

Korruption

- Warum das Strafrisiko steigt
- Wie man sich vor Verdächtigungen schützt



Prozess

Hamburger Arzt wegen
Bestechlichkeit verurteilt

Krankenhäuser

Einweisung oder Überweisung?
Die wichtigsten Regeln

Honorar

Hamburg setzt realistische Definition
des Behandlungsbedarfs durch

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Ist ein halb gefülltes Glas nun halbleer oder halbvoll? Vor dieser alten Frage stand auch die Führung der KV Hamburg, als sie Ende 2010 Bilanz ziehen wollte. Auf der einen Seite fällt der Honorarzuwachs für 2011 bescheiden aus, auf der anderen Seite haben wir die überhaupt noch verbliebenen Spielräume maximal genutzt. Auf der einen Seite sind wir bei der „asymmetrischen Verteilung“ völlig leer ausgegangen, auf der anderen Seite haben wir einen ersten Pflock eingeschlagen, damit eine solch willkürliche Verteilung sich nicht wiederholt. Auf der einen Seite drohen uns die Bundesvorgaben regelrecht zu strangulieren, auf der anderen Seite haben wir durchgesetzt, dass es eine umfassende Renaissance der regionalen Kompetenzen geben soll. Auf der einen Seite blockieren die meisten Krankenkassen derzeit eine Fortentwicklung des Systems, auf der anderen Seite haben wir mit der AOK zukunftsweisende Verträge – unter anderem im hausärztlichen Bereich – abschließen können. Halbvoll oder halbleer? Jedenfalls Ansporn, in diesem Jahr nicht nachzulassen.



*Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstand
der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt

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

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

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

Titelbild: iStockphoto

Ausgabe 2 / 2011 (1. Februar 2011)

Redaktionsschluss: 18. Januar 2011

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Sollte der Bestechlichkeitsparagraf auch für Vertragsärzte gelten?	4
Wie es zur Wende in der Rechtsprechung kam – und was Ärzte künftig beachten müssen	5
Ein Hamburger Arzt nahm Schecks von Ratiopharm an – und wurde verurteilt	6

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	10
Längere Aufbewahrungsfrist für DMP-Dokumentationen	11

Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus? Die wichtigsten Regeln im Überblick	12
--	----

Korrektur

Falsche Beschriftung der Behandlungsbedarfstabelle in Heft 1/2011	11
---	----

Honorar / Abrechnung

KV Hamburg setzt realistische Definition des Behandlungsbedarfs durch	14
---	----

Kodierrichtlinien-Tool kann deaktiviert werden /	
Abrechnung der Sozialhilfeträger erfolgt elektronisch	15
Fragen zu KV-WebNet: Ist die Abrechnung via Internet sicher? Kann ich die Abrechnung von zu Hause schicken?	16
Sicherungskopie der Abrechnungsdatei ist weiterhin verpflichtend	16

Qualitätssicherung

Ärztliche Stelle: Referenzwerte bei Röntgenuntersuchungen wurden aktualisiert /	
QEP-Seminare über: Beschwerde- und Fehlermanagement und Personalführung	17
Qualitätsmanagement: Kompetenzzentrum für Hygiene gegründet	18

Arznei- und Heilmittel

Meldung von Praxisbesonderheiten: Eingabe der Symbolziffern vorerst manuell /	
Heilmittelversorgung außerhalb des Regelfalles: Zahlreiche Krankenkassen verzichten auf ihr Genehmigungsrecht /	
„Verordnete Leistungen“: Informationsportal der KBV um neue Bereiche erweitert	19
Reboxetin darf nicht mehr verordnet werden /	
Geänderte Regeln für die Substitution von Arzneimitteln	20

Forum

Arztbewertungsportale auf dem Prüfstand	21
---	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung	22
Terminkalender	23

Nachgefragt

■ Sollte der Bestechlichkeitsparagraf 299 StGB auch für Vertragsärzte gelten?



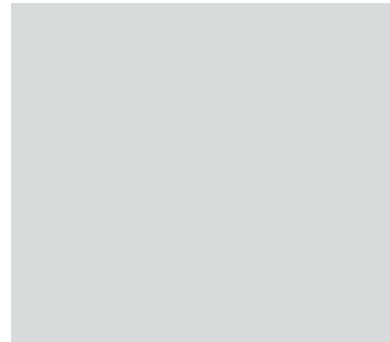
Grundsätzlich ist im Sinne unserer Berufsordnung klar, dass ein Arzt, der Gegenleistungen für Arzneimittelverordnungen annimmt, Unrecht begeht. Den Straftatbestand der Bestechlichkeit in diesem Fall anzuwenden bedeutet aber, dass niedergelassene Vertragsärzte rechtlich als „Beauftragte der Krankenkassen“ eingestuft werden. Dies stellt einen massiven Angriff auf die Freiberuflichkeit des Arztes dar und kann von der Ärzteschaft nicht hingenommen werden. Jeder Arzt – auch der Vertragsarzt – ist primär seinen Patienten verpflichtet und darf weder als Beauftragter noch als Vermögensverwalter der Krankenkassen betrachtet werden. Der Hartmannbund hat den Bundesgesundheitsminister bereits unmittelbar nach dem Braunschweiger Urteil dazu aufgefordert, einen Passus im Gesetz zu verankern, der die Stellung des Vertragsarztes gegenüber den Krankenkassen in diesem Sinne klar definiert.

*Prof. Dr. Kuno Winn,
Vorsitzender des Hartmannbundes
(Verband der Ärzte Deutschlands)*



Es ist richtig, dass Vertragsärzte wegen Bestechlichkeit belangt werden können. Sie sind zwar Freiberufler, aber dennoch vertraglich eng mit den gesetzlichen Krankenkassen verbunden. Man kann es vergleichen mit einem Architekten, der zwar als Freiberufler Geschäftsbeziehungen mit Subunternehmern und Handwerkern unterhält, aber dennoch in erster Linie seinem Bauherrn verpflichtet ist. Wenn ein Architekt sich von einem dieser Geschäftspartner bestechen lässt und hinter dem Rücken seines Bauherrn Vorteile annimmt, dann wird er ebenfalls belangt – unabhängig von seinem Status als Freiberufler. Vertragsärzte fühlen sich oft unwohl bei dem Gedanken, Beauftragte der Kassen zu sein. Im Idealfall sehen sie sich zu allererst als Beauftragte ihrer Patienten. Dennoch arbeiten sie im Auftrag der Kassen und dürfen sie als ihre Auftraggeber deshalb nicht schädigen.

*Dr. Wolfgang Schwinzer,
Vorstandsmitglied von Mezis
„Mein Essen zahl ich selbst“,
Initiative unbestechlicher Ärzte)*



Wir stehen für eine Stellungnahme zu diesem Thema nicht zur Verfügung.

*Geschäftsleitung Pro Generika
(Branchenverband der
Generikahersteller)*



Foto: Mikhail Mishchenko - Fotolia.com

Gefährliches Terrain

- In der Rechtsprechung bahnt sich eine Wende an: Auch Vertragsärzte können wegen Korruption belangt werden. Welche Zuwendungen darf man noch annehmen, ohne strafrechtliche Verfolgung zu riskieren?

