

KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 3/2007



Praxiskonzepte

Wie Hamburger Ärzte
ihre Zukunft planen

Arzneimittel

Was bringen die neuen Diabetes-
medikamente?

Seite 18

Telematik

Warum die E-Card mehr Risiken als
Nutzen bringt

Seite 22

Euro-EBM

Der Zeitplan der Honorarreform auf
einen Blick

Seite 24

Impressum

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

Erscheinungsweise vierteljährlich
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: www.fotolia.com

Redaktionsschluss: 14. September 2007

E-Mails an die Redaktion

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

E-Mail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Was sind die Vorteile einer Einzelpraxis?
 Neue Betriebsformen: Wie sich Hamburger Ärzte auf die Umbrüche im Gesundheitswesen vorbereiten

Konzept 1: Dr. Stephan Hofmeister über die Möglichkeit, ein Netz von Hausarztpraxen zu etablieren

Konzept 2: Dr. Gerd Fass über seine Erfahrung mit angestellten Kollegen am selben Betriebsort

Konzept 3: Dr. Hans-Hubert Breuer über die Vorteile einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis

Konzept 4: Dr. Helmut Peter über den Aufbau eines verhaltenstherapeutischen Versorgungszentrums

Rundschreiben

DMP Asthma/COPD: Vertrag ist gültig

DMP Asthma/COPD - nun auch für Innenbehörde, Bundeswehr und Zivildienst

BKK-Hautkrebsvorsorgevertrag: Hinweis auf aktualisierte Liste der teilnehmenden BKKn im Internet

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten

Hausarztzentrierte Versorgung: Befreiung von der Kassengebühr / Arbeitshilfe für DMP Asthma/COPD

Abrechnung

Abgabe der Abrechnungsunterlagen III. Quartal 2007

Qualitätsmanagement

Welche Praxen sind bereits QM-zertifiziert?

Neue Serviceangebote

Brennpunkt Arznei

Neue Therapie-Optionen für Diabetiker

KBV-Stellungnahme zu Pantoprazol /

Auch bei Substitutionsmitteln für Opiatabhängige gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot

Ezetemib-Verordnungen nur im Ausnahmefall sinnvoll

Antihistaminika auf Rezept? /

BKK: Leukonorm ist nicht verordnungsfähig

Telematik

Warum die E-Card in der geplanten Form mehr Risiken als Nutzen bringt

Berliner Seite

Die Honorarreform ist im Zeitplan /

Ärzten wird mehr Vertrauen entgegengebracht als anderen Berufsgruppen

KV intern

Überarbeitung der Arztsuche auf der KV-Website /

Ärztechor sucht Mitsänger / Terminkalender

Steckbriefe

Für Sie in der Vertreterversammlung

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!



Sie haben uns die Weile gegeben, und das Ding ist gut geworden: Leider erst nach Redaktionsschluss konnte der Honorarvertrag mit den Ersatzkassen für 2007 unterzeichnet werden. Danach werden ambulante Operationen und belegärztliche Leistungen künftig ohne Mengenbegrenzung zu 4,87 Cent vergütet.

Profitieren werden von dieser Regelung alle Arztgruppen, denn sie gilt auch für die „OP-Begleit-Leistungen“.

Damit fügt die KV Hamburg ihrer erfolgreichen Vertragspolitik ein weiteres Kapitel hinzu. Ob Arzneimittel, Psychotherapie oder Punktwerte für außerbudgetäre Leistungen – überall steht die KV Hamburg ganz vorne.

Dies ist nicht nur das Verdienst der KV-Mitarbeiter, sondern auch unserer Mitglieder. Denn Sie drängen uns nicht zu (vor-) schnellen Vertragsabschlüssen, sondern geben uns Zeit, die Dinge auszufechten – auch wenn Sie dann ein wenig länger auf die neuen Verträge warten müssen. Dieses Vertrauen macht unsere Erfolge erst möglich. Hierfür möchten wir uns herzlich bedanken.

Ihr

Walter Plassmann



Ich möchte mein ärztliches Tun nicht auf die Interessen von Kollegen abstimmen müssen. Nehmen wir beispielsweise die wirtschaftliche Seite des Praxisbetriebs: Mein Arbeitsstil ist nicht ausschließlich auf Profitmaximierung ausgerichtet. Hätte ich einen Partner, wäre ich diesem über die Umsätze der gemeinsamen Praxis Rechenschaft schuldig. Ein Vorteil einer Gemeinschaftspraxis ist die Kostenersparnis durch eine gemeinsame Betriebsstruktur. Doch ich habe von etlichen solcher „Ehen“ gehört, die in die Brüche gegangen sind. Es folgten Anwaltsschreiben und Räumungsklagen. Solche Trennungen können für jeden der „Ehepartner“ teuer werden.

Dr. Jürgen König ist Gynäkologe in Eppendorf

Nachgefragt

Was sind die Vorteile einer Einzelpraxis?



Der einzige Vorteil einer Einzelpraxis: Es ist der Arzt drin, dessen Name draußen auf dem Türschild steht. Die meisten Patienten sind eher bereit, über soziale Hintergründe ihrer Krankheit zu sprechen, wenn sie es nicht ständig mit wechselnden Ärzten zu tun haben. Die Einzelpraxis fördert also Patientenbindung und Kontinuität, bietet deshalb aber nicht zwangsläufig die bessere medizinische Versorgung. Wirtschaftlich ist die Einzelpraxis ein Auslaufmodell. Da gibt es keine zwei Meinungen.

Dr. Heinz Metzner ist internistischer Hausarzt in Eimsbüttel



Ich habe schon zwei Gemeinschaftspraxen hinter mir und habe keine Lust auf weitere „Scheidungen“. Wahrscheinlich ist die Zusammenarbeit einfacher, wenn ein Arzt einen anderen anstellt - wenn also einer das Sagen hat. An den Arbeitsbedingungen in einer Einzelpraxis schätze ich vor allem die kurzen Entscheidungswege. Ich kann meinen Patienten die von mir als am besten empfundene Behandlung zuteil werden lassen ohne mit jemandem Rücksprache zu halten. Ich kenne die Patienten und weiß, welche Untersuchungen bereits gemacht wurden und welche noch anstehen. Wenn mehrere Ärzte in einer Praxis arbeiten, verliert man leichter den Überblick.

Dr. Heimo Runge-Maulwurf ist Hausarzt in Uhlenhorst

Neue Praxiskonzepte

Wie sich Hamburger Ärzte auf die Umbrüche im Gesundheitswesen vorbereiten

Wir haben vier Hamburger Vertragsärzte gebeten, ihre Praxisstrukturen und ihre Pläne darzulegen. Jede Praxis ist anders, und es gibt sicherlich keine Patentrezepte. Doch eine Debatte über die Zukunftsfähigkeit verschiedener Betriebsformen kann beispielhaft aufzeigen, was durch die neue Gesetzgebung möglich

wurde - und Anregungen für die Entwicklung eigener Überlebensstrategien geben.

Eine klare Tendenz gegen die Einzelpraxis lässt sich aus dem statistischen Material der KV bislang nicht herauslesen. Die Zahl der Einzelpraxen ist seit 1999 (nach einem vorübergehenden Anstieg) mit etwa 3.000 fast

gleichgeblieben. Die Anzahl der Gemeinschaftspraxen stieg allerdings von 473 im Jahr 1999 auf derzeit 574.

Von den neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes wird in Hamburg rege Gebrauch gemacht: Es gibt 157 in Praxen angestellte Ärzte und 40 Praxisfilialen.

Abwarten ist keine gute Strategie

Dr. Stephan Hofmeister über seine Suche nach wirtschaftlichen Betriebsstrukturen - und die Chancen, die das VÄndG bietet.

Der Betrieb einer Praxis war früher ein wirtschaftlicher Selbstgänger. Diese Zeiten sind vorbei. Im Kassenbereich haben die Praxen permanent rückläufige Zahlen. Die Gesundheitspolitik hat alles Nötige veranlasst, um die ambulante Versorgungslandschaft zu zersplittern. Einzelverträge, § 116b und DMP - die Keile sitzen, man muss nur noch warten, bis sie aufquellen.

Ziel dieser Politik ist es, Konkurrenz zu schaffen und die Preise zu drücken. Wir werden eine massive Umwälzung des Systems erleben und sollten darauf vorbereitet sein. Doch welche Reaktionsmöglichkeiten hat ein Arzt, dessen Einzelpraxis rotiert und mit Patienten überquillt, gleichzeitig aber am finanziellen Limit läuft?

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) bietet den Ärzten einige Möglichkeiten, sich neu aufzustellen. Eine probate Konstruktion für den hausärztlichen Bereich ist beispielsweise ein Netz aus Filialen, das bei einer zentralen Praxis zusammenläuft. Alle Filialen sollten demselben wirtschaftlichen Konzept folgen, online vernetzt sein und von angestellten Ärzten geführt werden. Ein solcher Verbund wäre schlagkräftig genug, um sich in einem Stadtteil oder einer Gemeinde behaupten zu können.

Den ersten Schritt in diese Richtung mache ich derzeit in Hamburg. Ein vor



Konzept 1: Filialbildung mit angestellten Ärzten

„Die dezentrale Versorgungsstruktur bleibt erhalten. Doch man muss nicht jede Kleinigkeit mit einem Partner ausdiskutieren.“

dem Ruhestand stehender Kollege gibt seine hausärztliche Praxis zugunsten einer Anstellung ab. Ich betreibe dessen Praxis in den alten Räumen weiter und werde bald einen Nachfolger einstellen.

Ich kenne den abgebenden Kollegen bereits seit vielen Jahren. Wir sind im selben Qualitätszirkel und haben uns gegenseitig in der Urlaubszeit vertreten. Als er mir erzählte, dass er

aufzuhören beabsichtigt, fragte ich mich: Was passiert mit dieser großen hausärztlichen Praxis in meiner Nähe? Wird der Nachfolger mit mir weiterhin kooperieren oder wird er gegen mich arbeiten? Ich entschloss mich, die Gelegenheit zu nutzen und die Praxis als Filiale zu übernehmen.

Für den abgebenden Kollegen hatte dies einige Vorteile: Er bekam zu einem frühen Zeitpunkt einen Preis für



*Wagt den ersten Schritt zum Aufbau eines hausärztlichen Praxisnetzes:
Dr. Stephan Hofmeister*

seine Praxis. Wäre der Wechsel über den Zulassungsausschuss gelaufen, hätte er nicht sicher sein können, dass derjenige Kollege den Zuschlag bekommt, mit dem er sich geeinigt hat.

Und wenn er an eine Klinik verkauft hätte? Die hätte womöglich das Ziel verfolgt, ihre MVZ-Ambulanz mit einem Hausarztsitz zu bestücken, anstatt die Patienten weiter am Ort zu versorgen.

Durch mein Konzept einer Filialbildung bleibt die hausärztliche Versorgungsstruktur im Stadtteil erhalten. Hätte ich die Praxen zusammengelegt, hätte ich auf einen Schlag viele tausend Euro gespart. Man entlässt zwei Mitarbeiter, muss eine Miete weniger zahlen, benötigt nur noch die Hälfte der Geräte.

Doch für die Patienten wäre dies problematisch gewesen. Die beiden Praxen liegen 800 Meter voneinander entfernt. Das scheint auf den ersten Blick nicht weit zu sein. Doch wenn man sich die Topografie des Stadtteils ansieht, stellt man fest, dass es um über 20.000 Bewohner geht. Viele von ihnen sind altersgebrechlich und wären auf der Strecke geblieben, wenn ich den Standort geschlossen hätte.

Wichtig war mir, nicht jede Kleinigkeit mit einem Partner ausdiskutieren zu müssen, sondern autonom die Strukturen für beide Praxen vor-

geben zu können. Das ist durchaus ein Pfund, mit dem man nach außen hin wuchern kann: Ich biete eine gesicherte, wohnortnahe Versorgung, Qualitätskontrolle, Corporate Identity – alles aus einer Hand.

In der Filiale bin ich anwesend, um Personalbesprechungen oder Einzelsprechstunden abzuhalten. Grundsätzlich ist der Filialleiter für die Versorgung der Patienten zuständig. Er ist der verantwortliche Hausarzt am Ort und wird, wenn es gut läuft, die nächsten 20 Jahre dort praktizieren.

Übernehme ich seine Urlaubsvertretung oder er meine, können die Patienten an beiden Standorten den gleichen Service und die gleichen Standards erwarten. Und: Beide Ärzte haben Zugriff auf die Patientendaten. Das ist ein Benefit.

Wenn bisher ein Patient, den ich vertretungsweise behandelte, zu mir sagte: „Ich war doch im Krankenhaus“, konnte ich nur antworten: „Davon weiß ich nichts, ich habe keinen Bericht.“ In Zukunft werde ich sagen können: „Kein Problem.“ Ein Mausklick. „Ah, da ist der Brief. Krankenhaus Barmbek, vergangene Woche. Jawohl, so machen wir weiter.“

Es ist denkbar, das System mittelfristig um ein oder zwei Filialen zu erweitern und damit die hausärztli-

che Versorgung eines ganzen Stadtteils oder einer Gemeinde abzudecken. Dann würden wir nicht mehr über 1.000 Patienten im Quartal sprechen sondern über 3.000 oder 4.000 - und über Karteien von 20.000 Patienten.

Der Aspekt der Kostenoptimierung käme hinzu, wenn man bestimmte Techniken wie Ultraschall, Belastungs-EKG oder Lungenfunktion in der zentralen Praxis konzentrieren würde. Die hausärztliche Versorgung in den Satellitenpraxen muss nicht das geballte Spektrum hausärztlicher innerer Medizin bieten.

Die Art der Filialbildung, wie sie der Gesetzgeber im Sinn hatte, reicht allerdings nicht aus: Sich einmal pro Woche für zwei Stunden in eine Filiale zu setzen, verbessert die Versorgung nicht. Kein Mensch merkt sich diese Öffnungszeiten. Die Leute werden nicht ausgerechnet dann krank, wenn der Arzt seine Nebensprechstunde abhält, sondern einen Tag später, wenn er wieder weg ist. Deshalb sollten Filialen voll betriebsbereite hausärztliche Praxen sein, die zu den normalen Sprechzeiten besetzt sind.

Hausarztpraxen sind meiner Einschätzung nach durch die politische Entwicklung grundsätzlich nicht so bedroht wie Facharztpraxen.

