

KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 12/2012

Honorarstreit in Hamburg

Massenprotest der Ärzte und Psychotherapeuten im CCH

Gesamtvergütung

Alles nur ein
Verteilungsproblem?

Online-Forum

KBV sammelt Vorschläge
zum Bürokratieabbau

Kampagne

1,6 Millionen Unterschriften
gegen die Praxisgebühr



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Eigentlich hätten wir Ihnen gerne ein Heft mit einem anderen Inhalt vorgelegt. Eigentlich hätten wir gerne berichtet, dass wir mit Krankenkassen, die sich um die Versorgungssituation ihrer Versicherten kümmern, in konstruktiven Gesprächen über die Fortentwicklung der Honorare sind. Eigentlich hätten wir Ihnen wahrscheinlich auch sagen müssen, dass unsere Bäume nicht in den Himmel wachsen, aber dass es ein verhandlungsfähiges Angebot gibt. Eigentlich ist genau dies die Aufgabe der Krankenkassen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Aber dieser Aufgabe entziehen sich die Kassen gerade. Kühle Rechner bauen eine Mauer aus Plattitüden und Halbwahrheiten auf, an denen unsere Forderungen abprallen. Gedanken an eine gute Versorgung stören da nur. Das steht aber im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir werden also weiter kämpfen müssen. Gegen Ignoranz und Verantwortungslosigkeit. Für den Erhalt einer guten ambulanten Versorgung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



*Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, E-Mail: redaktion@kvhh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

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

Titelbild: Melanie Vollmert

Ausgabe 12/2012 (1. Dezember 2012)

Redaktionsschluss: 15. November 2012

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: Warum es beim Honorarstreit nicht nur um die Ärzte geht	4
Honorarverhandlungen: Die Krankenkassen verweigern sich	5
Vom Unterschied zwischen Praxisumsatz und Arzteinkommen	6
Ende der Geduld: Vollversammlung der KV-Mitglieder	8
Gesamtvergütung: Alles nur ein Verteilungsproblem?	10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	12
Bedarfsplanung: Zulassungsausschuss entscheidet, ob Vertragsarztsitz nachbesetzt wird / Notfalldienst: Vertragsverlängerung für G.A.R.D.	13
Praxisinformation zur Anwendung und Abrechnung gynäkologischer Zytologie / Regressgefahr beim Sprechstundenbedarf	14

Arznei- und Heilmittel

Fragen zur Heilmittelrichtlinie / Leitfaden zur oralen Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern	15
Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie	16
Tilidin-Tropfen fallen unter Betäubungsmittelgesetz	17
Neuerungen beim Off-Label-Use	18

Abrechnung

Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2012	19
-----------------------------------------------	----

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet	19
------------------------------	----

Qualität

Aufbau eines Netzwerks von Qualitätsmanagementbeauftragten / Neu zertifizierte oder rezertifizierte Praxen	20
Laborleistungen: Termine für Ringversuchsprogramme stehen fest	21

Forum

AOK Rheinland-Hamburg bietet Hotline für Ärzte an	21
Online-Forum: KBV sammelt Vorschläge zum Bürokratieabbau	22
Checkliste zur Datenschutzoptimierung	23
1,6 Millionen Unterschriften gegen die Praxisgebühr	24

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik	25
-------------------------------------------------	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Selbstverwaltung	26
Terminkalender	27

Nachgefragt

■ Warum es beim Honorarstreit nicht nur um die Ärzte geht



Wir haben die Protestaktion am 10. Oktober 2012 mitgemacht und unterstützt, obwohl wir wussten, dass es Diskussionen und Auseinandersetzungen mit Patienten geben würde. Wir wollten zeigen, dass es bei den Honorarverhandlungen nicht nur um den Arzt, sondern um die gesamte Praxis geht. An diesem Tag arbeiteten wir mit reduziertem Personal, um erlebbar zu machen, welche Konsequenzen ein Wegfall von Arbeitsplätzen hätte. Die Patienten fragten nach und sahen die Bedrohung für die Versorgung. Wir wünschen uns, dass alle medizinischen Leistungen angemessen bezahlt werden. Davon profitieren auch die medizinischen Fachangestellten.

*Anja Lübbe und Ursula Bioletti,
medizinische Fachangestellte
in Eidelstedt*



Was passiert, wenn in den Praxen der Kostendruck steigt? Möglicherweise müssten Stellen gestrichen werden. Die verbliebenen Mitarbeiterinnen wären nicht mehr so leicht abkömmlich, um sich fortzubilden. Es wäre schwieriger, ein gutes Qualitätsmanagement zu gewährleisten. Auch die Atmosphäre würde sich in vielen Praxen ändern, denn die Mitarbeiterinnen hätten weniger Zeit, auf die Patienten einzugehen und mit ihnen zu sprechen. Das alles wären keine wünschenswerten Entwicklungen. Deshalb hoffen wir, dass es bei den Verhandlungen zwischen Ärzten und Kassen zu einer vernünftigen Einigung kommt.

*Kudret Uzundag,
medizinische Fachangestellte
in Harburg*



Viele Medizinische Fachangestellte sprechen von „meiner Praxis“ oder „unserer Praxis“ – weil sie sich mit dem Betrieb identifizieren. Sie arbeiten mit großem sozialen Engagement, obwohl sie Gehälter bekommen, die bisweilen gerade mal für die Grundsicherung reichen. Schon jetzt werden in einigen Praxen freigewordene Stellen aus Kostengründen nicht mehr nachbesetzt. Das wird Auswirkungen auf die Qualität der ambulanten Versorgung haben – nicht nur, was reibungslose Praxisabläufe und Service angeht. Auch die psychosoziale Arbeit am Patienten fällt zu einem beträchtlichen Teil dem medizinischen Fachpersonal zu. Dass hier nicht gespart werden darf, scheint den Krankenkassen nicht immer klar zu sein.

*Claas Thorge Kroeg,
medizinischer Fachangestellter
(Verband medizinischer
Fachberufe e.V.)*

Die fabelhafte Budgetwelt der Krankenkassen

- Die regionale Selbstverwaltung hat wieder mehr Gestaltungsfreiheit, um Honorarprobleme zu lösen. Doch die Hamburger Kassen verweigern sich.

Regionalisierung? Verhandlungen? Verantwortung für die Region? Für die Krankenkassen in Hamburg sind das offenbar weitgehend Fremdwörter. „Die Vorgaben aus Berlin sind verbindlich!“ Dieses Mantra bekommen die Vertreter der KV Hamburg in den Gesprächen über den Honorarvertrag 2013 gebetsmühlenartig zu hören. Allein: Es sind keine Vorgaben mehr, sondern Empfehlungen, über die man nicht nur verhandeln kann, sondern muss. In der fabelhaften Budgetwelt der Krankenkassen kommt all das aber nicht vor. So lässt sich noch überhaupt nicht absehen, ob es doch noch eine Einigung geben kann oder das Schiedsamt eingreifen muss – in jedem Fall wird es wohl noch eine geraume Weile dauern, bis die Honorarbedingungen für 2013 klar sind.

„Das wird schwierig!“ Die Verhandlungsführerin der Krankenkassen in Hamburg, Kathrin Herbst, Leiterin der Hamburger Vertretung des Verbandes der Ersatzkassen, ahnte schon im Sommer, dass der Honorarvertrag für die Ärzte und Psychotherapeuten der Hansestadt für 2013 eine harte Nuß werden würde. Doch nun will sie es sich offenbar ganz einfach machen: Es gelte ein fixes Budget, so dass allenfalls über die Steigerung des Budgets gesprochen werden könne, teilte sie der KV

mit, wobei aber die Vorgaben der Bundesebene zwingend zu beachten seien und auch die Obergrenze bildeten. Auf echte Verhandlungen ließ sich Frau Herbst erst gar nicht ein.

Eine solche Haltung ist nicht nur meilenweit von den Forderungen der KV Hamburg entfernt, sie ist vor allem mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht in Einklang zu bringen. Denn für 2013 greift die umfassende Regionalisierung, die das „Versorgungsstrukturgesetz“ gebracht hat. Die KV Hamburg hatte hierfür jahrelang auf der Bundesebene gekämpft. Es gibt eben keine „Vorgaben“ mehr, sondern nur „Empfehlungen“, denen man – wie das Wort schon sagt – folgen kann oder eben nicht. Und die KV Hamburg hat gute Gründe, diese Empfehlungen als für die Versorgung in Hamburg nicht ausreichend einzuschätzen. Denn Hamburg hat „vier verlorene Jahre“ hinter sich.

„Four more years“, hatte der frisch wiedergewählte US-amerikanische Präsident Barack Obama getwittert, als die entscheidenden Stimmen der Wahlmänner aus Ohio an ihn gefallen waren. „Wollen Sie auch vier weitere Jahre?“, fragte, hierauf Bezug nehmend, der Vorsitzende der Kinder- und Jugendärzte in Hamburg, Dr. Stefan Renz, die 1.700 Teilneh-

mer der KV-Vollversammlung im CCH – und die begriffen sofort, um was es geht: Einhellige Ablehnung quittierte diese (rhetorische) Frage.

