

Kodierrichtlinien: Lohnt sich der Aufwand?

C43.60

E22.41

E22.41

C43.10

M03.06

C43.10

C43.60

E12.14

E12.14

E12.10

M03.06

E12.10

M03.06

Schweinegrippe

Bilanz eines Fehlalarms

KV-Wahlen

Neue Zusammensetzung der
Vertreterversammlung

Bewertungsportale

Sicherheitspanne beim
AOK-Arztnavigator?



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Das KV-System steht vor einer entscheidenden Weichenstellung – und keiner bekommt das so richtig mit. Die wiederholten Zentralisierungs-Schritte, die die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in das System gepreßt hat, haben die regionalen KVen nahezu komplett an den Bundestropf gehängt. Rahmenbedingungen, Verteilungsstruktur, Vergütungshöhe, Gesamtvergütung – alles wird bis in kleinste Rechenvorgänge vorgegeben. Die KV kann nur noch Korrekturen anbringen, wo die bundesweiten Regelungen inakzeptable regionale Ergebnisse zur Folge haben. Wenn Bundesgesundheitsankündigungsminister Philipp Rösler (FDP) nicht bald liefert und seine seit Monaten mantraartig wiederholten Ankündigungen, das Gesetz massiv entrümpeln und re-regionalisieren zu wollen, auch umsetzt, hat der Würgegriff der Bundesebene den Regional-KVen die Luft abgedreht. Denn viele Entscheidungen von der KV-Vergütung über den Gesundheitsfonds bis zu Zuzahlungsmodellen sind so miteinander verknüpft, dass sie schon bald nicht mehr voneinander zu trennen sind. Es ist schon klar: Auch regionale Hoheit würde nicht automatisch das Füllhorn über die KV-Mitglieder kommen lassen; aber wir dürften unsere Fehler wenigstens wieder selbst machen ...



Ihr Walter Plassmann

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt

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

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

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

Titelbild: iStockphoto

Ausgabe 6 / 2010 (1. Oktober 2010)

Redaktionsschluss: 16. September 2010

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in das Heft.

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Was bringen die neuen Kodierrichtlinien? _____	4
Warum der Nutzen einer aufwändigeren Kodierung umstritten ist _____	5
Wie die Morbidität das Geld steuert _____	7
Standpunkt: „Keine zusätzlichen Verwaltungsaufgaben in den Praxen!“ _____	8

Gesundheitspolitik

Schweinegrippe: Der Epidemiologe Ulrich Keil über das Problem der Interessenskonflikte und das Versagen der WHO _____	10
---	----

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	12
Hilfsmittelrezepte sollten nur an die Patienten ausgehändigt werden / Röteln-Impfung und Schwangerschaft: Patientin muss Erklärung unterschreiben _____	14
U4-U9 für Kinder aus Schleswig-Holstein nach Ablauf der Toleranzfristen / DMP-Post geht künftig an die Hauptbetriebsstätten _____	15
Begründungspflicht für „ähnliche Untersuchungen“ im Laborbereich / SAPV-Verordnung: Patientenunterschrift nur noch auf Rückseite des Vordrucks nötig _____	16

Amtliche Veröffentlichung

Impf-Ergänzungsvereinbarung auch für Novitas BKK gültig _____	15
---	----

Abrechnung

EBM-Änderungen: Neugeborenen-Hörscreening und Balneophototherapie / Abgabe der Abrechnungsunterlagen _____	17
---	----

Qualitätssicherung

Ultraschall-Vereinbarung aktualisiert / Text-Einblendungen in Bilddokumenten / Antrags-Unterlagen bitte vollständig einreichen _____	18
Noch mehr QEP-zertifizierte Praxen _____	19

Telematik

KV-Online-Service: Testphase hat begonnen _____	20
---	----

Forum

BNC: Kaum Infektionen bei ambulanten Operationen _____	20
Sicherheitspanne beim AOK-Arztnavigator? / TK bietet telefonische Arztberatung an _____	21

KV intern

KV-Wahlen: Sitzverteilung in der Vertreterversammlung / Und das sagen die Spitzenkandidaten _____	22
Steckbrief: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung _____	26
Terminkalender _____	27

Nachgefragt

■ Was bringen die neuen Kodierrichtlinien?



Wir haben Probleme genug mit der Bürokratie. Es gibt ja bereits Kodierregeln, die wir anwenden. Die neuen Kodierregeln sind noch nicht bewährt und auch willkürlich. Solange das ärztliche Honorar nicht wirklich an Leistung und Morbidität gekoppelt ist, sehe ich nicht, was uns und unseren Patienten diese Zusatzarbeit nützen soll.

*Dr. Dietrich Lau,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Hamburg*



Ich habe die neuen Kodierrichtlinien in der Praxis getestet und bin gegen eine verbindliche Einführung. Die Ärzte sollen ja künftig tiefer kodieren, was den bürokratischen Aufwand nochmals deutlich erhöht. In den Hausarztpraxen haben wir Diagnosen aus allen Kapiteln. Wenn das Wartezimmer voll ist, kann ich nicht lange nach einem exakten ICD-10-Kode suchen. Das ist einfach nicht praktikabel.

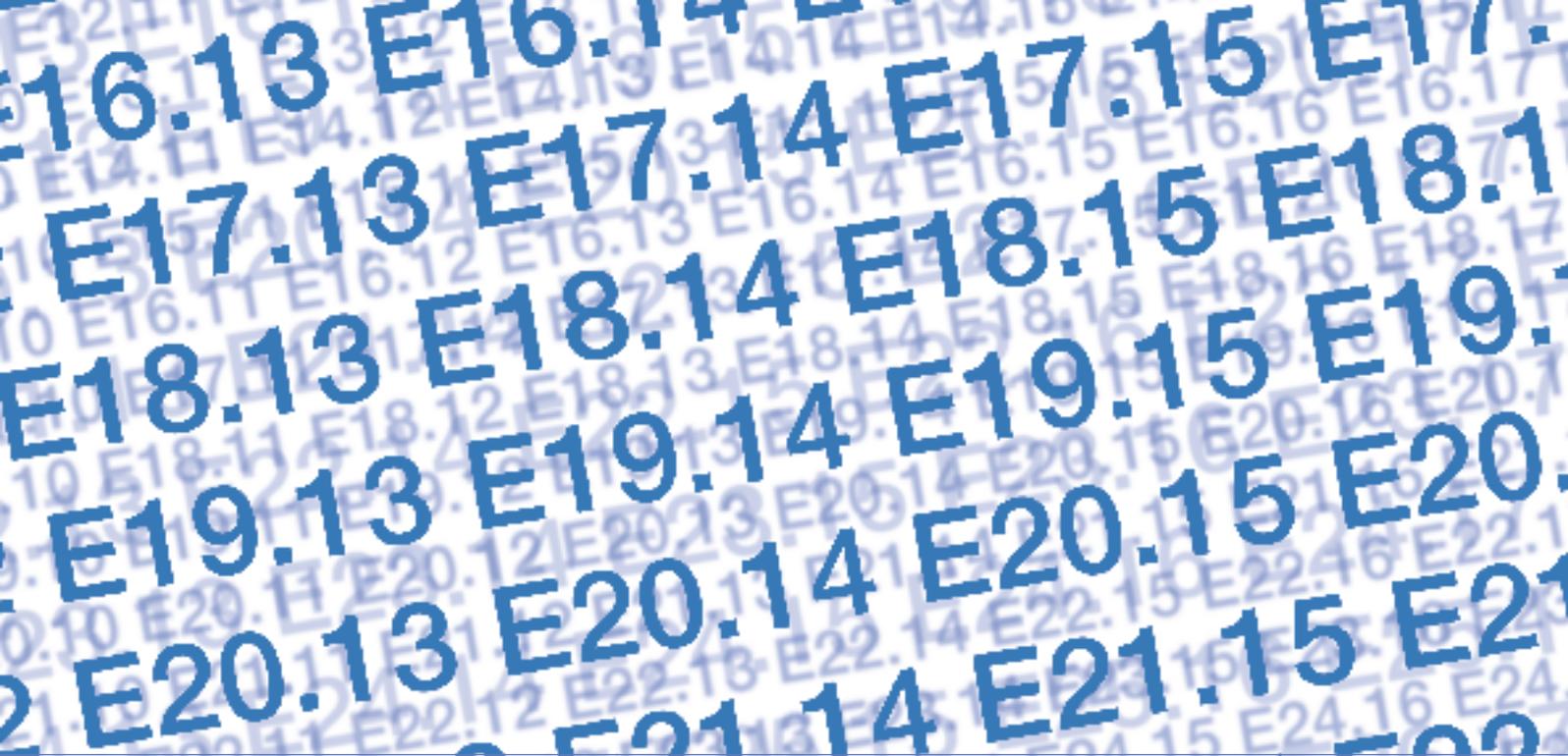
Die Kodierrichtlinien passen nicht auf die hausärztliche Tätigkeit. Wir haben selten Diagnosen, wir klassifizieren in erster Linie. Selbst wenn wir die Kodierrichtlinien aufs Gewissenhafteste anwenden würden: Valide Daten über die Morbidität der Patienten im hausärztlichen Versorgungsbereich lassen sich mit dieser Systematik nicht erheben.

