

KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 9 /2011

Kampf den multiresistenten Erregern!

Notfalldienst

Ärzte können ihre Dienste
künftig online planen

ADHS

KV und AOK entwickeln neuen
Versorgungsvertrag

Heilmittel

Aktualisierte Vergütungsliste
der beiden Kassenarten

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Der Sommer ist dieses Jahr weitgehend ausgefallen. NDR 2 hatte seine Zuhörer deshalb aufgerufen, einen neuen Namen für diese Jahreszeit zu finden, die man nur schwer mit „Sommer“ assoziieren konnte. „Kachelmanns Rache“ war einer der Hörervorschläge. Nicht schlecht. Rachegeleüste konnten auch wir Hamburger nur schwer unterdrücken, als sich im Sommer die ehemals guten Ideen des „Versorgungsstrukturgesetzes“ in ihr Gegenteil zu drehen begannen. Ob Zurückdrehen der regionalen Honorarverantwortung, die Nicht-Berücksichtigung der Versicherungszahlen bei der Honorarberechnung oder die wieder aufgeflamten Diskussionen um Preisabschläge für „überversorgte“ Regionen und den Untoten „asymmetrische Verteilung“ – immer steht Hamburg auf der Verliererseite. Hamburgs Versorgungsstruktur ist einmalig, es gibt in Breite und Tiefe nichts Vergleichbares in Deutschland – und genau deshalb hat die Hansestadt immer das Nachsehen, wenn mit bundesweiten Leistungen gemessen wird. Es gibt keine Alternative: Wir brauchen so viel Regionalität wie irgend möglich: Von der Honorarverteilung über die Honorarverträge und wenn es geht bis hin zur Abschaffung des alles gleich machenden Gesundheitsfonds. Von außen wird uns niemand helfen, wir benötigen unsere Autonomie zurück!



*Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, 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/pix4U

Ausgabe 9/2011 vom 1. September 2011

[Redaktionsschluss: 17. August 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 Rolle spielt MRSA in Ihrer Praxis? _____	4
Der Kampf gegen die Keime _____	5

Gesundheitspolitik

Bedarfsplanung – quo vadis? _____	9
Wie die Hamburger Vertragsärzte die EHEC-Krise gemeistert haben _____	10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	13
ADHS: Neuer Versorgungsvertrag in Hamburg _____	14
Online-Dienstpläne für den ärztlichen Notfalldienst _____	16

Amtliche Veröffentlichung

Bekanntmachungen im Internet _____	15
------------------------------------	----

Abrechnung

PET-Untersuchungen können nicht mehr abgerechnet werden _____	15
---	----

Qualitätssicherung

Erweiterung der Qualitätssicherungsrichtlinie für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen / Nachweise von Ringversuchszertifikaten bitte nur noch elektronisch _____	17
---	----

Qualitätsmanagement

Beratungsangebot der KV zum Qualitätsmanagementsystem QEP ausgeweitet _____	18
QEP-zertifizierte und rezertifizierte Praxen / Hygiene-Seminar im Ärztehaus _____	19

Arznei- und Heilmittel

Kostenliste für Heilmittel _____	20
Änderung der Heilmittel-Richtlinie _____	24
Therapiesymposium der Arzneimittelkommission in Hamburg / Dexa Polyspectran ist wieder verordnungsfähig _____	25

Forum

Selbsthilfeforum im Ärztehaus _____	25
-------------------------------------	----

KV intern

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

Nachgefragt

■ Welche Rolle spielt MRSA in Ihrer Praxis?



Wir sehen in unserer Gemeinschaftspraxis eine steigende Anzahl von Infektionen mit MRSA. In den häufigsten Fällen werden Patienten mit noch nicht völlig ausgeheilten Infektionen aus dem Krankenhaus entlassen, weniger häufig, aber immer öfter, werden MRSA & Co bei Praxispatienten oder Pflegeheimbewohnern im Zuge unserer Diagnostik gefunden. Medizinisch wie rechtlich ist es dabei unerheblich, wo diese Keime auftreten. Ziele der Behandlung sind immer die Elimination der Erreger und das Verhindern der weiteren Übertragung auf andere Menschen. Der Umgang mit infizierten Patienten in der Praxis wie das Verhalten am Krankenbett oder im Pflegeheim ist daher im Qualitätsmanagement für alle Praxismitarbeiter genauso festgelegt wie die unerlässliche sorgfältige Dokumentation des Infektionsverlaufes.

*Dr. Karl-Christian Münter,
Allgemeinmediziner
in Bramfeld*



Durch unzählige Studien ist belegt, dass das klassische Maßnahmenbündel (z.B. Handschuhe, Händewaschen/Desinfektion, Kittel, Isolierung) die Infektionsrate senkt. Eventuell wäre nur die Hälfte der Hygienemaßnahmen wirklich notwendig - man weiß nicht, welche, denn die Qualität der Datenlage ermöglicht keine Betrachtung der Effektivität der einzelnen Maßnahmen. Um Hygiene in der Praxis durchzusetzen, ist das Vorbild der Ärzte entscheidend: Beachtet der Chef die Hygienestandards, steigen die Chancen, dass es auch die Angestellten tun. Von Zeit zu Zeit sollte man sich den Desinfektionsmittel-Verbrauch in der Praxis ansehen. Wenn sich der Flüssigkeitsstand der Flaschen nicht kontinuierlich senkt, ist ein Teamgespräch fällig. Überhaupt lautet die wichtigste Faustregel für Praxischefs: Öfter mal drüber reden. Wird die Aufmerksamkeit größer, wird das Problem automatisch kleiner.

*Priv.-Doz. Dr. Boris Brand
Internist und Gastroenterologe
in Uhlenhorst*



Wir sind eine chirurgische Praxis, die ambulant operiert. MRSA ist bei Operationen im niedergelassenen Bereich kein Problem. Es ist ja bekannt, dass die Infektionsraten in den operierenden Praxen im Promillebereich liegen. Wir arbeiten sauber, machen Standardvorsorge, haben eine ausgebildete Hygienebeauftragte. Nosokominale Infektionen sind vor allem ein Problem der Pflegeheime und der großen Intensivstationen mit ihren vielen Risikopatienten. Alle Krankenhäuser sollten Träger von Erregern schon bei der Aufnahme ermitteln, wie das in den Niederlanden ja bereits seit langem gemacht wird.

*Dr. Hans-Walter Feldheim,
Chirurg
in Winterhude*

Der Kampf gegen die Keime

- Multiresistenten Erregern fallen pro Jahr in Deutschland 10.000 Menschen zum Opfer. Durch konsequente Hygiene, achtsame Antibiotikaverschreibung und Netzbildung könnte der Siegeszug der Keime gestoppt werden.

Nach Einschätzung des European Centre for Disease Prevention and Control stellen multiresistente Erreger (MRE) weltweit eines der größten Probleme für die öffentliche Gesundheit dar.

In Deutschland erkranken jährlich 400.000 bis 600.000 Patienten an Krankenhausinfektionen. Eine Hochrechnung von Frau Prof. Petra Gastmeier aus dem nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von Infektionskrankheiten (NRZ) in Berlin kam zu dem Ergebnis, dass etwa 10.000 Menschen jedes Jahr daran sterben.¹ Einigen europäischen Ländern ist es

gelingen, durch konsequente Präventionsmaßnahmen die Ausbreitung von MRE-Infektionen drastisch zu reduzieren. Eine Reduktion könnte auch bei uns noch gelingen, da die Übertragungswege der Erreger gut bekannt sind. Durch konsequente Hygiene, achtsame Antibiotika-Verschreibung und sektorenübergreifende Netzbildung kann wirksamer Einfluss auf die Ausbreitung multiresistenter Erreger genommen werden.

Keine Strategie gegen MRE kommt ohne die Mitwirkung der Vertragsärzte aus.

Eine der wichtigsten Maßnahmen, um die Übertragung multiresistenter Erreger zu durchbrechen, ist die konsequente Umsetzung der Hygiene. Wie im Krankenhaus gilt auch in den Praxen: Die Händedesinfektion steht an vorderster Stelle (siehe Kasten).

Wer sich darüber hinaus mit Empfehlungen, Vorschriften und Gesetzen zur Hygiene in der vertragsärztlichen Versorgung auseinandersetzt, gerät allerdings schnell auf unübersichtliches Gelände. Ein Beispiel: Wie man Blut abnimmt,

die Blutröhrchen verpackt und anschließend die Hände desinfiziert – diese Abläufe sind in den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

(KRINKO) geregelt. Wie dieser Handwaschplatz aussehen muss, legt die Berufsgenossenschaft fest. Die Aufbereitung der Instrumente wiederum fällt in den Bereich des Medizinproduktegesetzes. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten stellen für die Praxen eine unnötige Erschwernis dar.

Die Indikationen zur Händedesinfektion (ambulant, nicht invasiv)

- 1 **VOR** Patientenkontakt* (vor intensivem Hautkontakt z. B. körperliche Untersuchung)
- 2 **VOR** aseptischer Tätigkeit (z. B. Injektionen, Punktionen, Verbandwechsel etc.)
- 3 **NACH** Kontakt mit potentiell infektiösen Materialien (z. B. Blut, Erbrochenem, Wundsekret, Nasensekret, Sputum etc.)
- 4 **NACH** Patientenkontakt* (nach intensivem Hautkontakt, z. B. körperliche Untersuchung)

* **VOR** beziehungsweise **NACH** Patientenkontakt bedeutet bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Patienten: „**ZWISCHEN** zwei Patienten“.

