KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Nr. 10/2011

Hausarztzentrierte Versorgung

Was ist der Stand der Dinge?

Gesundheitsreform

Die Lücken in der Versorgung schließen!

Pädiatrie

Vertragsärzte kritisieren die Kinderklinik Heidberg

Bewertungsportale

Immer mehr Kassen bieten Online-Arztsuche an

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Der Hausarzt-Vertrag der AOK hat sich in Hamburg etabliert; er läuft bereits seit 2008 und wurde Ende vergangenen Jahres erheblich erweitert. Die ersten Reaktionen teilnehmender Hausärzte zeigen: Wir sind auf dem richtigen Weg. Leistungen, die zuvor in der Quartalspauschale untergegangen waren, werden nun extra gezahlt, Haus- und Heimbesuche adäquat als Einzelleistung honoriert und mit dem „Arzneimittelcheck" zeigen wir, wie moderne Hausarztversorgung aussieht.
Hausarztverträge sind derzeit die einzige Möglichkeit, außerhalb des Budgets Finanzmittel für den hausärztlichen Bereich zu erzielen. Um so bedauerlicher ist es, dass – offenbar mit Ausnahme der „Techniker Krankenkasse" – bei allen übrigen Krankenkassen die Verhandlungen festgefahren sind.
Im Sinne aller Hausärzte in Hamburg wäre es, wenn Hausärzteverband und Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam diese Blockade auflösen würden. Wie sich in anderen KVen gezeigt hat, lassen sich gemeinsam die Ziele viel besser erreichen als in Konfrontation. Die KV Hamburg war und ist bereit, mit dem Hausärzteverband zusammenzuarbeiten. Jetzt ist es am Verband, sich zu bewegen. Die Hausärzte in der Hansestadt würden es begrüßen.

Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild: fotolia.de/Erhan Ergin

Ausgabe 10/2011 vom 1. Oktober 2011

(Redaktionsschluss: 16. September 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: Welche Erfahrung haben Sie mit Hausarztverträgen gemacht? 4

Der AOK-Hausarztvertrag der KV füllt sich mit Leben 5
Hausarzt-Vollverträge des Hausärzteverbandes: Was ist der Stand der Dinge? 7

UKE: Einladung zum Tag der Allgemeinmedizin und zur Antrittsvorlesung von Prof. Dr. Martin Scherer 9

Gesundheitspolitik

Versorgungsgesetz: Massive Nachteile für Hamburg? 10
Immer mehr Kassen bieten Arztbewertungsportale an / Streit um Zweitmeinungsportal 11

Forum

Niedergelassene Ärzte kritisieren die Kinderklinik Heidberg 12

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten 14
Kassengebühr: Bitte nachträgliche Zahlung in Abrechnung vermerken / Homöopathievertrag ist für fusionsbedingte Neuzugänge der IKK classic offen 16

Abrechnung

Abgabe der Abrechnungsunterlagen für das 3. Quartal 2011 / Sonstige Kostenträger: Überweisungsscheine müssen vor Einreichen bei der KV gestempelt werden 17

Qualitätssicherung

Sichere Instrumente für die Versorgung pflegebedürftiger Patienten / Ärztliche Stelle überprüft Dokumentation zu Privatleistungen im Radiologiebereich 18

Brennpunkt Arznei

Arzneimittelrezepte müssen korrekt ausgefüllt werden 19
Stimulantien bei ADHS im Erwachsenenalter 20
Therapiesymposium der Arzneimittelkommission in Hamburg 21
Therapiehinweis zu Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffen (zur Behandlung der symptomatischen ranalen Anämie) 22
Neue Arzneimittel: Stellungnahmen der Arzneimittelkommission zu Gilenya® (Fingolimod), Humira® (Adalimumab) und Invega® (Paliperidon) 24

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung 26
Terminkalender 27

Nachgefragt

Welche Erfahrung haben Sie mit Hausarztverträgen gemacht?

Durch die Hausarztverträge fühlen sich die Patienten noch enger mit mir und meiner Praxis verbunden. Ich habe den Überblick über die komplette Behandlung, die Patienten laufen nicht mehr von einem Arzt zum anderen – das ist das wichtigste an diesem Versorgungsmodell. Auch was die Verwaltungsseite angeht, habe ich mit dem AOK-Vertrag bisher gute Erfahrungen gemacht. Die Abrechnung ist einfach, und das Geld kommt verlässlich und regelmäßig.

Dr. Karmena Wytrykusz-Woszniakowski, praktische Ärztin in Wandsbek

Natürlich wirkt sich die Teilnahme am AOK-Hausarztvertrag für uns positiv aus: Hausbesuche, DMP und andere Leistungen werden besser bezahlt. Auch dass ich über die KV abrechnen kann, ist ein Vorteil. Ich muss genug Bürokratie bewältigen, da ist es leichter, einige zusätzliche Ziffern in die normale Abrechnung zu schreiben als gesonderte Abrechnungswege beachten zu müssen. Dennoch hoffe ich, dass auch der Techniker-Krankenkassen-Vertrag des Hausärzteverbandes bald in Hamburg anläuft.

Vivien Stachowiak, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Eilbek

In den Hausarztmodellen sollte die Inanspruchnahme besser gesteuert werden: Wer zum Hausarzt geht oder zum Spezialisten überwiesen wird, sollte keine Kassengebühr zahlen müssen. Wer ohne Überweisung zum Facharzt geht, zahlt 25 Euro. So würde der Hausarzt als Lotse zur Geltung kommen, der die Behandlung koordiniert. Die Honorierung in den Hausarztmodellen ist nicht berauschend, aber OK. Von einer Pauschalisierung der Honorare halte ich nichts. Das reduziert uns Hausärzte zu Überweisern an die „Fachärzte". Hausärzte sind auch Fachärzte! Die KV und die Hausärzte sollten einander wieder näher gebracht werden. Man sollte personelle Strukturen gründen, die als Bindeglied zwischen der KV und dem Hausärzteverband fungieren können. Beide Parteien würden von einer engeren Zusammenarbeit profitieren und erfolgreicher werden.

Dr. Refmir Tadzic, Facharzt für Allgemeinmedizin in St. Georg

Foto: fotolia.de/MAST

Stärkung der Steuerungsfunktion

Der AOK-Hausarztvertrag der KV ist ausgebaut worden und füllt sich mit Leben. Doch er hat bereits eine bewegte Geschichte hinter sich.

Im Juni 2008 zogen noch alle an einem Strang. Zusammen mit den damals drei hausärztlichen Berufsverbänden in Hamburg (Hausärzteverband, Verband hausärztlicher Internisten und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte) konnte die KV den ersten Hausarztvertrag Hamburgs abschließen: einen Add-On-Vertrag mit der AOK.
Als zentrales Element vereinbart wurde die Zahlung einer zusätzlichen Betreuungspauschale. Die Honorierung verschiedener Leistungen wie zum Beispiel das Überleitungsmanagement aus dem Krankenhaus stärkte darüber hinaus die Steuerungsfunktion des Hausarztes. Die Richtung war klar: Der Vertrag sollte finanzielle Anreize für eine bessere Koordinierung der Versorgung schaffen – oder besser honorieren, was die „Lotsen im Gesundheitswesen" ohnehin tun, wofür es aber im Kollektivvertrag keine Abrechnungsmöglichkeit gibt.

„Wir freuen uns, dass wir gerade für jene Hausärzte, die sich intensiv um ihre schwerer erkrankten Patienten kümmern, zusätzliche Honorare vereinbaren konnten", sagte der stellvertretende KV-Chef Walter Plassmann damals. Völlig zufrieden könne man mit dem Ergebnis nicht sein, ergänzte Michael Klemperer, zweiter Vorsitzender des Hausärzteverbandes Hamburg und Verhandlungsbeauftragter der Hausärztlichen Berufsverbände. „Wir haben in den Verhandlungen herausgeholt, was herauszuholen war." AOK und Ärzte hatten sich freiwillig zusammengesetzt.

