

Krankenhäuser Partner oder Konkurrenten?

Klinik-MVZ

Warum das Kartellamt den Kauf von Arztsitzen nicht verhindern kann

Kooperationsformen

Wie Praxen mit Krankenhäusern zusammenarbeiten

Sprechstundenbedarf

Die wichtigsten Änderungen der neuen Vereinbarung



Liebe Leserinnen und Leser!

Angst oder Chance? Wie immer, wenn sich die Rahmenbedingungen radikal ändern, wenn neue Wettbewerber auftauchen, sind die Gefühle gemischt. Gewiss – ausgerechnet eine SPD-Ministerin wird in die Geschichte als diejenige eingehen, die unser Gesundheitswesen den Heuschrecken ausliefern will. Aber auf der anderen Seite: Ambulante Versorgung ist ein regionales „Geschäft“; MVZ-Ketten machen ihren Eigentümern derzeit wenig Freude. Außerdem ist Flexibilität gefragt – und da macht niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten so schnell niemand etwas vor. Die „neue Welt“ ist also wohl mehr eine Chance. Aber man muß die Augen aufhalten und sich informieren; zum Beispiel im KV-Journal!



Ihr Walter Plassmann

Ihre Meinung ist gefragt

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

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild:
moodboard/fotolia.com/istockphoto.com (M)
Redaktionsschluss: 30. April 2009

Inhalt

Schwerpunkt

| | |
|--|----|
| Nachgefragt | 4 |
| Im Praxisnetz Süderelbe begegnen sich Niedergelassene und Krankenäuser auf Augenhöhe | 5 |
| Das Kartellamt - ein zahnloser Wachhund? | 8 |
| Umfrage: Ärzte fürchten MVZ als Einfallstore für Kapitalgesellschaften | 9 |
| Die onkologische Praxis Lerchenfeld expandiert ins Krankenhaus | 10 |

Aus der Praxis für die Praxis

| | |
|--|----|
| Fragen und Antworten | 12 |
| Zahnärzte können formlos an Ärzte überweisen / | |
| Hartz-IV-Mehrbedarfszuschläge: Behörde benötigt Angaben zum Gewicht des Antragstellers | 13 |

Abrechnung

| | |
|------------------------------------|----|
| Übersicht: Leistungen im Notdienst | 14 |
|------------------------------------|----|

Brennpunkt Arznei

| | |
|--|----|
| Arzneimittelrichtlinie: OTC-Medikamente für Kinder nicht mehr verordnungsfähig | 18 |
| Sprechstundenbedarfsvereinbarung - die wichtigsten Änderungen | 20 |

Qualitätssicherung

| | |
|--|----|
| Laborrichtlinie erweitert die vorgeschriebenen Kontrollmessungen | 22 |
| Amtliche Veröffentlichung: DMP-Qualitätsberichte stehen im Netz | 22 |

Forum

| | |
|--|----|
| Was der Hausärzteverband nicht veröffentlichen wollte | 23 |
| Debatte: Hat die Selbstverwaltung bei der Umsetzung der Honorarreform versagt? | 24 |

KV intern

| | |
|--|----|
| Steckbriefe: Für Sie im beratenden Fachausschuss | 26 |
| Terminkalender | 27 |

Nachgefragt

■ Wie werden Klinik-MVZ das ambulante System verändern?



Einerseits begrüßen wir als Patientenvertreter die Verzahnung von ambulanten und stationären Angeboten. Die personelle und institutionelle Einheit macht den Übergang vom Klinik-MVZ in die Klinik und wieder zurück reibungsloser.

Ein Problem sehen wir aber darin, dass sich Monopolstrukturen renditeorientierter Unternehmen nun in den ambulanten Bereich ausdehnen können. Patientenströme werden vom ambulanten in den stationären Bereich desselben Unternehmens gelenkt und umgekehrt - was möglicherweise bisweilen eher ökonomischen als medizinischen Notwendigkeiten folgt.

Sorgen bereitet uns auch der Verkauf von Arztsitzen in schlecht versorgten Stadtteilen, die dann an ganz anderen Standorten im MVZ wieder auftauchen.

*Stephan Richter,
Geschäftsführer der Hamburger
Landesarbeitsgemeinschaft für
behinderte Menschen*



Viele Klinik-Manager sind derzeit in Aufbruchsstimmung und sagen: „Versorgungszentrum - das hört sich prima an, das machen wir.“ Doch die bislang vorliegenden Zahlen sind ernüchternd. Aus ökonomischer Sicht sind MVZ für Kliniken in den meisten Fällen nicht interessant. Außerdem stellt sich die Frage: Weisen mir die Niedergelassenen noch Patienten zu, wenn ich mit ihnen in direkte Konkurrenz trete? Deshalb sagen immer mehr Krankenhäuser: Bevor ich mir die Finger verbrenne, stelle ich lieber ein gutes Verhältnis zu meinen Einweisern her. Ich glaube: Klinik-MVZ werden auch in Zukunft eine Randerscheinung bleiben.

*Prof. Dr. Rainer Salfeld,
geschäftsführender
Gesellschafter der
Artemed Kliniken*



Wenn die niedergelassenen Ärzte verstärkt als Gestalter auftreten, verzichten die Krankenhäuser meiner Erfahrung nach oftmals auf ihre Expansionspläne. Die niedergelassenen Ärzte sollten Kooperationen anstoßen und sich mit Krankenhausvertretern zusammensetzen. Sie können konkrete Kooperationsmöglichkeiten und die Umsetzung von Behandlungsleitpfaden diskutieren und zum Beispiel dafür mit-sorgen, dass das Einweisungs- und Entlassungsmanagement optimiert wird.

In solchen Gesprächen entstehen Konzepte für Win-Win-Situationen: Niedergelassene Ärzte bekommen dann beispielsweise auch die Möglichkeit, technische und räumliche Ressourcen des Krankenhauses zu nutzen. Nicht immer liegen die Interessen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten über Kreuz.

*Georg Heßbrügge,
Direktor Gesundheitsmärkte
und -politik der apoBank*

Begegnung auf Augenhöhe

■ Viele Vertragsärzte befürchten, von Kliniken beiseite geschoben zu werden. Das Beispiel PNS - Praxisnetz Süderelbe zeigt, wie Konflikte auf lokaler Ebene moderiert werden können.

Vor zehn Jahren trafen sich einige Ärzte aus der Süderelbe-Region im Hinterzimmer eines griechischen Restaurants, um ein Praxisnetz aus der Taufe zu heben. Die Netzinitiatoren hatten Zweifel daran, ob es angesichts der Umbrüche im Gesundheitswesen sinnvoll sein würde, weiterhin als Einzelkämpfer zu agieren. Sie wollten sich organisieren, um bessere Kommunikationsstrukturen aufzubauen und mehr Freiräume für qualitativ hochstehende medizinische Arbeit zu schaffen.

Mittlerweile gehören dem PNS - Praxisnetz Süderelbe fast 100 niedergelassene Haus- und Fachärzte an. Außerdem sind fünf Kliniken dem Praxisnetz beigetreten: die Asklepios Klinik Harburg, die Helios Maria Hilf Klinik Hamburg, das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand und - seit Ende 2008 - die Kreis-

krankenhäuser Buchholz und Winsen.

Eine der wichtigsten Aufgaben des PNS ist es, Akzeptanz und Ausgleich unter den Mitglieder zu schaffen – dabei geht es sowohl um ein faires Miteinander zwischen Vertragsärzten und Kliniken als auch um das Verhältnis der Mitgliedskliniken untereinander.

Dadurch können potentielle Konflikte vermieden werden - der Vorstand des PNS hat die Möglichkeit, Problempunkte frühzeitig zu erkennen und falls erforderlich moderierend einzugreifen.

Derzeit arbeitet das PNS als Projekt an einer Vereinbarung, die zum Ziel hat, die Anforderung, Durchführung und Abrechnung von prä- und poststationären Konsiliarleistungen zwischen PNS-Ärzten und Mitgliedskliniken zu strukturie-

ren und verbindlich zu regeln. Mit dieser Vereinbarung soll eine abgestimmte Partnerschaft zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern sowie eine Optimierung des Einweisungs- und Entlassungsmanagements erreicht werden. Innerhalb dieser Rahmenvereinbarung werden Behandlungspfade und Modalitäten definiert, die durch verbesserte Arbeitsteilung zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität führen und die wirtschaftliche Basis der PNS-Haus- und Fachärzte verbessern soll.

Das Besondere hieran ist, dass im Rahmen der Arbeitsteilung, anders als bisher häufig angewandt, keine pauschale Vergütung für Zuweisung oder Nachbehandlung erfolgt, sondern dass nur die angeforderten und tatsächlich erbrachten prä- und poststationären Konsiliarleistungen mit den an der





Vereinbarung teilnehmenden Kliniken einzeln abgerechnet werden.

Zur Kommunikationsoptimierung ist der Einsatz aktuellster elektronischer Datenübermittlung sowohl in Mitgliedspraxen als auch Mitgliedskliniken unter Nutzung der ersten deutschen,

>> Je mehr Niedergelassene dabei sind, desto höher ist ihr Gewicht. <<

völlig webbasierten netzinternen Kommunikationsplattform „PNS-star.net® Portal“ vorgesehen.