(modifiziert nach WHO "My 5 Moments of Hand Hygiene", "AKTION Saubere Hände", © ASH 2008-2013)



Fortsetzung auf S. 6 ■■■

Es gibt aber ein sehr hilfreiches Instrument, das jeder Arzt kennen sollte: Die von der US-Gesundheitsbehörde (Centers of Disease Control and Prevention) formulierten „standard precautions“ für den ambulanten Bereich (siehe Kasten unten) decken sich mit den Anforderungen, die auch in Deutschland gestellt werden.

Den Amerikanern ist es gelungen, knapp und präzise in wenigen Absätzen zusammenzufassen, was in Deutschland auf viele schwer lesbare Gesetze und Vorschriften verteilt wurde: Händehygiene, persönliche Schutzausrüstung, Desinfektion der Patientenumgebung – alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Übertragung von Mikroorganismen einzudämmen.

Wer sich an diesen mittlerweile auch vom Robert-Koch-Institut empfohlenen US-Standard-Hygieneregeln orientiert, kann eigentlich nichts falsch machen.

Sie sind ein guter Ausgangspunkt, um sich zu den Emp-

fehlungen der KRINKO, dem Medizinproduktegesetz und den Arbeitsschutzregelungen vorzuarbeiten.

Ebenso zersplittert wie die Regelungsebene ist in Deutschland die Kontrollebene. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten sind für die Ärzte manchmal schwer nachzuvollziehen. Liegt eine Beschwerde über eine Praxis vor, die sich auf die Aufbereitung von Instrumenten bezieht, ist in Hamburg die Gesundheitsbehörde zuständig. Ansonsten obliegt die Überwachung der Hygiene den Gesundheitsämtern der Bezirke. Es gibt in Hamburg sieben Bezirke, also auch sieben Gesundheitsämter, deren Kontrollen können durchaus unterschiedliche Standards haben.

Unangekündigte Begehungen werden nur durchgeführt, wenn eine Beschwerde vorliegt oder ein erheblicher Verdacht besteht, dass etwas nicht in Ordnung ist. Normalerweise melden sich die Hamburger Gesundheitsämter einige Wochen vorher an und vereinbaren einen Termin, um sicherzustellen, dass die Begehung außerhalb

der Sprechzeiten stattfindet und dass die zuständige medizinische Fachkraft anwesend ist. Es ist empfehlenswert, sich eng mit der Behörde abzustimmen. Die Praxis sollte im Vorfeld beim Amtsarzt anrufen und sich erkundigen: „Können wir Ihre Checklisten sehen? Würden Sie uns bitte mitteilen, was Sie fragen werden?“

Meist verlaufen die Begehungen sehr konstruktiv. Die Vorschläge, die das Gesundheitsamt macht, kann der Vertragsarzt umsetzen, und in der Regel profitiert er auch davon. Es wird ein Kurzprotokoll angefertigt, dem zu entnehmen ist, ob und welche Mängel vorliegen. Die Praxis hat dann gegebenenfalls vier bis sechs Wochen Zeit, nachzubessern.

Der Kampf gegen multiresistente Erreger geht über die Optimierung der Hygiene durch Strukturierung und Dokumentation von Praxisabläufen allerdings weit hinaus. Die Entstehung und Ausbreitung von MRE ist auf hohen kumulativen Selektionsdruck auf Intensivstationen auch durch ungezielte ambulante Antibiotikavergabe zurückzuführen.

Kurz und knapp: Die US-Standardpräventionsmaßnahmen

Die „standard precautions“ der US-Gesundheitsbehörde fassen die international anerkannten Hygieneregeln knapp und übersichtlich zusammen. Seit Juli 2011 gibt es auch eine Version für den ambulanten Bereich.

Das Konzept der „standard precautions“ geht davon aus, dass alle feuchten Körpersubstanzen als potentiell infektiös zu betrachten sind. Die Maßnahmen sind also unabhängig davon anzuwenden, ob der Patient als Träger bestimmter Erreger identifiziert wurde oder nicht.

Die deutsche Version im Internet zum Herunterladen: www.kvhh.de → Hygiene
(In der Übersetzung von Dr. Roland Schulze-Röbbecke, Krankenhaushygieniker des Universitätsklinikums Düsseldorf)

Etwa 85 Prozent des Antibiotika-Verbrauchs entfallen auf den ambulanten Bereich, davon 56 Prozent auf die Fachgruppe der Allgemeinmediziner.² Der europäische Vergleich³ zeigt, dass in Deutschland insgesamt nicht wesentlich mehr Antibiotika verschrieben werden als beispielsweise in den Niederlanden. Zu häufig verschrieben werden in Deutschland aber die resistenzfördernden Antibiotikagruppen wie etwa Chinolone, die mitverantwortlich sind für die Entwicklung von MRE.

Einer Umfrage des Robert-Koch-Instituts zufolge sind sich die meisten niedergelassenen Ärzte darüber im Klaren, dass ihr Verschreibungsverhalten Einfluss auf die Antibiotika-Resistenz hat. Drei Viertel der Befragten wünschen sich Unterstützung bei der rationalen Verschreibung von Antibiotika durch Leitlinien, Fortbildung oder Beratung.⁴ In den Niederlanden gibt es etwa dreimal mehr Mikrobiologen, die sowohl die Krankenhäuser als auch die Hausärzte beraten. Wenn trotz Beratung ein nicht für die Indikation gelistetes Antibiotikum ambulant verordnet

Anteil von MRSA bei nachgewiesener Staphylococcus-Aureus-Infektion in der Blutkultur

Der prozentuale Anteil von meticillin-resistenten Erregern an der Gesamtmenge in Blutkulturen nachgewiesener Staphylococcus-Aureus variiert innerhalb Europas von 0,3 bis 58,1 Prozent.

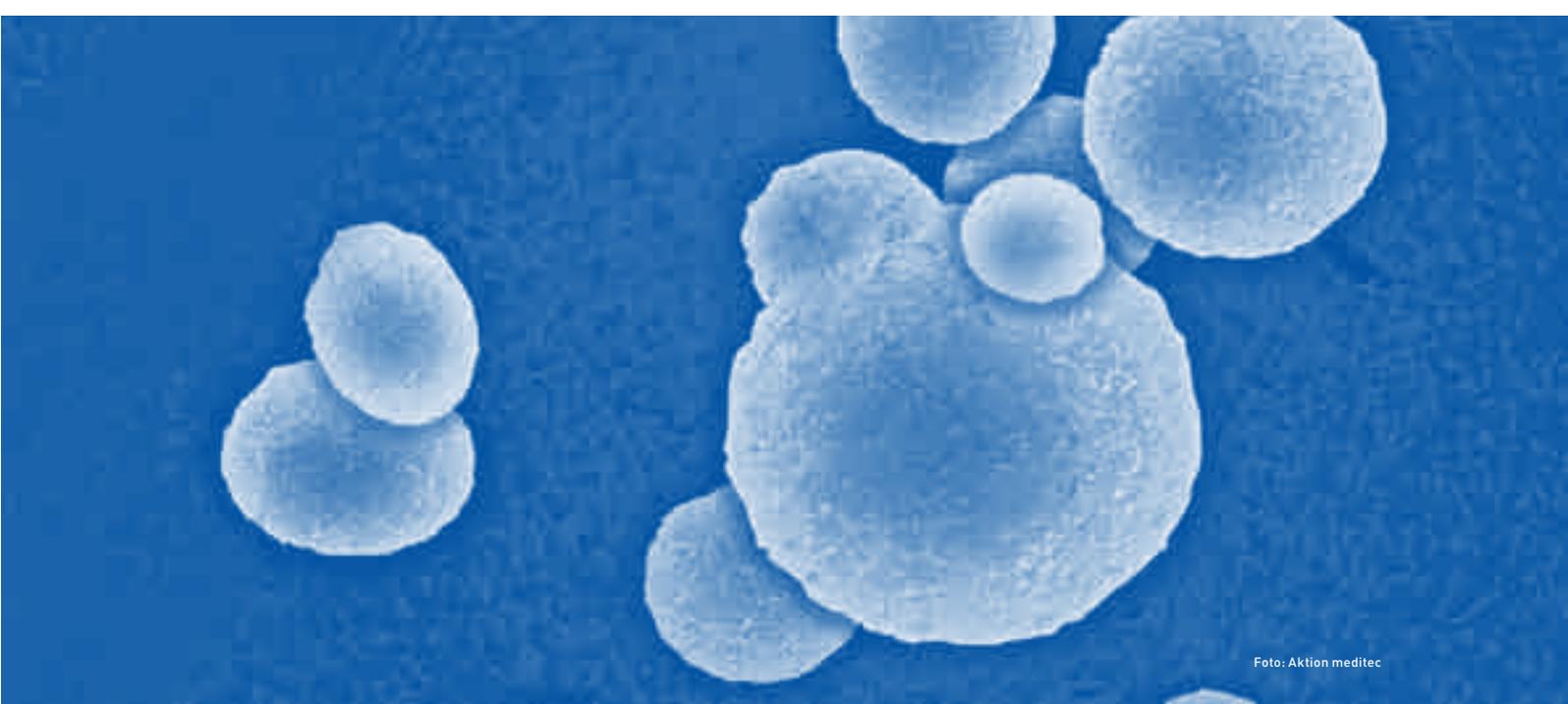
Quelle: Antimicrobial resistance surveillance in Europe. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-net) 2009, S. 29.