Denn die vor vier Jahren begonnene Zentralisierung aller Honorarkompetenzen auf der Bundesebene hat Hamburg so massiv benachteiligt wie keine andere KV in Deutschland. Die in den Jahrzehnten zuvor mit viel Arbeits- und Finanzeinsatz aufgebaute, sehr spezielle Versorgungsstruktur in der Hansestadt fiel regelmäßig hinten herunter, wenn der Bewertungsausschuss mit der Schere des Bundesdurchschnitts an die Versorgungsstrukturen heranging. Es gibt nirgendwo in Deutschland eine ambulante Versorgungsstruktur, die auch nur annähernd den Differenzierungs- und Spezialisierungsgrad erreicht hat wie in Hamburg. Die Konsequenzen:

- Nirgendwo ist der Anteil der Fachärzte in der KV so hoch wie in Hamburg (rund 65 Prozent aller Niedergelassenen).
- Nirgendwo sind so viele Leistungen, die im Regelfall der stationären Versorgung zuzurechnen sind, in die ambulante Versorgung übernommen worden. Eines von vielen Beispielen: Die strahlentherapeutische Versorgung wird

Fortsetzung auf S. 6 

mittlerweile komplett ambulant durchgeführt.

- Die starke Inanspruchnahme der fachärztlichen Praxen – zu rund einem Drittel durch Patienten aus den umliegenden Bundesländern – hat dazu geführt, dass die Ärzte sich immer weiter spezialisieren mussten und konnten.
- Die Praxen Hamburger Ärzte sind modern strukturiert und aufgestellt, bieten hervorragenden Service für ihre Patienten.

Das alles führt natürlich dazu, dass die Ausgaben für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Hamburg über dem Bundesdurchschnitt liegen. Es ist eine einfache Rechnung: Höherer Aufwand verursacht höhere Kosten.

Über viele Jahre ist dies auch von den Krankenkassen anerkannt worden. Bis 2008 (dem letzten Jahr, in dem die KV Hamburg ihre Honorarverhandlungen noch leidlich autonom durchführen konnte) spiegelte sich dies beispielsweise in höheren Punktwerten für extrabudgetäre Leistungen wider, mit denen die höheren Praxiskosten in Hamburg aufgefangen werden konnten.

Dann kam die Heckenschere. Rücksichtslos versuchte der Bewertungsausschuss auf der Bundesebene, die Hamburger Kosten auf Bundesdurchschnitt zu drücken. Die Hamburger Krankenkassen duckten sich

im Windschatten dieser Politik und strichen die Gewinne ein:

- In 2009 wurde der auf der Bundesebene erhandelte Honorarzuwachs „asymmetrisch“ auf die KVen verteilt. Es fand eine gigantische Honorarverschiebung statt vom Süden in den Norden und von dort in den Osten. Die KV Hamburg wollte sich gegen diese Umverteilung stemmen und sie durch regionale Nachverhandlungen abmildern,

was aber nachträglich durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses verhindert wurde – die „Überzahlung“ der Jahre 2009 und 2010 war die Folge.

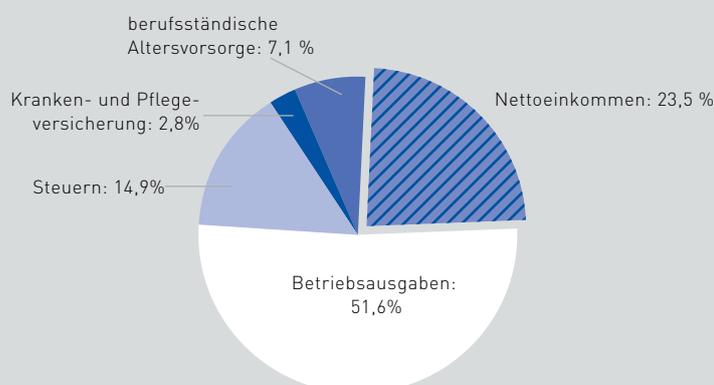
- In 2011 gab es eine erneute „asymmetrische“ Verteilung des auf der Bundesebene verhandelten Honorarzuwachses. Dieses Mal wurde die KV Hamburg komplett außen vor gehalten.

Was bleibt für den Arzt übrig?

In der Diskussion über die Honorarverhandlungen werden immer wieder betriebswirtschaftliche Grundbegriffe verwechselt.

Bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen geht es um den Umsatz, nicht um das Einkommen. Um das Nettoeinkommen des Praxisinhabers zu errechnen, muss man vom Praxisumsatz die Betriebsausgaben, die Steuerzahlungen, die Aufwendungen zur Kranken- und Pflegeversicherung und die Beiträge zur berufsständischen Altersvorsorge abziehen. Im 1. Halbjahr 2011 betrug das monatlich verfügbare Nettoeinkommen über alle Abrechnungsgruppen hinweg durchschnittlich 5.442 Euro – was etwa 23,5 Prozent des Honorarumsatzes entspricht.

Vom Praxisumsatz zum Arzteinkommen



Durchschnitt aller Arztgruppen im 1. Halbjahr 2011
(Quelle: "Honorarbericht für das erste Halbjahr 2011" der KBV, Berlin 2012.)

- In 2011 und 2012 wurde der Honorarzuwachs durch ein Bundesgesetz auf 1,25 Prozent begrenzt.

Die Folge: Die Ärzte in Hamburg sind in den vergangenen Jahren Stück für Stück die Honorarleiter heruntergefallen. Wurde früher in der Hansestadt die höchste budgetierte Gesamtvergütung je Versichertem gezahlt, rutschte die Stadt mittlerweile auf Platz sechs der bundesweiten Liste (hinter Berlin, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Bayern). Während das budgetierte Honorar im 3.Quartal 2011 bundesweit um 5,1 Prozent zulegen konnte, kamen in Hamburg nur 0,7 Prozent an.

Vor diesem Hintergrund sind die Forderungen der KV Hamburg für die Honorarverhandlungen 2013 mehr als berechtigt. Real sind die Honorare nahezu aller Praxen in den vergangenen Jahren zurückgegangen, es gibt einen massiven Investitionsstau in den Praxen und die Kostenbelastung (allein die Gehälter der Arzthelferinnen sind ab 2012 um mehr als zwei Prozent gestiegen) ging zu Lasten des Ertrags einer Arztpraxis.

Trotzdem hat die KV nicht einfach nur mehr Geld gefordert, sondern hat in monatelangen Arbeiten sehr genau identifiziert, wo konkrete Versorgungsprobleme entstanden sind, die gemeinsam mit den Krankenkassen gelöst werden müssen:

- Zunächst einmal muss allerdings der Punktwert in Ham-

burg angehoben werden, um die spezifische Hamburger Kostensituation, die über den Bundeswerten liegt, zu berücksichtigen. Hierzu lässt das Gesetz ausdrücklich regionalen Handlungsspielraum zu.

- Dann muss die haus- und fachärztliche Basisversorgung gestärkt werden. Gerade die Ärztinnen und Ärzte, die die Hauptlast der Versorgung tragen, bekommen die dargestellte Abwärtsbewegung im Honorarbereich besonders deutlich zu spüren.
- Die Psychotherapie-Honorare müssen extrabudgetär gezahlt werden. Die insoweit notwendige Bereinigung des Budgets muss auf der Basis von 2008 erfolgen.
- Im Bereich der extrabudgetären Leistungen muss es in Umfang und Punktwert eine Rückkehr zu den in 2008 gültigen Bestimmungen geben. Allein dieser Punkt zeigt die ganze Absurdität der Situation: Wir müssen für 2013 verlangen, was vor vier Jahren schon einmal gegolten hatte!

Die Krankenkassen haben unsere Forderungen gar nicht wirklich zur Kenntnis genommen oder gar mit uns verhandelt, sondern unter Verweis auf die „unabdingbaren Vorgaben“ aus Berlin vom Tisch gewischt. Doch selbst der Verweis auf die daraus resultierenden 25 Millionen Euro Honorarzuwachs, den die Kassen pressewirk-

sam platziert hatten, enthält nur die halbe Wahrheit: Da sie die Psychotherapie-Ausdeckerung ebenfalls nach Bundesempfehlung durchführen wollen und damit auf der Basis der tatsächlichen Ausgaben in 2012, würden sie rund zehn Millionen Euro Stützungsgelder einstreichen, die die Fachärzte bereitstellen mussten, um den Psychotherapie-Topf zu stützen. Weitere rund fünf Millionen Euro gehen offenbar à conto EBM-Reform 2013 und damit auf ein Thema, das bei der Frage des regionalen Zuwachses nichts zu suchen hat. Bleiben zehn Millionen Euro und damit „zufälligerweise“ genau 1,25 Prozent – der Betrag, der in den vergangenen Jahren die Probleme in Hamburg maßgeblich verursacht hat.