Doch dann verpflichtete der Gesetzgeber die Kassen dazu, Hausarztverträge abzuschließen – und zwar mit Gemeinschaften, die mindestens 50 Prozent der Allgemeinärzte eines KV-Bezirks vertreten. Der Hausärzteverband hatte faktisch ein Erstzugriffsrecht auf Hausarztverträge. Mit der Einigkeit auf Ärzteseite war es damit vorbei. Statt zusätzlicher Honorierung von Leistungen im Rahmen von Add-On-Verträgen schwebte dem Hausärzteverband die Einführung eigener Vollversorgungsmodelle mit eigenen Abrechungsstrukturen vor. Deshalb kündigten der Hamburger Hausärzteverband und der Hamburger Verband hausärztlicher Internisten 2009 ihre Teilnahme am gemeinsam

Fortsetzung auf S. 7

Foto: fotolia.de/Robert Kneschke

Arzneimittelcheck im AOK-Hausarztvertrag: Erstmals bekommen die Hausärzte einen Überblick darüber, welche verschriebenen und selbst gekauften Medikamente ihre Patienten einnehmen.

Fortsetzung von S. 5

ausgehandelten Hausarztvertrag und verlangten von den Kassen den Abschluss eigener, die Regelversorgung ersetzenden Vollverträge (siehe Artikel Seite 7).

Solange der Hausärzteverband noch verhandelte und zu keinem Abschluss kam, konnte die KV den alten Vertrag nicht weiterentwickeln. Erst als der Schlichter einen Vollvertrag zwischen AOK und Hausärzteverband festsetzte, waren die rechtlichen Hürden beseitigt. „Leider haben wir durch die merkwürdigen Regelungen im Gesetz fast zwei Jahre verloren", sagte Walter Plassmann. Mitte November 2010 konnte der Katalog der zusätzlich honorierten Leistungen im Add-On-Vertrag deutlich erweitert werden. Seither gibt es eine Honoraraufstockung für Hausbesuche, für Dringlichkeitsbesuche im Pflegeheim und für das geriatrische Basisassessment.
Neu aufgenommen wurde auch ein „Arzneimittelcheck", mit dem der Hausarzt bei ausgesuchten Patienten die Gesamtmedikation prüft und in Absprache mit beteiligten Fachärzten gegebenenfalls „entschlackt". Die Vertragspartner betraten mit diesem Projekt, das im Juni 2011 konkretisiert und umgesetzt wurde, Neuland: Erstmals bekommen koordinierende Ärzte die Möglichkeit, sich einen systematischen Überblick darüber zu verschaffen, welche verschriebenen und selbst gekauften Medikamente ihre Patienten einnehmen. „Gerade in einer Großstadt wie Hamburg gehen die Patienten häufig zu mehreren Ärzten und dies leider auch nicht immer abgestimmt mit uns Hausärzten", so der stellvertretende Vorsitzende der KV-Vertreterversammlung, Dr. Stephan Hofmeister. „Von den bei diesen Anlässen verordneten Medikamenten erfahren wir eher durch Zufall." Hinzu komme, dass frei verkäufliche Präparate immer aggressiver vermarktet würden: „Die Patienten nehmen diese Mittel in der Hoffnung auf Besserung ihrer Probleme und wissen gar nicht, dass sie damit Wechselwirkungen ausgesetzt sind, die ihnen schaden können." Hofmeister sieht in dem Arzneimittelcheck eine typische Leistung eines „Großstadt-Hausarztes": „Wir haben sehr viel mehr Koordinierungsfunktion als unsere Kollegen auf dem Land, insofern ist es sehr zu begrüßen, dass wir diese Koordinierungsaufgaben nun endlich honoriert bekommen."

Den Ärzten verlangt der AOK-Vertrag allerdings auch andere Mehrleistungen ab. Für eingeschriebene Patienten, die berufstätig sind, muss die Praxis beispielsweise eine Samstags-Sprechstunde oder werktags eine Abendsprechstunde anbieten. Bei vorab vereinbarten Terminen soll die Wartezeit auf 30 Minuten begrenzt werden.
Anders als ein Vollvertrag, bei dem die hausärztliche Regelversorgung von Patienten einzelner Kassen durch Parallelstrukturen ersetzt wird, ist der von der KV Hamburg angebotene Hausarztvertrag eine Ergänzung zum Kollektivsystem. Die Strukturen passen zuei-

nander und sind aufeinander abgestimmt. Die teilnehmenden Ärzte haben keinen zusätzlichen Abrechnungsaufwand. Weil die KV den Vertrag selbst abwickelt, rechnen die teilnehmenden Ärzte ihre Leistungen auf dem gewohnten Weg in der Quartalsabrechnung mit der KV ab. Es gibt keine Bereinigung der Gesamtvergütung und des Regelleistungsvolumens. Eine Nachrüstung der Praxis-EDV ist nicht erforderlich. Auch eine Online-Anbindung der Praxis-EDV an die Krankenkasse oder einen privaten Dienstleister ist nicht notwendig.

AOK-Vertrag: Lohnt sich die Teilnahme?

Mit dem AOK-Hausarztvertrag der KV kann ein teilnehmender Arzt nach ersten Erfahrungen zwischen 20 und 30 Euro als Add-On zum Praxisfallwert erwirtschaften. Auch bei den derzeitigen schlechten hausärztlichen Fallwerten von 40 bis 43 Euro ist damit unterm Strich ein Fallwert von circa 70 Euro erreichbar.

Der AOK-Hausarztvertrag ist der größte Hausarztvertrag in Hamburg. Mittlerweile ist ihm fast jeder zweite Hausarzt in der Hansestadt beigetreten, etwa 26.000 Patienten haben sich eingeschrieben. Neben dem AOK-Vertrag gibt es derzeit noch Hausarztverträge mit der Knappschaft und BIGPrevent, die über die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der KVen abgeschlossen wurden. Weitere Hausarztverträge existieren derzeit in Hamburg nicht.

Hausarzt-Vollverträge des Hausärzteverbandes

Zum Stand der Dinge in Hamburg

Warum tut sich in Hamburg nichts? Diese Frage von Hausärzten hört man immer wieder. Der Grund ist die vertrackte gesetzliche Lage: De facto hat der Hausärzteverband das Erstzugriffsrecht für einen Vertragsabschluß. Die Krankenkassen lehnen aber die vom Verband geforderten Verträge ab. Die Verhandlungen sind entweder gescheitert, vor Gericht oder befinden sich in einer Hängepartie. Um diese aufzulösen, gäbe es nur die Möglichkeit, dass der Verband den „Reset-Knopf" drückt und gemeinsam mit der KV Hamburg Vertragsgespräche mit den Krankenkassen aufnimmt. Doch dazu ist er (noch?) nicht bereit.

Hier ein Überblick über den Stand der Dinge in Hamburg:

AOK

Nachdem eine Einigung zwischen Hausärzteverband und AOK Rheinland/Hamburg nicht möglich war, setzte der zur Schiedsperson berufene Rechtsanwalt Werner Nicolay im September 2010 einen Hausarzt-Vollvertrag fest. Der Zeitpunkt ist von Bedeutung, weil der Vertrag nicht unter die neuen gesetzlichen Regelungen fallen sollte, wonach sich eine im Vergleich zur Regelversorgung höhere Vergütung durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanzieren muss. Allerdings hat die AOK gegen die Festsetzung dieses Vertrages geklagt, und die Klage hat aufgrund einer Anordnung des Landessozialgerichts Hamburg aufschiebende Wirkung. Bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren, die möglicherweise noch einige Jahre auf sich warten lässt, liegt der Vertrag auf Eis.

BKKen

Ebenfalls vor dem Stichtag für die Refinanzierungsregelung fällte Rechtsanwalt Nicolay Schiedssprüche für Verträge mit einer Reihe von

Fortsetzung auf S. 8

Fortsetzung von S. 7

Betriebskrankenkassen. Der BKK Landesverband Nordwest vertritt die Ansicht, die Verträge seien so, wie sie von Nicolay festgesetzt wurden, von Beginn an unwirksam gewesen. Eine Vielzahl der betroffenen BKKn wird daher voraussichtlich gegen den Schiedsspruch klagen.

Ersatzkassen

Die Techniker Krankenkasse ist die einzige Kasse, mit der auf freiwilliger Basis ein Vertrag zustande kam. Er wurde bundesweit ausgehandelt und vom Hamburger Landesverband übernommen. Dieser Vertrag kennt keine kontaktunabhängige Pauschale, folgt aber im Übrigen den bekannten Elementen „Pauschale Honorierung“ und „Online-Anbindung inklusive Arzneimittel-Kontrolle“. Nach Anpassungen an die neuen Datenschutzbestimmungen soll der Vertrag Anfang Januar 2012 in Hamburg starten. Die Techniker-Krankenkasse ließ wissen, dass der Termin von ihrer Seite noch nicht bestätigt werden könne.

