorgung zu gewährleisten.

Eine Sonderbedarfsregelung für die augenärztliche Versorgung im Schanzenviertel wird von der KV unterstützt. Der paritätisch von Ärzten und Krankenkassen besetzte Zulassungsausschuss hat dazu noch keine Entscheidung gefällt.

Auch in Fischbek ist die Situation noch immer ungeklärt. Seit ein benachbarter Kollege seine Praxis aufgegeben hat, werden die im Stadtteil verbliebenen Hausärzte Norbert Eckhardt und sein Partner Erwin Ottahal von Patienten überrannt. Die KV hat zugesagt, sich für eine Sonderzulassung einzusetzen, doch ein passender Arzt ist noch nicht gefunden. „Wir würden uns freuen, wenn ein Kollege in Assoziation mit uns arbeiten würde – entweder als Angestellter oder als Praxispartner“, sagt Eckhardt. „Es gibt renovierte Räumlichkeiten, die von einem dritten Arzt genutzt werden könnten. Noch kostengünstiger und angenehmer ist ein Einstieg in die Niederlassung nicht zu bekommen.“

Ansprechpartnerin: Evelyne Bock / Arztregister Tel: 22802-342

burg und Finkenwerder gehören ebenso zum Bezirk Mitte wie die feine Hafencity.“

Das einzig zielgenaue Instrument sei die Sonderbedarfszulassung, so Bollmann. „Da kann ich einem Arzt sagen: Wir brauchen Dich genau hier, deshalb ist die Zulassung an diesen Ort gebunden.“ Bei Fachärzten, die mit teuren Apparaten arbei-

ten, werden sich Konzentrationsprozesse nicht vermeiden lassen. „Wir müssen aber sicherstellen, dass ausreichend Haus- und Kinderärzte in den Wohnquartieren zur Verfügung stehen“, so Bollmann. „Wenn die Basisversorgung in einem Viertel ausdünnert, wird die KV eine Sonderbedarfszulassung unterstützen.“

Versorgungsengpässe entstehen, wenn für bestimmte Standorte nicht sofort niederlassungswillige Kollegen gefunden werden.

„Dieses Problem“, so Bollmann, „bliebe auch bestehen, wenn man die Planungsgebiete auf den Bereich einzelner Häuserblocks oder Straßenzüge verkleinern würde.“

Als Medizin-Pionier geehrt

■ Dr. Rudolf Osieka erhielt vom Senat die „Medaille für treue Arbeit im Dienste des Volkes in Silber“.

Es war ein kleiner Kreis, der sich am 14. Januar 2009 im Turmzimmer des Rathauses versammelte, um dem Festakt zu Ehren von Dr. Rudolf Osieka beizuwohnen: Einige Kollegen, einige Familienmitglieder, ein ehemaliger Bürgermeister (Henning Voscherau) und ein amtierender Senator (Dietrich Wersich).

„Wir würdigen Herrn Dr. Osieka als Pionier der Hamburger Medizin“, sagte Gesundheitssenator Wersich in seiner Laudatio. Osieka hatte immer wieder Entwicklungen vorangetrieben, die sich als zukunftsweisend herausstellten. Im Jahr 1975 eröffnete der Urologe die erste Hamburger Gemeinschaftspraxis. Er lotete die Potenziale von Computern aus, als es noch keine Software für Arztpraxen gab - und wurde von der KV beauftragt, Abrechnungs- und Dokumentationsprogramme zu entwickeln. Vor allem aber

setzte er sich für sein Fachgebiet ein. Er etablierte die „Urologische Fortbildungsinitiative“ und brachte die Hamburger Urologen auf den höchsten Ausbildungs- und Wissensstand in Deutschland. Daneben engagierte er sich

in der ärztlichen Selbstverwaltung und war über Jahrzehnte hinweg streitbares Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg. „Ohne Menschen wie Sie“, so Wersich, „wäre die Medizin ärmer.“



Feierstunde im Rathaus (mit Senator Dietrich Wersich, Dr. Rudolf Osieka, Dr. Michael Späth): „Dank für Jahrzehnte langes, vorbildliches Engagement in Hamburg und darüber hinaus.“

Für Sie im beratenden Fachausschuss (BFA)

Rainer Ulrich
(BFA Psychotherapie)



Geb. Datum: 26.04.1953
Familienstand: verheiratet,
2 Kinder
Fachrichtung: Psycholog. Psychotherapeut /
Schwerpunkt Verhaltenstherapie
Weitere Ämter: Mitglied im Haushaltsausschuss
der DPtV
Hobbys: Hochgebirgswandern, Sport
(Jogging, Squash), Garten, Musik

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, berufs- und sozialrechtliche Gleichstellung mit den Ärzten in allen Bereichen des Gesundheitswesens, in denen Psychotherapeuten tätig sind. Stärkung der Mitwirkungsmöglichkeiten in der regionalen KV und in der KBV.