Das PNS will diese Regelungen schrittweise mit allen Mitgliedskliniken vereinbaren, um mit diesem integrativen und sektorübergreifenden Kooperationsmodell einerseits bereits vorhandene Versorgungsstrukturen in der Region Süderelbe weiter zu entwickeln und andererseits den Ausbau einer Kooperationsgemeinschaft innerhalb des Praxisnetzes weiter voran zu bringen.

Im Gegensatz zu einzelnen Niedergelassenen kann das PNS als große Gruppe mit den Krankenhäusern auf Augenhöhe verhandeln. Je mehr Niedergelassene im Praxisnetz vertreten sind, desto größer ist deren Gewicht. Die Kommunikation wird leichter und erfolgreicher, dadurch entwickelt sich die Be-

reitschaft zur Zusammenarbeit. Regeln können gemeinsam definiert und deren Einhaltung eingefordert werden.

Durch permanenten Kontakt und Meinungsaustausch besteht im PNS zwischen Niedergelassenen und Mitgliedskliniken ein

gutes Verhältnis und Vertrauen. Im Bemühen um gute Zusammenarbeit in der Region und im Rahmen des gewachsenen Vertrauens ist es dazu gekommen, dass die klinischen Mitglieder den Netzvorstand darüber informieren, wenn der Klinik ein Arztsitz aus der Region Süderelbe für sein MVZ zum Kauf angeboten wird. Das PNS wird dadurch in die Lage versetzt, auf die anstehenden Veränderungen zu reagieren und wenn möglich aktiv zu werden.

Die Umwandlung von Arztsitzen in von Kliniken betriebene MVZ stellt eine elementare Herausforderung für das PNS dar. In diesem Spannungsfeld unterscheidet das PNS drei Szenarien:

1. Eine regionale Klinik schafft sich regionale Zuweiser

Von Kliniken betriebene MVZ haben unter anderem das Ziel, sichere Zuweisungswege vom

ambulanten in den stationären Bereich desselben regionalen Anbieters zu schaffen. Bei diesem Modell bleiben sowohl Versorgung als auch Patienten in der Region. Diese standortnahe Patientenversorgung durch ein Klinik-MVZ ist nach Ansicht des PNS am ehesten akzeptabel. Das PNS hat sich zum Ziel gesetzt, dass ärztliche MVZ-Mitglieder auch im PNS organisiert sind.

2. Ein externer Anbieter installiert einen regionalen Zuweiser

Wenn Patientenströme aus dem Süderelbe-Bereich hinausgeleitet werden, ist das problematischer.

Beispielsweise hat die Dampf-Gruppe, zu der die Endoklinik gehört, in der Region eine Orthopädenpraxis gekauft, die sie nun als MVZ weiterbetreibt. Während bislang die Patienten aus der betreffenden Praxis in regionale Krankenhäuser eingewiesen wurden, werden nun immer mehr Patienten in die Endoklinik geschickt. Patienten, die hier im Süderelbe-Bereich leben, werden über die Elbe nach Norden geleitet.

Dies ist nicht mehr standortnah und schadet sowohl den Kliniken als auch den niedergelassenen Ärzten in der Region Süderelbe.



Foto: Bettina Kuß/Faolia

3. Ein Arztsitz wird aus der Region abgezogen

Sehr problematisch wird es, wenn aus der Süderelbe-Region eine Praxis ersatzlos in die Innenstadt verlagert oder ein Arztsitz in ein innerstädtisches MVZ eingegliedert wird. Es kommt dann zu der Situation, dass von den in der Region verbliebenen Kollegen - beispielsweise bei Ausscheiden einer Hausarztpraxis aus der Patientenversorgung - ca. 10.000 Patienten zusätzlich mitversorgt werden müssen.

Um Antworten auf diese Szenarien für die Arbeit der Mitgliedspraxen und die Versorgung der Patienten in der Region zu geben, entwickelt das PNS in einer Workshop-Reihe derzeit Konzepte, um die Netzstrukturen in der Region ökonomisch weiter zu entwickeln und damit auf breiter Basis die ambulante Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft auch zukünftig zu sichern.

Als wesentliches Netzziel will das PNS durch die Workshop-Reihe das Bewusstsein wecken, dass die ökonomische Vernetzung notwendig ist und deren Ausbau zukünftig vorangetrieben werden muss. Das Praxisnetz will durch diese neuen Konzepte seine Mitglieder sowohl bei der Vermittlung als auch der Finanzierung von Arztsitzen bzw. Praxen unterstützen. Das

finanzielle Engagement einzelner Mitglieder könnte gebündelt werden, um die erforderlichen Finanzmittel aufzubringen und das Risiko zu teilen.

Das PNS - Praxisnetz Süderelbe selbst kann als eingetragener Verein nicht wirtschaftlich aktiv werden. Hierzu ist die Gründung von Tochtergesellschaften mit dem Markennamen „PNS“ angedacht. Als Rechtsformen sind GbR, GmbH, Genossenschaft oder „PNS-MVZ“ möglich.

Den aktuellen und sich abzeichnenden Veränderungen im deutschen Gesundheits-

system hat sich das PNS - Praxisnetz Süderelbe gestellt. Kommunikationsfähigkeit, Änderungsbereitschaft und kontinuierliche Verbesserungsprozesse sind wesentliche Stärken des PNS. Die Erfahrung, dass es möglich ist, die Versorgungslandschaft auf regionaler Ebene mitzugestalten, lassen Vorstand und Mitglieder mit Zuversicht und Optimismus in die Zukunft schauen.

*Dr. Ullrich Schäfer,
zweiter Vorsitzender des
PNS - Praxisnetz Süderelbe*

Vernetzung im Süden von Hamburg

Das PNS - Praxisnetz Süderelbe ist eine ärztliche Interessenvertretung im Süden von Hamburg, die KV- und sektorenübergreifend Anbieter von Gesundheitsleistungen vereint. Das PNS wird durch die geschäftsführenden Vorstandsmitglieder Dr. Gerhart Glaser und Dr. Ullrich Schäfer vertreten und ist als eingetragener Verein unabhängig und neutral. Das Einzugsgebiet des PNS umfasst Hamburg-Süderelbe, den Landkreis Harburg mit Seevetal, Buchholz und Winsen sowie Neu Wulmstorf und Buxtehude.

Neben Vertragsärzten sind Krankenhäuser, Pflegedienste und Apotheken Mitglieder. Fördermitglieder sind unter anderem IT-Firmen sowie überregionale Consulting- und Pharmaunternehmen. Mit dem Hausärztekreis Harburg-Süderelbe, dem Ärztenetz Hamburg NordWest, dem Hospizverein Hamburger Süden und dem Wundzentrum Hamburg besteht eine enge Zusammenarbeit.

Fusionskontrolle greift nicht

■ Darf ein Klinikkonzern unbegrenzt Praxen aufkaufen? Christiane Schmücker vom Bundeskartellamt über die De-minimis-Schwelle und mögliche Sonderregeln für den Gesundheitsbereich.

Welche Instrumente hat das Kartellamt, eine marktbeherrschende Stellung eines Klinikkonzerns in der ambulanten Versorgung zu verhindern?

Schmücker: Die Möglichkeiten des Bundeskartellamtes, hier einzugreifen, sind begrenzt. Eine Übernahme von Arztstellen durch Kliniken dürfte im Regelfall der Fusionskontrolle entzogen sein. Denn die kartellrechtliche Fusionskontrolle greift nur, wenn die an einer Fusion beteiligten Unternehmen bestimmte Umsatzschwellen überschreiten. Diese werden – gerade bei größeren Klinikketten – zwar in aller Regel von den Erwerbern selbst erfüllt. Wenn aber das Unternehmen, was übernommen werden soll, im letzten Geschäftsjahr vor dem Zusammenschluss weniger als 10 Millionen Euro Umsatz er-

wirtschaftet hat, dann gilt die sogenannte De-minimis-Regel, wonach ein kontrollfreier Erwerb erfolgen kann. Es ist davon auszugehen, dass die Übernahme der Arztpraxen unter die De-minimis-Regel fällt, weil eine Praxis in der Regel weniger als 10 Millionen Euro Umsatz erwirtschaftet.

Klinikkonzerne, die keine weiteren Krankenhäuser mehr kaufen dürfen, könnten also weiterhin Arztstühle übernehmen?

Schmücker: Ja. Auch bereits marktbeherrschende Kliniken können Arztstühle ohne fusionskontrollrechtliche Prüfung übernehmen, wenn die De-minimis-Regel erfüllt ist.

Könnte der Gesetzgeber nicht eine spezielle Regelung für den Gesundheitsbereich schaffen?



