

KV-Online-Service am Start

Regress- drohung

KV bietet den betroffenen
Ärzten Unterstützung an

Onkologie- vereinbarung

Diskussion um die
Mindestanforderungen

Online- Terminpool

Ärztendorf richtet virtuelle
Rezeption ein



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Noch gibt es keinen neuen Zeitplan für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in allen Bundesländern. Wann die Karte in Hamburg ankommt, ist derzeit offen. Warum dann eine Online-Initiative der KV? Wir wollen uns nicht mit Ihnen vernetzen, um die eGK gangbar zu machen. Wir wollen die heutigen technischen Möglichkeiten nutzen, um notwendige Arbeiten wie Abrechnung und Dokumentationen zu erleichtern, um einen besseren Informationsaustausch zu ermöglichen und um Ihnen sichere Wege zu eröffnen, sich schriftlich mit Ihren Kollegen auszutauschen. Ich würde mich freuen, wenn Sie dabei wären – je mehr Mitglieder mitmachen, desto größer ist der Nutzen.

Ihr Dieter Bollmann



Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild:
[shoot4u - Fotolia.com](http://shoot4u-fotolia.com)

Ausgabe 1/2010 (15. Februar 2010)

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	4
KV-Online-Service: Warum wir die Telematik brauchen	5
Welche Angebote wird es geben?	7
Zwei Möglichkeiten, eine Online-Verbindung zur KV zu bekommen	8
Identifizierung: Passwort oder Signaturkarte?	9

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	10
Mehr Geld für Weiterbildungsassistenten / BKK-Arbeitsgruppe verschickt unzulässige Zahlungsaufforderungen	11
Fusionen führen zu Vertragsänderungen	14

Abrechnung

Wie die RLV in Berufsausübungsgemeinschaften errechnet werden	12
---	----

Amtliche Veröffentlichungen

Leistungsvergütung Mammographie-Screening 2010	14
--	----

Brennpunkt Arznei

Prüfung und Regressandrohung: KV bietet Hilfe an	15
Clopidogrel: In welchen Fällen ist die Verordnung wirtschaftlich?	16
Wann können Verödungsmittel über Sprechstundenbedarf angefordert werden?	17
Zusätzliche Ansprechpartnerin für Fragen zur Arzneimittelverordnung	17

Qualitätssicherung

Diskussion um Onkologievereinbarung: Vier Berufsverbandsvorsitzende beziehen Stellung	18
Ultraschallvereinbarung: Bitte Gerätedaten und technischen Eignungsnachweis vorlegen	22

Berliner Seite

Umfrage zur Kostenstruktur der Praxen / KBV-Messe: Versorgungsinnovation 2010	23
---	----

Forum

Ärztetz Hamburg Nordwest richtet gemeinsame „virtuelle Rezeption“ ein	24
---	----

KV intern

Steckbriefe: Für Sie im beratenden Fachausschuss	26
Terminkalender	27

Nachgefragt

■ Brauchen wir einen KV-Online-Service?



Ich bin Mitglied der Vertreterversammlung und dränge in diesem Gremium immer wieder darauf, dass die Korrespondenz mit der KV online stattfindet. Wer will schon mit all diesen Papierstapeln hantieren, die uns zugeschickt werden? Was online erledigt werden kann, sollte online erledigt werden: die Kommunikation der Ärzte untereinander etwa oder der Versand der Abrechnungsdaten. Viele Wege zur KV, die wir Ärzte zurücklegen, wären heutzutage gar nicht mehr notwendig. Uns die Möglichkeit zu geben, mit der KV auf sicherem Wege online zu kommunizieren – das ist im Zeitalter der elektronischen Medien längst überfällig.

*Dr. Torsten Hemker,
Orthopäde in der Neustadt und
ärztlicher Geschäftsführer der
Facharztambulanz Hamburg*



Ich befürworte alle Maßnahmen, die zu einem Abbau von Bürokratie und Formularen beziehungsweise zu einem geringeren Papierverbrauch führen. Die elektronische Anbindung an die KV kann hierzu dienen. Sie hat ein großes Potential zur Kostenreduktion und zur effizienteren Kommunikation. Voraussetzung sind sichere Datenwege, minimaler Hardwareaufwand und absolute Datenhoheit für den einzelnen Arzt.

*Dr. Stephan Hofmeister,
Facharzt für Innere und
Allgemeinmedizin in Eilbek*



Der KV-Online-Service würde für unser MVZ eine sichere, schnelle und papierlose Kommunikation ermöglichen. Darüber hinaus ist die schnelle Kommunikation wirtschaftlicher, da die immer weiter zunehmende Datenflut beziehungsweise -menge direkter gesteuert werden kann und schnellstmöglich an jedem Arbeitsplatz zugänglich gemacht werden kann. Nicht zuletzt der Verzicht auf Papier ist ein Beitrag zur Schonung der Umwelt, da auf Produktion, Transport, Archivierung und zuletzt auf Aktenvernichtung verzichtet werden kann.

*Dr. Wolf-Rüdiger Gottlieb,
Leiter des Zentrums für
Gefäßmedizin in Bahrenfeld*



Zukunftsfähig werden

Der KV-Online-Service startet mit einigen Testpraxen. Bald wird das Angebot für alle KV-Mitglieder nutzbar sein.

„Ich musste eine dreiviertel Stunde lang fahren, um meine Abrechnung abgeben zu können“, sagt Dr. Gerhart Glaser, der ins Foyer des Ärztehauses kommt und sich den Schnee von der Winterjacke klopf. „Die Abrechnung und den gesamten Brief- und Datenaustausch mit der KV künftig online erledigen zu können – damit würde für mich ein Wunschtraum in Erfüllung gehen.“

Glaser ist Vorsitzender des PNS-PraxisNetz Süderelbe, das zu den Pionieren der Online-Anbindung von Praxen an die KV Hamburg gehören wird. Im Rahmen des KV-Online-Service sollen sichere Wege zur Verfügung gestellt werden, auf denen Daten zwischen Praxis und KV online hin- und hergeschickt werden können. Möglich wird damit zum Beispiel die Online-

Abrechnung. An der Erstellung der Abrechnungsdaten im Praxiscomputer wird sich nichts ändern. Doch statt die Daten auf eine CD oder Diskette zu kopieren und sich damit persönlich auf den Weg zu machen, genügen einige Mausklicks, um sie an die KV zu schicken. Die Praxis erhält umgehend Rückmeldung, ob die Daten vollständig übermittelt wurden.

Bislang müssen die KV-Mitarbeiter die von den Ärzten oder ihren Mitarbeiterinnen eingereichten Datenträger einzeln auf Viren prüfen und dann einlesen. Bei bis zu zehn Prozent der CDs und Disketten gibt es Probleme mit der Lesbarkeit. So musste beispielsweise im vergangenen Quartal ein Arzt drei Mal den Weg zur Abrechnungsstelle antreten, weil die Datenträger unbrauchbar wa-

ren. Könnten die Abrechnungsdaten auf sicherem Wege online versandt werden, würde das allen Beteiligten eine Menge Zeit ersparen.

Die Sammelerklärungen und die Scheine der Sozialbehörde allerdings müssten der KV auch nach der Online-Anbindung



Dr. Gerhart Glaser: „Wir müssen die Telematik nutzen!“

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

Fortsetzung von S. 5

zunächst weiter in Papierform zur Verfügung gestellt werden - beispielsweise auf dem Postweg. Da ab Anfang 2011 die Online-Abrechnung Pflicht wird, dürfte eine Lösung hierfür aber nicht allzu lange auf sich warten lassen.

Der Online-Service der KV wird mit einigen wenigen Anwendungen starten. Im Laufe der Zeit soll möglichst viel dessen, was derzeit physisch zwischen KV und KV-Mitgliedern hin- und hergeschickt wird, online erle-

boten werden, mit denen man im Quartal eine „Zwischenabrechnung erhalten kann.

Der KV-Online-Service ist als rein innerärztliches System angelegt, ohne jede Schnittstelle nach außen - anders als etwa beim Großprojekt elektronische Gesundheitskarte (eGK), wo schon beim Einlesen der Karte für den Online-Abgleich der Versichertendaten eine Verbindung zu den Rechnern der Krankenkassen hergestellt werden soll.

„Man kann sich unser Online-Portal vorstellen wie die Zug-

Nicht allen Ärzten und Psychotherapeuten ist wohl beim Gedanken an die schöne neue Telematik-Welt. Auch Glaser ist eigentlich kein Computer-Freak. „Bis zum Jahr 2000 wusste ich gerade mal, wie man EDV schreibt“, sagt er. „Aber man muss sich der Gegenwart stellen und die Vorteile der neuen Medien nutzen.“

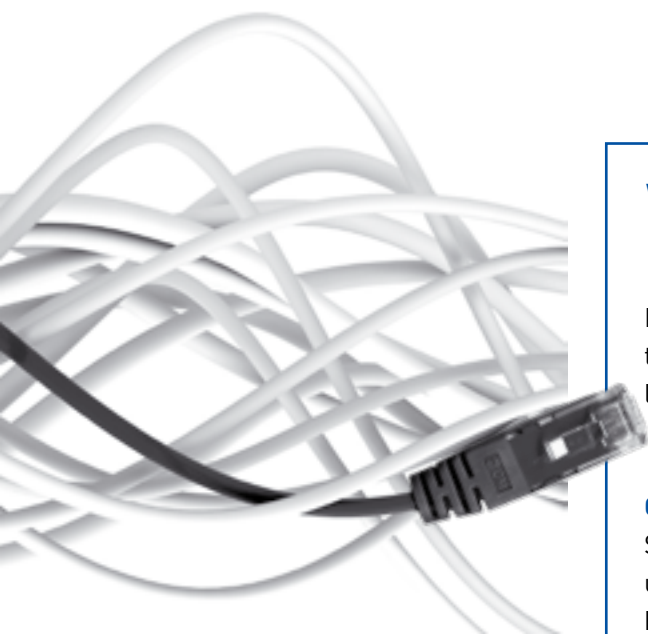
Er beschloss, sich in die Materie einzuarbeiten und trieb zusammen mit seinem Vorstandskollegen Dr. Ullrich Schäfer die Online-Vernetzung der Ärzte des PNS-PraxisNetz Süderelbe voran. „Wir dachten: Im Zeitalter des Online-Bankings muss es doch möglich sein, über eine sichere Leitung auch Patienten- und Abrechnungsdaten auszutauschen.“

In Zusammenarbeit mit einem Harburger Softwareunternehmen gelang es im November 2008, die erste völlig webbasierte netzinterne Kommunikationsplattform in Deutschland online zu schalten. „Damit sind wir bundesweit Vorreiter“, so Glaser. „Jetzt können wir,

Ab 2011 wird die Online-Abrechnung für alle KV-Mitglieder obligatorisch

digt werden können. Auch Zugriffe auf sich täglich ändernde Dateien wie das aktuelle Abrechnungskonto werden dann möglich. „Ich könnte jederzeit prüfen, wo ich mit meiner Abrechnung stehe“, sagt Glaser, „und betriebswirtschaftlich besser planen.“ In einem weiteren Schritt sollen automatisierte Testabrechnungen ange-

brücke einer Burg“, sagt Dieter Bollmann, Vorsitzender der KV Hamburg. Nur wer zugangsberechtigt ist, wird eingelassen. In der Burg stehen Wachen, die den Besuchern bestimmte Wege eröffnen und andere nicht. Wer online in die KV gelangt ist, bekommt lediglich Zugang zu den ihn selbst betreffenden Daten.



sofern der Patient es erlaubt, Arztbriefe und Befunde auf datenschutzrechtlich streng geprüftem elektronischem Wege und in jedem beliebigen Format unter den niedergelassenen Kollegen und den Netzkliniken gezielt austauschen“.

Durch diese bereits vorhandene netzinterne Kommunikationsstruktur ist das PNS-Praxis-Netz Süderelbe in der Lage, einen KV-SafeNet-Zugang einzurichten, dessen Nutzung allen Netzmitgliedern kostenfrei offen steht. „Das PNS als eingetragener Verein zahlt für die Anbindung der KV an die Kommunikationsplattform nur die Gebühr für einen Anschluss und regelt den Rest intern“, so Glaser.

Heute ist Glaser davon überzeugt, dass ein modernes Gesundheitswesen ohne vernünftige und verantwortungsvolle EDV-Nutzung nicht auskommen wird: „Um im Gesundheitsmarkt zukunfts- und verhandlungsfähig zu sein, brauchen Arztnetze und andere ärztliche Verbundstrukturen Telematik“.

Was bietet der KV-Online-Service?

Der Online-Service der KV wird bis Mitte des Jahres mit ersten Anwendungen an den Start gehen. Das Angebot soll dann laufend ausgebaut werden.

Online-Abrechnung

Sie können Ihre Abrechnungsdaten online an die KV schicken und erhalten sofort eine Rückmeldung, ob die Datei erfolgreich hochgeladen wurde. Diese Anwendung wird als Erstes zur Verfügung stehen. Später sollen die Möglichkeiten hinzukommen, das aktuelle Abrechnungskonto einzusehen oder vorab eine automatisierte Testabrechnung zu machen.

esQlab

Mit esQlab können Sie online abrechnen, ohne dass Sie ein Praxisverwaltungssystem benötigen. Sie erfassen komplette Abrechnungsfälle und speichern diese direkt auf dem Rechner der KV. Besonders geeignet für kleinere Praxen mit überschaubarer Fallzahl.

eDokumentation

Übermitteln Sie die Daten aus Ihren Dokumentationen elektronisch - nicht nur für DMP, sondern auch für Koloskopie- und Hautkrebsscreening.

Dokumente

Über das geschützte KV-Portal können Sie auf das Dokumenten-Management-System zugreifen. Sie können dort zahlreiche Dokumente einsehen – wie beispielsweise Honorarbescheide und –unterlagen oder Verordnungsinformationen.

Formulare und Anträge

Sie können Formulare und Anträge online ausfüllen und direkt an die KV übermitteln oder ausdrucken.

Nachrichten

Über ein Nachrichtenkonto können Sie einen großen Teil der Kommunikation mit der KV abwickeln. Sie empfangen und senden beispielsweise Mitteilungen zu Ihrer Online-Abrechnung oder erhalten Eingangsbestätigungen zu eingesandten Formularen.

Online-Wege zur KV

- Es gibt zwei Möglichkeiten, seine Praxis an den Online-Service der KV anzubinden: Über KV SafeNet oder über einen Internet-Zugang

KV SafeNet

Mit dem KV SafeNet wurde ein bundesweiter Sicherheitsstandard geschaffen. Die KVen haben die Rahmenbedingungen für ein Kommunikationsnetz festgelegt, das die größtmögliche Sicherheit der Daten sowohl in den angeschlossenen Praxisrechnern als auch bei der Übertragung gewährleistet. Allerdings betreiben die KVen das Netz nicht selbst, sondern zertifizieren eine Auswahl von qualifizierten Providern, die sich verpflichten, das Sicherheitskonzept der KVen und die gesetzlichen Datenschutzvor-

gaben zu erfüllen. Damit ist nicht der Arzt, sondern der zertifizierte Anbieter für die Einhaltung der Sicherheitsbestimmungen verantwortlich. (Eine Liste der zertifizierten Provider stellen wir Ihnen noch zur Verfügung.)

Es gibt die unterschiedlichsten Angebote: Einige Provider setzen einen DSL-Anschluss voraus. Bei anderen ist der Anschluss im Preis enthalten. Die KV berät Sie gerne zur Frage, welche Lösung für Ihre Praxis die beste ist. Die Betriebskosten für das KV-SafeNet variieren

je nach Anbieter zwischen 20 und 80 Euro pro Monat. Bei einigen Anbietern kommen noch einmalige Anschaffungskosten hinzu. Die Online-Dienste der KV sind kostenfrei.

Der zertifizierte Provider erledigt die Anbindung des Praxiscomputer an das KV-Online-Portal. Dazu wird ein Zugangsgerät eingesetzt, das einen unerwünschten Zugriff auf den Praxiscomputer blockiert. Man kann die Sicherheitsvorkehrungen nicht aushebeln, auch nicht aus Versehen. Die Daten gehen wie durch einen Tunnel von Punkt

Identifizierung: Passwort oder Signaturkarte?

Zugang mit



eArztausweis:
uneingeschränkte Nutzung



Name und Passwort:
eingeschränkte Nutzung

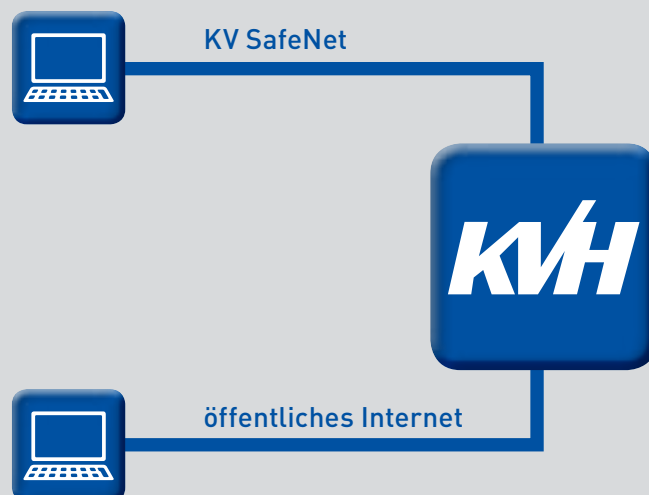
Zugang mit



eArztausweis:
eingeschränkte Nutzung



Name und Passwort:
nicht möglich



A nach Punkt B. Da es sich beim KV-SafeNet um ein geschlossenes System handelt, kann der Praxiscomputer bedenkenlos angeschlossen werden.

Viele Praxen haben neben ihrem Praxiscomputer einen separaten Internetcomputer, um ihre Patientendaten zu schützen. Diese Trennung kann aufrechterhalten werden. Der ans KV SafeNet angeschlossene Rechner hat keine Verbindung zum öffentlichen Internet. Dies ist die sicherste, von der KV empfohlene Lösung.

Öffentliches Internet

Die Praxen können das Online-Portal der KV auch über einen „normalen“ Internet-Anschluss erreichen. Das ist die kostengünstigere Variante, aber die

Förderung: 300 Euro von Ihrer KV

Praxen, die sich an den Online-Service der KV anschließen lassen, bekommen bis September 2010 eine Förderung von 300 Euro. Warten Sie nicht zu lange! Anfang 2011 wird die Online-Abrechnung Pflicht. Dann muss Ihre Praxis auf jedem Fall online mit der KV kommunizieren können.

