

Versorgung von Migranten

Praxisalltag

Wie gehe ich mit kulturellen Eigenheiten von Patienten um?

Honorar

Ist „Pay for Performance“ der richtige Weg?

Zusammenarbeit

Was sich Hausärzte und Fachärzte voneinander wünschen



Liebe Leserinnen und Leser!

Es stimmt schon: Die Verkehrssprache in den Praxen ist deutsch. Doch auch in diesem Fall entspricht die Realität nicht immer den gesundheitspolitischen Wunschvorstellungen: Natürlich gibt es in diesem Land wohlhabende und gut ausgebildete Menschen mit ausländischen Wurzeln – der neue Gesundheitsminister Philipp Rösler ist das beste Beispiel dafür. Doch wenn ein Patient in die Praxis kommt, der kein deutsch spricht, werden die Ärzte allein gelassen. Der Gesetzgeber sagt: „Die Beweispflicht, dass der Patient alles verstanden hat, liegt bei Dir, lieber Arzt. Einen Dolmetscher zahle ich Dir aber nicht.“ Das geht nicht. Hier sind die Kommunen oder die Kassen in der Pflicht, eine Lösung anzubieten. Ein Angebot, bei Bedarf kostenlos Mediatoren oder Sprach- und Integrationsmittler in Anspruch nehmen zu können (siehe Seite 4), wäre ein Schritt in die richtige Richtung.



Ihr Dieter Bollmann

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion:
Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt,
Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvvh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge
und Meinungsäußerungen.

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

Titelbild:
[47media - Fotolia.com](http://47media-fotolia.com)

Ausgabe 7/2009 (14. November 2009)

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Versorgung von Migranten	4
Praxisalltag: Wie gehe ich mit kulturellen Eigenheiten von Patienten um?	5
Info-Broschüre zum deutschen Gesundheitssystem in 15 Sprachen	6
Aufklärung vor Eingriffen: Was tun bei Sprachschwierigkeiten?	7

Gesundheitspolitik

Pro und Contra: Sollen ärztliche Leistungen nach Qualität bezahlt werden?	8
---	---

Aus der Praxis für die Praxis

Zusammenarbeit: Was sich Hausärzte und Fachärzte voneinander wünschen	10
Fragen und Antworten / Laborparameter im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen	12
Netzhautuntersuchungen bei Diabetikern: Privatabrechnung nicht zulässig / Verordnung von Krankentransport bei Zahnarztbehandlung	16
Unberechtigte Forderungen von Apotheken: Verordnungen müssen auf dem Rezept nicht nochmals gerechtfertigt werden	17

Qualitätssicherung

Vakuumstanzbiopsie der Brust: Neue Regeln für die Genehmigung / Hohe Bildqualität der Screening-Mammographieaufnahmen in Hamburg	14
Hautkrebscreening für BKK-Nord-Patienten: Dokumentation für Patienten unter 35 Jahren nicht erforderlich / Qualitätsmanagement: Bei der Auswahl des Systems auf Zertifizierbarkeit achten	15

Brennpunkt Arznei

Alkohohlhaltige Arzneimittel zur oralen Anwendung: Alternativen prüfen! / Priligy® sollte nicht mehr verordnet werden / Positivliste der arzneiähnlichen Medizinprodukte wurde erweitert	18
Anwendungsbeobachtungen: KBV fordert die Veröffentlichung aller Studienergebnisse	19

Forum

Interview: Wie funktioniert das britische Gatekeeper-Prinzip im Alltag?	20
Herz InForm: Ein vierzig Jahre altes Modell sichert effektive Herzinfarkt-Nachsorge	23

KV intern

Umfrage: Erste Bilanz der Notfalldienst-Reform	24
Auf Eis gelegt? Diskussionsveranstaltung zur E-Card im Ärztehaus / Informationstreffen der Selbstverwaltung / Patientenberatung mit neuer Telefonnummer	25
Steckbriefe: Für Sie im beratenden Fachausschuss	26
Terminkalender	27

Nachgefragt

■ Versorgung von Migranten: Wo liegen die Knackpunkte?



In Hamburg gibt es in fast jedem Bezirk einen Allgemeinmediziner und einen Frauenarzt, der russisch spricht. Bei den anderen Fachrichtungen, insbesondere Psychotherapeuten, sind die russischsprechenden Ärzte aber deutlich unterrepräsentiert. Oft fungieren Kinder als Übersetzer in den Praxen. Doch wenn es beispielsweise beim Frauenarzt um ein Problem der Intimsphäre geht, sind die Mütter gehemmt und erzählen nicht alles, was der Arzt wissen müsste. Für Migranten wäre ein Lotse durch das Gesundheitssystem tatsächlich hilfreich. Wir versuchen, in Veranstaltungen über die Strukturen des deutschen Systems aufzuklären. Doch eine gesicherte Finanzierung gibt es dafür nicht.

*Valentina Wacker-Nikulin,
Diplom-Gesundheitswirtin und
interkulturelle Gesundheitsmediatorin (MiMi - Gesundheitsprojekt
mit Migranten für Migranten)*



Wenn mich Patienten mit iranischem oder afghanischem Migrationshintergrund ansprechen und nach einem Arzt in Hamburg fragen, kann ich ihnen mit einer lange Liste iranischer und afghanischer Ärzte aller Fachbereiche weiterhelfen. Übersetzer und Gesundheitsmediatoren kommen in den Arztpraxen ja kaum zum Einsatz, solange dies nicht von den Kassen bezahlt wird. Meine Bitte an die niedergelassenen Ärzte ist: Seien Sie bei Patienten, mit denen die Verständigung erschwert ist, besonders zurückhaltend mit Selbstzahlerleistungen. Migranten können schlecht abschätzen, welche Leistung nötig ist und ob sie von der Kasse übernommen wird. Für sie ist das Gesundheitssystem noch undurchschaubarer als für andere Patienten.

*Morasah Mazloumsaki-Schütt,
Farsi- und Dari-Übersetzerin
und interkulturelle
Gesundheitsmediatorin*



Eine qualitätsorientierte Versorgung von Migranten ist nicht nur aus ethischer, sondern auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive erforderlich. So bietet das UKE seit kurzem für angehende Mediziner Wahlfächer zur interkulturellen Kompetenz an. Die Schwachstelle „Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten“ soll mit der Etablierung des Berufsbildes „Sprach- und Integrationsmittler“ (SIM) angegangen werden. Es hat sich gezeigt, dass bisherige Kurz-Trainingsmaßnahmen, wie sie von den Behörden bewilligt wurden, nicht ausreichen. Auch Hamburg setzt jetzt auf die Ausbildung von SIM, die von unterschiedlichen Institutionen in Anspruch genommen werden können. Arztpraxen könnten dann Termine für Patienten mit beispielsweise afghanischem Migrationshintergrund auf einen Nachmittag legen und dafür kostengünstige Dolmetscherleistungen einkalkulieren.

*Niels-Jens Albrecht,
Leiter der Arbeitsgruppe Migration
und Gesundheit am Institut für
Medizinsoziologie des UKE*

Bleiben Sie authentisch!

- Fast jede Praxis behandelt heute Patienten mit Migrationshintergrund. Da ist Flexibilität gefragt. Doch der Versuch, Umgangsformen anderer Kulturen zu kopieren, geht nach hinten los.

Von Dr. Oktay Yagdiran

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung liegt in Hamburg bei 14,2 Prozent. Nimmt man Einwanderer der zweiten oder dritten Generation und Migranten mit deutschem Pass hinzu, kommt man auf einen Anteil von insgesamt über 26 Prozent.

Seien wir ehrlich: Menschen mit Migrationshintergrund sind keine Patienten, um die sich die Ärzte reißen. Wer überdurchschnittlich viele dieser Patienten behandelt, tut dies, weil er in einem Stadtteil mit hohem Migrantenanteil praktiziert – oder weil er selbst einen Migrationshintergrund hat. In meinem Fall trifft beides zu. Migration schafft nicht nur Chancen, sondern auch Druck und Konflikte. Viele Patienten mit türkischem Migrationshintergrund haben erhebliche soziale Probleme und / oder leiden an comorbiden Störungen. Sie haben wenig Kenntnisse von unserem Gesundheitssystem und ein niedriges Bildungsniveau. Wenn zum Beispiel ein Diabetologe eine Fortbildung durchführt, kann er nur wenig Vorwissen voraussetzen. Er muss meist ganz von vorn anfangen. Die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund ist komplizierter und aufwändiger als

die Behandlung von deutschen Durchschnittspatienten.