*Dr. Gerhard Bawidamann,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Nittendorf (Bayern)*



Wir kodieren jetzt schon sorgfältig und ICD-konform, damit unsere komplexen Fälle ausreichend abgebildet sind. Für uns bringen die Kodierrichtlinien daher praktisch nichts Neues, sondern eher eine Verbesserung, weil unsere Praxisverwaltungssoftware dann eine Kodierunterstützung anbieten muss. Das ist bisher nicht der Fall.

*Dr. Tim Lüneburg,
Facharzt für Gynäkologie
und Geburtshilfe in Petershagen/
Lahde (Nordrhein-Westfalen)*



Zwischen Baum und Borke

- Die Kodierrichtlinien sollen dabei helfen, eine alte Forderung der Ärzteschaft abzusichern: die Koppelung der Honorare an den Morbiditätsanstieg. Doch viele Ärzte bezweifeln, dass sich der bürokratische Aufwand lohnt.

Ab Anfang 2011 sollen die neuen Kodierrichtlinien in allen deutschen Arztpraxen angewandt werden. Die KBV treibt dieses Projekt voran, um bei Honorarverhandlungen valide Daten zum Morbiditätsanstieg der Bevölkerung vorlegen zu können. „Jahrelang hat die Ärzteschaft dafür gekämpft, dass die Kosten für Behandlungen entsprechend dem Krankheitsgeschehen bezahlt werden“, sagt KBV-Chef Dr. Andreas Köhler, „nun kommt es darauf an, den tatsächlichen Bedarf zu belegen.“

Im Zuge der Gesundheitsreform von 2007 wurde die Orientierung der Gesamtvergütung an der Morbidität tatsächlich ins Gesetz geschrieben. Doch ob die sorgfältige Dokumentation

des Morbiditätsanstiegs in den kommenden Jahren zu einem entsprechenden Anstieg des ärztlichen und psychotherapeutischen Honorars führen wird, ist angesichts der Kostendämpfungspolitik des Gesundheitsministeriums fraglich. Für 2011 und 2012 ist der Morbiditätsbezug jedenfalls erst einmal weitgehend aufgehoben worden. Der alte Dirigismus lässt grüßen – und wird pikanterweise damit begründet, dass die Kodierqualität der Abrechnung der niedergelassenen Ärzte noch zu wünschen übrig lasse.

Der Morbi-RSA

Fest steht: Die Krankenkassen haben ein elementares Interesse daran, dass die Morbidität ihrer Versicherten

dokumentiert wird. Denn seit Einführung des „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ (Morbi-RSA) Anfang 2009 bekommen Kassen mit überdurchschnittlich kranken Versicherten zusätzliches Geld aus dem Gesundheitsfonds. Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten haben die Aufgabe, durch ihre Kodierung die Morbiditätslast zu definieren.

Und so funktioniert der Morbi-RSA: Zunächst erhält jede Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Prokopfausgaben. Diese Summe wird mit Zu- oder Abschlä-

Fortsetzung auf S. 6

gen für Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung verrechnet.

Um den Gesundheitszustand des Versicherten besser berücksichtigen zu können, gibt es darüber hinaus Zuschläge für die Zugehörigkeit zu bestimmten „Morbiditätsgruppen“. Das

Bundesgesundheitsministerium hat eine Liste von 80 kostenintensiven, chronischen Krankheiten festgesetzt, die - teilweise nochmals nach Schweregrad unterdifferenziert - den Morbiditätsgruppen zugrunde gelegt werden. Von den über 16.000 ICD-10-Codes stehen etwa 3.800 mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung.

Ambulante Kodierrichtlinien

Kurze Chronik eines ungeliebten Projekts

Seit die Abrechnungskodierung mit der Lenkung von Geldströmen verknüpft wurde, ist sie zum Streitpunkt geworden. Ärzte nutzten ihre Kodier-Hoheit im vergangenen Jahr als Druckmittel, um Krankenkassen zu Vertragsabschlüssen zu bewegen. Krankenkassen versuchten, das Kodierverhalten der Ärzte zu beeinflussen, um höhere Zuweisung aus dem Morbi-RSA zu erhalten.

Um solche Manipulationsversuche zu unterbinden, beauftragte der Gesetzgeber die Selbstverwaltung unter Federführung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA), einheitliche Kodierregeln auszuarbeiten.

Die verbindliche Umsetzung der Regeln in der Arztpraxis soll nach einiger Verzögerung zum 1. Januar 2011 erfolgen. Ein Testlauf in bayerischen Praxen brachte allerdings nicht die gewünschten Ergebnisse. Die neue Verschlüsselung der Diagnosen sei nicht in der Lage, die Morbidität in der hausärztlichen Praxis angemessen und unbürokratisch abzubilden, urteilten die bayerischen Hausärzte (siehe Statement von Dr. Gerhard Bawidamann auf Seite 4).

Die Vertreterversammlung der KV Bayern beschloss, die Kodierrichtlinien vorerst nicht in den bayerischen Hausarztpraxen einzuführen. Auch die Vertreterversammlungen der KVen Nordrhein, Hamburg und Hessen sprachen sich gegen die Einführung der Kodierrichtlinien zu den jetzigen Bedingungen aus. Damit steht die bundesweite Umsetzung der Regeln zum 1. Januar 2011 wieder zur Debatte.

Morbiditätsanstieg und Vergütung

Ein ähnliches Patientenklassifikationssystem wird für die Berechnung der jährlichen Veränderungsrate der vertragsärztlichen Vergütung genutzt. In diesem spezifisch auf den vertragsärztlichen Bereich zugeschnitten System steuern sämtliche von den Vertragsärzten verschlüsselten Diagnosen (also alle 16.000 ICD-Codes) Morbiditätsgruppen an. Der gesamte Leistungsbedarf eines Jahres wird auf diese Morbiditätsgruppen verteilt und macht Vorausberechnungen an Hand der kodierten Erkrankungen möglich.

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gab es für 2010 einen bundeseinheitlichen Aufschlag auf das Honorar des Vorjahres, der sich zu 61 Prozent aus der so kodierten Morbidität und zu 39 Prozent aus den Kriterien Alter/Geschlecht zusammensetzte. Damit hatte die Kodierung der Ärzte und Psychotherapeuten tatsächlich direkten Einfluss auf die Höhe ihrer Gesamtvergütung im Jahr 2010.

Dass vom Kodier-Eifer der Ärzte und Psychotherapeuten abhängt, wie viel Geld in die Region fließt, ist immer wieder zu hören. Allerdings geht es dabei nur um den morbiditätsabhängigen Aufschlag auf die Gesamtvergütung - und der wird bundesweit errechnet. Steigt die gemessene Morbidität in einer KV-Region überdurchschnittlich an, vergrößert

sich dadurch nicht der Anteil, den diese Region vom Honorarkuchen abbekommt. Was sich vergrößert, ist der Kuchen insgesamt – wovon alle Regionen anteilmäßig profitieren. So ist das System noch konstruiert, eine diesbezügliche Regionalisierung wird angestrebt

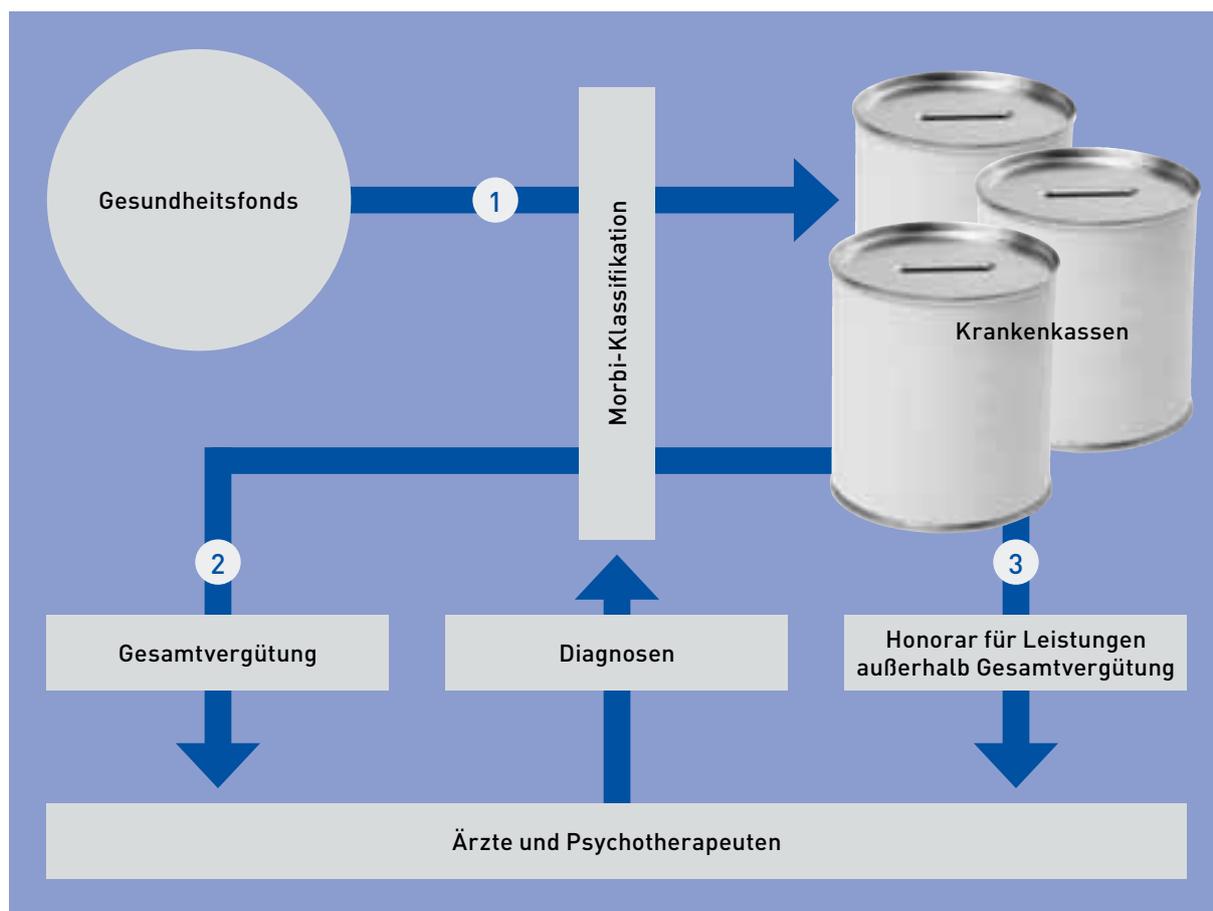
und von der KV Hamburg auch massiv eingefordert.