Christiane Schmücker ist Beisitzerin in der unter anderem für Krankenhäuser zuständigen 3. Beschlussabteilung des Bundeskartellamtes

Schmücker: Es wäre möglich, Sonderregelungen zu schaffen, indem für die Umsatzberechnung andere Maßstäbe angelegt werden. Im Pressewesen beispielsweise ist für die Umsatzberechnung das Zwanzigfache der Umsätze der Beteiligten zugrunde zu legen, um Konzentrationstendenzen auf den meist recht kleinen räumlichen Märkten vorzubeugen. Ähnliches müsste der Gesetzgeber bei der Übernahme von Arztstellen einführen, wenn er hierin ein relevantes wettbewerbliches Gefährdungspotential sehen würde.

„Kartellamt ist zuständig“

Franz Knieps, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, ist davon überzeugt, dass die Expansion der Klinikketten in den ambulanten Bereich „nicht automatisch zu Monopolen, sondern zur Intensivierung des Wettbewerbs“ führe. Bisher gebe es keine Anzeichen dafür, dass eine Klinikette eine marktbeherrschende Stellung bekomme. „Und wenn“, so Knieps, „ist das Kartellamt zuständig.“ (FAS, 4.4.2009).

Gibt es denn ein solches Gefährdungspotential?

Schmücker: Das vermag das Bundeskartellamt derzeit nicht abschließend zu beurteilen. Allerdings zeigt die rasante Zunahme der MVZ in den letzten fünf Jahren und der hohe Anteil von Krankenhäusern an der Trägerschaft, dass die Übernahme von Arztsitzen weiter beobachtet werden muss.

Notfalls hätte das Kartellamt ja immer noch das Instrument der Missbrauchsaufsicht ...

Schmücker: Der Aufkauf von Arztsitzen durch marktbeherrschende Krankenhäuser stellt per se kein missbräuchliches Verhalten dar. Im Übrigen gilt: Grundsätzlich sollte der Erhalt wettbewerblicher Strukturen – durch Anwen-

dung der Fusionskontrolle – Vorrang vor der Missbrauchsaufsicht haben. Die Erfahrung zeigt, dass sich das Verhalten bereits marktbeherrschender Unternehmen nur unzulänglich mit einer Verhaltenskontrolle korrigieren lässt.

*Interview:
Martin Niggeschmidt*

Brisantes Thema

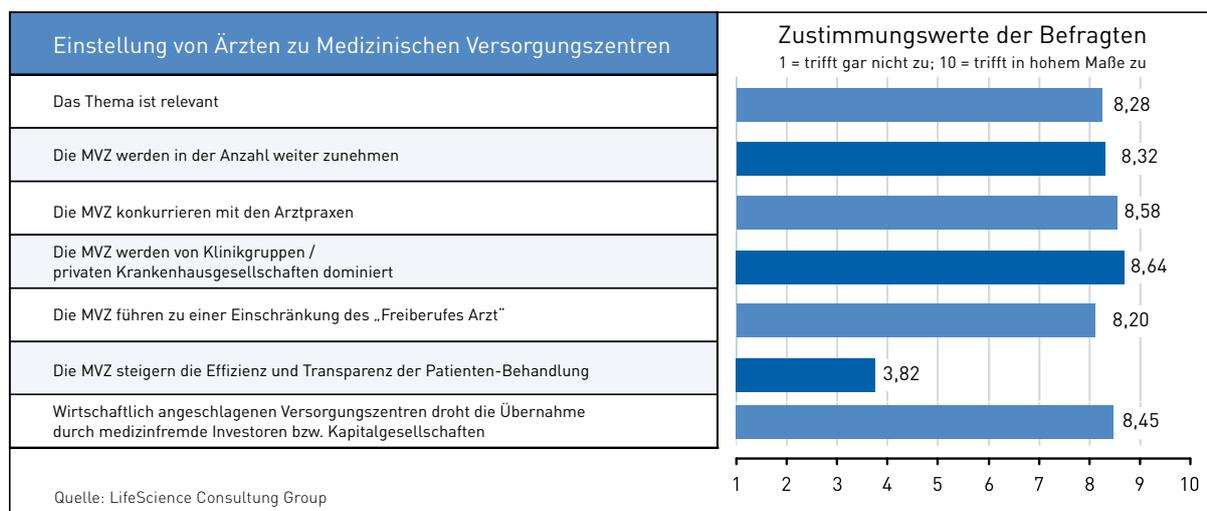
■ Umfrage: Ärzte fürchten die Versorgungszentren als Einfallstore für Kapitalgesellschaften

Das Thema Medizinische Versorgungszentren (MVZ) brennt den Ärzten auf den Nägeln. Das zeigt eine Umfrage der LifeScience Consulting Group unter 585 Ärzten in ganz Deutschland. Fast alle Befragten erwarten, dass die Anzahl der MVZ weiter zunehmen wird. Allerdings werden die MVZ ganz überwiegend als Gefahr für

die Freiberuflichkeit der Vertragsärzte und als Konkurrenz zu den Arztpraxen wahrgenommen.

Obwohl die meisten MVZ noch immer von Ärzten geleitet werden, wird diese Betriebsform offenbar sehr stark mit Klinikgruppen und privaten Krankenhausgesellschaften assoziiert. Eine Sorge

ist, dass wirtschaftlich angeschlagene Versorgungszentren von medizinfremden Investoren oder Kapitalgesellschaften übernommen werden könnten. Dass MVZ-Strukturen die Effizienz und Transparenz der Patientenbehandlung steigern können, glaubt nur eine Minderheit der befragten Ärzte.





„Wir müssen uns Partner suchen“

- Die onkologische Praxis Lerchenfeld übernimmt die ärztliche Versorgung der onkologischen Abteilung in der Klinik St. Georg. Dr. Klaus Becker erklärt, wie dieses Projekt zustande kam

Dreißig Jahre nach ihrer Gründung steht auch die onkologische Schwerpunktpraxis Lerchenfeld vor der Frage: Wie reagiert man auf die zunehmende Aufweichung der Sektorengrenzen? Sind die Krankenhäuser Partner oder Konkurrenten?

Becker: Die niedergelassenen Onkologen kommen nicht umhin, sich im stationären Bereich Partner zu suchen. Es gibt Krankenhäuser, die eine aggressive Strategie entwickeln und sagen: „Bei uns kommt kein Niedergelassener rein.“ Doch einige Krankenhäuser gehen auf die Niedergelassenen zu.

Seit August 2007 haben wir eine intensive Kooperation mit dem Asklepios-Krankenhaus

St. Georg. Nun stehen wir kurz vor Abschluss eines umfassenden Vertrages, der uns die ärztlichen Leistungen der onkologischen Abteilung überträgt. Wir werden den Chefarzt stellen, den Oberarzt und den Assistenzarzt.

Können Sie mit dem Ärztetamm Ihrer Praxis eine ganze Station übernehmen?

Becker: Wir werden noch eine Partnerin aufnehmen, die vor allem am Krankenhaus als Oberärztin arbeiten soll. Dafür teilen wir eine Zulassung und gründen dann eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft. Außerdem planen wir die Einstellung eines Assistenzarztes,

der auf der Station in St. Georg arbeiten soll.

Wie kam dieses Projekt zustande?

Becker: Ende 2006 rief mich der damalige Geschäftsführer von Asklepios Hamburg, Dr. Jörg Weidenhammer, an und fragte, ob ich die fachliche Leitung der III. Medizinischen Klinik von St. Georg übernehmen wolle. Der Chefarzt war gegangen, doch Asklepios wollte die Stelle nicht neu besetzen, sondern die Abteilung mitsamt der Personal- und Budgetverantwortung „outsourcen“. Weil das zu diesem Zeitpunkt den Rahmen unserer Praxis vollständig gesprengt hätte, schlossen wir zunächst einen Konsiliararztvertrag

ab. Doch nun soll die Bindung enger werden.

Warum hat die Klinik nicht einfach einen neuen Chefarzt eingestellt?

Becker: Das Fach Onkologie ist ja zu 90 Prozent ambulant. Man braucht also nur wenige Betten für die stationäre Onkologie. Daher ist es wenig sinnvoll, einen Chefarzt einzustellen. Andererseits möchte die Klinik ambulante Strukturen aufbauen. In Fächern, die nicht zu den Kerndisziplinen wie allgemeine Chirurgie oder allgemeine innere Medizin gehören, ist es deshalb für Krankenhäuser sicherlich vorteilhaft, externe Partner aus dem niedergelassenen Bereich zu binden.

Gibt es keinen Ärger mit den angestellten Krankenhausärzten?

Becker: Es gab am Anfang einige Widerstände bei einzelnen Chefarzten. Wir haben diese Widerstände gemeinsam überwunden. Andere Chefarzte waren für unsere Pläne. Besonders die Ärzte der internistischen Abteilung unter der Leitung von Prof. Dirk Müller-Wieland haben das Projekt von Anfang an unterstützt.

Welche Vorteile hat diese Konstruktion für die Patienten?

Becker: Sofern sie es wünschen, können wir die Patienten über die Sektorengrenzen hinweg begleiten. Sie sehen immer die selben Ärzte – egal ob die Behandlung ambulant oder stationär statt-

findet. Sie können aus unserer Praxis oder aus dem ambulanten Bereich der Station ohne Reibungsverluste in den stationären Bereich wechseln und umgekehrt.

Haben Sie den § 116 b SGB V nie als Bedrohung empfunden?