Am 9. Dezember 2010 wurde ein Vertragsarzt vor dem Hamburger Landgericht wegen Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr nach § 299 Abs. 1 StGB verurteilt. Der Ausgang dieses Prozesses zeigt, dass in der Rechtsprechung derzeit eine Wende stattfindet. Was früher undenkbar schien, wird in diesem Frühjahr wahrscheinlich höchstrichterlich bestätigt: Auch Vertragsärzte können wegen Bestechlichkeit belangt werden.

Die großen Bestechungsskandale bei Siemens oder Daimler haben in den vergangenen Jahren eine Sensibilisierung der deutschen Öffentlichkeit für das Thema Korruption bewirkt. Die Staatsanwaltschaften bauten ihre Kapazitäten in diesem Bereich aus. Die dogmatische Diskussion unter den Juristen veränderte sich: Bis 2006 ging die strafrechtliche Literatur noch ganz überwiegend davon aus, dass

Vertragsärzte keine tauglichen Täter im Sinne des § 299 Abs. 1 StGB seien. Diesem Paragraphen zufolge wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer sich als Beauftragter eines geschäftlichen Betriebs bestechen lässt. Solche Beauftragten können auch Freiberufler und Selbständige sein – allerdings nach früherer Auffassung keine Vertragsärzte, die ja im Auftrag von Privatleuten (nämlich der Patienten) und nicht von „geschäftlichen Betrieben“ tätig sind. In den vergangenen Jahren wurden in der juristischen Debatte immer mehr Stimmen laut, die Vertragsärzte als „Beauftragte der Krankenkassen“ einstufen, um über diese Hilfskonstruktion auch Korruption im vertragsärztlichen Bereich erfassen zu können.

Nachdem das Oberlandesgericht Braunschweig am 23. Februar 2010 dieser Argumentation folgte, ermittelten die Staatsanwalt-

schaften verstärkt gegen Vertragsärzte wegen des Verdachtes der Korruption. Am 26. Oktober 2010 verurteilte das Amtsgericht Ulm erstmals zwei Vertragsärzte wegen Bestechlichkeit. Der Prozess vor dem Hamburger Landgericht wurde dann als „Pilotverfahren von grundsätzlicher Bedeutung“ angelegt. Die Hamburger Staatsanwaltschaft verfolgte ausdrücklich das Ziel, die Rechtslage vor dem Bundesgerichtshof klären zu lassen.

Der stellvertretende Vorsitzende des 2. Strafsenats des Bundesgerichtshofs, Prof. Thomas Fischer, hat sich bereits im Vorfeld zum Thema geäußert. In seinem aktuellen Kommentar des StGB (und in einem Interview für das Nachrichtenmagazin *Spiegel* vom 30.10.2010) lehnt er eine Straffreiheit für bestechliche Vertragsärzte ab. Fischers Wort

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

hat Gewicht. Deshalb gilt es unter Experten als nahezu sicher, dass der Bundesgerichtshof das Urteil des Hamburger Landgerichts bestätigen wird.

Die Vertragsärzte sehen sich also einer veränderten Rechtsprechung gegenüber und sollten ihre finanziellen Beziehungen vor allem zur Pharmaindustrie auf den Prüfstand stellen. Spätestens jetzt müssen sich die Vertragsärzte der Gefahr bewusst werden, dass sie bestimmte Grenzen nicht überschreiten dürfen, weil sie sich sonst einem echten Verfolgungsrisiko aussetzen.

Die Verjährungsfrist beträgt fünf Jahre. Auch für den Zeitraum der zurückliegenden fünf Jahre kann es mithin ein Risiko geben, wegen Bestechlichkeit belangt zu werden.

Ist es also zu spät, möglicherweise strafbares Verhalten zu ändern? Für die Zukunft müssen betroffene Vertragsärzte ihr Geschäftsgebaren ohnehin der neuen Rechtslage anpassen. Eine rasche Verhaltensänderung kann allerdings auch für die strafrechtliche Beurteilung zurückliegender Ereignisse bedeutsam sein: Zeigt ein Vertragsarzt, dass er die Signale verstanden hat, ist davon

auszugehen, dass Staatsanwälte und Richter dies honorieren werden, wenn sie einen Vorgang aus der Vergangenheit aufgreifen. In einem Prozess können Vertragsärzte zudem geltend machen, sich in der Vergangenheit in einem die Schuld ausschließenden unvermeidlichen Verbotsirrtum befunden zu haben, was zu einem Freispruch führen würde. Es gab ja gute Gründe anzunehmen, dass Korruption bei Vertragsärzten nicht strafbar ist. Möglicherweise hält die Staatsanwaltschaft dagegen, der Verbotsirrtum sei nicht unvermeidlich gewesen – der Vertragsarzt hätte sich fachlich beraten lassen

Verdeckte Zahlungen

■ Ein Hamburger Arzt nahm Umsatzbeteiligungen für die Verordnung von Ratiopharm-Produkten an – und wurde wegen Bestechlichkeit verurteilt.

Ein Urteil vom 9. Dezember 2010 sorgt unter Juristen und Ärzten für Furore: Das Landgericht Hamburg verurteilte einen in Altona niedergelassenen Allgemeinmediziner wegen „Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr“. Der Arzt muss eine Strafe von 90 Tagessätzen à 300 Euro zahlen, weil er Umsatzbeteiligungen für die Verordnung von Arzneimitteln der Firma Ratiopharm angenommen hatte. Der Prozess endete schon nach zwei Verhandlungstagen. Der Angeklagte gab sofort zu, in den Jahren 2004 und 2005 insgesamt sieben Schecks von Ratiopharm jeweils über Beträge zwischen 1.269 und 1.750 Euro

angenommen zu haben – zusammen 10.641 Euro. In seiner Praxis war die Software „Doc-Expert“ installiert, die bei Aufruf einer Medikamentengruppe zunächst Ratiopharm-Produkte vorschlug. Das Pharmaunternehmen hatte Zugriff auf die Verordnungsdaten und konnte so die Umsatzbeteiligung von 2,5 Prozent genau ermitteln.

Von seinem Anwalt ließ der Angeklagte eine Erklärung verlesen, in der er beteuerte, die Zahlungen hätten keinen Einfluss auf sein Ordnungsverhalten gehabt. Die Ermittlungen und das Verfahren würden ihn „seelisch außerordentlich

belasten“. Wenngleich er sein Verhalten rückblickend als Fehler einstufte, habe er seinerzeit nie berufsrechtliche Bedenken gegen diese Praktiken gehabt. Der Anwalt argumentierte, sein Mandant sehe sich nicht als Beauftragter der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern als Freiberufler, der als solcher seine Geschäftsbeziehungen frei gestalten dürfe. Der vorsitzende Richter Stephan Sommer sah das anders, wenngleich er klarstellte: „Anders als in vielen Strafverfahren geht es hier nicht um die Aufklärung von Sachverhalten, sondern um deren rechtliche Interpretation.“

müssen und wäre dann auf das strafrechtliche Risiko aufmerksam gemacht worden. Ich würde dies allerdings als indiskutabel bestreiten. Vor einigen Jahren hätte jeder Anwalt angesichts der juristischen Kommentare und fehlenden Anklagen und Urteile gesagt: „Ich kann kein strafrechtliches Risiko für Vertragsärzte erkennen.“

Was gibt es künftig zu beachten? Die jüngsten Urteile gehen davon aus, dass ein Vertragsarzt zu den Krankenkassen in einem Beauftragtenverhältnis im Sinne des Korruptionsparagrafen steht. Wenn ein Vertragsarzt

also bei der Versorgung seiner Patienten Kosten zu Lasten der Krankenkassen auslöst, darf er sich dabei nicht von sachwidrigen Erwägungen leiten lassen. Persönliche Vorteile, die ein Vertragsarzt von Dritten bekommt (Pharmaindustrie, Krankenhäuser, Kollegen, Hersteller technischer Geräte u.a.), dürfen seine Entscheidungen nicht beeinflussen. Im Zentrum der staatsanwaltschaftlichen Aufmerksamkeit steht bislang die Beeinflussung des ärztlichen Ordnungsverhaltens durch die Pharmaindustrie.