Von Honorarzuwächsen abgeschnitten

Die Krankenkassen allerdings zeigen wenig Neigung, das Morbiditätsrisiko tatsächlich zu übernehmen. In den Ho-

norarverhandlungen ziehen sie die Qualität der Kodierung immer wieder in Zweifel. Für das Jahr 2011 forderten Kassenvertreter bereits eine Nullrunde für Vertragsärzte – völlig losgelöst von der Mor-

Fortsetzung auf S. 8



Steuerung der Geldströme über die Morbidität: wie das System konstruiert ist

- ① Aus dem Gesundheitsfonds wird das Geld je nach Morbidität der Versicherten an die Kassen verteilt: Kassen mit vielen kranken Versicherten bekommen mehr Geld als Kassen mit vielen gesunden Versicherten.
- ② Die Krankenkassen zahlen den Ärzten und Psychotherapeuten eine Gesamtvergütung, deren Weiterentwicklung theoretisch ebenfalls an die Morbidität geknüpft ist: Laut Gesetz gibt es einen Aufschlag, wenn die Morbidität im Vergleich zum Vorjahr gestiegen ist. Dieser Mechanismus wird im Jahr 2011 wahrscheinlich aufgrund politischer Sparvorgaben außer Kraft gesetzt.
- ③ Das Honorar für Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung hängt indirekt ebenfalls mit der Morbidität zusammen: Vom Gesundheitsfonds finanziell besser ausgestattete Kassen haben mehr Spielräume, solche Leistungen zu bezahlen.

biditätsentwicklung. Auch die Politik will den Honoraranstieg auf mindestens die Hälfte der erwarteten Summe kappen und die Berücksichtigung der Morbidität erheblich zurückfahren. Damit würde der gesetzlich vorgeschriebene Mechanismus, den Honoraranstieg an das Krankheitsgeschehen zu koppeln, bereits ausgesetzt, bevor er wirklich eingeführt wurde. Ein Beschluss der KBV-Vertreterversammlung, wonach der Zuwachs „asymmetrisch“

auf KVen verteilt werden soll, die bei der Honorarreform „schlecht weggekommen“ sind, könnte Hamburg zudem für einige Jahre völlig von eventuellen Honorarzuwächsen abschneiden.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat deshalb Zweifel angemeldet, ob die Einführung einheitlicher Kodierregeln den Ärzten und Psychotherapeuten mehr bringt als lediglich zusätzlichen Bürokratieaufwand. „Wir fordern die KBV auf, die Umsetzung der ambulanten

Kodierrichtlinien so lange nicht zu betreiben, bis sichergestellt ist, dass die Entwicklung der Gesamtvergütung morbiditätsentsprechend erfolgt“, heißt es in einer Resolution vom 17. Juni 2010.

Und jenseits der Gesamtvergütung? Hat die Kodierung Einfluss auf die Honorarverhandlungen in der Region? Wenn es um die Frage geht, welche Präventionsleistungen zu welchem Punktwert bezahlt werden und welche anderen Leistungen aus der Gesamtvergütung herausgenommen werden - dann

Auf unsere Kosten

- Die neue Kodierung dient nicht vornehmlich medizinischen Zwecken. Wir sollten uns dagegen wehren, dass immer mehr Verwaltungsaufgaben in unseren Praxen abgeladen werden.

Der Arzt Dr. Robert Braun, ein Pionier der Allgemeinmedizin, publizierte im Jahr 1955 das „Fälleverteilungsgesetz“. Er entwickelte eine Kodierung im Sinne des Patienten, die Entscheidungshilfen für die sofortige richtige Versorgung geben und die Fortbildungsbedürfnisse des Allgemeinarztes kanalisieren sollte.

Braun zufolge ist die Allgemeinmedizin die schwierigste Disziplin im Bereich der Heilkunde, weil Kenntnisse über die Gesamtheit aller möglichen Erkrankungen vorhanden sein müssen, die Einleitung der richtigen Diagnostik beziehungsweise die rechtzeitige

Zuweisung zum Spezialisten erfolgen muss.

Der Allgemeinmediziner sieht das unausgelesene Patientengut und muss entscheiden, ob es sich um einen abwendbar gefährlichen Verlauf handelt oder ob abwartendes Offenlassen angebracht ist.

In diesem Ansatz sah Braun die theoretische Grundlage für die Wissenschaft von der Allgemeinmedizin, für die praktische studentische Ausbildung und die ärztliche Weiterbildung.

Zur Orientierung dienten Braun unter anderem die fällestatistischen Resultate aus seiner

Praxis. Er klassifizierte seine Beratungsergebnisse in zweidimensionaler Systematik, damit die unausgelesenen Beratungsursachen zu einer raschen und vernünftigen Behandlung führen sollten.

Mit dem Gesundheitsfonds vom 1. Januar 2009 begann eine neue Ära der gesetzlichen Krankenversicherung. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich fordert jetzt von uns Ärzten, jede Diagnose unserer Patienten vierdimensional zu verschlüsseln. Die Morbiditätskodierung dient nicht mehr vornehmlich der optimalen Versorgung des Patienten,

könnte es durchaus eine Rolle spielen, wie gut die regionalen Krankenkassen über den Morbi-RSA ausgestattet wurden und welche finanziellen Spielräume sie haben. In diesem vergleichsweise kleinen Bereich könnte das Kodierverhalten der Ärzte und Psychotherapeuten auch in Hamburg beeinflussen, welche Mittel künftig für die Versorgung der Region zur Verfügung stehen.

Kompliziertes Regelwerk

Wie gewissenhaft die Ärzte und Psychotherapeuten derzeit ko-

dieren und ob die Morbidität der Patienten realistisch abgebildet wird, ist umstritten. Fest steht: Es fehlen verbindliche Regeln. Die neuen Kodierrichtlinien sollen bundesweite Standards schaffen, um die Erhebung valider, vergleichbare Daten zu ermöglichen. Doch das nun vorgestellte Regelwerk ist so umfangreich und kompliziert geraten, dass Ärzte und Psychotherapeuten eigens geschult werden müssten, um es anwenden zu können. Ob es zudem für den hausärztlichen Bereich praktikabel ist, wird

derzeit von einer Experten-

gruppe beim ZI untersucht. „Wir sitzen in dieser Frage ein wenig zwischen Baum und Borke“, sagt KV-Hamburg-Vizechef Walter Plassmann, „wir machen zunehmend die Erfahrung, dass wir Honorarverhandlungen nur mit belastbaren Daten gerade zur Morbidität führen können. Wir sind also auf diese Daten angewiesen. Ob man sie aber nicht doch mit deutlich weniger Aufwand generieren könnte, muss man schon noch einmal prüfen.“

mn

sondern der Finanzierung der Krankenkassen, möglicherweise auch als Grundlage der Finanzierung unserer ärztlichen Leistungen. Würden diese Kodierungsrichtlinien uns dem Ziel näher bringen, endlich leistungsorientiert liquidieren zu können, würde es uns leichter fallen, diesen bürokratischen Akt und Aufwand umzusetzen.

Zurzeit ist es politisch gewünscht, dass wir mit unseren ärztlichen Leistungen und unserer steten Selbstaussbeutung das staatliche Gesundheitswesen subventionieren. Mit dem Solidarsystem brüstet sich dann die Regierung auf unsere Kosten. Aber derzeit haben wir keine Abwahlmöglichkeit! Wenn es auch in Hamburg zur „Kodierungspflicht“ kommt,

sind wir gesetzlich dazu verpflichtet.