Die Hamburger Schiedsverfahren mit den anderen Ersatzkassen konnten nicht vor dem Stichtag für die Refinanzierungsregelung abgeschlossen werden. Das Schiedsverfahren soll fortgesetzt werden, doch für die nach dem Stichtag geschlossenen Verträge gelten die neuen Refinanzierungs-Regeln.

Die Rahmenbedingungen für die neuen Verträge sind eng geworden. Das Bundesversicherungsamt prüft offenbar streng, ob die im Vergleich zur Regelversorgung höhere Vergütung in solchen Modellen tatsächlich durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanziert wird. Es gibt zwei Möglichkeiten: Entweder wird vertraglich geregelt, dass als zusätzliches Honorar nur weitergegeben wird, was tatsächlich eingespart wird. Oder man legt höhere Honorare aufgrund vermuteter Einsparungen fest – die aber möglicherweise zurückgezahlt werden müssen, falls die Kalkulation nicht aufgeht.

„Das erschwert die Umsetzung von Vollverträgen“, sagt Dr. Frank Stüven vom Hamburger Hausärzteverband. „Doch bei Add-On-Verträgen ist die Wirtschaftlichkeit gar nicht darstellbar.“ Auch Dr. Thomas Maurer, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Schleswig-Holstein, hält die Refinanzierungsregelung für falsch und fordert ihre Aufhebung – kommt aber bei der Frage, wie in der gegebenen Konstellation künftig das Beste für die Hausärzte herauszuholen ist, zu anderen Schlüssen. Der Hausärzteverband Schleswig-Holstein hat zusammen mit der dortigen KV einen Add-On-Vertrag mit den Betriebskrankenkassen vereinbart. Die KV ist in der Lage, laufend die Einspareffekte auf verschiedenen Ebenen zu kontrollieren, so dass es keine bösen Überraschungen geben kann. Auch die Administration und Abrechnung läuft über die KV-Strukturen. „Die Verwaltung der Hausarztverträge muss künftig so schlank wie möglich sein“, sagt Mauerer. „Vollverträge mit separaten Verwaltungs- und Abrechnungsstrukturen werden sich zu den neuen Bedingungen nicht mehr lohnen.“

Datenschutz

Bundesweit konnten viele Hausarztverträge wegen unklarer Datenschutzbestimmungen nicht umgesetzt werden. Der Gesetzgeber hat nun klargestellt, dass im Rahmen von Selektivverträgen erbrachte Leistungen über private Dienstleister abgerechnet werden dürfen. Allerdings müssen die Patienten schriftlich der Datenübermittlung zustimmen. Außerdem dürfen die Abrechnungsdaten nicht nochmals an Unterauftragsnehmer weitergeleitet werden. In den bisherigen Verträgen des Hausärzteverbandes jedoch ist die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) als Dienstleister angegeben, die wiederum das HÄVG Rechenzentrum als Abrechnungsstelle beauftragt. Deshalb müssen die Verträge nun nochmals angepasst werden.

Das Institut für Allgemeinmedizin des UKE lädt ein zur Antrittsvorlesung von Prof. Dr. Martin Scherer und zum „Hamburger Tag der Allgemeinmedizin". Eine Anmeldung ist erforderlich. Das Programm des „Tages der Allgemeinmedizin" aus interaktiven Workshops für das gesamte Praxisteam und aus Plenumsveranstaltungen finden Sie unter: *www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/*

Weitere Informationen und Anmeldung: Kerstin Schrom, Tel. 7410-56715, Fax 7410-53681, E-mail: schrom@uke.de,

Die Lücken in der Planung schließen!

Wenig beachtet – großer Effekt: Einige Arztgruppen dürfen sich trotz striktem Honorarbudget noch immer frei niederlassen

Das Tauziehen um das „Versorgungsstrukturgesetz“ (VStG) hat begonnen. „Das Gesetz wird sich noch deutlich verändern“, lautet die Einschätzung von Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

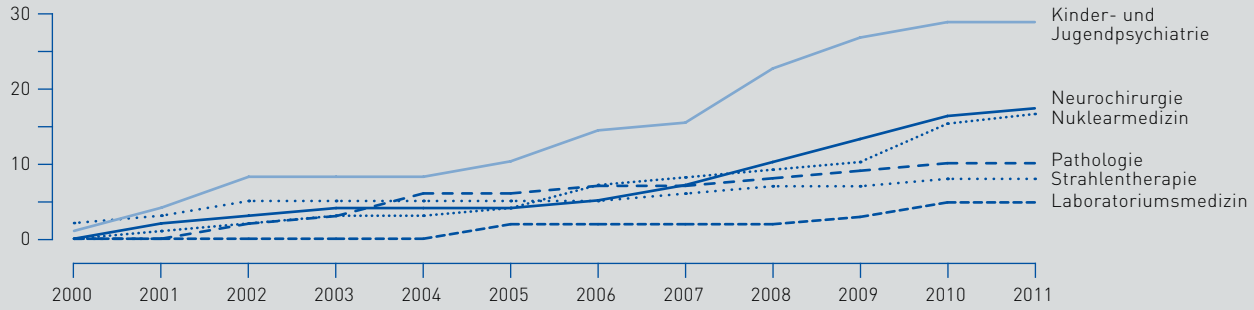
Das wäre auch mehr als notwendig. Denn in den vergangenen Wochen haben sich einige Regelungen eingeschlichen, die in der Summe für Hamburg erhebliche Nachteile nach sich zögen. Sie reichen von der Regionalisierung der Honorarkompetenz über die Berechnung der Gesamtvergütung bis hin zur „asymmetrischen Verteilung“.
Die KV Hamburg hat mit intensiver Lobbyarbeit einen ersten Etappensieg errungen: Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat die Einwände der KV Hamburg berücksichtigt. Aber noch sind viele Hürden zu überwinden.

In diesem Zusammenhang hat die KV auch auf ein Problem aufmerksam gemacht, mit dem sie zunehmend zu kämpfen hat: Obwohl zur Zeit das strikteste Honorarbudget gilt, das den niedergelassenen Ärzten jemals oktroyiert wurde, dürfen sich nach wie vor einige Arztgruppen frei niederlassen. Hierzu zählen Kinder- und Jugendlichenpsychiater, Nuklearmediziner, Laborärzte, Pathologen, Mikrobiologen, Neurochirurgen und Strahlentherapeuten.
Hintergrund ist eine Bestimmung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie, wonach der Gemeinsame Bundesausschuß erst dann eine Fachgruppe für weitere Zulassungen sperren kann, wenn bundesweit 1.000 Ärztinnen und Ärzte der betroffenen Fachgruppe tatsächlich niedergelassen sind. Die regionale Niederlassungsdichte spielt hierbei keine Rolle.

Die KV Hamburg hat sich deshalb an die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks gewandt und sie gebeten, sich in Berlin dafür einzusetzen, dieses „Loch im Budget“ zu stopfen. Dankenswerterweise hat Frau Prüfer-Storcks die Bitte aufgenommen und einen entsprechenden Antrag im Bundesrat eingebracht, der die erste Hürde bereits genommen hat. Danach soll der Landesausschuß künftig auch dann Fachgruppen regional für weitere Zulassungen sperren können, wenn dies bundesweit aufgrund der Niederlassungszahlen noch nicht möglich ist.

Walter Plassmann,
stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg

Zusätzliche Arztsitze seit 2000



Die Neuzulassungen in Fachgruppen, die nicht gesperrt sind, steigen dynamisch an: Alle Neurochirurgen und Strahlentherapeuten sind erst nach 2000 zugelassen, 17 der 20 niedergelassenen Nuklearmediziner und 10 der 16 Pathologen. Zusätzliches Geld hat es von den Krankenkassen nicht gegeben. *Quelle: KVH*

Viel Wirbel um „Vorsicht! Operation“

Können Online-Gutachten eine persönliche Untersuchung ersetzen?

Zusammen mit zwölf deutschen Chirurgen hat die Schweizer Firma IQIS AG Mitte August 2011 ein Internetportal an den Start gebracht, über das Patienten sich vor einer geplanten Operation ein Zweitgutachten bestellen können. Sie können dabei zwischen drei Varianten wählen, die je nach Aufwand zwischen 200 und 600 Euro kosten. Die Begutachtung der Fälle erfolgt ausschließlich auf Basis der Befunddokumentation, nicht durch persönliche Untersuchung des Patienten.