Rechtlich verläuft die Grenze zwischen Verbotenem und Erlaub-

tem ganz klar: Zuwendungen, die allgemeines Wohltun bei den Vertragsärzten schaffen oder erhalten sollen, sind weiterhin erlaubt. Die Beeinflussung einer konkreten Entscheidung des Arztes für eine bestimmte Leistung oder ein bestimmtes Produkt ist verboten. In der Praxis ist diese Trennungslinie freilich deutlich schwieriger zu ziehen.

Eine gesetzliche Regelung für eine Wertgrenze bei Zuwendungen gibt es nicht. In den meisten Richtlinien von Unternehmen der freien Wirtschaft hilft man sich durch die eigenständige Festle-

Fortsetzung auf S. 8 

Neben dem Arzt verurteilte das Gericht auch die Mitangeklagte Kerstin R., die in den betreffenden Jahren als Pharmareferentin für Ratiopharm tätig war. Sie muss für die Bestechung von Vertragsärzten in 16 Fällen eine Strafe von 90 Tagessätzen à 50 Euro zahlen. Auch Kerstin R. bestritt nicht, dem Allgemeinmediziner Schecks überreicht zu haben.

Kerstin R. nahm persönlich Stellung zur Anklageschrift: „Aus Gesprächen mit anderen Außendienstmitarbeitern weiß ich, dass diese Praxis auch in anderen Pharmaunternehmen üblich war. Ich habe das System nicht angezweifelt, denn es war ja überall so.“ Der ärztliche Ehrenkodex sei ihr be-

kannt gewesen, daher hätten die Schecks auch nicht den eigentlichen Zweck der Zahlungen angegeben, sondern seien beispielsweise als Honorar für Vorträge bei fingierten Fortbildungsveranstaltungen deklariert worden. „Die Namen auf den Teilnehmerlisten dieser Fortbildungen kamen zum Teil aus dem Telefonbuch.“

Die Angeklagte betonte allerdings, dass innerhalb ihres Unternehmens nie über die rechtliche Zulässigkeit dieser Praxis diskutiert worden sei. Außerdem habe sie nie selbst Verfügungsgewalt über die ausgestellten Schecks gehabt: „Das ging alles von der Ratiopharm-Zentrale in Ulm aus.“ Erst der

Wechsel in der Geschäftsführung des Pharmakonzerns im Jahre 2005 habe zu einem „vollständigen Philosophiewechsel im Unternehmen“ geführt, „seither gab es keine Zahlungen, Geschenke oder dergleichen mehr“, sagte Kerstin R. In seinem Urteil berücksichtigte Richter Sommer, dass verdeckte Zahlungen der Pharmaindustrie an Ärzte in den betreffenden Jahren weit verbreitet gewesen seien und dass sich die beiden Angeklagten das geschilderte System nicht selbst ausgedacht hatten. Die Urteile sind noch nicht rechtskräftig. Sowohl die Angeklagten als auch die Staatsanwaltschaft haben Revision eingelegt.

Antje Soleimanian

gung einer Obergrenze für den Wert von Geschenken, die angenommen werden dürfen. Häufig wird diese Obergrenze bei 35 Euro festgesetzt. Diese Summe ist angelehnt an lohnsteuerliche Vorgaben, wonach Zuwendungen im Wert von unter 35 Euro nicht deklariert werden müssen. Andere Unternehmen definieren ihre Grenze relativ willkürlich bei 50 Euro. Solche harten Grenzwerte können auch Vertragsärzten als Orientierung dienen. Ergänzend ist festzustellen, dass insbesondere die Annahme von Bargeld wahrscheinlich bei jedem Staatsanwalt Misstrauen hervorrufen wird.

Daneben gibt es ein weiches Kriterium: Erlaubt ist demnach die Annahme von Geschenken und anderen Aufmerksamkeiten im Rahmen der „Sozialadäquanz“. Nur die Annahme persönlicher Vorteile, die geeignet sein könnten, einen gut verdienenden Vertragsarzt in seinen Entscheidungen zu beeinflussen, ist nach derzeitiger Rechtsprechung strafbar. Kleine Werbegeschenke oder eine Esseneseinladung dürften hierzu nicht ausreichen – Einladungen zu Urlaubsreisen, Golfreisen oder Kreuzfahrten hingegen schon.

Grenzwertig sind Tagungen an touristisch attraktiven Orten. Das wissenschaftliche Fortbildungsprogramm darf nicht nur vorgeschoben werden, um in Wahrheit das Bestechungsverbot zu umgehen und die Ärzte

mit Hilfe schöner Reisen einem Hersteller gewogen zu machen. Wenn auch die Ehepartner mitkommen oder die Reise neben dem fachlichen Programm in Rio de Janeiro noch eine Rundtour durch Brasilien umfasst, sind das Indizien dafür, dass der Arzt im Hinblick auf die spätere Abnahme von Produkten des Geldgebers beeinflusst werden soll.

Für Vorträge und andere Leistungen können Vertragsärzte grundsätzlich Honorare in unbegrenzter Höhe annehmen. Firmen dürfen die Kompetenz eines Vertragsarztes einkaufen. Allerdings muss die erbrachte Leistung in einem angemessenen Verhältnis zum Honorar stehen, sonst entsteht der Verdacht, es handle sich um verdeckte Bestechungszahlungen. Ein Hinweis auf Bestechlichkeit wäre auch, wenn ein Arzt offenbar ohne medizinische Indikation jene Hersteller bevorzugt, mit denen er geschäftliche Verbindungen unterhält.

Ob sogenannte Anwendungsbeobachtungen zulässig sind, wird heiß diskutiert. Soll lediglich der Einsatz bestimmter Medikamente gefördert werden, handelt es sich um Korruption. Erscheint eine Anwendungsbeobachtung wissenschaftlich plausibel, muss eine Aufwandsentschädigung der teilnehmenden Ärzte weiterhin erlaubt sein. Ein Risiko für teilnehmende Ärzte bleibt bestehen, da wichtige Experten diese Studienform insgesamt für nutzlos halten.

Zusammenfassend lässt sich

sagen: Ein Vertragsarzt darf Geschenke und Honorare annehmen, sofern es sich dabei nicht um eine Gegenleistung für die Bevorzugung eines bestimmten Herstellers, Kollegen, Krankenhauses o.ä. handelt. Was hier so klar und einfach klingt, ist allerdings im Alltag nur schwer einzugrenzen. Schon der böse Schein kann ausreichen, um die Staatsanwaltschaft zu aktivieren.

Deshalb rate ich dazu, bei der Annahme von persönlichen Vorteilen künftig vorsichtig und zurückhaltend zu sein. Die wichtigste Abwehrstrategie gegen mögliche Verdächtigungen ist vollständige Transparenz. Die Vertragsärzte sollten ihre Geschäftsbeziehungen nachvollziehbar machen, sie sollten dokumentieren, welche Leistungen sie angenommen und erbracht haben. Leistung und Gegenleistung müssen in einem angemessenen, auch für Außenstehende plausiblen Verhältnis zueinander stehen.