Wie es weitergeht, ist damit völlig offen. Kommt eine Einigung nicht zustande, muss das Schiedsamt angerufen werden – das allerdings neu besetzt werden muss, da die Amtszeit des aktuellen Schiedsamtes am 31.Dezember ausläuft. Da nicht zu erwarten ist, dass die Neubesetzung zügig mit den Kassen abgestimmt werden kann, müssen wir davon ausgehen, dass die Honorarbedingungen für 2013 erst Anfang nächsten Jahres feststehen werden. Partnerschaft sieht eigentlich anders aus.

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg*



Demonstration der Geschlossenheit: Der riesige Saal im CCH war voll besetzt

"Wie lange wollen wir uns das noch bieten lassen?"

■ Vollversammlung der Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten droht mit flächendeckenden Protestaktionen

Der Ärger sitzt tief: Rund 1700 Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter haben am 7. November 2012 im CCH gegen die Hinhaltenaktik der Krankenkassen protestiert. „Wie die ambulante Versorgung der Hamburger Patienten im kommenden Jahr finanziert wird, ist völlig unklar“, sagte Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg. „Die Krankenkassen haben noch immer kein Angebot auf den Tisch gelegt. Sie weigern sich schlichtweg, ihre Aufgabe zu erfüllen und die Finanzierung der Versorgung sicherzustellen.“ Möglicherweise haben die Hamburger Krankenkassen mit diesem Verhalten überreizt, denn eine so große Massendemonstration von Niedergelassenen gab es in Hamburg noch nie. Der riesige Saal im CCH war an diesem Vormittag

voll besetzt; wer keinen Platz mehr fand, setzte sich auf die Stufen. Viele waren im weißen Kittel erschienen und trugen Anstecker mit dem Bild einer ausgequetschten Zitrone, die das Protestmotto symbolisierte: „Kassen pressen Praxen aus“.

In einer Resolution verurteilten die Ärzte und Psychotherapeuten die Blockadehaltung der Krankenkassen. „Wir werden von den Krankenkassen bestreikt“, sagte Dr. Dirk Heinrich, Sprecher des beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV Hamburg. „Und was machen wir? Wir arbeiten weiter. Wie lange wollen wir uns das noch gefallen lassen?“

Es habe in den Hamburger Praxen seit 2008 eine Kostensteigerung von elf Prozent gegeben, berichtete Späth.

„Diese Steigerung wurde nicht durch Honoraranpassungen ausgeglichen, sondern musste von den Praxen aufgefangen werden – von den Ärzten und von den medizinischen Fachangestellten, die auf ihr Weihnachtsgeld verzichten mussten oder keine Gehaltserhöhung bekommen haben.“ Auch der medizinische Fortschritt werde auf Kosten der Praxen finanziert, so Späth. „Das ist ungerecht! Das müssen wir auch mal deutlich nach draußen sagen!“ Kaum jemandem außerhalb der Fachöffentlichkeit sei bewusst, dass die Praxen etwa dreißig Prozent der Leistungen ohne Vergütung erbringen. Es gehe bei den Honorarverhandlungen nicht um das Einkommen des Arztes, stellte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung fest.



Fotos: Melanie Vollmert

„Wir reden hier über Umsätze, die unsere Betriebe existieren lassen. Und natürlich auch über das von uns vorgeschossene Geld, also über die von uns aufgebrauchten Investitionen und Kredite, auf denen die gesamte Infrastruktur der ambulanten Versorgung in Hamburg aufgebaut ist.“

In den laufenden Verhandlungen fordern die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten im Wesentlichen eine Rückkehr zu den Vergütungsbedingungen des Jahres 2008, eine Stützung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung und einen Ausgleich für den überdurchschnittlich hohen Kostenanstieg in Hamburg. „Zudem kann es nicht sein, dass die Ärzte auf den von ihnen in den letzten Jahren übernommenen Kosten für Psychotherapieleistungen sitzen bleiben“, sagte Späth. Insgesamt ist die Psychotherapie von den Ärzten mit rund 40 Millionen Euro gestützt worden. Diesen Betrag wollen die Krankenkassen einbehalten.

„Kasse zu sein heißt doch nicht, dass man Kasse macht - sondern dass man die Versorgung der Versicherten finanziert“, schimpfte der Hamburger KV-Chef Dieter Bollmann mit Blick auf die von den Krankenkassen gehorteten Milliardenüberschüsse. Volker Lambert, Sprecher des beratenden Fachausschusses Hausärzte, stellte sogar zur Diskussion, ob die Krankenkassen überhaupt noch als Partner anzusehen seien, dem es vorrangig um die Versorgung der Patienten gehe. „Ich muss diese Frage zunehmend mit nein beantworten“, so Lambert.

Die Wut der Ärzte hat auch mit dem herablassenden Ton und dem respektlosen Verhalten vieler Krankenkassenvertreter zu tun. Den lautesten Applaus des Vormittags bekam der der Vorsitzende der Kinder- und Jugendärzte in Hamburg, Dr. Stefan Renz, als er sagte: „Wenn wir mit Krankenkassen sprechen, fällt immer wieder ein Unwort, auf das ich aller-

gisch reagiere: Leistungserbringer. Verflixt noch mal: Wir sind Ärzte und Psychotherapeuten, wir sind keine Leistungserbringer der Kassen!“

Die Ärzte und Psychotherapeuten forderten die Hamburger KV-Mitglieder auf, so lange Protestmaßnahmen durchzuführen, bis die Verhandlungsziele der KV Hamburg erreicht sind. Eine Urabstimmung soll über flächendeckende Protestmaßnahmen – bis hin zu Praxisschließungen - entscheiden. Mehrfach wurde betont, der Protest richte sich nicht gegen die Patienten, deren Notversorgung stets sichergestellt werde. „Wer im Ausland herumgekommen ist, weiß, dass wir ein gutes Gesundheitssystem haben“, sagte Renz. „Wir müssen dafür kämpfen, es zu bewahren – vor allem im Interesse der Patienten.“

Die Beschlüsse der Vollversammlung im Volltext: www.kassen-presse-praxen-aus.de → *Startseite* → *Resolution*



Foto: vege/fotolia.com

Alles nur ein Verteilungsproblem?

- Die Medien konstruieren einen absurden Gegensatz zwischen armen Landärzten und reichen, geldgierigen Spezialisten. Das eigentliche Problem liegt tiefer.

„Es ist genug Geld da – es wird nur falsch verteilt!“, lautet die Quintessenz vieler Medienberichte über den Honorarstreit zwischen Ärzten und Krankenkassen. Und: „Die Hausärzte werden von den bösen Orthopäden und Radiologen via KV um ihr Geld betrogen“. Diese von Krankenkassen und Politik in Umlauf gebrachte Argumen-

tation ist ebenso schlicht wie irreführend. Es gibt Verteilungsprobleme – allerdings an ganz anderen Stellen des Systems.

Verteilungsproblem 1: Nur noch 16 Prozent für die ambulante Medizin!

Die Probleme fangen damit an, dass die Kassen einen immer geringeren Prozentsatz ihrer

Ausgaben für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten investieren. Im Jahr 1970 wurden 23 Prozent für die stationäre und 23 Prozent für die ambulante Versorgung ausgegeben. Heute sind es 16 Prozent für die ambulante (trotz Verlagerung teurer Medizin in den ambulanten Sektor wie Strahlentherapie, Onkologie, Humangenetik,

Dialyse et al) und 36 Prozent für die stationäre Versorgung. Von den Ausgaben der Kassen für Bauchtanzkurse, Boni für Versicherte und Fitnessreisen soll hier erst gar nicht gesprochen werden.

Verteilungsproblem 2: Politik diktiert die Geldverteilung

Die Politik hat 2007 erstmalig in einem Bundesgesetz (GKV-WSG) die Geldverteilung und die Verteilungsinstrumente via KV bis ins Kleinste geregelt. Festgelegt wurde dabei auch, welche Bereiche unbeschränkt wachsen durften (die extrabudgetären Leistungen mit acht Prozent Steigerung im Jahr) und welche nicht (die Grundversorgung).

Verteilungsproblem 3: Kostenexplosion bei Labor, Humangenetik, Strahlentherapie und Dialyse

Völlig klar ist: Die drei Milliarden Euro, die zwischen 2007 und 2009 zusätzlich ins System geflossen sind, landeten bei den großen Konzernen für Labor und Dialyse, nicht bei den Haus- und Fachärzten, die persönliche Leistungen am Patienten erbringen. Also eben nicht bei Orthopäden und Radiologen, deren Honorar in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) knallhart gedeckelt wird, sondern zum Beispiel bei internationalen Konzernen wie Fresenius, die mit ihrem Dialysebereich aus der ungedeckelten extrabudgetären Gesamtvergütung (EBV) mit jährlichen Steigerungsraten von acht Prozent profitiert haben.