Für uns steht fest: Die staatliche Subventionierung des Gesundheitswesens darf nicht weiter und zunehmend zu Lasten des Arztes gehen. Wir müssen in nächster Zukunft eine reelle Rechnung auch an den gesetzlich Versicherten stellen können, nötige individuelle Stützungen sind dann staatlicherseits zu leisten, aber nicht von unserer Berufsgruppe und auf unsere Kosten! Wir müssen uns als niedergelassene Ärzte auf der Ausgabe- und auf der Einnahmenseite allen marktwirtschaftlichen Gesetzen beugen, Mieten zahlen, Kredite aufnehmen und Gehälter zahlen. Auf der Einnahmenseite unterliegen wir der überbordenden

staatlichen Planwirtschaft. Die Kodierrichtlinien sind ein weiterer Grund, sich als geschlossene Ärzteschaft gegen die politischen Ambitionen zu wehren. Wir können es nicht zulassen, immer mehr nicht-medizinische Aufgaben aufzuerzwingen zu bekommen.



Dr. Britta Manchot, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Hohenfelde



„Großer Fehler“

- Etwa eine Milliarde Euro wurde für die Bekämpfung der Schweinegrippe ausgegeben. War das nötig? Der Epidemiologe Ulrich Keil über die Skepsis der Basisärzte, das Problem der Interessenkonflikte und das Versagen der WHO.

Im August wurde die Schweinegrippe-Pandemie von der WHO für beendet erklärt. Warum haben die Basisärzte das Szenario so viel realistischer eingeschätzt als die Experten?

Keil: Die Ärzte haben wahrgenommen, dass die Krankheit überwiegend mild verläuft. Daraus haben sie ihre Schlüsse gezogen. Auch die Bevölkerung hat die Lage realistisch eingeschätzt und sich der Impfung verweigert.

Und die Experten?

Keil: Wir hatten es ja im Wesentlichen mit einer Gruppe

von Virologen zu tun, die von ihren Laborerkenntnissen ausgingen und das H1N1-Virus für besonders gefährlich hielten. Aber man muss wissen, dass diese Experten in der vergangenen Dekade schon ein paar Mal kräftig daneben gehauen haben: Auch die Gefahr durch SARS oder die Vogelgrippe wurde falsch eingeschätzt.

Kann man der WHO noch trauen?

Keil: Die WHO ist eine vernünftige und verdienstvolle Institution, auf die man sich normalerweise verlassen kann. In diesem Fall ist sie

allerdings weit übers Ziel hinausgeschossen. Es ist ein großer Fehler, die Schwere einer Krankheit nicht als Pandemie-Kriterium zu berücksichtigen. Obwohl wir schon ein halbes Jahr zuvor auf der Südhalbkugel beobachten konnten, dass der Krankheitsverlauf der Schweinegrippe milde war, rief die WHO im Juni 2009 die höchste Pandemiestufe aus. Damit wurden automatisch die zwischen Regierungen und Pharmaindustrie bestehenden Verträge in Kraft gesetzt, und die Impfkampagne lief an. Man muss sich das vergegenwärtigen: Es war das erste Mal überhaupt, dass weltweit Alarm geschlagen wurde.



Das British Medical Journal hat aufgedeckt, dass die WHO unter dem Einfluss von Experten stand, die Verbindungen zu den Herstellern von Impfstoffen oder Grippemedikamenten hatten.*

Keil: Ja, diese Verbindungen wurden nicht öffentlich gemacht. Die Medizin und die Pharmaindustrie sind ja seit Jahrzehnten eng miteinander verzahnt. Wer Geld von der Pharmaindustrie für Beraterverträge oder Forschungsarbeiten bekommt, läuft Gefahr, seine Unabhängigkeit zu verlieren. Das muss nicht böswillig sein. Man baut eine Beziehung zum Geldgeber auf und steht dessen Anliegen und Interessen automatisch aufgeschlossen gegenüber - ohne sich dessen bewusst zu sein.

Hätte es denn geholfen, die Interessenkonflikte der WHO-Berater publik zu machen?

Keil: Transparenz ist der erste Schritt in die richtige Richtung. Auf die Aussagen eines Experten kann ich mir eher einen Reim machen, wenn ich seine Interessenkonflikte kenne. Aber Sie haben schon Recht: Es wäre notwendig, Industrieinteressen von der öffentlichen Gesundheit vollständig zu trennen - und ausschließlich unabhängige Experten in solche Gremien zu berufen.

Ginge das überhaupt?

Keil: Wahrscheinlich nicht. Ich habe den Eindruck, dass im

Bereich der Infektionskrankheiten fast alle Experten in enger Verbindung zur Pharmaindustrie stehen. Das ist in anderen Bereichen der Medizin wahrscheinlich nicht ganz so extrem.

Welche Bilanz würden Sie ziehen, wenn Sie sich die Zahlen des Grippewinters 2009/2010 ansehen?

Keil: Schon heute kann man sagen: Es gab wesentlich weniger Grippefälle als in den Jahren zuvor - das ist ja das Verrückte an dieser Geschichte. Eine mögliche Erklärung ist, dass die saisonale Grippe von der Schweinegrippe verdrängt wurde und es deshalb unterm Strich weniger Tote gab. Beweisen lässt sich das nicht. Die saisonale Grippe kann auch zufällig milder verlaufen sein als sonst. Jedenfalls war es eine ungewöhnlich milde Grippezeit - trotz Großalarm und höchster Pandemiestufe.

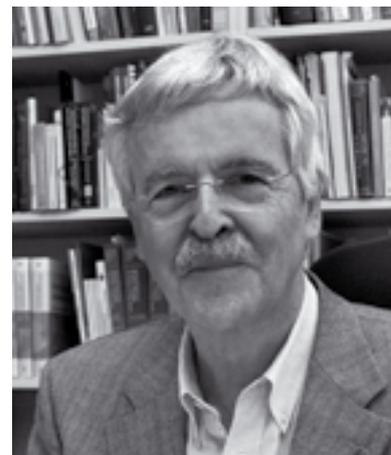
Aber das Schweinegrippe-Virus war doch zumindest potentiell gefährlich ...

Keil: Man kann über den Ablauf möglicher Horror-Pandemien endlos spekulieren - doch wir sollten die Realität im Blick behalten und das Krankheitsgeschehen nüchtern analysieren: Was ist häufig? Was ist wichtig? Woran erkranken und woran sterben die Menschen? Nehmen Sie beispielsweise die derzeit diskutierten Infektionen im Krankenhaus - da geht es, was

die Todesfälle betrifft, um ganz andere Dimensionen. An Herzkreislauferkrankungen sterben jährlich 360.000 Menschen, 217.000 sterben an Krebs. Mit der für die Impfkampagne in Deutschland ausgegebenen Summe - schätzungsweise eine Milliarde Euro - hätte man an anderer Stelle des Gesundheitswesens sehr viel Sinnvolleres bewirken können.

Interview: Martin Niggeschmidt

*Deborah Cohen, Philip Carter: „WHO and the pandemic flu ‘conspiracies’“ (British Medical Journal, 12. Juni 2010, Volume 340)



Prof. Dr. med. Ulrich Keil, FRCP, war bis Ende 2009 Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster. Er leitet dort seit 1994 das „WHO Kooperationszentrum für Epidemiologie und Prävention von kardiovaskulären und anderen chronischen Erkrankungen“. Seit 1973 ist der international renommierte Wissenschaftler als Berater für die WHO tätig. In einer Anhörung des Europarats kritisierte er die WHO jedoch massiv wegen ihres Umgangs mit der Schweinegrippe.



Foto: Felix Falter

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 *Es gibt seit dem 1. Juli 2010 eine neue Zahlungsaufforderung für die Kassengebühr. Im letzten KV Journal habe ich gelesen, dass wir die Zahlungsaufforderungen nicht mehr bei der KV einreichen sollen. Woher weiß denn dann die Anwaltskanzlei, bei welchen Patienten sie die Kassengebühr einziehen müssen?*

Wenn ein Patient die Kassengebühr nicht gezahlt und die Zahlungsaufforderung unterschrieben hat, kennzeichnen Sie den Fall in der Abrechnung mit der Nr. 80044 oder 80045. Die KV übermittelt eine Liste mit allen Patienten, bei denen eine dieser Codierungen angegeben wurde, an die Anwaltskanzlei.

2 *Wir haben die Urlaubsvertretung für eine andere Pra-*

xis übernommen. Benötigen wir von der Praxis im Nachhinein einen Überweisungsschein für die Patienten, die wir behandelt haben?

Nein. Sie müssen Leistungen, die im Vertretungsfall erbracht werden, immer auf einem Vertreterschein (Muster 19 / Scheinart 42) abrechnen. Ein Überweisungsschein vom Arzt, den sie vertreten, ist somit überflüssig.