Becker: Eine Zeit lang war völlig unklar, was mit dem § 116 b auf uns zukommt. Das empfanden wir schon als Bedrohung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legte dann aber die Kri-

terien fest: Ein Krankenhaus, das sich für die ambulante Onkologie öffnen will, muss entweder zwei Vollzeitstellen für internistische Onkologen vorweisen oder einen Kooperationsvertrag mit der onkologischen Abteilung eines anderen Krankenhauses beziehungsweise einer onkologischen Praxis.

Ich habe meine Zweifel, ob das für viele Kliniken ohne Kooperation mit den niedergelassenen Onkologen umsetzbar ist. Die Personaldecke ist an den Krankenhäusern meist ziemlich dünn. Selbst wenn es dort zwei entsprechende Fachärzte gäbe, würde ihnen die Zeit fehlen, eine ambulante Versorgung aufzubauen. Zudem fehlen Kenntnisse, zum Beispiel über die Systematik unserer Gebührenordnung.

Ab 2010 werden die Krankenhäuser wahrscheinlich

noch weiter für die ambulante Versorgung geöffnet ...

Becker: Die Politik glaubt, dass die ambulante Versorgung in der Onkologie billiger wird, wenn sie ans Krankenhaus verlagert wird. Außer der Politik glaubt das allerdings niemand. Aus meiner Sicht bleibt außerdem völlig offen, wer die Krebs-Patienten im Krankenhaus versorgt – ein Arzt in Ausbildung oder, wie im niedergelassenen Bereich, ein Facharzt. Voraussetzung für die Öffnung von Krankenhäusern wären faire Wettbewerbsbedingun-

>> Anfangs gab es Widerstände bei einzelnen Chefarzten der Klinik. <<

gen, doch es gibt es noch längst keine „gleich langen Speere“ zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen.

Neben den zum Teil umstrittenen Vorgaben der Politik gibt es allerdings gute Gründe, weshalb Kliniken und niedergelassene Onkologen kooperieren sollten: die zunehmende Inzidenz von malignen Erkrankungen, die demographische Entwicklung (auch bei den Ärzten), der zunehmende Mangel an qualifiziertem ärztlichen Nachwuchs, die zunehmende Komplexität unserer Therapie-Sequenzen und anderes mehr.

Zusammen mit unseren Partnern in der Asklepios Klinik St.Georg, den Ärzten also und der Geschäftsführung, möchten wir ein interdisziplinäres und sektorübergreifendes Versorgungskonzept in der Onkologie aufbauen. *mn*



Fragen und Antworten

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

1 Ich bin hausärztlicher Internist und erbringe oft prä-operative Leistungen. Im KVH-Journal Heft 1/2009 wurde berichtet, dass Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen nicht mehr mit der Nr. 88115 gekennzeichnet werden sollen. Ist es dann noch weiterhin notwendig, für die prä-operativen Leistungen einen Überweisungsschein vom Operateur anzufordern?

Nein. Die prä-operativen Leistungen nach den Nummern 31010 bis 31013 EBM können seit dem 1. Januar 2009 auf einem ambulanten Abrechnungsschein abgerechnet werden. Die bisher zwingend notwendige Anforderung eines Überweisungsscheins vom Operateur entfällt. Für die post-operativen Leistungen ist jedoch weiterhin ein Überweisungsschein vom Operateur notwendig.

2 Ich bin psychologischer Psychotherapeut und nehme am Anfang des Quartals bei einigen meiner Patienten die Kassengebühr ein. Leider wird die von mir ausgestellte Quittung oft nicht von den weiterbehandelnden Ärzten akzeptiert, und in vielen Fällen verlangen die Ärzte erneut die Kassengebühr von den Patienten. Was kann ich tun?

Da Sie als psychologischer Psychotherapeut keine Überweisungsscheine ausstellen dürfen, müssen die weiterbehandelnden Ärzte die von Ihnen ausgestellte Quittung über die gezahlte Kassengebühr anerkennen. Die KV Hamburg hat ein Patientenmerkblatt zu diesem Thema erstellt, das Ihre Patienten zusammen mit der von Ihnen ausgestellten Quittung in der Arztpraxis vorlegen können. Dieses Merkblatt ist im Internet zu

finden (www.kvhh.net → Bürger → Gesundheitspolitik → 10 Euro Kassengebühr → Infos zur Kassengebühr) oder kann beim Infocenter angefordert werden.

3 Ich bin Arzt. Gelegentlich kommen Patienten mit einer von einem Psychotherapeuten ausgestellten Quittung über die gezahlte Kassengebühr in meine Praxis. Kann ich bei diesen Patienten auf den Einzug der Kassengebühr verzichten, obwohl sie keinen Überweisungsschein vorlegen?

Ja. Die Quittung des Psychotherapeuten gilt als Nachweis über die bereits gezahlte Kassengebühr. Legen Sie in diesen Fällen einen ambulanten Abrechnungsschein in der EDV an und rechnen Sie die Nr. 80033 (keine Erhebung der Kassengebühr) ab. Die Quittung

entwerten Sie bitte mit Ihrem Praxisstempel.

4 Wie lange müssen Überweisungsscheine aufbewahrt werden?

Vier Quartale.

5 Bisher hatte man die Möglichkeit, weitere Arzt-Patienten-Kontakte, die nicht abrechnungsfähig sind, mit der Nr. 01435 EBM zu dokumentieren. Ist das weiterhin möglich?

Nein. Weitere Arzt-Patienten-Kontakte dürfen nur noch mit

der internen Pseudonummer Ihrer Softwarefirma dokumentiert werden. Die Nr. 01435 EBM ist dafür nicht mehr in Ansatz zu bringen.

6 Ist es zutreffend, dass die Durchführung der Akupunkturbehandlung neben der medizinischen Indikation an strenge Voraussetzungen gebunden ist?

Ja, denn nach Abschnitt C der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V ist die Durchführung und die Dokumentation

der Akupunkturbehandlung bei chronisch schmerzkranken Patienten an die Anforderungen gebunden, dass vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall und die Indikation „chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule“ oder „chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose“ vorliegen. Die Abrechnungsdokumentation erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung über die entsprechende ICD 10 Verschlüsselung.

Zahnärzte können formlos an Ärzte überweisen

■ Überweisungsscheine gibt es im zahnärztlichen Bereich nicht

Zahnärzte können nur an auftragnehmende Vertragsärzte (etwa Radiologen oder Pathologen) überweisen. Sie tun dies formlos, beispielsweise auf ei-

nem Rezept. Überweisungsscheine gibt es im zahnärztlichen Bereich gar nicht - darauf weist die Kassenzahnärztliche Vereinigung hin. Der auftrag-

nehmende Vertragsarzt rechnet seine Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein ab (Scheinuntergruppe 24).

Mehrbedarfszuschläge für Hartz IV-Empfänger

■ Behörde bittet Vertragsärzte, auf den Anträgen Größe und Gewicht der Antragsteller zu verzeichnen

Die hamburgische Behörde für Wirtschaft und Arbeit bittet die Vertragsärzte, auf den Vordrucken zur Beantragung eines ernährungsbedingten Mehrbedarfszuschlags für Hartz IV-Empfänger (§ 21 Abs.

5 SGB II) Angaben zu Körpergröße und Gewicht des Antragstellers zu machen. Bei Tumor-erkrankungen ist der Hinweis auf Kachexie ausreichend. Die Vordrucke enthalten derzeit noch keine Felder für diese

Angaben. Um über Zuschläge für eine spezielle Ernährung, die ein Patient krankheitsbedingt braucht, entscheiden zu können, ist die Behörde aber auf diese Informationen angewiesen.

Notfalldienste auf einen Blick

- Welche Leistungen können während der unterschiedlichen Notfalldienste abgerechnet werden? Wir haben die wichtigsten Informationen zu einer Übersicht zusammengetragen.