Zumindest medial ist den Gründern von www.vorsicht-operation.de ein Coup gelungen: Ihr Service wurde in einer „Spiegel“-Titelgeschichte und in diversen TV-Magazinen, Zeitungen und Zeitschriften erwähnt. Die fachliche Resonanz ist hingegen eher bescheiden. Berufsverbände und Fachgesellschaften distanzieren sich von dem Portal und geben zu bedenken, dass ein Online-Gutachten niemals die persönliche Untersuchung des Patienten ersetzen kann. Der NAV-Virchow-Bund hat sogar Klage gegen „Vorsicht! Operation“ eingereicht. Sein Vorsitzender, der Hamburger HNO-Arzt Dr. Dirk Heinrich, erklärte, es bestünden „ernsthafte rechtliche Bedenken, dass das Portal den Vorgaben der Berufs- und Gebührenordnung entspricht.“

Dabei bestreiten die Verbände nicht, dass in Deutschland häufig zu schnell operiert wird. Es sei grundsätzlich gut und sinnvoll, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen. Der Initiator von „Vorsicht! Operation“, der Heidelberger Kniespezialist Professor Hans H. Pässler (71), hatte die Einrichtung des Portals damit begründet, dass viele Eingriffe überflüssig seien, weil sie nicht dem Patienten nutzten, sondern nur dem Arzt. Es sei rational nicht nachvollziehbar, dass in Deutschland doppelt so viel operiert werde wie in Schweden.

Immer mehr Kassen bieten Arztbewertungsportale an

TK beteiligt sich beim Online-Arztnavigator – doch der VDEK geht eigene Wege

Die Techniker Krankenkasse (TK) ist als weiterer Partner beim Online-Arztnavigator von AOK, BARMER GEK und Weisse Liste eingestiegen. Ab Januar 2012 können auch die Versicherten der TK über das Portal ihre Erfahrungen beim Arztbesuch mitteilen. Damit haben ab Anfang nächsten Jahres insgesamt fast 38 Millionen Menschen die Möglichkeit, ihre Ärzte über das Portal online zu beurteilen. Das sind mehr als die Hälfte aller gesetzlich Versicherten.

Während der Online-Arztnavigator auch von Ärztevertretern als seriös eingestuft wird, bekam ein im August 2011 vorgestelltes Arztbewertungsportal des Verbandes der Ersatzkassen (VDEK) schlechte Noten. Bundesärztekammer-Präsident Dr. Frank-Ulrich Montgomery kritisierte das VDEK-Portal als ein „hastig zusammengeschustertes Marketinginstrument“, dem kein seriöses Informationsangebot zugrunde liege. Montgomery moniert insbesondere, dass die Nutzer des Portals sich nicht registrieren müssen. Dies mache Mehrfacheinträge und damit verfälschte Bewertungen möglich. Außerdem sei keine Mindestbewertungsanzahl erforderlich, bevor die Note eines Arztes online geschaltet wird. Die Freitextfelder wiederum ermöglichten „Schmähkritik und Diffamierungen, gegen die sich die betroffenen Ärzte kaum wehren können“, so der Bundesärztekammer-Präsident.

Asklepios Klinik Nord: Wird die Kinderklinik abgebaut oder ausgebaut?

„Katastrophale Situation“

■ Niedergelassene Pädiater beschweren sich über die Versorgungssituation in der Kinderklinik Heidberg. Werden die Probleme bald behoben?

Dass niedergelassene Ärzte einen Brandbrief an die nächstgelegene Klinik schicken, weil sie sich Sorgen um die angemessene stationäre Versorgung ihrer Patienten machen, kommt nicht allzu häufig vor. Die Kinderklinik Heidberg jedoch hat innerhalb eines halben Jahres gleich zweimal Post von ihren kinderärztlichen Einweisern bekommen.

Am 13. Januar 2011 schrieben neun Hamburger Kinderärzte an Kai Hankeln, den geschäftsführenden Direktor der Asklepios Klinik Nord: „Eltern beklagen unisono, dass die Stationsärzte (trotz anerkannter Bemühungen) viel zu wenig Zeit für ihre kleinen Patienten haben, ... dass selbst leitende Ärzte stundenlang Engpässe in der Ambulanz auffangen müssen und mangels Personal die Versorgung schwerstkranker Kinder nicht adäquat erfolgt.“ Die Personalsituation sei offenbar völlig unzureichend.
Einzig erkennbarer Lichtblick sei die Einstellung eines neuen Oberarztes, was jedoch „deutlich zu wenig“ sei, um die niedergelassenen Kinderärzte zu beruhigen. Und so schließt der Brief mit einer unverhohlenen Drohung: „Es ist sicherlich nachvollziehbar, dass unser zukünftiges Einweisungsverhalten ganz wesentlich von einer befriedigenden Lösung der oben genannten Probleme abhängig ist.“

Der zweite Brief, datiert vom 12. Juli 2011, wurde von doppelt so vielen Ärzten unterzeichnet

und ging in Kopie an die Gesundheitsbehörde, die KV und die Ärztekammer. Der „einzig erkennbare Lichtblick" hatte sich als trügerisch erwiesen: Prof. Jürgen Strehlau, der neue Oberarzt, war zum Ablauf der Probezeit gekündigt worden. Ein weiterer Oberarzt war im Begriff, die Klinik zu verlassen. „Wir hatten den Eindruck gewonnen, dass mit Herrn Prof. Strehlau nach fast zweijähriger Vakanz der Oberarztstelle ein Neuanfang gestartet wurde und durch sein persönliches Engagement wieder mehr Vertrauen in die Klinik aufgebaut werden könne." Nach Strehlaus Weggang sei die Situation der Kinderklinik Heidberg für die betroffenen Kinder und Jungendlichen und ihre Familien eine Katastrophe, so die niedergelassenen Kinderärzte. „Wir können unter diesen Gegebenheiten Eltern eine stationäre Behandlung ihrer Kinder in der Kinderklinik Heidberg nicht empfehlen."

Was also ist los in der Kinderklinik Heidberg? „Die Personalwechsel haben für vorübergehende Irritationen gesorgt", erklärt Kai Hankeln, geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Nord, zu der die Krankenhäuser Heidberg und Ochsenzoll gehören, gegenüber dem *KV-Journal*. Für die Nachfolge Strehlaus sei eine Ärztin verpflichtet worden, die Anfang Oktober 2011 ihre Tätigkeit aufnehme. Auch die andere derzeit offene Oberarztstelle solle kurzfristig nachbesetzt werden. „Wir sind hier ein gutes Team. Die Geschäftsleitung und die Chefärzte der Asklepios Klinik Nord ziehen an einem Strang und zwar in eine Richtung", so Hankeln. Und tatsächlich gibt es einen Brief, in dem sich die Chefärzte mit Hankeln solidarisieren und ihm angesichts der Angriffe von außen ihre Unterstützung zusichern.

Doch ein anderer interner Brief vom 21. Juni 2011, den fast alle Ärzte und der überwiegende Teil der Pflegekräfte der Kinderklinik unterzeichnet haben, spricht eine andere Sprache. Die Belegschaft protestiert in diesem an Hankeln adressierten Schreiben gegen die Entlassung Strehlaus und erhebt schwere Vorwürfe:

- Die anfallenden Arbeiten und Anwesenheitsverpflichtungen der Ärzte seien mit dem von Hankeln bewilligten Personalschlüssel nicht zu bewältigen.
- Die Aus- und Weiterbildung werde durch die Personalknappheit auf ein Minimum reduziert, die Facharztweiterbildung dadurch gefährdet.
- Es sei wahrnehmbar, dass niedergelassene Ärzte weniger Patienten einweisen. Eltern seien verunsichert, weil das Personal durch Arbeitszeitverdichtung den Pflege- und Behandlungsmaßnahmen nicht die notwendige Aufmerksamkeit schenken könne.
- Dialoge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen würden von Hankeln abgelehnt.

Hankeln hat die Gesamtführung der „Asklepios Klink Nord" Anfang 2007 übernommen. Viele einweisende Kinderärzte beklagten eine kontinuierliche Verschlechterung der stationären Versorgung. Nun jedoch hätten Eltern und Niedergelassene sogar die Befürchtung, Asklepios wolle die Kinderklinik Heidberg zerschlagen, heißt es im Brief der Kinderärzte vom 12. Juli 2011. „Das stimmt nicht", sagt Hankeln. Die Kinderklinik liege ihm am Herzen, und er werde sie sukzessive ausbauen. „Wir haben ein kinderchirurgisches Angebot etabliert. Außerdem wird eine kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik des katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift auf dem Gelände etabliert."

Dass die Leistungsfähigkeit der Kinderklinik von einweisenden Ärzten in Frage gestellt wird, beschäftigt auch die Hamburger Gesundheitsbehörde. „Wir haben die Klinik aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen, wie die Probleme bewältigt werden sollen", sagt die Leiterin der Fachabteilung Versorgungsplanung, Elke Huster-Nowack. „Die Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg hat uns versichert, auf einem guten Weg zu sein und die pädiatrische Versorgung rund um die Uhr sicherzustellen."

Martin Niggeschmidt

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 *Kann man die GOP 01435 EBM für jeden weiteren Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal in Ansatz bringen, wenn man bereits die Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale in Ansatz gebracht hat?*

Nein. Die GOP 01435 EBM (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) durfte nur im 1. Quartal 2009 für die weiteren Arzt-Patienten-Kontakte in Ansatz gebracht werden. Das war eine Übergangsregelung: Mit Einführung des EBM 2009 ist keine Leistung für weitere Arzt-Patienten-Kontakte mehr vorgesehen; viele Ärzte wollten aber dennoch kenntlich machen, wie oft sie den Patienten innerhalb des Quartals behandelt haben. Seit dem 2. Quartal 2009 können die weiteren Arzt-Patienten-Kontakte nur noch mit von den Softwarefirmen bereitgestellten Sondernummern gekennzeichnet werden.

2 *Wenn wir eine Untersuchung auf Blut im Stuhl durchführen wollen, geben wir dem Patienten drei Testbriefchen mit. Es kommt jedoch manchmal vor, dass die Patienten die Testbriefchen nicht wieder zurück bringen und wir die Untersuchung nicht durchführen können. Gibt es eine Möglichkeit, die Kosten für die Testbriefchen abzurechnen?*

Ja, wenn ein Patient die Testbriefchen nicht zurück bringt und sie somit nicht die Untersuchung nach der GOP 01734 oder 32040 EBM durchführen und abrechnen können, können Sie stattdessen die GOP 40150 EBM aus dem Kostenkapitel des EBM in Ansatz bringen. Somit können Sie wenigstens die Kosten der Tests gelten machen.

3 *Wir werden nach einem Quartalswechsel immer öfter von Krankenhäusern aufgefordert, eine zweite Einweisung für einen Patienten auszustellen. Der Wunsch wird jedes Mal damit begründet, dass eine Einweisung nur ein Quartal gültig sei. Stimmt das?*

Nein, eine Einweisung ist so lange gültig, bis das Krankenhaus aufgrund der Einweisung eine (stationäre oder vorstationäre) Behandlung begonnen hat.

4 *Darf ich als psychologischer Psychotherapeut Hausbesuche abrechnen?*

Grundsätzlich soll die Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung in den Praxisräumen des Therapeuten stattfinden. Wenn aber ein Patient aus medizinischen Gründen nicht in der Lage ist, ihre Praxis aufzusuchen, dürfen Sie Hausbesuche und die dazugehörigen Wegepauschalen abrechnen. Besuche aus Gefälligkeit, wegen örtlicher Gegebenheit oder auf Grund sonstiger, nicht durch die Art der Erkrankung bedingter Umstände können nicht abgerechnet werden.

5 *Ich bin Augenarzt und benötige für meine Praxis Fluorescein-Oxybuprocain-Augentropfen. Das Präparat der Firma Alcon ist bis auf weiteres nicht verfügbar, doch ich habe gehört, dass die Tropfen bei einer bestimmten Apotheke als Rezeptur bestellt werden können. Kann ich diese Alternative im Rahmen des Sprechstundenbedarfs anfordern?*

Nein. Fluoreszein-Oxybuprocain-Augentropfen können weder als Rezeptur noch als Einzelimport aus der Schweiz über Sprechstundenbedarf angefordert werden.
Dies gilt ebenfalls für Fluoreszeinhaltige-Monopräparate. Einzig Lokalanästhetische Augentropfen können als Sprechstundenbedarf bestellt werden. Die KV Hamburg verhandelt derzeit mit den Krankenkassen über mögliche Alternativen.

Foto: fotolia.de/nyul

Die Kinderuntersuchungen müssen in einem bestimmten Lebensalter des Kindes durchgeführt werden. Wie sind die Toleranzgrenzen?

	Untersuchungsalter	Toleranzgrenze
U1	Unmittelbar nach der Geburt	-
U2	3. bis 10. Lebenstag	3. bis 14. Lebenstag
U3	4. bis 5. Lebenswoche	3. bis 8. Lebenswoche
U4	3. bis 4. Lebensmonat	2. bis 4½. Lebensmonat
U5	6. bis 7. Lebensmonat	5. bis 8. Lebensmonat
U6	10. bis 12. Lebensmonat	9. bis 14. Lebensmonat
U7	21. bis 24. Lebensmonat	20. bis 27. Lebensmonat
U7a	34. bis 36. Lebensmonat	33. bis 38. Lebensmonat
U8	46. bis 48. Lebensmonat	43. bis 50. Lebensmonat
U9	60. bis 64. Lebensmonat	58. bis 66. Lebensmonat

Kassengebühr: Bitte nachträgliche Zahlung in der Abrechnung vermerken

Seit vergangenem Jahr zieht die Kanzlei RVR Rechtsanwälte im Auftrag der KV die ausstehende Kassengebühr von Hamburger Patienten ein. Dabei wurden auch immer wieder Patienten gemahnt, die nachweisen konnten, dass sie die Kassengebühr im fraglichen Quartal bezahlt hatten. Dass die Gebühr nachträglich gezahlt oder der Überweisungsschein nachträglich eingereicht wurde, war von den Praxen in der Abrechnung nicht vermerkt worden.
Deshalb die Bitte: Tragen Sie den aktuellen Stand der Dinge in die Abrechnung ein:

- Wenn ein Patient die Kassengebühr in Ihrer Praxis nicht entrichtet, lassen Sie ihn bitte die Zahlungsaufforderung unterschreiben und rechnen dann die Codiernummer 80044 (Kassengebühr wurde nicht gezahlt, 10-Tages-Frist ist abgelaufen) beziehungsweise 80045 (Kassengebühr wurde nicht gezahlt, 10-Tages-Frist ist nicht abgelaufen) ab.
- Zahlt der Patient die Kassengebühr nachträglich bei Ihnen in der Praxis, müssen Sie die Codiernummer 80044 (beziehungsweise 80045) wieder aus der Abrechnung löschen. Geschieht dies nicht, bekommt der Patient für das in Frage stehende Quartal von der Kanzlei RVR eine Zahlungsaufforderung, obwohl er die Kassengebühr entrichtet hat.
- Bitte beachten Sie, dass der Patient die Kassengebühr innerhalb von zehn Tagen nachreichen darf. Sollten Sie aufgrund eines Quartalswechsels Ihre Abrechnung bereits bei der KV eingereicht haben, müssen Sie die Codiernummer vom Sachbearbeiter der zuständigen Abrechnungsabteilung manuell löschen lassen. Hierfür ist eine schriftliche Mitteilung (Zweizeiler) notwendig.
- Reicht der Patient einen Überweisungsschein nach, löschen Sie ebenfalls die Codiernummer 80044 (beziehungsweise 80045) aus der Abrechnung und wandeln Sie den bereits angelegten Originalschein in einen Überweisungsschein um.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

Homöopathievertrag ist für fusionsbedingte Neuzugänge der IKK classic offen

Am Homöopathievertrag der IKK classic und der AG Vertragskoordinierung können auch Versicherte der ehemaligen Vereinigten IKK teilnehmen, die nun Versicherte der IKK classic sind. Die IKK classic und die Vereinigte IKK hatten im August zur IKK classic fusioniert. Die bundesweit geöffnete IKK classic betreut nunmehr 3,6 Millionen Versicherte.

Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2011

Abgabefrist: 30. September bis 12. Oktober 2011

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

Abgabezeiten in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einen Datenträger in die KV bringen. Wir stellen für Sie einen Computer bereit, in den Sie die Daten einlesen können. Bei Bedarf erhalten Sie dabei Unterstützung von KV-Mitarbeitern. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!
Ort: Im Forum des Ärztehauses, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo.– Fr. von 7:00 bis 16:30 Uhr und Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr
Am Montag, den 3. Oktober 2011, bleibt die Abgabestelle geschlossen.

