

Wo bitte geht's ins Krankenhaus?

Sackgassen, Hauptstraßen
und Irrwege



Checkliste

Tipps für den Übergang zwischen
ambulant und stationär

Masern

Robert-Koch-Institut warnt vor
lückenhaftem Impfschutz

Evaluationsbericht

KV Hamburg fördert allgemein-
medizinische Weiterbildung

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Das Thema „Überweisung / Einweisung ins Krankenhaus“ ist für die Vertragsärzte ein Dauerbrenner. Das liegt vor allem daran, dass die Regelungen kompliziert sind und nicht immer beachtet werden - was zu Konflikten in den Praxen führt.

Angenommen, ein Patient steht am Praxistresen und bittet um eine Einweisung oder (zusätzliche) Überweisung, weil das Krankenhaus dies von ihm verlangt. Ist die Forderung offensichtlich unzulässig, hat der Vertragsarzt zwei Möglichkeiten: Entweder er riskiert einen Konflikt mit dem Patienten, der möglicherweise unter starkem Druck steht und krankheitsbedingt ohnehin nicht die besten Nerven hat. Oder er gibt nach und verhält sich unvorschriftsmäßig.

Das ist eine Zwickmühle, die durch das gemeinsame Bemühen von Ärzten und Krankenhäusern vermieden werden kann.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Bollmann'.

*Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
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: bluedesign/fotolia.com

Ausgabe 6/2012 vom 1. Juni 2012

[Redaktionsschluss: 15. Mai 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: Dürfen Krankenhäuser für ambulante Sprechstunden eine Einweisung verlangen? _____ 4

In der Grauzone: Immer Ärger mit Einweisungen und Überweisungen _____ 5

Übersicht: Wann ein Vertragsarzt ins Krankenhaus überweisen kann _____ 6

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____ 10

Organisationshilfe: Checkliste für den Übergang zwischen ambulant und stationär _____ 11

Abrechnung

Asylbewerber werden ab Juli über normale Chipkarte abgerechnet _____ 11

Gestationsdiabetes-Screening: Abrechnung vorerst per Kostenerstattung für Leistung und Sachmittel _____ 12

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet _____ 13

Qualität

Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung _____ 14

Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik _____ 15

Seminar zum Datenschutz in der Praxis /

Lehrgänge zur Aufbereitung von Medizinprodukten /

Neu nach QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen _____ 16

Brennpunkt Arznei

Robert-Koch-Institut warnt vor lückenhaftem Impfschutz _____ 17

Arzneimittelkommission bekräftigt Anwendungsempfehlung von Fentanylpflastern _____ 18

Forum

KV Hamburg fördert allgemeinärztliche Weiterbildung mit 1,5 Millionen Euro /

Dr. Wolfgang Wesiack bleibt BDI-Präsident _____ 20

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik _____ 21

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung _____ 22

Terminkalender _____ 23

Nachgefragt

■ Dürfen Krankenhäuser für ambulante Sprechstunden eine Einweisung verlangen?



Die Krankenhäuser können den Patienten verschiedene Behandlungsformen anbieten. Ambulante Leistungen können im Krankenhaus durch einen ermächtigten Arzt, eine ermächtigte Einrichtung, im Rahmen einer Zulassung nach § 116b SGB V oder als ambulante Operationen durchgeführt werden. Hierfür ist vom Vertragsarzt eine Überweisung auszustellen. Kann das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung erreicht werden, muss Krankenhausbehandlung verordnet werden. Hierfür wird vom Vertragsarzt eine Einweisung ausgestellt. In diesen Fällen hat das Krankenhaus auch die Möglichkeit, Patienten vorstationär zu behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten.

*Dr. Claudia Brase,
Geschäftsführerin der
Hamburgischen Kranken-
hausgesellschaft*



Wenn Krankenhäuser ohne rechtliche Grundlage ambulante Sprechstunden einrichten und als Zugangsvoraussetzung einen stationären Einweisungsschein verlangen, ist dies ungesetzlich. Im Einzelfall kann das sogar einen Anfangsverdacht auf bewusst falsche Abrechnung darstellen. Vertragsärzte, die von ihren Patienten in diesen Fällen um eine stationäre Einweisung gebeten werden, können das Ausstellen einer Einweisung verweigern.

*Dina Michels,
Leiterin der Prüfgruppe
Abrechnungsmanipulation
der KKH-Allianz*



Für ambulante Leistungen dürfen Krankenhäuser keine Einweisung verlangen. Niedergelassene Fachärzte müssen aber im Einzelfall mit einem Krankenhausarzt über das Vorgehen bei bestimmten Patienten beraten können, um Heilverfahren ambulant und stationär besser zu verzahnen. Sie müssen diese Patienten im Krankenhaus vorstellen können – und das geht derzeit nur über eine Einweisung. Deshalb wäre es angebracht, diese sinnvolle Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Medizin aus der juristischen Grauzone herauszuholen und einen legalen Weg zu finden.

*Dr. Jochem Schmidt,
Facharzt für Chirurgie in
Hamburg-Altstadt*

In der Grauzone

- Immer wieder werden Vertragsärzte von ihren Patienten gebeten, unzulässige Einweisungen oder Überweisungen auszustellen. Verantwortlich dafür sind offenbar Krankenhausmitarbeiter, die sich nicht an die Spielregeln halten.

Eigentlich ist alles ganz einfach: Muss ein Patient stationär behandelt werden, braucht er eine Einweisung. Will man ihn zur ambulanten Behandlung weiterüberweisen, wird das in der Regel per Überweisung geschehen. Doch wenn Patienten in die Praxis kommen und Überweisungsscheine für prästationäre Versorgung verlangen oder Einweisungsscheine für ambulante Spezialsprechstunden in ein Krankenhaus, geraten viele Vertragsärzte ins Grübeln. Darf ich das? Und: Will ich mir all den vorhersehbaren Ärger einhandeln, der auf mich zukommt, wenn ich mich weigere, den Schein auszustellen? Hört man sich unter Vertragsärzten um, kristallisieren sich drei Varianten des Umgangs mit Einweisungen und Überweisungen heraus, die problematisch sind und offenbar immer wieder vorkommen.

Variante 1: Einweisung plus Überweisung

Fordert ein Krankenhaus neben einer Einweisung eine Überweisung, ist das unzulässig. Die Rechtslage ist klar: Sobald der Vertragsarzt entscheidet, dass der Patient stationär behandelt werden muss, hat das Krankenhaus den Fall mitsamt aller prä- und poststationärer

Leistungen anhand der Einweisung stationär zu behandeln. Das Krankenhaus darf deshalb weder die Kosten für das Aufnahmegespräch noch für andere prästationäre Leistungen mit Hilfe einer zusätzlichen Überweisung in den vertragsärztlichen Bereich verlagern. Prästationäre Leistungen an Vertragsärzte zurückzudelegieren, ist unzulässig – egal ob es sich um externe Vertragsärzte, um Krankenhausärzte mit Vertragsarztsitz oder um die Mitarbeiter des eigenen Krankenhaus-MVZ handelt. Im letztgenannten Fall bestünde die Gefahr einer Doppelabrechnung: einmal die Pauschale für die Krankenhausbehandlung, in der die prästationären Leistungen ja enthalten sind, und zum anderen das Honorar aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung via MVZ.

Der Vertragsarzt ist der Lotse im Gesundheitssystem. Er entscheidet, wann eine stationäre Aufnahme angezeigt ist. Er darf allerdings nur ins Krankenhaus einweisen, wenn er zu der Auffassung gelangt ist, dass die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung erschöpft sind. Die Abklärungsuntersuchungen, die notwendig sind, um diese Entscheidung zu treffen, werden im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt - entweder

vom behandelnden Vertragsarzt selbst, von einem anderen Vertragsarzt oder im Rahmen einer ambulanten Behandlung aufgrund einer Ermächtigung. Bei der Einweisung stellt der Vertragsarzt dem Krankenhaus die Untersuchungsergebnisse zur Verfügung, die ihm vorliegen.

Dem Krankenhaus obliegt dann die Kontrolle dieser Entscheidung. Es führt eine Indikationsprüfung durch („Ist das tatsächlich ein stationärer Fall?“) und übernimmt alle Leistungen, die für die stationäre Behandlung und gegebenenfalls für die Durchführung einer Operation notwendig sind.

Auf Grundlage der Einweisung werden dem Krankenhaus folgende Leistungen vergütet:

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

Fortsetzung auf S. 6 

- Poststationäre Behandlung (muss innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Patienten erfolgen)

Das Krankenhaus kann Teile der prä- oder poststationären Behandlung an einen Dritten, zum Beispiel einen Vertragsarzt, delegieren. Der Vertragsarzt kann diese Leistungen dann aber nicht über die KV abrechnen, sondern muss sich mit dem Krankenhaus über das Entgelt einigen.

Die Realität sieht oft anders aus: Viele Vertragsärzte berichten, dass frischoperierte Patienten zu ihnen in die Praxis kommen,

um die Fäden ziehen, alle Wundkontrollen und Verbandswechsel vornehmen zu lassen. „Das ist inzwischen für uns eine kostspielige Angelegenheit“, sagt Dr. Silke Lüder, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bergedorf. „Wir benötigen teuer sterilisierte Instrumente, bezahlen das Verbandsmaterial und die Arbeit und bekommen dafür im Budget von 31 Euro Regelleistungsvolumen nichts. Diese Leistungen müssten eigentlich die Krankenhäuser bezahlen.“

Variante 2: Spezialsprechstunden

Dabei zeigen Krankenhäuser bisweilen durchaus Interesse daran, ihre Patienten nach einer Operation wiederzusehen.

Der KV liegt das Schreiben eines Hamburger Krankenhauses vor, in dem ein Patient aufgefördert wird, einmal pro Jahr in der Ambulanz vorstellig zu werden, um den Erfolg einer zurückliegenden Operation und den Status einer Erkrankung kontrollieren zu lassen. Es handle sich um eine Maßnahme zur „Qualitätssicherung“, so das Krankenhaus. Der erste Termin sei bereits festgesetzt worden. „Sie benötigen dafür eine Einweisung des Hausarztes.“

Das Problem ist: Der Vertragsarzt darf für eine klar erkennbar ambulante Versorgung im Krankenhaus keine Einweisung ausstellen. Die Krankenhauseinweisung ist Fällen vorbehalten, in denen nach Auffassung

Wann können Vertragsärzte ins Krankenhaus überweisen?

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

Überweisung an einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte Abteilung/Ambulanz

Eine Ermächtigung wird nur ausgesprochen, wenn eine bestimmte ambulante Leistung nicht in ausreichendem Maße in der vertragsärztlichen Versorgung angeboten wird. Das Leistungsspektrum des ermächtigten Arztes beziehungsweise

der ermächtigten Abteilung/Ambulanz ist je nach Ermächtigungsumfang begrenzt. Von diesem Ermächtigungsumfang hängt auch ab, welche Fachgruppen überweisen können. Der Überweisungsempfänger ist namentlich zu benennen. Der ermächtigte Arzt muss die Leistungen persönlich erbringen. Der ermächtigte Arzt beziehungsweise die ermächtigte Abteilung/Ambulanz rechnet mit der KV ab.

Die ermächtigten Ärzte/Abteilungen/Ambulanzen finden Sie in der Arztsuche auf der Homepage der KV Hamburg. Bitte auf www.kvhh.de im Mitgliederportal einloggen (links oben), auf

„KVH erweiterte Arztsuche“ klicken und dann nochmals auf „Ermächtigungen“.

Sollten Sie Benutzernamen und Passwort für das Mitgliederportal vergessen haben, hilft Ihnen gern das Infocenter weiter: Tel: 22802-900

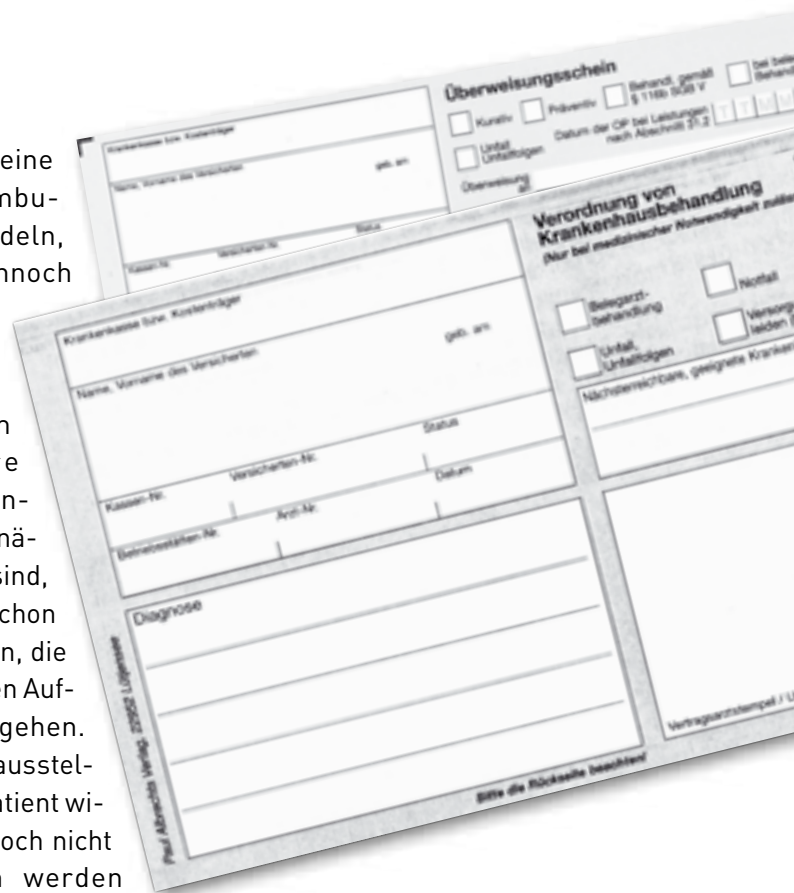
Überweisung an die Hochschulambulanz (Poliklinik) des UKE

Der Überweisungsschein wird ausschließlich auf „Hochschulambulanz (Poliklinik)“ ausgestellt - ohne Nennung einer Fachabteilung. Die Untersuchung und Behandlung des Patienten an der Hochschulambulanz darf nur in dem für

des Vertragsarztes eine stationäre Behandlung notwendig ist. Immer wieder berichten Vertragsärzte von Krankenhaus-Entlassungsberichten, in denen steht: Bitte stellen Sie den Patienten demnächst im Krankenhaus-MVZ oder in der Krankenhaus-Sprechstunde wieder vor.

Das Krankenhaus-MVZ kann auf Überweisung tätig werden und solche Leistungen immerhin legal abrechnen (wobei zu fragen wäre, welche Vorteile das MVZ gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt zu bieten hätte). Fordert das Krankenhaus jedoch eine Einweisung für ambulante Sprechstunden, läuft vermutlich etwas schief. Das kann nämlich bedeuten: Das Kran-

kenhaus hat keine Zulassung, ambulant zu behandeln, bietet aber dennoch ambulante Leistungen an. Könnte es sich dabei um prästationäre Leistungen handeln? Prästationäre Leistungen sind, wie der Name schon sagt, Leistungen, die einer stationären Aufnahme vorausgehen. Sollte sich herausstellen, dass der Patient wieder Erwarten doch nicht aufgenommen werden muss, werden die prästationären Leistungen auf



Fortsetzung auf S. 8

Forschung und Lehre notwendigen Umfang erfolgen. Das Krankenhaus rechnet nicht über die KV ab, sondern erhält von der Krankenkasse eine Pauschale. In dieser Pauschale sind alle Leistungen enthalten, die bei dem überwiesenen Patienten durchgeführt werden müssen und im Universitätskrankenhaus möglich sind. Für einige dieser Leistungen nochmals einen gesonderten Überweisungsschein eines Vertragsarztes anzufordern, ist nicht zulässig.

Überweisung zur ambulanten Behandlung nach § 116 b SGB V
Die Zulassung von Kran-

kenhäusern für eine ambulante Behandlung bestimmter schwerer und seltener Krankheiten wird von der Gesundheitsbehörde erteilt. Der Überweisungsempfänger muss namentlich benannt sein. Außerdem muss „Behandlung nach § 116b“ auf der Überweisung vermerkt sein.

„Überweisung“ zum ambulanten Operieren im Krankenhaus

Zugangsvoraussetzung zu ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V ist weder Einweisung noch Überweisung. Es schadet aber nicht, wenn ein Vertragsarzt

eine Überweisung zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus ausstellt - quasi als „Laufzettel“. Der Überweisungsempfänger muss dabei nicht namentlich benannt sein. Die ambulante Operation wird direkt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet. Zusätzlich erforderliche Leistungen aus den Fachgebieten des Operateurs und des Anästhesisten, die das Krankenhaus nicht selbst durchführen kann, oder zusätzlich erforderliche Leistungen außerhalb dieser Fachgebiete werden per Überweisungsschein von einem Vertragsarzt angefordert.

Basis des Einweisungsscheins als Krankenhausleistungen vergütet.

"Wiedervorstellungstermine", "Kontrolltermine", "Spezialsprechstunden" und alle anderen von vornherein als ambulant erkennbare Leistungen an Krankenhäusern sind jedoch keine prästationären Leistungen und dürfen nicht als solche abgerechnet werden.

Verhält sich der Vertragsarzt vorschriftsmäßig und verweigert eine Einweisung für solche Leistungen, kann das zu heftigen und emotionalen Diskussionen in den Praxen führen. „Die Patienten reagieren verwirrt, hilflos und fühlen sich im Stich gelassen“, berichtet Dr. Jasper Kiehn, Mitarbeiter der Patientenberatung der Ärztekammer und der KV Hamburg. „Sie fragen nach dem rechtlichen Rahmen für die Behandlung und gewinnen den Eindruck, dass die Leistung unter den Vorbehalt einer für den Leistungserbringer günstigen beziehungsweise korrekten Ab-

rechnungsmöglichkeit gestellt wird, was die Behandlung zu mindest verzögert.“

Wurde die Leistung bereits erbracht, steht der Patient möglicherweise ebenfalls unter Druck – wenn er im Krankenhaus unterschreiben musste, innerhalb einer bestimmten Frist eine Einweisung nachzureichen oder das Honorar privat zu bezahlen. Auch dies soll nach Darstellung von Vertragsärzten vorkommen – und bringt die Praxis in ein schwer lösbares Dilemma.

Krankenhäuser sind grundsätzlich nicht für die ambulante Versorgung zugelassen. „In Hamburg ist das Netz der Spezialisten sehr dicht“, sagt Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg. „Da bräuchte ein Aufbau von ambulanten Parallelstrukturen in den Krankenhäusern gar keine Vorteile.“ Sollte eine Leistung von den Vertragsärzten nicht in ausreichendem Umfang angeboten werden, ermächtigt der Zulassungsausschuss geeignete Krankenhausabteilungen oder Krankenhausärzte. In diesem

Fall können spezielle ambulante Leistungen – ganz legal – auf Überweisung im Krankenhaus erbracht und über die KV abgerechnet werden (siehe Kasten Seite 6).

Variante 3: Doppelte Einweisung

Eine Einweisung ist grundsätzlich gültig, bis der Behandlungsfall vom Krankenhaus abgeschlossen wird. Bisweilen kommt es vor, dass ein Krankenhaus einen zweiten Einweisungsschein anfordert, wenn die Aufnahme des Patienten nicht innerhalb der 14 Tages-Frist nach Durchführung einer prästationären Behandlung erfolgte. Der Patient steht also in der Praxis, soll nun endlich stationär aufgenommen werden – und erfährt vom Vertragsarzt, dass es unzulässig ist, ein zweites Mal einen Einweisungsschein für denselben Behandlungsfall auszustellen, und dass es Sache des Krankenhauses ist, dafür zu sorgen, dass die 14-Tages-Frist eingehalten wird. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, sich vorzustellen, dass der Vertragsarzt auch in diesem Fall nicht mit dem vorbehaltlosen Verständnis des Patienten rechnen kann.

mn



Patienteninformation

„Einweisung oder Überweisung“

Die KV hat einen Patienten-Flyer zum Unterschied zwischen Einweisung und Überweisung ins Krankenhaus erstellt. Der Flyer liegt im Formularraum der KV aus. Man kann ihn auch selbst aus dem Internet herunterladen und ausdrucken: www.kvhh.de → Medien & Publikationen → Patienteninformationen

Was sind Ihre Erfahrungen zu diesem Thema? Wir freuen uns über Rückmeldungen.

E-Mail: redaktion@kvhh.de

Tel: 22802-655

Beratung:

Infocenter, Tel. 22802-900

Abteilung Praxisberatung,

Tel: 22802-571/-572

Tag der Niedergelassenen



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



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum
Tag der Niedergelassenen am 13. Juni 2012 in das Berliner ICC.

14 Uhr: Versorgung sichern für die Zukunft – die neue Bedarfsplanung
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

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

Info-Markt der KVen + Politische Diskussion + täglich 13.00–14.00 Uhr Speakers' Corner

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

| | Ja, wir nehmen teil. | Teilnehmerzahl |
|---|--------------------------|----------------|
| 12.00–13.30 Uhr Eine Welt: Praxis und Familie vereinbaren | <input type="checkbox"/> | |
| 12.00–13.30 Uhr Richtig investieren in die eigene Praxis | <input type="checkbox"/> | |
| 12.00–13.30 Uhr Delegation statt Substitution: Zusammenarbeit im Team | <input type="checkbox"/> | |
| 16.00–17.30 Uhr Rundum sicher: Hygiene in Arztpraxen | <input type="checkbox"/> | |
| 16.00–17.30 Uhr Herausforderung Pflege: ärztliche Versorgung von Heimpatienten | <input type="checkbox"/> | |
| 16.00–17.30 Uhr IT in der Arztpraxis: Möglichkeiten und Grenzen der neuen Techniken | <input type="checkbox"/> | |

Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal sowie für Medizinstudenten und PJ-ler. Melden Sie sich bis zum **6. Juni 2012** hier an:

Vor- und Nachname: _____

Geschlechtsnummer/Matrikelnummer: _____

Straße, Hausnummer: _____

Doppelzahl, Ort: _____

KV-Jugendorgans/Univernität: _____

Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname: _____

Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname: _____

Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname: _____

Faxanmeldung an 030/498590-30
oder online über www.hauptstadtkongress.de/tdn
KVH-Journal 6/12

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

**am 13. Juni 2012
im ICC Berlin**



**Hauptstadtkongress 2012
Medizin und Gesundheit**

13. bis 15. Juni 2012
im ICC Berlin

Medienpartner:

ÄRZTE & ZEITUNG



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 haben gehört, dass für die Impfung gegen Rotaviren die Sondernummer 89935 in Ansatz gebracht werden kann. Stimmt das?*

Ja, allerdings nur im Rahmen des Hausarztvertrages der AOK Rheinland/Hamburg mit der KV und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Um die Sondernummer abrechnen zu können, muss sowohl der Kinder- und Jugendarzt als auch das zu impfende (in der AOK-Rheinland/Hamburg versicherte) Kind im Hausarztvertrag eingeschrieben sein.

2 *Im ärztlichen Haupt- und Reservedienst (fahrender Notdienst) kommt es vor, dass der Patient, zu dem ich gerufen wurde, nicht anwesend ist,*

wenn ich eintreffe. Gibt es für diesen Fall eine Leistung, die trotzdem über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden kann?

Ja, sie können den Hausbesuch nach der GOP 01411 EBM abrechnen.

Bedenken Sie aber bitte, dass die Leistung nur über die Krankenkasse abgerechnet werden kann, wenn Ihnen die Patientendaten der Krankenkasse vorliegen. Sie müssten den Patienten also zu einem späteren Zeitpunkt kontaktieren, damit Sie die Daten erfragen können. Zusätzlich ist der Patient verpflichtet, die Kassengebühr im Notfall zu entrichten. Wenn Sie keine Auskunft über die Daten des Patienten erhalten, können Sie

ihm die entstandenen Kosten privat in Rechnung stellen.

3 *Wir haben gehört, dass wir die für die Krankenkassen bestimmten Durchschläge der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die KV schicken können, von wo aus sie weitergeleitet werden. Ist das richtig?*

Ja, aber nur bei einigen Kassen. Sie können die Durchschläge der AOK, IKK, Knappschaft, LKK Hannover, LKK Gartenbau (Kassel), LKK Schleswig-Holstein und der Sozialbehörde an die KV schicken. Die Umschläge hierfür stellen wir Ihnen in unserem Formularraum zur Verfügung. Sie sind jedoch nicht verpflichtet, diesen Service für Ihre Patienten zu erbringen.



Foto: NuStock/istockphoto.com

Checkliste für das Schnittstellenmanagement

- Ungeklärte Zuständigkeiten können beim Übergang zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu Problemen führen. Experten haben eine Organisationshilfe erarbeitet.

Trotz einer guten medizinischen Versorgung kann es beim Wechsel eines Patienten aus der ambulanten Versorgung in die Klinik sowie nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus zu Organisationsproblemen kommen. Informationen können verloren gehen, Wirkungs- und Qualitätsverluste hinsichtlich Diagnostik und Therapie mit vermeidbaren Folgen wie eine unbegründete Änderung der Medikation sind möglich.

Zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung kann ein gutes Schnittstellenmanagement beitragen. Aus diesem Grund haben Bundesärztekammer (BÄK) und KBV eine interdisziplinäre Expertengruppe eingesetzt, die unter Moderation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entsprechende Empfehlungen entwickelte.

Als Ergebnis dieser Zusammenarbeit wurden Checklis-

ten zur ärztlichen Orientierungshilfe erarbeitet und in erster Auflage verabschiedet. Sie orientieren sich unter anderem an der Stellungnahme der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der BÄK. Ihre Anwendung ist jedem Arzt freigestellt.

Die Checkliste im Internet: www.aeqz.de → *Publikationen* → *Checklisten* → *Sektorenübergreifende Versorgung*

Asylbewerber werden ab Juli über Chipkarte abgerechnet

In Hamburg lebende Asylbewerber erhalten ab 1. Juli 2012 eine Chipkarte der AOK Bremen/Bremerhaven. Von den Vertragsärzten erbrachte Leistungen können dann ganz normal über die Chipkarte ab-

gerechnet werden. Die bisherigen genutzten Behandlungs-/Abrechnungsscheine verlieren ab 1. Juli ihre Gültigkeit.

Die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erforderli-

chen Leistungseinschränkungen werden durch die AOK sichergestellt. Das gilt aber nur für Behandlungen, die der Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse bedürfen.

Gestationsdiabetes-Screening

■ Abrechnung vorerst per Kostenerstattung für Leistung und Sachmittel

Seit dem 3. März 2012 ist das Gestationsdiabetes-Screening in die Mutterschaftsrichtlinie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Die Richtlinie sieht nunmehr vor, dass allen Schwangeren am Ende des zweiten Trimenons als Suchtest ein 50 g Glucosebelastungstest angeboten wird. Fällt dieser Test positiv aus, erfolgt ein Bestätigungstest. Dieser besteht aus drei Blutzuckerbestimmungen aus Venenblut (nüchtern und jeweils eine und zwei Stunden nach 75 g Glucosebelastung). Die Weiterbetreuung der Schwangeren erfolgt in Zusammenarbeit mit diabetologisch qualifizierten Ärzten.

Die zur Abrechnung gegenüber den Krankenkassen notwendigen Gebührenordnungspositionen (GOP) sind aber noch nicht in den EBM aufgenommen worden. Die Abrechnung des Gestationsdiabetes-Screenings erfolgt daher auf Basis der GOÄ,

wobei die Versicherten einen Anspruch auf Kostenerstattung gegen ihre Krankenkasse haben (siehe hierzu auch den Artikel „Neue Leistung: Was tun wenn es noch keine Abrechnungsziffer gibt?“ im KVH-Journal 4/2012, Seite 24).

Bislang noch nicht eindeutig geklärt war die Frage, wie die benötigten Testsubstanzen (Glucose 50g bzw. 75 g/gebrauchsfertiger Glucoseprobetrunke) bis zur Einführung der EBM-Ziffern abgerechnet werden sollen. Die KBV hat nun mitgeteilt, dass sämtliche Leistungen im Zusammenhang mit dem Gestationsdiabetes-Screening bis zur Einführung der EBM-Ziffern im Wege der Kostenerstattung zu erbringen sind. Das betrifft auch die notwendigen Testsubstanzen, da eine Trennung von ärztlicher Leistung und Sachmittelbezug nicht möglich ist. Überdies werden nach Informationen der KBV die Sachmittel zukünftig mit der Vergütung der EBM-Ziffern abgegolten sein.

Ein Bezug der Glucose bzw. Glucoselösungen zur Durchführung der beiden Tests im Rahmen des Screenings über Sprechstundenbedarf ist also nicht (mehr) möglich. Der Glucosetoleranztest zur weiteren Abklärung bei medizinischem Verdacht auf Diabetes kann

selbstverständlich weiter über Sprechstundenbedarf angefordert werden.

Um Regresse zu vermeiden, sollte die Verwendung der im Sprechstundenbedarf angeforderten Glucoselösungen zur Sicherheit entsprechend dokumentiert werden.

Sofern Sie in Ihrer Praxis die Glucosetestlösungen selbst herstellen oder herstellen möchten, handelt es sich dabei nach dem Arzneimittelgesetz um einen anzeigepflichtigen Vorgang. Eine Praxis kommt dieser Anzeigepflicht dadurch nach, dass sie ein entsprechendes Formular einmalig ausfüllt und der Gesundheitsbehörde Hamburg per Post oder per Telefax (Telefaxnummer: 040/427310017) vor der Herstellung zuschickt. Das entsprechende Formular der Gesundheitsbehörde Hamburg finden Sie auf der Internetseite www.hamburg.de/arzneimittel. Dort sind unter den Rubriken „Arzneimittelherstellung durch Ärzte“ und „Formblatt zur Anzeige gem. § 67 AMG und Selbsterklärung zur Ausnahme gem. § 13 Abs. 2b AMG“ ein Merkblatt und das Formblatt zu finden.

*Ansprechpartner
Abteilung Praxisberatung,
Tel: 22802-571/-572
Infocenter, Tel: 22802-900*



Foto: Klaus Eppete/fotolia.com

Amtliche Veröffentlichung

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

I. Erratum zur amtlichen Veröffentlichung der

- QZV-Liste für das 2. Quartal 2012 und der
- RLV-Arztgruppenliste für das 2. Quartal 2012

im KVH Journal Nr. 4 vom 30. März 2012:

Die Quartalsbezeichnung in den vorgenannten Listen wird vom 1. Quartal 2012 in [richtig] 2. Quartal 2012 geändert.

II. Hinweis: Das Unterschriftenverfahren für folgende Verträge ist nun abgeschlossen:

- **Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V** zwischen der KV Hamburg und der BKK vor Ort über die **Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen bei Auslandsreisen** nach § 20d Absatz 2 SGB V mit Wirkung ab dem 1. April 2012.
- **2. Nachtrag zur Ergänzungsvereinbarung** zwischen der KV Hamburg und der Techniker Krankenkasse über die **Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV)** vom 14. September 2007 i.d.F. des 1. Nachtrages vom 21. Januar 2009 mit Wirkung ab dem 1. April 2012.
- **Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V** zwischen der KV Hamburg und der Novitas BKK über die **Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen bei Auslandsreisen** nach § 20d Absatz 2 SGB V mit Wirkung ab dem 1. April 2012.

III. neu abgeschlossene Verträge

- **3. Nachtrag (Schutzimpfung gegen Rotaviren)** zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg mit Wirkung ab 1. Januar 2012
- **4. Nachtrag zum Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme** nach § 137f SGB V Asthma sowie COPD mit Wirkung ab 15. Januar 2012
- **Vertrag gem. § 73a SGB V über die Durchführung einer Auflichtmikroskopie im Rahmen einer Hautkrebsvorsorge-Untersuchung** mit der HEK ab 1. April 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, Tel. 22802-900



Foto: Bäckersjunge/fotolia.com

Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung

Zum 1. April 2012 ist eine Qualitätssicherungs-Vereinbarung für Leistungen zur Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten in Kraft getreten. Die Regelungen betreffen die zum 1. Januar neu in den EBM aufgenommenen Ziffern 09372 bis 09375 und 20372 bis 20375. Die Vereinbarung definiert Anforderungen an fachliche Befähigung und Praxisausstattung, die Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen sind. Außerdem ist festgelegt, wie das Genehmigungsverfahren abläuft und welche Angaben man zum Zweck der Qualitätssicherung dokumentieren

muss. Angaben zur Hörgeräteverordnung und -abnahme müssen ab 1. Januar 2013 elektronisch übermittelt werden.

Antragsberechtigt sind Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie).

Weitere Informationen zur Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung: www.kvhh.de → *Qualität*

Ansprechpartner:

Susanne Keller, Tel: 22 802-494

E-Mail: susanne.keller@kvhh.de

Cornelia Wehner, Tel: 22 802-602

E-Mail: cornelia.wehner@kvhh.de

Eine Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Hörgeräteversorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern wird derzeit zwischen den Partner der Bundesmantelverträge verhandelt. Diese Vereinbarung soll zum 1. Juli 2012 in Kraft treten.

Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik

Für molekulargenetische Untersuchungen bei schweren Erbkrankheiten gelten ab dem 1. April 2012 zusätzliche Qualitätsanforderungen. Ärzte, die Leistungen des neu in den EBM aufgenommenen Unterabschnitts 11.4.2 erbringen und abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung der KV Hamburg. Voraussetzung ist die Erfüllung bestimmter Anforderungen. Diese betreffen die fachliche Befähigung, die Indikationsstellung sowie die Durchführung, Organisation und Dokumentation der Untersuchungen. Dazu gehört auch die Erstellung einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik, in der die Untersuchungen dokumentiert werden.

Antragsberechtigt sind Fachärzte für Humangenetik,

Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und für ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin. Die GOP 11430 ist darüber hinaus auch für (Neuro-) Pathologen abrechnungsfähig.

Für Ärzte, die nicht den vorgenannten Facharztgruppen angehören und die vor der Einführung der molekulargenetischen Stufendiagnostik in den EBM regelmäßig molekulargenetische Untersuchungen nach den GOP 11320 bis 11322 EBM als Auftragsleistung erbracht haben, gibt es eine Übergangsregelung. Bei ihnen gilt die fachliche Befähigung als nachgewiesen, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten

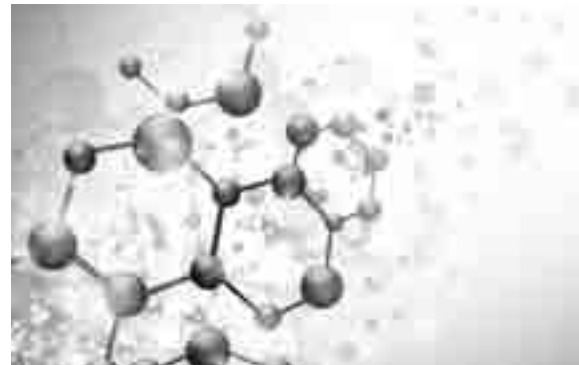


Foto: Nadezda Razvodovska/fotolia.com

der Vereinbarung einen Antrag auf Genehmigung bei der KV gestellt haben.

Weitere Informationen zur Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik:

www.kvhh.de → *Qualität*

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

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

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

Tel: 040/202 299 222

| | |
|-----------------|--------------------|
| Montag-Dienstag | 9-13 und 14-16 Uhr |
| Mittwoch | 9-12 und 14-16 Uhr |
| Donnerstag | 9-13 und 14-18 Uhr |
| Freitag | 9-12 Uhr |



Foto: Alex Raahs/stockphoto.com

Datenschutz-Seminar im Ärztehaus

Am 6. Juni findet ein Seminar zum Datenschutz im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems QEP statt. Es sind noch Restplätze frei.

Die Wahrung der Schweigepflicht und der Datenschutz haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. In diesem

Seminar werden die Teilnehmer mit allen technischen und organisatorischen Aspekten des Datenschutzes vertraut gemacht. Sie erhalten einen Überblick zu den gesetzlichen Grundlagen, zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten, zu den Anforderungen an Diskretion in der Arztpraxis

und den Umgang mit Patientendaten.

Termin: Mittwoch, 6.6.2012 (9.30 bis 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: 149 Euro inkl. Verpflegung
Ort: Ärztehaus Hamburg, Humboldtstraße 56
Fortbildungspunkte: 10

Lehrgänge zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Die Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) bietet Qualifizierungsmaßnahmen für die Aufbereitung von Medizinprodukten an. Die Lehrgänge werden von Bildungstätten durchgeführt, die von der DGSV anerkannt sind.

Qualifizierungen nach den Regeln der DGSV entsprechen den Anforderungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zur Instandhaltung von Medizinprodukten und werden von den Aufsichtsbehörden anerkannt.

Die Anmeldung erfolgt direkt bei den Bildungsstätten.

Nähere Infos auf der Website der DGSV:
www.dgsv-ev.de → *Fach- und Sachkunde* → *Termine* → *Sachkunde*

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

| Praxis | Fachrichtung | Zertifizierungsdatum |
|--|-----------------------|---------------------------------|
| Kersten Freytag Fuad Ibrahim Dr. med. Knud Schulze | Praktisch / Allgemein | zertifiziert im September 2011 |
| Dr. med. Thomas Graf v. Rothenburg et al. | Diagn. Radiologie | rezertifiziert im November 2011 |
| Dr. med. Maria Höhle | Orthopädie | rezertifiziert im Januar 2012 |

*Ansprechpartnerin für
 Fragen zu Qualitätsmanagement:
 Ursulan Gonsch, Tel: 22802-633*





Foto: Dan Race/fotolia.com

Robert-Koch-Institut warnt vor lückenhaftem Impfschutz

Masern und Pertussis

Das Robert Koch Institut (RKI) hat an die Bedeutung des Impfschutzes für junge Erwachsene erinnert.

In einer Pressemitteilung verweist das RKI auf aktuelle Empfehlungen zur Masern-Impfung (Erwachsene nach 1970 geboren ohne ausreichenden Impfschutz) und zur Pertussis-Impfung (gemeinsam mit der nächsten fälligen Impfung gegen Tetanus und Diphtherie).

Vor allem hinsichtlich des Masernschutzes gebe es bei jungen Erwachsenen noch deutliche Impflücken, so das RKI. Diese gelte es zu schließen, da die Erkrankungsrate für Masern 2011 im Vergleich zu 2010 deutlich angestiegen sei. „Masern sind eine der ansteckendsten Erkrankungen, die wir kennen“, betont Reinhard Burger, Präsident des RKI, „und sie sind nicht harmlos.“

Auch bei Jugendlichen sei der Impfschutz gegen Masern lückenhaft. Versäumte Impfungen sollten unbedingt nachgeholt werden. Bis zum 18. Geburtstag sind diese nachgeholtene Impfungen Pflichtleistungen der Krankenkasse!

Weitere Informationen zur Masernsituation in Deutschland und zur Frage, warum der Impfschutz vor allem auch in Hinblick auf Massenveranstaltungen wie der Fußball-Europameisterschaft in der Ukraine und der Olympiade in England wichtig ist, finden Sie in einer Stellungnahme des RKI auf der Homepage der KV Hamburg: www.kvhh.de → *Versorgung* → *Prävention* → *Schutzimpfung*

Weitere Impfungen und Impfzielgruppen

Besonderer Aufmerksamkeit bedarf nach Auffassung des RKI die HPV-Impfempfehlung

für Mädchen von 12 bis 17 Jahren. Das RKI sieht seine diesbezügliche Impfempfehlung durch neuere Studiendaten und die weltweite Anwendung der Impfung bestätigt.

Wichtige Impfzielgruppen sind auch Personen mit Migrationshintergrund und hier besonders die neu zugewanderten Kinder. Studien haben gezeigt, dass die Impfquoten dieser Personen oft unterdurchschnittlich sind. Für diesen Personenkreis wird deshalb empfohlen, den Impfstatus unbedingt zu prüfen und gegebenenfalls zu vervollständigen. Zur Unterstützung gibt es jetzt den Impfkalender in 15 Sprachen übersetzt. Er kann abgerufen werden unter der Internetadresse: www.rki.de/impfkalender

*Ansprechpartnerin:
Abteilung Praxisberatung
Regina Lilje, Tel. 22802-498*



Leichtfertige Verordnung von Fentanylplastern?

■ Arzneimittelkommission bekräftigt Anwendungsempfehlung: Das Mittel eignet sich vor allem für Patienten mit chronischen Schmerzen - wenn andere Therapien nicht ausreichend wirksam sind.

Bei der Verordnung von Fentanylplastern beachten die Ärzte nicht immer die Empfehlungen für eine sichere Anwendung. Darauf wies die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft hin (*Deutsches Ärzteblatt* 6.4.2012) und bezog sich auf eine Studie des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). Anhand von Krankenkassendaten wurden unter 14 Millionen Versicherten aus ganz Deutschland etwa 35.000 Patienten identifiziert, die im Untersuchungszeitraum von zwei Jahren erstmalig ein Fentanylplaster verordnet bekamen. Bei der Auswertung der Daten zeigte sich:

- Nur bei etwa einem Drittel der Erstanwender lag eine Tumorerkrankung vor.
- Mehr als 84,5 Prozent der Erstanwender waren opioidnaiv. Bei einem Viertel dieser Patienten waren Fentanylplaster das erste Analgetikum, das überhaupt ärztlich verordnet wurde (rezeptfreie Analgetika konnten in der Studie nicht erfasst werden).
- Bei 72,5 Prozent der Patienten, die erstmalig ein Fentanylplaster anwendeten, gab es bei den Diagnosen keine Hinweise auf mögliche Probleme bei einer oralen Einnahme.
- Bei der Hälfte der Patienten wurden Fentanylplaster nur ein einziges Mal verordnet.

Fentanylplaster werden also in Deutschland oft als Analgetikum der ersten Wahl eingesetzt, obwohl andere Mittel eventuell besser geeignet wären. Der hohe Anteil von einmaligen Verordnungen spricht zudem dafür, dass sie – trotz Kontraindikation – auch bei akuten Schmerzen angewendet werden. Die zum Teil hohen Dosierungen, die bei opioidnaiven Patienten eingesetzt werden, gehen mit einem erhöhten Risiko vor allem für ältere und multimorbide Patienten einher.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bekräftigt deshalb ihre Hinweise zur fachgerechten Anwendung:

- Stark wirksame Opioide sind indiziert, wenn Nichtopioidanalgetika, schwach wirkende Opioide oder deren Kombination nicht ausreichend wirksam sind (WHO-Stufenschema). Vor Anwendung eines Fentanylpflasters sollte geprüft werden, ob ein stark wirksames Opioid oder eher eine andere analgetische Therapie indiziert ist.
 - Fentanylpflaster eignen sich vor allem für Patienten mit chronischen Schmerzen und stabilem Opioidbedarf, die ein orales Opioid nicht einnehmen können.
 - Fentanylpflaster bilden ein Wirkstoffdepot in den oberen
- Hautschichten. Die Wirkung tritt erst mit einer Latenz von 12 bis 24 Stunden ein, daher ist die Verabreichung bei akuten Schmerzen nicht sinnvoll.
 - Empfehlungen zur Ersteinstellung opioidnaiver Patienten mit einem Fentanylpflaster findet man in der Fachinformation.
 - Wärmeeinwirkung (z. B. Sonnenbestrahlung, Sauna, heißes Duschen) kann die Wirkstoffaufnahme verstärken und zur Überdosierung führen.
 - Patienten sollten über Zeichen einer Überdosierung aufgeklärt werden: langsame oder flache Atmung, Müdigkeit, Schläfrigkeit, Schwierigkeiten beim Denken, Sprechen oder Laufen.
 - Patienten mit Intoxikationen sollten mindestens 24 Stun-

den überwacht werden, da nach Abziehen des Pflasters noch mehrere Stunden Wirkstoff aus dem Depot freigesetzt wird.

- Fentanylpflaster müssen sicher aufbewahrt und entsorgt werden, sie dürfen nicht in die Hände von Kindern gelangen.
- Da Fentanyl hauptsächlich über das Zytochrom-P450-(CYP) 3A4 metabolisiert wird, kann die gleichzeitige Anwendung von CYP3A4-Inhibitoren zur Plasmaspiegelerhöhung führen und wird nicht empfohlen (z. B. Ritonavir, Itracozazol, Fluconazol, Clarithromycin, Verapamil, Diltiazem, Amiodaron).

*Ansprechpartnerin:
Abteilung Praxisberatung
Barbara Spies, Tel. 22802-564*

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 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*



KV Hamburg fördert allgemeinärztliche Weiterbildung mit 1,5 Millionen Euro

Ein Evaluationsbericht zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im Jahr 2010 gibt Anlass zu vorsichtigem Optimismus. KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen haben das Förderprogramm neu strukturiert. Die Förderung der Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich wurde ab Anfang 2010 auf 3500 Euro monatlich angehoben und entspricht nun in etwa den Honoraren im Krankenhaus.

In Hamburg wurden im Jahr 2010 insgesamt 3 Millionen Euro für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ausgegeben – jeweils zur Hälfte aufgebracht von der KV Hamburg und den Krankenkassen.

Die Anzahl der Ärzte, die in Hamburg eine allgemeinmedizinische Weiterbildungsstelle innehatten, ist nach einem Einbruch im Jahr 2006 wieder leicht angestiegen.

Anfang 2011 wurde in Hamburg eine Koordinierungsstelle eingerichtet, die angehenden Hausärzten bei der Organisation ihrer Weiterbildung helfen und als Vermittlungsstelle zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen dienen soll. Ob die Neustrukturierung des Förderprogramms zum Anstieg der Assistentenzahlen beiträgt, werden erst die nächsten Jahre zeigen.