Den Primärarzt brauchen wir - dessen Aufgaben will auch niemand übernehmen. Wer will denn schon die chronisch Kranken und Gehunfähigen in der Fläche versorgen? Wer will schon nachts Hausbesuche machen? Das will nicht Asklepios, auch nicht das Marienkrankenhaus oder das UKE.

Für Kliniken ist es interessant, eine rheumatologische Ambulanz zu haben oder eine Dialyse. Diese Konkurrenz ist politisch gewollt. Deshalb sollten sich gerade niedergelassene Fachärzte schnellstens zusammenschließen, um wenigstens die Kostenseite zu optimieren: eine EDV, eine Telefonanlage, eine Putzfrau.

Ein Modell, das auch die Konkurrenz der Krankenhäuser nicht fürchten muss, habe ich vor einigen Jahren in Eilbek entwickelt. Das Projekt scheiterte, weil sich die Erkenntnis, dass niedergelassene Ärzte neue Betriebsformen brauchen, damals noch nicht durchgesetzt hatte. In der „Hamburger Welle“, einem Neubau mit optimaler Verkehrsanbindung, sollte ein großes Arztzentrum entstehen. Die ortsansässigen Ärzte hätten eine Be-

treibergesellschaft gegründet, welche die Flächen an ihre eigenen Praxen (Einzel- oder Gemeinschaftspraxen) untervermietet hätte. Als weitere Untermieter waren ein Pflegedienst, ein Rehasentrum und eine Apotheke vorgesehen. Durch die Vereinheitlichung der Infrastruktur und Synergieeffekte bei der Behandlung von Patienten wäre eine effiziente Einheit entstanden, die man nicht ohne weiteres hätte beiseite schieben können.

Ärzte, die nicht gelernt haben, unternehmerisch denken, werden es künftig schwerer haben. Die anstehende Marktberingung kann durchaus auch gute Mediziner treffen. Was passiert mit jenen Idealisten, die sich ganz einfach nur um ihre Patienten kümmern wollen? Auch sie hätten in beiden Konzepten ihren Platz: In einem Modell wie der „Hamburger Welle“ könnten sie einen Vorstand ihres Vertrauens wählen, der sich um die

organisatorischen Fragen, die Abrechnung und die Telefonanlage kümmert. Im Konzept der vernetzten Hausarzt-Filialen ist der angestellte Filialleiter vieler betriebswirtschaftlicher Aufgaben enthoben - nicht aller selbstverständlich, da er umsatzbeteiligt honoriert wird. Er muss ambitioniert sein, er muss „igeln“, er muss Privatpatienten behandeln. Doch um das Gesamtkonzept und die Platzierung der Praxis am Markt muss er sich nicht kümmern.

Rettungsaktion in Mümmelmannsberg

Expandieren oder untergehen? Dr. Gerd Fass über erfolgreiche Überlebensstrategien in Gegenden ohne Privatpatienten.

Das VändG ist eine der wenigen politischen Neuerungen, die niedergelassene Ärzte nicht noch weiter in die Enge treiben, sondern ihnen Chancen eröffnen.

Meine Praxis war die erste in Hamburg, die eine der neuen Möglichkeiten des VändG umsetzte: Zusätzlich zu meinem chirurgischen übernahm ich im Juli 2007 einen orthopädischen Arztsitz und stellte darauf einen Orthopäden an. Es handelt sich nicht um eine überörtliche Filialbildung; beide Sitze befinden sich am selben Standort in der Praxisklinik Mümmelmannsberg.

Das Konzept der Praxisklinik wurde vor 30 Jahren entwickelt, um die Versorgung der neuen Siedlung zu sichern. Träger waren zunächst die darin praktizierenden niedergelassenen Ärzte, bis ein privater Klinikbetreiber das Haus übernahm.

Im Erdgeschoss und im ersten Stock praktizieren 28 niedergelassene Ärzte, zum Teil als Belegärzte. Es gibt eine Bettenstation und Operationsäle, außerdem noch eine Praxis für Krankengymnastik und Lymphdrainage, eine Apotheke und einen Optiker.

Als ich im Jahr 2005 die chirurgische Praxis übernahm, waren fast alle Ärzte der Gründergeneration bereits ausgeschieden. Ein Jahr später erreichten auch die beiden im Haus ansässigen Orthopäden die Altersgrenze,

und damit begannen die Probleme. Einer der beiden verlegte kurzerhand seinen Praxissitz. Der andere musste dessen Patienten mitversorgen und stellte fest, dass es nicht einfach ist, einen geeigneten Nachfolger für eine Praxis in Mümmelmannsberg zu finden. Er suchte lange, wurde immer unglücklicher und überlegte dann, ebenfalls wegzugehen.

Mümmelmannsberg hat 20.000 Einwohner, das umliegende Einzugsgebiet nicht mitgerechnet. Wir hätten diese Menschen unmöglich alleine orthopädisch versorgen können. Ein Wegfall der zweiten Orthopädie-Praxis hätte eine Kettenreaktion ausge-

„Mittelfristig möchte ich einen dritten Arztsitz übernehmen, um mehr von den Leistungen, die wir ohnehin erbringen, bezahlt zu bekommen.“

löst: Weniger Bettenbelegung, weniger Zuweisungen für die Radiologie – der ganze Standort wäre ins Wanken gekommen.

Wir setzten uns mit den anderen Ärzten zusammen und suchten nach Lösungen. Die KV riet uns, auf das neue Vertragsarztrecht zu warten, anstatt ein Medizinisches Versor-



Konzept 2: Angestellte Ärzte am selben Betriebsort

gungszentrum zu gründen. Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist ein Betrieb, wir hätten einen Geschäftsführer einsetzen und sehr viel mehr Bürokratie bewältigen müssen.

Das neue Vertragsarztrecht bietet unkompliziertere Möglichkeiten.

Vor einem Jahr noch warnte uns unser Steuerberater, dass es wirtschaft-



„Wir wollen in Mümmelmansberg bleiben.“ Der Chirurg Dr. Gerd Fass mit Ehefrau und Praxismanagerin Manuela Heyer.

lich um unsere Praxis nicht zum Besten stehe. Von den Kasseneinnahmen kann eine Einzelpraxis gerade mal die Kosten decken. Hier in Mümmelmansberg gibt es wenig Privatpatienten, und ich kann nur überleben, da ich zusätzlich als Durchgangsarzt für die Berufsgenossenschaften zugelassen bin.

In dieser Situation zu expandieren und neue Schulden aufzunehmen, war kein leichter Schritt. Doch wir rechneten die Sache durch und kamen zu dem Schluss, dass sich die betriebswirtschaftliche Struktur durch die Übernahme eines zweiten Arztsitzes verbessern würde.

Nun behandeln wir in erweiterter, nach unseren Bedürfnissen umgebauten Praxisräumen mit einem Personalstamm doppelt so viele Patienten wie zuvor, etwa 200 pro Tag. Wir operieren, versorgen die Patienten auf Station. Dieses Pensum wäre nicht möglich, wenn meine Frau nicht das Management, die Buchhaltung und den Einkauf übernommen hätte und zudem das Personal anleiten würde, so dass ich mich auf die medizinische Versorgung konzentrieren kann.

Der neu angestellte Kollege hat im Gegensatz zu mir unbeschwerte, ruhige Nächte und einen überschaubaren Tagesplan, kann aber, was sein medizinisches Arbeitsgebiet angeht, frei entscheiden. Ich freue mich darüber, direkten Kontakt zu einem anderen Facharzt zu haben, mit dem ich mich austauschen kann. Ein weiterer Vorteil

ist, dass die Praxis nie geschlossen hat. Die Patienten wissen, dass auch in der Urlaubszeit einer der beiden Fachärzte die Stellung hält. Obwohl wir durch das Modell der Praxisklinik ohnehin schon in einem Verbund sind, nutzen auch die meisten anderen Kollegen im Haus solche Synergieeffekte und arbeiten zu zweit oder dritt in Gemeinschaftspraxen zusammen.

Mittelfristig denke ich darüber nach, einen weiteren Chirurgie-Sitz zu übernehmen, um mehr von den Leistungen, die wir ohnehin erbringen, bezahlt zu bekommen.

Doch derzeit machen die Hamburger Krankenhäuser Jagd auf Arztsitze, um sie in ihre Medizinischen Versorgungszentren zu verlegen. Man hört, dass Kollegen, die sich zur Ruhe setzen wollen, verlockende Angebote bekommen: „Egal, was dir jemand anders bietet: Wir zahlen mehr.“ Den großen Kliniken tut es nicht weh, für eine Praxis, die 100.000 Euro wert ist, 200.000 Euro zu bezahlen. Ein niedergelassener Arzt, der seine Betriebsstrukturen selbst finanzieren muss, kann da nicht mithalten. So sieht es aus, wenn die Gesundheitspolitik versucht, Konkurrenz zu erzwingen. Das ist unlauterer Wettbewerb.

Fachärztliche Einzelpraxen werden es in Zukunft schwer haben, denn eine der wenigen erkennbaren Linien der gegenwärtigen Gesundheitspolitik ist der Versuch, den niedergelassenen Fachärzten das Wasser abzugraben. Der Mythos von der „doppelten Fach-

arztschiene“ ist zählebig – da helfen auch keine Studien, die belegen, dass es in Deutschland nicht mehr Fachärzte und auch nicht mehr Doppeluntersuchungen gibt als in vergleichbaren Ländern. (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung: Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Berlin, April 2007)

Ich bin der Meinung, dass das System der niedergelassenen Fachärzte unbedingt erhalten werden muss. Nur so können Patienten wohnortnah von einem Arzt behandelt werden, zu dem sie eine Bindung haben und der sie garantiert nach Facharztstandard behandelt. Ein niedergelassener Facharzt ist eben kein anonymer Klinikarzt, der gerade zufällig zum ambulanten Dienst eingeteilt ist und über dessen Ausbildungsstand der Patient nichts weiß. Für Mümmelmansberg ist eine Konstruktion wie die Praxisklinik ohnehin unerlässlich. Gäbe es hier keine niedergelassenen Fachärzte, wäre das eine Katastrophe.

Wir wollen in Mümmelmansberg bleiben, denn wir haben hier viele Patienten und kommen sehr gut mit ihnen zurecht. Ein großer Prozentsatz davon sind Ausländer. Darauf haben wir reagiert, indem wir viel ausländisches Personal eingestellt haben und auch selbst mehrsprachig sind. Egal ob Afghane, Südamerikaner, Russe oder Pole: Jeder, der zu uns kommt, er kann mit einer Beratung in seiner Muttersprache rechnen. Das kommt natürlich gut an.

So gelingt „Integrierte Versorgung“

Stärke durch Kooperation: Dr. Heinz-Hubert Breuer über seine Erfahrungen mit einem Netz gleichberechtigter Praxen

Politiker und Krankenkassen fordern von uns Ärzten Konzepte für eine effiziente, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Patientenversorgung im Sinne einer so genannten integrierten Versorgung.

Wir wollen mit unserem Konzept eine Antwort darauf geben. Dabei nutzen wir die neuen gesetzlichen Möglichkeiten, die uns das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bietet.

Unser Grundgedanke ist die Bildung eines überörtlichen Verbundes kardiologischer Praxen, die einerseits im Rahmen der kardiologischen und angiologischen Grundversorgung an verschiedenen Standorten in Hamburg tätig sind, andererseits in Kooperation mit Kliniken gemeinsam über zwei zentrale Katheterstandorte (im Marienkrankenhaus und im AK Wandsbek) verfügen, an denen invasive Maßnahmen durchgeführt werden. Weitere Kliniken als Partner für die herz- und gefäßchirurgische Therapie sind integriert.

Die fachärztliche Versorgungsbasis unter Einschluss von Notfällen (zum Beispiel akute Herzinfarkte) wird

dabei gemeinsam mit den Kollegen in den Kliniken gewährleistet. Durch eine ausreichende Anzahl von interventionell tätigen Fachärzten sind wir in der Lage, eine tägliche 24-Stunden-Notfallbereitschaft für Invasivleistungen zu gewährleisten und nehmen in beiden Krankenhäusern am Hamburger Herzinfarktprojekt teil.

Bei all dem legen wir größten Wert auf eine gute, partnerschaftliche, von gegenseitigem Respekt getragene Kooperation mit den hausärztlich tätigen Kollegen, ebenso wie mit anderen fachärztlichen Kollegen oder zum Beispiel schwerpunktmäßig diabetologisch tätigen Praxen.

Mit den Mitgliedern aus unseren Praxisstandorten arbeiten wir als Kerngruppe in verschiedenen Ärztenetzen mit, wie beispielsweise dem Hamburger Gesundheitszentrum (HGZ), dem Norddeutschen Herzzentrum (NHN) und demnächst auch im Ärztenetz Harburg. Im Zentrum steht der Teamgedanke als ärztliche Basis der integrierten Versorgung.

Als wir im Jahr 1996 mit einer Kerngruppe von Kardiologen den Praxisbetrieb unserer jetzigen kardiologisch-angiologischen Gemeinschaftspraxis begründeten, arbeiteten wir an einem Standort im Schlossgarten 3 in Wandsbek.

Wir freuen uns darüber, dass viele Kollegen unser Konzept



Dr. Heinz-Hubert Breuer

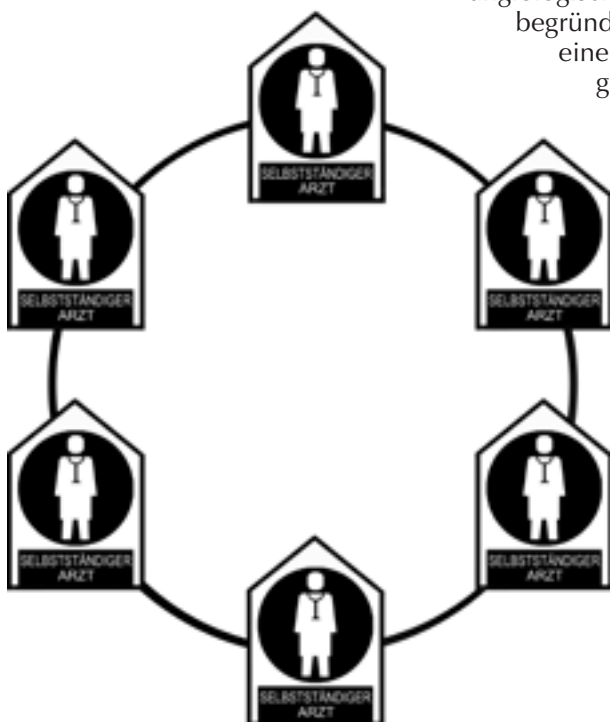
einer regional weit gefächerten, dezentralen, wohnortnahen Versorgung mit zentraler Organisationsstruktur attraktiv finden. So entstanden mit den neuen gesetzlichen Möglichkeiten fünf weitere Praxis-Standorte im Schlossgarten 7, in Blankenese, Rahlstedt, Eimsbüttel und Harburg.