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.
Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten kann die Abrechnung nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung in die KV gebracht werden.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802 – 900

Überweisungsscheine bei Sonstigen Kostenträgern: Bitte vor Einreichen bei der KV stempeln

Der seit April 2011 gültige Überweisungsschein Muster 6 enthält nur noch ein Feld für den Vertragsarztstempel des überweisenden Arztes. Ein Stempelfeld für den abrechnenden Arzt ist nicht mehr vorgesehen. Es gibt aber immer noch einige "Sonstige Kostenträger" (insbesondere Sozialhilfeträger/Asyl), bei denen die Überweisungsscheine Muster 6 als rechnungsbegründende Unterlage in Papierform eingereicht werden müssen.

Um eine eindeutige Zuordnung zu gewährleisten, ist die KV darauf angewiesen, dass alle noch in Papierform einzureichenden Überweisungsscheine Muster 6 den Arztstempel des abrechnenden Arztes tragen.

Der Stempel kann oberhalb des Feldes für den überweisenden Arzt angebracht werden.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

Infektionsgefahr durch Stichverletzungen in der Pflege

Ärzte können zum Schutz von Pflegekräften beitragen, indem sie sichere Instrumente verschreiben

Das Amt für Arbeitsschutz empfiehlt niedergelassenen Ärzten, ihren pflegebedürftigen Patienten sichere Instrumente zu verschreiben. „Die Ärzte haben eine Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern in der ambulanten oder stationären Pflege, die Applikationshilfen anwenden", sagt Dr. Ulrike Swida vom Amt für Arbeitsschutz. „Im Pflegebereich werden diese Instrumente nämlich in der Regel nicht durch den Arbeitgeber beschafft."

Foto: Amt für Arbeitsschutz

Herkömmliche Instrumente bergen das Risiko von Stichverletzungen und damit einer Infektionsgefahr gegenüber Blut übertragbaren Krankheitserregern, wie HBV, HCV und HIV. Praxisinhaber sind gesetzlich verpflichtet, für den Schutz ihrer Mitarbeiter zu sorgen. „Zum Schutz der Beschäftigten von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen können die Ärzte beitragen, indem sie pflegebedürftigen Patienten sichere Instrumente verschreiben", so Swida.

Applikationshilfen sind zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und als solche verordnungsfähig. Hilfsmittel sind im Gegensatz zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln nicht budgetiert.

Weitere Infos: *www.hamburg.de/arbeitsschutzpartnerschaft→ Projekte und Handlungshilfen*

Ansprechpartnerin:
Dr. Ulrike Swida
Amt für Arbeitsschutz
Tel: 42837-3936
ulrike.swida@bsg.hamburg.de

Ärztliche Stelle überprüft Dokumentation zu Privatleistungen im Radiologiebereich

Ab 1. Januar 2012 erfolgt die Prüfung der ärztlichen Dokumentation zu privatärztlich erbrachten radiologischen Leistungen und zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) im Radiologiesektor durch die Ärztliche Stelle der KV. (Rechtliche Grundlage: RöV § 17a und StrlSchV § 83) Das hat das Amt für Arbeitsschutz der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) angeordnet.

Überprüft wird die Funktion der technischen Anlagen, die aufnahmetechnische Bildqualität und die medizinischen Dokumentationsqualität. Außerdem soll eine Reduzierung der Patientenexposition durch eine gezielte Indikationsstellung und eine Einhaltung der diagnostischen Referenzwerte erreicht werden.

Die Ärztliche Stelle fordert jeweils Patientendokumentationen zu den privatärztlich beziehungsweise im Rahmen von IGeL durchgeführten radiologischen Untersuchungen an. Diese Anforderung wird im Rahmen der bereits regelmäßig stattfindenden Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V erfolgen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Hinweise zur Umsetzung", das auf der Homepage der KV eingestellt ist. *www.kvhh.de → Qualität → Ärztliche Stelle.*

Ansprechpartnerinnen: Claudia Hinsch, Tel: 22 802 893
Angela Scholz, Tel: 22 802 451

Korrekte Ausstellung von Arzneimittelrezepten

Verschreibender Arzt muss namentlich angegeben sein

Kassenrezepte müssen neben dem Datum der Ausfertigung und der eigenhändigen Unterschrift (Kürzel gelten nicht als Unterschrift!) auch den Namen, die Berufsbezeichnung und die Anschrift des verschreibenden Arztes enthalten (Arzneimittelverschreibungsverordnung, § 2). Bei Krankenhäusern, MVZ oder Berufsausübungsgemeinschaften, deren Praxisstempel die einzelnen Arztnamen nicht enthalten, muss der Name des verschreibenden Arztes extra verzeichnet werden. Fehlende Angaben können zu Problemen bei der Belieferung der Rezepte durch die Apotheke und zu entsprechenden Nachfragen in den Praxen führen.

Auch Privatrezepte müssen vollständig und korrekt ausgefüllt werden. Seit dem 1. Januar 2011 besteht ein gesetzlicher Anspruch privater Versicherungen und Kostenträger auf Gewährung von Herstellerabschlägen. Die Apotheken müssen seitdem für diese Abgabefälle den Abgabepreis, die Pharmazentralnummer (PZN), das Abgabedatum und das Institutionskennzeichen der Apotheke in maschinenlesbarer Form auf das Verordnungsblatt übertragen. Nicht jedes Rezeptformular ist hierfür geeignet. Deshalb sollten die Ärzte entweder das blaue (standardisierte) Privatrezept verwenden oder die erforderlichen Angaben auch auf der Rückseite aufbringen und abzeichnen. Formfehler können dazu führen, dass die Versicherung die Erstattung verweigert.

Pharmakotherapie-beratung der KVH

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

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

Vereinbaren Sie einen Termin!

Tel. 22802-572
oder 22802-571

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

Stimulantien bei ADHS im Erwachsenenalter

Für die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein methylphenidathaltiges Präparat zugelassen.

Medikinet® adult ist im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie zur Behandlung einer seit Kindesalter fortbestehenden ADHS bei Erwachsenen ab 18 Jahren indiziert, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben. Die Zulassung sieht weiter vor,

- dass die Diagnose auf einer vollständigen Anamnese und Untersuchung des Patienten basieren muss und angelehnt an die D SM-IV Kriterien oder Richtlinien in ICD-10 gestellt werden muss,
- dass die Behandlung unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen durchgeführt werden muss,
- und dass bei einer Dauertherapie (> 12 Monate) behandlungsfreie Zeitabschnitte eingelegt werden müssen.

Die gültige eng gefasste Regelung in der Arzneimittel-Richtlinie zur ausnahmsweise möglichen Verordnungsfähigkeit von Stimulantien bezieht sich ausschließlich auf Kinder und Jugendliche, da es bisher keine arzneimittelrechtliche Zulassung für methylphenidathaltige Arzneimittel für die Behandlung der ADHS bei Erwachsenen gab. In Kenntnis der nunmehr erweiterten Zulassung hat der G-BA mit Beschluss vom 23. Juni 2011 klargestellt, dass die Verordnungsfähigkeit der für die Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter zugelassenen Präparate von den Regelungen in Nummer 44 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie nicht betroffen ist. Gleichzeitig kündigte der G-BA an, in einem nächsten Schritt prüfen zu wollen, ob noch Einschränkungen und Regelungen zum Schutze der Patienten folgen müssen.

Foto: fotolia.de/Yuri Arcurs

Vor dem Hintergrund der haftungsrechtlichen Problematik hat die KBV beim Bundesgesundheitsministerium angefragt, ob beim Einsatz anderer methylphenidathaltiger Arzneimittel bei Erwachsenen, die keine entsprechende Zulassung haben, von einem bestimmungsgemäßen Gebrauch auszugehen ist. Dies wurde vom Ministerium bejaht.
Inwieweit einzelne Krankenkassen dennoch Prüfanträge stellen werden, ist nicht vorhersehbar, so dass die KV Hamburg empfiehlt, zum jetzigen Zeitpunkt für die Behandlung der ADHS bei Erwachsenen nur dafür zugelassene Präparate zu verordnen.

Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Arzneimitteln:
Abteilung Praxisberatung
Regina Lilje, Tel. 22802-498
Barbara Spies, Tel. 22802-564

Therapie-Symposium
2011 in Hamburg

Termin:	Mittwoch, 19. Oktober 2011, 15.00–18.45 Uhr
Tagungsort:	Ärztehaus Hamburg / Großer Saal Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Teilnahmegebühr:	Kostenlos Als Fortbildungsveranstaltung anerkannt (mit 4 Punkten zertifiziert)
Wissensch. Leitung:	Prof. Dr. med. W.-D. Ludwig, Prof. Dr. med. U. Gundert-Remy, Prof. Dr. med. R. Lasek

Ansprechpartnerin: Karoline Luzar
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Tel: 030 / 400456-518, E-Mail: karoline.luzar@akdae.de

Wissenschaftliches Programm

15.00 – 15.15 Uhr	**Begrüßung** Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Hamburg
15.15 – 16.00 Uhr	**Empfehlungen zur Therapie von Atemwegsinfektionen** Prof. Dr. med. Winfried Kern (Facharzt für Infektiologie, Freiburg)
16.00 – 16.45 Uhr	**Arzneimitteltherapiesicherheit: Eine Herausforderung im Alltag** Dr. med. Armin-Farid Aly (Arzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik, Berlin)
16.45 – 17.15 Uhr	**Pause**
17.15 – 18.00 Uhr	**Aktuelle Themen und interessante Fälle aus der Pharmakovigilanz** Dr. med. Thomas Stammschulte (Facharzt für Innere Medizin, Berlin)
18.00 – 18.45 Uhr	**Neue Arzneimittel 2010/2011 – eine kritische Bewertung** Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe (Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg)

Moderation: Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer (Facharzt für Klinische Pharmakologie, Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie, Bremen / Vorstandsmitglied der AkdÄ)

Eine Veranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg.

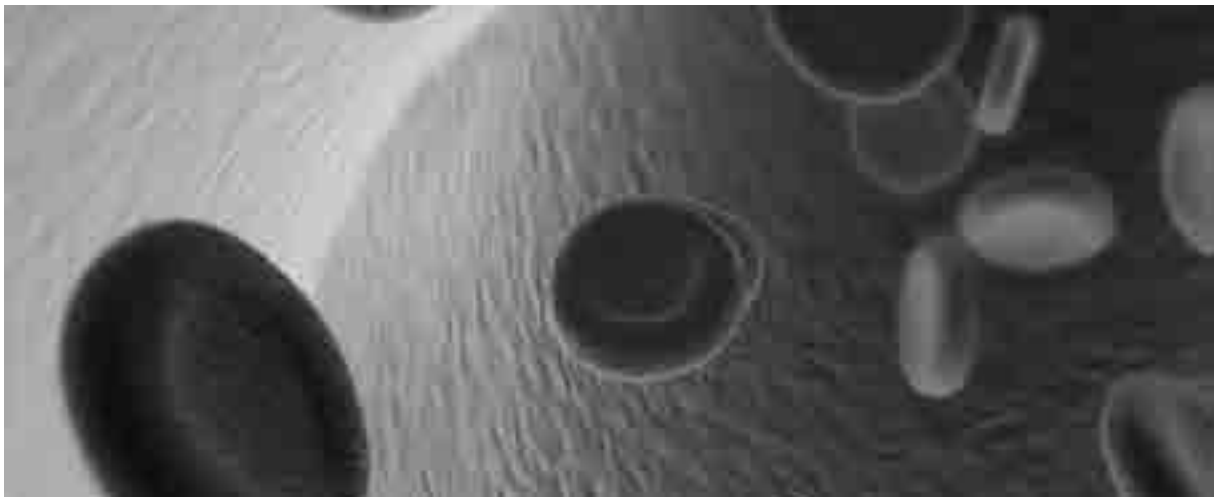


Foto: fotolia.de/xxxx_3D

Therapiehinweis zu Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffen

Zur Behandlung der symptomatischen renalen Anämie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat einen Therapiehinweis zu **Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffen (ESA)** formuliert. Dieser Therapiehinweis bezieht sich ausschließlich auf die Behandlung der symptomatischen Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz. Wir haben im Folgenden die wesentlichen Aspekte für Sie zusammengefasst.

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

ESAs werden intravenös oder subkutan (Ausnahme: Biosimilars Epoetin alfa nur intravenös) appliziert und stimulieren wie das körpereigene Hormon Erythropoetin (EPO) die Proliferation, Differenzierung und das Überleben von Vorläuferzellen der Erythropoese im Knochenmark. (...) Für den therapeutischen Einsatz gelten heute alle verfügbaren ESAs als vergleichbar. Für die als sogenannte „Biosimilars" von der Europäischen Kommission zugelassenen ESAs wurde nachgewiesen, dass ihre Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit in den zugelassenen Indikationen ausreichend belegt sind und dem Zulassungsstandard entsprechen.

Durch randomisierte kontrollierte Studien (RCT) belegte Therapieziele sind ein Anstieg des Hämoglobin (Hb)-Wertes und eine Verringerung beziehungsweise Vermeidung von Bluttransfusionen. Eine wesentliche Verbesserung der Lebensqualität konnte anhand der vorliegenden Studien bisher nicht eindeutig gezeigt werden. Dem gegenüber stehen RCTs, die belegen, dass ein zu hoher Hämoglobinzielwert (> 12 g/dl) schwerwiegende Risiken (zum Beispiel Erhöhung der Schlaganfallrate, thromboembolische Komplikationen) beinhaltet.

Bei der Verordnung von ESAs zur Behandlung der symptomatischen renalen Anämie müssen folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Vor Verordnung der ESAs müssen andere mögliche Ursachen einer Anämie ausgeschlossen und bei laborchemischen Hinweisen für einen Eisenmangel beziehungsweise leere Eisenspeicher im Knochenmark eine Eisensubstitution parallel zur Gabe von ESAs begonnen werden. Auch während der Behandlung mit ESAs sind die Eisenspeicher zu überprüfen und gegebenenfalls Eisen zu substituieren.

- Vor Verordnung von ESAs sollte unter Einbeziehung der Patienten eine Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen, die unter anderem folgende Faktoren einschließt: Art, Stadium und Prognose der Erkrankung, Schweregrad der Anämie, klinische Situation (zum Beispiel kardiovaskuläre oder pulmonale Begleiterkrankungen), Behandlungspräferenz der Patienten. Die Patienten müssen über die Risiken bei der Gabe von ESAs (erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Patienten mit zu hohen Hb- Werten, thromboembolische Komplikationen, erhöhtes Risiko von Schlaganfällen, mögliche Stimulation des Tumorwachstums) sorgfältig und aktuell informiert werden.

- Die Europäische Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) hat nach Abschluss eines Risikobewertungsverfahrens für alle Indikationen einheitliche Therapieziele empfohlen. Danach soll der Zielwert des Hb für Erwachsene zwischen 10 und 12 g/dl (entsprechend 6,2 und 7,45 mmol/l) und für Kinder zwischen 9,5 und 11 g/dl (entsprechend 5,9–6,8 mmol/l) liegen und damit den physiologischen Normbereich unterschreiten.

- Die Behandlung der symptomatischen renalen Anämie sollte abhängig von der individuellen klinischen Symptomatik ab Hämoglobin-Werten < 10,0 g/dl erwogen werden, nachdem andere Ursachen der Anämie ausgeschlossen wurden.

- Bei Hämoglobinwerten < 9 g/dl muss das Risiko vermehrt notwendiger Transfusionen gegenüber einem erhöhten Schlaganfallsrisiko abgewogen werden. Insbesondere bei Patienten, die für eine Transplantation infrage kommen, muss die mögliche Bildung von Alloantikörpern gegen Blutgruppenantigene durch Erythrozytenkonzentrate berücksichtigt werden.

- Ein Anheben des Hb-Wertes über 12 g/dl bringt für den Patienten keine messbaren Vorteile, sondern kann mit erhöhten Risiken verbunden sein. Außerdem wäre dafür eine Erhöhung der Epoetin- beziehungsweise Darbepoetin-Dosis erforderlich.

- Die Dosis der ESAs sollte angepasst werden, wenn der Hb-Wert um mehr als 2 g/dl/Monat steigt oder sinkt und/oder wenn der Hb-Wert außerhalb des oben genannten Zielbereichs gerät.

- Für die Biosimilars wurden von der EMA im Vergleich zum Referenzpräparat in den Zulassungsstudien keine klinisch relevanten Dosisunterschiede festgestellt. In den der Zulassung entsprechenden Applikationsformen stellen Biosimilars eine kostengünstige Alternative dar.

- Für Epoetin alfa und beta wurde gezeigt, dass ein Einsparpotential durch Reduktion der Dosis bei subkutaner im Vergleich zur intravenösen Anwendung besteht.

Der Therapiehinweis zu ESA (zur Behandlung der symptomatischen renalen Anämie) im Volltext: *www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Beschlüsse*

Ansprechpartnerinnen:
Abteilung Praxisberatung
Regina Lilje, Tel. 22802-498
Barbara Spies, Tel. 22802-564

Der neue Therapiehinweis bezieht sich **nicht** auf andere Indikationen von ESA wie die Behandlung der symptomatischen Anämie und die Reduktion des Transfusionsbedarfs bei onkologischen Patienten, die eine Chemotherapie erhalten. Diesbezüglich wird auf den Therapiehinweis zu Erythropoesestimulierenden Wirkstoffen (zur Behandlung der symptomatischen Anämie bei Tumorpatienten, die eine Chemotherapie erhalten) verwiesen. (Beschluss vom 17. Juni 2010/ BAnz. Nr. 158, S. 3473 vom 19.10.2010). Auch zusätzliche, seltenere Indikationen zur Vorbereitung von autologen Bluttransfusionen sind nicht Gegenstand dieses Therapiehinweises.

Nützlich? Überflüssig? Schädlich?

In dieser Rubrik informieren wir Sie über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (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 leichter zugänglich zu machen, berichten wir in dieser Rubrik über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln. 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. Arzneimittel, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die gegenüber der Vergleichstherapie teurer sind, können bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrages als unwirtschaftlich angesehen werden. Außerdem kann es zu Verordnungseinschränkungen kommen.

Neue Arzneimittel

Invega® (Paliperidon) – neu zugelassene Indikation

Indikation
Invega® ist jetzt auch zugelassen zur Behandlung psychotischer oder manischer Symptome bei schizoaffektiven Störungen. Eine Wirkung auf depressive Symptome konnte nicht gezeigt werden.

Bewertung
Paliperidon war Placebo in der Akutbehandlung schizoaffektiver Störungen (SAD) in der für die Schizophrenie empfohlenen Dosierung von 6 mg/d nicht überlegen. Nur in Dosierung von 9–12 mg/d zeigte es bessere Wirksamkeit auf psychotische und manische Symptome. Wirkung auf depressive Symptome zeigte es nicht. Daten in der Erhaltungstherapie fehlen. Vorliegende Daten konnten nicht zeigen, dass es der Standardbehandlung mit anderen Antipsychotika (AP; z. B. Risperidon) oder der Kombination aus Antidepressiva und Stimmungsstabilisierern überlegen ist. Paliperidon ist zwar das erste AP, für welches die Zulassung speziell für die SAD erteilt wurde, jedoch sind bereits eine Reihe anderer AP für die Behandlung aller Syndrome zugelassen, die das Ziel einer Behandlung der SAD sind. (Stand 24.08.2011)

Gilenya® (Fingolimod)

Indikation

Gilenya® ist als krankheitsmodifizierende Monotherapie von hochaktiver, schubförmig-remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS) bei folgenden Gruppen erwachsener Patienten angezeigt (zur näheren Definition dieser Gruppen siehe Fachinformation):

- Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit einem Beta-Interferon, oder
- Patienten mit rasch fortschreitender, schwerer, schubförmig-remittierend verlaufender MS.

Bewertung

Fingolimod (oral) hat sich gegenüber Interferon beta-1a (i.m.) in einer Studie als besser wirksam in der Verringerung der Schubrate, jedoch nicht in der Verzögerung der Behinderungsprogression erwiesen. Wegen seiner erheblichen Risiken (darunter tödlich verlaufende Infektionen) ist es nur für spezifische Patientengruppen zugelassen und kommt derzeit vornehmlich als Zweitlinientherapie in Frage. Gemäß der Zulassung ist es bei denjenigen Patienten mit hochaktiver, schubförmig–remittierender MS eine Therapieoption, die von Beta-Interferon nicht ausreichend profitieren oder die einen rasch fortschreitenden, schweren Verlauf zeigen. Aufgrund seines Risikoprofils wurde es nicht für die Gesamtgruppe der Patienten zugelassen, an der es geprüft wurde. Ein direkter Vergleich mit anderen Wirkstoffen als Interferon beta-1a steht aus. Der behandelnde Arzt sollte Erfahrung in der MS-Therapie besitzen. (Stand 5.7.2011)

Kosten		
Gilenya® 28 Kps. 0,5 mg (pro Tag)	**2.346,16 €**	**30.583 €/Jahr**
Betaferon® 15 Pulver 250 µg (pro 2 d)	1.834,73 €	22.323 €/Jahr
Extavia® 15 Durchstechfl. 250 µg (pro 2 d)	1.388,44 €	16.892 €/Jahr
Tysabri® 1 Durchstechfl 300 mg (28d)	2.406,93 €	31.375 €/Jahr
		(Stand 10.5.2011)

Humira® (Adalimumab) – neu zugelassene Indikation

Indikation

Humira® ist in Kombination mit Methotrexat zugelassen zur Behandlung der aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 17 Jahren, die nur unzureichend auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs) angesprochen haben. Humira® kann im Falle einer Unverträglichkeit gegenüber Methotrexat (MTX) oder, wenn die weitere Behandlung mit MTX nicht sinnvoll ist, als Monotherapie angewendet werden.

Bewertung

Adalimumab führt wie alle DMARDs nicht zur Heilung der JIA. Es kann aber eine Verlangsamung des Krankheitsprozesses (radiologische Progression, fortschreitende Gelenkzerstörung) erzielt werden. Vergleichende Untersuchungen zu anderen biologischen DMARDs fehlen. Die Behandlung mit Adalimumab sollte von einem Facharzt mit Erfahrung in der Diagnose und Behandlung der JIA eingeleitet und überwacht werden. Die schwerwiegenden Nebenwirkungen (bakterielle und virale Infektionen einschließlich opportunistischer Infektionen, erhöhte Suszeptibilität gegenüber tuberkulösen Neuinfektionen) und die hohen Kosten sind zu beachten. Wenn nach 12 Wochen keine Besserung erzielt wird, ist eine Weiterbehandlung nicht gerechtfertigt. (Stand 12.08.2011)

Die kompletten Stellungnahmen der AKdÄ einschließlich der Literaturangaben finden Sie unter *www.akdae.de →Neue Arzneimittel*. Die öffentlichen Europäischen Beurteilungsberichte (EPAR), auf deren Grundlage die Stellungnahmen erarbeitet wurden, finden Sie unter *www.ema.europa.eu*. Weitere Informationen zu den Arzneimitteln (unter anderem zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Risiken) entnehmen Sie bitte der Fachinformation in der jeweils aktuellen Fassung: *www.fachinfo.de*

Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung, Tel: 22802-571 oder -572

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Maria Hummes

Geburtsdatum: 10. April 1954
Fachrichtung: Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Palliativmedizin
Hobbys: Singen, Sport und Kochen

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Zu einem großen Teil schon, ich bin immer noch mit ganzem Herzen Hausärztin und froh, dass ich trotz aller bürokratischen Einschränkungen jeden Tag gern in meine Praxis fahre. Nachdenklich werde ich, wenn ich über die Entwicklung und den Stellenwert der hausärztlichen Arbeit nachdenke.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die Position der eigenständigen, hausärztlichen Versorgung sichern, daran arbeiten, dass der Wert des direkten Arzt-Patienten Kontaktes sich auch in der Gebührenordnung widerspiegelt.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Ganz sicher braucht das Gesundheitssystem eine Reform. Seit dem Start in der Vertreterversammlung habe ich angefangen, mich mehr mit diesem Thema zu beschäftigen. Welche Rolle die KV dabei spielen könnte, werde ich erst klarer sagen können, wenn ich mehr hinter die Kulissen geschaut habe.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Die Frage hat mich länger beschäftigt, so spontan hatte ich keinen Namen auf der Zunge und beim längeren Grübeln kam ich von Mick Jagger (Was ist sein Geheimtipp für exzessives Leben und gleichzeitig fit bleiben?) auf Barack Obama (Wie viel Kraft braucht es, eine Gesundheitsreform gegen die Lobby durch zu setzen?) und habe es doch verworfen. Ich würde lieber Simone Young kennenlernen.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Einmal um die Welt reisen.

Terminkalender

Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 17.11.2011 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Refresher-Kurs NEU
(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

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

Mi 14.12.2011 (9:00-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: Erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl. Verpflegung und inkl. neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP-Hygiene in der Arztpraxis NEU

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

Mi 25.01.2012 (09:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

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 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 24.08.2011 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 2: Mi 28.09.2011 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 3: Mi 02.11.2011 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 4: Mi 07.12.2011 (15:00-20:00 Uhr)
Teil 5: Mi 11.01.2012 (15:00-20:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: €395 inkl. Verpflegung

34 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®-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 30.11.2011 (09:30–17:00 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 → 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?

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

Wie erreichen Sie uns?

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

Wann sind wir für Sie da?

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

Foto: Felix Faller