wird, wird dieses nicht bezahlt. Für den Bereich Hamburg gibt es keine aktuellen Informationen darüber, welche Antibiotikagruppen von Ärzten in welchem Umfang verschrieben wurden und welche Resistenzen vorliegen. Das ist in Niedersachsen anders. Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) erfasst kontinuierlich in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Laboren die aktuelle und lokale Resistenzlage. Die Daten des Projektes ARMIN sind für den

behandelnden Arzt im Internet zugänglich und können bei der aktuellen Therapieentscheidung zu Rate gezogen werden. Die strenge Indikationsstellung, die gezielte Therapie nach Antibiogramm und die Kenntnis der lokalen Resistenzlage nehmen entscheidenden Einfluss auf die Weiterverbreitung nicht mehr behandelbarer Infektionen durch resistente Erreger.

Fortsetzung auf S. 8



Ein weiterer Baustein im Umgang mit multiresistenten Erregern ist der Versuch der Eradikation. Die Sanierung von Patienten, die mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) infiziert oder besiedelt sind, kann oftmals nicht im Krankenhaus abgeschlossen werden.

Bisher konnten die notwendigen Maßnahmen, um die Sanierung im ambulanten Bereich abzuschließen, nicht zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden.

Das soll nun anders werden. Zum ersten Mal sieht das im Juli 2011 vom Bundesrat verabschiedete Infektionsschutzgesetz vor, auch die Prävention im ambulanten Bereich zu vergüten. So ist geplant, dass künftig nicht nur die Therapie von mit MRSA infizierten, sondern auch von mit MRSA lediglich besiedelten Patienten von den Kassen übernommen wird. Auch für die diagnostische Untersuchung von MRSA-Risikopatienten soll eine Vergütungsregelung geschaffen

werden. Damit wird ein systematisches Screening von Risikogruppen möglich. Die konkrete Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben wird die KBV mit den Krankenkassen aushandeln. (Die KV Hamburg wird die Ärzte darüber informieren, sobald konkrete EBM-Ziffern vorliegen.)

Es geht also voran beim Kampf gegen multiresistente Keime. In Deutschland haben sich bereits über 120 Netzwerke zur Bekämpfung multiresistenter Erreger gebildet. Im Fokus stand bisher der stationäre Bereich, weil die multimorbiden Patienten auf den Intensivstationen das höchste Risiko einer Infektion tragen. Doch längst ist klar, dass zur Ursachenbekämpfung der ambulante Bereich mit einbezogen werden muss.

Bereits seit 2007 gibt es eine Empfehlung der Gesundheitsministerkonferenz, durch Gesundheitsämter koordinierte MRSA-Netzwerke zu bilden, in denen Vertragsärzte, Labore, Altenheime, Krankenhäuser und Amtsärzte gemeinsame Strategien entwickeln. In

Hamburg gibt es bisher keine zentral koordinierten MRE-Netzwerke, auch wenn das Gesundheitsamt Hamburg-Nord bereits einige Aktivitäten begonnen hat. Doch ohne sektorübergreifende Netzwerke, in denen die Akteure ihre Hygienemaßnahmen und ihr Antibiotika-Management koordinieren, werden wir das zunehmende Risiko von Infektionen mit antibiotikaresistenten Keimen nicht mehr lösen können.

- 1). Gastmeier P, Geffers C: „Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich?“ Deutsche Medizinische Wochenschrift 133/2008, S. 1111-1115.
- 2). Wissenschaftliches Institut der AOK-WidO 2007
- 3). European Surveillance of Antimicrobial Consumption-ESAC
- 4). Velasco E, et al: "A national cross-sectional study on socio-behavioural factors that influence physicians' decisions to begin antimicrobial therapy" DOI 10.1007/s15010-011-0137-1

*Dr. Katja Peters (MPH) ist niedergelassene Allgemeinmedizinerin in Hamburg-Rotherbaum. Zuvor arbeitete sie für das Euregio-Projekt „EurSafety Health-net“ in Düsseldorf und als Expertin für Krankenhaushygiene im öffentlichen Gesundheitsdienst
Kontakt: mail@praxis-kpeters.com*

Informationsblätter zu MRSA in der Praxis

Die KV Westfalen-Lippe, bei der das Kompetenzzentrum Patientensicherheit angesiedelt ist, hat im Auftrag der KVen Informationsblätter zu MRSA herausgebracht – für Vertragsärzte und medizinisches Personal, aber auch für Patienten und Kontaktpersonen.

Die Informationen wurden vom Euregio-Projekt MRSA-net und dem Nachfolgeprojekt *EurSafety Health-net* erstellt und gemeinsam mit den beteiligten KVen und der KBV überarbeitet.

Die MRSA-Informationsblätter im Internet zum Herunterladen: www.kvhh.de → Hygiene

Bedarfsplanung – quo vadis?

■ Der Gesetzgeber will die Verteilung der Praxen besser steuern. Welche Auswirkungen diese Pläne haben werden, ist noch völlig offen.

Als im Jahr 1993 die Bedarfsplanung heutiger Prägung eingeführt wurde, geschah dies als Reaktion auf eine angebliche „Ärztenschwemme“. Heute, knapp 20 Jahre später, droht vielerorts und besonders in strukturschwachen Gebieten ein Mangel an niederlassungswilligen Ärzten oder können mangels Interesse Nachfolger für bestehende Praxen nicht gefunden werden.

Der Gesetzgeber will die zweifelsfrei bestehenden Probleme mit neuen Strukturen und Steuerungsinstrumenten beheben. Die Bedarfsplanungsrichtlinie soll weiterhin vom Gemeinsamen Bundesausschuss formuliert werden. Auf regionaler Ebene könnte aber davon abgewichen werden, wenn es zur Versorgung notwendig ist. Der regionale Bedarfsplan soll deshalb zukünftig gemeinsam mit der Gesundheitsbehörde beraten werden. Der Gesundheitsminister könnte den beschlossenen Bedarfsplan beanstanden und so Einfluss auf die regionale Versorgungsplanung nehmen. Ermächtigte Ärzte sollen künftig bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden; entfallen soll die Verpflichtung, als Planungsbereiche zwingend die Landkreise und Städte zu nutzen. Ein Rest des alten Überversorgungsgedankens findet sich

in der Idee, dass eine KV den Sitz eines abgabewilligen Arztes zum Verkehrswert aufkaufen könnte, wenn dieser Sitz für die Versorgung nicht notwendig ist. Und schließlich könnten für Praxen, die Versorgungsprobleme lösen helfen („besonders förderungswürdige Praxen“), Zuschläge auf die Preise der Euro-Gebührenordnung vereinbart und/oder sie könnten von Mengenabstaffelungen freigestellt werden.

Die Ausgestaltung der neuen Instrumente will der Gesetzgeber den subsidiären Gremien überlassen, so dass die tatsächlichen Ausprägungen der Neuregelungen erst im Laufe des nächsten Jahres erkennbar werden. Eine wichtige Frage ist, auf welcher Grundlage zukünftig Bedarfsplanungsmesszahlen hergeleitet beziehungsweise neu justiert werden sollen, um die seit 1990, dem Jahr der Genese der heutigen Messzahlen, eingetretenen deutlichen Veränderungen der Morbidität und der Demographie zu berücksichtigen.

Die neuen Strukturen und Instrumente sollen mit dem Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2012 eingeführt werden, die neue Bedarfsplanung ab 2013 in Kraft treten. Der GKV-Spitzenverband hat sich bereits mit einem Auftragsgutachten der Prognos AG positioniert, in

dem die Zahl der aufkaufbaren (und damit aus Sicht des Gutachtens überzähligen) Praxen bis zum Jahr 2016 mit 14.468 beziffert wird. So simpel die zu dieser Aussage führenden Berechnungen sind, so falsch sind sie auch. Bevor eine aktualisierte, auf das heutige Krankheitsgeschehen adäquat adjustierte neue Bedarfsplanung vorliegt, ist die Frage einer Überversorgung nicht zu beurteilen. Hinzu kommt, dass mit der möglichen Einrichtung eines spezialärztlichen Versorgungsbereichs auch eine Bereinigung der Zahl der an diesem Bereich teilnehmenden Ärzte verbunden wäre – weil sie für die bedarfsgeplante Versorgung nur in dem Umfang zur Verfügung stünden, der ihnen neben der speziellen Tätigkeit verbliebe. Am Ende werden es die Details der neuen Regelungen sein, die den tatsächlichen Bedarf an Arztsitzen der einzelnen Gebiete, oder Subspezialitäten, bestimmen. Und nicht zuletzt müssten die Krankenkassen auch eine Gesamtvergütung für die als „richtig“ erkannte Anzahl von Ärzten und Psychotherapeuten zur Verfügung stellen, die einem so bedarfsgeplanten Arzt ein angemessenes Einkommen garantiert.