Patienten mit türkischem Migrationshintergrund erwarten sehr viel von ihrem Arzt. Er wird als umfassender Unterstützer wahrgenommen, der auch bei familiären oder sozialen Problemen hilft. Den Patienten ist nicht immer klar, wie begrenzt die Möglichkeiten des Arztes sind – das trifft auch auf den medizinischen Bereich zu. Sie erwarten oftmals eine glasklare Antwort auf die Frage, woher ihre Beschwerden kommen – und eine effektive Lösung. Wenn der Arzt sagt: „Das könnte auch psychosomatisch sein“, stößt das auf Unverständnis.

Psychische Erkrankungen sind in hohem Maße tabuisiert. Wenn in der Behandlung familiäre Traumata mit einbezogen werden sollen, wenn nach der Erziehung und nach Erlebnissen aus der Kindheit gefragt wird, kommen die Patienten schnell an ihre Grenzen und sagen: „Nein, das will ich nicht.“ Sie möchten, dass das Problem von außen gelöst wird. Ein traditioneller Heiler würde dem Patienten sagen: „Hier hast Du etwas, das musst Du in Wasser trinken und drei Mal damit baden: Dann werden Deine Beschwerden weggehen.“ Die Vorstellung, es gehe lediglich um

Fortsetzung auf S. 6



Dr. Oktay Yagdiran: „Man sollte nicht alles hinnehmen und sagen: Naja, das ist eben kulturell.“

Info-Broschüre zum Gesundheitssystem in 15 Sprachen

Einen Gesundheitswegweiser für Migranten haben der BKK-Bundesverband und das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover erstellt. Der Leitfaden behandelt alle relevanten Fragen rund um das Thema Gesundheitsversorgung und ist in 15 verschiedenen Sprachen erhältlich. Hier können Sie die Broschüren bestellen (bis zu neun Exemplare kostenlos): www.bkk-promig.de → Wegweiser bestellen

 Fortsetzung von S. 5

ein Ungleichgewicht der inneren Säfte, ist für viele Menschen leichter zu akzeptieren als eine psychiatrische Diagnose. Das Problem berührt dann nicht die eigene Persönlichkeit.

In psychiatrischen Krankenhäusern oder psychosomatischen Tageskliniken sind Patienten aus dem türkischen Kulturkreis deutlich unterrepräsentiert. Das liegt nicht nur am mangelnden Willen dieser Patienten, sich therapieren zu lassen. Es liegt meiner Erfahrung nach auch daran, dass sie überproportio-

>> Soll ich einer konservativ aussehenden Muslima die Hand geben? <<

nal häufig abgewiesen werden. Die Kliniken führen Vorgespräche. Die Ärzte kommen dabei oftmals zu dem Schluss, dass eine sprachliche und kulturelle Kommunikation mit Migranten nicht möglich ist und lehnen eine Aufnahme ab. Überall dort, wo die Ärzte aufgrund der Gesetzeslage nicht die Möglichkeit haben, bestimmte Patienten abzulehnen, gibt es ein hohes Aufkommen an Patienten mit

Migrationshintergrund: In den geschlossenen Stationen beispielsweise oder in der Forensik, dort macht der Anteil der Migranten bis zu 60 Prozent aus.

Hausärzte aus Wilhelmsburg oder anderen Stadtteilen mit einem hohen Migrantenanteil sagen mir: „Wir sehen viele psychosomatische Probleme bei Patienten mit Migrationshintergrund.“ Weil sich die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken diesen Patienten systematisch verweigern, bleibt das Problem bei den Hausärzten oder bei mir.

Im KV-System sind die Zugangsbarrieren vergleichsweise niedrig. Patienten mit Migrationshintergrund suchen sich häufig einen Arzt aus dem gleichen Kulturkreis, weil sie sich dort mehr Verständnis für ihre spezielle Lebenssituation erhoffen. Doch ich kenne viele Migranten, die von Ärzten ohne Migrationshintergrund behandelt werden und diese als hoch kompetent, engagiert und kul-

tursensitiv beschreiben. Die Patienten sagen: „Mein Arzt hat sich Zeit für mich genommen. Er hat mir alles genau erklärt. Er hat die Therapie bei meiner Krankenkasse durchgesetzt.“ Es gibt offenbar sehr viele engagierte Ärzte in Hamburg. Und die Patienten wissen das zu schätzen.

Natürlich können auch wir Niedergelassene uns nicht jedem unserer Patienten gegenüber immer kulturkompetent verhalten – dazu ist die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund zu vielfältig. Ich halte auch nichts von gut gemeinten Verhaltenstipps für Ärzte, wie sie im Internet zu finden sind („Geben Sie einer konservativen Muslima nicht die Hand“ oder „Führen Sie das Gespräch mit dem Ehemann“).

Wer sich jedes Mal, wenn ein Patient ins Arztzimmer kommt, schnell eine interkulturelle Handlungsstrategie zurechtlegt, hat ein Problem: Er müsste dabei nach dem Aussehen gehen – also nach einem Vorurteil. Machen wir's also nicht zu schwierig. Ich gebe allen Patienten, die mein Behandlungszimmer betreten, die Hand. Manch eine Kopf-

tuchträgerin erwidert meinen Händedruck kraftvoll, spricht hervorragendes deutsch und lässt meine eventuellen Vorurteile augenblicklich in sich zusammenbrechen. Wenn ich merke, dass eine Patientin zögert, frage ich nach: „Ich habe gesehen: Sie haben sich unwohl gefühlt. Soll ich Ihnen nicht die Hand geben? Wie möchten Sie das haben?“ Vielleicht sagt sie dann: „Ich komme damit nicht zurecht. Wenn es Ihnen nichts ausmacht, lassen wir's.“ So lernt man die Patienten gleich ein wenig kennen und stülpt ihnen nicht seine eigenen Erwartungen über. Ist es richtig, den Ehemann der Patientin im Wartezimmer zu

lassen? Möglicherweise stellt sich heraus, dass sie auch in Zukunft lieber allein mit dem Arzt sprechen möchte: „Mein Mann kommt immer mit. Ich kann aber gar nicht erzählen, was mit mir los ist, wenn er dabei ist.“ Man sollte nicht alles hinnehmen und sagen: „Naja, das ist eben kulturell.“ Bei mir in der Praxis stehen schon mal zehn Leute vor dem Schreibtisch. Da empfiehlt es sich zu klären, ob das der Behandlung zuträglich ist.

Ärzten ohne Migrationshintergrund, die viele Migranten versorgen, rate ich: Bleiben Sie sich treu. Bleiben Sie authentisch. Es schadet zwar nicht, etwas über den kulturellen

Hintergrund von Bevölkerungsgruppen zu wissen, die einen Großteil der eigenen Patienten ausmachen, aber es sollte nicht eine Bedingung sein. Seien Sie neugierig, aber vor allem auf den einzelnen Menschen, mit dem Sie in Ihrer Praxis zu tun haben. Natürlich wird es immer wieder Missverständnisse geben. Reagieren Sie sofort, wenn Sie ein mulmiges Gefühl im Bauch haben. Fragen Sie nach – bei Bekannten oder Mitarbeitern, die selbst Migrationshintergrund haben. Am besten aber bei Ihrem Patienten.

Dr. Oktay Yagdiran ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Altona

Aufklärung vor Eingriffen

■ Was tun bei Sprachproblemen? Hier einige Tipps

Ärztliche Eingriffe sind nur dann rechtmäßig, wenn der Patient zuvor aufgeklärt wurde und in den Eingriff einwilligt.

Eine ordnungsgemäße Aufklärung umfasst die Verpflichtung des Arztes sich zu vergewissern, dass der Patient den Erläuterungen folgen kann. Diese Verpflichtung bezieht sich nicht nur auf Migranten, sondern auf die Aufklärung jedes Patienten, der mit dem Verständnis der medizinischen Fachsprache überfordert sein könnte. Die Beweislast für die Aufklärung liegt beim Arzt. Es empfiehlt sich, den Patienten bei Zwei-

feldern an der Sprachkundigkeit zu fragen, ob er das Aufklärungsgespräch versteht - und dies zu dokumentieren. Hinweise für ein hinreichendes Sprachverständnis des Patienten können zum Beispiel detaillierte Angaben zu Vorerkrankungen, Art und Entwicklung der Beschwerden sein. Hat der Arzt den Eindruck, dass eine sichere sprachliche Kommunikation nicht möglich ist, muss er einen Übersetzer hinzuziehen. Das muss keine Fachkraft sein. Es kann sich dabei um eine Praxismitarbeiterin, um eine Reinigungskraft oder um eine Begleitperson des Pa-

tienten handeln. Entscheidend ist, dass die Person glaubhaft macht, neben der deutschen auch der Sprache des Patienten mächtig zu sein.

Das Heranziehen eines Minderjährigen als Übersetzer ist problematisch, weil dieser die Tragweite der Erklärungen des Arztes aufgrund fehlender Reife möglicherweise nicht nachvollziehen kann.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, den Übersetzer durch Unterschrift auf dem Aufklärungsbogen die Vornahme der Übersetzung bestätigen zu lassen.