Alle Standorte arbeiten in sich selbstständig mit jeweils denselben Ärzten am Ort. Alle nutzen die Synergiemöglichkeiten eines gemeinsamen Versorgungskonzeptes und Qualitätsmanagements und der gemeinsam genutzten Technik, besonders auch im IT-Bereich.

Die Tätigkeit in einem solchen Verbund bietet eine Fülle von Vorteilen gegenüber der Situation von isolierten Einzelpraxen und setzt der weitverbreiteten Zukunftsunsicherheit ein neues Modell entgegen.

Allerdings ist auch eine Menge an Organisations- und Koordinationsarbeit zu leisten. Wichtig ist die Entwicklung einer funktionstüchtigen Kommunikationsstruktur untereinander.

Im Lauf der Zeit hat sich je nach Neigung und Talent eine bestimmte



Konzept 3: Überörtliche Gemeinschaftspraxis

„Unter den Partnern hat sich je nach Neigung und Talent eine Aufgabenteilung entwickelt, die mit den Zuständigkeiten in einem Kabinett vergleichbar sind.“

Aufgabenteilung entwickelt, die mit den Zuständigkeiten in einem Kabinett vergleichbar sind: So gibt es verschiedene Ressortzuständigkeiten für Personal, für Computer und IT, für Abrechnungs- und KV-Fragen, für Marketing und so weiter.

Auch in der medizinischen Versorgung haben sich besondere Spezialisierungen der einzelnen Kolleginnen und Kollegen entwickelt, wodurch beide Teilgebiete Kardiologie und Angiologie sowohl invasiv wie nicht-

invasiv im Verbund kompetent abgebildet werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich in einem größeren Verbund für jede Neigung ein Platz und eine Förderungsmöglichkeit findet. Auch wenn eine gewisse Anpassungsfähigkeit und Flexibilität erforderlich ist, macht es mehr Spaß, als Teil eines gut motivierten Teams zu arbeiten, wobei in unserem Konzept der Überörtlichkeit für jeden Standort eine größtmögliche Selbstständigkeit gewährleistet

bleibt. Die Situation für uns Ärzte und besonders für uns Fachärzte hat sich in den letzten Jahren honorarpolitisch permanent verschlechtert und trägt nicht zur Verbesserung der Versorgung kranker Menschen bei.

Wir hoffen, dass wir mit unserem praktizierten Konzept dieser negativen Entwicklung erfolgreich entgegentreten können und sind für weitere Ideen, Partnerschaften und die Realisierung von Kooperationen in jeder Hinsicht offen.

Breites Angebot unter einem Dach

Beispiel Psychotherapie: Prof. Dr. Helmut Peter über ambulante Betriebsstrukturen, die stationäre Aufenthalte verhindern helfen.

Die neuen Versorgungsformen bieten die Möglichkeit, im ambulanten Bereich Psychotherapie-Leistungen anzubieten, die bislang nur stationär zu realisieren waren.

Klinikaufenthalte wenn möglich zu vermeiden ist nicht nur aus Kostengründen wünschenswert. Beim Übergang von ambulanter zur stationären Behandlung gibt es massive Reibungsverluste: Der Patient muss seine ambulante Behandlung abbrechen, muss sich in der Klinik auf einen neuen Therapeuten und ein neues Behandlungskonzept einstellen. Wird eine neue Primärdiagnostik gestellt, vergehen ein bis zwei Wochen, bevor die stationäre Therapie beginnt.

Der Rückweg in die ambulante Behandlung ist keineswegs leichter: Der ambulante Therapieplatz ist vielleicht schon wieder belegt, und es gibt erneut Wartezeiten.

Im MVZ Falkenried können wir die Patienten von Beginn bis zum Ende des psychotherapeutischen Prozesses begleiten. Das Angebot reicht von der Vorabberatung über Einzel- und Gruppentherapie und psychiatrischer Behandlung bis hin zur Akut-Psychotherapie.

Mit dieser Struktur lässt sich aus den begrenzten Ressourcen unserer Auffassung nach das Optimalere für die Patienten herausholen.

Als wir vor einem Jahr das MVZ Falkenried gründeten, hatten wir bereits ein bewährtes Konzept vor Augen. Viele der Mitarbeiter sind ehemalige Angestellte des UKE, wo es seit 30 Jahren eine Verhaltenstherapie-Ambulanz gibt. Das Gesetz zu Psychiatrischen Institutsambulanzen schränkte das Klientel, das dort behandelt werden konnte, allerdings stark ein. Zudem setzte das UKE im psychotherapeutischen Bereich neue Schwerpunkte. Diese Prozesse führten dazu, dass die Verhaltenstherapie-Ambulanz innerhalb weniger Jahre auf ein Viertel ihrer vorherigen Größe schrumpfte.

Als wir uns mit Kassenvertretern zusammensetzten um darüber verhandelten, wie es weitergehen sollte, bekamen wir zu hören: „Was ihr macht, ist ganz wunderbar, gehört aber ins ambulante GKV-System.“ Ein unseren Vorstellungen entsprechendes Konzept einer verhaltenstherapeutischen Ambulanz am UKE zu retten, war unmöglich. Deshalb nutzten wir die neue Gesetzgebung, um ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) im niedergelassenen Bereich aufzubauen. Die KV erwies sich bei den Planungen und der Umsetzung als große Stütze. So viel Offenheit hätten wir von dieser Seite nicht erwartet.

Im Vergleich zu einer Gemeinschaftspraxis oder anderen Betriebsfor-

men des niedergelassenen Systems hat das MVZ-Modell einen wesentlichen Vorteil: Die Vertragsarztsitze können von der Person abgelöst und an die Struktur gebunden werden. Wenn ich morgen, in einem oder in zehn Jahren ausfalle, läuft das MVZ Falkenried auch mit anderen Gesellschaftern und unter anderer Leitung weiter. Das Angebot bleibt wie in institutionellen Einrichtungen bestehen.

Die Mehrzahl der Mitarbeiter ist fest angestellt: Drei Ärzte arbeiten auf Vertragsarztsitzen für psychotherapeutische Medizin, einer auf einem Psychiatrischesitz. Dann gibt es einen Sitz für psychologische Psychotherapie, der in vier Teilzeitstellen aufgeteilt ist. Damit decken wir die KV-Leistungen ab. Daneben beschäftigen wir noch Mitarbeiter für Patienten, deren Behandlung nicht über die KV abgerechnet wird: Privatversicherte, berufsgenos-



MVZ-Leiter Prof. Dr. Helmut Peter

senschaftliche Fälle und Rehabilitationsbehandlungen.

Im Rahmen eines Vertrages für Integrierte Versorgung können auch gesetzlich Versicherte außerbudgetär behandelt werden.

Laut Gesetz muss ein MVZ fachübergreifend aufgestellt sein. Unsere beiden Fächer sind Psychotherapie und Psychiatrie.

Wirtschaftliche Erwägungen waren nicht ausschlaggebend für unseren Entschluss, die MVZ-Form zu wählen. Die Mitarbeiter bekommen ein BAT II a-Gehalt. Es ist schon eine Herausforderung, das Versorgungszentrum so zu führen, dass es kostendeckend ist. Es ging es vor allem ums Versorgungskonzept: Für eine bestimmte Patientenklientel ist das MVZ die Struktur der Zukunft.

Der größte Teil der Patienten ist in einer normalen Einzelpraxis gut versorgt. Allerdings gibt es Wartezeiten: Nach unseren Erfahrungen vergehen drei bis neun Monate, bis eine Psychotherapie beginnt.

An welche Therapierichtung man gerät, bleibt häufig dem Zufall überlassen. In der Regel muss der Patient auf die Anruflbeantworter von vielen verschiedenen Einzelpraxen sprechen, häufig finden die Therapeuten nicht die Zeit, zurückzurufen. Nicht wenige Patienten geben frustriert auf oder lassen sich in Kliniken einweisen. Bei uns ist das Telefon während der Praxiszeiten immer besetzt. Jeder Patient bekommt binnen 14 Tagen eine Vorabberatung von einem Arzt, der eine Indikation stellt und sagt: „Ja, hier bei uns sind Sie richtig.“ Oder auch: „Nein, begeben Sie sich besser in tiefenpsychologische Behandlung oder in eine psychosomatische Klinik.“

Was im ambulanten System bis auf wenige Ausnahmen nicht funktioniert, sind Gruppentherapien. Diese Therapieform, deren Erfolge und Wirksamkeit seit Jahrzehnten außerordentlich gut belegt sind, liegt außerhalb der Kliniken fast vollkommen brach.

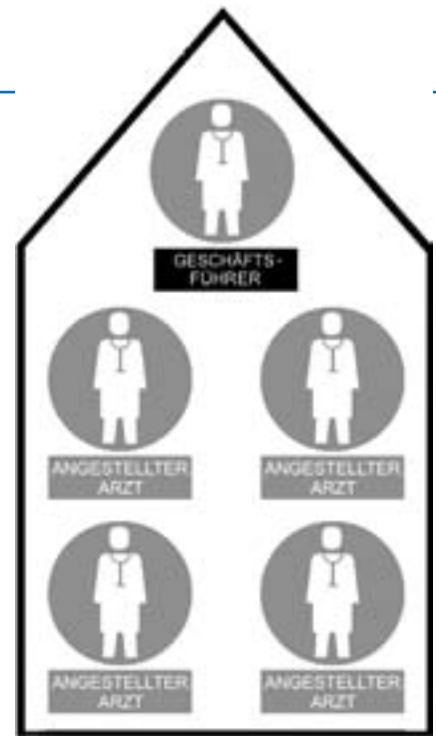
Um ein komplettes Gruppenangebot zu organisieren (vier bis acht Patienten je Gruppe für die verschiedenen Indikationsbereiche), muss man die Größe einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz besitzen. Auch der organisatorische Aufwand kann von Einzelpraxen nicht geleistet werden.

Gar kein ambulantes Therapieangebot existierte bisher für Patienten,

die mit einer Regelversorgung (zum Beispiel ein Mal pro Woche Verhaltenstherapie, alle vier bis sechs Wochen psychiatrische Behandlung) nicht auskommen. Patienten, die eine intensivere Therapie benötigen, müssen zurzeit im Akutkrankenhaus oder in einer psychosomatischen Klinik behandelt werden.

Es stimmt schon: Für viele dieser Patienten ist die Klinik der richtige Ort. Doch ein gewisses Spektrum von Patienten geht nur in die Klinik, weil es kein passendes ambulantes Angebot gibt. Die meisten stationären Behandlungen könnten zudem deutlich früher beendet werden, bestünde die Möglichkeit einer multimodalen Intensivbehandlung im ambulanten System.

Ähnliches gilt für die Akut-Psychotherapie: Gerät ein Patient in eine Krise, kann eine Einzelpraxis nur schwer



Konzept 4: Medizinisches Versorgungszentrum

„Die Arztsitze können von der Person abgelöst und an die Struktur gebunden werden. Wenn ich morgen aufhöre, läuft das MVZ weiter.“

mit zusätzlichen Therapieangeboten reagieren. Wie sollte sie auch? Die Therapiestunden sind ausgebucht, und ein solches Angebot basiert auf entsprechenden strukturellen Voraussetzungen.

Unser Ziel ist es, unnötige Brüche und Reibungsverluste im therapeutischen Prozess zu verhindern. Entwickelt ein Patient eine komplexe Störung, soll er das komplexe Angebot auch ambulant bekommen können: Einzeltherapie oder Gruppentherapie, nacheinander oder auch nebeneinander. Rutscht ein Patient in eine Krise, ist vielleicht sogar latent suizidal, können wir ihn auffangen, indem wir ihn einige Wochen lang täglich sehen und intensiv betreuen – bis hin zur ambulanten Ganztagsbehandlung.

Bei Bedarf bieten wir zusätzlich eine psychiatrische Behandlung an. Erscheint es sinnvoll, zusätzlich zur Psychotherapie ein Medikament einzusetzen, kann der Patient ins nächste Zimmer zum Psychiater gehen. Der Informationsfluss unter den Ärzten und Psychologen ist stets gewährleistet, alle Mitarbeiter haben über das

Computernetz Zugang zu den Patientendaten. Eine regelmäßige Fallsupervision im Team ermöglicht eine vertiefte Auseinandersetzung. Und, nicht zu vergessen: Der informelle Austausch bei einer Tasse Kaffee im Sozialraum ist unkompliziert möglich.

Unser Angebotsspektrum wird nachgefragt. Derzeit stehen 400 Patienten auf unserer Warteliste. Doch ausgerechnet bei der Bewilligung von Akut- und Intensivpsychotherapie sind die Krankenkassen bislang zurückhaltend, vor allem weil die Psychotherapierichtlinien im GKV-System diese Behandlungsformen bisher gar nicht vorsehen. Ein Ausweg für uns sind derzeit Direktverträge mit einzelnen Krankenkassen im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140a SGB V). Ein erster IV-Vertrag mit der HEK wurde im März dieses Jahres abgeschlossen, weitere Krankenkassen sollen folgen. Doch auch flächendeckend wird sich die Einsicht durchsetzen, dass Behandlungskontinuität und die Vermeidung unnötiger Klinikaufenthalte eine bessere Versorgung bei geringeren Kosten bringt.

BKK Hautkrebsvorsorge-Vertrag: Aktualisierte Liste im Internet

Die Liste der teilnehmenden BKKn ist aktualisiert worden und auf unserer Homepage veröffentlicht:

www.kvhh.de Ärzte/Psychotherapeuten - Weitere Versorgungsformen -
Hautvorsorge - Vertrag mit der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD
- Teilnehmende BKKn.

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, Texte im Internet einzusehen, stellen wir Ihnen die gesuchten Dokumente gerne auch in Papierform zur Verfügung.