Daten sind dann anders als bei der Nutzung von KV SafeNet nicht automatisch vor Zugriffen geschützt. Für die Absicherung des Datentransfers und der Praxisrechner sind die Praxen in diesem Fall selbst verantwortlich. Um Angriffen aus dem Internet nicht wehrlos ausgeliefert zu sein, muss die Praxis eine Firewall und einen guten Virenschutz einrichten.

Bei dieser Variante ist eine Signaturkarte nötig, um sich am Online-Portal der KV zu identifizieren. Außerdem ist der Service der KV auf wenige Anwendungen (unter anderem die Online-Abrechnung) beschränkt.

*Ansprechpartnerin:
Petra Schulte Tel: 22802-497
Beratung und Information*

Wer das Portal der KV aufruft, hat zwei Möglichkeiten, sich zu identifizieren: Entweder mit Hilfe einer Signaturkarte oder mittels Name und Passwort. KV-SafeNet-User können beide Zugangsmöglichkeiten nutzen. Wer sich mit Name/Passwort einloggt, kann allerdings nur auf eine eingeschränkte Anzahl von Anwendungen des KV-Online-Services zugreifen. Die Signaturkarte hat mehrere Vorteile, so ist sie zum Beispiel auch als Schlüssel für andere Systeme (wie beispielsweise Online-Banking) verwendbar. Wer den KV-Online-Service über einen normalen Internet-Zugang erreichen will, benö-

tigt aus Datenschutzgründen zwingend eine Signaturkarte, um sich zu identifizieren (siehe Grafik).

Der Besitzer einer Signaturkarte wird bei der Nutzung elektronischer Systeme eindeutig identifiziert. Es gibt verschiedene Anbieter. Die KV empfiehlt, den elektronischen Arztausweis zu nutzen, mit dessen Ausgabe die Hamburger Ärztekammer begonnen hat.

Das Identifizierungsverfahren ist aufwändig, und die Ausgabe des eArztausweises nimmt einige Zeit in Anspruch. (Weitere Informationen zum eArztaus-

weis: www.aerztekammer-hamburg.de)

Produziert wird der elektronische Arztausweis derzeit von medisign, einer Tochtergesellschaft der Apotheker- und Ärztebank. Weil man mit dieser Karte auch Online-Banking und die privatärztliche Online-Abrechnung durchführen kann, wird sie von der Apotheker- und Ärztebank und der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) mit jeweils fünf Euro monatlich gesponsert – allerdings nur für zwei beziehungsweise vier Jahre. Damit wären aber zumindest für eine begrenzte Zeit diese laufenden Kosten gedeckt.



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 *Eine schwangere Patientin leidet unter Schwangerschaftsdiabetes und benötigt diesbezüglich Medikamente. Ist sie von der Zuzahlung befreit?*

Ja, laut der Mutterschafts-Richtlinie Abschnitt G sind Schwangere von der Zuzahlung bei Arznei- und Verbandsmitteln sowie bei Heilmitteln befreit, die wegen Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden. Bei Verordnungen für Hilfsmittel hingegen muss die Zuzahlung geleistet werden.

2 *Stimmt es, dass man den HbA1c-Test für Diabetiker neuerdings auch als Schnelltest in der Praxis durchführen kann?*

Ja, seit kurzem gibt es einen Schnelltest für HbA1c auf dem Markt. Dieser immunturbidimetrische Test erfüllt alle wichtigen Kriterien einer quan-

titativen Bestimmung wie Kalibrationsfähigkeit, Möglichkeiten der internen und externen Qualitätskontrolle sowie CE-Zertifizierung. Wenn Sie diesen Test in der Praxis durchführen, steht Ihnen die EBM-Nr. 32094 für die Abrechnung zur Verfügung.

3 *Wir scannen seit einiger Zeit alle Unterlagen - zum Beispiel Krankenhausberichte und Arztbriefe - ein. Müssen wir die Originaldokumente trotzdem aufbewahren oder können wir sie vernichten?*

Diese Frage ist leider nicht einfach mit Ja oder Nein zu beantworten, da es diesbezüglich keine eindeutigen gesetzlichen Regelungen gibt.

Wenn Sie in Ihrer Praxis ein elektronisches Dokumentationssystem einsetzen, müssen Sie auf jeden Fall sicherstellen, dass die für das Einscannen verwendete Software eine

nachträgliche Änderung der erfassten Daten unmöglich macht. Darüber hinaus gelten für die erstellten Dateien dieselben Aufbewahrungsfristen wie für die Originale. Es muss gewährleistet sein, dass ein bestimmtes Dokument – im Original oder in elektronischer Form – auf Anforderung vorgelegt werden kann. Wenn der Datei zu entnehmen ist, dass sie mit dem eingescannten Original identisch ist, können Sie das Original vernichten. Im Zweifel empfehlen wir eine Rücksprache mit der für die berufsrechtliche Aufbewahrungsfrist zuständigen Ärztekammer.

4 *Wie lange sind Arzneimittelrezepte gültig?*

Ein rotes Kassenrezept ist vier Wochen, ein Privatrezept drei Monate und ein BTM-Rezept sieben Tage gültig. Die Gültigkeit bezieht sich bei allen Rezepten immer auf das Datum der Ausstellung.

Mehr Geld für Weiterbildungsassistenten

■ Initiative für hausärztlichen Nachwuchs wird verstärkt

Wer in seiner Praxis Assistenten im Rahmen der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin beschäftigt, bekommt seit Anfang des Jahres deutlich höhere Zuschüsse. Die Förderung für Jungmediziner, die im Rahmen des Initiativprogramms zur Förderung der Allgemeinmedizin eine Weiterbildung zum Hausarzt durchlaufen, ist von 2040 auf 3500 Euro monatlich aufgestockt worden. Das gilt auch für Weiterbildungsabschnitte, die am Stichtag bereits liefen.

Eine Arztpraxis, die Zuschüsse in Anspruch nimmt, muss nachweisen, dass sie das Geld in vollem Umfang für die Vergütung ihrer Weiterbildungsassistenten aufwendet. Die Differenz zur im Krankenhaus üblichen Vergütung für solche Weiterbildungsassistenten soll die Praxis aus eigener Tasche zuschießen.

Um für die Verfügbarkeit von Weiterbildungsstellen im Krankenhaus und in den Praxen zu sorgen und eine stringente Weiterbildung ohne Unterbrechungen zu gewährleisten, haben KV, Krankenhausgesellschaft und Ärztekammer eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Durch die Neufassung der Richtlinie wird die Schaffung einer solchen Einrichtung jetzt in allen Bundesländern verpflichtend.

„Mit der neuen Förderung wurde eine deutliche Verbesserung für die Weiterbildungsassistenten erreicht“, sagt Dieter Bollmann,



Andres Rodriguez - Fotolia.com

Vorsitzender der KV Hamburg, „ob diese Förderung angesichts der übrigen Rahmenbedingungen ambulanter ärztlicher Tätigkeit allerdings ausreicht, den dringend benötigten Nachwuchs sicherzustellen, muss abgewartet werden.“

Die KV fördert die Weiterbildung des hausärztlichen Nachwuchses

seit über 30 Jahren – zunächst ohne Beteiligung der Kassen. Seit 1999 wird die Hälfte der aufgewendeten Summe von den Kassen getragen.

*Ansprechpartnerin für Fragen zur Förderung von Weiterbildungsassistenten:
Margret Bahlke Tel: 22802-329*

Unzulässige Zahlungsaufforderung

■ BKK-Arbeitsgruppe versucht, bei Ärzten Geld einzutreiben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) warnt vor unzulässigen Zahlungsaufforderungen durch die Arbeitsgruppe gegen Abrechnungsbetrug (argab). Der in Düsseldorf ansässige Zusammenschluss mehrerer Betriebskrankenkassen schreibt Ärzten an und fordert sie auf, Honorar für nicht korrekt abgerechnete

Leistungen direkt an sie zurückzuzahlen. Außerdem wird eine Bearbeitungsgebühr von 25 Euro in Rechnung gestellt.

Diese Zahlungsaufforderungen sind unrechtmäßig. Bitte schalten Sie die KV ein, wenn Sie einen solchen Brief erhalten. (Postadresse KV Hamburg: Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg)

Regel? Leistungs? Volumen?

- In Berufsausübungsgemeinschaften tauchen immer wieder Fragen zur RLV-Berechnung auf. Wir haben die wichtigsten Informationen für Sie zusammengefasst.

Seit über einem Jahr ist die Honorarreform in Kraft. In den meisten Praxen sind die neuen Abrechnungsmodalitäten bereits Routine. Allerdings tauchen immer wieder Fragen zur Honorarsystematik in Berufsausübungsgemeinschaften auf: Wie wird das Praxis-RLV ermittelt? Die wichtigsten Aspekte der heute gültigen Regeln möchten wir hier nochmals erläutern.