Und: Schuld der Politik ist ebenfalls, dass sich diese "Fachgruppen" bis vor Kurzem unbeschränkt niederlassen durften und nicht per Gesetz beschränkt wurden. Eine Hypothek der Politik, die jede von uns erkämpfte Honorarsteigerung in Prozenten auch in den nächsten Jahren aufzehren wird. Zu Gute kommt das alles den privaten Klinikkonzernen, deren Oberärzte sich in Klinik-MVZ niederlassen werden. Allein in Hamburg haben über 100 angestellte Ärzte (vor allem von Asklepios) bis zum Zulassungsstopp beispielsweise für die Bereiche Labor, Humangenetik, Strahlentherapie und Dialyse einen Antrag auf Niederlassung beim Zulassungsausschuss gestellt. Bundesweit sind es weit über 1000, die vor allem in Klinik-MVZ das ambulante „Honorar“ massiv belasten werden.

Die Ärzte schaffen es nicht, das für die ambulante Versorgung zur Verfügung gestellte Geld untereinander gerecht zu verteilen - das ist die Message, die in den letzten Wochen gezielt überall in den Medien verbreitet worden ist. Wenn das so wäre, könnten sich alle zurücklehnen: erstens die Kassen, die bei der Versorgung ihrer Versicherten sparen; zweitens die Politiker, die in den „Gesundheitsgesetzen“ immer weitere staatliche Eingriffe initiiert haben, nun aber für die Geister, die sie riefen, keine Verantwortung übernehmen wollen; und drittens die Gesundheitskonzerne, die

von der Öffentlichkeit unbemerkt ihre Profitraten auch im Bereich der ambulanten Versorgung hochschrauben - im Interesse ihrer Kapitalanleger.

Auf der Strecke hingegen bleiben: alle Grundversorger-Praxen, Patientinnen und Patienten, die sich in einem Massenabfertigungssystem nicht mehr gut versorgt fühlen, und eine junge Ärztegeneration, die im eigenen Land keine gute selbständige Perspektive mehr findet.

Die Medien konstruieren einen absurden Gegensatz zwischen dem braven, Fahrrad fahrenden Landarzt auf der einen und dem bösen, Porsche fahrenden Radiologen auf der anderen Seite. Mit dem Einsatz unseres gemeinsamen berufspolitischen Engagements sollten wir dieses schiefe Bild korrigieren. Denn nur dann haben wir eine gewisse Chance, die Existenz- und Arbeitsbedingungen für die freiberuflichen Arztpraxen so zu verbessern, wie es nötig ist.



*Dr. Silke Lüder,
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Bergedorf*



Foto: Felix Falter

Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Stefanie Schmidt, Monique Laloire, Petra Timmann, Anna Yankyera, Katja Egbers

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 *Wir sind ein MVZ und behandeln immer mal wieder Patienten, die eine europäische Krankenversicherungskarte vorlegen. Wir sind oftmals verunsichert, auf welche Leistungen Anspruch besteht. Dürfen wir zum Beispiel Heilmittelverordnungen ausstellen oder eine Exzision bei einem bekannten Hautkrebs vornehmen?*

Grundsätzlich haben Patienten, die eine europäische Krankenversicherungskarte vorlegen, Anspruch auf Leistungen, die sich während des Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen und nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden können. Ob die Leistungen im Einzelfall medizinisch notwendig sind, liegt im Ermessen des Arztes.

2 *Ist es zulässig, Sauerstoff über den Sprechstundenbedarf zu beziehen?*

Die Kosten für die Flasche und die Erstbefüllung sowie die Miet-, Abfüll-, Wartungs- und Transportkosten müssen Sie selbst tragen.

Bei Wiederauffüllung kann der Sauerstoff über den Sprechstundenbedarf bezogen werden. In der Regel rechnen die Lieferfirmen die Kosten anhand der Sprechstundenbedarfsverordnung direkt mit der Barmer GEK ab. Sollten Sie von der Lieferfirma eine Rechnung erhalten, können Sie diese (zusammen mit der SSB-Verordnung) an die BARMER GEK weiterleiten. Die zur Sauerstoffgabe benötigten Nasenkatheter gehören zu den Praxiskosten und müssen ebenfalls vom Arzt bezahlt werden.

3 *Ich bin neu niedergelassen und nehme seit kurzem am fahrenden Notdienst teil. Ich frage mich, wie ich einem Privatpatienten die Kosten für die Firma G.A.R.D. in Rechnung stelle?*

Wenn Sie einen Privatpatienten im fahrenden Notdienst behandeln, stellen Sie ihm Ihre erbrachten Leistungen per GOÄ in Rechnung. Da hier auch die Firma G.A.R.D. involviert ist, stellen Sie dem Privatpatienten zusätzlich eine Fahrkostenpauschale von 15,25 Euro in Rechnung. Am Ende des Quartals melden Sie der KV Hamburg, wie viele Privatpatienten Sie im fahrenden Notdienst behandelt haben. Der Gesamtbetrag (Anzahl der Privatpatienten multipliziert mit der Fahrkostenpauschale von 15,25 Euro pro Privatpatienten) wird Ihnen von Ihrem Honorar abgezogen und an G.A.R.D. überwiesen.

Zulassungsausschuss entscheidet, ob Vertragsarztsitz nachbesetzt wird

Ab Januar 2012 brauchen Ärzte die Zustimmung des Zulassungsausschusses, wenn sie ihren Vertragsarztsitz an einen Nachfolger übergeben wollen. Kommt der Zulassungsausschuss zu der Einschätzung, dass eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, kann er den Antrag ablehnen. Stimmt der Zulassungsausschuss dem

Antrag zu, kann die KV den Vertragsarztsitz wie bisher im Hamburger Ärzteblatt aus-schreiben.

Nicht ablehnen kann der Zulassungsausschuss eine Nachbesetzung, wenn der Vertragsarztsitz an den Ehe- oder Lebenspartner oder ein Kind des Inhabers, einen bei ihm bisher angestellten Arzt oder

einen bisherigen Praxispartner übergeben werden soll.

Aufgrund dieser Neuregelung verlängern sich die Vorlaufzeiten für eine geplante Praxisübergabe auf etwa ein Dreivierteljahr.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900*

Notfalldienst: Vertrag mit G.A.R.D. wird verlängert

Die KV Hamburg hat die Zusammenarbeit mit G.A.R.D. beim fahrenden Notfalldienst um fünf Jahre verlängert. Das Unternehmen ist für die Disposition der Einsätze zuständig und stellt Rettungsassistenten

zur Verfügung, die die Ärzte mit den Einsatzfahrzeugen zum Patienten fahren. Die Vertragsverlängerung ist mit einem Austausch der Einsatzfahrzeuge gegen Neuwagen des Typs VW Golf Plus ver-

bunden. Der Ein- und Ausstieg ist bei diesem Fahrzeugtyp leichter als beim vorherigen Modell. An der Kommunikationsausrüstung und der medizinischen Notfallausrüstung ändert sich nichts.



Zytologische Untersuchungen der Zervix

■ Praxisinformation zur Anwendung und Abrechnung der unterschiedlichen Untersuchungsverfahren

Die gynäkologische-zytologische Untersuchung der Zervix kann mit Hilfe konventioneller Technik oder der Dünnschicht-Methode erfolgen. Doch bei der Abrechnung treten vor dem Hintergrund der Erfüllung der Leistungsinhalte der Gebühren-

ordnungspositionen des EBM immer wieder Unklarheiten auf. Alles Wissenswerte hierzu haben wir deshalb für Sie in einer kompakten Praxisinformation zusammengefasst.

Die Praxisinformation im Web: www.kvhh.de → Abrechnung

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gerne einen Ausdruck zur Verfügung.

*Ansprechpartner:
Infocenter
Tel: 22 802-900*

Regressgefahr beim Sprechstundenbedarf

Moderne Wundverbände: Kassen stellen Prüfanträge

Die Gemeinsame Prüfungsstelle informiert, dass die Krankenkassen Prüfanträge für die Sprechstundenbedarfsanforderung von Produkten der modernen Wundversorgung gestellt haben. Unter anderem werden folgende Mittel beanstandet:

- Hydrokolloidverbände, z.B. Algoplaque®, Comfeel®, Varihesive®
- Alginate, z.B. Urgosorb®, Algisite®, SeaSorb® Ag/Soft
- Schaumstoffwundauflagen bzw. Schaumverbände, z.B. UrgoCell® Silver/ Ag Border, Allewyn®, Biatain®/Ag/Ibu
- Hydrogele, z.B. Nu®-Gel, Urgo-Hydrogel®, Intrasite®-Gel, Purilon®-Gel

Die Krankenkassen begründen die Prüfanträge damit, dass es sich bei diesen Mitteln um Produkte zur Versorgung chronischer Wunden handelt, die nur für einen bestimmten Patienten bestimmt sind und somit keinen Sprechstundenbedarf darstellen.

Achtung: Diese Liste ist nicht abschließend. Bitte überprüfen Sie sorgfältig die Anforderung von Verbandstoffen im Sprechstundenbedarf.

Verödungsmittel: Bitte auf die Konzentration achten!

Polidocanol-Lösung (Aethoxysklerol®) kann als Verödungsmittel von proktologisch tätigen Ärzten und HNO-Ärzten im Rahmen des Sprechstundenbedarfs angefordert werden. Bitte beachten Sie, dass nach der Fachinformation zur Verödung von Hämorrhoiden nur die **3-prozentige** Lösung zugelassen ist, die anderen Konzentrationen hingegen zur Varizenverödung.

Die Verödung von Varizen stellt keine Notfallbehandlung im Sinne der Sprechstundenbedarfsvereinbarung dar, so dass die Anforderung der entsprechenden Produkte zu Regressanträgen führen kann.

Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmittel, Abteilung Praxisberatung, Tel. 22802-571 / -572

Fragen zur Heilmittelrichtlinie

- Offenbar gibt es in den Praxen noch immer Irritationen bei der Interpretation der Heilmittelrichtlinie. Hier die Erläuterung zweier wichtiger Aspekte, nach denen die medizinische Fachberatung der KV Hamburg immer wieder gefragt wird.

Bestimmte Indikationsschlüssel haben begrenzte Verordnungsmenge

Bei den Indikationsschlüsseln WS1, EX1, LY1, AT1 und SB4 handelt es sich um Erkrankungen mit kurzzeitigem Behandlungsbedarf, für die nur eine Höchstverordnungsmenge von maximal sechs Einheiten vorgesehen ist. Sollte sich herausstellen, dass die vorgesehene Anzahl an Einheiten für den Behandlungserfolg nicht ausreicht, ist bei einer Anschlussverordnung

der Indikationsschlüssel zu wechseln, sofern für eine weitere Heilmittelverordnung eine medizinische Begründung vorliegt (zum Beispiel Wechsel von prognostisch kurzzeitigem zu prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf). Cave: Bei Wechsel von WS1 zu WS2 ist die Menge von WS1 auf WS2 zu rechnen!

Bei den oben genannten Indikationsschlüsseln (WS1, EX1, LY1, AT1 und SB4) ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls komplett ausgeschlossen.

Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind nicht extra-budgetär

Auch Verordnungen außerhalb des Regelfalls gehen in das Richtgrößenvolumen ein. Vereinbarte Praxisbesonderheiten können jedoch von vornherein mit einer entsprechenden Symbolnummer gekennzeichnet werden. Im Falle einer Prüfung wäre dann lediglich anzugeben, bei welchen Patienten Verordnungen aus den vertraglich vereinbarten Praxisbesonderheiten angewandt wurden.

AkdÄ-Leitfaden zur oralen Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

- Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®) haben keinen Vorteil gegenüber Vitamin-K-Antagonisten

Als Standard für die orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern gilt die Behandlung mit einem Vitamin-K-Antagonisten wie beispielsweise Phenprocoumon (Marcumar®, Falithrom®, Generika). In den vergangenen Jahren sind neue Antikoagulantien zur Prävention von Schlaganfällen bei Vorhofflimmern zugelassen worden: Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®). Weitere orale Antikoagulantien befinden sich gegenwärtig

in der klinischen Erprobung. Aus Sicht der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ergibt sich für Patienten, die zur Prophylaxe kardioembolischer Erkrankungen bei Vorhofflimmern mit Vitamin-K-Antagonisten wie Phenprocoumon gut zu behandeln sind, kein Vorteil aus einer Therapie mit Dabigatran oder Rivaroxaban. Ihr Einsatz sollte sich auf Patienten beschränken, für die Vitamin-K-Antagonisten keine Therapieoption sind.

Die Empfehlungen der AkdÄ zum Einsatz von Dabigatran und Rivaroxaban zur Prophylaxe von kardioembolischen Erkrankungen bei Vorhofflimmern wurden nun in einem Leitfaden veröffentlicht. Außerdem werden in der Broschüre unter anderem Vor- und Nachteile der Substanzen dargestellt sowie wichtige Studienergebnisse, auf denen die Empfehlungen beruhen.

*Der Leitfaden im Internet:
www.akdae.de → Startseite*

Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie

■ Der G-BA hat die Schutzimpfungsrichtlinie auf Grundlage neuen STIKO-Impfempfehlungen vom Juli 2012 überarbeitet. Hier eine Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen.

Hepatitis B

Bei fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung können Impfungen bei Kindern ab dem 15. Monat bis zum 18. Geburtstag (also bis 17 Jahren) nachgeholt werden. Die frühere Regelung, dass die Nachholimpfungen vorrangig ab dem 9. Lebensjahr erfolgen sollte, entfällt. Hintergrund ist, dass die STIKO nun generell empfiehlt, bei Kindern die versäumten Impfungen so schnell wie möglich nachzuholen.

Pneumokokken

Bisher konnte für die Standardimpfung der über 60jährigen Personen nur der Polysaccha-

ridimpfstoff (Pneumovax 23) zu Lasten der Kassen verwendet werden. Nun entfällt diese explizite Beschränkung.

Erläuterung: In den STIKO-Empfehlungen wird als Standardimpfung für über 60jährige Personen nur der 23-valente Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff genannt. Zwischenzeitlich wurde aber die Zulassung für den 13-valenten Konjugatimpfstoff auf Personen ab 50 Jahren erweitert. In ihren aktuellen Empfehlungen hat die STIKO auf ihre Stellungnahme im Epidemiologischen Bulletin Nr. 7 vom 20.2.2012 verwiesen und im Übrigen keine Anpassung (für die Standardimpfung)

vorgenommen, da sie im Ergebnis keine ausreichende Evidenzgrundlage für eine Änderung ihrer geltenden Empfehlung gesehen hat. In dieser Empfehlung weist sie jedoch auch darauf hin, dass es bei Personen, bei denen die wiederholte Impfung gegen Pneumokokken aufgrund einer Immundefizienz oder chronischen Nierenkrankheit indiziert ist (Indikationsimpfung), möglicherweise sinnvoll ist, sowohl mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff als auch mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff zu impfen.

Obwohl die STIKO noch keine ausreichende Evidenzgrundlage für eine Änderung ihrer Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung für über 60jährige Personen gesehen hat, nimmt der G-BA eine entsprechende Änderung der Richtlinie vor. Eine Leistungsbeschränkung auf einen konkreten Impfstoff hält der G-BA vor dem Hintergrund der bestehenden Zulassung des Konjugatimpfstoffes (Prevenar 13) für nicht mehr gerechtfertigt.

Meningokokken

Der Hinweis, dass Nachholimpfungen im Sinne einer Catch-up Strategie nicht empfohlen werden, entfällt.

Ansonsten wird der geänderten Empfehlung der STIKO zur Anwendung der tetravalenten



Meningokokkenimpfstoffe (Indikationsimpfung) nicht widersprochen. So wird die Impfung mit einem 4-valenten Konjugatimpfstoff für die Indikationsimpfung empfohlen, sofern der Impfstoff für die Altersklasse zugelassen ist.

Mumps

Die Empfehlung der STIKO zur Erweiterung der beruflichen Indikation wird vom Bundesausschuss übernommen.

So wird für nach 1970 Geborene mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit eine einmalige Impfung empfohlen, wenn sie tätig sind

- in Gesundheitsdienstberufen in der unmittelbaren Patientenversorgung (außer Personal in der Pädiatrie)
- in Gemeinschaftseinrichtungen (außer Personal zur Betreuung und Pflege von Kindern im Vorschulalter)
- oder in Ausbildungseinrichtungen für junge Erwachsene.

- Geimpft wird einmalig mit dem Kombinationsimpfstoff MMR!

Varizellen

Die Empfehlung einer bevorzugten Nachholimpfung bei 9 bis 17-jährigen Jugendlichen ohne Varizellen-Anamnese entfällt. Die STIKO empfiehlt generell, fehlende Impfungen so früh wie möglich bis zum 18. Geburtstag nachzuholen. Der Beschluss liegt derzeit dem

BMG zur Prüfung vor. Vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch das BMG wird er am Tag nach seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten.

Den gesamten Text des Beschlusses zur Änderung der Schutzimpfungsrichtlinie finden Sie unter:

www.g-ba.de → *Informationsarchiv* → *Richtlinien* → *Schutzimpfungsrichtlinie* → *Beschlüsse*

STIKO-Impfempfehlungen

Die STIKO veröffentlicht ihre Impfempfehlungen in regelmäßigen Abständen im Epidemiologischen Bulletin. Anschließend entscheidet der G-BA innerhalb von drei Monaten, welche Impfungen in die Richtlinie über Schutzimpfungen nach § 20 Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie) aufgenommen und damit zu GKV-Pflichtleistungen werden. Die neuen Impfempfehlungen, die vom G-BA jetzt umgesetzt wurden, sind im Juli veröffentlicht (Epidemiologisches Bulletin Nr. 30 / 30.7.2012) und nachfolgend erläutert worden (Epidemiologisches Bulletin Nr. 31 / 6.8.2012 und 32 / 13.8.2012).

Die Ausgaben des Epidemiologischen Bulletins finden Sie unter: www.rki.de → *Service* → *Veröffentlichungen*

Tilidin-Tropfen fallen unter Betäubungsmittelgesetz

Ab Januar 2013 dürfen flüssige Tilidin-haltige Fertigarzneimittel nur noch auf BtM-Rezept verordnet werden. Tilidin gehört zu den verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln in Anlage III BtMG. Allerdings gab es bisher eine Ausnahmeregelung für

flüssige Darreichungsformen, die nun angepasst wird. Hintergrund dieser Entscheidung: Trotz des Zusatzes von Naloxon gibt es für flüssige Darreichungsformen (mit schneller Wirkstofffreisetzung) ein erhöhtes Missbrauchspotenzial. Immer wieder wur-

den Tilidin-haltige Lösungen mit gefälschten Rezepten gekauft.

*Ansprechpartner für Fragen zu
Arznei- und Heilmitteln:
Abteilung Praxisberatung,
Tel. 22802-571 / -572*

Neuerungen beim Off-Label-Use

Off-Label-Verordnung von Verapamil zur Prophylaxe des Cluster-Kopfschmerzes zulässig

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Verapamil zur Prophylaxe des Clusterkopfschmerzes in Teil A der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen. Der Off-Label-Use ist damit zulässig für Erwachsene ab 18 Jahren mit episodischem und chronischem Clusterkopfschmerz unabhängig von der Verlaufsform. Frauen im gebärfähigen Alter müssen durch den behandelnden Arzt darüber aufgeklärt werden, dass es ein erhöhtes Risiko für Missbildungen gibt und dass während der Behandlung mit Verapamil eine effektive Methode der Kontrazeption durchgeführt werden sollte.

Es wird eine orale Monotherapie mit einer anfänglichen Ta-

gesdosis von 120 mg empfohlen, die bis 360 mg gesteigert werden kann. Tagesdosen über 480 mg sind nicht ausreichend untersucht.

Achtung: Es dürfen nur die Verapamil-haltigen Präparate folgender Firmen für diese Off-Label-Indikation verordnet werden: 1 A Pharma GmbH, Abbot GmbH & Co. KG, Aliud Pharma GmbH & Co. KG, Basics GmbH, EMRA-MED Arzneimittel GmbH, Heumann Pharma GmbH & Co. Generika KG, Hexal AG, Sandoz Pharmaceuticals GmbH, STADApHarm GmbH, Wörwag Pharma GmbH & Co. KG.

Unzulässiger Off-Label-Use

Für folgende Wirkstoffe hat der G-BA in den aufgeführten Off-Label-Indikationen die Verordnung für unzulässig erklärt:

- Off-Label-Use von Valproin-

säure für die Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen

- Off-Label-Use von Intravenösen Immunglobuline (IVIg) bei HIV/AIDS im Erwachsenenalter (auch als Adjuvans)
- Off-Label-Use von Etoposid bei (Weichteil-)Sarkomen des Erwachsenen in Kombination mit Carboplatin
- Off-Label-Use von Doxorubicin bei Gliomrezidiv

Die aufgeführten Wirkstoffe wurden für die genannten Anwendungen in den Teil B der Anlage VI der Arzneimittelrichtlinien aufgenommen. Sie sind somit für diese Indikationen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig. Sie finden die Beschlüsse im Volltext unter: www.g-ba.de

Pharmakotherapieberatung 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 praxis-spezifischen 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



Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2012

Abgabefrist: 2. Januar bis 14. Januar 2013

Die Abrechnung muss grundsätzlich online übermittelt werden. Die Abrechnungsdatei kann innerhalb der Abgabefrist zu jeder Tageszeit an die KV geschickt werden.

Abgabe in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einem Datenträger in die KV bringen und dort in einem bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

Ort: In Ihrer Abrechnungsabteilung AB 1 bis AB 5, Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist von Mo. bis Fr. zwischen 7.30 und 16.00 Uhr nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor

Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist

hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

*Ansprechpartner
Infocenter, Tel: 22802 – 900*

Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvvh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

I. Nachträge/ Hinweis:

Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz für u. g. Verträge war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen:

- Vereinbarung über die gesonderte Vergütung der unparteiischen Vorsitzenden für die Vertretung des Beschwerdeausschusses vor Gericht gemäß § 2 Abs. 4 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung - WiPrüfVO - für die Amtsperiode vom 01.01.2012 bis 31.12.2013
- 3. Nachtrag zur Vereinbarung zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V zwischen der AG Vertragskoordinierung und der Knappschaft
- Honorarvereinbarung 2012 vom 20. April 2012 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Infocenter der KV Hamburg, Tel: 22 802 - 900

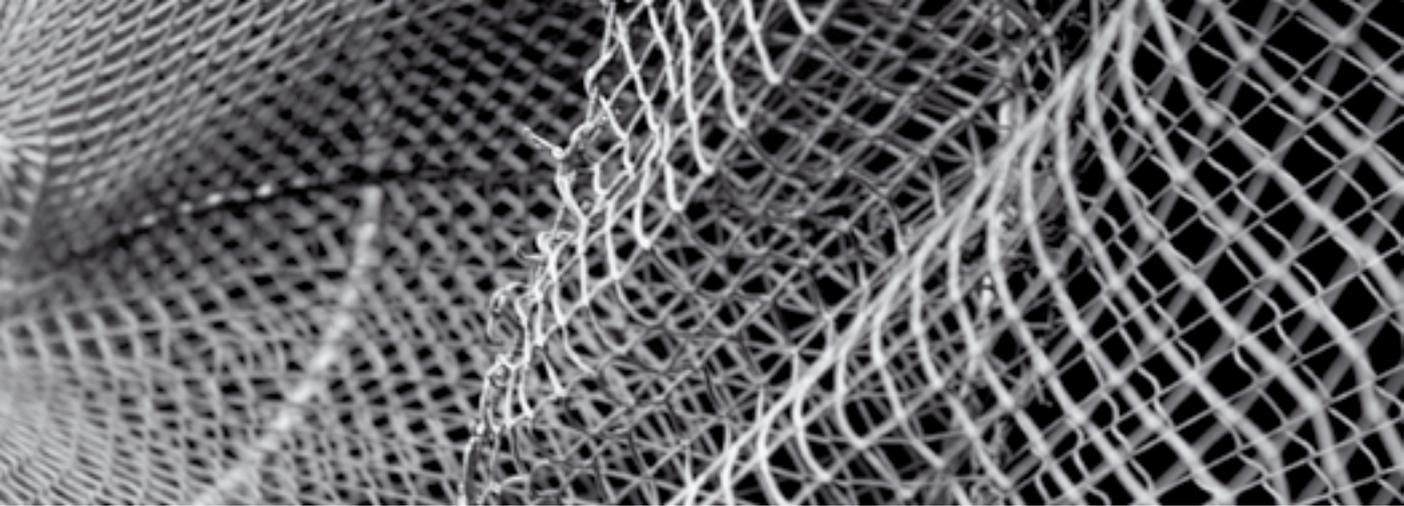


Foto: Bettina Kuß/fotolia.com

Aufbau eines Netzwerks von Qualitätsmanagementbeauftragten

Am 7. November 2012 haben sich medizinische Fachangestellte im Ärztehaus getroffen, die bereit sind, eine leitende Rolle bei den zukünftigen Treffen von Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) zu spielen. Nach dieser Auftaktveranstaltung kann nun der nächste Schritt erfolgen: Die Gründung einer oder mehrerer Gruppen, die sich einmal pro Quartal zum Erfahrungsaustausch zusammenfinden.

Medizinische Fachangestellte, die von ihrer Praxis als QMB be-

stellt wurden, sollen in diesem Rahmen kollegiale Unterstützung finden können und in die Zusammenkünfte einbringen.

Die KV bietet hierfür logistische Unterstützung an – stellt beispielsweise einen Raum zur Verfügung oder versendet Einladungen zu den Treffen per Mail. Die Qualitätsmanagement-Experten der KV stehen den Gruppen auf Wunsch gern beratend zur Seite. Besonders in der Anfangsphase kann dies nützlich sein, denn im Lauf der Zeit sind diverse Sachverhalte

zum Thema QM von den KV-Mitarbeitern recherchiert worden. Auf dieses Wissen kann natürlich gern zurückgegriffen werden.