*Ansprechpartnerin:
Käthe Schöppich
Tel. 22802-381*

DMP Asthma/COPD-Vertrag ist gültig

Im KVH Telegramm, Ausgabe 22 vom 31. Mai 2007 und im KVH Journal, Ausgabe 2/07, wurden Sie über den DMP Asthma/COPD-Vertrag informiert. Das Unterschriftenverfahren ist nun abgeschlossen und der Vertrag somit gültig. Der Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Asthma sowie COPD ist in unserem Internetauftritt veröffentlicht. Dort finden Sie auch die Abrechnungsnummern.

www.kvhh.de Ärzte/Psychotherapeuten - DMP - DMP Asthma/COPD

DMP Asthma/COPD: nun auch für Innenbehörde, Bundeswehr und Zivildienst

Die „Sonstigen Kostenträger“ haben sich zu einer Kostenübernahme in Teilbereichen des DMP Asthma/COPD bereit erklärt. Da bei diesen Kostenträgern keine Anbindung an den Risikostrukturausgleich vorhanden ist, entfallen die sonst üblichen Erst- und Folgedokumentationen. Die Versicherten werden lediglich in der Arztpraxis eingeschrieben. Einen Überblick zur Abrechnung gibt die untenstehende Aufstellung. Die Bundespolizei (früher Bundesgrenzschutz) und die Postbeamtenkrankenkasse (Mitglieder Gruppe A) haben eine Kostenübernahme für ihre Versicherten noch nicht zugesagt.

Abrechnung Asthma sowie COPD - Sonstige Kostenträger - Stand: 01.07.2007

Abr.- Nr.	Leistungsinhalt	Verg. €	Beh. f. Inneres	Bundeswehr	Zivildienst
99429	Betreuungspauschale für koordinierende Ärzte nach § 3 (1 x pro Dokumentationszeitraum)	7,50	Ja	Nein	Ja
99430	Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 (neben der Abr.-Nr. 99429 nicht abrechenbar; max. 2 x pro Kalenderjahr)	25,--	Ja	Nein	Ja
99431	Asthmaschulung für Kinder (optimal 7 Kinder, 30 UE à 45 Min., davon 18 UE Kinder und 12 UE Eltern)	je 20,--	Nein	Nein	Ja
99432	Nachschulung (frühestens nach 6 Monaten; max. 5 UE pro Person und Jahr, à mind. 45 Min.)	je 20,--	Nein	Nein	Ja
99433	NASA (optimal 10 Patienten, 6 UE à 60 Min.)	je 22,50	Ja	Ja	Ja
99434	Nachschulung NASA (optimal 10 Patienten, frühestens nach 1 Jahr; mind. 45 Min., max. 1 x im Jahr abrechnungsfähig)	je 22,50	Ja	Ja	Ja
99435	COBRA (optimal 10 Patienten, 6 UE à 60 Min.)	je 22,50	Ja	Ja	Ja
99436	Nachschulung COBRA (optimal 10 Patienten, frühestens nach 1 Jahr, mind. 45 Min., max. 1 x im Jahr abrechnungsfähig)	je 22,50	Ja	Ja	Ja
99437	Pauschale Schulungsmaterial pro teilnehmenden Patienten (nicht bei Nachschulungen abrechenbar)	9,50	Ja	Ja	Ja

Patienten mit einem Behandlungsausweis der Sozialbehörde können nicht geschult werden!

	Raum	Mittwoch, 14.11.2007		Donnerstag, 15.11.2007	
		14.30 - 17.30 Uhr		10.00 - 13.00 Uhr	
State of the Art – Frühstückssymposien 9.00 – 9.45 Uhr Raum 2		01	Diagnose und Therapie entzündlicher Herzmuskelerkrankungen Prof. Dr. H. P. Schultheiß, Berlin 101	Der Patient mit kardiovaskulären Vorerkrankungen in der perioperativen Phase Prof. Dr. W. Schlack, Amsterdam Prof. Dr. B. Pannen, Düsseldorf 201	Der alte Patient in der kardiovaskulären Medizin PD Dr. J. Ennker, Lahr 221
Donnerstag, 15.11.2007 Virtuelle Koloskopie zum Ausschluss eines Kolonkarzinoms Prof. Dr. M. Düx, Frankfurt		02	Endokrinologie – update 2007 Dr. Cornelia Jaurisch-Hanke, Wiesbaden 102	Typ 2 Diabetes mellitus: eine medizinische, gesundheitspolitische und gesamtgesellschaftliche Herausforderung Prof. Dr. R. Landgraf, Düsseldorf Prof. Dr. S. Martin, Düsseldorf 202	Medikamentöse Therapie im Notfall Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg 222
Freitag, 16.11.2007 Interdisziplinäre Behandlung der arteriellen Verschlusskrankung Prof. Dr. M. Betzler, Essen		1			
		3	Herz und Diabetes Prof. Dr. W. A. Scherbaum, Düsseldorf Prof. Dr. D. Tschöpe, Bad Oeynhausen 103	EKG-Grundkurs Teil I Prof. Dr. M. Leschke, Esslingen 203	EKG-Grundkurs Teil II Prof. Dr. M. Leschke, Esslingen 223
Samstag, 17.11.2007 Haut und Allergie: neue Entwicklungen Prof. Dr. H. Merk, Aachen		4a	Heilende Engel zwischen Spiritualität und konventioneller Medizin Prof. Dr. Elisabeth Gödde, Datteln 104	ADHS bei Kindern und Jugendlichen Dr. K. Skrodzki, Forchheim 204	Mit innovativen Strategien und Arbeitstechniken die Zukunft sichern Dipl. Kfm. O. Henker, Reutlingen 224
		4b	Grundbegriffe der evidenz-basierten Medizin (EbM) Dr. J. Fessler, Flörsheim 105	Controlling in der Praxis – Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und Auswirkungen auf BASEL II M. Graf, Stuttgart 205	Verbesserte Patientenversorgung durch neue Strukturen im Gesundheitswesen? H. Zimmermann, Düsseldorf Dr. Jochen Weber, Wiesloch 225
		4c	Neue Entwicklungen im Medizinrecht RA M. Broglie, Wiesbaden/Berlin RA H. Wartensleben, Stolberg 106	Praxisübernahme aus juristischer, betriebswirtschaftlicher und steuerlicher Sicht Monika Rohs-Weingarten, Köln 206	Prostatakarzinom – Diagnostik und Therapie Prof. Dr. B. Helpap, Singen 226
State of the Art – Mittagssymposien 13.15 – 14.00 Uhr Raum 2		5	Möglichkeiten der Burn-Out-Prophylaxe Dr. Astrid Bühren, Murnau Dr. M. Wenk, Ebersberg 107	Aktuelle Diagnostik und Therapie der pAVK Prof. Dr. M. Ludwig, Berg 207	Modernes Hypertonie-Management – Gesichertes und Kontroverses Prof. Dr. M. Anlauf, Bremerhaven Dr. U. Tholl, Geldern 227
Mittwoch, 14.11.2007 Neue bildgebende Verfahren für die Diagnostik der KHK Prof. Dr. H. Gülker, Wuppertal		6	Akupunktur bei Migräne und neurologischen Erkrankungen Dr. G. Stux, Düsseldorf 108	Qualitätsmanagement und Akkreditierung in medizinischen Laboratorien Prof. Dr. H. Zeichhardt, Berlin 208	Schmerztherapie mit Akupunktur und TCM in der Praxis Dr. S. Kirchoff, Sprockhövel T. Kempfle, Gevelsberg 228
		7a	Blutungskomplikationen in Praxis und Klinik Prof. Dr. R. Scharf, Düsseldorf PD Dr. R. Zotz, Düsseldorf 109	Synkope – was hilft diagnostisch weiter? PD Dr. C.-A. Haensch, Wuppertal 209	Durch das Auge ins Herz blicken Prof. Dr. G. Michelson, Erlangen 229
Donnerstag, 15.11.2007 Schilddrüse und Selen Prof. Dr. R. Gärtner, München		7b	COPD – eine facettenreiche Atemwegserkrankung Prof. Dr. H. Schweisfurth, Cottbus 110	Kopfschmerz Prof. Dr. S. Evers, Münster 210	Aktuelle Ernährungsmedizin und Diätetik Prof. Dr. U. Rabast, Hattlingen Prof. Dr. G. Oehler, Mölln 230
		8	Neue Virusimpfstoffe für die Praxis Prof. Dr. H. Hengel, Düsseldorf 111	Allergene, mikrobielle und Umwelt-Faktoren in der Pathogenese der Neurodermitis Dr. J. Ionescu, Neukirchen 211	Therapie und Prävention von Zosterschmerzen Prof. Dr. G. E. Gross, Rostock Prof. Dr. H. W. Doerr, Frankfurt 231
Freitag, 16.11.2007 Resistenzentwicklung in der Antibiotikatherapie Prof. Dr. W. Kern, Freiburg		12	Grundkurs Ultraschall Kopf/Hals Introductory workshop on Ultrasound for the head and the neck Prof. Dr. Dr. R. Schmelzeisen, Freiburg Prof. Dr. R. Laszig, Freiburg PD Dr. Dr. R. Schön, Freiburg Prof. Dr. Dr. S. Reinert, Tübingen 112	Grundkurs Ultraschall Kopf/Hals Introductory workshop on Ultrasound for the head and the neck – Fortsetzung – Prof. Dr. Dr. R. Schmelzeisen, Prof. Dr. R. Laszig, PD Dr. Dr. R. Schön, Freiburg, Prof. Dr. Dr. S. Reinert, Tübingen 112	
Samstag, 17.11.2007 Adipositas Prof. Dr. A. Wirth, Bad Rothenfelde		14	Abwehrstrategien bei akuten und chronischen Infekten Prof. Dr. H.-W. Baenkler, Erlangen 113	Homöopathie in Klinik und Praxis Dr. M. Elies, Laubach 212	Homöopathie in der täglichen Praxis Dr. M. Wiesenauer, Weinstadt 232
		15	Depression Prof. Dr. Isabella Heuser, Berlin 114	Demenz – Früherkennung und neuester Stand der Therapie Prof. Dr. K. Maurer, Frankfurt 213	Angst- und Traumapatienten in der Arztpraxis Melitta Schneider, Rheinbreitbach 233
		16	Aktuelle Aspekte in der gastroenterologischen Onkologie Prof. Dr. A. Tromm, Hattlingen 115	Fortschritte in der Krebsforschung Prof. Dr. C. Poremba, Düsseldorf Prof. Dr. G. Hoffmann, Grafath 214	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Mundhöhle und des Gesichts Prof. Dr. U. Meyer, Düsseldorf 234
		17	MRSA – ein interdisziplinäres Problem Dr. M. Schimmelpfennig, Kassel 116	Sonographie Refresherkurs I Dr. W. Blank, Reutlingen Dr. W. Heinz, Stuttgart 215	Sonographie Refresherkurs II Dr. W. Blank, Reutlingen Dr. W. Heinz, Stuttgart 235
		18	Neurologisch-psychiatrische Differentialdiagnose Prof. Dr. P. Berlit, Essen Prof. Dr. H. Förstl, München 117	3D-Sonographie in Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. J. Jürgens, Titisee-Neustadt 216	Pharmakogenetik in der onkologischen Therapie Dr. H.-G. Klein, Martinsried 236
		19	IGeL-Verkaufstraining W. M. Lamers, Billerbeck 118	Sonderveranstaltung: Medizinische Fachpresse	Mehr Lebensqualität durch Prävention Prof. Dr. G. Schnack, Allensbach Prof. Dr. H. Rauhe, Hamburg 237
Hauptprogramm: Versand ab September 2007		26	Tropen- und Reisemedizin Dr. T. Fenner, Hamburg 119	Gynäkologische Zytologie I Entscheidungshilfen für die tägliche Routinediagnostik Prof. Dr. H. Flenker, Bremerhaven Jutta Lange, Köln 217	Gynäkologische Zytologie II Qualitätssicherung in der Routinediagnostik PD Dr. V. Schneider, Freiburg Jutta Lange, Köln 238
Stand 18.07.2007 Änderungen vorbehalten. Aktueller Stand unter www.medicakongress.de		27	Gehen Verstehen – Ganganalyse nach RLAMC, Los Angeles / U.S.A. Kirsten Götz-Neumann, Düsseldorf 120	10.00 – 18.00 h: Gastroskopiekurs „Rhein-Ruhr“ des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) e.V. Prof. Dr. J. Freise, Mülheim Prof. Dr. B. May, Bochum 218	
		28	Notfälle bei älteren Menschen Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg 121	Reanimation – Theorie Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg 219	Reanimation – Praxis Dr. M. Brandt, Lindau R. Schmitt, Sommerhausen 239
Veranstalter und Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V. Postfach 700149 70571 Stuttgart Tel. 0711/720 712-0 Fax 0711/720 712-29 E-Mail: info@medicakongress.de		L	Psychosomatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen Prof. em. Dr. G. Nissen, Würzburg 122	PflegeForum Sicherheit und Qualität in der Pflege – welche Wege führen zum Ziel? Katrin Balzer, Stuttgart R. Höfert, Neuwied 220	PflegeForum Intersektoral, interdisziplinär, interprofessionell – Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit Katrin Balzer, Stuttgart R. Höfert, Neuwied 240
		M	30. Deutscher Krankenhaustag	30. Deutscher Krankenhaustag	30. Deutscher Krankenhaustag
		R	30. Deutscher Krankenhaustag	30. Deutscher Krankenhaustag	30. Deutscher Krankenhaustag