Höhe des RLV einer Berufsausübungsgemeinschaft

Bei Berufsausübungsgemeinschaften wird das RLV für jeden beteiligten Arzt separat berechnet, jedoch gegenüber der Berufsausübungsgemeinschaft als eine Summe ausgewiesen. Das RLV der Praxis setzt sich hier also aus der Summe der RLV der Ärzte zusammen. (Nicht alle Vertragsärzte erhalten ein RLV – bei ermächtigten Ärzten oder bestimmten Fachgruppen gibt es Ausnahmen.)

Berechnung des Arzt-RLV

Um das RLV eines Arztes zu errechnen, wird seine RLV-relevante Fallzahl aus dem Vorjahresquartal mit dem RLV-Fallwert der Arztgruppe multipliziert. Das Ergebnis wird mit der sogenannten Altersstrukturquote multipliziert. (Damit wird berücksichtigt, ob ein Arzt im Vergleich zu seiner RLV-Gruppe überdurchschnittlich viele sehr alte oder sehr junge Patienten behandelt.) Ist der Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, erhält er ferner einen prozentualen Aufschlag, dessen Höhe von der Zusammensetzung seiner Berufsausübungsgemeinschaft abhängt. Dazu später mehr.

RLV-relevante Fallzahl

Für die Berechnung der RLV sind die sogenannten RLV-relevanten Fälle aus dem Vorjahresquartal heranzuziehen. Bei Einzelpraxen handelt es sich dabei um die Zahl der kurativ-ambulant Behandlungsfälle der Ersatz- und Primärkassen. Ausgenommen sind allerdings die Notfälle im organisierten Notfalldienst, die Überweisungsfälle zur Durchführung von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen – und jene Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet werden, die nicht dem RLV unterliegen.

War ein Arzt im Vorjahresquartal in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, wird die RLV-relevante Fallzahl anhand ergänzender Vorgaben berechnet. Bei Berufsausübungsgemeinschaften gibt es einen Unterschied zwischen Behandlungsfällen und Arztfällen, weil ein Patient nicht selten von mehreren Ärzten derselben Praxis behandelt wird. Deshalb muss der prozentuale Anteil eines Arztes an den Arztfällen der Praxis berechnet werden.

Zur Veranschaulichung der erforderlichen Berechnungen möchten wir Ihnen die Praxis Dres. Mustermänner vorstellen. In dieser fiktiven Berufsausübungsgemeinschaft ist Arzt A als fachärztlicher Internist mit dem Schwerpunkt Pneumologie, Arzt B als hausärztlich tätiger Internist und Arzt C als Facharzt für Frauenheilkunde tätig.

Für unsere Musterpraxis ergibt sich folgende Berechnung:

Im 1. Quartal 2009 versorgten Dres. Mustermann 1.800 RLV-relevante Behandlungsfälle	
Arzt A versorgte	800 RLV- relevante Arztfälle
Arzt B versorgte	1.200 RLV- relevante Arztfälle
Arzt C versorgte	900 RLV- relevante Arztfälle
Gesamt:	2.900 RLV- relevante Arztfälle
Prozentualer Anteil von Arzt A: 800 Arztfälle geteilt durch 2.900 Arztfälle Gesamt mal 100	= 27,6%
Prozentualer Anteil für Arzt B: 1.200 Arztfälle geteilt durch 2.900 Arztfälle Gesamt mal 100	= 41,4%
Prozentualer Anteil für Arzt C: 900 Arztfälle geteilt durch 2.900 Arztfälle Gesamt mal 100	= 31,0%

Um die RLV-relevante Fallzahl zu ermitteln, werden diese Anteile nun auf die damalige Behandlungsfallzahl übertragen. So ergeben sich

Arzt A erhält 27,6% der Behandlungsfälle	497 RLV –relevante Fälle
Arzt B erhält 41,4% der Behandlungsfälle	745 RLV –relevante Fälle
Arzt C erhält 31,0% der Behandlungsfälle	558 RLV –relevante Fälle
Gesamt 100%	1.800 RLV –relevante Fälle

Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Patienten von den Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft oft gemeinsam behandelt werden, wird das pro Arzt ermittelte RLV seit dem 3. Quartal 2009 wie folgt erhöht: Bei fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften sowie Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe, die keiner Leistungsmengenbegrenzung unterliegen, gibt es einen Aufschlag von 10 Prozent.

Bei fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sowie bei Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten unterschiedlicher Arztgruppen bzw. Schwerpunkte gibt es einen Aufschlag von 5 Prozent je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt – allerdings nur für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkte. Für jede weitere Arztgruppe bzw. jeden weiteren Schwerpunkt gibt es 2,5 Prozent, jedoch insgesamt höchstens einen Aufschlag von 40 Prozent.

In der Praxis Mustermann sind drei Arztgruppen vertreten, somit ergibt sich hier für die drei tätigen Ärzte ein Aufschlag von 15%.

Um die arztbezogenen RLV abschließend zu berechnen, wird die ermittelte RLV-relevante Fallzahl nun mit dem jeweiligen Fallwert der Arztgruppe des einzelnen Arztes sowie mit der Altersstrukturquote multipliziert. Für unsere Musterpraxis ergeben sich so folgende RLV:

Arzt	RLV-Arztgruppe	RLV-relevante Fälle	RLV-Fallwert-Arztgruppe	Alters-Strukturquote	Aufschlag BAG in %	Gesamt €
Arzt A	FA Internist Pneumologie	497	51,27	0,9690	15%	28.394,96
Arzt B	Hausarzt	745	37,73	0,9234	15%	29.849,07
Arzt C	Frauenarzt	558	19,33	0,9950	15%	12.342,04
Gesamt		1.800				70.586,07

Die Summe der so berechneten RLV der Ärzte A, B und C ergibt das RLV der Praxis, welches im Zuweisungsbescheid ausgewiesen wird.

*Ansprechpartner bei allgemeinen Fragen zur Systematik: Infocenter Tel: 22802-900
Wenn Sie Fragen zu Ihrer eigenen RLV –Berechnung haben, vermittelt Ihnen das Infocenter
gern den für Sie zuständigen Mitarbeiter.*

Fusionen führen zu Vertragsänderungen

- Anfang des Jahres haben einige Kassen fusioniert. Dies hat auch Auswirkungen auf bestehende Verträge mit der KV Hamburg. Wir haben für Sie eine Übersicht zusammengestellt.

Fusion zwischen der Barmer Ersatzkasse und der GEK zur BARMER GEK

Hausarztzentrierte Versorgung: Wie bereits im KVH-Telegramm vom 23.12.2009 ausgeführt, sind seit Anfang des Jahres keine Neueinschreibungen mehr möglich; Versicherte und Hausärzte, die bis zum 31.12.2009 eingeschrieben waren, dürfen weiterhin teilnehmen.

Hautkrebsvorsorge: Der Vertrag gilt seit Anfang des Jahres für alle Versicherten der neuen BARMER GEK. Eine Vorsorgeuntersuchung ist alle zwei Jahre für Patienten im Alter von 15 bis 34 Jahren zulässig. Die BARMER GEK wird diese Untersuchung mit 23,00 EUR vergüten.

Homöopathie: Auch dieser Vertrag gilt für alle Versicherten der neuen BARMER GEK. Die Abrechnungsregeln und -ziffern bleiben unverändert.

Ergänzungsvereinbarung über Schutzimpfungen bei Auslandsreisen und zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs (HPV): Die Vereinbarung wurde seitens der GEK zum 31.3.2010 gekündigt. Bis dahin dürfen nur ehemalige Versicherte der GEK weiter geimpft werden; die ehemaligen BARMER-Versicherten nicht.

Fusion zwischen der IKK Hamburg und anderen IKK zur IKK classic

Hausarztzentrierte Versorgung: Für die ehemaligen Versicherten der IKK Hamburg gilt der Vertrag vom 20.12.2006 uneingeschränkt weiter. Der Vertrag wurde ursprünglich mit der GEK geschlossen. Die IKK ist ihm beigetreten.

Onkologievereinbarung: Gilt für die ehem. Versicherten der IKK Hamburg bis zum 31.3.2010 weiter.

Übrige Sonderverträge der IKK Hamburg: Alle übrigen Verträge zwischen der IKK Hamburg und der KV Hamburg gelten nach der Fusion für die ehemaligen Versicherten der IKK Hamburg (VK NR 02 301) weiter.

Amtliche Veröffentlichung im Internet

Leistungsvergütung Mammographie-Screening 2010

Auf der Website der KV Hamburg (www.kvhh.net) werden unter der Rubrik „Amtliche Veröffentlichungen“ folgende Verträge bekannt gegeben:

- 22. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.4.1996 AOK Rheinland-HH / KVH
- 22. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.4.1996 BKK LV-Nord / KVH
- 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.4.1996 IKK-HH / KVH
- 30. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11.4.1996 vdek / KVH
- 1. Nachtrag zur Ergänzungsvereinbarung vom 10.8.2009 Knappschaft / KVH

Die Erklärungsfrist der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.

Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, stellen wir Ihnen die Texte gerne auch in Papierform zur Verfügung.