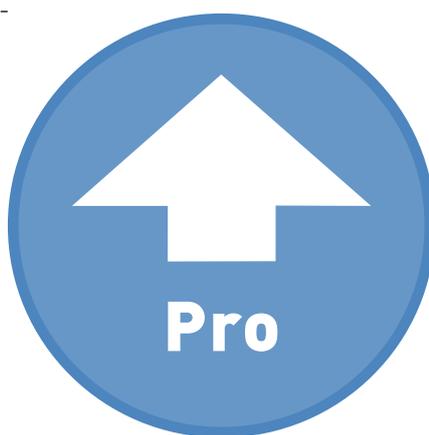
Debatte: Sollen ärztliche Leistungen nach Qualität bezahlt werden?

■ Pro: Pay for Performance (P4P) schafft Transparenz

Im Zuge des zunehmenden Vertragswettbewerbs und eines zunehmenden Wettbewerbs auch um Versorgungsqualität wird der Ruf nach Qualitätstransparenz lauter. Die KBV will Grundvoraussetzungen für die Einführung einer qualitätsbezogenen Vergütung („Pay for Performance“) schaffen.

Mit dem Projekt „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ bekommen die Vertragsärzte die Möglichkeit, ihr hohes Qualitätsniveau darzustellen. Im Juni 2009 veröffentlichte die KBV das AQUIK-Set mit 48 haus- und fachärztlichen Qualitätsindikatoren, mit deren Hilfe die Qualität medizinischer Leistungen transparent und vergleichbar gemacht werden kann. Das AQUIK-Set umfasst insbesondere Indikatoren zu chronischen Volkskrankheiten, zur Prävention, zum Praxismanagement und zur Patientenorientierung. Während in

und Krankheitsaktivitätsscore bei rheumatoider Arthritis) im Focus steht, kann in einem zweiten Schritt die Erfüllung definierter Qualitätsziele in Bezug auf Behandlungsschritte (Prozesse) ermittelt und mit einem Honorarbonus gefördert werden. Die Nutzung von Daten zur Darstellung und Förderung



von Ergebnisqualität stellt die dritte und anspruchsvollste Stufe der qualitätsorientierten Vergütung dar. Die Nutzung von Qualitätsindikatoren ist mit besonderen Herausforderungen

vorhanden. Es sollte möglich sein, die Qualitätsindikatoren mit Hilfe intelligenter EDV-Lösungen gewissermaßen per Knopfdruck zu erheben. Zum anderen müssen potenzielle unerwünschte Auswirkungen von Qualitätsindikatoren sorgfältig evaluiert und berücksichtigt werden, um die Selektion bestimmter Patienten in Abhängigkeit ihrer Risiken (Alter, Komorbidität, sozioökonomischer Status etc.) zu verhindern. Ein stufenweiser Einstieg in eine qualitätsorientierte Vergütung beginnend mit „Pay-for-Transparency“ ist geeignet, die Auswirkungen, die notwendige Infrastruktur und die Akzeptanz zu erproben. „PayforPerformance“ wird kommen – besser zu von den Ärzten entwickelten Bedingungen als zu denen der Krankenkassen.

>> Qualitätsbezogene Vergütung wird kommen – fragt sich nur wie. <<

einem ersten Schritt die Qualitätstransparenz anhand der Dokumentation und Übermittlung erforderlicher Qualitätsdaten (zum Beispiel Blutdruckwerte

verbunden. Zum einen gilt es, zusätzlichen Dokumentationsaufwand zu begrenzen. Die notwendigen Daten sind in den Praxen schon heute zu 80 Prozent



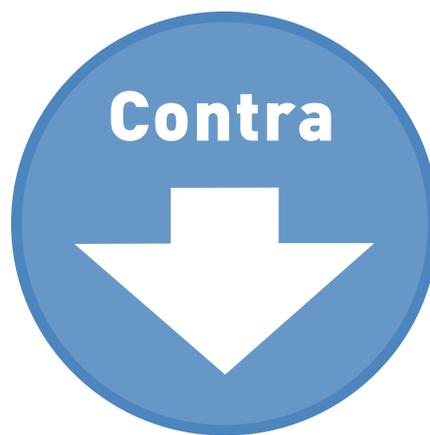
Foto: KBV

*Dr. Susanne Kleudgen,
Leiterin des Projektteams
AQUIK bei der KBV*

■ Contra: P4P lädt zur Jagd auf gesunde Patienten ein

Pay for Performance (oder neu-englisch abgekürzt P4P) ist die Übertragung des aktuellen Slogans „Leistung muss sich wieder lohnen“ auf die Medizin. Mit QISA (im Auftrag der AOK entwickelt) und AQUIK wurden für die ambulante Medizin auch schon die ersten Indikatoren entwickelt, an Hand derer Qualität und Vergütung zu bemessen sein sollen. Natürlich, Vergütung steht bei der Diskussion um Qualität immer ganz vorn. Was aber ist Qualität oder Performance? Ist sie objektiv messbar? Nehmen wir den Diabetes und das HbA1c-Zielkriterium: Es wird kein Problem darstellen, einen pensionierten Studienrat qualitätsgerecht über Diabetes zu beraten und dann auch den entsprechenden Erfolg zu haben. Qualitätsziel erreicht, Honorar verbessert. Aber was ist mit der sprachunkundigen Patientin mit Migrationshintergrund, der Sie eine halbe Stunde lang den Gebrauch der Insulinspritze erklären, die aber

von P4P in England 2004 gab es einen signifikanten Anstieg von Patienten mit plötzlich normalem Blutdruck. Behandlungserfolg? Überhaupt gab es in England nach P4P keinen wesentlichen Qualitätsschub in der hausärztlichen Versorgung. P4P lädt ein zu Betrug und Jagd auf gesunde Kranke. Pensionierte



Studienräte machen weniger Arbeit und bringen mehr Geld. Problempatienten schiebt man besser ab. Nichts gegen Qualität. Die muss selbstverständlich von jedem

allgemeinmedizinische, ist nicht mit Methoden der industriellen Produktion messbar. Anstatt Leistung und Geld immer enger zu verzahnen, muss das Geld weg von der ärztlichen Leistung. Was natürlich nicht heißt, dass der Arzt nichts verdienen soll, aber bei jedem Handschlag an die Vergütung zu denken, ist unärztlich.

Und schließlich: P4P ist nicht umsonst. Die Überwachung der Qualität wird Kosten und noch mehr Bürokratie bringen. Mehr Geld wird nicht ins System fließen. Wer die Ziele nicht erreicht (oder: wer ehrlich ist) muss mit Einkommensverlusten rechnen. Besser: Jeder Arzt muss nach dem Stand des medizinischen Wissens handeln, und dann kann der Patient über Qualität entscheiden.

>> Die zusätzliche Überwachung bringt Kosten und Bürokratie mit sich. <<

auf ihr Baklava nicht verzichten kann? Ziel nicht erreicht, Honorar gekürzt. Auch lassen sich viele Qualitätsziele nicht kontrollieren: Nach Einführung

Mediziner auf gleichem Niveau erbracht werden und wird ja auch schon von den KVen oder über DMPs abgefragt. Aber der Patient, und insbesondere der



Prof. Dr. Wulf Dietrich, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Briefwechsel unter Kollegen

- Wie kann man die Kommunikation bei der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Spezialisten verbessern? Wir haben zwei Vertreter dieser Versorgungsebenen gebeten, ihre Vorschläge und Wünsche an die Kollegen aufzuschreiben.

Liebe Hausärzte,

wir Fachärzte wünschen uns vor allem, dass wir qualifizierte Überweisungen bekommen. Je konkreter der überweisende Arzt seine Fragestellung formuliert, desto besser. Die Überweisung sollte klar machen, was genau der Hausarzt von uns wissen möchte.

Um die Fragestellung abklären zu können, brauchen wir möglichst alle Ergebnisse von Voruntersuchungen wie Labor, Röntgen, MRT oder von anderen Facharztbesuchen, die zuvor wegen derselben Fragestellung absolviert wurden. Solange wir nicht elektronisch miteinander verbunden sind, ist es das Beste, der Patient bringt die Befunde in Kopie zusammen mit der Überweisung mit.

Wenn es um einen Patienten geht, der nicht auf eigenen Wunsch überwiesen wird, möchte der Hausarzt eine qualifizierte Rückmeldung bekommen. Ist auf der Überweisung eine konkrete Fragestellung formuliert und bekommen wir die Vorbefunde, fällt es uns leichter, einen solchen Bericht zu schreiben.

Das Schreiben von Arztbriefen nimmt mittlerweile einen großen Teil unserer Arbeitszeit ein.