Dieter Bollmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

Die Nächte durchgearbeitet

■ Der EHEC-Ausbruch versetzte das Hamburger Gesundheitswesen in den Ausnahmezustand. Doch schnell entwickelten sich sektorenübergreifende Krisenstrukturen, Praxen halfen den Kliniken mit Gerät und Personal aus.

Seit Ende Juli 2011 gilt die EHEC-Krise, die im Mai und Juni 2011 Hamburgs Kliniken und Arztpraxen in Ausnahmezustand versetzt hat, offiziell als beendet. Es seien nur noch vereinzelt Neuerkrankungen gemeldet, die meisten Patienten in stabilem Zustand aus den Kliniken entlassen worden, so die Gesundheitsbehörde. Ärzte, Pflegekräfte, KV- und Behördenmitarbeiter können wieder ein wenig Luft holen und lassen die Ereignisse der vergangenen Wochen Revue passieren.

Es sind Ereignisse, die bislang beispiellos waren: Innerhalb weniger Wochen wurden dem Robert-Koch-Institut (RKI) bundesweit 4.321 Infektionen mit enterohämorrhagischen Escherichia coli (EHEC) gemeldet, darunter 852 Erkrankungen am hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS). Hamburg war mit 715 bestätigten EHEC- und 188

HUS-Fällen besonders stark betroffen. Insgesamt starben in Deutschland 50 Menschen an den Folgen des HUS.

Ärzte in Kliniken und Praxen wurden von dem ebenso überraschenden wie heftigen EHEC-Ausbruch regelrecht überrumpelt. Dennoch entwickelten sie rasch gut funktionierende Strukturen, um die schwer erkrankten Menschen zu versorgen. Dr. Katharina Müller-Plathe, Internistin und Nephrologin an der Hamburger Dialysepraxis Alter Teichweg, erzählt: „Während der EHEC-Krise haben wir etwa 15 bis 20 HUS-Patienten mit Plasmapherese behandelt. Das hat erhebliche Mehrarbeit erfordert, unsere Schwestern haben zum Teil die Nächte durchgearbeitet.“

Grund für die Mehrbelastung war vor allem die personelle Unterstützung für das Marienkrankenhaus: „Wir haben

dem Krankenhaus Geräte und Schwestern zur Verfügung gestellt, die das Verfahren beherrschen. Diese Fachkräfte fehlten dann natürlich hier bei der regulären Dialyse“, erinnert sich Müller-Plathe. Die Dialysepraxis Alter Teichweg, in der acht Ärzte arbeiten, kooperiert bereits seit geraumer Zeit mit dem Marienkrankenhaus. Nahezu jede Dialyse-Praxis in Hamburg hat ein Partner-Krankenhaus, das es während der Krisenzeit unterstützte.

Diese bewährte Zusammenarbeit zahlte sich bei der Versorgung der schwerkranken EHEC- und HUS-Patienten aus: „Praktische Strukturen speziell für das EHEC-Krisenmanagement gab es zu Beginn nicht, sie haben sich aber rasch entwickelt“, meint Müller-Plathe. „In so einer Krise merkt man erst, wie gut man im Alltag längst vernetzt ist.“

Auch die Zusammenarbeit mit den Hausärzten bei der Nachbetreuung der EHEC- und HUS-Patienten lief hervorragend: „Die Hausärzte machten Blut-entnahmen und faxten uns sofort die Laborbefunde, damit wir



Foto: fotolia/ Peter Atkins

Krisenmanagement: Dialysegeräte und Personal ambulanter Praxen wurden an Krankenhäuser ausgeliehen.

Fortsetzung auf S. 12 ■■■

„Wir haben ein leistungsfähiges System“

■ Hildegard Esser, stellvertretende Chefin der Hamburger Gesundheitsbehörde, über Koordination, Mehrarbeit und Ursachenforschung während der EHEC-Krise in Hamburg

Welche Probleme musste Ihre Behörde bei der EHEC-Krise bewältigen?

Esser: Ähnlich wie bei der Influenza-Pandemie 2009 mussten wir vor allem die Arbeit der bezirklichen Gesundheitsämter und der Krankenhäuser koordinieren, außerdem intensiv mit den Bundesbehörden kommunizieren. Hinzu kam, dass wir nach der Ursache des EHEC-Ausbruchs fahnden mussten. Dies bedeutete zusätzliche Koordination: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des RKI befragten in Hamburg Patientinnen und Patienten, diverse behördliche Lebensmittelkontrolleure sowie Labore waren im Einsatz. Dazu gab es fast tägliche Lagebesprechungen, auch am Wochenende. Eine Besonderheit war das große nationale und internationale Interesse. Dadurch mussten wir auch die schnelle und direkte Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des Bundes, also dem RKI und dem Bundesamt für Risikobewertung (BfR), gewährleisten. Bei einer über mehrere Wochen andauernden Erkrankungswelle war das eine gewaltige Herausforderung an das Personal unserer Behörde.

Was war an der aktuellen EHEC-Krise anders als bei früheren EHEC- beziehungsweise HUS-Ausbrüchen?

Esser: Anders war die große Zahl der Erkrankten, die alleine in Hamburg innerhalb weniger Tage versorgt werden musste. Außerdem waren bei den HUS-Erkrankungen dieses Mal vor allem junge Erwachsene und vorwiegend Frauen betroffen. Und ungewöhnlich häufig bestand die Notwendigkeit der Plasmapherese. Auch die Krankheitsverläufe waren nach Auskunft der Kliniken oft ungewöhnlich, neben den bekannten HUS-Symptomen mussten auch neurologische Ausfälle behandelt werden. All dies hat das medizinische Personal stark belastet. Die Anzahl der mikrobiologischen Untersuchungen sowie der Lebensmittel- und Umweltuntersuchungen waren ebenso deutlich höher.

Wie haben niedergelassene Arztpraxen und KV die EHEC-Krise gemeistert?

Esser: Sehr gut. Wichtig ist bei solchen Erkrankungswellen immer auch die laufende Information der niedergelassenen Ärzte im ambulanten Bereich. Damit die Informationen wirklich alle bei den Ärztinnen und Ärzten ankommen, sind wir auf die Zusammenarbeit mit der KV angewiesen. Dabei hat sich erneut gezeigt, wie leistungsfähig unser medizinisches System

ist. Eine gute Zusammenarbeit gab es auch mit den ambulanten Praxen, insbesondere im Bereich der Dialyse. Diese Praxen haben die Krankenhäuser bei Engpässen unterstützt, denn gerade die Hamburger Kliniken waren ja in besonderem Maße gefordert.

Ist der Personalaustausch zwischen Praxen und Kliniken aus Ihrer Sicht ein sinnvoller Weg, mit derartigen Krisen umzugehen?

Esser: Es ist wichtig, das die Kliniken rechtzeitig Personal anfordern, damit sie die spezielle Versorgung von HUS-Patientinnen und Patienten mit Plasmapherese rund um die Uhr sicherstellen können. Denn irgendwo treten nach wochenlanger ständiger Versorgung zwangsläufig Engpässe auf. Da ist es doch sinnvoll und naheliegend, zur Unterstützung der stationären Angebote auf ambulante Kolleginnen und Kollegen mit den speziellen Kenntnissen im Bereich der Dialyse und Plasmapherese zurück zu greifen. Es nützt ja nichts, zusätzlich Plasmapherese-Geräte zu organisieren, wenn dann das Personal fehlt, das im Umgang mit diesen Geräten auch geschult ist.

at

wußten, wie es unseren Patienten jetzt ging.“

Selbst ein effizienteres Meldewesen hätte die Versorgung nach Auffassung der Nephrologin nicht wesentlich verbessern können: „Es war ganz einfach die Masse, es gab sehr schnell sehr viele Erkrankte. Das war anders als bei früheren EHEC-Ausbrüchen.“

Ähnlich sieht es auch Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg: „Die niedergelassenen Ärzte haben schnell gemerkt, dass diese EHEC-Fälle anders sind. Früher gab es gelegentlich EHEC-Ausbrüche in Kindergärten, die wurden dann vorübergehend geschlossen. Man hat die Kinder behandelt und die Eltern beraten, dann war das Thema erledigt.“

Bei früheren EHEC-Ausbrüchen habe sich auch nur in etwa zwei bis fünf Prozent der Fälle ein HUS entwickelt, „dieses Mal waren es hingegen 20 bis 25 Prozent, es gab eine andere Altersstruktur und andere, viel dramatischere Krankheitsverläufe“, erläutert Späth. Entscheidend für das gute Krisenmanagement war in seinen Augen, dass die Labor Diagnostik im niedergelassenen Bereich so gut funktioniert: „Laborergebnisse liegen heute schon nach wenigen Stunden vor, so etwas hat früher viel länger gedauert.“

Aber auch die KV ließ keine Zeit verstreichen: „Zu Beginn kam ein Hilferuf aus der Gesundheitsbehörde an die KV, ob einzelne Fälle in ambulanten Praxen weiterbehandelt werden können, weil die Kliniken voll waren“, erzählt Späth. „Das haben wir über's Wochenende organisiert. Die ambulanten Dialysezentren haben toll reagiert.“