QM-Beauftragte, die grundsätzlich an einem solchen Netzwerk interessiert sind oder Fragen dazu haben, können sich an folgende Ansprechpartner wenden:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

E-Mail: ursula.gonsch@kvhh.de

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

E-Mail: birgit.gaumnitz@kvhh.de

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP® zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Praxis	Fachrichtung	Zertifizierung	Rezertifizierung
Dr. med. Matthias Lütten	Dermatologie	März 2012	
Dr. med. Sigrid Hülsbergen-Krüger	Plastische Chirurgie		Mai 2012
Dr. med. Michael Brückner Dr. med. Bodo Eckmann	Chirurgie / Praktische Ärzte		September 2012



Qualitätssicherung für Laborleistungen

■ Programm für das Ringversuchsjahr 2013

Die Termine für die Ringversuchsprogramme im Jahr 2013 stehen fest. Für die Anmeldung wenden Sie sich bitte an:

IN STAND e.V.
Uwierstr. 20
40223 Düsseldorf

Telefon: 0211/ 15 92 13 24
Telefax: 0211/ 15 92 13 56
Internet: www.instand-ev.de

Referenzinstitut für Bioanalytik
Friesdorfer Straße 159
53175 Bonn

Telefon: 0228/ 92 68 95 0
Telefax: 0228/ 92 68 95 29
Internet: www.dgkl-rfb.de



Für bestimmte Laborparameter (siehe Tabelle B 1 a-c Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen) ist die Abrechnung nur dann möglich, wenn

erfolgreich an Ringversuchen teilgenommen wurde, die von den Referenzlaboren durchgeführt werden. Der Nachweis hierüber ist elektronisch an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zu übermitteln.

Ansprechpartner:
Michael Bauer, Tel: 22 802-388
E-Mail: michael.bauer@kvhh.de
Milena Stechmann,
Tel: 22 802-687
E-Mail:
milena.stechmann@kvhh.de

AOK Rheinland/Hamburg bietet Hotline für Ärzte an

Ärzte und Praxispersonal können eine gebührenfreie Beratungs-Hotline der AOK Rheinland-Hamburg anrufen, wenn sie Fragen rund um die Kranken- und Pflegeversicherung haben. Das Informationsangebot umfasst beispielsweise die Themen Versorgungsangebote, Leistungen, Verordnungen, Abrechnungen und elektronische Gesundheitskarte.

AOK-Beratungshotline, Tel: 0800 0 326 300
Montag - Freitag von 8:00 - 22:00 Uhr

Details finden Sie in einem Flyer, der dieser Ausgabe des KVH-Journals beiliegt.

Bürokratie aufs Nötigste reduzieren

- KBV startet neues Online-Forum: Ärzte und Psychotherapeuten sind aufgerufen, Vorschläge zum Bürokratieabbau zu machen

informieren

diskutieren

mitgestalten

KBV

Noch ein Formular, noch eine Anfrage, noch eine Dokumentation – die zunehmende Bürokratie belastet die Praxen enorm. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) will jetzt einen offenen Dialog zum Bürokratieabbau in Gang setzen: Die Ärzte und Psychotherapeuten sind aufgerufen, im neuen Online-Forum „Mehr Zeit für Patienten“ Vorschläge zu machen, an welchen Stellen im Praxisalltag Verwaltungsaufwand und Informationspflichten reduziert werden können.

Ziel der Initiative ist es, unnötige Bürokratie zu identifizieren und konsequent abzubauen. So könnten beispielsweise Doppeldokumentationen beendet und die Zahl der Anfra-

gen von Kostenträgern eingedämmt werden. Je mehr Ärzte und Psychotherapeuten sich an der Diskussion beteiligen, desto größer wird der Druck auf Politik und Krankenkassen, die Probleme anzupacken.

„Wir möchten, dass die Ärzte und Psychotherapeuten wieder mehr Zeit für ihre Patienten haben“, sagt Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV. „Weniger Bürokratie in den Praxen trägt entscheidend dazu bei.“

In der Rubrik „Im Dialog“ können Nutzer des Forums ihre Vorschläge direkt an die KBV senden. „Wir sehen uns jeden Vorschlag genau an und prüfen, ob eine Umsetzung mög-

lich ist“, sagt KBV-Vorstand Regina Feldmann. Ziel ist es, dass jeder Arzt, der einen Vorschlag einreicht, so bald wie möglich erfährt, was daraus geworden ist. Besonders konstruktive Hinweise sollen auf der Plattform veröffentlicht werden. Auch die Antworten der KBV werden dort eingestellt. Über eine Kommentarfunktion haben Nutzer die Möglichkeit, über die Vorschläge zu diskutieren.

Ein zusätzliches Feedback erhofft sich die KBV von Blitzumfragen unter den Ärzten und Psychotherapeuten zu Themen wie: „Ist bezahlte Bürokratie ‚gute‘ Bürokratie?“ Auf der Startseite steht der „Vorschlag des Monats“. Auf den folgenden Seiten stellt

die KBV vor, welche Schritte sie bereits unternommen hat, damit Ärzte und Psychotherapeuten mehr Zeit für ihre Patienten haben.

Vorgestellt wird auch das Verfahren zur Messung von Bürokratiekosten, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung anwendet, um überflüssige Bürokratie nicht nur abzubauen, sondern von vornherein zu verhindern.

Ziel der KBV ist es, den bürokratischen Aufwand in den Praxen auf das Nötigste zu reduzieren. „Sicherlich wird es nicht immer möglich sein, schnell Abhilfe zu schaffen“, betont Feldmann. Viele Entscheidungen könne die KBV nur gemeinsam mit den Kran-

kenkassen oder der Politik treffen. „Wir werden aber nicht lockerlassen, uns für einen spürbaren Abbau von Bürokratie einzusetzen.“

Dass dies dringend notwendig ist, hat der aktuelle Ärztemonitor von KBV und NAV-Virchow-Bund gezeigt, eine Befragung von rund 11.000 niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zu ihrer Arbeitssituation. Danach verbringt ein Arzt von durchschnittlich 55 Wochenarbeitsstunden 14 Prozent mit Verwaltungsarbeit. Gleichzeitig beklagen 57 Prozent der Befragten, dass ihnen nicht ausreichend Zeit für die Behandlung ihrer Patienten zur Verfügung steht.

Das Online-Forum Bürokratieabbau steht im sicheren Netz der KVen zur Verfügung. Alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit einem KV-SafeNet-Anschluss können das Angebot nutzen.

So funktioniert's: Nach der Anmeldung im sicheren Netz geben Nutzer im Browser-Fenster die Adresse <http://buerokratieabbau.kv-safenet.de> ein. (Die Seite ist auch über einen Link von der Startseite der KV Hamburg aus erreichbar: www.kvhh.de)

Mehr Informationen zum neuen Online-Forum finden Sie unter: www.kbv.de/buerokratieabbau.html

Online-Checkliste zur Datenschutz-Optimierung

Mit der elektronischen Checkliste „Mein PraxisCheck“ können Vertragsärzte und -psychotherapeuten jetzt unkompliziert online testen, wie es um die Informationssicherheit der eigenen Praxis steht. Das neue Serviceangebot der KBV ermöglicht einen schnellen Überblick, was Praxen in punkto Datenschutz und Datensicherheit noch optimieren können. Dabei geht es nicht nur um den Schutz sensibler Patientendaten oder vor Computerviren, sondern auch um Aspekte des Praxis- und Risikomanagements, wie den Umgang mit Fehlern.

„Mein PraxisCheck“ im Internet nimmt rund 15 Minuten Zeit in Anspruch. Die 19 Fragen zu Themen wie der elektronischen Übermittlung patientenbezogener Informationen, der Erhebung von Patientendaten oder der Datensicherung dienen ausschließlich der Selbstbewertung. Ärzte und Psychotherapeuten, die sich mit ihren Praxisteams durch die Checkliste klicken, erhalten sofort einen Ergebnisbericht mit konkreten Hinweisen, Anregungen und Linktipps zu wei-

terführenden Informationen. „Mein PraxisCheck“ steht ab sofort auf der Website der KBV bereit:

www.kbv.de/praxischeck/





"Weg mit dem Bürokratiemonster!" - Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr mit der zweiten stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KV Bayerns, Dr. Ilka Enger, und KBV-Chef Dr. Andreas Köhler.

Klares Votum

■ Ärztevertreter übergeben Unterschriften gegen die Praxisgebühr

Vertreter der Ärzteschaft haben am 5. November 2012 mehr als 1,6 Millionen Unterschriften gegen die Praxisgebühr an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) übergeben. Die KBV und die KV Bayerns hatten die Unterschriftensammel-Aktion zusammen mit weiteren KVen zum Deutschen Ärztetag gestartet. Allein in den Hamburger Praxen

kamen fast 80.000 Unterschriften von Patienten zusammen.

„Mit einer solch immensen Resonanz haben wir kaum zu rechnen gewagt“, erklärte Ilka Enger, zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Bayerns, in Berlin bei der Übergabe der Unterschriften. Kurz zuvor war die Entscheidung der Regierungs-Koalition bekannt geworden, dass die Praxisgebühr ab 1. Januar 2013 abgeschafft wird.