Raum	Freitag, 16.11.2007		Samstag, 17.11.2007		
	10.00 - 13.00 Uhr	14.30 - 17.30 Uhr	10.00 - 13.00 Uhr	14.30 - 17.30 Uhr	
CCD.Süd	01	Vorhofflimmern 2007 – neue Leitlinie Prof. Dr. H. M. Hoffmeister, Solingen 301	Herzrhythmusstörungen – Differentialdiagnose, Differentialtherapie Prof. Dr. B.-D. Gonska, Karlsruhe Prof. Dr. E.-G. Vester, Düsseldorf 320	Herzinsuffizienz Prof. Dr. E. G. Vester, Düsseldorf 401	Medikamente versus Lebensstil – Primärprävention der KHK - evidenzbasiert Dr. J. Scholl, Rüdesheim 424
	02	Diabetes im Alter Dr. Ann-Kathrin Meyer, Hamburg 302	Lifestyle-Änderungen bei Patienten mit Typ 2 Diabetes in Deutschland Prof. Dr. S. Martin, Düsseldorf Prof. Dr. L. Heinemann, Neuss 321	Osteologisches Seminar Prof. Dr. Dr. E. Keck, Wiesbaden 402	Früherkennung von Nierenkrankheiten Prof. Dr. H. Mann, Aachen 425
	1			InfoForum Herzinfarkt und koronare Herzerkrankung Prof. Dr. B. E. Strauer, Düsseldorf 403	
	3	Kosten-Nutzen-Bewertung in Deutschland – eine Podiumsdiskussion Dr. T. Kron, Neu-Isenburg Prof. Dr. W. A. Scherbaum, Düsseldorf 303	Update häufiger kardiovaskulärer Problemfälle Prof. Dr. M. Leschke, Esslingen Prof. Dr. M. Heintzen, Braunschweig 322	InfoForum Der Schmerz – neueste Therapiekonzepte für mehr Lebensqualität (mit Förderpreisverleihung für Selbsthilfegruppen) Dr. B. Wegener, Hennigsdorf 404	InfoForum Rheuma Prof. Dr. M. Schneider, Düsseldorf 426
	4a	Wie können Ärzte und Patienten für die Teilnahme an einer klinischen Studie motiviert werden? Dr. W. Kuchinke, Düsseldorf Prof. Dr. Chr. Ohmann, Düsseldorf 304	Vier Jahre Früherkennungs-Koloskopie in Deutschland zur Vermeidung von Darmkrebs Dr. G. Brenner, Berlin 323	Ernährungs- und Hydratationszustand – Diagnostik und Monitoring mit der BIA (Bio Impedanz Analyse) Dr. M. Claussen, Aham 405	Arzttheferinnen-Seminar Vom Umgang mit Patienten: Wie kann ich's „verkllickern“? Nadja van Uelft, Köln 427
	4b	Barcode & RFID in der Medizin – Chancen und Risiken der Patientenidentifikation H. Oehlmann, Naumburg 305	Impfseminar Dr. J. Leidel, Köln 324	Betriebswirtschaftliche und Kassenrechtliche Aspekte auf dem Weg zur Selbstständigkeit M. Graf, Stuttgart B. Bedel, Stuttgart 406	Raucherentwöhnung als Gruppenberatung für Ärzte Dr. W. Grebe, Frankenberg 428
	4c	Facharzt-Weiterbildung – Praxisbeispiele und Erfahrungen Dr. phil. Helga Kirchner, Düsseldorf Prof. Dr. M. Siebolds, Köln 306	Ozon und Komplementärmedizin – ein Praxis-Seminar in Aus- und Fortbildung Dr. Renate Viebahn-Hänsler, Iffezheim 325	Suchtmedizin in der Basisversorgung – Schwerpunkt Alkohol Dr. W. Dresch, Köln 407	Karriere in Weiß Dr. K.-P. Schaps, Wilhelmshaven 429
	5	Neue Optionen zur Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten durch GKV-WSG und VÄndG Dr. B. Halbe, Köln 307	Praxisabgabe und ärztliche Niederlassung unter Gesundheitsreformbedingungen Prof. h.c. (BG) Dr. K. Goder, Münster 326	Kleine Chirurgie mit praktischen Übungen Dr. R. Klein, Pfaffenhofen 408	Der Nächste bitte! – Case Discussion in der Allgemeinpraxis Dr. R. Klein, Pfaffenhofen 430
	6	Nanobiotechnologie in der medizinischen Anwendung M. Mallmann, Saarbrücken Dr. R. Hanseimann, Quierschied 308	Ohrakupunktur Dr. H. P. Ogal, Brunnen 327	Akupunktur-Schnupperkurs Dr. Walburg Maric-Oehler, Bad Homburg 409	Akutaping Dr. Angelika Steveling, Essen 431
	7a	Bewährtes und Neues in der Gefäßchirurgie Prof. Dr. K. Balzer, Mülheim Dr. P. Kasprzak, Regensburg 309	Rationelle Diagnostik und Therapie der akuten und chronischen Hepatitis Prof. Dr. H. Lohr, Wiesbaden Dr. E. Zehnter, Dortmund 328	Biomaterialien für die Vertebroplastie und Kyphoplastie Prof. Dr. G. H. Willital, Münster Prof. Dr. R. Schnettler, Gießen 410	Auge und Allgemeinerkrankung Prof. Dr. K. P. Steuhl, Essen 432
	7b	Pränatal-Medizin und Genetik Prof. Dr. R. Terinde, Ulm PD Dr. P. Kozlowski, Düsseldorf 310	Neues in der Behandlung der akuten und chronischen Osteitis Dr. A. Schmelz, Ulm 329	Aktuelle Proktologie Dr. F. Raulf, Münster 411	Aktuelle Aspekte der HIV-Infektion Dr. H. Knechten, Aachen 433
	8	MTA-Forum Aktuelle Aspekte der neuen Richtlinie für quantitative labormedizinische Untersuchungen Karin Petry, Bochum 311	Mammographie-Screening in NRW Prof. Dr. W. Heindel, Münster 330	Point-of-Care-Testing – Aktueller Stand PD Dr. Dr. H.-G. Wahl, Lüdenscheid Prof. Dr. P. Lupp, München 412	Die ärztliche Leichenschau PD Dr. K.-H. Schiwy-Bochat, Köln 434
	12	Grundkurs Ultraschall Kopf/Hals Introductory workshop on Ultrasound for the head and the neck – Fortsetzung – Prof. Dr. Dr. R. Schmelzisen, Prof. Dr. R. Laszig, PD Dr. Dr. R. Schön, Freiburg, Prof. Dr. Dr. S. Reinert, Tübingen 112		Lungenfunktionsmessung in der Praxis – für Ärztinnen und Ärzte Dr. H. Mitfessel, Remscheid 413	Lungenfunktionsmessung in der Praxis – Tipps und Tricks für Assistenzpersonal Dr. H. Mitfessel, Remscheid 435
	14	Hätten Sie's gewusst? Interaktives internistisches Fallseminar Dr. S. Sahn, Offenbach 312	Aktuelle Nephrologie Prof. Dr. B. Grabensee, Düsseldorf 331	Flächendeckende Integrierte Versorgung – der Schlüssel für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen Annette Kapell, Koblenz 414	IGeL-Seminar Dr. B. Kleinken, Mülheim 436
	CCD.Pavillon	15	Multiple Sklerose – Neues zur Pathogenese und aktuellen Therapie Dr. S. Schimrigk, Bochum 313	Akute Bewusstseinsstörungen im Alter Prof. Dr. S. Iseemann, Wuppertal 332	Schmerztherapie im Rahmen der integrierten Versorgung nach ICF und SGB IX Dr. B. Kugelgen, Koblenz 415
16		Regenerative Stammzelltherapie Prof. Dr. R. Haas, Düsseldorf 314	Interdisziplinäre Onkologische Versorgung Prof. Dr. S. Roth, Düsseldorf Prof. N. Gattermann, Düsseldorf 333	Ernährung – Update 2007 PD Dr. A. Dormann, Köln Prof. Dr. Chr. Löser, Kassel 416	Funktionelle Verdauungserkrankungen Prof. Dr. T. Frieling, Krefeld 438
17		Neurologisch-psychiatrischer Untersuchungskurs Prof. Dr. B. Hofferberth, Coppenbrügge Prof. Dr. S. Kropp, Teupitz 315	Alt werden – jung bleiben Dr. H. Walle, Mandelbachtal 334	Abklärung erhöhter Leberwerte in der Praxis Prof. Dr. C. Niederau, Oberhausen Prof. Dr. W. Fleig, Leipzig 417	Narkose im Rettungsdienst PD Dr. H. Kuhnigk, Würzburg Dr. K. Zischler, Frankfurt 439
18		Kolposkopie I – Grundlagen der Kolposkopie PD Dr. V. Küppers, Düsseldorf Prof. Dr. R. J. Lellé, Münster 316		Kolposkopie II – Normale und abnorme Befunde der Vulva und Vagina PD Dr. V. Küppers, Düsseldorf Prof. Dr. R. J. Lellé, Münster 418	
19		Excellence in Praxis-Marketing mit Versorgungsforschung Prof. Dr. G. Riegl, Augsburg 317	Excellence in Krankenhaus-Marketing mit Versorgungsforschung Prof. Dr. G. Riegl, Augsburg 335	GOÄ-Seminar W.M. Lamers, Billerbeck 419	Praxis-Qualitätsmanagement W.M. Lamers, Billerbeck Sylvia Possin, Mülheim 440
CCD.Süd, 2.OG	26	Hämatologischer Mikroskopiekurs Prof. Dr. K. P. Hellriegel, Berlin 318		Vernetzte hämatologische Diagnostik Prof. Dr. R. Büttner, Bonn Prof. Dr. A. von Rücker, Bonn 420	Immunfluoreszenzkurs Beginn 13.30 h Dr. W. Stöcker, Lübeck Dr. R. Käßner, Göttingen 441
	27	Beginn: 9.00 h Gastroskopiekurs „Rhein-Ruhr“ des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) e.V. Prof. Dr. J. Freise, Mülheim Prof. Dr. B. May, Bochum 218	Kolo-Ileoskopischer Untersuchungskurs (Ludwigsburger Endoskopiekurs) Prof. Dr. P. Frühmorgen, Dr. K. Wehrmann, Ludwigsburg Dr. W. Rufle, Heidenheim 336	Kolo-Ileoskopischer Untersuchungskurs (Ludwigsburger Endoskopiekurs) – Fortsetzung – Prof. Dr. P. Frühmorgen, Dr. K. Wehrmann, Ludwigsburg Dr. W. Rufle, Heidenheim 336	
	28	Der Rückenschmerz – eine interdisziplinäre Herausforderung PD Dr. A. Saleh, Düsseldorf 319	Kurs: Beinvenenthrombosen – ambulant behandelt Dr. M. Hartmann, Freiburg 337	Pädiatrische Notfallsituationen Dr. A. Dorsch, Haimhausen 421	Kardiozirkulatorische Notfallsituationen Dr. A. Dorsch, Haimhausen 442
CCD.Ost	L	30. Deutscher Krankenhaustag	30. Deutscher Krankenhaustag	Aspekte der Interdisziplinarität der Arbeitsmedizin Dr. U. Ricken, Bad Essen 422	Manuelle Medizin Dr. H.-J. Petersohn, Düsseldorf 443
	M	30. Deutscher Krankenhaustag	30. Deutscher Krankenhaustag	InfoForum Beckenboden-Power nach der Franklin-Methode® Carena Common, Berlin 423	InfoForum: 16.00 h – 18.00 h Körperliche und emotionale Fitness für Manager Dipl. Psych. J. Dassow, Düsseldorf Dr. H. M. Strahl, Düsseldorf 444
	R	30. Deutscher Krankenhaustag	30. Deutscher Krankenhaustag	30. Deutscher Krankenhaustag	InfoForum: 14.00 -16.00 h Tinnitus – interdisziplinär Dr. H.-M. Strahl, Düsseldorf 445

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. Tel. Infocenter: 040 / 22802-900



1 Ich bin Allgemeinmediziner und habe von einer Patientin das Formular „Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen“ (Muster 7) bekommen. Muss ich diese Untersuchung durchführen?

Ja, da dieses Verfahren notwendig ist, um eine Psychotherapie einzuleiten. Sie sind als Konsiliararzt grundsätzlich verpflichtet, spätestens drei Wochen nach der Untersuchung einen Bericht an den Psychotherapeuten zu schicken.

2 Wenn ich ein Medikament der OTC-Liste verordne, verlangt ein Apotheker immer die Angabe der Diagnose auf dem Rezept. Nach meinem Kenntnisstand darf ich diese jedoch nicht auf dem Rezept dokumentieren. Was ist richtig?

Auf einem Arzneimittelrezept dürfen keine Diagnosen angegeben werden. Der Apotheker hat aus Datenschutzgründen auch keinen Anspruch auf

diese Information. Sie müssen die Diagnose allerdings in Ihrer Patientenakte dokumentieren.

3 Immer mehr Praxen schicken uns die Überweisungsscheine per Fax. Darf ich diese annehmen oder wird zwingend das Original benötigt?

Es wird zwingend das Original benötigt. Laut Bundesmantelvertrag § 24, Abs. 2, Satz 2 hat eine Überweisung auf dem Überweisungsschein zu erfolgen. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten darüber, dass ein ausgestellter Überweisungsschein dem in Anspruch genommenen Vertragsarzt vorzulegen ist. Der Patient muss das Papier also mitbringen.

4 Ein Patient hat von mir eine Einweisung für eine Operation am rechten Kniegelenk bekommen. Jetzt haben wir ein neues Quartal und das Krankenhaus verlangt eine neue Einweisung, da der Patient erst jetzt einen OP-Termin bekommen hat.

Dürfen wir eine zweite Einweisung ausstellen?

Nein, eine zweite Einweisung ist nicht notwendig. Eine Einweisung ist so lange gültig, bis die auf ihr angegebene Erkrankung stationär behandelt ist.

5 Viele Krankenkassen übernehmen nach eigener Aussage neuerdings Reiseimpfungen. Wird der Impfstoff dann über ein Privatrezept verordnet oder, wie sonst bei Impfstoffen üblich, über die Impfstoffanforderung bezogen?

Da diese Angebote der Krankenkassen nicht von der regionalen Impfvereinbarung gedeckt sind, müssen die Impfstoffe über ein Privatrezept verordnet und für die Arzthonorare GOÄ-Rechnungen ausgestellt werden. Der Patient reicht die Rechnungen bei der Krankenkasse zur Erstattung ein. Derzeit befinden wir uns aber in Verhandlungen über eine entsprechende Erweiterung der Impfvereinbarungen. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Hausarztzentrierte Versorgung: Befreiung von der Kassengebühr

In den Vertrag für „hausarztzentrierte Versorgung“ eingeschriebene Versicherte der GEK und IKK erhalten von ihrer Krankenkasse eine Karte, die sie als von der Kassengebühr befreit ausweist. Die Abrechnungsnummer 80040 ist nur einzutragen, wenn der Patient einen solchen Nachweis vorlegen kann. Anderenfalls muss die Kassengebühr erhoben und der Patient an die Krankenkasse verwiesen werden.

Eine Ausnahme ist der Erstkontakt: Füllt der Patient beim Arzt die Teilnahmeerklärung für die „hausarztzentrierte Versorgung“ aus, ist er für diesen

ersten Besuch von der Kassengebühr befreit. Bei allen darauffolgenden Besuchen als Teilnehmer der hausarztzentrierten Versorgung muss er dann aber einen Nachweis vorlegen, um keine Kassengebühr zahlen zu müssen.

Die Versicherte der See-Krankenkasse müssen in jedem Fall die Kassengebühr zahlen.

*Ansprechpartnerin:
Matthias Baer-Zickur Tel. 22802-728
oder Infocenter Tel. 22802-900*

Ärzte übernehmen Krankenhaus

Das Krankenhaus Jerusalem in Eimsbüttel ist verkauft worden. Neue Eigentümer sind ein Kaufmann und drei niedergelassene Ärzte des „Mammanzentrum Hamburg“, das seinen operativen Bereich seit vielen Jahren im Krankenhaus hat. Die 1913 gebaute Traditionsklinik soll nun in ein Spezialzentrum für Onkologie ausgebaut werden.