3 *Wir sollen bei einem Patienten, der ein Organ spenden will, eine Voruntersuchung durchführen. Ist es richtig, dass die Leistungen über die Krankenkasse des Organempfängers abgerechnet werden?*

Ja. Da die Leistungen für den Spender nicht medizinisch notwendig sind, werden sie über

die Krankenkasse des Empfängers abgerechnet. (Quelle: DÄ 48/00 Empfehlung zur Lebendorganspende der BÄK)

4 *Wir behandeln als Kinderärzte oft Babys, die erst wenige Tage alt sind. Meistens können die Eltern noch keine Krankenversichertenkarte des Kindes vorlegen. Welche Leistungen können über die Krankenversichertenkarte der Mutter oder des Vaters abgerechnet werden?*

Über die Krankenversichertenkarte eines Elternteils können nur die U1 und die U2 abgerechnet werden. Fallen darüber hinaus weitere Leistungen bei einem Säugling an, können diese im Ersatzverfahren abgerechnet werden, sofern die Eltern eine Mitgliedsbeschei-

nigung der Krankenkasse vorlegen können. Andernfalls müssen diese Leistungen privat in Rechnung gestellt werden. (Quelle: BMV-Ä § 22 Abs. 2 bzw. EKV § 26 Abs. 2)

5 Wann und für welchen Zeitraum darf eine Milchpumpe zu Lasten der GKV verordnet werden?

Antwort: Milchpumpen werden bei Stillproblemen der Mütter und bei Ernährungsproblemen des Kindes angewendet. Verordnungsfähig sind sie insbesondere in folgenden Fällen:

- bei eingezogenen oder schmerzhaft empfindlichen Brustwarzen oder Brustwarzenrissen
- bei vermehrter oder verminderter Muttermilchbildung
- bei blutenden Brustwarzen

- bei vorübergehender Antibiotikabehandlung der Mutter
- bei trinkschwachen Säuglingen
- bei Neugeborenen mit organischen Erkrankungen
- bei Frühgeborenen

Ein Abpumpen der Milch ist nur für eine begrenzte Zeit erforderlich. Elektrische Milchpumpen sollten daher vorrangig leihweise verordnet werden. Die Verordnung kann je nach Indikation vom Gynäkologen auf den Namen der Mutter oder vom Pädiater auf den Namen des Kindes ausgestellt werden.

6 Wie lange sind Hilfsmittelverordnungen gültig?

Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Versor-

gung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung aufgenommen worden ist. Geht der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse ein, gilt die Frist als gewahrt.

7 Ein Patient mit einer tiefen Beinvenenthrombose in der Anamnese fordert von mir die Verordnung von niedermolekularem Heparin zur Thromboseprophylaxe, weil er eine private Flugreise antreten will. Ist die Verordnung zu Lasten der GKV zulässig?

Nein. Leistungen, die nur aus Anlass einer Reise erfolgen, sind in der Regel keine Kassenleistung. Ein Risikomerkmale für eine Reisetrombose begründet keine Verordnung auf einem Kassenrezept.

Pharmakotherapieberatung 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



Hilfsmittelrezepte nur an Patienten aushändigen

- Hinweis der BKK futur: Direkte Weitergabe an Firmen wird als Rechtsverstoß gewertet



Foto: mauritius images

Die BKK futur kritisiert in einem Schreiben, dass Hilfsmittelrezepte ihrer Versicherten im Bereich Tens-EMS- oder Inkontinenzgeräte teilweise von den verordnenden Vertragsärzten direkt an eine Firma weitergegeben werden, mit der die

Kasse keinen entsprechenden Vertrag geschlossen hat. Bei der Firma handle es sich um die Bio-Medical Research GmbH-Neurotech in Salem.

Die Kasse sieht in diesem Verhalten einen Verstoß gegen die Wahlfreiheit im Hilfsmittel-

bereich für Versicherte sowie gegen den Paragraph 128 SGB V (Verbot der Abgabe von Hilfsmitteln über Depots).

Um den Verdacht einer möglicherweise unzulässigen Zusammenarbeit mit den Hilfsmittelherstellern zu vermeiden, empfehlen wir, dem Patienten die Hilfsmittelverordnung auszuhändigen, damit dieser unter Berücksichtigung der von seiner Krankenkasse geschlossenen Verträge einen Fachhandel beauftragen kann. Bei Fragen sollte sich der Patient direkt mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen.

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

Röteln-Impfung und Schwangerschaft

- Lassen Sie Ihre Patientin eine Erklärung unterschreiben!

Frauen im gebärfähigen Alter mit einem nicht ausreichenden Antikörpertiter sollten rechtzeitig vor einer Schwangerschaft gegen Röteln geimpft werden.

Laut Fachinformation dürfen Schwangere nicht geimpft werden und nach einer Impfung sollte eine Schwanger-

schaft möglichst drei Monate lang verhindert werden. Daher sollte sich der Arzt aus forensischen Gründen vor der Impfung schriftlich bestätigen lassen, dass die Patientin

1. nicht schwanger ist und
2. darüber aufgeklärt wurde, dass sie drei Monate nach der Impfung verhüten soll.

Einen Vordruck hierfür gibt es nicht. Der Arzt muss ein entsprechendes Schreiben selbst anfertigen und es von der Patientin vor der Impfung unterschreiben lassen.

*Ansprechpartnerin:
Eva-Elisabeth Zunke
Tel. 22802-402*

U4-U9 für Kinder aus Schleswig-Holstein nach Ablauf der Toleranzfristen

■ Auch Hamburger Ärzte können die Untersuchungen durchführen

In Schleswig-Holstein wohnende Kinder haben Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen (U4-U9) nach Ablauf der Toleranzfristen. Die Untersuchungen können jetzt auch von Hamburger Kinder- und Jugendärzten, Hausärzten, Allgemeinärzten sowie hausärztlichen Internisten durchgeführt werden. Die Untersuchungen werden wie die regulären U4-U9 vergütet. Erziehungsberechtigte dieser Kinder werden vom jeweiligen Kreis beziehungsweise den kreisfreien Städten zur Wahrnehmung der U4-U9 aufgefordert. Das Aufforderungsschreiben muss vom



Foto: Pitopia / Alexander Rath

Versicherten zur Untersuchung mitgebracht werden; es ist gleichzeitig die Abrechnungssunterlage für den Vertragsarzt.

Hamburger Ärzte rechnen die Untersuchungen bei der KV Hamburg ab und reichen das Aufforderungsschreiben mit ein.

DMP-Post geht künftig an die Hauptbetriebsstätten

Aufgrund von vermehrt aufgetretenen Zustellungsproblemen wird die DMP-Datenstelle InterForum zukünftig sämtliche Post (zum Beispiel Versandlisten,

DMP-Kontoauszüge etc.) an die Adresse der Hauptbetriebsstätte senden. Bitte richten Sie Ihre Praxisorganisation entsprechend darauf ein.



Amtliche Veröffentlichung

Impf-Ergänzungsvereinbarung auch für Novitas BKK gültig

Die der Ergänzungsvereinbarung über Schutzimpfungen für Auslandsreisen beigetretene ktpBKK ist zum 1. April 2010 zur Novitas BKK fusioniert. Seitdem gilt die Ergänzungsvereinbarung für alle Versicherten der Novitas BKK.

Begründungspflicht für „ähnliche Untersuchungen“ im Laborbereich

- Nur wenn eine medizinische Indikation vorliegt, dürfen Labore diese Leistungen künftig noch abrechnen



Foto: mauritius images

Für die Berechnung diverser Gebührenordnungspositionen für „ähnliche Untersuchungen“ im Laborbereich ist seit 1. Juli 2010 eine Begründung der medizinischen Notwendigkeit nötig. Ärzte, die „ähnliche Untersuchungen“ in Auftrag geben, müssen die medizinische Indikation der Laboruntersuchung angeben. Nur wenn eine solche Begründung vorliegt, dürfen Labore die Leistungen auch abrechnen. Allerdings gibt es Ausnahmen: In der Legende mancher Gebührenordnungspositionen für

„ähnliche Untersuchungen“ sind bestimmte Untersuchungen aufgelistet, die explizit von der Begründungspflicht ausgenommen sind.

Warum eine Begründungspflicht für „ähnliche Untersuchungen“?

Die Begründungspflicht für „ähnliche Untersuchungen“ dient vornehmlich der Weiterentwicklung des EBM. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich darauf verständigt, die Begründungen regelmäßig auszuwerten. Ziel ist es, Untersuchungen zu identifizieren, die besser über spezifische Gebührenordnungspositionen abgebildet werden können – oder obsoletere Untersuchungen auszumachen, die in den Anhang 4 des EBM zu übernehmen sind.

Wer ist verantwortlich für die Abfassung der Begründung?

Die Verantwortung für die abrechnungsrelevante Abfassung der Begründung liegt beim Laborarzt. Er prüft die vom überweisenden Arzt auf dem Muster 10 angegebene Begründung im Feld Auftrag/Diagnose/Verdacht und erstellt auf dieser Grundlage die abrechnungsrelevante Begründung für die erbrachte „ähnliche Untersuchung“.

Welche Felder sind für die Begründung vom Laborarzt auszufüllen?

Wenn die im Feld 6001 angegebene Diagnose die Untersuchung plausibel begründet, kann das Feld 5009 (freier Begründungstext) frei bleiben. Die Angabe der begründenden (Behandlungs-)Diagnose erfüllt die Mindestanforderungen der Legendierung.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900*

Verordnung von Palliativversorgung (SAPV)

- Patientenunterschrift ist nur noch auf Rückseite des Vordrucks nötig

Wegen zahlreicher Beschwerden haben sich KBV und GKV-Spitzenverband auf ein einfacheres Prozedere beim Ausfüllen

von Muster 63 (Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung) verständigt: Die Patientenunterschrift ist

nur noch auf der Rückseite des Vordrucks erforderlich. Auf den Durchschlägen muss der Patient also nicht mehr unterschreiben.