Als besonders erfreulich empfand es Späth, dass die Hamburger Ärzte angesichts der EHEC-Krise alle Themen zurückstellten, die sonst den KV-Alltag bestimmen: „Auf einmal ging es ausschließlich um die Versorgung der schwerkranken Patienten, wo ansonsten vor allem über Bürokratie und Finanzierung diskutiert wird.“

Über Geld hat sich auch die Nephrologin Müller-Plathe bislang kaum Gedanken gemacht: „Wir haben sicher nicht daran verdient, auch wenn wir unsere Leistungen dem Krankenhaus voll in Rechnung stellen können.“ Und Späth ergänzt: „Noch liegen die Abrechnungsdaten für das zweite Quartal nicht vor. Deshalb können wir jetzt noch nicht sagen, inwieweit die EHEC-Krise zu mehr Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich geführt hat.“

Antje Thiel

Fachgesellschaften entwickelten in Windeseile Leitlinien und Register

Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) übernahm Ende Mai 2011 kurzentschlossen die Schirmherrschaft für das EHEC-Register der beiden am stärksten beanspruchten Zentren (Hamburg und Hannover) und öffnete die Datenbank für alle Nephrologen bundesweit. Sie können in dem Online-Register anonymisierte Patientendaten eintragen und so zur epidemiologischen Forschung beitragen.

www.ehec-register.de/

Um insbesondere Hausärzten bei der Orientierung zu helfen, veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) bereits Anfang Juni 2011 eine S1-Leitlinie für den Umgang mit EHEC- und HUS-Erkrankungen. Nachzulesen unter:

<http://leitlinien.degam.de/index.php?id=aktuelles>



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 *Wir wollen bei einem Patienten eine Akupunkturbehandlung beginnen, der sowohl unter chronischen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule als auch unter Gonarthrose in einem Kniegelenk leidet. Wie oft können wir die Akupunkturleistung abrechnen, wenn wir beide Bereiche in einer Sitzung akupunktieren?*

Sie können die Durchführung der Körperakupunktur nach der GOP 30791 je dokumentierter Indika-

tion einmal abrechnen. Da bei dem Patienten zwei verschiedene Indikationen vorliegen, ist die Leistung in einer Sitzung zweimal berechnungsfähig.

2 *Ich habe in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung gelesen, dass Teststreifen für den Nachweis von Eiweiß im Harn als Sprechstundenbedarf bezogen werden können. Gilt dies auch für Teststreifen zum Nachweis von Mikroalbumin im Harn?*

Nein. Reagenzien und Schnellteste sind nur dann als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig, wenn diese Kosten nicht innerhalb des gültigen EBM mit dem Honorar abgegolten sind. Der semiquantitative beziehungsweise qualitative Nachweis von Mikroalbumin im Harn mittels Teststreifen ist nach der GOP 32135 berechnungsfähig, wobei die Reagenzien, Substanzen und Materialien, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, in der Gebührenordnungsposition enthalten sind.

Korrektur zu KVH-Journal 6/2011

Kann man die Knochendichtemessung als Verlaufskontrolle abrechnen?

Die auf Seite 10 abgedruckte Antwort auf die Frage, ob man die Knochendichtemessung als Verlaufskontrolle abrechnen kann, wenn bereits eine Osteoporose diagnostiziert wurde, ist falsch. Richtig ist, dass bei folgenden Voraussetzungen die Osteodensitometrie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden darf:

1. Wenn eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma vorliegt

und gleichzeitig

2. wenn aufgrund anamnestischer oder klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht.

Wird bei Erstuntersuchungen, die unter diesen Voraussetzungen durchgeführt wurden, eine Osteoporose diagnostiziert, so können auch Folgeuntersuchungen bei diesem Patienten nach der GOP 34600 abgerechnet werden.

Mehr Gespräche, weniger Medikamente

■ Neuer Versorgungsvertrag strukturiert die Behandlung von Kindern mit AD(H)S

Ein neuer Vertrag zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg soll eine strukturierte, interdisziplinäre Behandlung von Kindern mit AD(H)S ermöglichen. Medikamente werden in diesem Modell möglichst erst dann eingesetzt, wenn die psychosoziale oder psychotherapeutische Behandlung unwirksam bleibt.

AD(H)S ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Je nach Erhebungsmethode und Diagno-

sekriterien gelten in Deutschland zwischen zwei und sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen als betroffen. Die Fallzahlen und die Behandlungskosten steigen kontinuierlich.

Ins Hamburger AD(H)S-Versorgungsmodell können betroffene Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 17 Jahren eingeschrieben werden. Am Anfang der Behandlung steht eine umfassende Diagnostik. Der Vertrag regelt außerdem die Durchführung von Elternschulungen,

eine koordinierte Zusammenarbeit von Ärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten, einen leichteren Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung sowie einen streng kontrollierten Medikamenteneinsatz.

Am Vertrag teilnehmen können entsprechend qualifizierte Kinder- und Jugendärzte, Psychiater und Psychotherapeuten. Der zusätzliche Aufwand für Diagnostik, Koordination und Schulungen wird außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet.

AD(H)S-Zusatzpauschalen für ärztliche/psychiatrische Leistungen		
Leistungsinhalte	Symbolnummer	Vergütung
AD(H)S spezifisches „Diagnostik- und Explorationsmodul“	93100	100,00 EUR einmalig pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Steuerungs- und Koordinierungsmodul“	93101	50,00 EUR einmal pro Quartal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ (4x4 Stunden)	93102	105,00 EUR viermal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“ (8x2 Stunden)	93103	52,50 EUR achtmal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschalen für psychotherapeutische Leistungen		
Leistungsinhalte	Symbolnummer	Vergütung
AD(H)S spezifisches „psychotherapeutisches Explorationsmodul“	93104	50,00 EUR einmalig pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Steuerungs- und Koordinierungsmodul“	93105	30,00 EUR zweimal im Jahr pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“	93106	105,00 EUR viermal pro Patient abrechenbar
AD(H)S-Zusatzpauschale „Schulungsmodul“	93107	52,50 EUR achtmal pro Patient abrechenbar
AD(H)S spezifische Samstagssprechstunde	93108	200,00 EUR einmal pro Monat abrechenbar

Der Vertrag im Internet: www.kvhh.de → Recht und Verträge → amtliche Bekanntmachungen

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

Amtliche Veröffentlichung

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

- Erratum zur: Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V in Verbindung mit § 87a Absatz 3 Satz 2 und § 83 SGB V mit Wirkung ab dem II. Quartal 2011 bis IV. Quartal 2011 zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)
- Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse wurde der Vertrag zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S vom 1. Juli 2011 als 24. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 vereinbart.

Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.

- 20. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der AOK Rheinland/Hamburg
- 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und dem BKK-LandesverbandNordwest
- 20. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der IKK classic
- 29. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11.04.1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und dem vdek
- Ergänzungsvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 01.01.2009 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der Knappschaft

Hinweis: Das Unterschriftenverfahren ist nun abgeschlossen. Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgelaufen.

- Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der BKK-VAG NORD vom 4. September 2009: Die Anlage 1 ist auf unserer Homepage unter www.kvhh.de → Versorgung → Hautvorsorge → Vertrag mit der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD → Anlage 1 zum Vertrag mit der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD (teilnehmende BKKn) veröffentlicht.
- Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der BVKJ-Service GmbH wurde der Vertrag über den Einbehalt eines Kostenanteils im Rahmen des IV-Vertrages zur integrierten Versorgung zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Kindern mit Asthma bronchiale und chronisch rezidivierender obstruktiver Bronchitis vom 1. Juni 2011 geschlossen.

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

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22 802 – 900

PET-Untersuchungen können nicht mehr abgerechnet werden

PET- beziehungsweise PET-CT-Untersuchungen, die ersatzweise zu einer Knochenszintigraphie mit ^{99m}-Technetium durchgeführt werden, können nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden.

Eine Abrechnung solcher PET-Untersuchungen (GOP 88738) war vorübergehend im Rahmen

einer Durchführungsempfehlung möglich, die geschlossen wurde, um Versorgungslücken mit ^{99m}-Technetium zu überbrücken. Diese Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband ist zum 30. Juni 2011 ausgelaufen.

Der Beschluss wurde im Deutschen Ärzteblatt PP Heft 11 November 2010, Seite 527, bekannt

gegeben. Die korrespondierende Regelung in der Honorvereinbarung 2011 wurde am 22. Dezember 2010 auf der Webseite der KV Hamburg veröffentlicht:

www.kvhh.de → Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachungen

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900*

Online-Dienstpläne für den Ärztlichen Notfalldienst

■ Mit einem neuen Programm können die Ärzte ihre Dienste einfacher planen

Die KV hat ein Online-System für die Erstellung und Verwaltung der Dienstpläne im Haupt- und Reservedienst entwickelt. Ab 1. Oktober 2011 können die Notfalldienst-Ärzte via Internet Dienstplanwünsche und Ausschlusszeiten in einen Online-Kalender eintragen. Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben erstellt das neue System die monatlichen Dienstpläne. Ein spezieller Algorithmus stellt eine ausgewogene Dienstvergabe sicher.

Bisher wurden die Pläne manuell verwaltet. Das Notfalldienstbüro und die Ärzte organisierten die Einteilung der Dienste zumeist per Telefon während der Bürozeiten der KV. Nun können die Ärzte die Zeit, in der sie die Planung vornehmen, autonom festlegen.

Das neue Programm ist über das Online-Portal der KV zu erreichen. Am KV-Portal identifizieren sich die Ärzte auf dieselbe

Weise, wie sie es auch für die Online-Abrechnung tun – also entweder mit Name/Passwort oder mit Signaturkarte. Im geschützten Bereich haben die Notfalldienst-Ärzte durch die personalisierte Informationsdarstellung einen direkten Zugriff auf das Dienstplan-Programm. Eine nochmalige Identifizierung ist nicht nötig.

Dienstplanwünsche und Ausschlussstage können Monate im Voraus eingetragen werden. Die Dienstpläne werden wie gewohnt monatlich erstellt. Jeweils am 5. des Vormonats bereitet das Programm die Daten auf und errechnet den Monatsplan. Mitarbeiterinnen des Notfalldienst-Büros kontrollieren das Ergebnis, bevor die Übersicht mit den Diensten aller teilnehmenden Ärzte ins System gestellt wird. Die Ärzte können ihre Dienstpläne in unterschiedlichen Ansichten drucken oder elektronisch im PDF-Format speichern. Auf Wunsch bekommen die Ärzte zusätzlich per Fax oder E-Mail

eine individualisierte Version des neuen Plans zugeschickt.

Die Abgabe und Übernahme von bereits geplanten Diensten wird wesentlich einfacher. Das neue Programm bietet eine Tauschbörse: Ein Arzt, der einen Dienst abgeben beziehungsweise tauschen will, markiert dies im System. Der markierte Dienst ist für alle teilnehmenden Ärzte sichtbar. Ein Arzt, der Dienste übernehmen will, sucht passende Angebote und trägt sich ein. Beide Ärzte bekommen eine Bestätigung, dass die Übernahme beziehungsweise Abgabe des Dienstes im Dienstplan vollzogen wurde.

Während einer Übergangsphase können die Ärzte ihre Dienste weiterhin über das Notfalldienst-Büro organisieren. Auf längere Sicht soll die Dienstplanverwaltung jedoch vollständig über das Online-System abgewickelt werden. Eine Bedienungsanleitung mit Bildern und detaillierten Beschreibungen finden Sie im Programm unter dem Menüpunkt „Online-Hilfe“.

*Ansprechpartner: Notdienst-Büro,
Tel. 22802-361/ -363/ -324/ -325*



Erweiterung der Qualitätssicherungsrichtlinie für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

Auf Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer wurde die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ ergänzt. Folgende Teile sind hinzugekommen:

B 2 – Qualitative laboratoriumsmedizinische Untersuchungen

Im Teil B 2 wird ein Basisprogramm für die regelmäßige interne und externe Qualitätssicherung von qualitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen vorgegeben. Konkret wird beschrieben, dass regelmäßig interne Kontrollen durchgeführt werden und bei Verletzung der vorgegebenen Grenzen Maßnahmen zur Beseitigung von Fehlerquellen getroffen werden müssen. Des Weiteren besteht die Pflicht zur regelmäßigen Teilnahme an Ringversuchen (externe Qualitätssicherung).

D 2 – Fachgruppe „Qualitätssicherung qualitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“

Es wird eine Fachgruppe „Qualitätssicherung qualitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ bei der Bundesärztekammer gebildet, die für die Teile B 2 und E 2 folgende Aufgaben übernimmt:

- Beratung der Bundesärztekammer
- Bearbeitung von Fragen in der Anwendung
- Sammlung, Bewertung und Erarbeitung von Vorschlägen

E 2 – Spezielle Anforderungen an Ringversuche bei qualitativen laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

Im Teil E 2 werden die Anforderungen an die Referenzinstitute für die Durchführung von Ringversuchen bei den

qualitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen konkretisiert.

Die in den neuen Richtlinien festgelegten Anforderungen müssen spätestens zum 30. Juni 2013 erfüllt werden. Mit Ablauf der Übergangsfrist werden die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Immunhämatologie außer Kraft gesetzt.

Die Richtlinie im Volltext und häufig gestellte Fragen zur Richtlinie finden Sie unter:

www.bundesaerztekammer.de → Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen → Richtlinien

*Ansprechpartner: Michael Bauer,
Tel: 22802-388*

Nachweis von Ringversuchszertifikaten: Bitte nur noch elektronisch

Seit dem II. Quartal 2011 erfolgt die Übertragung von Ringversuchszertifikaten für Laborleistungen an die KV Hamburg elektronisch. Die Zertifikate, die eine erfolgreiche Teilnahme bescheinigen, werden nicht mehr in Papierform bei der Abteilung Qualitätssicherung eingereicht, sondern im Rahmen der Online-Abrechnung geschickt.

Die bisherige papiergebundene Dokumentation wurde durch das neue elektronische Verfahren abgelöst.

Beratung über Qualitätsmanagement

■ Die KV Hamburg hat ihr Serviceangebot zu QEP deutlich ausgebaut

Qualitätsmanagement zu leben bedeutet in erster Linie gut organisiert zu sein, damit alles so läuft wie es geplant ist. Ein guter Informationsfluss, freundliche, selbstständig arbeitende Mitarbeiter und optimal genutzte Zeit und Ressourcen kommen den Beschäftigten in der Praxis und somit auch den Patienten zugute. Ein QM-System wie das gerade frisch aktualisierte „QEP- Qualität und Entwicklung in Praxen“ führt Praxen systematisch durch die erforderlichen Schritte. Aber auch hierbei ist es hilfreich, aufkommende Fragen bei der KV anbringen zu können. Die QM-Richtlinie gibt zwar Auskunft darüber, was geregelt werden muss, das „wie“ geht daraus nicht hervor.

Wichtige Punkte in der QM-Richtlinie sind beispielsweise:

- Regelung von Verantwortlichkeiten
- Datenschutz
- Gestaltung von Kommunikationsprozessen
- Praxis- und Schnittstellenmanagement
- Strukturierung von Behandlungsabläufen
- Beschwerde- und Fehlermanagement
- Notfallmanagement
- Integration von Qualitätssicherungsmaßnahmen ins QM-System

Beratungsangebote des QM-Teams der KV Hamburg

Egal ob telefonisch, persönlich oder direkt vor Ort in Ihrer Praxis; verschiedene Beratungs- und Serviceleistungen können von unseren Mitgliedern kostenfrei in Anspruch genommen werden. Dazu gehören:

• **Planung der ersten Schritte eines praxisinternen QM „Wie fangen wir an“**

In dieser Phase erhält die Praxis einen Überblick darüber, welche Punkte bei der QM-Einführung zu beachten sind, welche Fortbildungen gegebenenfalls nötig sind und anderes mehr. Es muss einiges geregelt werden, damit die QM-Richtlinie erfüllt werden kann. Wir stehen Ihnen zur Seite bei

- der Erhebung des Ist-Zustandes Ihrer Praxis
- der darauf folgenden Festlegung von Praxiszielen und deren späterer Überprüfung
- der Anleitung einer Teambesprechung (eine der wesentlichsten QM-Säulen)
- der Gestaltung von Organigrammen, Verfahrensanweisungen und anderen Dokumenten
- der Klärung individueller QM-Fragen

• **Individuelle Hilfestellung bei der Umsetzung des Geplanten**

In dieser Phase gibt es viel zu tun. Um die Anforderungen der QM-Richtlinie zu erfüllen und nichts Relevantes zu übersehen, helfen wir Ihnen dabei, den Überblick zu behalten. Von A wie Abfallentsorgung über P wie Patientenbefragung bis Z wie Zertifizierung sind bei uns bereits viele Fragen vorgekommen und wir können Ihnen in den meisten Fällen eine sofortige Auskunft geben. In Fragen, die auch für uns neu sind, stellen wir für Sie entsprechende Recherchen an, damit Sie die dafür erforderliche Zeit anderweitig nutzen können. Unterstützungsangebote sind unter anderem:

- die Gestaltung eines Fragebogens für Patienten sowie Hilfe bei der Auswertung und Analyse der Antworten
- die Ausarbeitung einer Mitarbeiter-Umfrage
- die Erstellung von Praxisinformationsmaterial (Merkblätter, Flyer etc.)
- die Dokumentensichtung mit Hinweisen auf mögliche Verbesserungen
- die Durchführung einer Selbstbewertung
- die Erläuterung des QEP-Zertifizierungsverfahrens

Außerdem wird ein umfangreiches, ständig aktualisiertes Seminarangebot zu verschiedenen Themen des QM bereitgehalten (siehe vorletzte Seite des KV-Journals). Auch das bewährte QEP-Einführungsseminar wird weiterhin angeboten, welches allein in Hamburg seit dem Erscheinen von QEP von über 2.000 Praxisinhabern und –mitarbeitern besucht worden ist.

Rufen Sie uns an und vereinbaren Sie einen Termin. Das QM-Team der KV Hamburg hilft Ihnen gern!

Ansprechpartnerinnen:

Ursula Gonsch, Tel: 22 80 2 -633, Birgit Gaumnitz, Tel: 22 80 2 - 889

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Zertifiziert wurden:	
Dr. med. Sebastian Ropohl	Orthopädie (Zertifizierung: Februar 2011)
Dr. med. Rüdiger Scheunemann	
Dr. med. Karl-Christian Münter	Innere / Allgemeinmedizin (Zertifizierung: Mai 2011)
Dr. med. Gunnar Menzer	
Dr. med. Ulrike Pohl	
Dr. med. Ewa Schiewe	

Rezertifiziert wurden:	
Dr. med. Michael Böse	Innere Medizin (Rezertifizierung: Februar 2011)
Dr. med. Bettina Dick	Allgemeinmedizin (Rezertifizierung: April 2011)
Ulrike Kunze	
Dr. med. Maren Bockholt	
Dr. med. Kathrin Fiege	

Hygiene in der Arztpraxis

■ QEP-Seminar im Ärztehaus

Da der umfassende Kurs des Institutes für Umwelt und Hygiene zur Ausbildung von Hygienefachkräften erst ab 2012 wieder stattfinden wird, bietet die KV Hamburg ein eintägiges Seminar zum Thema Hygiene an. Im Seminar wird unter anderem aufgezeigt, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden, welche Aufgabe ein Hygienebeauftragter hat, wie die Praxis sich auf Begehungen von Behörden vorbereiten kann und welche Gesetze zu beachten sind. Die Teilnehmer

erhalten ein Zertifikat, das auch als Qualitätsmanagement-Nachweis genutzt werden kann.

Mi, 16.11.2011 (9.30 – 17 Uhr)
 Ärztehaus, Humboldtstraße 56
 22083 Hamburg

Ansprechpartnerinnen:

*Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
 Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889*

Kostenliste für Heilmittel

■ Vergütungsvereinbarungen der beiden Kassenarten

Wir haben die Vergütungslisten der Kassenarten für Sie zusammengeführt – um Ihnen den Überblick zu erleichtern und Ihnen die Möglichkeit zu geben, Ihre Verordnungstätigkeit kontinuierlich zu überprüfen.

In den mit „Zuzahlung in Euro“ überschriebenen Spalten sind die Zuzahlungsbeträge für in der Arztpraxis erbrachte physikalisch-medizinische Leistungen angegeben.

Die Liste wurde im Juli 2011 erstellt. Da die KV Hamburg an den Verträgen zwischen den Physiotherapeuten und den Krankenkassenverbänden nicht beteiligt ist, können wir keine Gewähr für Vollständigkeit und Aktualität der Angaben übernehmen. Kurzfristige Änderungen sind möglich.

	Ersatzkassen		Primärkassen	
	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Massagetherapie				
Klassische Massagetherapie (KMT) einzelner oder mehrerer Körperteile	9,89	0,99	9,35	0,94
Bindegewebsmassage (BGM) einzelner oder mehrerer Körperteile –	9,78	0,98	9,35	0,94
– Segment-, Periost-, Colonmassage einzelner oder mehrerer Körperteile	9,78	0,98	9,35	0,94
Unterwasserdruckstrahlmassage + Nachruhe	16,82	1,68	15,00	1,50
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Manuelle Lymphdrainage				
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Teilbehandlung Mind. 30 Minuten.	14,75	1,48	15,30	1,53
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Großbehandlung Mind. 45 Minuten.	21,55	2,16	22,95	2,30
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Ganzbehandlung Mind. 60 Minuten.	36,20	3,62	30,56	3,06
Kompressionsbandagierung einer Extremität	6,03	0,60	7,65	0,77
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Bewegungstherapie				
Übungsbehandlung – Einzelbehandlung	5,98	0,60	7,16	0,72
Übungsbehandlung – Gruppenbehandlung mit 2 - 5 Patienten.	4,04	0,40	4,00	0,40
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschließlich Nachruhe – Einzelbehandlung	16,22	1,62	15,40	1,54
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschließlich Nachruhe – Gruppenbehandlung mit 2 - 3 Patienten.	12,07	1,21	11,00	1,10
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschließlich Nachruhe – Gruppenbehandlung mit 4 - 5 Patienten.	8,08	0,81	8,78	0,88
Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik)	10,36	1,04	10,37	1,04

	Ersatzkassen		Primärkassen	
	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Krankengymnastik				
Krankengymnastische Behandlung, auch auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung	14,45	1,45	14,15	1,42
Krankengymnastik in der Gruppe mit 2 – 5 Patienten	4,04	0,40	4,98	0,50
Krankengymnastik in der Gruppe bei cerebral bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre (2-4 Kinder)	8,58		9,39	0,94
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschließlich Nachruhe - Einzelbehandlung	16,01	1,60	15,55	1,56
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschließlich Nachruhe - Gruppenbehandlung mit 2-3 Patienten	11,78	1,18	11,00	1,10
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschließlich Nachruhe - Gruppenbehandlung mit 4-5 Patienten	6,33	0,63	8,78	0,88
Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung	43,35	4,34	41,53	4,15
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) - Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten	26,12	2,61	25,00	2,50
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath, Vojta als Einzelbehandlung	26,01		23,25	
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath, Vojta, PNF als Einzelbehandlung	20,26	2,03	18,45	1,85
Manuelle Therapie	16,00	1,60	16,90	1,69
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Elektrotherapie				
Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile	4,24	0,42	4,28	0,43
Elektrostimulation bei Lähmungen	9,46	0,95	9,00	0,90
Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad)	14,69	1,47	14,35	1,44
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad)	7,35	0,74	7,18	0,72
Kohlensäurebad	14,42	1,44	12,50	1,25
Kohlensäuregasbad (CO2-Trockenbad) als Voll-, Drei- viertel oder Halbbad	14,42	1,44	12,50	1,25
Kohlensäuregasbad (CO2-Trockenbad) als Teilbad	14,42	1,44	12,50	1,25
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Traktionsbehandlung				
Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung	4,38	0,44	4,53	0,45
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Inhalationstherapie				
Inhalationstherapie als Einzelbehandlung	4,62	0,46	4,51	0,45
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Wärme-/Kältetherapie				
Wärmeanwendung mittels Strahler bei einem oder mehreren Körperteilen	3,05	0,31	3,77	0,38

	Ersatzkassen		Primärkassen	
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Wärme-/Kältetherapie	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile	8,19	0,82	8,56	0,86
Heiße Rolle	6,80	0,68	6,31	0,63
Ultraschall-Wärmetherapie	7,47	0,75	6,31	0,63
Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor Vollbad	30,00	3,00	25,00	2,50
Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor Teilbad	22,69	2,27	20,00	2,00
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen	6,50	0,65	6,65	0,67
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Standardisierte Heilmittelkombinationen	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
"Standardisierte Heilmittelkombinationen" D1	31,99	3,20	31,25	3,13
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Sonstige Leistungen	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	10,50	1,05	10,48	1,05
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung (z.B. Alten-, Pflege und Behinderteneinrichtungen) inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	5,70	0,57	5,68	0,57
ERGOTHERAPIE	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen	25,61	2,56	22,08	2,21
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei motorisch- funktionellen Störungen	8,91	0,89	9,02	0,90
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen	34,08	3,41	31,44	3,14
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3- 5 Patienten) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen	11,53	1,15	11,68	1,17
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ Einzelbehandlung	28,33	2,83	23,85	2,39
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining Gruppenbehandlung (3– 5 Patienten)	11,53	1,15	11,68	1,17
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen 60-75 Minuten	43,00	4,30	37,98	3,80
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung	78,62 (120-150 Minuten)	7,86	37,98 (Einzelbehandlung 60-75 Min)	3,90
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei psychisch- funktionellen Störungen 90 – 120 Minuten	21,23	2,12	21,51	2,15
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung (3 – 5 Patienten) bei psychisch- funktionellen Störungen als Belastungserprobung	39,31 (180-240 Minuten)	3,93	21,71 (je Einheit 90-120 Min)	2,17
Thermische Anwendungen – Wärme oder Kälte	3,90	0,39	3,73	0,37
Ergotherapeutische Funktionsanalyse (nur einmal bei Behandlungsbeginn zusätzlich abrechenbar)	19,05	1,91	18,17	1,82
Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (zzgl. Kilometergeld von 0,30 € einmal pro Behandlungsfall)	82,87	8,29	Kosten der Einzelbehandlung bis zu 2 bzw. 3 Einheiten an einem Tag zzgl. Hausbesuchspauschale	

	Ersatzkassen		Primärkassen	
ERGOTHERAPIE (Forts.)	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	11,30	1,13	8,26	0,83
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung (z.B. Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen) inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	7,00	0,70	4,00	0,40
Wegegeld je gefahrenen Kilometer	0,30	0,03	0,30	0,03
LOGOPÄDIE	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung	58,66	5,87	63,37	6,34
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: 30 Min. mit dem Patienten - Regelbehandlungszeit: 45 Min. mit dem Patienten - Regelbehandlungszeit: 60 Min. mit dem Patienten	21,54 32,47 38,74	2,15 3,25 3,87	24,08 32,95 41,84	2,41 3,30 4,18
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Zweier-Gruppe: 45 Min. mit dem Patienten	29,18	2,92	29,67	2,97
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung Zweier-Gruppe: 90 Min. mit dem Patienten	40,0	4,00	37,65	3,77
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung, Gruppe mit 3 bis 5 Patienten, 45 Min. mit den Patienten	14,90	1,49	18,26	1,83
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Gruppenbehandlung, Gruppe mit 3 bis 5 Patienten, 90 Min. mit den Patienten	21,48	1,73	30,52	3,05
Hausbesuch	11,43 (inkl. Wegegeld)	1,14	7,89	0,79
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung (z.B. Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen) je Patient			3,93	0,39
Wegegeldpauschale			1,90	0,19
PODOLOGIE	Vergütung in €	Zuzahlung in €	Vergütung in €	Zuzahlung in €
Hornhautabtragung/-bearbeitung (beider Füße)	15,00	1,50	14,50	1,45
Hornhautabtragung/-bearbeitung (eines Fußes)	9,00	0,90	8,70	0,87
Nagelbearbeitung (beider Füße)	14,00	1,40	13,05	1,31
Nagelbearbeitung (eines Fußes)	8,00	0,80	7,25	0,73
Podologische Komplexbehandlung (beider Füße) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,40	2,64	26,10	2,61
Podologische Komplexbehandlung (eines Fußes) (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	15,00	1,50	14,50	1,45
Hausbesuch	9,00 (inkl. Wegegeld)	0,90	7,00	0,70
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung (z.B. Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen) je Patient			3,50	0,35
Wegegeldpauschale			0,28	0,03

Die Heilmittel-Kostenliste im Internet:
www.kvhh.de → Verordnung → Heilmittel

*Ansprechpartnerinnen:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 und -572*



Foto: fotolia/ Peter Atkins

Änderung der Heilmittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Änderungen der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Juli 2011 beschlossen. Der für die Verordnung vor allem relevante Heilmittelkatalog ist unverändert geblieben. Dennoch gibt es einige wichtige Neuerungen

Verzicht auf Genehmigungsverfahren bedeutet Genehmigung

Wenn Krankenkassen auf ihr Genehmigungsrecht für Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls verzichten, hat das fortan die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung (§ 8 Abs. 4). Die Genehmigung beziehungsweise der Verzicht auf die Genehmigung hat keine Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Langfristige Genehmigung

Patienten mit einer schweren, dauerhaften Schädigung können von ihrer Krankenkasse auf Antrag die Genehmigung für eine langfristige Heilmittelbehandlung außerhalb des Regelfalls über ein Jahr hinaus erhalten (§ 8 Abs. 5). Hier geht es um Patienten mit schweren Behinderungen, deren Bedarf an Heilmittelbehandlung für einen längeren Zeitraum abzusehen ist.

Die Vorschrift ermöglicht eine

langfristige Genehmigung und ersetzt nicht die regelmäßige vertragsärztliche Heilmittelverordnung. Hierzu sind falsche Informationen im Umlauf. Es ist anfänglich mit Schwierigkeiten zu rechnen, da Patienten eine Langfristverordnung nachfragen könnten.

Hat eine Krankenkasse auf ihr Genehmigungsrecht verzichtet, brauchen ihre Versicherten keine langfristigen Genehmigungen zu beantragen.

Therapie in Ganztageseinrichtungen

Bei Kindern und Jugendlichen mit einer schweren dauerhaften Schädigung kann die Heilmittelbehandlung ausnahmsweise auch in einer auf die Förderung ausgerichteten Ganztageseinrichtung durchgeführt werden. Bei einer solchen Einrichtung kann es sich auch um eine Regelschule handeln, wenn diese die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 Satz 4 erfüllt.

Die Ausnahme gilt für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beziehungsweise bis zum Abschluss einer bereits begonnenen schulischen Ausbildung.

Voraussetzung ist, dass der Arzt folgendes feststellt:

- den Therapiebedarf
- die Therapiefähigkeit

- Ziel und Prognose der Therapie vor dem Hintergrund der besonderen Schwere und Langfristigkeit einer funktionellen/strukturellen Schädigung sowie möglicher Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)

Da die Kinder und Jugendlichen das häusliche Umfeld verlassen können, um die Tageseinrichtung aufzusuchen, wird man normalerweise keine medizinische Notwendigkeit für eine Therapie außerhalb der Praxis geltend machen können. Die Therapie in der Tageseinrichtung ist deshalb ohne zusätzliche Verordnung eines Hausbesuchs zu erbringen (§ 11).

Zulässige Behandlungsunterbrechung

Bisher war die Dauer einer Behandlungsunterbrechung, nach der die Verordnung ihre Gültigkeit verliert, auf 10 Tage festgelegt. Die zulässige Behandlungsunterbrechung wurde nun für alle Heilmittel auf 14 Tage ausgeweitet. Eine Ausnahme ist die Podologie: hier gibt es gar keine zeitlichen Einschränkungen.

Die Richtlinie im Volltext und die tragenden Gründe zu den Änderungen im Internet: www.g-ba.de oder www.kvhh.de → Verordnungen → Heilmittel

Therapie-Symposium 2011

der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg

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)

Mi, 19.10. 2011 (15.00–18.45 Uhr)
Ärztehaus Hamburg (Großer Saal),
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Teilnahme kostenlos /
mit 4 Fortbildungspunkten zertifiziert



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

Dexa Polyspectran ist wieder verordnungsfähig

Otologika sind seit dem 1. April 2009 nur noch sehr eingeschränkt verordnungsfähig. Zum 6. August 2011 wurden die Regeln etwas gelockert (Nr. 38 der Anlage 3 der Arzneimittelrichtlinie). Otologika sind nunmehr verordnungsfähig, wenn sie Antibiotika und/oder Corticosteroide enthalten und zur lokalen Anwendung bei Entzündungen des äußeren Gehörgangs eingesetzt werden. Möglich sind damit wie bisher sowohl Präparate, die nur Antibiotika enthalten (zum Beispiel Polyspectran) als auch fixe Kombinationen wie Dexa Polyspectran. Diese fixe Kombination war bislang von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen.

Als weitere zulässige Ausnahme wurde Ciprofloxacin zur lokalen Anwendung als alleinige Therapie bei chronisch eitriger Entzündung des Mittelohrs mit Trommelfelldefekt (mit Trommelfellperforation) in die Richtlinie aufgenommen.

Der Beschluss im Internet: www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittel → Beschlüsse

Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Arzneimitteln:

Abteilung Praxisberatung

Regina Lilje, Tel. 22802-498, Barbara Spies, Tel. 22802-564

Selbsthilfe-Forum: „Seltene Erkrankungen“

Die Ärztekammer und die Hamburger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) laden zum 18. Selbsthilfe-Forum ins Ärztehaus ein. Thema diesmal: „Seltene Erkrankungen“. Ärztekammer-Vizepräsident Klaus Schäfer, KV-Chef Dieter Bollmann und der Wissenschaftler Prof. Dr. Alf Trojan werden Begrüßungsworte sprechen. Die Vertreter von Selbsthilfegruppen hoffen darauf, mit möglichst vielen Ärzten ins Gespräch zu kommen. Das Selbsthilfeforum ist als Fortbildungsveranstaltung anerkannt und mit fünf Punkten bewertet.

Mi, 21.9.2011 (17 -19.30 Uhr)

Ärztehaus (Großer Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Hübke Prielipp / Ärztekammer Hamburg, Tel: 202299-151

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. med. Stephan Hofmeister



Geburtsdatum: 25. Mai 1965

Familienstand: verheiratet, 2 Kinder

Fachrichtung: Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin

Weitere Ämter: Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung, Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer HH

Hobbys: Reisen, Lesen, Wandern, Skifahren

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, der Beruf des Hausarztes macht trotz aller, teils widriger, Umstände täglich Freude.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die Rückbesinnung auf eine patientennahe gesprächsorientierte Medizin und eine geschlossene Ärzteschaft. Der Arztberuf muss als freier und selbständiger Beruf erhalten bleiben, und wir müssen weg von zentralistischer und pauschalierender Regelungswut.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Es muss dringend reformiert werden (s.o.), dies geht aber nur mit mutigen Politikern.

Die KV muss als Organisator, Dienstleister und Sachwalter der Ärzte im System der ambulanten Versorgung ruhig, sachlich und unaufgeregt wirken. Insbesondere der Dienstleistungsaspekt gegenüber den Mitgliedern muss ausgebaut und verbessert werden. Für politische Schlachten ist sie nicht konzipiert, dies müssen die Verbände als Lobbygruppen wahrnehmen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Keinen, ich erwarte mir keine wirklichen Antworten.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Eine Weltreise mit meiner Familie ohne Zeitdruck (auf den Spuren großer Entdecker wie James Cook oder Alexander von Humboldt)

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 22.09.2011 (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 Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert rundet das Thema dieses Seminars ab.

Mi 16.11.2011 (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: Januar 2012

Teilnahmegebühr: €395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

Datenschutz in der Praxis

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

Mi 07.09.2011 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

Mi 19.10.2011 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-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