Foto: idrutu/stockphoto

Ärztlicher Haupt- und Reservedienst

Besuchsdienst, Fahrten mit KV-eigenen Fahrzeugen

Zeiten Hauptdienst:

Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag
19.00 Uhr bis 7.00 Uhr

Mittwoch
13:00 Uhr bis 7:00 Uhr

Wochenende/Feiertage
7:00 Uhr bis 7:00 Uhr

Zeiten Reservedienst:

Wochenende/Feiertage:
10:00 Uhr bis 22:00 Uhr

Scheinart:

spezieller Abrechnungsschein der KV
(bei Übernahme in die Praxis-EDV:
Scheinuntergruppe 44)

Abrechnung der Leistungen

Besuch des Patienten

01411 Besuch im organisierten
Notdienst

01210* Notfallpauschale im
organisierten Notdienst
ggf. weitere erforderliche Leistungen, die
in unmittelbarem diagnostischen oder
therapeutischen Zusammenhang mit der
Notfallversorgung stehen

* Die Zusatzpauschale 01211 wird von der KV
automatisch hinzugesetzt

Ausschließlich telefonische Beratung des Patienten

01214* Notfallkonsultationspauschale
in der Zeit von 7:00 Uhr bis
19:00 Uhr

oder

01216* Notfallkonsultationspauschale
in der Zeit von 19:00 Uhr bis
22:00 Uhr sowie an Wochenen-
den/Feiertagen und am 24.12.

und 31.12. in der Zeit von 7:00 Uhr bis 19:00 Uhr
oder
 01218* Notfallkonsultationspauschale in der Zeit von 22:00 Uhr bis 7:00 Uhr sowie an Wochenenden/Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in der Zeit von 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr

* Die Zusatzpauschalen 01215, 01217 bzw. 01219 werden von der KV automatisch hinzugesetzt

Weiterer Besuch im Notfalldienst bei demselben Patienten in demselben Quartal

01411 Besuch im organisierten Notdienst
 01214* Notfallkonsultationspauschale in der Zeit von 7:00 Uhr bis 19:00 Uhr
oder

01216* Notfallkonsultationspauschale in der Zeit von 19:00 Uhr bis 22:00 Uhr sowie an Wochenenden/Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in der Zeit von 7:00 Uhr bis 19:00 Uhr

oder
 01218* Notfallkonsultationspauschale in der Zeit von 22:00 Uhr bis 7:00 Uhr sowie an Wochenenden/Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in der Zeit von 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr

ggf. weitere erforderliche Leistungen, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen

* Die Zusatzpauschalen 01215, 01217 bzw. 01219 werden von der KV automatisch hinzugesetzt

Kinderärztlicher Notfalldienst

Altonaer Kinderkrankenhaus

Wochenende/Feiertage:
 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Asklepios Klinik Nord – Heidberg

Wochenende/Feiertage:
 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Helios Mariahilf Klinik

Wochenende/Feiertage:
 13.00 Uhr bis 19.00 Uhr

Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Wochenende/Feiertage:
 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Scheinart:

spezieller Abrechnungsschein der KV
 „Dokumentation über die Behandlung im Kinderärztlichen Notfalldienst“
 (bei Übernahme in die Praxis-EDV: Scheinuntergruppe 41)

Abrechnung der Leistungen:

01411* Besuch im organisierten Notdienst + Wegepauschale**
 01210*** Notfallpauschale im organisierten Notdienst

ggf. weitere erforderliche Leistungen, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen

* Werden während des Dienstes mehrere Patienten behandelt, so kann die 01411 nur beim ersten Patienten abgerechnet werden.

** 97237 (bis 2 km) oder 97238 (2 bis 5 km) oder 97239 (>5 km)

*** Die Zusatzpauschale 01211 wird von der KV automatisch hinzugesetzt

Fachärztliche Rufbereitschaft für eine Notfallpraxis

Fahrten mit eigenem Fahrzeug in die Notfallpraxis Altona oder Farmsen

Zeiten:

Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag

19.00 Uhr bis 24.00 Uhr

Mittwoch

13.00 Uhr bis 24.00 Uhr

Wochenende/Feiertage:

7:00 Uhr bis 24:00 Uhr

Scheinart:

Überweisungs-/Abrechnungsschein (Muster 6) zur Mit- und Weiterbehandlung, Scheinuntergruppe 24

Abrechnung der Leistungen:

| | |
|----------|---|
| 99506 | Kennzeichnung des Falles, da Vergütung als freie Leistung |
| 01411* | Besuch im organisierten Notdienst + Wegepauschale** |
| 01210*** | Notfallpauschale im organisierten Notdienst |

ggf. weitere erforderliche Leistungen, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen

* Werden bei demselben Besuch in der Notfallpraxis mehrere Patienten behandelt, so kann die 01411 nur beim ersten Patienten abgerechnet werden

** 97237 (bis 2 km) oder 97238 (2 bis 5 km) oder 97239 (>5 km)

*** Die Zusatzpauschale 01211 wird von der KV automatisch hinzugesetzt

Ärztlicher Bereitschaftsdienst in den Kreisen

Behandlung in der eigenen Praxis oder Besuch des Patienten

Zeiten:

Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag

07:00 Uhr bis 08:00 Uhr

12:00 Uhr bis 16:00 Uhr

18:00 Uhr bis 19:00 Uhr

Mittwoch

07:00 Uhr bis 08:00 Uhr

Scheinart:

Notfall-/Vertretungsschein (Muster 19), Scheinuntergruppe 43

Abrechnung der Leistungen

Behandlung in eigener Praxis

| | |
|--------|---|
| 01210* | Notfallpauschale im organisierten Notdienst |
|--------|---|

ggf. weitere erforderliche Leistungen, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen

* Die Zusatzpauschale 01211 wird von der KV automatisch hinzugesetzt

Besuch des Patienten

| | |
|-------|--|
| 01411 | Besuch im organisierten Notdienst + Wegepauschale* |
|-------|--|

01210** Notfallpauschale
im organisierten Notdienst
ggf. weitere erforderliche Leistungen, die
in unmittelbarem diagnostischen oder
therapeutischen Zusammenhang mit der
Notfallversorgung stehen

* 97237 (bis 2 km) oder 97238 (2 bis 5 km) oder
97239 (>5 km)

** Die Zusatzpauschale 01211 wird von der KV
automatisch hinzugesetzt

Ausschließlich telefonische Beratung des Patienten

01214* (Notfallkonsultationspauschale
in der Zeit von 7:00 Uhr bis
19:00 Uhr)

* Zusatzpauschale 01215 wird von der KV auto-
matisch hinzugesetzt

Hinweise zum Einzug der Kassengebühr im Notdienst

Bei jeder ersten Inanspruchnahme einer Notfallbehandlung in einem Quartal muss der Patient 10 Euro Kassengebühr bezahlen. Die Zahlungspflicht der Kassengebühr im Notdienst entfällt nur,

1. wenn der Patient eine Befreiungsbescheinigung seiner Krankenkasse oder eine Quittung über eine bereits in demselben Quartal für eine Notfallbehandlung gezahlte Kassengebühr vorlegt oder
2. wenn es sich um eine ausschließlich telefonische Beratung im Rahmen des Ärztlichen Haupt- und Reservedienstes gehandelt hat oder
3. wenn der Arzt im Notdienst zu einem seiner eigenen Patienten gerufen wird, der die Kassengebühr in der Praxis für das laufende Quartal bereits entrichtet hatte.

Sollten Sie bei dem Patienten die Kassengebühr für die Notfallbehandlung nicht eingenommen haben, müssen Sie in der Abrechnung die entsprechende Codier-Nr. eintragen (Ausnahme: siehe oben, Punkt 2.):

80032 Befreiung wurde nachgewiesen

80033 Keine Erhebung der Kassengebühr - eigener Patient (siehe oben Punkt 3)

80033N „Wiederholungskontakt“ im Notfalldienst, Quittung über die bereits gezahlte Kassengebühr im Rahmen einer Notfallbehandlung in demselben Quartal wurde vorgelegt

80044 Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung die Kassengebühr nicht geleistet, 10-Tages-Frist ist abgelaufen

80045 Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung die Kassengebühr nicht geleistet, 10-Tages-Frist ist noch nicht abgelaufen

80046 Portokosten für eine schriftliche Zahlungsaufforderung

80047 Zahlungsaufforderung nicht zustellbar

Arzneimittelrichtlinie

■ Seit 1. April 2009 liegt eine Neufassung vor / Änderungen betreffen vor allem Verordnungen für Kinder

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Arzneimittelrichtlinie neu gegliedert und überarbeitet. Die meisten Inhalte sind unverändert geblieben. Dennoch empfiehlt die KV, die Neufassung zum Anlass zu nehmen, sich mit den Bestimmungen nochmals vertraut zu machen. Verordnungen, die der Richtlinie zuwiderlaufen, sind besonders regressgefährdet. Eine gute Orientierung gibt die von der KBV und dem GKV-Spitzenverband erstellte, alphabetisch aufgebaute Schnellübersicht (www.kbv.de/22990.html).

Veränderungen gibt es in einigen Fällen der Verordnungsfähigkeit. Arzneimittel wie Immunstimulanzien und Antihypotonika, die bisher als letzte Therapieoption verordnet werden konnten (sofern belegt werden konnte, dass der Einsatz anderer Therapiemaßnahmen erfolglos geblieben war), sind fortan von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen.

Etliche nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder

Arzneimittelgruppen wurden in Bezug auf ihr Gefährdungspotential und ihre Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung für Kinder bewertet – und von der Verordnungsfähigkeit für Kinder ausgeschlossen. Das betrifft beispielsweise Antidiarrhoika bis auf die genannten Ausnahmen. (Siehe nebenstehende Tabelle zu Änderungen der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln für Kinder.)

Die Verordnung von verschreibungspflichtigen Externa bei traumatisch bedingten Schwellungen, Ödemen und stumpfen Traumata ist ausgeschlossen, genauso wie die Verordnung von verschreibungspflichtigen Rheumamitteln zur externen Anwendung (Analgetika / Antiphlogistika / Antirheumatika).

Lipidsenker sind nur noch verordnungsfähig für Patienten mit bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) und für Patienten mit einem hohen kardiovaskulären Risiko (das heißt: Die Ereignisrate muss höher als 20

Prozent in zehn Jahren betragen auf Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren).

Antidementiva und Prostatamittel dürfen nur nach einem (gut dokumentierten) erfolgreichen Therapieversuch weiter verordnet werden.

Aus der Gruppe der durchblutungsfördernden Mittel dürfen nur noch Prostanoiden (zum Beispiel Prostasin) und Nafitidrofuryl (Dusodril und Generika) bei pAVK in Stadien III/IV, respektive Stadium II verordnet werden (Dokumentation). Pentoxyphyllin ist nicht mehr verordnungsfähig.

Die vollständige Liste der Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse ist in Anlage III der neuen Richtlinie nachzulesen. Die gesamte Richtlinie inklusive der Anlagen finden Sie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de).

*Ansprechpartnerin: Regina Lilje
Tel: 22820-498*



Foto: Tiero/Fotolia

■ Auflistung einiger Verordnungseinschränkungen bzw. Verordnungsausschlüsse für Kinder nach der neuen Arzneimittelrichtlinie (Anlage III)

| Arzneimittel/Arzneimittelgruppe | Verordnungsfähig (für Kinder & Jugendliche) |
|---|---|
| Acida; Amara | nein |
| Alkoholhaltige Arzneimittel ab 5vol% Ethylalkohol zur oralen Anwendung | Nur Tinkturen nach den Arzneibüchern und tropfenweise einzunehmende Arzneimittel und Glyceroltrinitrat-haltige Lösungen zur Anwendung in der Mundhöhle |
| Antacida in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen | Nur Kombinationen verschiedener Antacida |
| Antianämika - Kombinationen | nein |
| Antidiarrhoika | nur Elektrolytpräparate zur Rehydratation bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Geburtstag Saccharomyces boulardi nur bei Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Geburtstag zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen Motilitätshemmer bei Kolektomie in der post-operativen Phase |
| E. coli Stamm Nissle 1917 | ja, für Kinder unter 12 Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren |
| Antiemetika in Kombination mit Antivertiginosa zur Behandlung von Übelkeit | nein |
| Antihypotonika, orale | nein |
| Antihistaminika, zur Anwendung auf der Haut | ja |
| Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen | nein |
| Arzneimittel "traditionell angewendet in bestimmten Indikationen" | nein |
| Carminativa | nur bei Säuglingen und Kleinkindern |
| Enzympräparate in fixen Kombinationen | nur Pankreasenzyme zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder bei Mukoviszidose |
| Hustenmittel: fixe Kombinationen von Antitussiva oder Expectorantien oder Mucolytika untereinander oder mit anderen Wirkstoffen | nein |
| Otologika | nur Antibiotika oder Kortikosteroide bei Entzündungen des äußeren Gehörganges |
| Umstimmungsmittel und Immunstimulantien | nein |
| Zellulartherapeutika und Organpräparate | nein |

Neufassung der SSB-Vereinbarung

- Beim Einsatz von Sprechstundenbedarf für den organisierten Notfalldienst war eine Klärung nötig. Weitere Ergänzungen der Vereinbarung betreffen den Praxisalltag.

Die KV hat mit den Krankenkassen rückwirkend zum 1. Januar eine Neufassung der Regelung zum Sprechstundenbedarf vereinbart.

Die Änderungen betreffen zum einen die Ausstattung des Notfallkoffers im organisierten Notdienst, zum anderen den Inhalt der Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

Die Vertragsärzte können die Änderungen gegebenenfalls bereits bei der Anforderung des im ersten Quartal 2009 verbrauchten Sprechstundenbedarfs berücksichtigen. Für die Anforderung wird wie bisher ein Kassenrezept (Muster 16) benutzt. Kostenträger ist die BEK. In das Personalfeld kommt der Praxisstempel - bitte mit lebenslanger Arzt- und Betriebsstättennummer

Notfallkoffer

Beim Einsatz von Sprechstundenbedarf im Notfalldienst waren Klarstellungen nötig. Die Barmer Ersatzkasse hatte in den vergangenen Monaten eine Vielzahl von Regressanträgen gestellt, weil sie beispielsweise die Gabe von Tabletten im Notdienst als „falsche Darreichungsform“ einstufte. Die Regelung ist nun in Zu-



sammenarbeit mit Vertretern der Hausärzte deutlich anwendungsfreundlicher gefasst worden.

Die „Ausstattungsliste für den Notfallkoffer“ regelt die Anforderung von Medikamenten in verschiedenen Darreichungsformen und definierten Mengen aus dem Sprechstundenbedarf für den Notdienst.

Die hier aufgelisteten Arzneimittel dürfen ausschließlich im Notdienst verwendet werden. Sie werden auf einem Kassenrezept angefordert, das im Verordnungsfeld den Zusatz „Notdienstbedarf“ aufweisen muss. Da diese Arzneimit-

tel in den angegebenen Darreichungsformen nicht in der Praxis als Sprechstundenbedarf eingesetzt werden dürfen, kann es zu Beanstandungen durch die BEK kommen, wenn der Zusatz „Notdienstbedarf“ vergessen wird. Das Rezept würde automatisch als unzulässige Sprechstundenbedarfsanforderung eingeordnet.

Auch die Überschreitung der in der Liste angegebenen Mengen der im Notdienst verwendbaren Arzneimittel bedarf gegebenenfalls der Begründung (z. B. erhöhte Notfallzahlen).

Grundsätzlich ist bei der Abgabe von Arzneimitteln im Not-

dienst (und auch bei Notfällen in der Praxis) zu beachten, dass diese nur zur Erstbehandlung eingesetzt werden dürfen, bis der Patient zur Fortführung der Behandlung eine Arztpraxis beziehungsweise (Not-) Apotheke aufsuchen kann.

Die Abgabe beispielsweise von Schmerzmitteln für den Bedarf mehrerer Tage oder einer ganzen Flasche Paracetamol-Saft an ein fieberndes Kind ist insbesondere in einem Ballungsgebiet wie Hamburg nicht zulässig.

Die weiteren, für die Fortführung der Behandlung erforderlichen Mittel sind auf den Namen des Patienten zu verordnen und von diesem selbst aus einer Apotheke zu beziehen. Die fortgeführten Behandlungen können aus Mitteln des Notfallkoffers oder auch des Sprechstundenbedarfs nicht durchgeführt werden.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen zum Abschnitt 6 der Anlage 2 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

Sprechstundenbedarf

Neuaufnahmen oder Änderungen im Sprechstundenbedarf, Anlage 2, beziehen sich auf die folgenden Mittel:

Abschnitt 1:
Klammerpflaster

Abschnitt 5:
Natriumperchlorat (z. B. Irenat®) als Diagnostikum nur für Radio-

logen und Nuklearmediziner

Portnadeln (Gripper- und Hubnadeln) Die Bemerkung „für onkologisch tätige Ärzte, Schmerztherapeuten“ ist so zu interpretieren: Portnadeln können grundsätzlich von allen Ärzten angefordert werden, die Patienten mit einem Portsystern so lange versorgen müssen, wie dieses in Zusammenhang mit einer onkologischen Behandlung oder einer Schmerztherapie implantiert sein muss.

Abschnitt 6:

Antiphlogistika / Antirheumatika: nur in schnell freisetzenden Darreichungsformen, keine Retardpräparate

Clopidogrel: durch invasiv tätige Kardiologen nach einzeitiger Stentimplantation

Mydriatika: als Arzneimittel zugelassene viskositätserhöhende Augentropfen im Zusammenhang mit Spaltlampenuntersuchungen durch Augenärzte

Prokinetika: neben der parenteralen Anwendung auch als Tropfen anforderbar

Salben/Cremes/Gele: antimykotikahaltige Präparate nur für Kinderärzte, da die nur noch apothekenpflichtigen Arzneimittel von der Leistungspflicht der GKV grundsätzlich ausgeschlossen sind mit Ausnahme bei Kindern

Estriolhaltige Vaginalcreme: nur durch Gynäkologen im Zusam-

menhang mit dem Wechsel eines Pessars

Die erneute Ergänzung der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung stellt vor allem im Hinblick auf die Anforderungsmöglichkeiten im organisierten Notdienst eine Verbesserung dar.

Allerdings sind die im Notdienst praxisorientiert eingeführten Darreichungsformen dem Zugriff desselben Arztes während seiner Sprechstunde in der Praxis weiterhin verwehrt. Die BEK ist derzeit nicht davon zu überzeugen, dass der Notfall im Notdienst in gleicher Weise in der Sprechstunde auftreten kann, ein Unterschied in den medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten zwischen den beiden Bereichen also nicht besteht.

Im Ergebnis haben die Vertragsärzte also im Sprechstundenbedarf weiterhin mit Prüfanträgen zu rechnen, wenn die von Ihnen gewählte Darreichungsform von der BEK nicht als „geeignet“ akzeptiert wird. Hier wird die KV Hamburg versuchen, durch weitere Verhandlungen eine praxisorientierte Lösung herbeizuführen.

Die Vereinbarung soll außerdem regelmäßig an die Bedürfnisse der vertragsärztlichen Tätigkeit vor Ort angepasst werden.

Für Hinweise und Vorschläge an die medizinische Fachberatung ist die KV dankbar.

Ansprechpartner: Dr. Joachim Weidner Tel: 22802-442, Elisabeth Zunke Tel: 22802-402, Infocenter Tel: 22802-900

Qualitätssicherung für Laboruntersuchungen

■ Neue Richtlinie der Bundesärztekammer

Am 1. April 2008 ist die neue Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in Kraft getreten. Die Richtlinie erweitert die schon vorher vorgeschriebenen Kontrollmessungen innerhalb einer Arztpraxis (interne Qualitätssicherung) und die von einem externen Referenzlabor vorgenommenen Vergleichsmessungen (externe Qualitätssicherung).

Laborleistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn sie gemäß der Richtlinie durchgeführt wurden.

Interne Qualitätssicherung: Die Praxis führt Präzisions- und Richtigkeitskontrollen durch, um die Qualität der Laboruntersuchungen zu sichern. Das Verfahren ist in der Richtlinie beschrieben.

Externe Qualitätssicherung: Die Arztpraxis nimmt einmal

pro Quartal an Ringversuchen für die in Tabelle B 1a-c der Richtlinie aufgelisteten Laborleistungen teil. Die erfolgreiche Teilnahme wird durch ein Zertifikat bestätigt. Es ist sechs Monate lang gültig und muss bei der KV (Abteilung Qualitätssicherung) eingereicht werden. Die in Tabelle B 1a-c aufgeführten Laborleistungen können nur abgerechnet werden, wenn der Arzt die interne Qualitätssicherung durchführt und über ein gültiges Ringversuchs-Zertifikat verfügt.

Ausnahme: Die Ringversuchspflicht entfällt bei Verwendung von Uni-use-Reagenzien in der patientennahen Sofortdiagnostik (wie zum Beispiel Teststreifen), wenn bei der regelmäßigen Durchführung der Untersuchung die Vorgaben der Richtlinie berücksichtigt werden (Abschnitt B1 2.1.5/2.2 (3)). Die Richtlinie und die Durch-

führungsbestimmungen der KV sind im Internet nachzulesen: www.kvhh.de → Qualitätssicherung → genehmigungspflichtige Leistungen → Labor

*Ansprechpartnerin:
Martina Runze Tel: 22802-601*

Referenzlabore

Instand e.V.
Institut für Standardisierung und Dokumentation im medizinischen Laboratorium
Ubierstraße 20
40223 Dortmund

Referenzinstitut für Bioanalytik
Deutsche vereinte Gesellschaft für klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.
Im Mühlenbach 52a
53127 Bonn

Amtliche Veröffentlichung

DMP-Qualitätsbericht 2007

Für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheiten, Asthma sowie COPD steht der DMP-Qualitätsbericht der gemeinsamen Einrichtung für das Jahr 2007 im Internet zur Verfügung.

www.kvhh.de → Ärzte/Psychotherapeuten → DMP → jeweiliges DMP

Debatte um Hausarztverträge

■ Hat das KVH-Journal „Unwahrheiten“ verbreitet? Entgegnung auf einen Vorwurf des Hausärzteverbandes

Ein Artikel in der vergangenen Ausgabe des KVH-Journals („Hauen und Stechen“, Seite 5) hat heftige Diskussionen ausgelöst. Die Mitgliederzeitschrift des Hamburger Hausärzteverbandes „Hausarzt in Hamburg“ zweifelte in einigen Punkten den Wahrheitsgehalt des Artikels an - wollte eine Entgegnung auf diesen Vorwurf aber nicht zulassen.

Wir dokumentieren nachfolgend den Leserbrief, den zu drucken der Hausärzteverband abgelehnt hat.

Liebe „Hausarzt in Hamburg“-Redaktion,
in der letzten Ausgabe des „Hausarzt in Hamburg“ wird dem KVH-Journal vorgeworfen, grobe Unwahrheiten über die Hausarztverträge von Bayern und Baden-Württemberg verbreitet zu haben. Dazu ist zunächst mal festzustellen, dass es sich bei den betreffenden Passagen nicht um Aussagen der KV, sondern um Zitate handelt.

Der Vorsitzende der bayerischen Kinder- und Jugendärzte Dr. Heinz Reiniger wird im KVH-Journal mit der Aussage zitiert, die Bereinigung der Gesamtvergütung um das Geld für den bayerischen AOK-Hausarztvertrag werde die RLV der anderen Ärzte verkleinern. Eine „grobe Unwahrheit“? Tritt



der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. Januar 2009 in Kraft, hat Reiniger Recht. Die Bereinigung wird dann auf Kosten der anderen Ärzte gehen.

Im KVH-Journal wird zudem eine Hausärztin aus Baden-Württemberg zitiert, die sagt: Ein Arzt, dem der AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg gekündigt wird, verliere seine durch ihn eingeschriebenen Patienten an einen anderen Arzt. Eine „grobe Unwahrheit“? Es empfiehlt sich, das Vertragswerk, die Aufnahmeformulare für Patienten und den Patientenflyer des AOK-Hausarztmodells Baden-Württemberg genau zu lesen. Vertragspartner des Patienten ist nicht der von ihm gewählte Hausarzt, sondern die AOK. Der Vertrag kann frühestens zum Ende des Teilnahmejahres gekündigt werden. Dass die Teilnahme des Pati-

enten mit dem Ausscheiden des von ihm gewählten Arztes endet, wird im gesamten Vertragswerk weder implizit noch explizit festgestellt.

„Es sieht schon danach aus, als müsste der Patient den Arzt wechseln, wenn der von ihm gewählte Arzt aus dem Hausarztmodell ausscheidet“, sagt Dr. Julia Nill, Gesundheitsexpertin der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg.

Auch der „Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands“ warnt davor, dass ein Arzt, der aus dem Hausarztmodell ausscheidet, seine eingeschriebenen Patienten verlieren könnte (Vertragsanalyse vom 17.7.2008). Der Hausärzteverband mag dies genauso sehen oder auch nicht – entscheidend wird sein, ob die Kasse ernst macht.

Martin Nigggeschmidt,
Redakteur KVH-Journal



Foto: Blumenthal/bvvd (M)

Da draußen herrscht das Chaos

- In vielen KV-Regionen wurde die Honorarreform schlecht umgesetzt. Nun gibt es dramatische Nachforderungen. Doch überhastete Verschlimmbesserungen helfen uns nicht weiter.

Wir dokumentieren nachfolgend die leicht redigierte Version einer Rede, die Dr. Michael Reusch am 26. März 2009 in der Vertreterversammlung der KV Hamburg gehalten hat.

Sollten sich die Vertragsärzte mit ihren Protesten zurückhalten, um nicht die Sympathie der Öffentlichkeit zu verlieren? Ganz ehrlich: Es interessiert mich nicht, was der „Spiegel“ über die Ärzte schreibt. Wir machen gute Arbeit und sollten uns vom Gedanken frei machen, jeder-mann gefallen zu müssen.

Ich habe volles Verständnis dafür, dass die Ärzte im gesamten Bundesgebiet protestieren. Hier in Hamburg haben wir es vergleichsweise gut – das wissen wir alle.

Wer als Berufsverbandvorsitzender für seinen Fachbereich bundesweite Verantwortung trägt, weiß aber auch: Da draußen herrscht das absolute Chaos. Der Übergang zur neuen Vergütungssystematik hat viele Kollegen in tiefste Bedrängnis gebracht. Die Regelleistungsvolumen, die den Praxen zugeordnet wurden, sind teilweise lächerlich niedrig.

Man muss es mal deutlich sagen: Wir haben es – und da neh-

me ich Hamburg aus – auch mit einem Versagen der Selbstverwaltung zu tun.

Vor allem im Süden aber auch bis hinauf in unsere Nachbarschaft wurde die Reform schlecht umgesetzt: Viele KVen steckten unangemessen viel Geld in die Rückstellungen, schafften es nicht mal, die gesetzlich vorgeschriebene Verteilung für ihre Mitglieder nachvollziehbar zu machen. Und gerade diese KVen sind es, die nun dramatische Nachforderungen erheben und die ganze Reform wieder in Frage stellen.

Auf Bundesebene soll nachgebessert werden – zum 1. Juli, zum 1. Januar 2010 und im

kommenden Jahr wahrscheinlich wieder. Wir kommen von einer Konvergenzphase in die nächste, Regelungen werden zurückgenommen oder verfeinert, bis irgendwann niemand mehr versteht, wie das System funktioniert.

Meine Geduld mit der KBV ist zu Ende. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler sitzt dem immer gleichen Irrtum auf, man könne mit noch mehr Bürokratie und noch ausgefeilteren Verteilungsmethoden etwas richten, was nicht mehr zu richten ist. Es ist schlicht zu wenig Geld im System.

Wir haben in Hamburg gezeigt, dass die Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Honorarreform einigermassen zu bewältigen sind.

Ich will gar nicht in Abrede stellen, dass es strukturellen Nachregelungsbedarf gibt, aber der ist vergleichsweise gering. Aber ich plädiere dafür, zunächst abzuwarten, wie sich die Reform in den einzelnen Praxen tatsächlich auswirkt. Dann können mit ruhiger Hand Korrekturen vorgenommen werden.