Neue GKV-Leistungen

- Zu zwei EBM-Änderungen bekam das Infocenter der KV in den vergangenen Wochen immer wieder Anfragen. Hier die wichtigsten Informationen.



Foto: mauritius images

Neugeborenen-Hörscreening

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 werden drei neue Leistungen zum Neugeborenen-Hörscreening in den EBM eingeführt.

- 01704: Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings
- 01705: Durchführung der

Erstuntersuchung

- 01706: Kontroll-AABR

Einzelheiten sowie die ausführliche Leistungslegende finden Sie im Deutschen Ärzteblatt (Heft 30 vom 30. Juli 2010, Seite A 1482). Ein Faltblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Informationen für die Eltern Neugeborener liegt in unserem Formularraum für Sie bereit.

Balneophototherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Balneophototherapie in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 wird dafür die Gebührenordnungsposition 10350 in den EBM eingeführt, deren Abrechnung eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraussetzt.

Einzelheiten sowie die ausführliche Leistungslegende finden Sie im *Deutschen Ärzteblatt* (Heft 30 vom 30. Juli 2010, Seite A 1477).

Die Creme-Puva ist nach wie vor keine Kassenleistung.

*Ansprechpartner:
Infocenter Tel. 22802-900*

Abgabe der Abrechnungsunterlagen III. Quartal 2010

1. Oktober 2010 bis 13. Oktober 2010

im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Mo.-Fr. von 7:00 bis 16:30 Uhr und Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr

Die Frist zur Abgabe der Behandlungsausweise 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 eingereichte Abrechnungsunterlagen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

Den richtigen Ansprechpartner vermittelt das Infocenter: Tel: 22802 – 900

Ultraschall-Vereinbarung aktualisiert

■ Änderungen betreffen Detailregelungen zu apparativen Anforderungen



Foto: iStockphoto

Zum 1. Juli 2010 wurde die Ultraschall-Vereinbarung aktualisiert. Die Aktualisierungen betreffen ausschließlich Detailregelungen zu apparativen Anforderungen in Anlage III der Vereinbarung.

Beispielsweise wurde bei der Anwendungsklasse 7.3

(Abdomen, Retroperitoneum einschließlich Nieren, transkavitär) die Bildwiederholungsfrequenz auf mindestens vier Bilder pro Sekunde festgelegt. Damit sind mechanische Schallköpfe für diese Anwendungsklasse weiterhin zulässig.

Bei den Anwendungsklassen 20.1, 20.2, 20.3, 21.1, 21.2 und 21.5 wurde die Regelung, dass bei einem Einstrahlwinkel zur Flussrichtung von 0° eine Geschwindigkeit von mindestens 6m/sek messbar sein muss, gestrichen.

Eine vollständige Aufstellung der Änderungen finden Sie im Internet unter:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätssicherung/genehmigungspflichtige Leistungen → Ultraschalldiagnostik → Bekanntmachungen

Eine aktualisierte Version der Ultraschall-Vereinbarung im Volltext finden Sie unter:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätssicherung → genehmigungspflichtige Leistungen → Ultraschalldiagnostik

Texteinblendung in Bilddokumenten

■ Patienten- und Gerätedaten müssen erkennbar sein

Auf Ultraschall-Bilddokumentationen muss grundsätzlich der Gerätehersteller und das Modell des Gerätes zu erkennen sein. Bei der Nutzung von zwei oder mehr identischen Geräten muss eine Identifizierung über das Freitextfeld möglich gemacht werden (zum Beispiel durch Eintrag der Seriennummer).

Weiter muss eine sichere Patientenidentifikation möglich sein, so dass eine Verwechslung bei der Zuordnung von Bildern ausgeschlossen ist. Daher empfehlen wir Ihnen, die Patientendaten und das Untersuchungsdatum in das Bild einzublenden.

Ansprechpartner: Ihr Sonoteam Tel.: 22802-478, -406, -384, -358

Anträge für genehmigungspflichtige Leistungen

■ Bitte Unterlagen vollständig einreichen

Um Anträge auf Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen (zum Beispiel Ultraschall, Röntgen etc.) zeitnah bearbeiten zu können, bittet die KV darum, dass die nötigen Unterlagen vollständig eingereicht werden.

Die Abteilung Qualitätssicherung muss prüfen, ob die in den jeweiligen Vereinbarun-

gen verbindlich geregelten Vorgaben erfüllt sind. Daher ist es wichtig, dass neben den Antragsformularen alle weiteren geforderten Nachweise (Zeugnisse, Bescheinigungen, Urkunden etc.) in Kopie mit eingereicht werden.

Die Nachforderung fehlender Unterlagen verlängert das Antragsverfahren teils erheblich, oftmals mit der Folge, dass die Genehmigung nicht zum gewünschten Zeitpunkt aus-

gesprochen werden kann. Wenn Sie unsicher sind, ob Ihre Unterlagen vollständig sind, oder wenn Sie Fragen zum Antragsverfahren haben, helfen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung gerne weiter.

*Ansprechpartner:
Ihr Sonoteam
Tel.: 22802-384,
-406, -478, -358*

Noch mehr QEP-zertifizierte Praxen

- Vor einem Jahr veröffentlichte das KVH-Journal erstmals eine Liste der nach QEP zertifizierten Praxen in Hamburg (Ausgabe 8/2009). Inzwischen sind weitere hinzu gekommen.



Praxis	Fachrichtung	zertifiziert seit
Prof. Dr. med. Norbert Breuer PD Dr. med. Bettina Breuer-Katschinski	Innere Medizin	November 2009
Dr. med. Dörte Kühnle-Schneider-Affeld	Anästhesie	November 2009
Dr. med. Werner Surup Dr. med. Silke Lüder	Allgemeinmedizin	März 2010
Medizinisches Versorgungszentrum für Innere Medizin Dr. med. Volker Ahrens Dr. med. Dag-Alexander Keilhau Dr. med. Heike Gatermann Werner Petersen	Innere Medizin	Juni 2010
Frauenarztpraxis Dr. med. Frauke von Bodelschwingh Dr. med. Kornelia Gbur Dr. med. Dipl.-Psych. Ingeborg Möller Dr. med. Silke Riekmann	Gynäkologie und Geburtshilfe	Juni 2010
Hämatologisch-Onkologische Schwerpunktpraxis Dr. med. Sigrun Müller-Hagen Dr. med. Mathias Bertram Dr. med. Ulrich Stein	Innere Medizin	August 2010
Erste Re-Zertifizierung in Hamburg		
Andreas Henke Dr. med. Berthold Schmitt	Radiologie	Juni 2010

KV-Online-Service: Die Testphase hat begonnen



Foto: iStockphoto

Die KV Hamburg hat mit der Testphase der neuen Online-Angebote begonnen. Derzeit nehmen 20 Praxen mit unterschiedlichen IT-Landschaften an dem Pilotprojekt teil. Die

Online-Abrechnung steht dabei im Vordergrund, aber auch andere Anwendungen des für die Online-Dienste der KV Hamburg bereitgestellten Portals werden getestet.

Der KV-Online-Service soll sukzessive ausgebaut werden. Möglichst viel dessen, was derzeit zwischen KV und KV-Mitgliedern physisch hin- und hertransportiert wird, soll künftig online erledigt werden können. Das Kommunikationsportal soll zudem einen direkten, sicheren Zugang zu relevanten Dokumenten oder sich ändernden Dateien wie dem

aktuellen Abrechnungskonto ermöglichen.

Da je nach Nutzungsumfang verschiedene Zugangsmöglichkeiten angeboten werden sollen, dient die Testphase auch dazu, die Zugangswege und entsprechende Komponenten zu erproben. (Mehr zur Online-Abrechnung und den KV-Online-Diensten in der nächsten Ausgabe des KVH-Journals.)