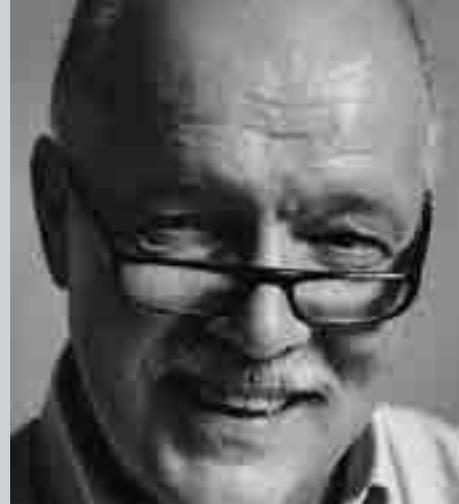
Gestiegen sei allerdings der bürokratische Aufwand in den Praxen. „120 Stunden müssen niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Teams im Schnitt pro Jahr aufwenden, um die Praxisgebühr für die Krankenkassen einzuziehen und zu quittieren“, so Köhler. „Zeit, die in der Patientenversorgung fehlt, dort aber dringend benötigt wird.“

Kritisiert wurde die Abschaffung der Praxisgebühr vom GKV-Spitzenverband. „Mit dem Wegfall der Praxisgebühr entgehen den Krankenkassen Einnahmen in einer Höhe von rund zwei Milliarden Euro pro Jahr“, erklärte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer. „Die Beschlüsse der Bundesregierung lassen die Reserven der gesetzlichen Krankenversicherung schmelzen wie Schnee in der Sonne.“



„Tatsächlich ist es höchste Zeit, die Praxen aber auch die Patienten von diesem Bürokratietreiber erster Güte zu entlasten“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. Die Praxisgebühr habe die von ihr erhoffte Steuerungswirkung verfehlt, die Zahl der Arztbesuche sei nicht zurückgegangen.

Kolumne von Dr. Bernd Hontschik,
niedergelassener Chirurg in Frankfurt / Main



Eiskalt

Seit dem Jahr 2000 werden in Deutschland Big-Brother-Awards an Firmen, Organisationen oder Personen verliehen, die besonders krass die Privatsphäre von Menschen missachteten oder deren persönliche Daten an Dritte weitergaben oder gar verkauften.

Der Big-Brother-Award ging 2008 in der Kategorie „Gesundheit und Soziales“ an die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) für die unzulässige Weitergabe von 200.000 Datensätzen mit Name, Anschrift, Diagnose sowie Krankenhaus- und Arzneimitteldaten ihrer chronisch kranken

Versicherten an die US-amerikanische Aktiengesellschaft Healthways, um die Patienten von einem Callcenter in Brandenburg aus telefonisch zur Teilnahme an einem Gesundheitsprogramm der DAK zu bewegen.

Auch sonst ist man als Krankenversicherter derzeit häufiger Opfer unerwünschter Anrufer. Warum ich noch kein Foto für die elektronische Ge-

sundheitskarte eingeschickt hätte, wurde ich jüngst am Telefon gefragt. Ich erklärte dem Kassenmitarbeiter, dass ich mit dieser Ausgeburt von Datenkrake am liebsten gar nichts zu tun haben möchte, dass ich diese Karte ganz und gar ablehne und für gefährlich halte, und dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, ein Foto von mir zu verlangen, selbst wenn man mir die Karte letztlich doch aufzwingen kann. Er wolle das so weitergeben,

„Moderne“ Krankenkassen funktionieren inzwischen auch nicht anders als jedes andere profitorientierte Unternehmen: Umsatz steigern, Kosten senken.

sagte der Mitarbeiter. Nun warte ich auf den nächsten Anruf. Die KKH-Allianz hat jetzt aber den Vogel abgeschossen. Diese Krankenkasse war etwas klamm und musste von ihren Versicherten zwei Jahre lang Zusatzbeiträge eintreiben. Einige konnten oder wollten aber nicht zahlen. Da griff man zum Telefonhörer, denn auf schriftliche Mahnungen hatten zu viele Mitglieder mit Kassenwechsel reagiert. Bei

den Anrufen ging es jedoch nur vordergründig um die minimalen Schuldbeträge. Tatsächlich aber bedrängte man stattdessen schwer kranke Mitglieder und Pflegebedürftige, also die zu teuren Versicherten, die KKH-Allianz zu verlassen und sich eine andere Krankenkasse zu suchen.

Diese widerwärtige Aktion kann man nur verstehen, wenn man weiß, dass „moderne“ Krankenkassen inzwischen auch nicht anders funktionieren als jedes andere

profitorientierte Unternehmen: Umsatz steigern, Kosten senken. Die Kranken und ihre Bedürfnisse sind nicht länger Auftrag einer funktionierenden Solidargemeinschaft, sondern sie sind störende Kostenfaktoren in florierenden Unternehmen. Es gäbe aber gar keine Krankenkassen ohne Kranke. Die werden jetzt trotzdem eiskalt abserviert.

*chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de*

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

Steckbrief – Für Sie in der Selbstverwaltung

Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung



Dr. Thomas Bonnekamp

Geburtstag: 2. September 1956

Fachrichtung: Psychotherapie

Weitere Ämter: Landessprecher DGVT, Sprecher der Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände Hamburg, Vorsitz des Fort- und Weiterbildungsausschusses der Hamburger Psychotherapeutenkammer

Hobbys: Wassersport, Lesen, Kochen

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Unbedingt. Was die Kernaufgaben der alltäglichen Praxis betrifft, bin ich sehr zufrieden. Ich mag Menschen, und freue mich jeden Tag, wenn ich dazu beitragen kann, dass Menschen ihre Freiheit zur Neuentdeckung und Ausübung lernen. Andererseits stellt sich auch heraus, dass einige chronisch leidende Patienten nach einer abgeschlossenen Psychotherapie langfristige psychotherapeutische Unterstützung benötigen. Diese zu geben, ist mir im gegenwärtigen System nur „ehrenamtlich“ möglich, keinesfalls kostendeckend. Der Aufwand für eine verantwortbare Behandlung übersteigt oft den Rahmen der Richtlinienpsychotherapie. Hier wären dem Schweregrad der Erkrankung angemessene Fallpauschalen ein gangbarer Weg, die Versorgung zu verbessern.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ich wünsche mir eine Psychotherapie und eine „sprechende Medizin“, die auf Augenhöhe mit der somatischen Medizin auch in ihren elaborierten Formen kooperieren kann. Die Psychotherapie rezipiert durchaus neueste Erkenntnisse aus dem somatischen Bereich, zum Beispiel der Hirnforschung. Auch für die somatische Medizin sollte es noch selbstverständlicher werden, psychologische Aspekte ernst zu nehmen und die Kommunikation mit Patienten dementsprechend zu gestalten.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Das Gesundheitswesen hat sich zum Wohle der Patienten an den fachlichen und gesellschaftlichen Notwendigkeiten zu orientieren und nicht an den angestrebten Amortisierungsraten von Konzernen und „Mitbewerbern“. Auch ich stehe zum Kollektivvertrag. Allerdings wünsche ich mir, dass hier mehr inhaltlich diskutiert wird. Er wird dauerhaft nur überleben, wenn die ambulante Medizin und Psychotherapie an einem Strang zieht und sich nicht darauf beschränkt, die simplifizierenden ökonomistischen Diskurse von Lobbyisten und Kostenträgern zu bedienen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Keine besonderen Vorlieben. Im Moment frage ich viele, die sich wie ich für gesellschaftspolitische Themen interessieren, inwiefern sie glauben, dass (überwertiges) Streben nach Wachstum und Effizienz mit ihrer Vorstellung von Humanität vereinbar sei.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Noch viele. Um die Ostsee segeln. Den Polarkreis besuchen, solange es noch Eis gibt. Einige alte Freunde wiedersehen ...

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 21.3.2013 (ab 20.00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

Seminar „Der QM-Praxis-Check“

Dieses Seminar nimmt die Organisation und die Kommunikation der Praxis unter die Lupe. Beispielhaft wird der Praxisdurchlauf eines Patienten nachgestellt. Das Gesamt-Erscheinungsbild sowie einzelne Bereiche der Praxis wie z. B. Anmeldung, Wartezimmer, Sprechzimmer, Labor, werden beleuchtet.

Mi 27.02.2013 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

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

Fr 14.06.2013 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 15.06.2013 (08:30-16:30 Uhr)
Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

QEP®-Hygiene in der Arztpraxis

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert, rundet dieses Seminar ab.

Mi 30.01.2013 (09:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Refresher-Seminar

Das Seminar soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr Praxis-QEP® auf die Version 2010 umzustellen. Für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen geeignet.

Mi 20.02.2013 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl. Verpflegung und neuer QEP®-Unterlagen

10 Punkte

QEP®-Datenschutz

Die Wahrung der Schweigepflicht und der Datenschutz haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. In diesem Seminar stehen folgende Themen im Mittelpunkt:

- gesetzliche Grundlagen
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- Datensicherung und Umgang mit Patientendaten
- Aufbewahrung
- Diskretion in der Arztpraxis

Mi., 10.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

"Fit am Empfang"

Der Empfang ist das Spiegelbild der Praxis. Von der professionellen Konversation über den Umgang mit Patientenbeschwerden bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung - in diesem Seminar lernen medizinische Fachangestellte, einen positiven Eindruck von sich und Ihrer Praxis zu vermitteln.

Mi., 24.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2012

2. bis 14. Januar 2013

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

- 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 E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr

