

# KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 5/2011



## "Wir fordern unsere Autonomie zurück!"

Hamburgs KV-Chefs im Interview



### **Brennpunkt Arznei**

Unabhängige Informationen  
zu neuen Medikamenten

### **Notfallmedizin**

Innovatives Konzept  
am Albertinen-Krankenhaus

### **Ausstellung**

Ärzte und KV in der Zeit  
des Nationalsozialismus

# Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den Ärzten und Psychotherapeuten bedanken, die Anfang April zum ersten Mal ihre Abrechnung online übermittelt haben. Die möglicherweise gar nicht eingesehen haben, warum die Online-Abrechnung nun verpflichtend sein soll. Und die dennoch Verständnis für die Situation der KV-Mitarbeiter aufgebracht und die gesamte Prozedur mit viel Gelassenheit und Freundlichkeit absolviert haben. Es war eine Premiere: Der Einstieg der KV Hamburg ins Zeitalter der Online-Dienste ist geschafft. Weil wir uns hohe Sicherheitsstandards auferlegt haben, war dieser Schritt nicht einfach. Ihn gemacht zu haben werden wir, denke ich, nicht bereuen.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Bollmann', written in a cursive style.

*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

Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvhh.de

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

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, [www.hqhh.de](http://www.hqhh.de)

Titelbilder: Flagge: iStockphoto.de, Portraits: Michael Zapf

Ausgabe 5 / 2011 vom 1. Mai 2011

(Redaktionsschluss: 18. April 2011)

## 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: Was erwarten Sie in der neuen Amtsperiode von der KV? _____	4
"Der Versuch, die Versorgung von Berlin aus zu organisieren, ist gescheitert." Dieter Bollmann und Walter Plassmann im Interview _____	5

## Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	10
Behörde weist auf Masernfälle in Hamburg hin _____	11
Heilmittel: Physiotherapeuten sind auf korrekte Verordnungen angewiesen – Welche Textfelder müssen ausgefüllt werden? _____	12
Einführungsphase der Kodierrichtlinie wird verlängert / ICD-Browser: Internetsuchmaschine der KBV zur richtigen Kodierung _____	17

## Qualitätssicherung

Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie / Medizinpionier leitete Fortbildung zur Sonographie der Säuglingshüfte _____	14
Patientenbefragung: So decken Sie Stärken und Schwächen Ihrer Praxis auf _____	15

## Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachung von Verträgen _____	16
------------------------------------	----

## Brennpunkt Arznei

Neue Arzneimittel: Wir fassen die unabhängigen Informationen für Sie zusammen / Stellungnahmen der Arzneimittelkommission zu Multaq® (Dronedaronhydrochlorid), Prolia® (Denosumab) und Brilique™ (Ticagrelor) _____	18
---	----

## Forum

Beratender Fachausschuss Hausärzte fordert: „Keine weiteren bürokratischen Belastungen für Hamburger Arztpraxen!“ _____	17
--	----

Notfallmedizin: Das Albertinen-Krankenhaus in Schnelsen setzt auf ein allgemeinmedizinisch orientiertes Konzept _____	22
--	----

Ausstellung: Ärzte und Standesorganisationen im Nationalsozialismus / Praktikum: Auslandsaufenthalt für MFA-Auszubildende _____	25
--	----

## KV intern

Steckbrief: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung _____	26
Terminkalender _____	27

# Nachgefragt

## ■ Was erwarten Sie in der neuen Amtsperiode von der KV?



Ich wünsche mir vor allem weniger Institutions-Egoismus. Die KV und die Berufsverbände müssen die Sicherstellung der elementaren ärztlichen Versorgung zu ihrem vorrangigen Ziel machen. Hausarztverträge bieten eine echte Chance, mehr Honorarvolumen für die patientennahen Versorgerpraxen zu generieren. Schließlich sind die Ausdünnung der Hausarztmedizin und die Resignation der Primärversorger aus den Fachgruppen HNO, Urologie, Innere Medizin, Gynäkologie und Neurologie ein gesamtärztliches Problem. Diesem Problem muss sich die Ärzteschaft geschlossen stellen, ohne jeden innerärztlichen Konflikt nach außen zu tragen. Die KV hat hoffentlich nicht nur im Wahlkampf Bürokratieabbau gefordert, sondern wird ihn nun auch klug und originell organisieren. Und zwar nicht durch neue Formulare, Leistungsziffern oder komplizierte Sonderverträge.

*Volker Lambert,  
Sprecher des beratenden  
Fachausschusses Hausärzte*



Unsere KV Hamburg sollte sich erstens in Berlin weiter für die Regionalisierung des Vertragsgeschehens einsetzen, damit wir hier vor Ort wieder selbst mit den Krankenkassen verhandeln können. Zweitens sollte sie für die Verbesserung der Honorare aller Vertragsärzte kämpfen – und zwar ganz besonders für die Fachgruppen, die im Zuge der letzten Honorarreform die härtesten Honorareinbußen erlitten haben. Drittens erwarten wir von der KBV eine Renaissance der Selbstverwaltung. Darunter verstehen wir zum einen bessere Repräsentanz der Vertragsärzte, aber auch mehr Gewicht für die ehrenamtlichen Mitglieder in der Vertreterversammlung gegenüber den hauptamtlichen Funktionären. Als vierten Punkt wünschen wir Fachärzte uns den weiteren Umbau der KV zu einem Service-Unternehmen für Ärzte – hier ist die KV Hamburg schon auf einem guten Weg.

*Dr. Dirk Heinrich,  
Sprecher des beratenden  
Fachausschusses Fachärzte*



Wir brauchen eine neue psychotherapeutische Bedarfsplanung. Aktuell wird immer noch mit Zahlen von 1999 gearbeitet; Hamburg gilt als überversorgt. Tatsächlich ist Hamburg unterversorgt, denn Patienten warten oft monatelang auf einen Therapieplatz. Zudem fordern wir mehr sozialrechtliche Befugnisse: Wenn auch Psychotherapeuten krankschreiben, überweisen oder Heilmittel verordnen dürfen, müssen Patienten nicht lange auf entsprechende Termine bei Ärzten warten. Dies wäre ein wichtiger Schritt in Richtung Gleichstellung. Diese Gleichstellung muss sich auch in unseren Honoraren widerspiegeln – bislang können wir Psychotherapeuten bei maximaler Auslastung nur den Gewinn einer durchschnittlich ausgelasteten Arztpraxis erzielen und müssen unsere Honorare regelmäßig einklagen, weil Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu spät umgesetzt werden.

*Hanna Guskowski,  
Sprecherin des beratenden  
Fachausschusses Psychotherapeuten*



## „Wir fordern unsere Autonomie zurück!“

- Wohin steuert die KV? Die beiden Hamburger Vorstandsvorsitzenden Dieter Bollmann und Walter Plassmann über unerwünschte Effekte der Honorarreform, die Tücken der Bedarfsplanung und den gescheiterten Versuch, die Versorgung zentral von Berlin aus zu organisieren.

*Wie sieht die Bilanz der Honorarreform für Hamburg aus?*

**Bollmann:** Die Bilanz ist so ausgefallen, wie wir es befürchtet haben: Wir konnten gegenüber dem Jahr 2008 keine wesentlichen Honorarsteigerungen erreichen. Die neue Systematik brachte große Umverteilungen zwischen und innerhalb der Arztgruppen mit sich, was zu heftigen Konflikten geführt hat. Nun praktizieren wir, was wir offenbar am besten können: die Speere nach innen richten.

**Plassmann:** Wir haben mit der Honorarreform zudem etwas Wesentliches verloren: unsere Autonomie. Die Honorarverteilung für das gesamte Bundesgebiet wird nun zentral in Berlin vorgenommen. Das funktioniert

nicht – schon gar nicht für so ungewöhnliche Versorgungslagen, wie wir sie in Hamburg haben.

*Die KBV-Vertreterversammlung hat im Mai 2010 in Dresden beschlossen, die Vergütungsbudgets der KV-Regionen anzugleichen. Das Honorar soll zunächst „asymmetrisch“ und dann nach einem Schlüssel verteilt werden, über den die KVen noch entscheiden müssen. Bleibt Hamburg auch in den kommenden Quartalen von Honorarzuwächsen abgeschnitten?*

**Bollmann:** Die Dresdener Beschlüsse binden den KBV-Vorstand, weiter in Richtung auf Konvergenz zu denken. Die Situation ändert sich aber

möglicherweise aktuell ein wenig, denn es gibt Gegenmodelle der Krankenkassen, die Konvergenz anders definieren. In diesen Modellen würden die Stadt-KVen zusätzliches Geld bekommen, damit die bewährten Versorgungsstrukturen nicht gefährdet werden.

**Plassmann:** Es ist ganz offensichtlich nicht möglich, auf Bundesebene einen „gerechten“ Verteilungsschlüssel zu finden. Die KBV hat mittlerweile sieben oder acht unterschiedliche Modelle vorgestellt, nach denen man das Geld auf die KV-Regionen verteilen könnte. Mal wird Alter, Geschlecht und Morbidität berücksichtigt, mal kommen soziodemografische

Fortsetzung auf S. 6 

Faktoren hinzu. Bei einigen dieser Modelle gewinnen wir, bei anderen verlieren wir. Jedes Modell hat etwas für sich, doch keines ist so zwingend logisch, dass alle sagen: Das und kein anderes muss es sein! Sachliche Erwägungen alleine werden also am Ende nicht den Ausschlag geben. Stattdessen kämpft jede KV für das Modell, bei dem sie selbst am besten wegkommt. Wenn wir so weitermachen, treiben wir die KVen auseinander. Die Regionen müssen wieder selbst zuständig werden für den Honorarvertrag.

*Jede KV sollte wieder selbst mit den Kassen über die Gesamtvergütung für ihre Region verhandeln?*

**Bollmann:** Ja. Wir müssen spätestens 2013 wieder zurückkehren zu der Situation, die wir bis 2008 hatten. Es gibt innerhalb Deutschlands unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse. Dafür gute und flexible Lösungen zu finden – das können nur die Partner vor Ort.

*Der KBV-Vorstand hat nach der Wahl angekündigt, wieder mehr Verantwortung an die regionalen KVen zurückzugeben ...*

**Bollmann:** Diese Ankündigung bezieht sich meiner Wahrnehmung nach nur auf die Verteilung des Geldes innerhalb der Regionen.

**Plassmann:** Es wäre aber ein Schritt in die richtige Richtung. Wenn wir uns in der Frage, wie das für Hamburg zur Verfügung stehende Geld verteilt wird, weder nach Bundesvorgaben richten noch mit den Kassen abstimmen müssten, könnten wir zusammen mit der Vertreterversammlung eine sinnvolle, einfache Systematik entwickeln. Und eins kann ich Ihnen zusichern: Es würde nicht jedes Quartal Änderungen geben. Das ist etwas, das unseren Ärzten furchtbar auf die Nerven geht. Entschleunigen und Vereinfachen – das sind die Gebote der Stunde.

*Ist die Honorarverteilung derzeit zu undurchsichtig?*

**Plassmann:** Könnte die Vertreterversammlung über die Honorarverteilung entscheiden, würde das System automatisch an Transparenz gewinnen. Die Mitglieder der Vertreterversammlung würden die Informationen über Entscheidungsprozesse, in die sie selbst einbezogen sind, verstärkt in den Berufsverbänden und Kreisen weitergeben. Das findet im Moment ja gar nicht statt.

*Wie viel Transparenz kann eine KV bei der Honorarverteilung herstellen?*

**Bollmann:** Ich fände eine transparente KV hervorragend. Ich fände es gut, wenn die Ärzte und Psychotherapeuten die KV nicht als Blackbox begreifen würden, sondern verstehen:

Aha, so geht das, die tun ihre Arbeit. Nur so können wir das Vertrauen unserer Mitglieder bewahren. Das Problem ist nur: Alle Daten zur Verfügung zu stellen, schafft noch keine Transparenz. Ab einer bestimmten Komplexität sind diese Daten für jemanden, der kein Abrechnungsprofi ist, nicht mehr zu deuten.

**Plassmann:** Die mangelnde Nachvollziehbarkeit sorgt für Misstrauen – das kann ich durchaus verstehen. Die Ärzte nehmen ihren Abrechnungsbescheid und sehen ganz unten eine Zahl, die herausgekommen ist, nachdem die Daten durch eine Riesenmaschine gelaufen sind. Und wenn ich versuche, diese Riesenmaschine zu erklären, blicke ich nach kurzer Zeit in verständnislose Gesichter. Und irgendwann heißt es: „Das ist alles Unsinn, Ihr mauschelt zugunsten bestimmter Ärztegruppen.“ Deshalb sollten wir schleunigst Schluss machen mit dem Versuch, kleinere Probleme oder Ungerechtigkeiten zu beheben, indem man immer mehr Feinjustierungen einbaut und das Verteilungssystem immer komplizierter macht.

*In der letzten Sitzung der Vertreterversammlung wurde darüber diskutiert, ob das Geld an den Versorgerpraxen vorbeiläuft. Wie denken Sie darüber?*

**Plassmann:** Es ist nicht ganz einfach, die Grenze zwischen einer fachärztlichen Versorger-

Dieter Bollmann

*Es gibt innerhalb Deutschlands unterschiedliche Versorgungsbedürfnisse. Dafür gute und flexible Lösungen zu finden – das können nur die Partner vor Ort.*



Foto: Michael Zapf

praxis und einer Spezialpraxis zu definieren. Versorgen tun sie ja alle.

**Bollmann:** Richtig ist aber: An der Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gibt es Bewegung. Die Krankenkassen haben ein Interesse daran, stationäre durch ambulante Leistungen zu ersetzen, weil das günstiger ist. Um eine solche Verlagerung des Versorgungsgeschehens zu fördern, müssen finanzielle Anreize geschaffen werden – Stichwort extrabudgetäre Leistungen, ambulantes Operieren. Es darf nicht dazu kommen, dass bei einer begrenzten Geldmenge diese Spezialversorgung zu Lasten der Basisversorgung organisiert wird.

**Plassmann:** Das Grundproblem ist doch, dass einem unbegrenzten Leistungsversprechen eine begrenzte Geldmenge gegenübersteht. Es gibt Versicherte, die wahllos Leistungen in Anspruch nehmen, ohne sich über die Kosten Gedanken

zu machen. Unsere Mitglieder erzählen, dass von den 40 Patienten, die pro Tag in eine Praxis kommen, nur zehn krank sind und der Rest maximal eine Befindlichkeitsstörung hat. Da läuft etwas grundlegend schief in der ambulanten Versorgung.

**Bollmann:** Solange wir nicht auch die Nachfrage steuern, haben wir keine Chance, die Probleme in den Griff zu bekommen. Meiner Ansicht nach müssen die Patienten an den Kosten beteiligt werden.

*Sie befürworten die Kostenerstattung?*

**Bollmann:** Man sollte über sinnvolle Kostenerstattungsmodelle nachdenken. Allerdings muss man verhindern, dass das Pendel in die andere Richtung ausschlägt und notwendige medizinische Behandlungen aus Kostengründen von den Patienten nicht in Anspruch genommen werden. Deshalb kann man nicht einfach eine Selbstbeteiligung

von fünf oder zehn Prozent festlegen. Es müssten soziale Ausgleichsregeln eingeführt werden, die ein Kostenerstattungssystem leider wiederum hochkomplex machen würden. Die KV Schleswig-Holstein hat ein Modell entwickelt, in dem der Versicherte zehn Prozent der individuell zu erwartenden ambulanten Behandlungskosten auf einem Gesundheitskonto gutgeschrieben bekommt. Daraus finanziert er eine zehnprozentige Selbstbeteiligung. Ist das Guthaben auf dem Gesundheitskonto aufgebraucht, muss der Versicherte eine echte zehnprozentige Selbstbeteiligung aufbringen – allerdings begrenzt auf ein Prozent seines Einkommens.

*Gibt es auch im psychotherapeutischen Bereich ein so großes Maß an unnötiger Inanspruchnahme?*

**Plassmann:** In der psychotherapeutischen Versorgung liegen die Probleme anders –

Fortsetzung auf S. 8



Foto: Michael Zapf

Walter Plassmann

*Die Honorarverteilung muss wieder einfacher werden. Die mangelnde Nachvollziehbarkeit schafft Misstrauen - das kann ich durchaus verstehen.*

 Fortsetzung von S. 7

und darüber müssen wir in nächster Zeit eine offene, ehrliche Debatte führen. Die für einen Patienten zugeteilten Behandlungskontingente werden offenbar nicht als Obergrenze begriffen, sondern unabhängig vom Behandlungserfolg ausgeschöpft. Das verstopft die Versorgungskanäle. Ein GKV-Versicherter, der glaubt, mit einer Depression oder einem Burnout belastet zu sein, muss vier bis sechs Monate auf einen Psychotherapieplatz warten. Während er in der Warteschleife hängt, verfestigen sich möglicherweise Beschwerden, die man zu Anfang mit niedrigschwelligen Interventionen leichter hätte therapieren können. Hamburg registriert enorm ansteigende Ausgaben für die Behandlung von Depression. Das ist ein Problem, dem wir uns stellen müssen - schon wegen der vielen Menschen, die unter diesem Beschwerdebild leiden. Es gibt verschiedene Lösungsmodelle, die alle eins

gemeinsam haben: Sie geben dem Therapeuten die Möglichkeit, sehr viel flexibler auf den Behandlungsstand der Versicherten zu reagieren.

*Plädieren Sie dafür, in Hamburg kleinere Planungseinheiten für die Verteilung von Praxen einzuführen?*

**Bollmann:** Nein. Wenn Ärzte, die in Wohngebieten mit wenigen Privatpatienten arbeiten, fürchten müssen, künftig ihre Praxis nicht mehr verlegen zu können, setzt möglicherweise ein Exodus ein. Die neu entwickelten Instrumente der kleinräumigen Bedarfsanalyse können aber hilfreich sein, um zu analysieren, wie die Versorgung verteilt ist und wie die Patientenströme verlaufen.

*Und wie stellen Sie sicher, dass Hamburg flächendeckend gut versorgt ist?*

**Plassmann:** Wir haben in den letzten Jahren viele Instrumente entwickelt, um Ärzte davon

zu überzeugen, Praxen auch in weniger gut versorgten Gebieten zu übernehmen und sie dort zu halten. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat die Möglichkeit eröffnet, die ärztliche Versorgung durch Filialpraxen zu verbessern. In Finkenwerder beispielsweise bieten Fachärzte an einem Nachmittag pro Woche Sprechstunden an, was gut angenommen wird, aber auch ausreicht. Wir haben einen breiten Werkzeugkasten, und den nutzen wir.

*Das Versorgungsgesetz soll die Möglichkeit eröffnen, in schlechter versorgten Gebieten die RLV-Budgetdeckel zu öffnen ...*

**Plassmann:** Auch das ist ein sinnvolles Instrument. Die Frage ist aber, wie viel man mit Honoraranreizen erreichen kann. Ein Hausarzt verdient in der Uckermark sicher das Doppelte wie in Eimsbüttel. Dennoch gehen die Ärzte lieber nach Eimsbüttel. Warum? Weil die Arbeitsbelastung für



einen Landarzt in der Uckermark enorm groß ist. Und weil Eimsbüttel für Menschen in jener Lebensphase, in der sich niederlassungswillige Ärzte zumeist befinden, ein attraktiveres Umfeld bietet. So etwas kann man nur sehr begrenzt mit der Aussicht auf ein höheres Honorar wettmachen.

*Lassen sich junge Ärzte heute lieber anstellen anstatt sich selbständig zu machen?*

**Plassmann:** Diese Tendenz gibt es. Die Hälfte unserer Mitglieder sind Frauen. Die neuen Möglichkeiten, Beruf und Familie besser zu vereinbaren, werden genutzt, und der Anteil derer, die angestellt oder in Teilzeit arbeiten, steigt. Das ist eine neue Herausforderung für die Bedarfsplanung, denn eine angestellte Tätigkeit ist etwas anderes als eine freiberufliche Tätigkeit. Da fehlen 20 bis 30 Stunden in der Woche. Wir werden insgesamt also mehr Arztstellen brauchen, um die Versorgungskapazität aufrecht zu erhalten.

*Sollte es Ärzten vorbehalten sein, ein medizinisches Versorgungszentrum zu führen?*

**Plassmann:** Ja, wir fordern eine solche Regelung massiv ein. Wir haben in Hamburg die Erfahrung gemacht, dass nicht unbedingt die Versorgung im Mittelpunkt steht, wenn Kapitalgesellschaften oder Krankenhäuser medizinische Versorgungszentren betreiben. In

den vergangenen Monaten hat der Hamburger Zulassungsausschuss vier MVZ einer Firma zugelassen, die einen Schwerpunkt im Laborbereich hat und von einem Privatequity-Unternehmen gehalten wird. Das sind Investoren, die ihr Geld vermehren wollen. Alle vier MVZ arbeiten ausschließlich in Teilbereichen der künstlichen Befruchtung. Wir stellen fest, dass bereits massiv für die Inanspruchnahme solcher Leistungen geworben wird. Das ist eine Kommerzialisierung der Medizin, die wir ablehnen. Die Leistungen sind teuer, und ich sehe nicht ein, dass dafür das für die Versorgung der Hamburger Bevölkerung zur Verfügung stehende Geld ausgegeben wird.

*Zu den größten Ärgernissen für Vertragsärzte gehören noch immer die Richtgrößenprüfungen ...*

**Plassmann:** Ja. Den Ärzten Ausgabenobergrenzen für Arzneimittelverordnungen vorzugeben, ist falsch. Der Arzt hat eine Verantwortung dafür, seinen Patienten Medikamente in Art und Umfang so zu verschreiben, wie es notwendig ist. Für die Preise der Medikamente ist er nicht zuständig – seit es Rabattverträge gibt, kennt er sie vielfach nicht einmal. Deswegen sagen wir bereits seit Jahren: Die Richtgrößenprüfung muss weg! Erfreulicherweise ist das mittlerweile auch bei den gesundheitspolitischen Akteuren

auf der Bundesebene Konsens. Ich hoffe, jetzt werden bald Nägel mit Köpfen gemacht.

*Die Krankenkassen argumentieren mit dem Abschreckungseffekt der Richtgrößenprüfungen. Ist da was dran?*

**Bollmann:** Ich glaube schon, dass viele Ärzte Angst davor haben, in die Prüfung zu kommen – nicht nur wegen des finanziellen Risikos, sondern auch, weil das unendlich viel Arbeit bedeutet. Dieser Abschreckungseffekt kann dazu führen, dass die Patienten nicht optimal versorgt oder, wenn teure Verordnungen anstehen, an andere Praxen abgeschoben werden. Das kann nicht im Interesse der Krankenkassen sein.

*Was lernen wir aus den Erfahrungen der letzten Jahre?*

**Bollmann:** Wenn wir eine gute Versorgung für die Menschen wollen, müssen wir die Interessen und Bedürfnisse derjenigen berücksichtigen, die diese Versorgung leisten. Was für die Versorgung gut ist, ist für die Ärzte gut – und das gilt auch umgekehrt. Deshalb funktioniert eine Selbstverwaltung im Gesundheitswesen besser als jedes andere System.

**Plassmann:** Und: Selbstverwaltung ist ein regionales Prinzip. Der Versuch, Versorgung zentral von Berlin aus zu organisieren, ist gescheitert.

*mn*



Foto: Felix Faller

*Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter (v.l.n.r.): Sandy Kupferschmidt, Monique Laloire, Fleur Priess, Katja Egbers und Heike Kühnel*

## 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** *In Zeiten der Online-Abrechnung bekommen und verschicken wir zunehmend Arztbriefe per E-Mail. Was können wir dafür abrechnen?*

Wenn Sie einen Arztbrief per E-Mail verschicken, können Sie dafür nichts abrechnen, da Ihnen keine Portokosten entstehen. Wenn Sie jedoch einen Arztbrief per E-Mail erhalten und diesen ausdrucken, können Sie dafür die GOP 40144 abrechnen.

**2** *Müssen die Symbolnummern für die in der Arznei-*

*und Heilmittelvereinbarung aufgeführten Praxisbesonderheiten bei der gleichen Verordnung/Diagnose mehrfach im Quartal angegeben werden?*

Praxisbesonderheiten in der Abrechnung anzugeben, ist keine Pflicht. Viele Praxen tun es, damit die Prüfungsstelle ihre Praxisbesonderheiten vorab berücksichtigen kann. Dafür genügt es, die Symbolnummer pro Patient einmal im Quartal anzugeben - auch wenn Sie aufgrund derselben Diagnose mehrere Verordnungen pro Quartal ausstellen.

**3** *Auf dem neuen Überweisungsschein kann man jetzt „eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V“ ankreuzen. Was bedeutet das?*

Dieses Feld müssen Sie ankreuzen, wenn der Patient keine Versichertenkarte, sondern das Muster 85 vorlegt. Dieses Muster erhalten Versicherte von ihrer Krankenkasse, wenn sie mit ihren Krankenkassenbeiträgen im Rückstand sind und deshalb die Karte eingezogen wurde. Diese Patienten dürfen zu Lasten der Krankenkasse

nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft und zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen behandelt werden.

**4** *Auf dem neuen Überweisungsschein gibt es unten rechts nur ein Feld für den Praxisstempel des überweisenden Arztes. Wohin sollen wir als Praxis, die den Überweisungsschein bekommt, unseren Stempel setzen?*

Ein Feld für den Stempel der Praxis, die den Überweisungsschein bekommt, ist in der Tat

nicht mehr vorgesehen. Bitte stempeln Sie den Schein wenn nötig (zum Beispiel bei Überweisungen von Versicherten bei Sonstigen Kostenträgern, die bei der KV eingereicht werden müssen) im gelben Bereich direkt über dem „Stempelfeld“ des Überweisers ab.

**5** *Eine meiner Patientinnen möchte die sogenannte „Beckenbodensprechstunde“ des Agaplesion Diakonieklinikums (ehemals Elim) aufsuchen. Muss ich dafür eine Überweisung oder eine Einweisung zur stationären Behandlung ausstellen?*

Solche Spezialsprechstunden, die manche Krankenhäuser anbieten, haben nichts mit der vertragsärztlichen Versorgung zu tun und können nicht mit einer Überweisung in Anspruch genommen werden. Eine Einweisung ins Krankenhaus ist nur angezeigt, wenn Sie als Arzt feststellen, dass die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung bei Ihrer Patientin ausgeschöpft sind und eine stationäre Versorgung zwingend geboten ist. Ist dies nicht der Fall, muss die Patientin eine von ihr gewünschte Behandlung im Krankenhaus selbst bezahlen.

## Behörde berichtet von vereinzelt Masernfällen in Hamburg

Derzeit treten vereinzelt Masernfälle in Hamburg auf. Die Hamburger Gesundheitsbehörde hat die KV angeschrieben und darum gebeten, die Ärzte darüber zu informieren. Das Auftreten weiterer Fälle sei nicht ausgeschlossen. Die Ärzte werden gebeten, diesen Sachverhalt gegebenenfalls bei

den differenzialdiagnostischen Überlegungen zu berücksichtigen.

Bitte beachten Sie, dass die Masernimpfung für Erwachsene derzeit noch nicht über die KV abgerechnet werden kann (weitere Informationen im KVH-Journal 4 / 2011, Seite 22).



### Korrektur: Ansprechpartner für Fragen zum Beschwerdeausschuss

In der Broschüre „Gremien der KV Hamburg und der ärztlichen Selbstverwaltung“ ist im Kapitel über Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Seite 18) ein falscher Ansprechpartner angegeben. Der richtige Ansprechpartner bei Fragen zum Beschwerdeausschuss ist: Christian Zipp, Tel: 22802-639

# Heilmittelverordnungen müssen vollständig und plausibel sein

■ Physiotherapeuten dürfen nicht behandeln, wenn die Verordnung ungültig ist – tun sie es doch, droht ihnen die Aberkennung des Honorars

Die physiotherapeutischen Verbände VPT (Verband Physikalische Therapie) und IFK (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten) weisen darauf hin, dass Heilmittelbringer einen Patienten nur behandeln dürfen, wenn

die Heilmittelverordnung korrekt ausgefüllt ist. Heilmittelbringer sind einem Urteil des Bundessozialgerichts

die Heilmittelverordnung korrekt ausgefüllt ist. Heilmittelbringer sind einem Urteil des Bundessozialgerichts

The image shows a 'Heilmittelverordnung 13' form with the following fields and callouts:

- 1:** Patient name (Name, Vorname des Versicherten) - Müllermann Karina
- 2:** Patient address (Müllerstraße 30, 22202 Muschhausen)
- 3:** Date of birth (Geburtsdatum) - 01.01.1958
- 4:** Insurance status (Versicherung) - GKV
- 5:** Insurance type (Versicherungskategorie) - GKV
- 6:** Insurance number (Versicherungsnr.) - 10000 000000001
- 7:** Insurance type (Versicherungstyp) - GKV
- 8:** Insurance category (Versicherungskategorie) - GKV
- 9:** ICD-10 code (ICD-10) - M10.49
- 10:** ICD-10 code (ICD-10) - M10.49
- 11:** ICD-10 code (ICD-10) - M10.49
- 12:** Disease name (Krankheitsname) - Myeloidleukämie, chronisches myeloisches Leukämie
- 13:** Disease name (Krankheitsname) - Myeloidleukämie, chronisches myeloisches Leukämie
- 14:** Signature (Unterschrift) - [Handwritten signature]
- 15:** Contract stamp (Vertragsstempel) - [Handwritten signature]

zufolge dazu verpflichtet, die vom Vertragsarzt ausgestellten Heilmittelverordnungen zu prüfen. Eine Heilmittelverordnung ist ungültig, wenn beispielsweise die Diagnose fehlt, die Heilmittel unzulässig kombiniert sind oder der Indikationsschlüssel nicht mit Diagnose und Heilmittel zusammenpasst. „Behandelt der Therapeut, obwohl die Heil-

mittelverordnung ungültig ist, droht ihm die Aberkennung seines Honorars durch die Krankenkassen“, sagt Sabine Baumgart, Vorsitzende des VPT Hamburg. „Das ist der Grund, warum immer wieder Patienten oder Therapeuten in den Praxen stehen und auf eine Berichtigung von Heilmittelverordnungen dringen“, so Baumgart.

Nach Angaben des IFK haben unkorrekt ausgefüllte Heilmittelverordnungen während der vergangenen Monate in einigen Physiotherapiepraxen zu finanziellen Einbußen im vierstelligen Bereich geführt.

*Ansprechpartnerin:  
Bereich Beratung und Information  
Eva-Maria Zunke, Tel: 22802-402*

## Heilmittelverordnung: Welche Felder müssen ausgefüllt werden?

- 1 Bitte das Adressfeld gemäß den Angaben auf der Krankenversicherungskarte vollständig ausfüllen.
- 2 Ist die Betriebsstätten- und die Arzt-Nummer vollständig?
- 3 Das Ausstellungsdatum ist wichtig, um die Einhaltung der 10-Tages-Frist bis zum Behandlungsbeginn sicherzustellen.
- 4 Erst- oder Folgeverordnung?
- 5 Bestimmte Heilmittel (zum Beispiel Krankengymnastik) können als Gruppentherapie verordnet werden. Dies ist gegebenenfalls auch aus Kostengründen in Erwägung zu ziehen.
- 6 War die im Heilmittelkatalog vorgegebene Gesamtverordnungsmenge nicht ausreichend, um einen Behandlungserfolg zu erreichen, sind nach störungsbildabhängiger weiterführender Diagnostik weitere Verordnungen möglich. Diese „Verordnungen außerhalb des Regelfalles“ müssen begründet werden (siehe Punkt 14).
- 7 Einen Hausbesuch des Therapeuten zu verordnen ist nur zulässig, wenn ein medizinischer Grund vorliegt – zum Beispiel wenn der Patient bettlägerig ist.
- 8 Möchte der Arzt vom Therapeuten nach der Behandlung einen Bericht bekommen?
- 9 Die Verordnungsmenge ist im Heilmittelkatalog vorgegeben.
- 10 Das Heilmittel oder die Heilmittelkombination muss den Vorgaben des Heilmittelkataloges entsprechen. Bitte ergänzende Heilmittel in einer extra Zeile aufführen.
- 11 Wie oft pro Woche soll die Behandlung stattfinden?
- 12 Den Indikationsschlüssel finden Sie im Heilmittelkatalog unter der Rubrik „Diagnosegruppe“.
- 13 Hier bitte Diagnose mit Angaben zur Leitsymptomatik eintragen.
- 14 Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (siehe Punkt 6) ist eine medizinische Begründung anzugeben.
- 15 Bitte Stempel und Unterschrift des Arztes nicht vergessen.

## Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie

- Bewertungskriterien für Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie wurden neu aufgenommen

Die Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV sind seit 1. April 2011 um einheitliche Bewertungsschemata für die Qualität von Leistungen der Röntgendiagnostik, der Computertomo-

graphie und der Kernspintomographie ergänzt worden. Die Bewertungsschemata wurden von der KV Hamburg mitentwickelt und gelten für die Stichprobenprüfungen im Einzelfall.

Die Richtlinien im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Qualität → Qualitätssicherung → Zuständigkeiten der Qualitätssicherung → weiterführende Informationen

## Medizinpionier zu Besuch in Hamburg

- Prof. Reinhard Graf leitete Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte

Am 8. Dezember 2010 fand ein Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte unter Leitung von Prof. Reinhard Graf in Hamburg statt. Der Medizin-

pionier aus Österreich hatte die Untersuchungsmethode in den 1970er Jahren selbst entwickelt und stellte ihre theoretischen und praktischen Aspekte mit beeindruckender Verve den Hamburger Ärzten dar.

Die KV Hamburg hatte die Veranstaltung in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Sonographie-Kommission der Säuglingshüfte organisiert. Dr. Wolfgang Tiedke-Stern stellte seine Räumlichkeiten in Großhansdorf zur Verfügung. Eingeladen waren vorrangig Kollegen, bei denen der Kommission Probleme bei der ärztlichen Dokumentation der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte aufgefallen waren.

Immer wieder ergab sich mit den teilnehmenden Kollegen

ein lebhafter und fruchtbarer Dialog. Jeder hatte die Möglichkeit, seine praktischen Probleme der Graf'schen Untersuchungsmethode mit dem „Altmeister“ persönlich zu besprechen. Graf wurde nicht müde zu betonen, dass die Zuverlässigkeit seines Untersuchungsverfahrens mit der Standardisierung und der Präzision der Ausführung steht und fällt.

Dank der von Graf entwickelten Methode ist die Zahl der Hüftgelenk-Endoprothesen-Implantationen aufgrund einer Dysplasie-Coxarthrose stark zurückgegangen.

*Dr. Lorenz W. Hähnle,  
Kinder- und Jugendarzt  
in Winterhude*



*Prof. Reinhard Graf hat die Untersuchungsmethode in den 1970er Jahren entwickelt.*

# Wie zufrieden sind die Patienten?

■ Mit einer Fragebogenaktion kann eine Praxis ihre Stärken und Schwächen ermitteln

Schon aus Marketinggründen ist es für Arztpraxen wichtig zu wissen, worauf ihre Patienten Wert legen und woran sie sich stören. Patientenbefragungen eignen sich aber auch dazu, Arbeitsabläufe zu optimieren und die Patientensicherheit zu erhöhen. Sie sind deshalb ein wichtiges Instrument des internen Qualitätsmanagements einer Praxis.

Bisweilen haben Praxismitarbeiter Angst vor negativen Bewertungen der Patienten. Daher ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter mit eingebunden werden und das Team gemeinsam überlegt, was mit der Patientenbefragung erreicht werden soll. Um durch die Fragenauswahl keine unerfüllbaren Wünsche bei den Patienten zu wecken, muss vorher überlegt werden, welche Veränderungen später realisierbar sind.

Am Anfang des Fragebogens steht ein einleitender Text, der kurz auf den Sinn der Befragung hinweist und einen Dank an Patienten für ihre Teilnahme enthält. Danach folgen 20, maximal 25 Fragen, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind oder beispielsweise eine Skala von sehr gut (1) bis ungenügend (6) vorgeben. Am Ende des Fragebogens können auch einige of-

fene Fragen stehen, bei denen der Patient seine Kritik oder sein Lob frei eintragen kann. Allerdings sind freie Kommentare schlecht auszuwerten.

Es ist sinnvoll, Patientenbefragungen regelmäßig durchzuführen, zum Beispiel einmal pro Jahr. Der Befragungszeitraum sollte auf eine oder zwei Wochen beschränkt werden. Um den Aufwand für die Auswertung der Fragebögen überschaubar zu halten, ist es ausreichend, 50 bis maximal 100 Patienten an der Befragung zu beteiligen. Die Fragebögen werden am Empfang gezielt an geeignete Patienten ausgegeben und dabei kurz erläutert.

Wichtig ist, dass die Anonymität gewahrt bleibt. Es hat sich bewährt, die Sammelbox für die Fragebögen an einer vom Empfang nicht einsehbaren Stelle zu platzieren – beispielsweise im Wartezimmer. Es genügt ein verklebter Pappkarton mit Einwurfschlitz, der aber deutlich als Sammelbox gekennzeichnet sein muss. Erst wenn die Fragebogenaktion abgeschlossen ist, sollte die Box geleert werden.

Nach der Auswertung der Fragebögen stehen viele Vorschläge, viel Kritik und auch Lob im Raum. Wichtig ist nun,



Foto: m.schuckart/fotolia.de

die Anregungen im Team gemeinsam nach Wichtigkeit und Umsetzbarkeit zu priorisieren und einen Zeitplan für die Realisierung von Verbesserungen aufzustellen. Dabei gilt die Regel: Nicht zu viel auf einmal vornehmen. Für jedes Verbesserungsprojekt sollte das Team einen Verantwortlichen benennen, der regelmäßig über Fortschritte berichtet.

*gon, kbv*

Auskünfte zum Thema Qualitätsmanagement sowie beispielhafte Fragebögen erhalten Sie bei den zuständigen Mitarbeiterinnen der KV:

*Ursula Gonsch, Tel: 22802-633*

*Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889*

## Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg [www.kvvh.de](http://www.kvvh.de) wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Veröffentlichungen“ Folgendes bekannt gegeben:

- **Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV):** Die BKK vor Ort und die Dräger & Hanse BKK haben zum 1. April 2011 fusioniert. Die BKK vor Ort tritt im Wege der Gesamtrechtsnachfolge in den bestehenden Vertrag ein. Es gilt die o.g. Vereinbarung für alle Versicherten der BKK vor Ort.
- **5. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ II vom 15. Juni 2010:**  
Erratum: Die Bezeichnung der Rechtsgrundlage war fehlerhaft. Diese wurde korrigiert.
- **QZV-Liste 1. Quartal 2011:**  
Beim QZV Psychosomatik der Kinderärzte wurde die GOP 04235 EBM aufgeführt, beim QZV Psychosomatik der Hausärzte die GOP 03235 EBM. Dies ist leider nicht korrekt, da diese Leistungen nur bis zum 4. Quartal 2008 im EBM enthalten war.
- **Umsetzungsvereinbarung zur Finanzierung der Ausstattung mit Kartenterminals im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte**  
Hinweis: Dieser Vertrag wurden auf der Website der KV Hamburg unter der Rubrik "Recht und Verträge/ Amtliche Veröffentlichungen" am 31. März 2011 unter Vorbehalt veröffentlicht, um Sie rechtzeitig zu informieren. Das Unterschriftenverfahren ist nun abgeschlossen und der Vertrag ist somit gültig.

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.: 22 802 - 900*

## Kodierrichtlinie soll erst Anfang 2012 verbindlich werden

### ■ KBV-Vertreterversammlung plädiert dafür, den Aufwand zu begrenzen

Die Vertreterversammlung der KBV hat beschlossen, die Einführungsphase der Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) bis Ende 2011 zu verlängern. Außerdem sprach sich die

KBV-Vertreterversammlung dafür aus, den Aufwand für die Kodierung zu begrenzen. Es soll geprüft werden, wie man die AKR vereinfachen und praxistauglicher machen

kann. Die Umsetzung der Beschlüsse der KBV-Vertreterversammlung erfordert die Zustimmung der Krankenkassen.

## ICD-Browser der KBV

### ■ Internet-Suchmaschine für die richtige Kodierung

Die KBV hat auf ihrer Homepage einen ICD-Browser eingestellt, der sich für die Auswahl richtiger Codes als hilfreich erwiesen hat. Gibt man in der Freitextsuche einen medizi-

nischen Fachbegriff ein, erscheinen sämtliche in Frage kommenden Codes. Um den richtigen auszuwählen, sind die Erläuterungen zu den AKR und andere Zusatzinformatio-

nen hinterlegt. Außerdem kann man systematisch anhand eines Navigationsbaumes nach passenden Codes suchen. Der ICD-Browser im Internet: <http://icd.kbv.de/icdbrowser/>



# „Keine weiteren bürokratischen Belastungen für Hamburger Arztpraxen!“

Der Beratende Fachausschuss Hausärzte der KV Hamburg hat sich dagegen ausgesprochen, weitere unbezahlte Verwaltungstätigkeiten für die Krankenkassen zu übernehmen. Er kritisierte vor allem, dass die Aktualisierung der Versichertendaten künftig im Rahmen des E-Card-Projekts in den Arztpraxen vorgenommen werden soll. Der Antrag wurde von der Bergedorfer Hausärztin Dr. Silke Lüder eingebracht und am 5. April 2011 ohne Gegenstimme angenommen. Wir dokumentieren den Text nachfolgend im Wortlaut.

Der Fachausschuss Hausärzte der KV Hamburg wendet sich entschieden dagegen, dass die Arztpraxen jetzt zusätzlich zur Übernahme der Tätigkeit von Kassierern für die Krankenkassen (zehn Euro) auch noch aufwändige Kodierarbeiten für die Geldverteilung der Kassen untereinander (AKR) und die Aufgabe der Stammdatenverwaltung für die Krankenkassen ohne Bezahlung erledigen sollen. Mit Regelleistungsvolumina, die mit 32 Euro kaum die Grundpauschalen abdecken, ist jede weitere Übernahme von unbezahlten Verwaltungstätigkeiten für die Krankenkassen abzulehnen.

Der neue Vorschlag der Einführungsorganisation für die elektronische Gesundheitskarte "Gematik", dass in den Wartezimmern der Arztpraxen Computer mit Daueranschluss an die Krankenkassen zwecks Aktualisierung der Versichertenkarten installiert werden sollen, ist absurd.

Wir fordern, dass in Deutschland nach dem Vorbild Frankreichs verfahren wird. Dort sind

die Versicherten verpflichtet, einmal im Jahr ihre Stammdaten an Terminals in Apotheken oder Geschäftsstellen der Kassen zu aktualisieren.

Mit dieser einfachen Lösung könnte man auch in unserem Land auf eine Milliardenverschwendung von Versicherungsgeldern im Rahmen des geplanten e-Card-Projektes verzichten.

Den Hamburger Haus- und Kinderärzten werden wir im Übrigen empfehlen, sich statt der teuren „e-Health-Terminals“ die sehr kostengünstigen MKT Plus Geräte (ca. 60 Euro) zu installieren, welche in der Lage sind, alte und neue Versichertenkarten gleichermaßen auszulesen. Hiermit setzen wir die ablehnenden Beschlüsse aller Deutschen Ärztetage gegen die elektronische Gesundheitskarte um.

Die Installation eines von der Kasse subventionierten onlinefähigen Gerätes in den Praxen birgt das Risiko, in einigen Jahren von den Kassen dann verpflichtet zu werden, für sie die Arbeit der Stammdatenaktuali-

sierung zu erledigen. Überdies gehen alle Spezialisten davon aus, dass dann, wenn in ca. drei bis vier Jahren die ersten Onlineanwendungen kommen werden, die jetzt eingebauten Geräte technisch überholt sind und erneut ausgetauscht werden müssen.



Foto: Bundesministerium für Gesundheit



## Nützlich? Überflüssig? Schädlich?

■ In dieser Rubrik informieren wir Sie über Stellungnahmen der AkdÄ zu neuen Arzneimitteln

Neu zugelassene Arzneimittel werden von den Herstellerfirmen oftmals intensiv beworben. Zum Zeitpunkt der Markteinführung ist es für Ärzte aber noch schwierig, sich ein Urteil zu bilden. Es liegen lediglich die Ergebnisse der Zulassungsstudien vor. Die Beurteilung der klinischen Relevanz im Vergleich zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation ist schwierig. Außerdem fehlen Langzeitstudien, Erkenntnisse über unerwünschte Nebenwirkungen, Interaktionen oder Ähnliches.

Um die zur Verfügung stehenden Informationen leicht-

ter zugänglich zu machen, richten wir eine unregelmäßig erscheinende Rubrik im KVH-Journal ein, in der wir Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln zusammenfassen. Diese Stellungnahmen werden relativ schnell nach der Zulassung auf Grundlage des Europäischen öffentlichen Beurteilungsberichts (EPAR) über neu zugelassene Arzneimittel in der EU erarbeitet.

Wir kürzen diese Stellungnahmen auf die für den Alltag in

der Praxis wichtigen Aussagen. Falls vorhanden, fügen wir außerdem Preisvergleiche hinzu, die von Prof. Dr. Ulrich Schwabe an der Universität Heidelberg erstellt wurden.

Wir bitten Sie, diese Informationen auch im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu berücksichtigen. Bei Arzneimitteln, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Nutzenbewertung abgibt, kann sich der Preis auch nach längerer Zeit nochmals ändern. Außerdem kann es zu Verordnungseinschränkungen kommen.

## Neue Arzneimittel

### Multaq® (Dronedaronhydrochlorid)

#### Indikation

Multaq® ist zugelassen zur Behandlung von erwachsenen, klinisch stabilen Patienten mit nicht-permanentem Vorhofflimmern (VHF) (aktuell bestehend oder in der Vorgeschichte), um ein Wiederauftreten von Vorhofflimmern zu verhindern oder die ventrikuläre Herzfrequenz zu senken.

#### Bewertung

Dronedaron (Dro) ist ein Mehrkanalblocker, der den Kaliumstrom sowie den Natrium- und den Kalziumstrom hemmt und Aktionspotenzial und die Refraktärzeit des Herzens verlängert. Zusätz-



lich hat Dronedaron nicht-kompetitive antagonistische adrenerge Aktivität. Multaq® (Dronedaronhydrochlorid) ist weniger wirksam als Amiodaron. Es weist im Vergleich zu Amiodaron weniger unerwünschte Wirkungen auf und kann daher bei Patienten mit Unverträglichkeiten gegenüber Amiodaron eingesetzt werden. (Stand: 10.05.2010)

#### Kosten

Multaq® 400 mg 100 Tbl. DDD 800 mg	179,84€	3,60€/d
Amiogamma® 200 mg 100 Tbl. DDD 200 mg	51,99€	0,52€/d
Sotastad® 160 mg 100 Tbl. DDD 160 mg	21,09€	0,21€/d

bis zu 7-fach teurer (Stand: 15.12.2010)

### Prolia® (Denosumab)

#### Indikation

Prolia® ist zugelassen zur Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko und zur Behandlung von Knochenschwund im Zusammenhang mit Hormonablation bei Männern mit Prostatakarzinom mit erhöhtem Frakturrisiko.

#### Bewertung

Denosumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper (IgG2), der mit hoher Affinität und Spezifität an den RANKL bindet (Receptor Activator of Nuclear Factor-Kappa B Ligand). Dieses Protein aus der Familie der Tumornekrosefaktoren (TNF) ist wesentlich an der Regulation von Knochenauf- und -abbau beteiligt. Es hindert RANKL, seinen Rezeptor RANK auf der Oberfläche von Osteoklasten und deren Vorläuferzellen zu aktivieren. Durch die Unterbrechung der RANKL/RANK-Interaktion wird die Bildung, die Funktion und das Überleben der Osteoklasten inhibiert und somit die Knochenresorption im kortikalen und im trabekulären Knochen vermindert.

Prolia® (Denosumab) reduziert das Risiko für osteoporotische Frakturen im Vergleich zu Placebo. Direkte Vergleiche mit Bisphosphonaten liegen nicht vor, ebenso wenig wie zur Langzeitsicherheit und zum Langzeitnutzen. (Stand: 12.10.2010)

#### Kosten

Prolia® 60 mg Inj.-Lsg 1mal/6Monate s.c.	318,86€	1,75€/d
Alendronsäure AbZ® 70 mg 12 Tbl.	49,87€	0,59€/d

3-fach teurer (Stand: 15.12.2010)

### Brilique™ (Ticagrelor)

#### Indikation

Brilique™ gleichzeitig eingenommen mit Acetylsalicylsäure (ASS) ist indiziert zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei erwachsenen Patienten mit einem akute Koronarsyndrom (UA1, NSTEMI2, STEMI3), und zwar sowohl bei medikamentös behandelten Patienten als auch bei

Fortsetzung auf S. 20 

Patienten, bei denen eine perkutane Koronarintervention (PCI) oder eine aortokoronare Bypass-Operation (CABG) durchgeführt wurde.

### Bewertung

Ticagrelor zeigte im Vergleich zu Clopidogrel eine höhere Reduktion kardiovaskulärer Mortalität und von Herzinfarkten, nicht aber von Schlaganfällen. Inwieweit die geringere Wirksamkeit von Clopidogrel durch „Poor-Metabolizer“ (z. B. durch PPI4-Einnahme) sowie unterschiedliche Behandlungsstrategien (z. B. ASS-Dosierung) bedingt wurde, ist derzeit unklar. Nicht-eingriffsbedingte schwerwiegende sowie intrakranielle Blutungen wie auch weitere Nebenwirkungen (z. B. Dyspnoe) traten unter Ticagrelor häufiger auf als unter Clopidogrel. Für die Gesamtheit der Patienten ist ein Vorteil von Ticagrelor nicht eindeutig belegt und es bestehen möglicherweise erhöhte Risiken im Vergleich zu der vorhandenen Alternative Clopidogrel. (Stand: 18.02.2011)

Die kompletten Stellungnahmen der AKdÄ einschließlich der Literaturangaben finden Sie unter [www.akdae.de](http://www.akdae.de) → *Neue Arzneimittel*. Die öffentlichen Europäischen Beurteilungsbe-

richte (EPAR) finden Sie unter [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu).

Weitere Informationen zu den Arzneimitteln (unter anderem zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Risiken) entneh-

men Sie bitte der Fachinformation in der jeweils aktuellen Fassung: [www.fachinfo.de](http://www.fachinfo.de)

*Ansprechpartner:  
Bereich Beratung und Information,  
Tel: 22802-571 oder -572*



Foto: iStockphoto

# 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. Mai 2011 in das Berliner ICC.**

**11 Uhr** KBV kontrovers extra: Die Praxis der Zukunft – Vernetzt auf allen Ebenen?  
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

Alle Informationen finden Sie unter **[www.tag-der-niedergelassenen.de](http://www.tag-der-niedergelassenen.de)**.

Info-Markt der KVen + Speaker's Corner + Politische Diskussion + Info-Veranstaltungen

## Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

<b>9.00-10.30 Uhr</b>	Der Weg zur papierlosen Praxis: KV-Online-Power	<input type="checkbox"/>	.....
<b>9.00-10.30 Uhr</b>	Palliativversorgung in der ambulanten Medizin	<input type="checkbox"/>	.....
<b>9.00-10.30 Uhr</b>	Achtung, Keime: MRSA in der ambulanten Versorgung	<input type="checkbox"/>	.....
<b>14.00-15.45 Uhr</b>	QM – und wie geht es Ihrer Praxis?	<input type="checkbox"/>	.....
<b>14.00-15.45 Uhr</b>	Richtig kodieren – Tipps für die Praxis	<input type="checkbox"/>	.....
<b>16.15-18.00 Uhr</b>	Die CME-Fortbildungsangebote des Deutschen Ärzte-Verlags	<input type="checkbox"/>	.....
<b>16.15-18.00 Uhr</b>	Modernes Investitionsmanagement für die Praxis	<input type="checkbox"/>	.....

**Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten  
und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 6. Mai 2011 hier an:**

Vor- und Nachname: .....

Arztnummer: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

KV-Zugehörigkeit: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Faxanmeldung an 030/498550-30  
oder online über [www.hauptstadtkongress.de/tdn](http://www.hauptstadtkongress.de/tdn)

**6** Fortbildungspunkte für  
die Teilnahme am Tag der  
Niedergelassenen  
**13. Mai 2011, ICC Berlin**



**Hauptstadtkongress 2011**  
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011  
im ICC Berlin

# Lotsen in der Notaufnahme

■ Das Albertinen-Krankenhaus in Schnelsen setzt auf ein neues, allgemeinmedizinisch orientiertes Konzept der Notfallmedizin. Die Abteilung kooperiert eng mit den einweisenden Vertragsärzten.

Dr. Michael Groening ist Allgemeinmediziner mit Leib und Seele. Er will kranken Menschen ein verlässlicher erster Ansprechpartner sein, zusammen mit seinen Patienten und ihren Angehörigen praktikable Therapiekonzepte entwickeln und die Behandlung im Interesse aller Beteiligten koordinieren und steuern.

Wer Groening nun in einer hausärztlichen Praxis vermutet, liegt falsch: Der Allgemeinmediziner ist Leitender Arzt der Zentralen Notaufnahme (ZNA) und der neuen „Interdisziplinären Notfall- und Kurzlieger-Aufnahmestation“ (INKA) im Albertinen-Krankenhaus in Hamburg-Schnelsen. „Meines Wissens ist das Albertinen bundesweit das einzige Krankenhaus, bei dem die Notaufnahme unter allgemeinmedizinischer Leitung steht“, sagt Groening.

## Nicht alle Patienten lassen sich einer Fachrichtung zuordnen

Dabei wäre die Verzahnung von Notaufnahme und allgemeinmedizinischer Lotsenfunktion vielerorts sinnvoll: „Weltweit beobachten Kliniken, dass die Zahl der Notfälle steigt, ohne dass die Patienten immer eindeutig einer bestimmten Fachrichtung zuzuordnen sind. Es

gibt einfach immer mehr Menschen mit allgemeinmedizinischem interdisziplinärem stationärem Behandlungsbedarf“, berichtet Groening weiter.

Seiner Erfahrung nach kann man diesem Bedarf in konventionellen Klinikstrukturen nicht immer gerecht werden: „Unsere Klientel sind häufig ältere, multimorbide Patienten, die zwar noch zu Hause leben, aber beispielsweise bei einem akuten Infekt vom Hausarzt ambulant nicht mehr versorgt werden können“, berichtet Groening. Aber auch junge Leute sind dabei, die vor allem infolge von Infektionskrankheiten die Kriterien für eine stationäre Behandlung erfüllen (sogenannte G-AEP-Kriterien).

In den Fachabteilungen müssten diese Patienten oft zugunsten kränkterer Menschen mit noch dringenderem Behandlungsbedarf zurückstecken oder können gar nicht erst aufgenommen werden, sagt Groening und ergänzt: „Das ist eine Situation, die weder dem einweisenden Hausarzt noch dem Personal der Fachabteilung gefällt – und erst recht nicht dem Patienten und seinen Angehörigen.“

Das Department INKA füllt genau diese Versorgungslücke: Die

Patienten werden stationär für einige Tage aufgenommen. Die mittlere Verweildauer liegt bei zwei bis drei Tagen. Sie werden allgemeinmedizinisch untersucht und in enger Abstimmung mit dem einweisenden Arzt, den Angehörigen und der Pflege behandelt. Bei Bedarf werden auch die sozialen Dienste frühzeitig eingebunden, ebenso kann das Department ein oberärztliches Konsil aus den Fachabteilungen anfordern.

## Ausführliches Assessment des Behandlungsbedarfs

„Wir betreiben keine technische Hochleistungsmedizin, sondern vielmehr ein ausführliches Assessment des Behandlungsbedarfs unter stationären Bedingungen“, beschreibt Groening seinen Ansatz. „Das ist durchaus aufwändig und daher auch eine Art der Hochleistungsmedizin, nur eine andere“. Hierzu gehört, dass die Stationsärzte ständig verfügbar sind und der leitende Arzt täglich mit ihnen und der Pflege zusammen Visite macht. „Wir nehmen uns die Zeit, ein für alle Beteiligten praktikables Konzept zu entwickeln.“

Dabei werden insbesondere die Wünsche der einweisenden niedergelassenen Ärzte respektiert: „Wir werfen bei einem kurzen Krankenhausaufenthalt



Fotos: Antje Soleimanian

Notaufnahme des Albertinen-Krankenhauses, Leiter Dr. Michael Groening: "Es gibt immer mehr Notfälle, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind."

nicht die etablierte Medikation über den Haufen und entlassen den Patienten auch nicht mit der Auflage, sich zur weiteren Diagnostik Termine bei fünf verschiedenen niedergelassenen Fachärzten zu besorgen. Immerhin muss der niedergelassene Hausarzt das Behandlungskonzept mit seinem Patienten nach der Entlassung auch umsetzen können", meint Groening.

Der Allgemeinmediziner verfolgt sein neues Versorgungskonzept seit drei Jahren, zunächst in kleinerem Rahmen. Seit November 2010 verfügt die INKA über eine eigene Geschäftsordnung und 24 stationäre Betten, seit Januar 2011 fungiert Groening offiziell als Leitender Arzt des Departments.

### Fachabteilungen werden entlastet, Fehlbelegungsrate sinkt

Zu Beginn beobachteten die Kollegen in den Fachabteilungen das Konzept noch mit einer gewissen Skepsis. „Doch

sie haben rasch gesehen, dass unser Department ihnen keine Fälle entzieht, sondern vielmehr ihre Stationen entlastet“, berichtet der INKA-Leiter: „Die Fachabteilungen sind nicht mehr verstopft durch Patienten ohne akuten speziellen fachärztlichen Interventionsbedarf. Sie haben wieder mehr Zeit, sich intensiv um ihre eigentliche Klientel zu kümmern, die Fehlbelegungsrate ist gesunken.“

Inzwischen genießt Groenings Department das Vertrauen der Kollegen sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich: „Mit INKA gelingt es uns besser als zuvor, die Patientenströme aus der ZNA sinnvoll zu kanalisieren“, berichtet Groening.

Ebenso wichtig wie die verbesserte Patientenversorgung ist für Groening aber auch die Aufwertung der Allgemeinmedizin als solche. Seine ZNA verfügt über eine Weiterbildungser-

mächtigung für den ambulanten Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung für eines der zwei vorgeschriebenen Jahre. Damit ist sie die einzige ihrer Art in Deutschland. Die Assistenzärzte in Weiterbildung sollen im Albertinen-Krankenhaus in Zukunft alle Stationen inklusive Innere Medizin, Chirurgie und Notfallmedizin durchlaufen. „Sie sind dann für eine allgemeinmedizinische Tätigkeit bestens gerüstet, wenn sie für das zweite Jahr ihrer ambulanten Weiterbildung in die Praxen der niedergelassenen Allgemeinmediziner gehen“, meint Groening.

### Allgemeinmedizinische Perspektiven auch in der Klinik

Angesichts des drohenden Ärztemangels vor allem im allgemeinmedizinischen Bereich sei es wichtig, jungen Ärzten auch in der Klinik eine allgemeinme-

Fortsetzung auf S. 24 ■■■

dizinische Perspektive zu bieten. Bislang aber sei die hausärztliche Niederlassung die einzige Option für Allgemeinmediziner nach der Weiterbildung. „Das ist für junge Ärzte nicht immer attraktiv“, sagt Groening.

„Aufgrund der Schulzeitverkürzung und des abgeschafften Wehrdienstes werden unsere Studenten immer jünger. Sie sind manchmal erst knapp 30 Jahre alt, wenn sie ihre fachärztliche Weiterbildung abschließen“, erläutert der Allgemeinmediziner seine Beobachtung. „In diesem Alter wollen sich die meisten nicht hoch verschulden und mit einer Niederlassung als Hausarzt für die nächsten Jahrzehnte auf einen Standort festlegen.“ Insbesondere junge Ärztinnen legten auch Wert auf flexible Arbeitszeiten und Teilzeitmodelle, die sich mit Familie und Kindern vereinbaren ließen.

Mit dem Department ZNA/INKA bietet das Albertinen-Krankenhaus Allgemeinmedizinern Raum für moderne Arbeitszeitmodelle. Die Mehrzahl der festen Mitarbeiter in der ZNA sind weiblich, haben Kinder und arbeiten in Teilzeit. Auf die Familie wird bei der Dienstplanung und bei Ausfällen, die mit Kindern unvermeidlich sind, besondere Rücksicht genommen. „Nicht jeder hat die Großeltern in der Nähe, die helfen können, da muss man sich auf die Kollegen verlassen können“ meint

Groening, der selbst Vater von vier Kindern ist.

### Allgemeinmediziner sollten hochrespektierte Alleskönner sein

Das interessante Arbeitsfeld und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle machten die allgemeinmedizinische Weiterbildung im Department INKA für den Nachwuchs attraktiv. „Das ist auch dringend nötig, denn heute genießen Allgemeinmediziner oft nicht das Ansehen, das sie verdienen“, bedauert Groening. Die universitäre Weiterbildung sei sehr fachärztlich ausgerichtet, und in den Kliniken fehlten Allgemeinärzte als Vorbilder. Folglich komme der ärztliche Nachwuchs kaum von allein auf die Idee, eine allgemeinmedizinische Weiterbildung anzustreben.

„Der Hausarzt der Zukunft ist kein ‚Internist light‘ und auch kein bloßes Nebenprodukt in der Mediziner Ausbildung. Er ist vielmehr ein hochrespektierter Alleskönner nach britischem Vorbild“, meint Groening. Ein solcher Hausarzt verfüge über die Kompetenz, Patienten qualifiziert durch das Gesundheitssystem zu lotsen. „Das ist es doch, was politisch gewollt und auch sozialmedizinisch notwendig ist“, meint Groening. Dieses Ziel verfolgt er in enger Kooperation mit der Hamburger Ärztekammer und dem Hausärzterverband Hamburg.

Zusätzliche Kosten entstünden durch das neue Depart-

ment nicht, im Gegenteil: „Wir kalkulieren – den Krankheitsbildern der Patienten entsprechend – mit niedrigen DRG und haben entsprechend niedrige Umsatzziele pro Patient“, erzählt der INKA-Gründer. „Da wir aber keine Funktionsabteilung unterhalten und sehr viele Patienten behandeln, ist es trotzdem wirtschaftlich.“ In einer Fachabteilung hingegen benötigt man aufgrund hoher Umsatzziele zwangsläufig möglichst viele DRG-trächtige Prozeduren. Außerdem müssten die Stationsärzte aufgrund ihrer Weiterbildung viel Zeit in den Funktionsabteilungen verbringen. Dann fehle es an Zeit für Gespräche, Organisation und den Blick über die Klinikwelt hinaus.

Im Department INKA sei man bewusst einen Schritt zurück gegangen: „Innovation heißt nicht immer, das neueste MRT einzusetzen. Innovation kann auch heißen, Prozesse so zu verändern, dass man sich auch in Zeiten wirtschaftlicher Zwänge wieder mehr Zeit für den Menschen nehmen kann, um ihn in seinem Kontext zu sehen und seinen wirklichen Behandlungsbedarf zu ermitteln“, erläutert Groening. Er sei dankbar, dass das Albertinen-Krankenhaus die Möglichkeit für diese Art von Innovation schaffe: „In diesem Punkt ist ein diakonischer Träger sicher im Vorteil gegenüber einem börsennotierten Konzern.“

*Antje Soleimanian*



## Ärzte im Nationalsozialismus

### ■ Ausstellung von Judith Haman im Ärztehaus

Im Hamburger Ärztehaus wurde am 6. April 2011 eine Ausstellung zur Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus eröffnet. Unter dem Titel „Wasche meine Hände“ zeigt die Künstlerin Judith Haman eine kleine räumliche Inszenierung, eine Sammlung von Büchern und Zeitungsartikeln und einige Bilder.

Auf der Vernissage sprach der Vorsitzende der KV Hamburg, Dieter Bollmann, über die Geschichte der KV als Institution. Er erinnerte daran, dass der Gründer der Vereinigung der Kassenärzte in Hamburg, der jüdische Arzt Dr. Julius Adam, 1943 im KZ Theresienstadt umkam.

Die von Adam gegründete Ständesorganisation wurde unter der Herrschaft der Nationalsozialisten zu einem Instrument der Täter. Jüdische Ärzte wurden identifiziert und ausgeschlossen. Viele von ihnen emigrierten oder wurden im KZ ermordet.

Zur Vernissage war auch Dr. Claus Niemeyer gekommen – Enkel von Dr. Hugo Niemeyer, dem letzten frei gewählten KV-Vorsitzenden vor der Nazi-Zeit, der aus dem Amt gedrängt wurde, weil er sich weigerte, seine jüdischen Vorstandskollegen fallen zu lassen.

In ihrer Ausstellung setzt sich Judith Haman vor allem mit



Das Ärztehaus als "Diskursraum"

den Tätern auseinander. „Mein Wunsch ist es, die Ausstellungsfläche in einen Diskursraum zu verwandeln“, so die Künstlerin.

*Die Ausstellung läuft noch bis 30. Mai 2011.*

*Ort: Ärztehaus Hamburg, Kantine  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg*

## Auslandspraktikum für MFA-Auszubildende

### ■ Drei Wochen Berufserfahrung in Marseille, Rotterdam, San Sebastian oder Izmir sammeln

Die Staatliche Schule Gesundheitspflege W4 organisiert dreiwöchige Auslandspraktika für Auszubildende zur Medizinischen Fachangestellten (MFA). Die Teilnehmer sind im europäischen Ausland in Arztpraxen oder Krankenhäusern tätig.

In der Regel nehmen die Auszubildenden zwei Wochen Urlaub, eine weitere Woche wird als Bildungsurlaub anerkannt. Die nächsten Auslandspraktika

finden in den Herbstferien statt. Zielorte sind Marseille (Frankreich), Rotterdam (Niederlande), San Sebastian (Spanien) oder Izmir (Türkei).

Bewerbungsschluss für Interessierte ist am 10. Juni 2011.

Das Praktikum im Rahmen des Leonardo Da Vinci-Programms wird durch den Europäischen Sozialfonds und die Freie und Hansestadt Hamburg unterstützt. Die Kosten für Reise

und Unterkunft trägt der Veranstalter. Die Teilnehmer übernehmen einen Eigenanteil von 300 Euro.

Weitere Informationen:

**Staatliche Schule  
Gesundheitspflege W 4**

*Andrea Hinsch, Tel: 42879-03*

*Andrea.Hinsch@Hibb.Hamburg.de*

**Arbeit und Leben Hamburg**

*Maika Merten, Tel: 284016-15*

*maike.merten@hamburg.*

*arbeitundleben.de*

# Steckbrief – Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

---

## Dr. Joachim Grefe



**Geburtsdatum:** 12. Juli 1956

**Familienstand:** verheiratet, zwei Kinder

**Fachrichtung:** Psychotherapeutische Medizin

**Weitere Ämter:** Mitglied in der Vertreterversammlung, im Satzungsausschuss und im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie, stellvertretendes Mitglied des Zulassungsausschusses; Vorsitzender des Berufsverbandes Hamburger Psychoanalytiker (BHP), Landesverband der DGPT

**Hobbys:** Familie, Sport, Musik

*Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?* Ja.

*Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?* 1. Erhalt der Psychotherapie in ihrer Differenziertheit für eine medizinische Versorgung, damit den individuellen seelischen Bedingungen von Krankheit weiterhin angemessen begegnet werden kann. 2. Erhalt der ärztlichen Psychotherapie, die zwischen den Mühlsteinen standespolitischer Interessen aufgemahlen und vergessen zu werden droht.

*Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?* Um lebendig zu bleiben und den sich verändernden gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden, muss das Gesundheitssystem ständig reformiert werden. In dieser kontinuierlichen Arbeit ist die Mitwirkung der KV als Bündelung der Kompetenz der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringer im ambulanten Bereich unerlässlich, wenn nicht fachliche Aspekte in dieser Reform verloren gehen sollen.

*Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?* Nichts fragen, sondern bei jeder sich bietenden Gelegenheit darstellen, welches die Erfordernisse einer guten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in sozialer Verantwortung aus Sicht der Niedergelassenen sind.

*Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?* „Ich träume was ich will und was mich erquicket, doch alles in der Still' und wie es sich schicket.“ (nach H. Heine)

# Terminkalender

## ■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 16.06.2011 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

## ■ Qualitätsmanagement-Seminare

### QEP®-Einführungsseminare 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-lizensierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr 24.06.2011 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 25.06.2011 (08:30-16:30 Uhr)  
Fr 04.11.2011 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 05.11.2011 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:  
Erster Teilnehmer einer Praxis € 220,  
jeder weitere €160

16 Punkte

### QEP®-Vertiefungsseminare 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 2011  
Teil 1: Mi 22.06.2011 (15:00-20:00 Uhr)  
Teil 2: Mi 24.08.2011 (15:00-20:00 Uhr)  
Teil 3: Mi 28.09.2011 (15:00-20:00 Uhr)  
Teil 4: Mi 02.11.2011 (15:00-20:00 Uhr)  
Teil 5: Mi 07.12.2011 (15:00-20:00 Uhr)  
Teilnahmegebühr: €395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

### QEP®-Refresher-Kurs

Für Praxisinhaber und -mitarbeiter, deren QEP®-Einführungsseminar bereits etwas zurückliegt: Die wesentlichen Inhalte des QEP®-Kernzielkataloges werden hier nochmals aufgegriffen und so der Grundstein für die erfolgreiche QEP®-Einführung in der Praxis gefestigt.

Derzeit keine Termine. Bitte melden Sie sich, wenn Sie Interesse haben. Ist die Nachfrage groß genug, organisieren wir einen Kurs.

Teilnahmegebühr: €149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### QMB-Seminar

Für die Qualitätsmanagement-Beauftragten (QMB) der Praxis. Die Übertragung geeigneter Verantwortlichkeiten an Mitarbeiter ist ein wichtiger QM-Baustein. Die Qualitätsmanagement-Beauftragten koordinieren den QM-Prozess in der Praxis und übernehmen administrative Aufgaben.

3-teiliges Blockseminar

Derzeit keine Termine. Bitte melden Sie sich, wenn Sie Interesse haben. Ist die Nachfrage groß genug, organisieren wir ein Seminar.

Teilnahmegebühr: €295 inkl. Verpflegung

### QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

Mi 04.05.2011 (09:30-17:00 Uhr)  
Teilnahmegebühr: €149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### Datenschutz in der Praxis

Hier wird aufgezeigt, was in puncto Datenschutz in der Praxis zu beachten ist, wann ein Datenschutzbeauftragter benannt werden muss und welche Aufgaben er übernimmt.

Mi 07.09.2011 (9:30-17:00 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 19.10.2011 (9:30-17:00 Uhr)  
Teilnahmegebühr: €149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

### QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

In diesem Seminar können Sie überprüfen, ob Ihre Praxis zertifizierungsreif ist und an welchen Stellen gegebenenfalls noch nachgebessert werden muss.

Mi 23.11.2011 (09:30-17:00 Uhr)  
Teilnahmegebühr: €149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633

# 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?

1. schnelle und verbindliche Auskünfte in allen Fragen,  
die die vertragsärztliche Tätigkeit und das Leistungs-  
spektrum der KVH betreffen
2. schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte  
Information nicht sofort erteilt werden kann
3. zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per  
Post, Fax oder eMail

## Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg  
Telefon: 040/22 802 900  
Telefax: 040/22 802 885  
E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)

## Wann sind wir für Sie da?

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