Ansprechpartner:

Bereich Beratung und Information

Ghislain Kouematchoua

Tel: 22802-309

Kaum Infektionen beim ambulanten Operieren

■ BNC-Präsident kritisiert geplante Budgetierungen

Hunderttausende Patienten infizieren sich jedes Jahr im Krankenhaus, teilweise mit tödlichem Ausgang. Angesichts der aktuellen Diskussion über Hygienestandards in deutschen Kliniken teilte der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) mit: „Beim ambulanten Operieren gehen die Infektionsraten gegen Null.“

Patienten seien beim ambulanten Operieren keinen Krankenhauskeimen ausgesetzt,

hätten weniger Schmerzen und würden schneller wieder arbeitsfähig, so BNC-Präsident Dr. Dieter Haack. Dennoch will die Bundesregierung die Zahl ambulanter Eingriffe im Jahr 2011 begrenzen. Der aktuelle Entwurf zur Gesundheitsreform sieht auch in diesem Bereich eine Budgetierung vor. „Offenbar will die Bundesregierung rasenmäherartig auf allen Gebieten kürzen“, so Haack. „Selbst wenn die jeweilige Leistung die Kosten senkt und im Interesse des Patienten ist.“

Die hervorragende Qualität ambulanter Operationen komme nicht von ungefähr: „Niedergelassene Operateure erbringen alle Eingriffe mit Facharztstandard“, so Haack. „Sie unterliegen strengen Qualitätskontrollen und Hygienevorschriften, regelmäßige Begehungen durch Gesundheitsbehörden sind die Regel. Außerdem überprüfen die KVen beziehungsweise die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften regelmäßig die Ergebnisse.“

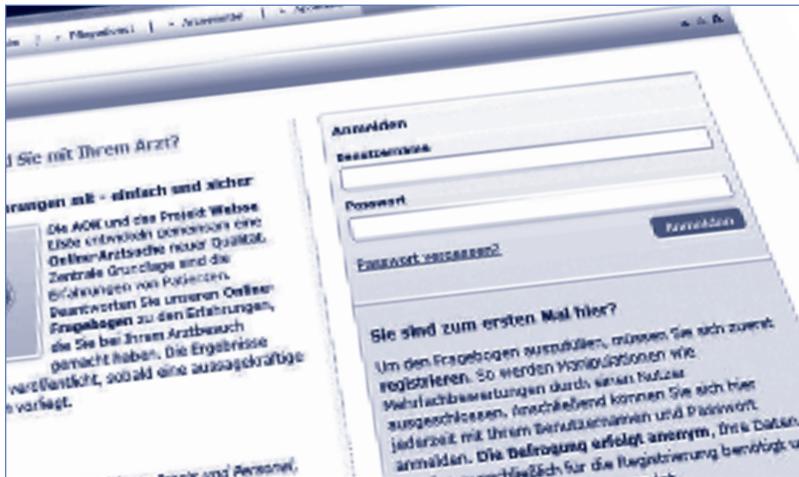
Sicherheitspanne beim AOK-Arztnavigator?

■ Bis Anfang Juli war es möglich, fiktive Accounts anzulegen

Die KV Berlin hat im Juni die Manipulationssicherheit des Internet-Arztbewertungsportals der AOK getestet. Offenbar war es möglich, mit Hilfe frei erfundener Versichertennummern einen Account anzulegen und Ärzte zu bewerten. „Wir lassen uns Zahlen über den Flur zurufen“, berichtet KV-Redakteur Reinhard Schlitt im Berliner KV-Blatt über die Versuchsanordnung. „Dazu die Kassennummer, Sicherheitscode und ein völlig unsinniges Kennwort ‚lieschenmueller‘. Und siehe da, wir sind drin.“

Die AOK räumt ein, dass bis Anfang Juli auch Bewertungen von Usern ohne gültige AOK-Versicherungsnummern abgegeben werden konnten. „Im System laufen aber Sicherheitstests, bei denen die Daten der Versicherten auf Echtheit überprüft werden“, so Peter Willenborg, Referent beim AOK-Bundesverband. „Unzulässige User werden herausgefischt und benachrichtigt. Die Bewertungen der KV Berlin fließen somit nicht in das Ergebnisportal ein.“

Jedenfalls sorgte der Artikel des Berliner KV-Redakteurs aber dafür, dass die AOK Verbesserungsbedarf erkannte und den Anmeldeprozess überarbeitete. Als die KV Hamburg Anfang Juli den Test der KV Berlin wiederholte, waren keine derartigen Manipulationen mehr möglich.



Ein Account konnte nur noch mit den Daten realer AOK-Versicherter angelegt werden. Das System erkannte auch, wenn ein User versuchte, einen Arzt ein zweites Mal zu bewerten, und ließ lediglich das Überschreiben der alten Beurteilungen zu.

Die AOK hat das Internet-Arztbewertungsportal Anfang Juni eingerichtet und sammelt derzeit Bewertungen ihrer Versicherten (KVH-Journal 4-5/2010). Die ersten Ergebnisse sollen gegen Ende des Jahres veröffentlicht werden.

Telefonische Arztberatung der TK

Ab sofort bietet die Techniker Krankenkasse (TK) Ärzten und deren Mitarbeitern eine Telefonberatung an. Über eine kostenfreie Telefonleitung können alle Anliegen rund um die Behandlung von TK-Versicherten angesprochen werden - beispielsweise zu Versorgungsangeboten für Patienten mit bestimmten Diagnosen oder zur Bewilligung von Leistungen.

Für medizinische Fragen stehen zusätzlich Fachärzte des TK-Ärztezentriums zur Verfügung. Die dort besprochenen Themen werden - auch gegenüber der TK - streng vertraulich und nach dem Grundsatz der ärztlichen Schweigepflicht behandelt.



Techniker Krankenkasse

TK-Arztberatung
Mo. - Fr. von 8 bis 22 Uhr
Tel: 0800 - 285 85 87 22



Foto: Melanie Volmert

Stunde der Wahrheit: Kandidaten und Wahlbeobachter studieren die Ergebnisse der Auszählung im Ärztehaus

Erfolg für drei neue Listen

- Die KV-Wahl 2010 hat keine großen Umwälzungen gebracht, aber für deutliche Akzentverschiebungen gesorgt. Die KV-Führung ging gestärkt aus dem Urnengang hervor.

Die Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten setzen auf Kontinuität: Bei den KV-Wahlen 2010 hat die „Hamburger Allianz“ mit dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung Dr. Michael Späth als Spitzenkandidat nahezu 44 Prozent der für Ärzte reservierten Sitze errungen und wurde damit als stärkste Kraft bestätigt. Zweitstärkste Fraktion bleibt der Hausärzteverband (Hausarzt in Hamburg – DIE Hausarztliste); allerdings musste er Verluste hinnehmen.

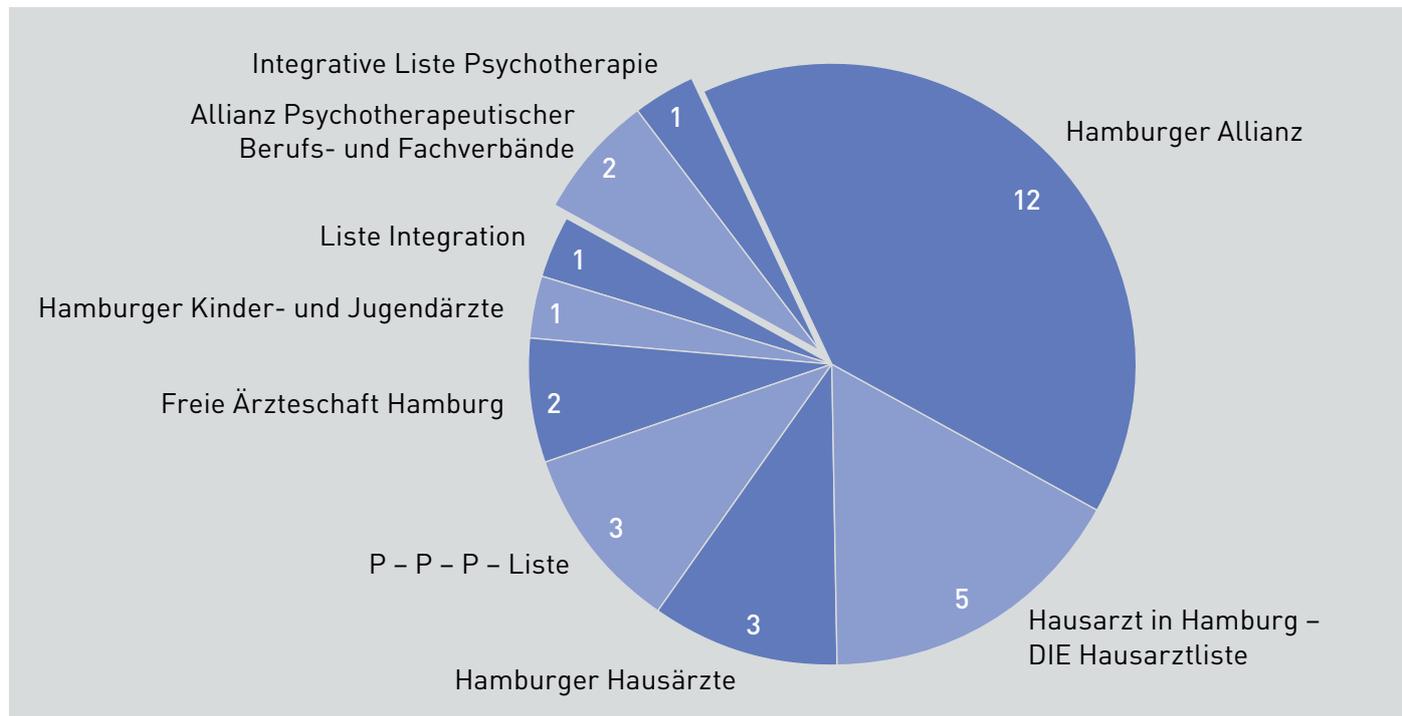
Für Aufsehen sorgte der Erfolg von drei neuen Listen. Die „Hamburger Hausärzte“, die sich im Wahlkampf als Selektivvertrags-Gegner positioniert hatten, wurden auf Anhieb zur drittstärksten politischen Kraft.

Die „Freie Ärzteschaft“ tritt nun auch in Hamburg den Marsch durch die Institutionen an. Und auch die Kinder- und Jugendärzte, die sich erstmals mit einer eigenen Liste zur Wahl stellten, schafften den Sprung in die Vertreterversammlung.

Ihre Position behaupten konnten die Vertreter der ärztlichen Psychiater und Psychotherapeuten (P-P-P-Liste) sowie die Liste „Integration“.

Zwei der drei für die Psychologischen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten reservierten Sitze gehen wie in der vergangenen Amtsperiode an die „Allianz Psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“, einer an die „Integrative Liste Psychotherapie“.

Sitzverteilung in der neuen Vertreterversammlung



Und das sagen die Spitzenkandidaten

» Das war ein Wahlsieg in schwierigen Zeiten, denn wir bekommen derzeit massiven Gegenwind von der Bundesebene. Dass uns dennoch so viele Vertragsärzte das Vertrauen ausgesprochen haben, freut mich sehr und hierfür danken wir auch. Das Wahlergebnis stärkt den Kurs des KV-Vorstandes, regionale Interessen gegen die verhängnisvolle Gleichmacherei der KBV durchzusetzen. «

*Dr. Michael Späth,
Spitzenkandidat der „Hamburger Allianz 2010“ (12 Abgeordnete)*



» Wir haben 60 Prozent der Hausarztstimmen bekommen, obwohl unsere Gegner propagandistisch auf allen Kanälen schwer aktiv waren. Erschreckend finde ich, dass 40 Prozent der niedergelassenen Kollegen sich nur noch so wenig mit dem KV-System identifizieren, dass sie schon gar nicht mehr wählen! «

*Dr. Frank Stüven,
Spitzenkandidat der Liste „Hausarzt in Hamburg –
DIE Hausarztliste“ (5 Abgeordnete)*

Fortsetzung auf S. 24

» Wir bedanken uns für das deutliche Vertrauen der hausärztlichen Wähler. Wir sehen das als klaren Auftrag, in der Vertreterversammlung während der nächsten sechs Jahre Sacharbeit zum Wohle der Hamburger Hausärzte zu machen und mit allen Arztgruppen zusammen nach konstruktiven Lösungen zu suchen. «

*Dr. Stephan Hofmeister,
Spitzenkandidat der „Hamburger Hausärzte“ (3 Abgeordnete)*



» Wir danken allen P-P-P-Liste-Wählern. Wir sind eine starke ärztliche Psychotherapie und werden in den nächsten sechs Jahren auch im Fachausschuss unsere Präsenz durchsetzen! «

*Dr. Hans Ramm,
Spitzenkandidat der „P-P-P Liste“ (3 Abgeordnete)*

» Wir freuen uns, dass die „Freie Ärzteschaft Hamburg“ als kritische Newcomerliste gleich zwei Sitze in der Vertreterversammlung errungen hat. Und ich hoffe natürlich, dass wir mit unserer Mitarbeit etwas für unsere Ziele erreichen können: die freiberuflichen Arztpraxen gegen die MVZ-Übernahmegelüste durch Kapitalgesellschaften zu schützen, Transparenz und Planungssicherheit für jedes KV Mitglied zu verbessern, den Kontroll- und Bürokratiewahn auch der KBV zu stoppen und natürlich Hamburg in eine e-Card freie Zone zu verwandeln! Und wir als fachübergreifende Liste sind unbedingt für die solidarische Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten in der Vertreterversammlung. «

*Dr. Silke Lüder,
Spitzenkandidatin der „Freien Ärzteschaft Hamburg“ (2 Abgeordnete)*





» Ich freue mich, dass die Pädiater jetzt in der VV vertreten sind und ihre Interessen im höchsten Gremium der Selbstverwaltung der KVH äußern können. Wir sollten uns alle wieder um eine klare gesundheitspolitische Linie bemühen und die Interessen aller Niedergelassenen in der KVH vertreten. «

*Dr. Hans-Ulrich Neumann,
Spitzenkandidat der „Hamburger Kinder- & Jugendärzte“ (1 Abgeordneter)*

» Die hohe Wahlbeteiligung ist erfreulich, das Ergebnis bestätigt unseren erfolgreichen KV-Vorstand. Ein bisschen mehr kritische Vielfalt - neben einer dominierenden Liste - würde der Vertreterversammlung gut tun. «

*Dr. Torsten Hemker,
Spitzenkandidat der „Liste Integration“ (1 Abgeordneter)*



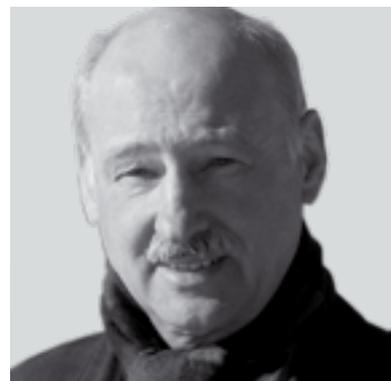
» Wir freuen uns, dass das Wahlergebnis unsere engagierte Arbeit in den KV-Gremien widerspiegelt und damit die Liste 2 „Allianz Psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände“ auch künftig mit zwei Sitzen in der Vertreterversammlung der KVH die Interessen Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen kompetent vertreten kann. Wir bedanken uns und werden unsere Arbeit in den Gremien im Sinne einer konstruktiven und sachgerechten Berufspolitik weiterhin fortführen. «

*Hanna Guskowski,
Spitzenkandidatin der „Allianz Psychotherapeutischer
Berufs- und Fachverbände“ (2 Abgeordnete)*



» Zehn Prozent mehr als bei den letzten Wahlen bei einer Wahlbeteiligung von 68 Prozent sind ein schöner Erfolg für die Integrative Liste Psychotherapie. Allerdings wären wir ohne die Sonderregelung bei den PsychotherapeutInnen mit drei statt einem Vertreter in die VV eingezogen. Das ist ein kleiner Wermutstropfen. «

*Claus Gieseke,
Spitzenkandidat der „Integrativen Liste Psychotherapie“ (1 Abgeordneter)*



Steckbrief – Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

Dr. Eckhard von Bock und Polach



Geb.-Datum: 12.4.1945

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Innere Medizin

Weitere Ämter: Sprecher des Finanzausschusses der KV, stellvertretender Vorsitzender des beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV, verschiedene Ausschüsse in der Ärztekammer (Strategieausschuss, erweiterer Widerspruchsausschuss)

Hobbys: Musik, Malerei, Gartenkultur, Medizin

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Wertschätzung des Berufes in der Öffentlichkeit, Erhalt der Selbstständigkeit, Entbürokratisierung und angemessene, leistungsbezogene Entlohnung.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?

Ich kann die Gesundheitsreformen in meinem bisherigen Berufsleben seit etwa 23 Jahren nicht mehr zählen. Teilreformen alle zwei Jahre, um den Flickenteppich zu stopfen, sind nicht zielführend. Eine grundsätzliche Reform, die auch das Ende des Budgets und eine Einzelleistungsvergütung nach einer echten Eurogebührenordnung umfassen müsste, hätte ich mir gewünscht.

Die Rolle der KV als Einheits-KV für alle Ärzte halte ich für dringend erforderlich.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?

Herrn Christian Wulff, um ihn zu fragen: Warum hat er auf das Amt des Bundespräsidenten bestanden und nicht zu Gunsten von Herrn Gauck seine Kandidatur zurückgezogen? War es Parteigehorsam oder Selbstzweck?

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?

Erhalt eines kulturhistorischen „Schatzes“ auf dem Lande, um ihn in gutem baulichen und ökonomischen Zustand an die nächste Generation weitergeben zu können, wie das auch viele Generationen vor uns geschafft haben! Und ich würde gerne - nach dem beruflich aktiven Leben - noch genug Zeit und Geld haben für kulturhistorische Reisen und die Pflege meiner Hobbys.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do 23.09.2010 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

Nach einem bundesweit einheitlichen Schulungscurriculum werden Praxisinhaber und -mitarbeiter befähigt, das QM-System „QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ohne externe Hilfe einzuführen. Das Seminar wird von KBV-lizensierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr 10.12.2010 (15:00–21:00 Uhr) /
Sa 11.12.2010 (08:30–16:30 Uhr)

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
Teil 1: Mi. 02.06.2010 (15:00–20:00 Uhr)
Teil 2: Mi. 18.08.2010 (15:00–20:00 Uhr)
Teil 3: Mi. 29.09.2010 (15:00–20:00 Uhr)
Teil 4: Mi. 10.11.2010 (15:00–20:00 Uhr)
Teil 5: Mi. 08.12.2010 (15:00–20:00 Uhr)

34 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

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

Mi 03.11.2010 (9:30–17:00 Uhr)

10 Punkte

QEP®-Datenschutzseminar

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 27.10.2010 (9:30–17:00 Uhr)

10 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

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

Bitte neue Termine ab Oktober erfragen.

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvvh.de → Fortbildung → Kalender

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak 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 Leistungs-
spektrum 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 und Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr