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

Ich wünsche mir den Erhalt der KV auch noch in 10 Jahren und einen eigenständigen honorarpolitischen Bereich PT in der KV.

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

Ulla Schmidt würde ich gerne fragen, ob sich durch den Aufbau von MVZ die Versorgung verbessert hat. Ob die Krankenkassenbeiträge stabil bleiben. Was sie zum Personalmangel in den Krankenhäusern und zum Zeitdruck zu Lasten der Patientenversorgung sagt.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Innerhalb der nächsten Jahre zusammen mit meiner Frau eine längere Reise nach Asien oder Afrika machen, um die dortige Kultur und gesellschaftspolitische Situation kennen zu lernen - und dafür auch genügend Zeit zu haben.

Dr. Sven-Holger Kühn
(BFA Fachärzte)



Geb. Datum: 23.06.1957
Familienstand: verheiratet,
1 Tochter
Fachrichtung: Urologie
Weitere Ämter: 1. Vorsitzender des Vereins der Niedergelassenen Urologen in Hamburg, Beisitzer im Prüfungs- und Beschwerdeausschuss
Hobbys: Hockey, Ski

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Stärkung der KV als Standesorganisation und Abkoppelung von der Politik

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

Die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts existiert nicht mehr. Sie ist mit all ihren Mitarbeitern übergegangen in eine unabhängige Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte. Nach dem Kollaps des jetzigen Systems hat sich ein sozial abgesichertes Gesundheitssystem etabliert, in dem Patient und Arzt direkte Vertragspartner sind und die KV als Dienstleister u.a. für die Abrechnung zuständig ist.

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

Von Horst Seehofer möchte ich wissen, ob er als konservativer Politiker erwartet hat, dass seine weichenstellenden Fehlentscheidungen zu einem solchen Niedergang des Gesundheitssystems durch Gesetzgebungen seiner sozialistischen Amtsnachfolgerin führen würden.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Drei Monate nur als freier Arzt zum Wohle meiner Patienten tätig sein, ohne Rücksicht auf Bürokratie, Punkte, Abrechnung, Regress...

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 26.3.2009 um 20 Uhr im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Medizinische Fortbildungsveranstaltungen

Universalfortbildung **40 Punkte** 

Fortbildungswoche, die „ein umfassendes Update in der aktuellen medizinischen Versorgung“ gibt

vom 16. bis 20.3.2009

Jeweils 9 – 17 Uhr

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Lerchenfeld 14

Gebühr inkl. Handouts und Essen: 325 Euro

Mehr Informationen im Internet unter: www.kvhh.de → Ärzte/Psychotherapeuten → Fortbildung

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

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

Fr./Sa. 27./28.02.2009
Fr./Sa. 08./09.05.2009
Fr./Sa. 03./04.07.2009
Fr./Sa. 11./12.09.2009
Fr./Sa. 27./28.11.2009

QEP®-Einführungsseminare für Psychotherapeuten

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

Fr./Sa. 15./16.05.2009
Fr./Sa. 03./04.07.2009
Fr./Sa. 30./31.10.2009

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen (5-teilig)

Jeweils 15 – 19:30 Uhr

Seminarblock 1

Mi. 22.04.2009
Mi. 27.05.2009
Mi. 08.07.2009
Mi. 09.09.2009
Mi. 28.10.2009

Seminarblock 2

Fr. 03.07.2009
Fr. 11.09.2009
Fr. 30.10.2009
Fr. 04.12.2009
Fr. 26.02.2010

QEP®-Vertiefungsseminare für

Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)

Jeweils 15 – 21 Uhr

Fr. 08.05.2009, 15 – 21 Uhr (Teil 2)
Fr. 11.09.2009, 15 – 21 Uhr (Teil 3)

QEP®-Themenseminare

Datenschutz

Mi. 17.06.2009 (9:30 – 17 Uhr)

QEP®-QMB-Seminar (3-teilig)

Mi. 30.09.2009 (9 – 17 Uhr)
Mi. 04.11.2009 (9 – 17 Uhr)
Mi. 09.12.2009 (9 – 17 Uhr)

QEP®-Kommunikationstraining

Mi. 28.10.2009 (15 – 19:30 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

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