Ein Korruptionsexperte hat die gegenwärtig zu beobachtende Wende der Rechtsprechung kürzlich als „Stunde Null“ und „neue Zeitrechnung“ bezeichnet. Tatsächlich gerät nun auch manches, was bislang als gängige Praxis angesehen wurde, ins Visier der Strafverfolgungsbehörden. Deshalb ist es dringend erforderlich, ein entsprechendes Problembewusstsein in der Vertragsärzteschaft zu wecken.

*Dr. Oliver Sahan,
Strafverteidiger bei Roxin
Rechtsanwälte LLP in Hamburg*

Tag der Niedergelassenen



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



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

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

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

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

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

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



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin

Veranstalter: **WISO S.E. Consulting GmbH**



Foto: Felix Faller

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

Fragen und Antworten

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

1 *Müssen die Zahlungsaufforderungen für die Kassengebühr bei der KV eingereicht werden?*

Nein. Die Information, dass die Kassengebühr von einem Patienten trotz Zahlungsaufforderung nicht gezahlt wurde, wird automatisch über die Codierung (z.B. 80044) weitergegeben. Für den Einzug der ausstehenden Kassengebühr ist seit Mitte 2010 eine von der KV beauftragte Rechtsanwaltskanzlei zuständig.

Bitte verwenden Sie nur noch die neuen Vordrucke für die Zahlungsaufforderung (Kopiervorlage im *KVH-Journal* 4 und 5/2010, Seite 17 oder im Internet unter: www.kvhh.de

→ Abrechnung → Kassengebühr → Zahlungsaufforderung). Bewahren Sie eine Kopie der vom Patienten unterschriebenen Zahlungsaufforderung fünf Jahre zu Dokumentationszwecken in der Praxis auf.

2 *Mein Blutspendedienst hat mich informiert, dass Transfusionsbestecke für Blutkonserven nicht zusammen mit den gewünschten Blutprodukten verordnet werden können, sondern als Sprechstundenbedarf angefordert werden müssen. Ist das richtig?*

Ja. Die Verordnung von Transfusionsbestecken erfolgt nach der derzeit gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung

als Sprechstundenbedarf zu Lasten der BARMER GEK. Auf dem Verordnungsblatt kennzeichnen Sie dann bitte den Status 9 (Sprechstundenbedarfsverordnung).

3 *Ich habe ein Schreiben vom Deutschen Roten Kreuz erhalten, in dem ich aufgefordert werde, häusliche Krankenpflege gleich für das ganze Jahr 2011 zu verordnen. Ist das denn erlaubt?*

Nein. Sie müssen sich vom Zustand des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugen, wenn Ihnen beides nicht ohnehin aus der laufenden Behandlung bekannt ist –

und Sie müssen sich darüber hinaus vergewissern, dass die verordneten Maßnahmen Erfolg haben.

Deshalb soll eine Erstverordnung den Zeitraum von 14 Tagen nicht überschreiten. Folgever-

ordnungen können für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden, wenn die Notwendigkeit hierfür begründet wird. Die Kontrolle des Erfolgs der verordneten Maßnahmen schließt aber eine Verordnung für den

Zeitraum eines Jahres aus (siehe Häusliche Krankenpflege-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Aus diesem Grund sollten Sie Verordnungen höchstens für das jeweilige Quartal ausstellen.

Aufbewahrungsfrist für DMP-Dokumentationen wird verlängert

Die Aufbewahrungsfrist für die DMP-Dokumentationsdaten wird verlängert. Damit die Daten aus den Jahren 2003 und 2004 weiter für die Prüfungen nach § 15a RSAV und die Evaluation der Programme zur Verfügung stehen, müssen sie von den DMP-Datenstellen und den teilnehmenden Ärzten zwei Jahre länger als ursprünglich vorgesehen aufbewahrt werden und sind erst zum 1. Januar 2013 zu löschen. Dies sieht eine am 22. Dezember 2010 durch das Bundesministerium für Gesundheit erlassene Rechtsverordnung vor (23. RSA-ÄndV). Eine Aufbewahrung der DMP-Daten über den 31. Dezember 2012 hinaus soll noch geprüft werden. Ursprünglich war vorgesehen,

dass die DMP-Daten nach Ablauf einer Aufbewahrungsfrist von sieben Jahren gelöscht werden müssen. Diese Frist ist nun zunächst bis Ende 2012 verlängert worden. Die Änderung betrifft in erster Linie die Datenstellen, die mit der Verarbeitung der DMP-Dokumentationen beauftragt sind. In einigen Ausnahmefällen ist sie aber auch für Arztpraxen relevant: Ärzte, die in den Anfangsjahren der DMPs ihre Dokumentationen elektronisch übermittelt haben, gingen dabei nach dem vertraglich vereinbarten „Archivierungsverfahren“ vor. Ein unterschriebener Ausdruck der jeweiligen Erst- oder Folgedokumentation wurde in der Arztpraxis archiviert. Auch diese Dokumentationen

müssen nach der neuen Regelung bis Ende 2012 aufbewahrt und dürfen erst dann vernichtet werden.



Foto: iStockphoto

Korrektur zu KVH-Journal 1/2011

Bei den Eurobeträgen in der Tabelle „Unterschiedlicher Behandlungsbedarf“ (Seite 5) handelt es sich nicht, wie fälschlich angegeben, um die Gesamtvergütung je Versichertem, sondern um die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versichertem. Wir bitten, diesen Fehler zu entschuldigen.



Foto: iStockphoto

Einweisung oder Überweisung?

■ In den Praxen tauchen immer wieder Fragen zur Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf. Unberechtigte Anforderungen von Einweisungs- oder Überweisungsscheinen durch Krankenhäuser sorgen für zusätzliche Irritationen. Hier die wichtigsten Regeln im Überblick

Einweisungen ins Krankenhaus

Einweisung zur stationären Behandlung

Ein Patient wird zur Behandlung im Krankenhaus eingewiesen, wenn der behandelnde Vertragsarzt der Auffassung ist, dass die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung (inklusive häuslicher Krankenpflege) ausgeschöpft sind und eine stationäre Versorgung zwingend geboten ist. Es ist also unzulässig – wenn auch bisweilen von Kliniken gefordert –, für einen Erkrankten, der ambulant behandelt werden kann, eine Einweisung auszustellen.

Die Einweisung ist grundsätzlich gültig, bis der Behandlungsfall vom Krankenhaus abgeschlossen wird. Auf Grundlage der Einweisung

werden dem Krankenhaus folgende Leistungen vergütet:

- Vorstationäre Diagnostik durch das Krankenhaus (Diese muss innerhalb von 14 Tagen vor der Aufnahme des Patienten erfolgen. Die vorstationären Leistungen kann das Krankenhaus auch dann auf Basis des Einweisungsscheins abrechnen, wenn es aufgrund der Ergebnisse nicht zu einer Aufnahme kommt.)
- Stationäre Behandlung
- Nachstationäre Behandlung (muss innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Patienten erfolgen)

Da die vor- und die nachstationäre Behandlung von der Einweisung umfasst sind, kann ein

Krankenhaus für diese Leistungen nicht zusätzlich noch eine Überweisung anfordern.

Bisweilen kommt es vor, dass ein Krankenhaus einen zweiten Einweisungsschein anfordert, wenn die Aufnahme des Patienten nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Erstvorstellung im Krankenhaus erfolgte. Den Einweisungsschein nochmals auszustellen, ist jedoch unzulässig. Es liegt an der innerbetrieblichen Organisation des Krankenhauses, wenn die 14-Tages-Frist nicht eingehalten wird.

Das Krankenhaus kann die nachstationäre Behandlung an einen Vertragsarzt delegieren. Der Vertragsarzt kann diese Leistungen dann aber nicht über die KV abrechnen, sondern muss sich mit dem

Krankenhaus über das Entgelt einigen.

Einweisung zur teilstationären Behandlung

Der Vertragsarzt weist Patienten in die Tagesklinik eines Krankenhauses ein, wenn eine teilstationäre Behandlung ausreichend ist. Der Patient hält sich in diesem Fall nur tagsüber im Krankenhaus auf und wird während dieser Zeit gepflegt. Die Einweisung wird einmalig zu Beginn der (in der Regel mehrwöchigen oder -monatigen) Behandlung ausgestellt.

Überweisungen ins Krankenhaus

Krankenhäuser sind grundsätzlich nicht zur ambulanten Versorgung zugelassen. Nur in einigen Ausnahmefällen können Krankenhäuser mit einem Überweisungsschein für ambulante Leistungen in Anspruch genommen werden.

Überweisung an einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte Abteilung / Ambulanz

Das Leistungsspektrum des ermächtigten Arztes beziehungsweise der ermächtigten Abteilung/Ambulanz ist je nach Ermächtigungsumfang begrenzt. Von diesem Ermächtigungsumfang hängt auch ab, welche Fachgruppen überweisen können.

Überweisungen sind nur in diesem Rahmen zulässig. Der Überweisungsempfänger ist namentlich zu benennen. Der

ermächtigte Arzt muss die Leistungen persönlich erbringen.

Der ermächtigte Arzt beziehungsweise die ermächtigte Abteilung/Ambulanz rechnet über den Überweisungsschein mit der KV ab.

Überweisung an die Hochschulambulanz (Poliklinik)

Der Überweisungsschein wird ausschließlich auf „Hochschulambulanz (Poliklinik)“ ausgestellt – ohne Nennung einer Fachabteilung. Die Untersuchung und Behandlung des Patienten erfolgt an der Hochschulambulanz in dem für Forschung und Lehre notwendigen Umfang. Das Krankenhaus rechnet nicht über den Überweisungsschein ab, sondern erhält von der Krankenkasse eine Pauschale. In dieser Pauschale sind alle Leistungen enthalten, die bei dem überwiesenen Patienten durchgeführt werden müssen und im Universitätskrankenhaus möglich sind. Für einige dieser Leistungen nochmals einen gesonderten Überweisungsschein eines Vertragsarztes anzufordern, ist nicht zulässig.

Überweisung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

Bei einer Überweisung ans Krankenhaus zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen nach § 116b SGB V muss der Überweisungsempfänger namentlich benannt sein. Außerdem muss „Behandlung nach § 116b“ auf der

Überweisung vermerkt sein. (Die Überweisungsvordrucke werden ab 1. April 2011 ein entsprechendes Feld enthalten.)

„Überweisung“ zum ambulanten Operieren im Krankenhaus

Bei ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V handelt es sich um einen Sonderfall: Zugangsvoraussetzung ist weder Einweisung noch Überweisung. Es schadet aber nicht, wenn ein Vertragsarzt eine Überweisung zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus ausstellt – quasi als „Laufzettel“. Der Überweisungsempfänger muss dabei nicht namentlich benannt sein. Die ambulante Operation wird direkt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet. Zusätzlich erforderliche, auf das Fachgebiet des Operators oder des Anästhesisten bezogene Leistungen, für die das Krankenhaus die erforderlichen Einrichtungen hat, können im Krankenhaus durchgeführt werden. Auch diese Leistungen werden direkt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet.

Zusätzlich erforderliche fachgebietsbezogene Leistungen, für die das Krankenhaus nicht die erforderliche Einrichtung hat, oder zusätzlich erforderliche nicht fachgebietsbezogene Leistungen werden per Überweisungsschein von einem Vertragsarzt angefordert.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900*

Etappensieg zur Vernunft

- Die KV Hamburg konnte erreichen, dass der regionale Behandlungsbedarf nach realistischen Kriterien ermittelt wird. Der drohende Honorarverlust für die Hamburger Ärzte ist damit vorerst abgewendet.

Im Kampf gegen ungerechtfertigte Honorarverluste hat die KV Hamburg einen Etappensieg errungen. Ende vergangenen Jahres sprach sich eine Mehrheit der KVen dafür aus, in die Berechnungen zum „einheitlichen Behandlungsbedarf“ weitere Faktoren einzubeziehen, um ein korrektes Abbild der Bedarfe einer Region zu erhalten (siehe KVH-Journal 1/2011). Dass die für 2011 vorgenommene Verteilungsmechanik willkürlich und damit rechtswidrig war, hat indes ein Gutachten belegt, das die KV Hamburg gemeinsam mit anderen KVen in Auftrag gegeben hatte.

Die Büchse der Pandora ist geöffnet, und so schnell wird sie niemand wieder schließen können. Der Verteilungskampf zwischen den KVen um

die mittlerweile wieder strikt budgetierte Gesamtvergütung ist entbrannt.

Zwischenzeitlich hatte die KBV eine Arbeitsgruppe namens "Gute Versorgung" installiert, um Blaupausen für die Politik zu erstellen, die im April einen ersten Entwurf für ein "Versorgungsgesetz" mitsamt Systematik für die "Angleichung der Honorare" vorlegen möchte. Die KBV wollte drei Ziele erreichen:

1. Einen Berechnungsmodus finden, mit dem man nach bundesweit einheitlichen Kriterien den „richtigen“ Behandlungsbedarf einer Region ermitteln kann.
2. Versorgungsziele definieren, bei deren Erreichung Zusatz-

zahlungen auf die Gesamtvergütungen zu leisten wären.

3. Qualitäts-Parameter finden, die ebenfalls zu einem Aufschlag auf die Gesamtvergütung führen würden.

Die entscheidende Schlacht wurde natürlich um den ersten Punkt geführt, denn der Behandlungsbedarf entscheidet nun einmal darüber, wie hoch die Gesamtvergütung einer KV ausfällt. Für 2011 war dieser Bedarf bereits „asymmetrisch“ verteilt worden. Der KV Hamburg wurde insoweit überhaupt kein Zuwachs zugestanden.

Basis der Berechnungen war der „historische“, also gewachsene Leistungsbedarf, der sich im Wesentlichen in der abgerechneten Punktzahlmenge ausdrückt. Dieser wird fortentwickelt durch die „Morbidität“, die wiederum ermittelt wird über die Kodierungen der Ärzte und Psychologen einer Region. Weitere Faktoren aus dem sozio-demographischen Bereich, die nach deutschen und internationalen Studien einen nachweisbaren Einfluss auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen haben, wurden unter den Tisch gekehrt. Genau darin sieht das Gutachten der Rechtsanwaltskanzlei Prof. Zuck und Kollegen aus Stuttgart die Rechtswidrigkeit des Vorgehens



Wird das Honorarbudget gerecht unter den KV-Regionen verteilt? KBV und KVen ringen um einen Berechnungsmodus.

– und bestätigt damit die Position der KV Hamburg, die die Form der Verteilung für willkürlich hält.

In einer KBV-Klausurtagung gelang es dem Vorstand der KV Hamburg nun, eine Mehrheit der KVen davon zu überzeugen, künftig auch diese Faktoren in die Berechnung einfließen zu lassen. Dadurch wird der Umverteilungseffekt deutlich gerin-

ger, für Hamburg ergäbe sich ein Nullsummenspiel – was anders ausgedrückt bedeutet, dass die aktuelle Höhe der Gesamtvergütung für die KV Hamburg im Vergleich zu den anderen KVen korrekt ist.

Aber dies ist nur ein Etappensieg. Die KVen, die sich von einer Fortschreibung der Asymmetrie à la 2011 Vorteile erhoffen – vor allem Nordrhein, Westfalen-

Lippe und einige östliche KVen –, haben bereits damit begonnen, den Beschluss zu zerreden. Doch wir sind gut gerüstet. Immerhin haben wir nicht nur die besseren Argumente, sondern diese nun auch schwarz auf weiß.

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstand
der KV Hamburg*

Kodierrichtlinien-Tool kann deaktiviert werden

■ Praxen können sich sukzessive mit den neuen Anforderungen vertraut machen

Mit dem letzten Quartalsupdate haben die Praxen von ihren Softwarehäusern eine Anwendung erhalten, um die Ambulanten Kodierrichtlinien in ihren Praxisverwaltungssystemen einzusetzen. Die Kodierrichtlinien werden Ende Juni 2011 verbindlich. Bis zum Ende dieser Übergangsfrist kann jede Praxis entscheiden, ob und wann sie die

Anwendung aktiviert. In dieser Zeit kann das Kodierrichtlinien-Tool auch wieder abgeschaltet werden.

Ursprünglich war geplant, die Aktivierung des Tools zu einem unumkehrbaren Schritt zu machen. Das wäre der Absicht zuwider gelaufen, den Ärzten während der Übergangsphase

bis Juni 2011 die Gelegenheit zum Testen der Neuerungen und zur sukzessiven Anpassung der Diagnosen zu geben. Die Praxen hätten die Kodierrichtlinien von einem Moment auf den anderen im Alltagsbetrieb zwingend umsetzen müssen. Deshalb hat sich die KBV schließlich für die Möglichkeit eines „weichen“ Einstiegs entschieden.

Abrechnung Sozialhilfeträger erfolgt elektronisch

■ Keine Scheinabgabe mehr erforderlich

Bei der Abrechnung der sonstigen Kostenträger „Sozialhilfeträger“ wird der jeweilige Behandlungsschein nicht mehr bei der KV eingereicht. Die Abrechnung erfolgt seit 1. Januar 2011 elektronisch.

Bitte achten Sie darauf, bei diesen Versicherten die Personalkennnummer (Feldkennung

4124 „SKT-Zusatzangabe“), gegebenenfalls das Gültigkeitsdatum des Behandlungsscheines (Feldkennung 4125) und „einschränkende Vermerke für den behandelnden Arzt“, zum Beispiel „keine Überweisung möglich“, „nur gültig im Landkreis xyz“ (Feldkennung 4126 „SKT-Bemerkungen“) in

der Praxis-Software einzutragen. Diese Daten sollten vom Praxisverwaltungssystem automatisch abgefragt werden, wenn Sie einen Schein „Sozialhilfeträger“ anlegen.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900*

Online-Abrechnung mit KV-WebNet

- Die Abrechnung des laufenden Quartals muss erstmals online an die KV geschickt werden. Hier einige Fragen, die in den Beratungsgesprächen zur Nutzung von KV-WebNet immer wieder auftauchen.

Ich habe gehört, die Online-Abrechnung mit KV-WebNet sei nicht sicher. Stimmt das?

Nein. Richtig ist: Die Online-Abrechnung über KV-WebNet ist SSL/TLS-verschlüsselt. Dieses Verschlüsselungsverfahren ermöglicht eine eindeutige Identifikation des Adressaten beim Verbindungsaufbau, wenn ein entsprechendes digitales Zertifikat vorhanden ist. Die KV Hamburg verfügt über ein institutionsvalidiertes Zertifikat, das von einer vertrauenswürdigen und unabhängigen Zertifizierungsstelle erteilt wurde. Somit sind die sichere Authentifizierung und die Überprüfung der Gültigkeit des Zertifikats jederzeit gegeben.

Außerdem erfolgt eine verschlüsselte und integritätsgesicherte Ende-zu-Ende-Übertragung der bereits vom KBV-Kryptomodul verschlüsselten Abrechnungsdatei. Laut Bundesnetzagentur und „National Institute of Standards and Technology“ gehört die Verschlüsselungsstufe der von der KV bereitgestellten SSL/

TLS-Verbindung zur derzeit sichersten Stufe.

Fazit: Die Übermittlung der Abrechnungsdaten über KV-WebNet ist sicher.

Die hier beschriebene Sicherheit beschränkt sich auf die Datenübertragung zwischen Ihrem Internetbrowser und einem Webserver der KV und hat mit der Absicherung Ihres lokalen Netzwerks beziehungsweise der Daten des genutzten Rechners nichts zu tun. Daher wird die Nutzung eines eigenständigen Internet-Rechners empfohlen.

Ich habe in der Praxis kein Internet, nur zu Hause.

Was tun?

Lassen Sie sich für KV-WebNet freischalten. So können Sie Ihre Abrechnungsdaten auch von zu Hause schicken. Und so funktioniert es:

Vor dem Ende des ersten Quartals

- Registrieren Sie sich über das KV-Hamburg-Portal (<https://www.ekvhh.de>).

- Faxen Sie die Empfangsbestätigung zurück, nachdem Sie von der KV die Zugangsdaten bekommen haben.
- Danach werden Sie für KV-WebNet freigeschaltet.

Am Ende des Quartals

- Erstellen Sie Ihre Abrechnungsdatei wie bisher auf dem Praxisrechner und ziehen Sie sie auf einen Datenträger (zum Beispiel CD, DVD).
- Loggen Sie sich zu Hause in das KV-Hamburg-Portal ein
- Übermitteln Sie die Abrechnung vom Datenträger an das KV-Hamburg-Portal

*Ansprechpartner:
Ghislain Kouematchoua,
Tel: 22802-309*

Der Zugang zu KV-WebNet mit Benutzername und Passwort ist noch nicht betriebsbereit. Sie werden benachrichtigt, sobald die Umsetzung abgeschlossen ist.

Sicherungskopie der Abrechnungsdatei ist weiterhin verpflichtend

Eine Sicherungskopie der Abrechnungsdatei muss mindestens 16 Quartale lang aufbewahrt werden (KBV-Richtlinien für den Einsatz von IT-Systemen gemäß §295 Abs. 4 SGBV). Es ist zu empfehlen, die Sicherungskopie der Abrechnung auf einem externen Medium (zum Beispiel CD, DVD) zu erstellen.

Referenzwerte bei Röntgenuntersuchungen

■ Für einige Untersuchungsbereiche gibt es Aktualisierungen

Die diagnostischen Referenzwerte, die von den Ärztlichen Stellen in einer jährlichen Routineprüfung bei den Vertragsärzten abgefragt und an das Bundesamt für Strahlenschutz weitergeleitet werden, sind aktualisiert worden. Nach § 16 Abs. 1 der Röntgenverordnung müssen die diagnostischen Referenzwerte bei Untersuchungen am Menschen zu Grunde gelegt werden.

Für folgende Untersuchungsbereiche hat das Bundesamt

für Strahlenschutz die Werte aktualisiert:

- Röntgenaufnahmen bei Erwachsenen
- diagnostische und interventionelle Durchleuchtungsuntersuchungen bei Erwachsenen
- CT-Untersuchungen für Erwachsene pro Scannerie
- pädiatrische Röntgenuntersuchungen

- pädiatrische CT-Untersuchungen pro Scannerie

Bei den nuklearmedizinischen Untersuchungen gelten die diagnostischen Referenzwerte von 2003 weiter.

Die aktualisierten Werte im Internet: www.kvhh.de → Qualität → Ärztliche Stelle → Diagnostische Referenzwerte

Ansprechpartnerinnen:

Claudia Hinsch, Tel: 22802-893

Sylvia Storm, Tel: 22802-552

Qualitätsmanagement-Seminare

■ Angebot um neue Themen erweitert

Die KV Hamburg hat ihr Angebot an QEP-Seminaren erweitert. Im Mai und im Oktober 2011 geht es um Themen, die für jeden Praxischef von Interesse sind: das Beschwerde- und Fehlermanagement in der Praxis und die Führung von Mitarbeitern. Die Seminarinhalte sind zwar auf das Qualitätsmanagement-System QEP zugeschnitten, jedoch auch für die Nutzer anderer Systeme im Praxisalltag anwendbar.

Beschwerde- und Fehlermanagement

Das Seminar gibt Ihnen Antworten und Tipps auf die Fragen:

- Wie können Mitarbeiter und Praxisinhaber souverän mit Patientenbeschwerden umgehen?
- Wie kann bereits im Vorfeld strukturiert vermieden werden, dass es überhaupt zu derartigen Beschwerden kommt?
- Wie wird ein funktionierendes Fehlermanagement aufgebaut und welche Vorteile hat es?

In kleinen Gruppen werden anhand von Fallbeispielen für diese Fragen Lösungsansätze erarbeitet.

Termin: Mittwoch, 4. Mai 2011 (9.30 bis 17 Uhr)

Personalführung für Ärzte

Wer in seiner Praxis Mitarbeiter beschäftigt, hat eine Führungsrolle. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden und um die Motivation des Praxisteam zu erhalten, benötigt der Praxischef Grundkenntnisse der Personalführung.

Dieses Seminar greift zum Beispiel folgende Themen auf:

- Personalauswahl
- Einstellungsmodalitäten
- Motivation
- Konfliktbewältigung

Termin: Mittwoch, 19. Oktober 2011 (9.30 bis 17 Uhr)

Ansprechpartnerin:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633





Foto: iStockphoto

Kompetenzzentrum für Hygiene und Medizinprodukte gegründet

■ Hauptaufgabe ist qualifizierte Beratung der Praxen

Es gibt eine Vielzahl von Vorschriften zur Hygiene und zum Einsatz von Medizinprodukten. Um die Praxen bei deren Umsetzung zu unterstützen, wurde Mitte 2010 das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte bei der KV Baden-Württemberg eingerichtet. Das Zentrum ist eine kooperative Einrichtung der Länder-KVen und der KBV.

In einem ersten Schritt wurden Mitarbeiter der Länder-KVen geschult, um die Praxen bei Fragen zu Hygiene oder zur

Aufbereitung von Medizinprodukten fachkundig beraten zu können. In Planung sind Musterhygienepläne und eine Datenbank für die Risikoeinstufung von Medizinprodukten. Ein auf Excel basierendes betriebswirtschaftliches Berechnungstool, mit dem sich die Kosten für die Instrumentenaufbereitung bestimmen lassen, ist bereits verfügbar und kann über die KV Hamburg bezogen werden.

Je nach Bundesland überwachen derzeit Gesundheits-

ämter, Regierungspräsidien, Bezirksregierungen oder Gewerbeaufsichtsämter die Einhaltung der Vorschriften in den Praxen. Die Häufigkeit und Zielsetzung der Kontrollbesuche variieren, und auch die Entscheidungspraxis ist unterschiedlich. Ein weiteres zentrales Anliegen des Kompetenzzentrums ist es deshalb, bundeseinheitliche Überprüfungsstandards zu schaffen.

Ansprechpartnerin:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

Meldung von Praxisbesonderheiten

■ Eingabe der Symbolziffern vorerst manuell

Die Praxisbesonderheiten im Arzneimittel- und im Heilmittelbereich können seit Anfang des Jahres schon mit der Abrechnung gemeldet werden (näheres hierzu im Serviceheft „Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2011“, das Ihnen zugeschiedt wurde). Die betreffenden

Symbolnummern sind in der GO-Stammdatei aber noch nicht hinterlegt und müssen einmalig manuell in die Stammdatei eingegeben werden. Benötigen Sie dabei Unterstützung, wenden Sie sich bitte an Ihren Softwareanbieter.

Die Symbolnummer sollte bei

der ersten Verordnung des entsprechenden Arznei-/Heilmittels im Quartal eingetragen werden, damit die spätere Berücksichtigung als Praxisbesonderheit vor Einleitung eines Prüfverfahrens möglich ist. Es reicht aus, die Nummer einmal pro Patient und Quartal einzutragen.

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles

■ Zahlreiche Krankenkassen verzichten auf ihr Recht, über Genehmigung zu entscheiden

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles müssen grundsätzlich durch die Krankenkasse genehmigt werden. Allerdings kann die Krankenkasse darauf verzichten, von diesem Recht Gebrauch zu machen (Ziffer 11.5 Heilmittel-Richtlinie). Zahlreiche Krankenkassen haben der KV gegenüber erklärt, dass sie auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten.

Eine aktuelle Aufstellung dieser Krankenkassen ist im Internet zu finden unter: www.kvhh.net → *Verordnung* → *Heilmittel*

Achtung: Weder eine Genehmigung noch die Freistellung von der Genehmigungspflicht nimmt die Feststellung der Wirtschaftlichkeit im Prüfverfahren vorweg. Heilmittelverordnungen außerhalb des

Regelfalles sind somit keine Praxisbesonderheiten per se. Die Verordnungen fließen in voller Höhe in das Heilmittelbudget der Praxis ein und müssen gegebenenfalls in einem Prüfverfahren begründet werden. Bitte beachten Sie daher die Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie und prüfen Sie die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit jeder Verordnung.

Internet-Portal "Verordnete Leistungen"

■ Informationsangebot der KBV wurde um neue Bereiche erweitert

Das vor einem Jahr gestartete Internetportal „Verordnete Leistungen“ der KBV ist ausgebaut worden. Zu den Themenbereichen Heilmittel und Rehasport sind nun Arbeitsunfähigkeit, häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlung, Krankentransport und spezialisierte ambulante

Palliativversorgung hinzugekommen. Auf den Seiten der einzelnen Themenbereiche finden Sie wichtige Rechtsgrundlagen, Verordnungsvordrucke sowie Hinweise zum Ordnungsverfahren und zur Wirtschaftlichkeit. Ergänzt wird das Angebot um themenrelevante Informationen

beispielsweise zur Vergabe von SAPV-spezifischen Betriebsstättennummern, um aktuelle statistische Auswertungen und zahlreiche Linksammlungen. Internetplattform der KBV zu Heilmitteln und anderen verordneten Leistungen: www.verordnete-leistungen.de

Reboxetin darf nicht mehr verordnet werden

■ Kein Beleg für Nutzen im Vergleich zu Placebo

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. September 2010 beschlossen, die Verordnung von Reboxetin zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen auszuschließen (BAnz Nr. 185 vom 07.12.2010, S. 4059).

Hintergrund der Entscheidung war eine Bewertung des Instituts für Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Der Bewertung zufolge gebe es keine Belege für einen Nutzen von Reboxetin im Vergleich zu Placebo bei der Behandlung von Patienten mit Depressionen, erklärte der G-BA. Im Vergleich zu anderen Arzneimitteln sei in Studien sogar eine Unterlegenheit von Reboxetin belegt. Zudem hätten sich Belege für

Gesundheitsschädigungen von Patienten durch Nebenwirkungen ergeben.

Um eine therapiegerechte Umstellung der Patienten zu ermöglichen, tritt die Regelung erst zum 1. April 2011 in Kraft.

Der Beschluss im Internet: www.g-ba.de → *Beschlüsse* → *Auswahloptionen: Arzneimittel*

Geänderte Regeln für die Substitution von Arzneimitteln

■ Ärzte sind von den Neuerungen nicht direkt betroffen

Seit Anfang des Jahres gelten für die Substitution von Arzneimitteln in den Apotheken veränderte Kriterien.

Danach sind Arzneimittel austauschbar bei

1. identischem Wirkstoff,
2. mindestens einer gleichen Zulassungsindikation (früher mussten alle Zulassungsindikationen gleich sein),
3. gleicher Normgröße (N1, N2 oder N3) (früher war die Stückzahl ausschlaggebend) und
4. identischer oder zumindest vergleichbarer Darreichungsform.

Probleme könnten durch das neue Substitutionskriterium

Normgröße entstehen, da zeitgleich die Packungsgrößenverordnung geändert wurde. Einige Arzneimittel haben durch geänderte Normierungsvorgaben keine N-Kennzeichnung mehr. Gibt es deshalb im Einzelfall Probleme, so können die Mengenangaben (zum Beispiel 10 Stück) auf das Rezept geschrieben werden. Die Verordnungsfähigkeit dieser Präparate (auch ohne N-Kennzeichnung) ist nach Auffassung des Ministeriums unverändert gegeben.

Unverändert gilt: Substituiert werden darf in der Apotheke nur bei Wirkstoffverordnungen oder fehlendem Substitutionsverbot (kein Kreuz im Aut-idem-Feld) unter Einhaltung der Austauschkriterien.

Ein Verbot der Substitution sollte auch weiterhin nur bei medizinisch/therapeutischer Notwendigkeit erfolgen.



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



Arztbewertungsportale auf dem Prüfstand

■ ÄZQ veröffentlicht Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat die Qualität von kommerziellen Internet-Arztbewertungsportalen geprüft. Beurteilungsgrundlage war ein Katalog mit „Anforderungen an gute Arztbewertungsportale“, den das ÄZQ mit Hilfe von Juristen und Qualitätsfachleuten ausgearbeitet hat.

„Wir haben kein Ranking vorgenommen“, sagt Corinna Schaefer vom ÄZQ. „Die Gewichtung der Kriterien kann jeder Nutzer selbst vornehmen – je nachdem, ob man beispielsweise die Verständlichkeit des Bewertungsverfahrens, den Schutz gegen Täuschungsmanöver oder die Trennung von Information und Werbung am wichtigsten findet.“

Offenbar kann es sich keines der Portale leisten, mit der Veröffentlichung von Bewertungen zu warten, bis eine repräsentative Mindestanzahl pro

Arzt zusammen gekommen ist. „Das ist ein grundlegendes Problem“, sagt Corinna Schaefer. „Ein oder zwei Bewertungen pro Arzt sind nicht aussagekräftig genug.“ Das Interesse an den Portalen scheint noch zu gering zu sein; es gibt nicht genug Patienten, die sich zu Wort melden.

Der Vorschlag, die Bewertungsportale einer genaueren Prüfung zu unterziehen, wurde von der KV Hamburg unterbreitet und über die Selbstverwaltung an das ÄZQ herangetragen. Das Prüfverfahren fand in der Zeit zwischen Mai und Juli 2010 statt. Das ÄZQ schrieb den untersuchten Portalen allesamt ins Stammbuch, es seien im Sinne von Transparenz und Verlässlichkeit noch Nachbesserungen geboten.

Die Betreiber konnten die Gutachten einsehen und kommentieren. Einige haben bereits

Veränderungen an ihrem Webauftritt vorgenommen oder kündigten dies zumindest an.

Sieben der zehn untersuchten Portale stimmten einer Veröffentlichung der sie betreffenden Ergebnisse zu. *DocInsider.de*, *Ensando.de* und *Med.de* verweigerten ihre Zustimmung. So nahmen diese drei Portale für sich selbst eine Möglichkeit in Anspruch, die sie den Ärzten nicht einräumen. Keines der zehn Portale informiert die Ärzte über abgegebene Bewertungen. Bei keinem können die Ärzte Bewertungen schon im Vorfeld einsehen und eine Veröffentlichung verhindern.

mn

Die freigegebenen Gutachten sind im Internet einsehbar: www.arztbewertungsportale.de → (linke Navigationsleiste) Bewertete Portale

Steckbrief – Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

Dr. Barbara Fünér



Geburtsdatum: 19. September 1944

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Augenheilkunde

Weitere Ämter: Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Augenärzte (BVA),
Obmännin Kreis 13

Hobbys: Klavier, Malen, Sport

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

Ja, auf jeden Fall. Ich würde wieder Ärztin werden.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Kollegiale Zusammenarbeit aller Fachgruppen, Erhalt der Freiberuflichkeit.

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

Die ständigen Gesetzesänderungen machen unser Gesundheitssystem nicht besser.

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

Von einem Treffen mit Politikern würde ich mir wenig versprechen. Deren Antworten auf unsere Fragen sind letztlich keine.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?

In der Entwicklungshilfe arbeiten, was als Augenärztin leider schwierig ist.

Terminkalender

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

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

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

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen

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

5-teiliges Blockseminar 2011

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

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

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

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

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

34 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

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

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

10 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

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

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

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

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

10 Punkte

Datenschutz in der Praxis

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

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

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

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

10 Punkte

QMB-Seminar

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

3-teiliges Blockseminar

Mi 18.05.2011 (9:30 – 17:00 Uhr)

Mi 25.05.2011 (9:30 – 17:00 Uhr)

Mi 08.06.2011 (9:30 – 17:00 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Fachtagung: Bewusster Umgang mit Medikamenten

Die Hamburger Gesundheitsbehörde stellt ihre zusammen mit Partnern aus dem Gesundheitswesen (unter anderem der KV Hamburg) entwickelte Kampagne gegen Medikamentenmissbrauch vor. Drei Fachvorträge widmen sich dem Gefahrenpotenzial von Benzodiazepinen.

Mi 23.02.2011 (ab 11:00 Uhr)

Patriotische Gesellschaft, Reimarus-Saal im 1. OG
Trostbrücke 4, 20457 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.mitdenken-hamburg.de

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen
Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

1. schnelle und verbindliche Auskünfte in allen Fragen,
die die vertragsärztliche Tätigkeit und das Leistungs-
spektrum der KVH betreffen
2. schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte
Information nicht sofort erteilt werden kann
3. 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