Die Forderung, mit der Honorarreform auch gleich das KV-System zu kippen, basiert auf einer fatalen Fehleinschätzung unserer Verhandlungsmacht. Über den Kollektivvertrag sind wir legitimiert, mit jeder einzelnen Kasse abzurechnen. Dieses Recht sollten wir uns nicht aus der Hand nehmen lassen.

Das KV-System ist entstanden, weil die Ärzte den Nachfrage- druck der Krankenkassen nicht

aushielten. Wer die Dokumente aus den zehner und zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts liest, bekommt eine Ahnung davon, warum unsere Vor-Vor-Vorgänger die Einigkeit unter den Ärzten erzwungen haben.

Wir sollten nicht so ahistorisch sein, erst die Wirtschaftskrise nachzuvollziehen und uns dann auch noch in die unregelmäßigen Arbeitsverhältnisse der Weimarer Zeit zurückstoßen zu lassen. Auch wir Dermatologen sprechen bisweilen mit den Krankenkassen über Einzelverträge.

>> Wer um die Verlängerung von Selektivverträgen fürchtet, protestiert nicht. <<

Unter der Hand heißt es seitens der Krankenkassen dann immer: „Wir wollen aber nicht alle Ärzte dabei haben. Wir nehmen nur einige.“ Das ist immer so, bei jedem dieser Gespräche. Es geht darum, selektiv zu kontrahieren. Ich warne davor, diesen Weg zu gehen. Arztgruppen, die glauben, dem sich immer weiter konzentrierenden Nachfrage- druck der Kassen auf Dauer standhalten zu können, werden sich übernehmen.

Wenn die Krankenkassen und Politik ein Mindestmaß an Wertschätzung und Respekt für die medizinischen Leistungen hegen, würden sie in jeder Vertragsform adäquat zahlen – und nicht versuchen, einzelne Arztgruppen mit besser dotierten und unbürokratischer abzuwickelnden Selektivverträgen gegeneinander auszuspielen. Das sind Lockangebote.

Warum wird das KV-System denn derart reglementiert und abgeschnürt? Weil die Vertrags- ärzte da rausgetrieben werden sollen, sie sollen mürbe gemacht werden.

Wir müssen uns erst innerhalb des KV-Systems und mit dem KV-System emanzipieren. Deshalb ist es richtig - wenn auch fast schon zu spät -, dass die KBV zum Befreiungsschlag ausholt und mehr Unabhängigkeit von der Politik erkämpfen will. Der gesellschaftliche Sog

geht in die entgegengesetzte Richtung: Die kollektive Organisationsmacht der Ärzte soll geschwächt werden.

In einem Selektivvertrags system wäre die Frage, ob wir mit unseren Protesten in den Medien gut wegkommen, das geringste Problem.

Wer fürchten muss, dass sein Vertrag nicht verlängert wird, hält still. Glaubt tatsächlich jemand, eine Krankenkasse würde unliebsamen Ärzten eine zweite Chance geben? Das ist doch absurd. Es ist ein völlig ahistorisches Bewusstsein, das sich derzeit in Teilen der Ärzteschaft ausbreitet.

*Dr. Michael Reusch,
Präsident des Berufsverbandes
der Deutschen Dermatologen
und Mitglied der Vertreterver-
sammlung der KV Hamburg*

Für Sie im beratenden Fachausschuss (BFA)

Dr. Detlef W. Niemann
(BFA Hausärzte)



Geb. Datum: 28.10.1952
Familienstand: vh, ein Sohn
Fachrichtung: FA für Allge-

meinmedizin, FA für Gynäkologie und Geburtshilfe, Akupunktur

Weitere Ämter: ÄK Hamburg: Delegiertenversammlung, Weiterbildungs- u. Fortbildungsausschuss, Sprecher der Fachbeisitzerkonferenz Allgemeinmedizin, Kursleiter der Fortbildungsakademie; Weiterbildungsbeauftragter des HÄV-HH; Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin am UKE

Hobbys: Rennrad, Schwimmen, Jazz

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Zurückdrängen des Shareholder-Value-Paradigmas und der Bürokratie im Gesundheitswesen / Datenautonomie und eine geschützte Patienten- Arztbeziehung / qualitativ und finanziell gesicherte Verbund-Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Wenn es sie noch gibt, dann so: Sie organisiert die solidarische Primärversorgung mit breit qualifizierten Hausärzten und patientennahen Spezialisten in enger Kooperation mit Klinikverbänden, an denen die hochspezialisierte Versorgung konzentriert ist. Es bestehen sektorübergreifende kombinierte Budgets.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Karl Marx angesichts der aktuellen Verwerfungen des Finanzkapitals über seine Prognosen befragen.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Wieder Zeit haben, in einer Band zu spielen / Nordlicht am Nordkap und Sonnenaufgang über der Sahara erleben

Dr. Kristina Frederking
(BFA Psychotherapie)



Geb. Datum: 19.11.1955
Familienstand: verheiratet

Fachrichtung: Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Pädiatrie

Weitere Ämter: stellvertretendes Mitglied im PPP-Ausschuss der Ärztekammer

Hobbys: Reisen, Lesen

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Sicherung und Ausbau einer qualitativ hochwertigen psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in Hamburg

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Ich fürchte, dass es weitere Regulierungen und Verknappungen im Gesundheitsbereich geben wird. Meines Erachtens werden die KVen weiter bestehen, aber in ihrer Entscheidungsbefugnis noch mehr eingeschränkt.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Mir fällt keiner ein.

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 18.06.2009 um 20 Uhr im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Medizinische Fortbildungsveranstaltungen

Universalfortbildung **40 Punkte**

Ein umfassendes Update in der aktuellen medizinischen Versorgung.

vom 12. bis 14.6.2009 Jeweils 9 – 17 Uhr

Informationen hierzu im Internet: www.aerztekammer-hamburg.de – Ärztl. Fortbildung

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie Tel: 2272-880

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

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

Fr./Sa. 03./04.07.2009

Fr./Sa. 11./12.09.2009

Fr./Sa. 27./28.11.2009

15 Punkte

QEP®-Einführungsseminare für Psychotherapeuten

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

Fr./Sa. 03./04.07.2009

Fr./Sa. 30./31.10.2009

15 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen

Jeweils 15 – 19:30 Uhr

5-teiliger Seminarblock

Mi. 22.04.2009

Mi. 27.05.2009

Mi. 08.07.2009

Mi. 09.09.2009

Mi. 28.10.2009

30 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für

Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)

15 – 21 Uhr

Fr. 11.09.2009 (Teil 3)

8 Punkte je Teil

QEP®-Themenseminare

Datenschutz

Mi. 17.06.2009 (9:30 – 17 Uhr)

7 Punkte

QEP®-QMB-Seminar (3-teilig)

Mi. 30.09.2009 (9 – 17 Uhr)

Mi. 04.11.2009 (9 – 17 Uhr)

Mi. 09.12.2009 (9 – 17 Uhr)

QEP®-Kommunikationstraining

Mi. 28.10.2009 (15 – 19:30 Uhr)

5 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

Norddeutsches Facharztseminar

Samstag, 20.06.2009 um 10:00 Uhr im Ärztehaus Hamburg,
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg

Über die Zukunft der fachärztlichen Versorgung will die Gemeinschaft der fachärztlichen Berufsverbände (GFB) Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern auf einer Veranstaltung mit den Bundespolitikern der großen Parteien diskutieren. „Wir wollen sie nicht nur befragen, sondern wir wollen auch vehement unsere Sorgen und unseren Unmut artikulieren“, so Dr. Dirk Heinrich, Präsident der GFB Hamburg. Zugesagt haben unter anderem Dietrich Wersich (Hamburger Gesundheits-senator, CDU) und Daniel Bahr (gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion).

Tag der Niedergelassenen



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

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

An allen drei Tagen des Hauptstadtkongresses (27. bis 29. Mai 2009): Info-Markt der Kassenärztlichen Vereinigungen. Unter anderem zu den Themen Abrechnung, Arzneimittel, Qualität und Sicherstellung. Weitere Informationen finden Sie unter www.tag-der-niedergelassenen.de.

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

Anmeldung zum Workshop-Programm:

| | Ja, wir nehmen teil. | Teilnehmerzahl |
|--|--------------------------|----------------|
| 9.00—10.30 Uhr: Qualitätszirkel: Selbstbestimmung oder Zwang? | <input type="checkbox"/> | |
| 9.00—10.30 Uhr: Der Hygieneplan in der Praxis | <input type="checkbox"/> | |
| 14.00—15.45 Uhr: Verantwortungsvoll delegieren in der Arztpraxis | <input type="checkbox"/> | |
| 14.00—15.45 Uhr: Ambulante Qualitätssicherung im KV-System | <input type="checkbox"/> | |
| 16.15—18.00 Uhr: Datenschutz in der Arztpraxis | <input type="checkbox"/> | |
| 16.15—18.00 Uhr: Qualitätsindikatoren: Instrumente zur Qualitätsdarstellung und Anreize zur Qualitätsentwicklung? | <input type="checkbox"/> | |

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

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



Deutsches Ärzteforum 2009

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