Wenn der Hausarzt auf die Überweisung lediglich den Stempel „Bitte Bericht“ druckt, ist das problematisch. Wir möchten keine Briefe ins Blaue hinein schreiben, die wahrscheinlich keiner liest und die weder für den Patienten noch für den Hausarzt von Bedeutung sind.

In den beratenden Fachausschüssen wurde immer wieder diskutiert, ob man auf Überweisungen mit Hilfe von Kürzeln die Dringlichkeit eines Falls kenntlich machen kann. Den meisten an der Diskussion beteiligten Ärzten schien aber ein anderer Weg sinnvoller: Um einen Vorzugstermin für einen Patienten zu bekommen, ist es

am besten, man greift zum Hörer und ruft den Kollegen selbst an. Dazu wäre es wichtig, dass die Ärzte auf Kreisebene untereinander die Telefonnummern austauschen - am besten die „Geheimnummern“, damit man nicht erst den Umweg von der Anmeldung ins Arztzimmer nehmen muss.



*Mit freundlichen Grüßen
Dr. Dirk Heinrich*

Liebe Spezialisten,

diese Wünsche sind nachvollziehbar, richtig und wichtig. Vermutlich gibt es auch in unserer Fachgruppe Kollegen, die diese Wünsche meist umsetzen, und andere, die das meiste davon nicht umsetzen. Diese Kollegen könnten Sie ermuntern, indem Sie Ihren Briefen Textmakros beifügen: „Leider lagen der Überweisung weder eine Fragestellung noch Vorbefunde bei.“ Wenn Sie zusätzlich dem Patienten sagen, dass diese Vorbefunde wichtig sind, hat das für die Kollegen, aber auch für den Patienten, durchaus pädagogischen Wert.

Herzlichst – Dr. Frank Stüven

Liebe Spezialisten,

auch wir Hausärzte haben für eine noch bessere Zusammenarbeit einige Wünsche, die hoffentlich einfach umsetzbar sind:

- Wenn Sie eine Therapie ansetzen oder ändern, wäre eine kurze Information darüber für uns als Hausärzte wichtig. Sonst entstehen oft doppelte Therapien oder eine schon ohne Erfolg ausprobierte Therapie wird später erneut versucht.
- Wenn Sie in Ihrem Fachgebiet die Symptome des Patienten nicht erklären können, sind wir für einen Tipp, welches andere Fach zu Rate gezogen werden sollte, immer dankbar. Schön wäre es, wenn Sie den Patienten mit diesem Rat zu uns zurückschicken würden und nicht gleich an das andere Fach weiter. Denn oft haben wir in dieser Richtung schon einiges unternommen, was der Patient Ihnen aber aus verschiedenen Gründen oft nicht sagt – meist um eine Zweit-, Dritt- oder Viert-Meinung zu bekommen. Hier können Sie Ihre Kollegen der Fachgebiete vor unnötigen Konsultationen bewahren!
- Schreiben Sie uns doch bitte, ob und wann ein Kontrolltermin sinnvoll ist. Ich habe oft den Eindruck, dass die Patienten Kontrolltermine bei Ihnen buchen und mir zur Begründung Ihren angeblichen Wunsch liefern: „Spezialist So und so will mich dann und dann

sehen.“ Ohne einen schriftlichen Hinweis kann ich diesen Patienten kaum klarmachen, dass sein Krankheitsbild derzeit so stabil ist, dass er sich den Gang und Ihnen die Zeit und Mühe sparen kann.

Einige Fachgebiete schreiben immer Arztbriefe, nach meiner Erfahrung zum Beispiel die Kardiologen und Pulmonologen. Andere haben diese Art der Kommunikation noch wenig für sich entdeckt. Dabei benötigen wir oft nur folgenden Fünfzeiler:

- Diagnose (zum Beispiel: „Atypischer Brustschmerz“)
- Ausgeschlossen wurde (zum Beispiel „koronare Herzkrankheit“)
- Therapie(-Vorschlag): zum Beispiel „keine“
- Vorschlag zur weiteren Diagnostik (zum Beispiel „orthopädisches Konsil“)
- Wiedervorstellung: Dann und dann / Nur bei Verschlechterung oder neuen Gesichtspunkten (zum Beispiel letzteres ankreuzen).

Falls der Arztbrief länger ausfallen sollte: Bitte verwenden Sie möglichst keine Abkürzungen. Gerade

in der Kardiologie scheinen sich die Abkürzungen immer zu vermehren und zu ändern: Aus Myokardinfarkt wurde HI, manchmal auch HWI (für Hinterwandinfarkt, oder Harnwegsinfekt?) Derzeit ist der NSTEMI in Mode... In der Augenheilkunde bin ich manchmal auch mit Psyhyrembel ratlos. Für echte Notfälle wäre es tatsächlich schön, wenn wir, Ihre Zuweiser, eine separate Telefonnummer Ihrer Praxis bekommen. Wir werden die Kreisversammlungen verstärkt nutzen, um Telefonnummern auszutauschen.



Herzlichst
Dr. Frank Stüven

Liebe Hausärzte,

kurze Arztbriefe sind sicher oft möglich, haben aber den Nachteil, dass bei späterer Konsultation eines anderen Facharztes oder einer Klinik viele Informationen zum Beispiel über die stattgefundenen Untersuchungen fehlen. Hinsichtlich der Kontrolltermine sollte in Briefen die Abfolge solcher Termine sicher erwähnt werden. Wir würden uns dann freuen, wenn Sie als Hausarzt den Patienten auch an diese Termine erinnern könnten. Unsere Erfahrung zeigt, dass trotz Erwähnung von Kontrollterminen diese nicht selten unterbleiben, obwohl der Patient in dauernder Betreuung des Hausarztes steht. Hier besteht sicher Optimierungsbedarf zum Wohle unsere gemeinsamen Patienten.

Mit freundlichen Grüßen – Dr. Dirk Heinrich



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

Ist es richtig, dass Pflegebetten über das Muster 16 verordnet werden müssen?

Nein. Es handelt sich dabei um ein Pflegehilfsmittel, das von dem Patienten direkt bei der Pflegekasse beantragt werden muss.

Wie sollen wir uns verhalten, wenn ein Patient einen Überweisungsschein zu einer Fachgruppe wünscht, an die wir in demselben Quartal bereits eine Überweisung ausgestellt haben?

In diesem Fall gilt es zu klären, warum der Patient einen

zweiten Überweisungsschein zu derselben Fachgruppe verlangt. Laut SGB V § 76 sollen Versicherte den Arzt im laufenden Quartal nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Ob es sich im Einzelfall um einen wichtigen Grund handelt, liegt im Ermessen des Arztes.

■ Laborparameter im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen

Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung können seit dem 1. Oktober 2009 die Untersuchungen für Urin, Glukose und Cholesterin einzeln abgerechnet werden.

Dazu werden häufig folgende Fragen gestellt:

1 Werden in der Praxis in jedem Fall die Abrechnungsnummern 32880, 32881 und 32882 EBM abgerechnet, auch wenn zum Beispiel, die Untersuchungen für Glukose und Cholesterin über eine Laborgemeinschaft oder einen Laborarzt erbracht werden?

Nein. Es können nur die tatsächlich in der Praxis erbrachten Leistungen abgerechnet werden. Sobald eine der Un-

tersuchungen auf Muster 10 oder 10a in Auftrag gegeben werden, rechnet der Laborarzt oder die Laborgemeinschaft die Leistungen ab.

2 Kann die 01732 EBM für die Gesundheitsuntersuchung neben den Leistungen nach den Nummern 32880, 32881 und 32882 EBM abgerechnet werden?

Ja.

3 Müssen wir die Urinuntersuchung jetzt zwingend in der Praxis erbringen?

Die Urinuntersuchung muss nicht zwingend in der Praxis erbracht werden. Sie kann an das Labor delegiert werden.

4 Unser Labor hat uns auf die Abrechnungsnummer 32880 EBM für eine Urinuntersuchung mittels Teststreifen aufmerksam gemacht. Gibt es die 32030 EBM nicht mehr?

Die 32880 EBM kann nur präventiv im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach der Nummer 01732 EBM abgerechnet werden. Für eine Harnteststreifenuntersuchung aus medizinischen Gründen wird weiterhin die 32030 EBM in Ansatz gebracht.



emeraldphoto / Fotolia.de

Vakuumbiopsie der Brust

■ Neue Regeln für die Genehmigung

Seit Anfang Oktober ist eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gültig. Sie regelt, welche Voraussetzungen in Bezug auf die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung, die Indikationsstellung, die Durchführung und die ärztliche Dokumentation erfüllt sein müssen, damit ein Arzt diese Leistung über die KV abrechnen darf.