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900

Hilfe bei Prüfung oder Regressandrohung

■ Pharmakotherapieexperten der KV Hamburg bieten Beratung an

Wer in den vergangenen Monaten Post von der Prüfungsstelle bekam, hatte kurz darauf einen weiteren Umschlag im Briefkasten: „Wir bieten Ihnen Unterstützung an“, hieß es in einem Schreiben der KV. „Wir können Ihnen fachliche Hinweise und Anregungen für Ihre Argumentation geben. Bitte vereinbaren Sie einen Termin mit unserem Pharmakotherapieberater.“

Ein Hilfsangebot von der KV? Von jener Körperschaft also, die all diese Vereinbarungen selbst aushandelt und auch die Prüfung gewährleisten muss? Tatsache ist: Die „Gemeinsame Prüfungsstelle“ wird von den Krankenkassen und der KV getragen. Sie agiert aber völlig unabhängig.

Beim Sprechstundenbedarf und bei den Arzneimittelrichtlinien haben die Prüfer keinen Ermessensspielraum. Ein Arzt, der gegen diese Regeln verstößt, hat wenig Chancen, sich herauszuwinden.

Bei Richtgrößenprüfungen, Arznei- und Heilmittelprüfungen und Zielfeldprüfungen hingegen geht es um Budgetüberschreitungen. Ein Vertragsarzt kann seine Budgets überschreiten, muss dies aber gut begründen. Hier setzt die von der KV initiierte Beratung an.

Die KV bekommt von der Prüfungsstelle eine Mitteilung darüber, welche Ärzte in die Prüfung kommen oder einen Regress erhalten - und schickt einen Brief hinterher. Die Pharmakotherapieberater, auf deren Angebot die KV darin verweist, beraten die betroffenen Ärzte unabhängig.

Bei den Heilmittelprüfungen beispielsweise - dem ersten nach Einführung der Beratung in sich abgeschlossenen Prüfteil - machten weit über die Hälfte der betroffenen Ärzte von dem Angebot Gebrauch.

Welchen Anteil die Beratung bei der Abwehr von Regressen hatten, ist schwer zu sagen. Viele Ärzte hatten bereits eine schlüssige Argumentationslinie erarbeitet, bevor sie in die Beratung kamen. Doch es war ihnen wichtig, hier nochmals eine Bestätigung zu erhalten.

Was einigen Ärzten Schwierigkeiten bereitete, war der Aufbau der Stellungnahme. Der erste Teil des Textes sollte Auskunft über die Struktur der Praxis geben: In welchem Stadtteil liegt die Praxis? Wie ist der Patientenstamm zusammengesetzt? Welche fachlichen Schwerpunkte hat der Arzt? Wer eine bestimmte Subspezialität ausübt, hat damit möglicherweise

einen höheren Bedarf, der sich der Prüfungsstelle nicht aus einer Weiterbildungsbezeichnung erschließt, dennoch aber medizinisch gerechtfertigt ist.

Wenn der Arzt dies ausführt, hat er möglicherweise schon einen Teil einer Überschreitung begründet.

Kein Arzt, der eine Stellungnahme abfassen oder nach Androhung eines Regresses den Beschwerdeausschuss anrufen will, denkt auf Anhieb an alle möglicherweise relevanten Aspekte. Dabei kann ein Pharmakotherapieberater aufgrund seiner Erfahrung hilfreich sein.



Dr. Klaus Voelker, Pharmakotherapieberater der KV Hamburg

Blutgerinnungshemmer Clopidogrel

■ Für welche Indikationen ist der therapeutische Zusatznutzen belegt und eine Verordnung deshalb wirtschaftlich?

Zur Verordnungsfähigkeit von Clopidogrel erhält die Pharmakotherapieberatung der KV häufig Anfragen. Hier eine Zusammenfassung des aktuellen Standes: Ein therapeutischer Zusatznutzen der Monotherapie von Clopidogrel im Vergleich zur Therapie mit ASS zur Sekundärprophylaxe kardiovaskulärer Erkrankungen ist laut IQWiG-Gutachten¹ nur für Patienten mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit belegbar. Auf Basis dieser Beurteilung hat der Gemeinsame Bundesausschuss 2008 in der Arzneimittelrichtlinie geregelt, für welche Indikationen der Thrombozytenaggregationshemmer Clopidogrel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden kann.² Diese Bedingungen gelten sowohl für die Originalpräparate Plavix und Iscover sowie für alle Clopidogrel-haltigen Generika.

Clopidogrel als Monotherapie kann nur für Patienten mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) verordnet werden,

- bei denen aufgrund dieser Erkrankung eine Amputation oder eine Gefäßintervention vorgenommen werden musste oder

- bei denen eine typische Claudikatio intermittens mit einer Schmerzrückbildung in weniger als 10 Minuten in Ruhe eindeutig diagnostisch gesichert vorliegt.

Clopidogrel kann als Monotherapie zur Prävention artherothrombotischer Ereignisse verordnet werden, wenn eine Unverträglichkeit hinsichtlich der Standardtherapie mit ASS vorliegt und auch keine andere kostengünstige Alternative eingesetzt werden kann.

Liegen keine der genannten Bedingungen vor, ist eine Verordnung von Clopidogrel als Monotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossen. Verordnungen sollten unbedingt daraufhin überprüft werden, ob die Voraussetzungen erfüllt sind.

Hinzuzufügen ist noch, dass ein Umstieg auf die Behandlung mit Clopidogrel zu keinem patientenrelevanten Zusatznutzen führt, wenn der Patient unter der Behandlung mit ASS eine Blutungskomplikation oder ein vaskuläres Ereignis erlitten hat.¹

Eine Kombinationstherapie von Clopidogrel und ASS ist verordnungsfähig

für Patienten mit akutem Koronarsyndrom (AKS) zur Prävention artherothrombotischer Ereignisse,

für Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung (instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave Myokardinfarkt) - einschließlich jener Patienten, bei denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde,

für Patienten mit einem Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung, die medizinisch behandelt werden und für die eine thrombolytische Therapie in Frage kommt.

Vor allem für die Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung sieht das IQWiG in seiner Bewertung³ den Nutzen von Clopidogrel plus ASS in der Frühphase (also während des stationären Aufenthaltes) als belegt an. Im Gegensatz dazu fehle für die spätere Weiterbehandlung (nach der Krankenhausentlassung) der Nutzenbeleg. Auch für die Patienten mit AKS ohne ST-Streckenhebung gebe es Hinweise auf ein vermindertes Herzinfarktrisiko bei Gabe von Clopidogrel plus ASS. Allerdings würden Belege fehlen, um eine sinnvolle Behandlungsdauer festzustellen. Die

vom IQWiG akzeptierte Studie zu dieser Fragestellung liefert nur Daten für 12 Monate.³

Im Stimmnahmeverfahren (noch nicht verbindlich!) ist eine zusätzliche Änderung in der Verordnungsfähigkeit der Kombinationstherapie.⁴ Demnach soll

1. für Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung die maximale

Verordnungsdauer der Kombinationstherapie auf 12 Monate beschränkt werden und

2. für Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung die Verordnung (nach Entlassung aus dem Krankenhaus) ausgeschlossen werden. Diese Infarktpatienten sollen, so der Beschlussentwurf des GBA, soweit für sie eine Thrombolyse in Frage kommt, nur während

ihres stationären Aufenthaltes in der Akutphase Clopidogrel plus ASS bekommen.

Quellen:

1. Abschlussbericht „Clopidogrel versus ASS in der Sekundärprophylaxe vaskulärer Erkrankungen“ vom 25.8.2006, www.iqwig.de
2. Arzneimittelrichtlinie Anlage 3, www.g-ba.de
3. Abschlussbericht „Clopidogrel plus Acetylsalicylsäure“ vom 28.1.09, www.iqwig.de
4. Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.8.09, www.g-ba.de

Ansprechpartnerin:

Regina Lilje Tel: 22802-498

Beratung und Information

Vorsicht bei Anforderung von Verödungsmitteln über Sprechstundenbedarf

■ Anforderung ist nur Proktologen und HNO-Ärzten gestattet – und nur für ungeplante Sofortanwendung

Verödungsmittel (zum Beispiel Äthoxysklerol, Phenolmandelöl, Roschkelösung) dürfen nur für die ungeplante Sofortanwendung / Notfallbehandlung über Sprechstundenbedarf angefordert werden. Die Anforderung ist seit dem 1. Januar 2009 nur Proktologen und HNO-Ärzten gestattet.

In allen anderen Fällen müssen Verödungsmittel auf den Namen des Patienten verordnet werden. (SSB-Vereinbarung, Anlage 2, Ziffer 6 „Arzneimittel für Notfälle und zur Sofortanwendung“) In der von 2006 bis Ende 2008 gültigen Fassung der SSB-Vereinbarung waren Verödungsmittel gar nicht

enthalten und konnten somit in diesem Zeitraum auch nicht über Sprechstundenbedarf angefordert werden.

Ansprechpartner:

Eva-Elisabeth Zunke

Tel: 22802-402

Dr. Joachim Weidner

Tel: 22802-442

Beratung und Information



Verstärkung für den Bereich Beratung und Information

Anfang des Jahres hat Barbara Spies ihre Tätigkeit als beratende Apothekerin in der KV Hamburg aufgenommen. Nach verschiedenen Stationen als Apothekerin bei der BARMER Ersatzkasse und der KV Baden-Württemberg steht

den Hamburger Vertragsärzten Barbara Spies nunmehr als Ansprechpartnerin für alle Fragen rund um das Thema Arzneimittelverordnung zur Verfügung.

Barbara Spies Tel: 22802-564

Zerstörung bewährter Strukturen?

- Die neue Onkologie-Vereinbarung stößt bei einigen der betroffenen Fachgruppen auf scharfen Protest. Sie fürchten, aus der onkologischen Versorgung herausgedrängt zu werden.

Die regionalen Onkologie-Vereinbarungen müssen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zugunsten einer bundesweiten Regelung aufgegeben werden. KBV und Spitzenverband der Krankenkassen haben nach monatelangen Verhandlungen eine Vereinbarung vorgelegt, die für Ärzte hohe Zugangshürden aufstellt.

In Hamburg bleiben die bisher gültigen Regelungen noch bis zum 31. März 2010 in Kraft – dann soll auch hier die neue Vereinbarung umgesetzt werden.

Wir haben die beteiligten Fachgruppen gefragt, welche Veränderungen der neuen Onkologievereinbarung sie sich wünschen.

Schlechte Vereinbarung mit unrealistischen Vorgaben

Um es rundheraus zu sagen: Ich wünsche mir, dass die neue Onkologievereinbarung in der Versenkung verschwindet und damit die unsägliche Auseinandersetzung auf dem Rücken von uns Leistungserbringern und unserer Patienten um eine qualifizierte onkologische Versorgung beendet wird.



*Dr. Martin Bloch
Präsident des Berufsverbandes
der Deutschen Urologen (BDU)*

Die bestehende Vereinbarung wurde aus pekuniären Gründen gekündigt mit der Begründung, dass sie durch die in den EBM eingeführten Leistungspositionen überflüssig würde. Diese Ziffern sind aber ohne neues Geld der Kassen in die Gebührenordnung eingestellt worden. Ein solches Begehren der Kassen mag man nennen wie man will, ich nenne es nicht Betrug, aber einen Versuch, uns Leistungserbringer zu übervorteilen. Die neue Vereinbarung (wie auch die Sozialpsychiatrie-Richtlinie) ist nur auf Grund politischen Drucks zustande gekommen. Dass in den Verhandlungen der Selbstverwaltungsorgane nichts Vernünftiges herauskommt, wenn ein Partner im Grunde unwillig und gezwungenermaßen verhandeln muss, sehen wir an der neuen Richtlinie.

Die Versorgung der Patienten in den urologischen Praxen ist nicht nur in Hamburg seit Jahren ausgezeichnet etabliert. Die Kollegen nehmen hier den Versorgungsauftrag ernst. Die Hamburger Fortbildungsinitiative der Urologen ist auch mit Blick auf die onkologische Fortbildung seit über zehn Jahren bundesweit vorbildlich. Der Kollege Dr. Osieka ist für diese Initiative mit dem Alexander-von-Lichtenberg-Preis der Deutschen Gesellschaft für Urologie ausgezeichnet worden.

Hamburger Urologen sind mehrfach akademisch ausgezeichnet und veröffentlicht worden, zuletzt in der Ausgabe von Dezember 2009 des Hamburger Ärzteblattes. Die Kollegen haben keinen Grund, hier ihr Licht unter den Scheffel zu stellen.



Urologen versorgen die mit Abstand größte Gruppe onkologischer Patienten, bundesweit 58.000 Neuerkrankungen an Prostatakarzinom und 34.000 Blasenkarzinome, dazu Nieren- und Hodenkrebs. Jeder sechste Patient in einer urologischen Praxis hat ein Tumorleiden. Onkologie ist das tägliche Geschäft eines jeden Urologen.

Die neue Onkologievereinbarung zerstört durch ihre Anforderungen diese gewachsenen Strukturen zu Lasten unserer Patienten. Unsinnige strukturelle Voraussetzungen und Anforderungen an Fortbildung und Qualitätssicherung, die an

anderer Stelle wie im Qualitätsmanagement und seitens der Ärztekammer sowie der Berufsgenossenschaft bereits geregelt sind, werden hier unnötig überreguliert.

Aber Kernpunkt und Grund des Ärgernisses sind die offensichtlich aus einer Pi-mal-Daumen-mal-Donnerstag-Rechnung eingeführten Mindestmengen. Es werden für die Urologie 20 Patienten pro Arzt und Quartal gefordert, die eine intravasale/intravesikale Therapie erhalten. Die Versorgungsrealität beträgt 0,5 Prozent der Patienten pro Quartal und Praxis, die eine solche Therapie benötigen. Selbst

onkologische Schwerpunktpraxen werden diese Zahl niemals erreichen.

In den Verhandlungen des Berufsverbandes der Deutschen Urologen/BDU mit der KBV ist dies sehr deutlich gemacht worden: Sollten diese unsinnigen Anforderungen bestehen bleiben, wird die Teilnahme der Urologinnen und Urologen an der Onkologie-Vereinbarung beendet sein. Im Laufe der Gespräche konnte durch den BDU eine Bestandschutz- und Anpassungsregelung (§ 7 Abs. 7 der OV) erreicht werden. Der

Fortsetzung auf S. 20



Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, hat in einem Schreiben an alle KVen ausdrücklich darauf verwiesen, diese Regelung großzügig auszulegen.

Jetzt liegt es an der KV Hamburg und den Kassen, insbesondere dem VDEK, der uns letztlich diese Suppe eingebrockt hat, eine sinnvolle Lösung herbeizuführen, damit die Versorgung der urologischen Tumorpatienten weiterhin in der seit Jahren nachweislich erbrachten Qualität gesichert bleibt. Hierzu gehört die Anpassung der Mindestzahlen an die Versorgungsrealität, der Erhalt der sogenannten kleinen und großen Onkologiezulassung, eine Einbeziehung der Chlod-

ronsäuretherapie als tumorspezifische Therapie, die Entschlackung der Vereinbarung von unsinnigen bürokratischen und strukturellen Inhalten. Die seit 1995 unveränderte Honorierung möchte ich zumindest erwähnen.

Das durch diese schlicht schlechte Vereinbarung mit unrealistischen Vorgaben, überzogenen strukturellen Anforderungen und nicht erfüllbaren Mindestmengen ausgelöste Chaos habe ich Herrn Köhler prophezeit. Es ist in vollem Umfang eingetreten. Die Kolleginnen und Kollegen sind entsetzt, die Selbsthilfegruppen alarmiert. Die Patienten haben noch nicht realisiert, welche Gefahr der Verschlechterung

ihrer Versorgung von dieser neuen Richtlinie ausgeht, deren eigentliches Interesse die qualitative Verbesserung sein müsste statt der Zerstörung etablierter Strukturen.

Ich hoffe sehr, dass im Konsens mit den betroffenen Gruppen, den Gynäkologen und insbesondere den Hämato-Onkologen eine für Hamburg adäquate Lösung mit der KV und den Krankenkassen erreicht werden kann. Nicht nur die Kollegen, sondern auch deren Patienten, die auch Versicherte sind, dürfen dies erwarten.

*Dr. Martin Bloch,
Präsident des Berufsverbandes
der Deutschen Urologen (BDU)*

Gute Basis

Wir sind froh, dass es eine bundeseinheitliche Vereinbarung gibt, die schiedsamtstfähig ist. Das ist eine gute Basis. Aber es gibt einige Kritikpunkte: Die Kostenentwicklung wird in der Vereinbarung nicht berücksichtigt. Da muss nachgebessert werden. Und es fehlt eine Transfusionsziffer, in der der durch die einschlägigen Vorschriften geforderte große Aufwand für diese besondere Leistung abgebildet wird. Die Onkologen ersparen den Kassen hier in erheblichem Maße stationäre Einweisungen.

Die geforderten Mindestzahlen sind durchaus sinnvoll. Sie sichern Routine und Qualität. Vor allem aber ist Zweck der Vereinbarung, den Aufwand zu entschädigen, den eine Praxis für Onkologie-Leistungen betreiben muss. Wer nur sehr wenige Patienten behandelt, hat diesen Aufwand nicht. Wer ihn betreibt, soll teilnehmen. Das gilt völlig unabhängig von der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen. Erwähnenswert ist, dass die Vereinbarung eine Reihe von nachrangigen Details enthält, die völlig lebensfremd sind. Hier wird es aber sicherlich auf Ebene der Onkologiekommissionen zu vernünftigen Handhabungen kommen.



*Dr. Mathias Bertram, Vorsitzender des Hamburger Regionalverbands des Berufsverbandes
der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO)“*



Ausbaufähige Vereinbarung

Es ist sinnvoll, die Onkologie-Vereinbarung weiter auszubauen. Wir plädieren dafür, die Qualitätsstandards weiter zu erhöhen und auf mittlere Sicht eine Differenzierung zwischen Basis-Onkologie und hochspezialisierter Onkologie vorzunehmen. Auch wir sagen allerdings: Die in der zur Debatte stehenden Onkologie-Vereinbarung genannten Mindestzahlen sind unrealistisch. Und es ist wichtig, dass wir auch weiterhin regionale Besonderheiten berücksichtigen können.

*Dr. Wolfgang Wesiack,
Präsident des Berufsverbandes deutscher Internisten*

Kleine Versorgungseinheiten werden verschwinden

Die neue Onkologie-Vereinbarung macht uns in der Praxis erhebliche Probleme. Nicht-internistische Onkologen müssen jetzt mindestens 20 intravenöse Chemotherapien pro Quartal vorweisen können, um weiter an der Vereinbarung teilnehmen zu können. Von den zur Zeit 29 onkologisch verantwortlichen Gynäkologen in den Praxen können wahrscheinlich nur fünf diese Mindestzahlen erfüllen. Die neue Regelung wird zu einer Zentralisierung der onkologischen Versorgung führen. Kleinere Einheiten werden verschwinden, die gynäkologische Onkologie wird in Fachgebiete abwandern, die in diesem Bereich teilweise weit aus weniger Erfahrung haben. Ein internistischer Onkologe, der eine einzige Patientin mit einem Mammakarzinom betreut, darf intravenöse Chemotherapien bei dieser Diagnose weiterhin durchführen, sofern

er genug andere onkologische Patienten hat. Ein onkologisch tätiger Gynäkologe, der 18 intravenöse Chemotherapien bei Mammakarzinom-Patientinnen durchführt, darf dies in Zukunft nicht mehr.

Es geht nicht „nur“ darum, dass viele langjährige Behandlungen unterbrochen würden, nicht „nur“ darum, dass das Vertrauen der Patientinnen in die bisherigen behandelnden Ärzte erschüttert und die Versorgung verschlechtert würde. Es geht ganz wesentlich darum, dass die Onkologie als eine der Säulen unseres Faches zunehmend davon bedroht ist, aus der Gynäkologie zu verschwinden. Wir wünschen uns, dass die Mindestzahlen in der neuen Vereinbarung von 20 auf 10 gesenkt werden. Sollte das in den Verhandlungen mit den Kassen nicht durchsetzbar sein, muss die KV von ihrer Möglichkeit Gebrauch machen, den onko-

logisch tätigen Gynäkologen die weitere Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung aus Sicherstellungsgründen zu genehmigen. Dies ist laut § 3 Abs. 7 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) auch ohne Einvernehmen mit den Kassen möglich.



*Dr. Wolfgang Cremer, Vorsitzender
Landesverband Hamburg des
Berufsverbandes der Frauenärzte*

Mindestanforderung an Ultraschallgeräte

- Bitte Gerätedaten und Nachweis der technischen Eignung an die KV schicken!

Die KV bittet Ärzte, die eine Sonographiegenehmigung haben, zwei Termine zu beachten:

- Teilen Sie der KV bis zum **31. März 2010** das Baujahr und den Typ ihres Ultraschallgeräts mit.
- Schicken Sie der KV bis zum **31. März 2013** einen vom Hersteller beziehungsweise von der Vertreiberfirma ausgefüllten Gerätenachweis, aus dem hervorgeht, dass Ihr Gerät die apparativen Mindestanforderungen nach der neuen Ultraschall-Vereinbarung erfüllt.

Hintergrund: Die im April 2009 in Kraft getretene Ultraschallvereinbarung legt apparative Mindestanforderung für die Sonographie fest. Die derzeit in den Praxen eingesetzten Ultraschallgeräte können zunächst bis zum 31. März 2013 weiterverwendet werden, sofern im Rahmen einer Stichprobenprüfung im Einzelfall (Qualitätskontrolle) oder im Rahmen einer Konstanzprüfung keine Gerätemängel festgestellt werden.

Ansprechpartnerinnen:

Manuela Gottschlich Tel: 22802-406

Beate Gehrke-Vehrs Tel: 22802-384

E-mail: qualitaetssicherung@kvvh.de

Post: KV Hamburg, Abt. Qualitätssicherung

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



Sven Bühren - Fotolia.com

Studie zur Kostenstruktur von Praxen

- Bundesweit werden mehrere tausend Ärzte und Psychotherapeuten befragt. Die Daten sind wichtig für die Vertragsverhandlungen.

Zur Analyse der Kosten- und Leistungsstruktur von Arztpraxen startet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) Mitte Februar eine großangelegte Befragung. Mehrere tausend Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erhalten dann Post vom ZI mit der Bitte, schriftlich Angaben zu ihren Investitions- und Betriebskosten der Jahre 2006, 2007 und 2008 zu machen.

Die angeschriebenen Praxen werden im Rahmen einer Zufallsstichprobe ausgewählt. „Bitte nutzen Sie diese Gelegenheit, einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Vergütungsgrundlagen zu leisten“, sagt ZI-Geschäftsführer Dominik von Stillfried.

Das ZI ist eine Stiftung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Ergebnisse der Studie sind insbesondere für die Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen wichtig. Die KBV will die Veränderungen der Investitions- und Betriebskosten von Vertragsarztpraxen bei der Weiterentwicklung des Orientierungspunktwertes geltend machen.

Die Daten sollen aber auch in der Versorgungsforschung und zur Analyse von Auswirkungen veränderter Rahmenbedingungen auf die vertragsärztliche

Versorgung genutzt werden. Die Befragungen sollen später in jährlichen Abständen wiederholt werden.

Der Erhebungsbogen des Zentralinstituts enthält unter anderem Fragen zur Personalausstattung, zu den in der Praxis vorhandenen medizinisch-technischen Geräten und zur Arbeitszeit der Praxisinhaber und der Praxismitarbeiter.

Ferner werden Angaben zu den Einnahmen und den Ausgaben der Praxis erbeten. Die Aus-

wertung der Daten erfolgt anonym, die Praxen sind für das ZI nicht identifizierbar.

Für die Befragung benötigt der Arzt etwa eine Stunde Zeit. Einige Fragen müssen zudem vom Steuerberater der Praxis beantwortet werden (circa 30 Minuten Arbeitsaufwand).

Für das vollständige Ausfüllen des Bogens erhalten die Teilnehmer eine Aufwandsentschädigung von 200 Euro.

kbv

KBV Messe
Versorgungsinnovation 2010

29. – 31. März 2010 in Berlin
www.versorgungsmesse.net

Marktplatz für innovative Projekte

Das Spektrum ambulanter Versorgung abzubilden, Kompetenzen herauszustellen und Versorgungsinnovationen allen Versicherten zugänglich zu machen, sind Kernziele der KBVMesse. Informieren Sie sich über neue Angebote in einem sich rasch entwickelnden Markt. Die Messe präsentiert:

- Populationsbezogene Angebote in Netzstrukturen
- Besondere Organisationsformen mit spezifischen Profilen oder strukturellen Ansätzen
- Indikationsbezogene Ansätze mit und ohne sektorenübergreifende/n Konzepte/n

Die Messe und die angeschlossenen Veranstaltungen finden statt in der
Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften
Markgrafenstraße 38, 10117 Berlin

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die „virtuelle Rezeption“

- Das Ärztenetz Hamburg Nordwest hat einen netzinternen Terminpool eingerichtet. Damit können die Praxen ein schnelles Case Management anbieten - was bislang als Domäne der MVZ galt.

Viele der im Ärztenetz Hamburg Nordwest organisierten Praxen haben sich zu lokalen Gesundheitszentren zusammengeschlossen. Am Eidelstedter Platz beispielsweise, wo das erste dieser Zentren entstand, kooperieren zur Zeit 46 Ärztinnen und Ärzte in 27 Praxen verschiedenster Fachrichtungen, die fast alle innerhalb eines fußläufigen Umkreises liegen. Mit diesen Gesundheitszentren bieten wir den Patienten jene Vorteile, mit denen die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) werben: eine konzentrierte Versorgung und eine enge Zusammenarbeit der Fachrichtungen. Um schnelle Terminfolgen gewährleisten zu können, haben wir eine „virtuelle Rezeption“ entwickelt, die unsere Mitgliedspraxen online verbindet.

Das politische Anliegen unseres Projekts ist es, bewährte

Strukturen in der ambulanten Versorgung zu erhalten. Von Kliniken und Investoren betriebene MVZ machen den niedergelassenen Ärzten direkt Konkurrenz. Ich denke, wir können darauf flexibel reagieren. Es gibt keine effektiveren und patientenfreundlicheren Betriebseinheiten als selbstständige Arztpraxen. Mit Hilfe unserer „virtuellen Rezeption“ bekommen die Patienten nicht nur eine Behandlung durch den ihnen vertrauten Arzt, sondern im Bedarfsfall auch ein „Case Management“, das andere Fachrichtungen mit einschließt. Warum also sollte ein Patient noch ins MVZ gehen?

Gesteuert wird die Rundumversorgung in unseren Gesundheitszentren beispielsweise vom Hausarzt. Die „virtuelle Rezeption“ hat sich aber auch bei der fachübergreifenden Versorgung einer bestimm-

ten Diagnose bewährt. Unsere Praxis beispielsweise ist auf Tinnitus spezialisiert. Wir legen großen Wert auf eine Differenzialdiagnose und ziehen oftmals Orthopäden, Neurologen und Internisten hinzu. Mit Hilfe der „virtuellen Rezeption“ können wir eine schnelle Diagnostik und einen schnellen Therapie-vorschlag anbieten.

Die „virtuelle Rezeption“ kommt nicht zum Einsatz, wenn ein Patient noch am selben Tag einen anderen Arzt sehen muss. In diesem Fall muss ich weiterhin zum Telefonhörer greifen und die entsprechende Praxis direkt anrufen. Auch für Patienten, bei denen es nicht eilig ist, ist die „virtuelle Rezeption“ nicht gedacht. Doch wenn es um einen Zeitrahmen von zwei oder drei Tagen geht, sehen wir im Computer nach, welche Praxis Termine anbietet. Das funktioniert – auch bei Kardiologen

Übersicht mögliche Termine für: HNO P

Tag

Dienstag, 17. November 2009
Mittwoch, 18. November 2009
Donnerstag, 19. November 2009
Donnerstag, 19. November 2009
Montag, 23. November 2009
Montag, 23. November 2009
Dienstag, 24. November 2009
Mittwoch, 25. November 2009
Donnerstag, 26. November 2009



Ärztenetz-Vorsitzender Dr. Hans-Jürgen Juhl: „Das Buchungsformular geben wir dem Patienten zusammen mit der Überweisung mit.“

und Augenärzten, von denen man immer wieder hört, dass sie telefonisch schwer zu erreichen sind.

Auch unsere Netz-Kliniken haben die Möglichkeit, über unsere „virtuelle Rezeption“ zügig an

Termine zu kommen. Es kann ein Wettbewerbsvorteil für eine Klinik sein, den Patienten vor ihrer Entlassung sagen zu können: „Gehen Sie zur Nachsorge zu Ihrem Arzt. Wir haben Ihnen bereits einen Termin gemacht.“ So könnte ein reibungsloser

Übergang in den ambulanten Bereich organisiert werden.

*Dr. Hans-Jürgen Juhl,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde in Eidelstedt und Vorsit-
zender des Ärztenetzes Hamburg
Nordwest*

Wie funktioniert der Online-Terminpool?

Die teilnehmenden Praxen haben Zugriff auf eine geschützte Online-Plattform. Dort können sie Termine anbieten und Termine bei Kollegen buchen.

Um einen Termin zu buchen, ruft man die gewünschte Fachrichtung auf. Es erscheint eine Überblicksliste, die anzeigt, welche Praxen zeitnah Termine anbieten können. Sollte man die Praxen nicht kennen, kann man sich deren Selbstbeschreibung ansehen. Dann wählt man einen Termin aus. Es öffnet sich ein Buchungsformular, in das man den Auftrag schreibt (beispielsweise: „Ohrgeräusch – Tinnitus Abklärung“). Der Name des Patienten wird aus Datenschutzgründen nicht eingetragen. Doch der Termin hat eine bestimmte Kennziffer. Durch die Buchung wird der Termin bei der gewählten Praxis mit der Kennziffer belegt und für den Patienten freigehalten. Das Buchungsformular, auf dem statt eines Namens die Kennziffer vermerkt ist, wird ausgedruckt und dem Patienten zusammen mit seiner Überweisung mitgegeben.

Beide Dokumente legt der Patient der weiterbehandelnden Praxis vor. Wenn der Patient seine Dokumente abgegeben hat, ist er nicht mehr anonym. Die Praxis konnte aber bereits vorher alles für die entsprechende Untersuchung vorbereiten.

Steckbrief – Für Sie im beratenden Fachausschuss (BFA)

Dr. Peter René Bock-Lamberlin

(BFA Fachärzte)

Geb. Datum: 18.04.1950

Familienstand: glücklichst
verheiratet, 4 Kinder

Fachrichtung: Facharzt für
Orthopädie und Unfallchir-
urgie

Weitere Ämter: Landesvor-
sitzender d. Berufsverbandes der Fachärzte für
Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Vors. d.
Arbeitsgemeinschaft HHer Orthopäden (AHO),
Mitglied der Ärztekammerversammlung, stell-
vertr. Mitglied KV-Vertreterversammlung, Fach-
arztprüfer, Chefarzt Chirurgie Evangelisches
Krankenhaus Alsterdorf

Hobbys: Familie, Tennis, Lesen, Politik



*Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne
voranbringen?*

Ärztliche Geschlossenheit zur Durchsetzung
einer patienten- und ärztfreundlichen Gesund-
heitspolitik, Stärkung der Freiberuflichkeit, stär-
kere Einbindung der Politik.

*Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem
in 10 Jahren?*

Bei Fortsetzung der jetzigen Koalition: Fortbe-
stand der KV, zunehmende Privatisierung ärzt-
licher Leistungen außerhalb des Leistungskata-
loges, Basisversorgung, Zusatzversorgung
durch Sonder-/Zusatzverträge für die Patienten,
relativer Rückgang des staatlichen Einflusses.

*Welchen Politiker würden Sie gerne einmal tref-
fen und was würden Sie ihn fragen?*

Gesundheitsminister Rösler. Wie er die Frei-
beruflichkeit der Ärzte schützen und stärken
will.

*Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal
verwirklichen?*

Ich finde mein jetziges Leben so spannend und
erfüllend, dass ich gar keine Wunschträume
habe, die ich verwirklichen möchte.

Dr. Hans-Ulrich Neumann

(BFA Hausärzte)

Geb. Datum: 26.5.1946

Familienstand: verheiratet

Fachrichtung: Pädiatrie, pä-
diatrische Pneumologie, All-
ergologie

Weitere Ämter: bis 11/09
sechs Jahre Vorsitzender
bvkj LV Hamburg, jetzt noch Pressesprecher,
FA-Prüfer

Hobbys: Pädiatrie, Tennis



*Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne
voranbringen?*

Verhinderung der Aufspaltung der Ärzteschaft
in Hausarzt- und Facharztfraktion. Erhalt der
Selbständigkeit des niedergelassenen Arztes,
Perspektiven für die Klinikärzte mit besseren
Arbeitsbedingungen und angemessener Be-
zahlung.

*Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem
in 10 Jahren?*

Erhalt der KVen, angepasst an die regionalen
Bedürfnisse. Als Dienstleister für alle Nieder-
gelassenen und Garant für eine weiterhin gute
Versorgung aller Patienten, keine Zweiklassen-
medizin.

*Welchen Politiker würden Sie gerne einmal tref-
fen und was würden Sie ihn fragen?*

Frau Schavan, Herrn Brüderle oder Herrn
Schäuble – ob denen eigentlich klar ist, was wir
unseren nachfolgenden Generationen hinterlas-
sen: Bildungsmangel, Schulden, Umwelt- und
Klimakatastrophe.

*Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal
verwirklichen?*

Weniger Bürokratie, sonst bin ich ganz zufrie-
den, arbeite gern und hoffentlich noch etwas
länger.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 8.04.2010 (ab 20 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

Fr 23.4.2010 (15 – 21 Uhr) / Sa 24.4.2010 (8:30 – 16:30 Uhr)
Fr 18.6.2010 (15 – 21 Uhr) / Sa 19.6.2010 (8:30 – 16:30 Uhr)

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen (5-teiliger Seminarblock)

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

30 Punkte

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

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

16 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)

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

8 Punkte je Teil

QEP®-Themenseminare

QEP-„Refresher“ Auffrischung der Inhalte des Einführungs-seminars

Mi, 5.5.2010 (9:30-17 Uhr)
Mi, 3.11.2010 (9:30-17 Uhr)

10 Punkte

QEP-Zertifizierungs- vorbereitung Ist meine Praxis reif für die Zertifizierung?

Mi, 30.6.2010 (9:30-17 Uhr)

10 Punkte

„QEP®-QMB-Seminar (3-teilig) Für die Qualitätsmanagement- Beauftragten der Praxis

Mi. 8.9.2010 (9:30 – 17 Uhr)
Mi. 22.9.2010 (9:30 – 17 Uhr)
Mi. 20.10.2010 (9:30 – 17 Uhr)

„QEP®-QMB-Seminar „Datenschutz in der Praxis“

Mi. 27.10.2010 (9:30 – 17 Uhr)

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

Tag der Niedergelassenen



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum **Tag der Niedergelassenen am 7. Mai 2010 in Berlin**. Besuchen Sie das Forum der Vertragsärzte und -psychotherapeuten beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit.

Seien Sie dabei, wenn um 11 Uhr der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler mit Politikern und Ärzte-Vertretern die Frage debattiert: „Der Arzt im Wandel: Beruf statt Berufung?“

An allen drei Tagen des Hauptstadtkongresses (5. bis 7. Mai 2010) präsentieren wir Ihnen beim Info-Markt der KVen unsere Service-Angebote für Ihre Praxis.

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

	Ja, wir nehmen teil.	Teilnehmerzahl
9.00—10.30 Uhr: Rahmenbedingungen für Medizinische Versorgungszentren	☐	
9.00—10.30 Uhr: Der Hygieneplan in der Praxis	☐	
9.00—10.30 Uhr: Qualitätsorientierte Vergütung	☐	
14.00—15.45 Uhr: Medizinprodukte hygienisch richtig aufbereiten	☐	
14.00—15.45 Uhr: Stichprobenprüfungen durch KVen: Qual oder Qualitätsbeleg?	☐	
16.15—18.00 Uhr: Die neuen Kodierrichtlinien	☐	
16.15—18.00 Uhr: Qualitätsmanagement: aktuelle Entwicklungen und Neuerungen	☐	

Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 30. April 2010 hier an:

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter:  **WISO S.E. Consulting GmbH**

6 Fortbildungspunkte für
die Teilnahme am Tag der
Niedergelassenen
7. Mai 2010, ICC Berlin



Hauptstadtkongress 2010
Medizin und Gesundheit

5. bis 7. Mai 2010
im ICC Berlin