Assistentenzahlen und KV-Förderung in Hamburg

| Jahr | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------------------------------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Anzahl Assistenten | 151 | 133 | 92 | 114 | 108 | 131 | 134 |
| Zuschuss der KV zum Assistentengehalt | 1 Mio | 0,9 Mio | 0,7 Mio | 0,8 Mio | 0,8 Mio | 0,9 Mio | 1,5 Mio |

Quelle: KV Hamburg

Wesiack bleibt BDI-Präsident

Dr. Wolfgang Wesiack wurde im April von den Delegierten des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) als Präsident bestätigt. Er stand bereits in den vergangenen beiden Amtsperioden an der Spitze des Verbandes und ist damit seit dem BDI-Gründer Prof. Günther Budelmann der erste BDI-Präsident, der zweimal wiedergewählt worden ist.

Wesiack ist in Hamburg niedergelassen und Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg.



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

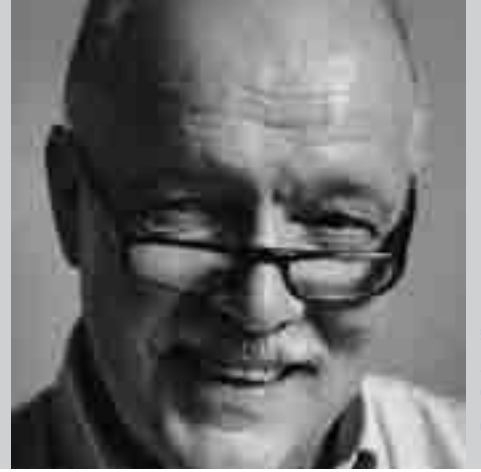


Foto: Barbara Klemm

Fremdschämen

Er ist klein, er ist putzig, und wenn man ihn in Ruhe lässt, dann sind seine bis zu 8.000 spitzen Stacheln auch nicht schlimm. Ein Igel ist wirklich ein harmloses Tier. Gefährlich wird er erst, wenn er seinen Auftritt nicht im Gebüsch, sondern in der Arztpraxis hat. Dort ist er nämlich nicht mehr nur einige hundert Gramm schwer, sondern einige Milliarden Euro.

Unter dem Decknamen „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (Igel) werden Patienten in

zunehmendem Maß mit einer bunten neuen Angebotspalette konfrontiert. Die Krankenkasse bezahle nicht mehr alles, was medizinisch sinnvoll sei, heißt die Botschaft: Sie müssen die Sache selbst in die Hand nehmen, wenn Sie etwas für ihre Gesundheit tun wollen! Dabei müssen Sie vor allen Dingen auch Ihr Geld in die Hand nehmen!

Inzwischen finden regelmäßig große Tagungen statt, bei denen Ärzte lernen, wie man am geschicktesten „igelt“, und ein Magazin namens Igel plus verzeichnet steigende Auflagen. Ganz große Spezialisten

im „Igeln“ sind Augenärzte, Frauenärzte und Orthopäden. Eine 67-jährige Patientin sitzt mir gegenüber. Sie ist verzweifelt. Sie hat seit Jahren eine schmerzhaft Kniegelenksarthrose. Sie war bei einem Orthopäden, der ihr die Vorteile einer Injektionsbehandlung mit Hyaluronsäure überzeugend darlegte. Sie erhielt acht Termine. Die jedes Mal fälligen 85

Der Behandlungsplan ist nichts anderes als eine Werbebroschüre der Pharmafirma.

Euro bezahlte sie im Voraus, an der Anmeldung, in bar. Ihr Behandlungsplan war nichts anderes als eine Hochglanzwerbebroschüre genau der Pharmafirma, die die Injektionslösung mit Hyaluronsäure herstellt. Genützt hatte ihr die Behandlung nichts. Eigentlich weiß der Orthopäde: Hyaluronsäure kommt zwar in der natürlichen Gelenkflüssigkeit vor, aber die Injektion von Hyaluronsäure in arthrotische Gelenke ist ohne jeden nachgewiesenen Nutzen. Sie ist der Gabe von Placebo nicht überlegen, schon gar nicht bei älteren Patienten mit fortgeschrittener Arthrose.

Anders gesagt: Für wie bescheuert halten Ärzte und Patienten eigentlich die Krankenkassen? Da gibt es angeblich eine Behandlung der Arthrose, an der Millionen von Patienten leiden, die mit Medikamenten, Physiotherapie und aufwändigen Operationen bis hin zum künstlichen Gelenkersatz behandelt werden müssen und Kosten in Milliardenhöhe verursachen.

Und da glauben Sie wirklich, dass eine wirksame Therapie nicht von der Krankenkasse bezahlt wird?

Vor dieser Patientin, die für solchen Unsinn mehr als eine Monatsrente bezahlt hat, schäme ich mich jedenfalls für meine Zukunft.

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

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

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Britta Manchot



Jahrgang: 31. Juli 1960

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Allgemeinmedizin

Weitere Ämter: Beratender Fachausschuss Hausärzte

Hobbys: Sprachen, Kultur und Politik, Fitness, Familie

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Da der Arztberuf in meiner Familie seit Generationen Tradition hat, war ich gut darauf vorbereitet, und meine Erwartungen haben sich erfüllt.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Meine primären Ziele sind ein drastischer Bürokratieabbau - weniger Regulierung bringt größere Effektivität - und eine deutlich bessere Honorierung durch Abbau des Selbstausbeutungsrabattes und Steigerung der Honorare auf das aktuelle Kosten- und Ertragsniveau.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Da sich die demographischen, gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse ständig entwickeln, muss auch das Gesundheitssystem ständig reformiert werden. Die Kassenärztliche Vereinigung ist eine große Errungenschaft des letzten Jahrhunderts. Sie muss einerseits gestärkt werden, andererseits diese Verantwortung aber auch umfassend und professionell zu Gunsten der Patientenversorgung und angemessenen Honorierung der Ärzte ausüben.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Ich würde sehr gern unseren Bundespräsidenten Herrn Gauck zum Tee treffen und mit ihm plaudern.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Da ich sehr viele Träume habe, reicht der Platz hier nicht aus.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 07.06.2012 (ab 20.00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Refresher-Kurs

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

Nach fünf Jahren Anwendung in der Praxis wurde das QM-System QEP überarbeitet. Das Seminar soll einerseits Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr QEP auf die neue Version umzustellen.

Mi 19.09.2012 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 180,

jeder weitere € 130

inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen

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

5-teiliges Blockseminar 2012

Teil 1: Mi 15.08.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 12.09.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 395 inkl. Verpflegung

34 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 06.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Arbeitsschutz

In einer Arztpraxis muss das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz beachtet werden. In diesem Workshop lernen Sie den Umgang mit Gefahrstoffen, wie Sie Personal und Patienten vor Unfällen schützen können und wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird.

Mi 13.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 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 das Thema dieses Seminars ab.

Mi 29.08.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

Mi 31.10.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

Mi 28.11.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

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 2. Quartal 2012

2. Juli - 16. Juli 2012

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 eMail

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



Foto: Felix Fallner