Eine der Anforderungen ist eine Genehmigung der kurativen

Mammographie. Des Weiteren muss der Antragsteller nachweisen, dass er 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten zwei Jahre durchgeführt hat.

Alternativ können Ärzte mit einem Versorgungsauftrag für Mammographiescreening oder für die Erbringung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings eine Genehmigung zur Vaku-

umbiopsie der Brust beantragen.

Die KV Hamburg überprüft in zweijährigen Abständen die schriftliche und bildliche Dokumentation auf Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit. Der Arzt ist dazu verpflichtet, jährlich eine Auflistung aller im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien der KV vorzulegen.

*Ansprechpartnerin:
Meike Pudler Tel: 22802-631*



picrive / Fotolia.de

Bildqualität der Screening-Mammographieaufnahmen

■ Alle programmverantwortlichen Ärzte haben die Qualitätsanforderungen erfüllt

Im Rahmen des Mammographie-Screenings überprüft die KV in regelmäßigen Abständen die diagnostische Bildquali-

tät von erstellten Screening-Mammographieaufnahmen. Die kürzlich durchgeführte erste Überprüfung hat ergeben, dass

alle Hamburger programmverantwortlichen Ärzte die Anforderungen an die diagnostische Bildqualität erfüllt haben.

Qualitätsmanagement

■ Bei der Auswahl des Systems auf Zertifizierbarkeit achten

Der Qualitätsmanagement-Markt ist mittlerweile nahezu unüberschaubar geworden. Auch Softwarefirmen und Pharmaunternehmen bieten eigene Qualitätsmanagement-Modelle an. Viele dieser Systeme fußen auf altbekannten und bewährten QM-Systemen wie DIN EN ISO:9001 oder QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen). Diese Originale sind, anders als einige der Nachahmermodelle, von unabhängiger Seite zertifizierbar.

Eine Zertifizierung ist bisher vom Gesetzgeber noch nicht vorgeschrieben. Viele Praxen wollen sich aber freiwillig zertifizieren lassen. Es ist empfehlenswert, so bald wie möglich das System zu wechseln, wenn sich herausstellt, dass mit dem in der Praxis eingeführten Qua-

litätsmanagement-System keine unabhängige Zertifizierung möglich ist. Nur akkreditierte Zertifizierungsstellen kommen dafür in Frage, diese sind beim Deutschen Akkreditierungsrat zu erfragen (www.dar.bam.de). Die Unabhängigkeit der zertifizierenden Stelle sorgt dafür, dass es nicht zu Verzerrungen im Wettbewerb kommt.

Richtschnur für jedes Qualitätsmanagement-System muss die Erfüllung der Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sein. Angebote, die versprechen, ein individuelles Qualitätsmanagement-Handbuch könne innerhalb kürzester Zeit entstehen oder sei gleich mitzunehmen, sind äußerst fragwürdig. Ohne Beteiligung des gesamten Praxisteam an der Entstehung

und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ist es kaum möglich, einen Nutzen für die Praxis zu erzielen. Auch das Preis-Leistungsverhältnis des Angebots muss stimmen. Wenn Sie Fragen zu diesen oder anderen Aspekten des Themenbereichs Qualitätsmanagement haben: Rufen Sie uns an!

Ansprechpartnerin:

Ursula Dudziak Tel: 22802-633

Die KV hat ihr Seminarangebot zum Thema Qualitätsmanagement für das im Jahr 2010 ausgeweitet. Mehr Informationen dazu finden Sie auf der inneren Hefrückseite.

Hautkrebsscreening für BKK-Nord-Patienten

■ Dokumentation für Patienten unter 35 Jahren nicht erforderlich

Alle gesetzlich Versicherten ab 35 Jahren haben Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Der BKK-Landesverband Nord ermöglicht seinen Versicherten das Hautkrebsscreening schon von Geburt an. Bei Patienten, die jünger als 35 Jahre alt sind,

gibt es keine Verpflichtung zur Dokumentation. Die Qualitätsanforderungen an die Ärzte sind im BKK-Nord-Vertrag dieselben wie beim normalen Hautkrebsscreening.

Den seit Anfang Oktober 2009 gültigen Vertrag zwischen der BKK Vertragsarbeitsgemein-

schaft Nord und der KV Hamburg finden Sie im Hamburger Ärzteblatt Nr. 10/2009.

Ansprechpartnerinnen:

Monika Zieminski

Tel: 22802-781

Cornelia Wehner

Tel: 22802-602



philippe Devanne / Fotolia.de

Netzhautuntersuchung bei Diabetikern

■ Privatabrechnung ist nicht zulässig

Ohne medizinischen Grund ist die Untersuchung der Netzhaut (Augenhintergrund, Funduskopie) keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Vorliegen eines diabetischen Befundes ist ein solcher Grund. Auch die im Rahmen der strukturierten Behandlungspro-

gramme (DMP) einmal jährlich vorgesehene ophthalmologische Netzhautuntersuchung in Myriasis oder Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) ist eine Kassenleistung.

Allerdings muss auf der Überweisung kenntlich gemacht

sein, dass diese Untersuchung im Rahmen des DMP-Programms oder zur Abklärung eines Krankheitsverdachts bei Diabetikern stattfindet. Unter diesen Umständen kann die Untersuchung dem Patienten nicht privat in Rechnung gestellt werden.

Verordnung von Krankenförderung

■ Zahnärzte müssen selbst für Beförderung ihres Patienten sorgen

Krankenförderung im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen können Vertragsärzte nicht verordnen. Das stellt die KV in Reaktion auf zahlreiche Nachfragen zu dem Bericht "Verordnung von Krankenförderung" im KVH-Journal Nr. 2 / 2009 nochmals klar. Zahnärzte müssen die Krankenförderung

für einen Patienten, der von ihnen behandelt wird, aber nicht mobil ist, selbst organisieren - auch wenn der Grund für die Immobilität des Patienten nichts mit ihrem Fachbereich zu tun hat. Entscheidend ist, dass es um Krankenförderung im Zusammenhang mit zahnärztlicher Behandlung geht. Die Zahnärzte

müssen sich gegebenenfalls Informationen selbst beschaffen, die sie in die Lage versetzen, eine Krankenförderung zu veranlassen.

*Ansprechpartner: Eva-Elisabeth Zunke Tel: 22802-402
Dr. Joachim Weidner
Tel: 22802-442*

Unberechtigte Forderungen von Apotheken

■ Verordnungen müssen auf dem Rezept nicht nochmals gerechtfertigt werden

Offenbar verlangen Apotheken immer wieder handschriftliche Zusätze auf Kassenrezepten für OTC-Arzneimittel oder Nahrungsergänzungsmittel, mit denen die Verordnung zu Lasten der GKV begründet werden soll. Es wird beispielsweise verlangt, dass der Arzt die Diagnose oder die Bemerkung „ärztlich begründet“ oder „medizinisch indiziert“ hinzufügt. Solche Forderungen sind unberechtigt. Es gibt keine rechtli-

chen Grundlagen, Verträge oder Vereinbarungen, die solche Angaben erforderlich machen. Bemerkungen wie „medizinisch indiziert“ erübrigen sich durch die Verwendung des Rezeptformulars, auf dem ohnehin nur medizinisch indizierte Verordnungen getätigt werden dürfen.

Die Angabe der Diagnose könnte zudem den Tatbestand einer Datenschutzverletzung erfüllen. Lediglich auf Hilfsmittel-

rezepten muss die Diagnose angegeben werden. Das wurde in der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vereinbart und ist bundesweit bindend.

Ansprechpartner:

Eva-Elisabeth Zunke

Tel: 22802-402

Dr. Joachim Weidner

Tel: 22802-442

Regina Lilje

Tel: 22802-498

Pharmakotherapie- beratung der KVH

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxisspezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

Alle Hamburger Vertragsärzte sind in der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!

**Tel. 22802-572
oder 22802-571**

*Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung:
Dr. Klaus Voelker (l.) und Dr. Hartmut Horst*





Ramona Heim / Fotolia.de

Geplante Änderungen der Arzneimittelrichtlinien

■ Alkoholhaltige Arzneimittel zur oralen Anwendung: Alternativen prüfen!

Statt bei Arzneimitteln zur oralen Einnahme eine Alkoholgehalts-Obergrenze festzulegen, soll die Arzneimittelrichtlinie künftig nach Willen des Gemeinsamen Bundesausschusses die Bevorzugung alkoholfreier Alternativen schreiben. Insbesondere bei Kindern sowie bei Leberkranken, Alkoholkranken, Epileptikern, Hirngeschädigten oder Schwangeren soll der Arzt vor der Verordnung alkoholhaltiger Arzneimittel zur oralen Anwendung prüfen, ob eine alkoholfreie Alternative zur Verfügung steht. Ist dies der Fall, soll das alkoholfreie Arzneimittel verordnet werden.

■ Priligy® soll auf die Liste der Lifestyle-Arzneimittel gesetzt werden

Die Liste der Lifestyle-Arzneimittel (Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie) soll um den Wirkstoff „Dapoxetinhydrochlorid“ und dessen vorläufigen ATC-Code „G 04 BX“ sowie das Fertigarzneimittel Priligy® ergänzt werden. Das Arzneimittel sollte nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden.

Die beiden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind noch nicht in Kraft. Sie befinden sich noch im Stellungnahmeverfahren. Die KV empfiehlt dennoch, die Änderungen schon jetzt zu beachten.

Ansprechpartnerin bei Fragen zu Arzneimitteln: Regina Lilje Tel: 22802-498

Arzneiähnliche Medizinprodukte

■ Positivliste ist weiter ergänzt worden

Die Liste der arzneiähnlichen Medizinprodukte, die zu Lasten der GKV verordnet werden können, ist in den vergangenen Monaten nochmals deutlich erweitert worden. Sie finden diese Positivliste in der Anlage V der Arzneimittelrichtlinien. Sie können sich die jeweils aktuelle Liste unter folgender Internetadresse herunterladen:

www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung / Anlagen → Anlage V

Vorsicht bei Anwendungsbeobachtungen!

■ KBV fordert die Veröffentlichung aller Studienergebnisse

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert mehr Transparenz bei Anwendungsbeobachtungen. „Die Hersteller müssen dazu verpflichtet werden, die Ergebnisse von Anwendungsbeobachtungen in einer zentralen, allgemein zugänglichen Datenbank zu veröffentlichen“, forderte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, am 16. Oktober 2009 im *Deutschen Ärzte-*

blatt. Die bisherigen Selbstverpflichtungen der Unternehmen, die Forschungsergebnisse öffentlich zu machen, seien ganz offenbar nicht ausreichend.

Die KBV ist besorgt über die zunehmende Anzahl dieser Studien in den Arztpraxen. Anwendungsbeobachtungen stehen bereits seit längerem im Verdacht, nicht nur aus wissen-

schaftlichen Gründen, sondern auch zur Verkaufsförderung der betreffenden Medikamente auf den Weg gebracht zu werden. „Honorare für Anwendungsbeobachtungen dürfen in keiner Weise einen Anreiz für eine bevorzugte Verordnung von Arzneimitteln darstellen“, so Müller. Anhaltspunkte dafür, dass es den Firmen eher um den Absatz ihrer Produkte als um Erkenntnisgewinn gehe, seien besonders hohe Teilnehmerzahlen, ungewöhnlich hohe Vergütungen, Studien zu längst eingeführten und gut erprobten Produkten oder mehrere, einander sehr ähnliche Anwendungsbeobachtungen zum selben Produkt.

Jede zweite Anwendungsbeobachtung sei wohl überflüssig, sagte Müller am 1. Oktober 2009 der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* – und warnte gleichzeitig vor einer pauschalen Verteufelung der Studien. Bei neu eingeführten Medikamenten gebe es oft nur wenige Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen. „Wenn Anwendungsbeobachtungen wissenschaftlich gut geplant, umgesetzt und ausgewertet werden“, so Müller, „haben sie durchaus das Potential, zum Erkenntnisgewinn über Anwendungspraxis und Arzneimittelsicherheit beizutragen und damit die Ergebnisse von klinischen Studien zu ergänzen.“



Foto: KBV

Dr. Carl-Heinz Müller: „Honorare für Anwendungsbeobachtungen dürfen in keiner Weise einen Anreiz für eine bevorzugte Verordnung von Arzneimitteln darstellen.“

Das britische System

In der gesundheitspolitischen Debatte taucht immer wieder das britische Gesundheitssystem als Vorbild für mögliche Reformen auf. Tatsächlich klingen die Strukturdaten eindrucksvoll: Die Briten geben 8,4 Prozent ihres Bruttosozialprodukts für Gesundheit aus, in Deutschland liegt dieser Wert bei 10,4 Prozent. Die durchschnittliche Anzahl der Patientenkontakte pro Woche ist in Großbritannien um 35 Prozent niedriger als in Deutschland. Entsprechend mehr Zeit haben die Ärzte für die Behandlung der Patienten, die in ihre Praxis kommen. Eine zentrale Stellung im britischen Gesundheitssystem nehmen die Gatekeeper (Torwächter) ein – Hausärzte also, die als erste Anlaufstelle für die Patienten fungieren. Die Patienten schreiben sich bei einer Gatekeeper-Praxis im Postleitzahlenbereich ihres Wohnorts ein. Wer zum Facharzt will, muss sich vom Gatekeeper ins Krankenhaus überweisen lassen. Dort ist die gesamte Facharztmedizin angesiedelt. Kritisiert wird das britische System vor allem wegen der langen Wartezeiten für Patienten.

Pearlfisher / Fotolia.de

„Die Patienten werden abgewimmelt“

- Wie funktioniert das britische Gatekeeper-Modell im Alltag? Der deutsche Arzt Helmut Ilg arbeitet seit 2005 in London. Er sagt: Die staatliche Reglementierung tötet das ärztliche Engagement.

Herr Ilg, was tun Sie in England?

Ilg: Ich arbeite als Vertretungsarzt in einer Londoner Praxis. Außerdem werde ich von einer Agentur in andere Praxen vermittelt, so dass ich viel im Stadtgebiet herumkomme.

Sie haben bis zum Jahr 2005 in Süddeutschland als Hausarzt gearbeitet. Was ist der augenfälligste Unterschied zwischen dem deutschen und dem englischen System?

Ilg: Die ärztlichen Freiheiten, die man in Deutschland noch hat, sind hier in England stark eingeschränkt. Es gibt für jede Indikation detailliert ausgear-

beitet Guidelines. Diese werden nicht als Empfehlungen oder Orientierungshilfen, sondern als Vorgaben verstanden, von denen abzuweichen als Fehler angesehen wird. Die Ärzte werden durch die vielen Regeln und Schematisierungen zur Passivität erzogen. Man überlegt nicht mehr, was für den Patienten gut und richtig ist, sondern gewöhnt sich eine minimalistische Vorgehensweise nach Schema F an. Auf diese Weise kann man nichts falsch machen.

Ist die Angst, etwas falsch zu machen, unter den englischen Ärzten ausgeprägter?

Ilg: Ja. Es gibt viele Beschwerden über Ärzte. Und es gibt

Schadenersatzklagen, bei denen es ganz offensichtlich nur darum geht, Geld herauszuschlagen.

Haben Sie den Eindruck, dass es in England weniger unnötige Arzt-Patienten-Kontakte gibt als in Deutschland?

Ilg: Man kann hier in England nicht einfach in eine Praxis gehen und sagen: „Ich habe da ein Wehwehchen. Wann komme ich dran?“ Die meisten Praxen haben eine feste Anzahl an Terminen pro Tag. Da kann es durchaus sein, dass man einige Tage warten muss – auch wenn es sich um etwas Akutes handelt. Doch obwohl die Zugangshürden höher sind als

in Deutschland, kommen nach meiner Wahrnehmung mehr Patienten wegen irgendwelcher Kleinigkeiten in die Praxen.

Woran liegt das?

Ilg: Bei den jüngeren Generationen in England ist das Wissen über die Hausmedizin verloren gegangen. Nur wenige Patienten wissen Bescheid über ihren Körper. Viele Mütter sind völlig hilflos; sie wissen nicht, wann ihre Kinder krank oder gesund sind, wann man mit ihnen zum Arzt gehen sollte und wann schon ein wenig Ruhe hilft. Das ist übrigens in den pakistanischen und indischen Migrantenfamilien nicht anders. Einzig die osteuropäischen Einwanderer haben sich ihr Wissen über Hausmedizin erhalten.

Studien zufolge haben die englischen Hausärzte mehr Zeit, auf ihre Patienten einzugehen ...

Ilg: Das kommt mir nicht so vor. Es gibt in den Praxen einen festen Zehn-Minuten-Takt. Das reicht oft nicht aus, um eine gute Medizin zu machen. Gefragt, geredet und zugehört wird in dieser Zeit nur wenig. Im Mittelpunkt steht der Computer, in dem alles über den Patienten erfasst ist. Dass der Hausarzt wirklich versucht herauszufinden, was dem Patienten fehlt und wie er ihm helfen kann, ist meiner Erfahrung nach eher die Ausnahme. Das erstaunt mich immer wieder: Die englischen Gatekeeper untersuchen oder behandeln die Patienten nach



Kritisiert die „minimalistische Vorgehensweise“ der britischen Gatekeeper: Helmut Ilg in London

meinem Eindruck deutlich weniger als die deutschen Hausärzte. Mal Blutdruckmessen, okay. Aber dass bei Rückenschmerzen der Rücken untersucht wird, dass ein Knie untersucht oder die Lunge abgehört wird - das kommt sehr selten vor. Es gibt in den Hausarztpraxen kein Ultraschall, kein EKG-Gerät. Niemand macht kleine Chirurgie.

Wo findet die eigentliche medizinische Versorgung statt?

Ilg: Bei den Fachärzten an den Krankenhäusern. Dort wird medizinisch wesentlich mehr geleistet. Doch um auf diese Behandlungsebene zu kommen, ist Wartezeit erforderlich - vier bis acht Wochen sind nicht unüblich. Nur bei Krebsverdacht muss ein Patient innerhalb von zwei Wochen gesehen werden.

Was halten Sie denn vom Konzept des Hausarztes als Gatekeeper?

Ilg: Der Gatekeeper übernimmt die Vorsortierung: Einen Teil der Patienten schickt er wieder nach Hause, einen anderen Teil der Patienten reicht er weiter

an die Fachärzte im Krankenhaus. Im Grunde genommen ist er ein Abwimmler. So empfinde ich das. Der Gatekeeper wimmelt die Patienten ab, gibt ihnen das Gefühl, ihm die Zeit zu stehlen, und wenn sie dennoch wiederkommen, ist hoffentlich ein Kollege dran, der sich dann mit ihnen herumschlägt. Das ist ein massiver Unterschied zum Prinzip Hausarzt, wie es bei uns in Deutschland vor allem auf dem Land noch immer funktioniert. Da kennen die Patienten ihren Hausarzt. Wenn er gut ist, fühlen sie sich aufgehoben und verstanden. Ein solches Vertrauensverhältnis kann im Gatekeeper-Modell nicht entstehen.

Aber auch die englischen Patienten haben doch ihren festen Hausarzt.

Ilg: Nein. Die Patienten haben eine feste Praxis. Doch da arbeiten bis zu acht Ärzte. Wenn Patienten lange genug mit ihrem Termin warten, kann es schon sein, dass sie wieder den gleichen Arzt bekommen. Aber normalerweise entsteht

Fortsetzung auf S. 22 

kein persönliches Verhältnis zum behandelnden Arzt – zumindest nicht in jenen Praxen im Großraum London, die ich kennen gelernt habe. Am anonymsten geht es in den Medical Centers zu, die mit unseren Medizinischen Versorgungszentren vergleichbar sind, aber hauptsächlich mit Vertretungsärzten arbeiten, die pro Sprechstunde engagiert werden.

Wie werden die Gatekeeper bezahlt?

Ilg: Die Bezahlung ist besser als in Deutschland. In England bekommt die Praxis Geld für jeden Patienten, der eingeschrieben ist. Das ist vom Grundgedanken her auch sehr gut. Aber es besteht

natürlich die Gefahr, dass die Kollegen nur das Nötigste tun.

Aber es gibt doch in England ein Pay-for-Performance-System, das einen finanziellen Anreiz für Qualität geben soll.

Ilg: Ja. Aber was ist Qualität? Das lässt sich schlecht nachprüfen. Hier in England versucht man, das an technischen Daten festzumachen. Wenn der Blutdruck eingestellt oder der Zuckerwert um einen halben Prozentpunkt gesenkt wird, gilt das als Erfolg – egal, ob es dem Patienten gut geht oder nicht. Aber solche technischen Daten sind auf dem Papier leicht nachzuvollziehen.

Wie erklären Sie sich, dass die Engländer trotz der von Ihnen geschilderten Schwächen des Gesund-

heitssystems im Schnitt ebenso lange leben wie die Deutschen?

Ilg: Die Lebenserwartung ist sogar etwas höher als in Deutschland. Das hat wohl vor allem mit der Generation der über 70jährigen zu tun, die wirklich tough ist. Das sind sehr disziplinierte Leute, die eine gute Selbstkontrolle haben und sich – ganz im Gegensatz zu den Jugendlichen – besser ernähren. An der Medizin liegt es nicht, dass die Engländer länger leben.

Wann kommen Sie wieder zurück nach Deutschland?

Ilg: Mal sehen. Derzeit befinde ich mich noch immer in der Phase, wo ich sage: Hier ist es interessant. Es gibt immer wieder etwas Neues zu lernen.

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

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

Neue Telefonnummer:

040/20 22 99 222

Mo. und Di. 9 - 13 und 14 - 16 Uhr
Mi. 9 - 12 und 14 - 16 Uhr
Do. 9 - 13 und 14 - 18 Uhr
Fr. 9 - 12 Uhr



Herzpatienten in die Turnhalle!

■ Vor 40 Jahren entwickelten Ärzte die Strukturen einer effektiven Herzinfarkt-Nachsorge. „Herz InForm“ ist noch immer einzigartig.

Die Debatte um eine strukturierte Betreuung von chronisch Kranken ist keineswegs neu. In den 1970er Jahren beispielsweise setzten sich renommierte Herzspezialisten zusammen und überlegten, wie bei Herzinfarktpatienten die Nachsorge zu gewährleisten sei.

Aus dem Engagement der Ärzte entstand der gemeinnützige Hamburger Verein „Herz InForm – Arbeitsgemeinschaft Herz-Kreislauf Hamburg“. Der Kerngedanke war, die in der Reha-Klinik angefangenen Programme zur Lebensstiländerung und insbesondere das gezielte körperliche Training in Ergänzung zur ärztlichen Behandlung am Wohnort fortzusetzen. Da einer der beteiligten Ärzte Vorsitzender eines großen Hamburger Sportvereins war, lag es nahe, das Projekt an die Vereine zu koppeln.

Seitdem vermittelt Herz InForm Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen in wohnortnahe Sportkurse, die von speziell geschulten Bewegungstherapeuten geleitet werden. Vom ersten Tag an war festgelegt, dass während der Sportstunden auch ein Arzt zugegen sein und entsprechendes Notfallgerät vorgehalten werden muss. Vor Beginn des Trainings erkundigt sich der Arzt, ob es in letzter

Zeit bei einem der Teilnehmer gesundheitliche Probleme gab. Ist dies der Fall, entscheidet er, ob der Patient teilnehmen kann - und rät ihm eventuell, bald den Hausarzt aufzusuchen. Die ärztliche Supervision gibt den Patienten die Möglichkeit, das Training ihrer individuellen Situation anzupassen.

Herz InForm hilft dabei, regelmäßige Nachuntersuchungen beim Hausarzt sicherzustellen. Der Verein schreibt die fast

4.000 Teilnehmer jährlich an und fordert sie auf, ihren Arzt zu besuchen. Das gehört zu den Spielregeln: Nur wer einen aktuellen Untersuchungsbefund seines Arztes vorweisen kann, darf in den Herzgruppen mitturnen.

Dennoch werden die Arztpraxen unterm Strich durch die Herzgruppen entlastet. Weil die Teilnehmer durch soziale Netze in den Sportgruppen aufgefangen werden, reduziert sich deren Bedürfnis nach psychosozialer Betreuung durch den Hausarzt.

Über 40 Prozent der geeigneten Patienten nehmen das Angebot wahr, die Sportgruppen zu besuchen. 50 Prozent der Teilnehmer bleiben länger als drei

Jahre dabei – auch dann noch also, wenn die Finanzierung über die Krankenkassen bereits ausgelaufen ist. Zumindest bei diesen Patienten wird man davon ausgehen können, dass eine nachhaltige Verhaltensänderung hin zu einer gesünderen Lebensführung gelungen ist. Herz InForm baut gerade eine ähnliche Struktur für Diabetes-Patienten auf. Es gibt viele weitere Erkrankungen, bei denen eine bewegungstherapeutische Nachsorge sehr großes Poten-

>> Die Patienten vernetzen sich – die Arztpraxen werden entlastet. <<

tial hat, zum Beispiel Krebs, Schlaganfall, psychische Erkrankungen. Doch die spezielle, von Hamburger Ärzten vor 40 Jahren ersonnene Verbindung von Bewegungstherapie und strukturierter medizinischer Supervision ist bislang einzigartig.

Mit dem vom Arzt ausgefüllten Verordnungsbogen 56 „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport“ kann jeder chronisch herzkranken Patient sein Recht auf Rehabilitationssport wahrnehmen.

*Hans-Hauke Engelhardt,
Geschäftsführer von
„Herz InForm“*

Erste Bilanz der Notfalldienst-Reform

- Als im Sommer vergangenen Jahres der fahrende Notfalldienst neu organisiert wurde, gab es hitzige Diskussionen. Wie ist die Akzeptanz der Reform heute?