*Mehr dazu im nächsten
KVH-Journal.*



Foto: Fotolia.com

Arbeitshilfe für DMP Asthma/COPD

Zur leichteren Handhabung der Abläufe (beispielsweise beim Ausfüllen der Dokumentationen) haben wir eine Arbeitshilfe für das DMP Asthma/COPD erstellt. Die Broschüre finden Sie auf unserer Homepage:

www.kvhh.de Ärzte/Psychotherapeuten - DMP - DMP Asthma/COPD - Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme.

Falls Sie keine Möglichkeit haben, den Text dort einzusehen, stellen wir Ihnen die Arbeitshilfe gerne auch in Papierform zur Verfügung.

*Ansprechpartnerin:
Käthe Schöppich
Tel. 22802-381*

Abrechnung

Abgabe der Abrechnungsunterlagen III. Quartal 2007

Montag, 1. Oktober 2007 bis Mittwoch, 17. Oktober 2007
im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Montag bis Freitag von 7.00 bis 16:30 Uhr und
Samstag von 7.00 bis 13.00 Uhr

Die Frist zur Abgabe der Behandlungsausweise kann nur in begründeten Fällen verlängert werden.

Ein Antrag auf Fristverlängerung muss gemäß § 1 Abs. 1 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabe-

frist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro

berechnet. Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden. Den richtigen Ansprechpartner vermittelt das Infocenter der KVH, Tel. 22802-900. wa



Wer ist zertifiziert?

Bitte melden Sie sich bei uns, wenn Ihre Praxis bereits eine Zertifizierung über die Einführung und Anwendung von Qualitätsmanagement erworben hat. Wir würden uns über eine Kopie Ihres Zertifikats freuen.

Wir sammeln derzeit Informationen, die uns einen Überblick über die Größenordnung der im Qualitätsmanagement bereits weit fortgeschrittenen Praxen geben können. Durch die Zusendung einer Kopie Ihrer Zertifizierungsurkunde helfen Sie uns dabei, Hamburg auf Bundesebene statistisch einordnen zu können.

Ansprechpartner:

*Ursula Dudziak Tel. 22802-633
Michaela Puschmann Tel. 22802-894*

KV Hamburg Homepage

Neugestaltung des Bereichs Qualitätsmanagement

Fragen und Antworten

Ausführliche Hintergrundinformationen zum Thema Qualitätsmanagement finden Sie im aktualisierten und erweiterten Qualitätsmanagement-Bereich der KV Hamburg Homepage. Wir haben für Sie die häufigsten Fragen und Antworten zu QM übersichtlich zusammengefasst und stellen verschiedene QM-Systeme vor.

Freie Seminarplätze

Das Anmeldeformular für die im Ärztehaus stattfindenden QM-Einführungseminare befindet sich ebenfalls im Internet. Das Formular kann am PC ausgefüllt und uns nach Ausdruck per Fax zugesandt werden. Da meistens mehrere Seminare am selben Wochenende stattfinden, gibt es an allen Seminartagen noch freie Plätze.

Hygiene und Infektionsschutz

Im Nachgang zu der Veranstaltung der Ärztekammer Hamburg „Wegweiser durch den Hygienedschungel“ am 30. März 2007 haben wir Informationen zum Thema Infektionsschutz für Sie zusammengestellt.

Unter dem Stichwort „Hygiene“ finden Sie eine Liste der für Sie zuständigen Bezirksamter, bei denen Sie meldepflichtige Krankheiten melden können. Die Ansprechpartner und Telefonnummern sind dort gleich aufgeführt.

Außerdem finden Sie weiterführende Links:

- zum Robert-Koch-Institut
- zum Infektionsschutzgesetz (welche Krankheiten sind meldepflichtig?)
- zum Meldeformular für meldepflichtige Krankheiten
- zur Broschüre „Medizinprodukte“ der Gesundheitsbehörde Hamburg

Ansprechpartner:

*Ursula Dudziak
Tel. 22802-633
Michaela Puschmann
Tel. 22802-894*

Sollten Sie uns einmal nicht erreichen, können Sie uns auch gerne eine E-Mail schicken:
qualitaetsmanagement@kvhh.de

Neue Therapieoptionen für Diabetiker

Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise - erstellt von der KV Hamburg
in Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Krankenkassen

Unter dem Druck ständig steigender Arzneimittelkosten ist es besonders wichtig, neue Arzneimittel, die als Innovationen angepriesen werden, möglichst kritisch zu betrachten. Dabei stellt sich die Frage, ob und für welche Patienten das neue, meist kostenintensivere Mittel einen erwiesenen Mehrnutzen im Vergleich zu Standardarzneimitteln hat. Auch die eventuell noch ungeklärten Risiken von neuen Wirkstoffen für die Patienten müssen beachtet werden.

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle zwei neu auf dem Markt befindliche Arzneimittel zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ II kurz vorstellen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der unten angegebenen Literatur.

Exenatide (Byetta®)

ist ein Polypeptid, das zur Behandlung des Diabetes Typ II zugelassen wurde. Laut Zulassung darf es nur in Kombination mit Metformin und/oder Sulfonylharnstoff-Präparaten angewendet werden und zwar erst dann, wenn der Blutzucker des Patienten mit der maximal verträglichen Dosis dieser oben genannten oralen Antidiabetika nicht ausreichend eingestellt werden kann.

Exenatide ist der erste Vertreter der Substanzgruppe der „Inkretin-Mimetika“. Es wirkt wie GLP-1 (Glucagon-like Peptid 1) als Agonist am GLP-1 Rezeptor und verstärkt glucoseabhängig die Insulin-Freisetzung durch die Betazellen des Pankreas.¹ Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beurteilt diesen Wirkstoff als „durchschnittlich wirksames Antidiabetikum“, das nur in Kombination mit Metformin und/oder Sulfonylharnstoff die diabetische Stoffwechsellage günstig beeinflusst.

Als vorteilhaft wird eine leichte Gewichtsreduktion unter Exenatide und das niedrige Hypoglykämierisiko in Kombination mit Metformin genannt.

Negativ wird das sehr häufige Auftreten von Übelkeit und Erbrechen, die Notwendigkeit einer unbequemen zweimal täglichen subcutanen Gabe und die Gefahr der Interaktionen mit oral verabreichten Pharmaka bewertet. Die nur geringe Senkung des HbA1c, die fehlenden Langzeitdaten zur Sicherheit und das Fehlen von Studien mit patientenrelevanten Endpunkten werden als weitere Kritikpunkte genannt.

Die Arzneimittelkommission wertet Byetta® allenfalls als Mittel der Reserve für solche übergewichtigen Diabetiker, die mit der Standardtherapie nicht befriedigend eingestellt werden

können und unter Insulintherapie eine Gewichtszunahme zeigen.²

Das Arznei-Telegramm sieht beim derzeitigen Kenntnisstand keine Indikation für dieses neue und kostenintensive Präparat.³

Literatur:

1. Fachinformation für Byetta®
2. AVP Arzneiverordnung in der Praxis; Bd.34; Ausgabe 2, 4/2007
3. Arznei-Telegramm 2007; Jg. 38; Nr. 5

Sitagliptin (Januvia®)

ist zugelassen für die Behandlung von Patienten mit Diabetes Typ II in Kombination mit Metformin oder einem Glitazon, wenn die Monotherapie mit diesen Substanzen plus Diät und Bewegung den Blutzucker nicht ausreichend senken.¹ Sitagliptin hemmt das Enzym Dipeptidylpeptidase IV, das für den Abbau der Inkretinhormone GLP-1 und GIP verantwortlich ist. Eine höhere Konzentration dieser Inkretinhormone erhöht die Insulinfreisetzung aus den Betazellen des Pankreas.¹ Die kritische Bewertung durch das Arznei-Telegramm² kommt zu folgendem Fazit:

- Die Anwendung als Zusatzbehandlung von Sitagliptin in den Studien ergab eine Senkung der HbA1c-Werte

Preisübersicht € (Lauertaxe 15.07.2007):

Wirkstoff	Präparat	Hersteller	Preis f. OP	Preis für 30 Tage
Exenatide 10µg	Byetta®	Lilly 1 Fertigen zu 600µg	124,62	124,62
Humaninsulin	Huminsulin® Pr III	Lilly 5 Patronen zu 300 I.E. (insg. also 1500I.E.)	52,51	26,26
Sitagliptin	Januvia®	MSD 28 Ftabl. Zu 100mg	61,65	66,05

Dosierungen: Byetta® 2x10µg pro Tag, Huminsulin® 25 I.E. pro Tag, Januvia® 100mg pro Tag

(im Vergleich zu Plazebo) um 0,6 bis 0,8% . Im Vergleich zu den Standardmitteln wie Metformin und der Sulfonylharnstoffe (Senkung d. HbA1c ca. 1-1,5%) erscheint es damit schwächer wirksam zu sein als diese.

- Die Kombination mit Pioglitazon werten die Autoren hinsichtlich der potentiellen Steigerung der kardio-

vaskulären Toxizität und der erhöhten Mortalität bei Nierenfunktionseinschränkungen als problematisch.

- Negativ wurde ebenfalls bewertet, dass Daten über die Konsequenzen einer langjährigen Hemmung der Di-peptidylpeptidase, die nicht nur den Abbau der Inkretinhormone bewirkt sondern auch beim Abbau immuno-

logisch wirksamer Proteine eine Rolle spielt, fehlen.

- Das Arznei-Telegramm bewertet das neue Mittel als wirkschwach und ohne therapeutischen Stellenwert.

Literatur:

1. Fachinformation für Januvia®
2. Arznei-Telegramm 2007; Jg.38; Nr. 6

KBV-Stellungnahme zu Pantoprazol

Die KBV hat in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission eine Stellungnahme („Wirkstoff Aktuell“) zu Pantoprazol erstellt. Zusammenfassend lassen sich folgende Empfehlungen geben:

- Da Pantoprazol keine erwiesenen, klinisch relevanten Unterschiede hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit in Vergleich zu anderen Protonenpumpeninhibitoren (PPI) zeigt, gelten die kostengünstigeren Omeprazol-Generika als Mittel der Wahl.
- Auch hinsichtlich Nebenwirkungen und Interaktionen bestehen keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen den einzelnen Wirkstoffen.
- Für die Behandlung von dyspeptischen Beschwerden haben die PPI's keine Zulassung

Den gesamten Text inklusive eines Preisvergleichs der verschiedenen Therapiekosten können Sie auf der Homepage der KBV herunterladen:

www.kbv.de/publikationen/116.html

Methadon, Buprenorphin oder Polamidon?

Auch bei Substitutionsmitteln für Opiatabhängige gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot

In den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger wird der Stand der medizinischen Wissenschaft für Indikationsstellung, Durchführung und Abschluss der substituionsgestützten Behandlung beschrieben. Zur Wahl des Substitutionsmittels heißt es dort: „Es können die Substitutionsmittel eingesetzt werden, die in der BtMVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) zugelassen sind. Es sind die Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes und gegebenenfalls der Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses zu beachten.

Der Arzt ist verpflichtet, sich fortlaufend und umfassend über Wirkungen und Nebenwirkungen sowie Interaktionen der von ihm eingesetzten Substitutionsmittel zu informieren....“

Die Arzneimittelrichtlinien enthalten als Bestandteil der Anlage 4 den Therapiehinweis für die „substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“.

Dort ist unter anderem ausgeführt, dass der Arzt zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes grundsätzlich das kostengünstigste Substitutionsmittel in der preisgünstigsten Darreichungsform zu verwenden hat.

Zu beachten ist also, dass laut Arzneimittelrichtlinien grundsätzlich das kostengünstigere Methadon das Mittel der Wahl darstellt. (Bitte eventuellen Preisunterschied zwischen Rezeptur und Fertigarzneimittel beachten!)

Obwohl Mittel zur Substitutionsbehandlung als Praxisbesonderheit bei der Richtgrößenprüfung anerkannt sind, entbindet dies den Arzt nicht von seiner Verpflichtung zur Berücksichti-

gung der Wirtschaftlichkeit. Muss aus medizinischen oder therapeutischen Gründen ein kostenintensiveres Substitutionsmittel verordnet werden, raten wir zur ausführlichen Begründung in der Dokumentation.

Für diese Mittel ist kein automatischer Abzug von den Richtgrößenvolumina vorgesehen und die Anerkennung als Praxisbesonderheit obliegt im Zweifelsfall dem Prüfungsausschuss.

In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, ihre Verordnungen in diesem Bereich kritisch zu prüfen und sorgfältig zu dokumentieren. Le

Links:

Arzneimittelrichtlinien
www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/
 Richtlinien der Bundesärztekammer
www.bundesaerztekammer.de (linke Navigationsleiste) Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen - Leitlinien (ganz nach unten scrollen)

Anstieg von Ezetemib-Verordnungen in Hamburg

Der Einsatz des kostenintensiven Wirkstoffs ist nur im Ausnahmefall sinnvoll

Eine Verordnungsanalyse des 2. Halbjahres 2006 hat für Ezetemib-haltige Arzneimittel (Ezetrol® und Inegy®) einen deutlichen Verordnungsanstieg in Hamburg ergeben.

Ezetemib ist zur Monotherapie (Ezetrol®) nur zugelassen bei primärer Hypercholesterinämie, wenn Statine für den Patienten zum Beispiel bei Unverträglichkeit nicht angewendet werden können oder zur Behandlung als ungeeignet erachtet werden.

Als Kombinationstherapie darf Ezetemib (zum Beispiel Inegy®) nur verordnet werden, wenn Diät und Statine zusammen keine ausreichende Wirkung erzielen. Hier ist darauf zu achten, dass vor der zusätzlichen Verordnung des Ezetemibs das Statin allein ausreichend lange und in geeigneter Dosierung verordnet wurde. (Bitte dokumentieren!)

Wir verweisen ausdrücklich auf die Ausführungen zu den Ezetemib-haltigen Arzneimitteln in der Zielvereinbarung. Zur Erinnerung: Ab dem 1.7.2006 ist in der Arznei- und Heilmittelvereinbarung (Zielvereinbarung) zur Verordnung von Ezetemib folgendes vereinbart worden:

„Der Einsatz von Ezetemib (als Monopräparat oder in Kombination mit CSE-Hemmern) verursacht höhere Kosten gegenüber preisgünstigen Generika der CSE Hemmer.

Ohne Beleg des Überlebensvorteils und ohne aussagekräftige Langzeitdaten zur Arzneimittelsicherheit für Ezetemib (Wirkstoff aktuell 01/2003; Arzneimittelkommission d. dt. Ärzteschaft April 2004; Arzneimittelreport 2005) sollte der Einsatz nur im Einzelfall erfolgen. Aus diesen Gründen soll die freie oder fixe Kombination eines

Statins mit Ezetemib erst bei Verfehlen der risikoadaptierten Zielwerte bei einer Statintherapie oder bei Unverträglichkeit eines Statins erfolgen. (Siehe hierzu die Zulassungsindikationen laut Fachinformation für Ezetrol® und Inegy®)“

Da also die Therapie beispielsweise mit Inegy® kostenintensiver ist als mit einem Statin wie Simvastatin allein, sollten Sie die nicht ausreichende Wirkung des Statins in Ihrer Patienten-Dokumentation festhalten, ebenso die eventuell verbesserte Wirkung unter der Kombinationstherapie.

Beim Ausbleiben dieser verbesserten Wirkung bei Kombinationsgabe sollte Ezetemib abgesetzt werden.

Wir empfehlen eine sorgfältige und kritische Prüfung Ihrer Verordnungen in diesem Bereich.

Le

Preisvergleichsliste

(lt. ifap – Liste 01.08.07)

Wirkstoff	Handelsname	Darreichungsform	Stärke	Packungsgröße	Preis
Ezetemib	Ezetrol	Tabl.	10 mg	100 ST.	165,55
Simvastatin	Bel Simvastatin	Filmtabl.	10 mg	100 ST.	17,46
Simvastatin	Simva Basics	Filmtabl.	10 mg	100 ST	17,47
Simvastatin	Bel Simvastatin	Filmtabl.	20 mg	100 ST	23,17
Simvastatin	Simvastatin 1A Pharma	Filmtabl.	20 mg	100 ST	23,21
Simvastatin	Bel Simvastatin	Filmtabl.	40 mg	100 ST	36,87
Simvastatin	Simvastatin 1A Pharma	Filmtabl.	40 mg	100 ST	36,91
Simvastatin	Simvadura	Filmtabl.	80 mg	100 ST	69,79
Simvastatin	Simvastatin 1A Pharma	Filmtabl.	80 mg	100 ST	69,79
Ezetemib plus Simvastatin	Inegy	Tabl.	10mg/10mg	100 ST	183,08
Ezetemib plus Simvastatin	Inegy	Tabl.	10mg/20mg	100 ST	204,66
Ezetemib plus Simvastatin	Inegy	Tabl.	10 mg/40 mg	100 ST	237,64
Ezetemib plus Simvastatin	Inegy	Tabl.	10 mg/80 mg	100 ST	250,64

Die Therapie mit Simvastatin ist wahrscheinlich aufgrund der vielen Rabattverträge zu dieser Substanz günstiger als in dieser Zusammenstellung. Wenn Sie es medizinisch vertreten können, lassen Sie die Substitution zu!



Antihistaminika auf Rezept?

Über die Verordnungsfähigkeit von Medikamenten wie Aerius und Xusal herrscht in vielen Praxen Unsicherheit. Die KV Brandenburg hat den Stand der Dinge zusammengefasst.

Die nicht verschreibungspflichtigen Antihistaminika zur Behandlung der allergischen Rhinitis waren bis zum 1. März 2006 aus der Kassenleistung ausgeschlossen. Eine Verordnung war für Versicherte ab vollendetem 12. Lebensjahr nur ausnahmsweise zur Behandlung einer Insektengiftallergie, zur Behandlung schwerer rezidivierender Urticarien und bei schwerwiegendem anhaltendem Pruritus möglich. Seit März 2006 ist die Verordnungsmöglichkeit erweitert auf die Behandlung der schwerwiegenden allergischen Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glucocorticoiden nicht ausreichend ist (siehe Punkt 16.4.5 Arzneimittel-Richtlinie).

Ein genereller Ausschluss verschreibungspflichtiger Antihistaminika aus der Leistungspflicht existiert nicht. Allerdings akzeptieren die Kostenträger auch keine Ausweitung des Leistungsrechts durch das Umschwenken von einem verschreibungsfreien Arzneimittel, das durch den Versicherten selbst zu kaufen ist, wenn nicht die Ausnahmevoraussetzungen nach Arzneimittel-Richtlinie 16.4.5 vorliegen, auf ein verschreibungspflichtiges

Präparat (siehe Arzneimittel-Richtlinie 16.10). Deren Einsatz ist immer dann wirtschaftlich und gerechtfertigt, wenn die verschreibungsfreien Präparate, die der Versicherte selbst zu zahlen hat, für die Behandlung oben genannter Erkrankungen nicht geeignet beziehungsweise nicht ausreichend waren oder zum Beispiel auf Grund von Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen nicht angewendet werden können.

Es sollte also beachtet werden, dass Aerius® und Xusal® nur zur Behandlung der allergischen Rhinitis und der chronischen idiopathischen Urticaria zugelassen sind. Eine Behandlung bei schwerwiegendem Pruritus wäre durch die Zulassung nicht gedeckt (Off-Label-Einsatz kann wiederum zu Regressanträgen durch die Krankenkassen führen).

Bei Stellungnahmen für den Prüfungsausschuss sollte auf jeden einzelnen Patienten eingegangen werden (Indikation, Vormedikation, Wirkungsverlust, Nebenwirkungen und ähnliches).

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der KV Brandenburg: KV intern 6/2007

BKK-Bundesverband: Leukonorm ist nicht verordnungsfähig

Der BKK Bundesverband informiert, dass er der Auffassung sei, für das Arzneimittel LeukoNorm CytoChemia® bestehe keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Er kündigt an, dass er den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei Verordnung dieses Präparates das Stellen von Prüfanträgen empfehlen wird.

Hintergrund dieser Meldung ist folgender Sachverhalt:

- Das Paul-Ehrlich-Institut hat die Nachzulassung dieses Arzneimittels im Dezember 2006 abgelehnt.
- Die Firma hat im Januar gegen diesen Bescheid geklagt.
- Diese Klage bewirkt eine aufschiebende Wirkung und das Präparat ist also noch am Markt verfügbar.
- Die Alt-Arzneimittelzulassung wirkt aufgrund der Klage noch fort.
- Dieses Fortwirken der Altzulassung führe nicht zur Leistungspflicht der Krankenkassen, so der Bundesverband. Er verweist auf ein entsprechendes Urteil des BSG zu Wobe-Mugos E.

Wir weisen darauf hin, dass der Beschwerdeausschuss der unabhängigen Prüfungseinrichtung in Hamburg bereits erhebliche Regresse wegen der Verordnung von Leukonorm® bestätigt hat. Die Regressgefahr besteht auch für Verordnungen im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen, die zu diesem Präparat noch laufen.

Le

Ansprechpartner für Fragen zu Arzneimitteln:

*Regina Lilje Tel. 22802-489
Ulrich Skoglund Tel. 22802-811
Dr. Klaus Voelker Tel. 22802-571*



Foto: www.die-gesundheitskarte.de

Allzu ehrgeiziges Projekt

Ärzte müssen die Möglichkeit bekommen, Patientendaten untereinander elektronisch auszutauschen. Ein Abfluss von Daten nach außen, wie es das Projekt E-Card vorsieht, ist aber riskant.

Das Bundesgesundheitsministerium macht Druck: Im August verkündete Staatssekretär Klaus Theo Schröder, die bundesweite Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten werde im zweiten Quartal 2008 beginnen. Wenn alles glatt läuft, kann das Ministerium bald mit der Erfolgsmeldung aufwarten, es habe die elektronische Gesundheitskarte gegen alle Widerstände durchgesetzt.

Doch viel mehr als die alte Chipkarte leistet die neue Karte zunächst nicht. Sie enthält statt eines Speicherchips einen Prozessorchip, zudem ein Foto des Versicherten und auf der Rückseite einen Aufdruck für Behandlungen in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union – alles Anwendungen, die den Ärzten keinen zusätzlichen Nutzen bringen.

Abgesehen davon, dass die Praxen neue Einlesegeräte benötigen - wer die Finanzierung übernimmt, ist noch nicht geklärt - und für das Einlesen der Karte nach derzeitigem Entwicklungsstand mindestens doppelt so viel Zeit einkalkulieren müssen wie bisher, ändert sich nicht viel.

„Es kann nicht sein, dass dem Gesundheitswesen Milliardenbeträge für ein Projekt entzogen werden, dessen Nutzen für Ärzte und Patienten nicht nachgewiesen ist,“ sagt Dieter Bollmann, Vorsitzender der KV Hamburg. Im Testbetrieb hätten sich bislang keinerlei Vorteile gegenüber der bisherigen Chipkarte gezeigt.

Für weitere Unruhe sorgte, dass Staatssekretär Schröder in der Presse mit den Worten zitiert wurde, man könne auf die nächste Teststufe mit 100.000 Karten verzichten. „Die geplanten so genannten 100.000er-Tests werden stattfinden“, widerspricht KBV-Vize Dr. Carl-Heinz Müller. Und die Pressestelle des Gesundheitsministeriums erklärt, Schröder sei missverstanden worden. Seine Bemerkung habe sich lediglich auf die erste Phase und die Tests der Kartenlesbarkeit bezogen.

E-Card goes online

Was die elektronische Gesundheitskarte im Online-Betrieb bringt, ist bislang noch nicht getestet. Zu den Anwendungen, die eine elektronische Gesundheitskarte laut Gesetz verpflichtend enthalten muss, gehört der Online-Abgleich der Versichertenstammdaten: Die Versichertendaten auf der Karte sowie die Gültigkeit der Gesundheitskarte sollen automatisch mit den Versichertenstammdaten der Kassen abgeglichen werden, um den Missbrauch von Gesundheitskarten zu verhindern.

Auch die Einführung des elektronischen Rezeptes ist im Gesetz festgeschrieben. Von dieser Anwendung versprechen sich die Krankenkassen durch erhebliche Reduzierung des Verwaltungsaufwandes Einsparungen in Millionenhöhe.

Ob das elektronische Rezept auf der elektronischen Gesundheitskar-

te, auf einem Server oder auf beidem gespeichert wird, ist noch nicht entschieden. Sollte die Serverlösung umgesetzt werden, würde dies bedeuten, dass die Daten von der Praxis online verschickt und vom Apotheker online abgerufen werden.

Nach derzeitigem Planungsstand kommt ein Zugang zu den Patientendaten aus Datenschutzgründen nur zustande, wenn neben der elektronischen Gesundheitskarte gleichzeitig auch ein „elektronischer Heilberufsausweis“ eingelesen wird. Diese beiden Karten dienen als Schlüssel, ohne den Patientendaten weder gelesen noch verändert werden können.

Die Arztpraxen müssen in dieser Phase technisch aufrüsten. Um die Praxis-EDV sicher mit dem Gesundheits-Telematiknetz zu verbinden und die elektronische Gesundheitskarte und den Heilberufsausweis aus dem Praxissystem ansteuern zu können, benötigen die Praxen einen Konnektor. Für die Übertragung der Daten über ein VPN (Virtuelles Privates Netzwerk) ist ein DSL-Zugang erforderlich. Die Investitionskosten pro Arztpraxis werden auf 3.000 Euro geschätzt. Hinzu kommen laufende Kosten für Trustcenter und DSL-Nutzung.

Die „freiwilligen“ Anwendungen

Die bisher angesprochenen Anwendungen gehören zum „Pflichtteil“, sind also laut Gesetz verpflichtend vorgeschrieben. Diese Anwendungen brin-

gen den Praxen mehr Arbeit, nutzen aber vornehmlich den Krankenkassen. Erst die „freiwilligen Anwendungen“, die durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ermöglicht werden, könnten auch Nutzen für die ärztliche Behandlung der Patienten bringen.

Zu den freiwilligen Anwendungen gehört die Speicherung des sogenannten Notfalldatensatzes (Grunderkrankungen, Allergien, Blutgruppe, Arzneimittelunverträglichkeiten). Ob Ärzte im Notfall die Zeit und die Möglichkeit haben, die entsprechenden Daten auszulesen ist umstritten.

Eine weitere freiwillige Anwendung ist die elektronische Patientenakte (ePA), welche eine Fülle medizinischer Daten enthalten kann, die auf unterschiedlichen Rechnersystemen abgelegt werden sollen.

Das Problem bei diesen Anwendungen ist, dass sie freiwillig sind und der Patient entscheiden kann, wie vollständig die Daten sind und welche Daten er wem zugänglich macht. Was aus Gründen des Datenschutzes und der informationellen Selbstbestimmung nachvollziehbar ist, schränkt den Nutzen der freiwilligen Anwendungen für den behandelnden Arzt ein: Wenn der Patient die Daten einer früheren Röntgenuntersuchung, eine psychiatrische Diganose oder einen HIV-Befund aus seiner Patientenakte tilgt, erfährt der Arzt nichts davon.

Bleibt es bei diesem Konzept, kann sich der Arzt auf die Vollständigkeit der elektronischen medizinischen Daten der Patienten nicht verlassen, da Teile der Krankengeschichte verschleiert werden können, die für den Behandlungserfolg von Bedeutung wären.

Telematik ja, E-Card nein

Das Datenschutz-Dilemma ist einfach zu erklären: Primäres Ziel der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist nicht, den Ärzten untereinander einen sicheren Datenaustausch zu ermöglichen. Das Gesundheitsministerium hat einen viel ehrgeizigeren Plan: Es will den reibungslosen Austausch von Patientendaten zwischen Ärzten, Apotheken und Krankenkassen ermöglichen.

Bei einem solchen Mammutprojekt Datensicherheit zu garantieren, ist schlechterdings unmöglich. Da hilft es wenig, die informationelle Selbstbestimmung der Patienten so weit

auszudehnen, dass die elektronische Patientenakte für Ärzte zu einer unzuverlässigen Informationsquelle wird.

Das Problem ist nicht die Telematik an sich, sondern der wenig aussichtsreiche Versuch, den Abfluss von Daten aus dem ärztlichen System an Krankenkassen und Apotheken mit dem Datenschutz in Übereinstimmung zu bringen.

Es stimmt: Um die Patientenversorgung zu verbessern, müssen wir Wege finden, elektronische Patientendaten schnell und sicher zwischen den Ärz-

ten auszutauschen; doch dies muss innerhalb eines geschlossenen Systems geschehen, das keine Schnittstellen nach außen hat.