Eine deutliche Mehrheit der Ärzte ist mit der Funktionsweise des fahrenden Notfalldienstes zufrieden. Das zeigt eine Umfrage der KV Hamburg. „Wir haben 474 Fragebögen an die Notfallärzte versandt“, berichtet Christian Wieken, der die Notfalldienst-Abteilung der KV leitet. „Davon kamen 168 ausgefüllt zurück. Das entspricht einer sehr guten Rückläuferquote von 35 Prozent.“

Gesamtzufriedenheit

Drei Viertel der Teilnehmer gaben an, mit der neuen Organisationsstruktur des fahrenden Notfalldienstes und der Unterstützung durch den Rettungsassistenten zufrieden zu sein. Fast 56 Prozent sahen eine deutliche Verbesserung zum vorherigen System des Taxinotdienstes.

Ich bin zufrieden und sehe eine deutliche Verbesserung zum vorherigen System	55,6 Prozent
Ich bin zufrieden, sehe aber keine Verbesserung zum vorherigen System	19,4 Prozent
Ich bin teilweise zufrieden	15,6 Prozent
Ich bin nicht zufrieden	9,4 Prozent

Zusammenarbeit mit den Rettungsassistenten

Die Ärzte stellen den Rettungsassistenten gute Zensuren aus: Auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 erhielten die Rettungsassistenten eine Durchschnittsnote von 2,3 für die organisatorische Unterstützung und eine Durchschnittsnote von 2,0 für die medizinische Unterstützung bei der Versorgung der Patienten. Fast 92 Prozent der Ärzte gaben an, die Rettungsassistenten grundsätzlich oder bei Bedarf mit zu ihren Patienten zu nehmen.

Der Rettungsassistent begleitet mich grundsätzlich zum Patienten	30,1 Prozent
Er begleitet mich im Bedarfsfall zum Patienten	61,8 Prozent
Er begleitet mich nie zum Patienten, da ich nicht begleitet werden möchte	8,1 Prozent

Verbesserungsbedarf

Die Leistungsfähigkeit des Navigationssystems lässt zu wünschen übrig und erhält von den Ärzten lediglich eine Durchschnittsnote von 3,9. Auf der Liste der Verbesserungsvorschläge steht dieser Punkt ganz oben. Die Ortskenntnis und das Fahrverhalten der Rettungsassistenten geben ebenfalls bisweilen Anlass zur Kritik, rangieren aber mit einer Durchschnittszensur von 3,3 immerhin noch im Bereich der Schulnote „befriedigend“. Am drittichtigsten ist nach Ansicht der Ärzte eine Verbesserung der Verlässlichkeit des Patientendatensystems im Einsatzfahrzeug. Für diesen Punkt gibt es die Note 3,0.

Trotz aller Mängel, die es noch zu beheben gilt: Die Reform des fahrenden Notfalldienstes ist auf Ganze gesehen gelungen. Nur fünf Ärzte gaben an, sie wünschten sich das alte System des Taxinotdienstes zurück.



Auf Eis gelegt? Diskussionsveranstaltung zur E-Card

Kommt die E-Card oder kommt sie nicht? Die Initiative „Stoppt die E-Card“ lädt am Samstag, den 12. Dezember 2009 ab 11 Uhr zu einer Vortrags- und Diskussionsveranstaltung mit dem Titel „Die elektronische Gesundheitskarte oder das Ende der Privatsphäre“ ins Hamburger Ärztehaus ein. „Wir wollen

diskutieren, welche Bedeutung dieses Großprojekt für das Arztgeheimnis und die Bürgerrechte haben würde“, sagt Dr. Silke Lüder, Sprecherin der Initiative. Neben Prof. Dr. Hartmut Pohl (Präsidiumsarbeitskreis Datensicherheit Gesellschaft für Informatik) und Prof. Har-

Mut Schweim (Drug Regulatory Affairs der Universität Bonn) wird auch Dr. Oliver Decker (Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie der Universität Leipzig) sprechen. Sein Thema: Veränderungen der Machtstrukturen in der Gesellschaft und im Gesundheitsmarkt, die durch die E-Card in Gang gesetzt würden.

Informationstreffen der Selbstverwaltung

Um den Informationsaustausch zu verstärken, hat die Selbstverwaltung der KV Hamburg im August und September 2009 fünf Informationstreffen mit verschiedenen Ärztegruppen veranstaltet.

Eingeladen waren jeweils Hausärzte, Belegärzte, Ärzte mit Mi-

grationshintergrund, Ärztinnen und angestellte Ärzte.

Die Vorsitzenden der Vertreterversammlung und der Vorstand der KV gaben aktuelle berufspolitische Informationen weiter und nahmen Anregungen und Fragen auf, um sich besser an der besonderen Interessenlage

der Kolleginnen und Kollegen orientieren zu können.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Michael Späth, verband die berufspolitische Debatte mit dem Appell an die anwesenden Ärzte, sich in der Selbstverwaltung zu engagieren.

Patientenberatung mit neuer Telefonnummer

Die Patientenberatung von KV und Ärztekammer ist ab Mitte November unter einer neuen Telefonnummer erreichbar. Die neue Nummer lautet: 040 / 20 22 99 222

Aktualisierte Flyer für Ihre Patienten bekommen Sie bei der Scheinabgabe zusammen mit Ihren Unterlagen.

Steckbrief – Für Sie im beratenden Fachausschuss (BFA)

Dr. Andreas Bollkämper
(BFA Fachärzte)



Geb. Datum: 16.02.1957

Familienstand: verheiratet,
2 Kinder

Fachrichtung: Radiologie

Weitere Ämter: Vorsitzender des Berufsverbandes der Radiologen (BDR) in Hamburg sowie des BDR-Länderausschusses (Bundesvorstand); Mitglied Kernspinkommission der Nord-KVen, Ermächtigungsausschuss KV Hamburg

Hobbys: Segeln, Segelverein (HSC Vorstand), Politik (Medizin/Sport)

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Entschieden verhindern, dass Teile der Politik uns Ärzte aufspalten (Hausärzte/Fachärzte oder KRHS /Niedergelassene), um uns dann ALLE kleinteilig einer Staatsmedizin zu unterwerfen. Verhindern, dass Konzerne auch die niedergelassene Medizin als freien Beruf beenden. Ärztliche Standespolitik muss noch deutlicher machen, dass wir auf Seiten der Patienten stehen. Das heißt nötigenfalls auch nach innen auf Einhaltung der Regeln zu drängen.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Auch in 10 Jahren wird die KV den Kollektivvertrag gestalten - hoffentlich mit Einzelleistungen und vernünftigen Richtgrößen.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Keine Berührungsgängste. Ideologiefrei und ehrlich sollte er sein. Und da wird die Auswahl etwas eng.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Zeit finden, mit Familie und Freunden zu segeln. Weit weg, in warmem Gewässer. Morgens einen Fisch fangen und ihn abends grillen. Dazwischen guter Wind und ein spannender Krimi.

Hanna Guskowski
(BFA Psychotherapie)



Geb. Datum: 31.03.1954

Familienstand: glücklich liiert

Fachrichtung: Psychologische
Psychotherapeutin

Weitere Ämter: Stellv. Vorsitzende der HHer Landesgr. der Dt. Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV), Delegierte der DPtV-Delegiertenversammlung; stv. Mitglied der VV sowie des Zulassungsausschusses.

Hobbys: Garten, Literatur, Oper und überhaupt Musik und Kunst, Reisen und Bergwandern.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? 1. Interesse und Verständnis für Arbeitsbedingungen und Honorarsystematik von PsychotherapeutInnen innerhalb der KV und der KBV fördern- da gibt es nach wie vor Nachholbedarf. 2. Dass die Krankenkassen verstehen, dass die kürzeste Psychotherapie nicht notwendigerweise die effektivste und preisgünstigste ist.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Die Vertragslandschaft wird viel zersplitterter sein als heute - zu Lasten der Qualität der Versorgung. Ich hoffe, es gelingt, den Kollektivvertrag als Basis der Gesundheitsversorgung im GKV-System zu sichern.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Unseren neuen Gesundheitsminister: „Welche Signalwirkung und was für Folgen für unsere Gesellschaft hat Ihres Erachtens die von Ihnen geplante Verabschiedung vom Solidaritätsprinzip?“

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Gletscher- und Kletterkurse machen - und viel Zeit dafür haben, zu reisen und andere Länder kennen zu lernen.

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 19.11.2009 (ab 20 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

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

16 Punkte

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

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

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen (5-teilig)

Seminarblock

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

30 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)

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

8 Punkte je Teil

QEP®-Themenseminare

QEP®-„Refresher“

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

10 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

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

10 Punkte

QEP®-QMB-Seminar (3-teilig)

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

10 Punkte

„Datenschutz in der Praxis“

Mi. 27.10.2010 (9:30 – 17 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

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