Anders als derzeit bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollte die Digitalisierung des ärztlichen Informationsaustausches übrigens unter die Maxime gestellt werden, dass jene Dienste zuerst anzubieten sind, die einen nachweisbaren Nutzen für den Praxisablauf und die Patientenversorgung bieten.

mn/ps

E-Card-Einführung: Muss ich technisch aufrüsten?

Brauche ich für die E-Card ein neues Lesegerät?

Mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarten benötigen Ärzte und Psychotherapeuten sogenannte multifunktionale Kartenterminals (MKT+), die sowohl die neuen Gesundheitskarten als auch die Krankenversicherungskarten einlesen können.

Ich muss schon jetzt ein neues Lesegerät anschaffen. Was gibt es zu beachten?

Wenn Sie bereits vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ein neues Lesegerät benötigen, sollten Sie bereits jetzt auf ein multifunktionales Lesegerät umsteigen, welches für die Anwendungen der E-Card zertifiziert ist. Bitte bewahren Sie den Rechnungsbeleg auf, um die Anschaffungskosten gegebenenfalls zum Zeitpunkt der bundesweiten Ausstattung der Praxen mit neuen Lesegeräten erstattet zu bekommen.

Übernehmen die Krankenkassen die Kosten?

Die Krankenkassen verhandeln mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über die Finanzierung der Kartenlesegeräte. Die KBV ist mit der Forderung angetreten, dass die Anschaffung der Lesegeräte für Ärzte und Psychotherapeuten kostenneutral sein muss.

Kann ich mein altes Praxisverwaltungssystem weiterbenutzen?

Im SGB V (§295, Abs. 4) ist geregelt, dass alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet sind, spätestens zum Beginn der flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte für die Quartalsabrechnung ein von der KBV zertifiziertes Praxisverwaltungssystem einzusetzen.

Daher ist es ratsam, sich rechtzeitig dem Thema Praxis-EDV zu widmen. Die KV Hamburg unterstützt Sie dabei gern. Bitte nutzen Sie unser Beratungs- und Präsentationsangebot.

Praxen, die noch Praxisverwaltungssysteme älterer Versionen oder auf DOS-Betriebssystemebene einsetzen, sollten mit ihrem Softwarehaus Kontakt aufnehmen und erfragen, ob sichergestellt ist, dass eine Anpassung der Software für den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgt und die hardwareseitigen Voraussetzungen für den Anschluss der neuen Lesegeräte gegeben sind.

Ansprechpartnerin: Petra Schulte Tel. 22802-497

Ab 2009: Chance für höhere Honorare

KBV und Bundesgesundheitsministerium bekräftigen: Honorarreform ist im Zeitplan.

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ist vom Gesetzgeber mit einem äußerst engen Zeitkorsett umfasst worden. Bis die Euro-Gebührenordnung ab 2009 in Kraft treten kann, ist viel Arbeit zu erledigen.

Eine Zwischenstufe auf dem Weg ist ein neuer EBM, der schon ab 1. Januar 2008 gelten soll. Er operiert zwar noch mit Punkten, wird sich aber dennoch von seinem Vorgänger unterscheiden. Der Grund: Der EBM 2008 soll pauschalieren, was pauschalierbar ist.

Ein Jahr später, zum 1. Januar 2009, folgt eine neue Gebührenordnung in Euro und Cent, der sogenannte Euro-EBM. Damit wäre Schluss mit der Muschelwährung „Punkte“, der Arzt weiß ab 2009 bei jeder Behandlung sofort, welches Honorar er dafür bekommt.

Zudem tragen künftig die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko. Ausweitungen des Leistungsumfangs auch jenseits der Morbiditätsentwicklung gehen dann nicht mehr zu Lasten der Vertragsärzte.

Um die 17 regionalen Euro-Gebührenordnungen bis 1. Januar 2009 bilden zu können, sind Orientierungspunktwerte notwendig. Die Vertreterversammlung der KBV hat den Gesetzgeber aufgefordert, getrennte Orientierungspunktwerte für die haus- und fachärztliche Versorgung zuzulassen. Dieser Schritt ist notwendig, damit es nicht zur Benachteiligung eines Versorgungsbereichs kommt.

In einer Pressemitteilung hat das Bundesgesundheitsministerium be-

kräftigt, dass die Vorbereitungen für die Honorarreform planmäßig erledigt würden. Da die neue Gebührenordnung mit den gesetzlichen Krankenkassen verhandelt werden muss - als Verhandlungspartner wird hier der neue Spitzenverband Bund auftreten -, ist von dort allerdings mit erheblichem Widerstand zu rechnen. Schließlich haben die Krankenkassen gerade in den nächsten Jahren selbst finanzia-

elle Nöte. Zum einen müssen sie bis 2008 entschuldet sein. Zum anderen kürzt der Bund seine Steuerzuschüsse zunächst und lässt sie nur langsam wieder steigen. Die spannende Frage ist zudem, mit welchen finanziellen Mitteln der Gesundheitsfonds ab 2009 ausgestattet sein wird. Die Bundesregierung legt dann die Höhe der Krankenkassenbeiträge fest.

KBV/mn

Die Honorarreform auf einen Blick

31. Oktober 2007: Kassen und KBV müssen den Pauschalen-EBM beschließen.

1. Januar 2008: Der Pauschalen-EBM tritt in Kraft.

31. August 2008: Orientierungspunktwerte, Morbiditätsmessung sowie ein Verfahren zur Berechnung und Anpassung von Regelleistungsvolumen werden festgelegt.

15. November 2008: Die KVen und Landeskassen vereinbaren Punktwerte (danach jährlich zum 31. Oktober).

30. November 2008: Die Ärzte erfahren ihre Regelleistungsvolumen.

1. Januar 2009: Der Euro-EBM tritt in Kraft.

1. Januar 2010: Das Niederlassungsverhalten wird ab jetzt mittels Preis-anreizen gesteuert.

1. Januar 2011: Fachärzte erhalten diagnosebezogene Fallpauschalen.

30. Juni 2012: Das Bundesgesundheitsministerium legt einen Bericht über einen möglichen Verzicht auf Zulassungsbeschränkungen vor.

Umfrage: Mediziner genießen das meiste Vertrauen

Trotz Kritik durch Medien und Politik: Ärzte bleiben im Ranking der Berufsgruppen auf Platz eins

Ob eine Berufsgruppe das Vertrauen der Bürger genießt, scheint nicht unbedingt von der Tendenz der Medienberichterstattung abhängig zu sein.

Trotz Ärztehasser-Buch und politischem Gegenwind aus Berlin: Ärzte sind nach wie vor jene Berufsgruppe, der in Deutschland am meisten Vertrauen entgegengebracht wird. Insgesamt

83 Prozent der vom Marktforschungsunternehmen GfK befragten Bürger hielten Mediziner für vertrauenswürdig.

Mit immerhin 82 Prozent den zweiten Platz erreichten in diesem Jahr die Lehrer. Ebenfalls 82 Prozent der Deutschen halten Polizisten für vertrauenswürdig.

Militär und Kirchenvertreter liegen mit 72 Prozent gleichauf. Es folgen die Juristen mit 60 Prozent.

Nur halb so viele der Befragten hatten ein positives Bild von Journalisten. Weit abgeschlagen mit 15 beziehungsweise 10 Prozent sind die Vertrauenswerte von Managern und Politikern.

Neue Arztsuche auf KVHH.de

Die Website der KV Hamburg bietet ab Herbst eine überarbeitete Arztsuche an. Der Suchvorgang wird erleichtert; es gibt neue Funktionen, mit denen man das Profil eines Arzt oder Psychotherapeuten präziser eingrenzen kann.

Patienten können dann beispielsweise neben dem Fachgebiet und dem Schwerpunkt auch genehmigungspflichtige Leistungen abfragen.

Bereits die Trefferliste enthält die Adressen und Telefonnummern aller gefundenen Ärzte oder Psychotherapeuten. Wer die Arztnamen anklickt, bekommt alle Daten auf einen Blick: Fachgruppe, Schwerpunkte, Zusatz/Bereich, ausgewählte genehmigungspflichtige Leistungen, Fremdsprachen-

kenntnisse, die Zugänglichkeit der Praxis für Behinderte und die genauen Sprechzeiten. Weitere Buttons führen zum Angebot des HVV und zur Standortanzeige der Stadt Hamburg.

Nur für Mitglieder der KV Hamburg nutzbar ist die Suche nach ermächtigten Kollegen. Die Suchkriterien haben hier ihren Schwerpunkt auf Einrichtung und Ermächtigung. In der Detailansicht sind umfangreiche Informationen zum Ermächtigungsumfang und zum Überweiserkreis hinterlegt.

*Ansprechpartner:
Infocenter
Tel. 22802-900*

Ihre Kontaktdaten im Internet

Die KV Hamburg hat im September alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten angeschrieben, um aktualisierte Praxisdaten für die Arztsuche abzufragen und die generelle Genehmigung einzuholen, diese Informationen im Internet veröffentlichten zu dürfen.

Bitte denken Sie daran, auch künftig Veränderungen Ihrer Daten (wie beispielsweise geänderte Telefonnummern oder Sprechzeiten) an die KV zu melden. Nur so können wir die Arztsuche aktuell halten.

Terminkalender

11. Oktober 2007

Kreisversammlung Kreis 3

Beginn: 20 Uhr

Ort: Vereinshaus der HTHC, Barmbekstraße 106

Thema: EDV - Aufrüstung der Hard- und Software

Vortrag von Petra Schulte (Leiterin der KV-Praxis-Service-Informationstechnologie-Abteilung)

1. November 2007

Sonder-Vertreterversammlung KV Hamburg

Beginn: 19 Uhr

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, Saal 1

Thema: EBM 2008

Vortrag von Dr. Andreas Köhler (KBV-Vorsitzender)

15. November 2007

Vertreterversammlung KV Hamburg

Beginn: 20 Uhr

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, Saal 1



Illustr. www.fotolia.com

Ärztechor sucht Mitsänger

Der in diesem Sommer neu gegründete Ärztechor sucht sangesfreudige Männer und Frauen - vor allem aber Männerstimmen.

Wir singen vierstimmig a capella und beginnen mit der Erarbeitung leichter Stücke, beispielsweise von John Dowland. Das Repertoire soll vorwiegend auf weltliche Musik ausgerichtet bleiben.

Falls Sie interessiert sind, kommen Sie bitte montags um 20 Uhr zu den Proben im Forum des Ärztehauses in der Humboldtstraße 56 (außer in den Hamburger Schulferien).

Sie dürfen Anfänger sein. Sie müssen nicht vom Blatt singen können. Sie

müssen nicht vorsingen. Sie müssen nur Lust haben, in freundlicher Gemeinschaft mit Freude zu singen.

Zu meiner Person: Nach dem Studium der Musik, unter anderem mit Schwerpunkt Chorleitung, fügte ich noch eines der Medizin an und bin nun seit zwölf Jahren als psychotherapeutisch tätiger Arzt in eigener Praxis niedergelassen. Ansonsten leite ich seit über zwanzig Jahren noch einen kleinen Chor.

Kommen Sie doch einfach zu einer unserer Proben. Oder melden Sie sich, falls Sie noch Fragen haben!

Kontakt:

*Andreas Wendorff Tel. 6826543
E-Mail: info@hamburgeraeztechor.de*

Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Bruno Schmolke

Geburtsdatum: 21. Januar 1940

Fachrichtung: HNO

Weitere Ämter: Seit 1986 berufspolitisch tätig. Zur Zeit Obmann Kreis 4, Vorsitzender WBA und Aufsichtsausschuss (Versorgungswerk)

Hobbys: Moderne Kunst



Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

Studium in Hamburg und Würzburg, Medizinalassistent am AK St. Georg und am UKE, HNO Fachausbildung UKE, seit 1974 niedergelassen

Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Jahren in der VV erreichen?

Erhalt der ärztlichen Behandlungsfreiheit in angestellter und selbstständiger Position
Erhalt des freien Zugangs zu Facharzt und Hausarzt für alle Patienten
Flächendeckende ambulante Versorgung
Verhinderung der Spaltung der Ärzteschaft

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

Unser Gesundheitssystem kann in der heutigen Form nur

überleben, wenn die Patienten mehr Eigenverantwortung übernehmen und die „Mitnahmentalität“ eingedämmt wird. Die KV wird sich mehr zu einer Servicegesellschaft entwickeln, gegebenenfalls ihren Status ändern müssen. Denn als Körperschaft öffentlichen Rechts kann sie die Belange der Ärzte nur verhalten vertreten.

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

Eine Diskussion mit Gesundheitspolitikern darüber, ob sie das, was sie vertreten, wirklich selber glauben und leben, würde ich gerne führen. Insbesondere mit Frau Schmidt und Herrn Lauterbach.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Endlich den Schreibtisch leergearbeitet zu haben und sich ohne Zeit- und Kostendruck den Patienten widmen.

Für Sie in der Vertreterversammlung

Christa Prieß

Geburtsdatum: 18. Oktober 1950

Familie: verheiratet, eine Tochter

Fachrichtung: Psychotherapie (VT und TP)

Weitere Ämter: Sprecherin des BFA Psychotherapie, Mitglied im Beirat, stellvertretendes Mitglied der VV der KBV

Hobbys: Fotografie, bildnerisches Gestalten, Tennis und Golf



Wie war Ihr beruflicher Werdegang?

Erzieherin, Sozialpädagogin, Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Hamburg, Sachverständige in Sorgerechtsfragen, Malerin, seit 1989 in eigener Praxis niedergelassene Psychotherapeutin, berufspolitisch tätig seit 1993

Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Jahren in der VV erreichen?

Mehr Wertschätzung und gerechte Honorierung von Psychotherapie im GKV-System sowie eine faire und gleichberechtigte Zusammenarbeit der drei großen Gruppen der Leistungserbringer Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten (mit den Kinder- und Jugendlichentherapeuten)

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

Ich versuche mich nicht als politische Hellseherin

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

Keinen! Ich bekäme da nur Phrasen als Antwort

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Ins All fliegen und unseren Planeten Erde von oben betrachten – aber das bleibt wirklich nur ein Traum.

„Beratung plus“ in der Patientenberatung

Telefonischer Rat für Ihre Patienten
am 14. November von 14 bis 16 Uhr
zum Thema

Gelenkschmerzen / Arthrose
von Experten aus Praxis und Klinik

Hilfe für Ihre Patienten

Patientenberatung

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

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

040 / 22 802 650

Montag bis Donnerstag 9 - 13 Uhr
und 14 - 16 Uhr
Freitag 9 - 12 Uhr



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