

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 2 / 2010

Brauchen wir eine neue Bedarfsplanung?



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Arztmangel in Hamburg? Es kommt auf die Perspektive an. Die Bedarfsplanung sagt "Nein – es gibt im Gegenteil viel zu viele Ärzte und Psychologen in Hamburg". Der betroffene Bürger, der empört zusehen muss, wie sein Arzt "um die Ecke" die Praxis endgültig abschließt und seine Zulassung in einem MVZ im Zentrum verschwindet, wird eine andere Sichtweise haben – und äußert sie auch immer häufiger und immer lauter, auch gegenüber der KV Hamburg. Doch die gesetzlichen Möglichkeiten, die einer KV zu Gebote stehen, um aktive Versorgungspolitik zu betreiben, sind begrenzt – auch davon berichten wir in diesem KV-Journal. Vor allem aber: Ambulante Medizin verändert sich rapide. In Hamburg arbeitet bereits jedes zehnte KV-Mitglied in Anstellung, häufig in Teilzeit. Den "Arzt um die Ecke", der aufopferungsvoll und ohne Blick auf die Uhr seine eigene Praxis betreibt, wird es immer weniger geben. Wir werden viel Kreativität benötigen, um trotz dieser Rahmenbedingungen weiterhin ein flächenmäßig ausgewogenes Angebot an ambulanter Medizin aufrechterhalten zu können. Für entsprechende Vorschläge sind wir immer offen!





Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Satz: Headquarters Hamburg, www.hqhh.de Korrektur: Petra Marbs, Barbara Radke

Titelbild: istockphoto.de

Ausgabe 2/2010 (1. April 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: Brauchen wir eine neue Bedarfsplanung?	Z
Niederlassungssteuerung durch Honorarabschläge – funktioniert das?	5
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im staatlichen Steuerungs-Wirrwarr	6
Interview: Was einen Praxisstandort für niederlassungswillige Ärzte attraktiv macht	7
Neues KBV-Konzept: Bedarfsplanung mit Hilfe von Geo-Daten	8
Interview: Welchen Einfluss hat die Bedarfsplanung auf den Wert von Praxen?	10
Aus der Praxis für die Praxis	
Fragen und Antworten	12
Ergänzung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung: Was ändert sich?	13
Interdisziplinäre Frühförderung: Zuweisung erfolgt auf Kassenrezept	16
Amtliche Veröffentlichung	
Nachtrag zur Sprechstundenbedarfsvereinbarung	13
Qualitätssicherung	
Labor-Richtlinie: Übergangsregelung läuft aus	14
Pädiatrische Röntgenuntersuchungen: Die wichtigsten Mindestanforderungen im Überblick	15
Abrechnung	
PKV-Basistarif: Neue Vergütungsregelung /	
Abgabe der Abrechnungsunterlagen	17
Fallwertzuschläge: Wann sind sie untereinander verrechenbar?	18
Brennpunkt Arznei	
G-BA: Verordnung von Ezetimib und Aliskiren ist nur in Einzelfällen wirtschaftlich	22
Verblisterte Medikamente für Heimbewohner: Höhere Arzneimittelkosten können	
nicht dem verordnenden Arzt angelastet werden /	
Korrektur zu Clopidogrel-Artikel in Ausgabe 1/2010	23
KV intern	
Neuer Internet-Auftritt der KV Hamburg	24
Steckbriefe: Für Sie im beratenden Fachausschuss	26
Terminkalender	27

KVH-Journal 2/10 NHALT 3

Nachgefragt

Brauchen wir eine neue Bedarfsplanung?







Die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten in Wilhelmsburg ist statistisch normal. Es besteht aber natürlich die Gefahr, dass Praxen aufgekauft werden und wegziehen. Deshalb bin ich gegen eine unbeschränkte Niederlassungsfreiheit. Jeder Stadtteil soll die Versorgung bekommen, die er braucht. Die notwendigen Stellen müssen besetzt werden. Wir Ärzte und Psychotherapeuten haben einen Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Dr. Wolfgang Dehoust, Chirurg in Wilhelmsburg

4

Ich bin Obmann des Kreises 11 Billstedt/Horn/Billbrook/Morfleet, arbeite hier seit 1983 als Dermatologe und beobachte: Die fachärztliche Versorgung unseres Kreises wird zunehmend ausgedünnt. Immer mehr Arztsitze werden nach altersbedingtem Wechsel der Praxisinhaber in andere Stadtteile verlegt. Der Sitz des einzigen Lungenarztes wurde vom MVZ Atriomed aufgekauft und nach Winterhude verlegt. In der Kinderheilkunde droht ein Kahlschlag; Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten und andere Facharztgruppen sind weit unterhalb der Bedarfszahlen vertreten.

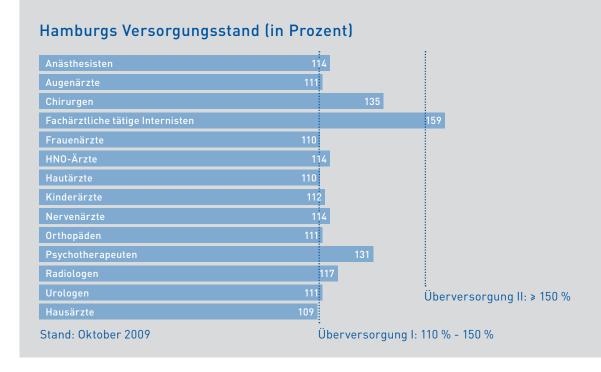
Auch ich habe keine einfachen Lösungsvorschläge, doch es ist Zeit, sich Gedanken zu machen, wie man die Abwanderung der Ärzte aus sozial benachteiligten Stadtteilen stoppen kann.

Dr. Joachim Weiß Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Billstedt

Im Süderelbebereich leiden wir sehr darunter, dass die Psychotherapeuten so ungleich über das Hamburger Stadtgebiet verteilt sind. Warum die KollegInnen lieber nördlich der Elbe praktizieren? Wahrscheinlich zieht es sie einfach in die schicken Stadtteile, weil es dort mehr Privatpatienten gibt! Ich plädiere nicht dafür, die freie Wahl des Praxisstandorts aufzuheben. Das wäre mir zu restriktiv. Um die Probleme in unterversorgten Stadtteilen zu lösen, schlage ich vor, einige zusätzliche Sonderbedarfszulassungen zu erteilen - und zwar mit einer örtlichen Bindung für sieben Jahre. Wer so lange an einen Ort gebunden ist, erfährt zum Beispiel bei uns in Süderelbe, dass wir kollegial sehr gut vernetzt sind und es sich hier gut arbeiten lässt. Dann stelle ich mir vor. dass die neuen Kolleginnen auch nach Ablauf der Frist gerne hier blieben freiwillig.

> Edith Kerbusk-Westerbarkey, Psychotherapeutin in Harburg

SCHWERPUNKT KVH-Journal 2/10



Altlasten der früheren Regierung

■ Viele Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten sollen weniger Honorar bekommen, weil sie in einem "überversorgten" Gebiet arbeiten – ein unsinniger und kontraproduktiver Plan.

Als der Erweiterte Bewertungsauschuss Ende 2009 beschloss, dass die Vertragsärzte und -psychotherapeuten ab 2011 in unterversorgten Gebieten mehr und in überversorgten Gebieten weniger Honorar bekommen sollen, stimmten die Ärztevertreter dagegen. Die frühere Regierung hatte diese Reform auf den Weg gebracht, um durch Geldanreize dafür zu sorgen, dass die Ärzte und Psychotherapeuten gerechter über das Land verteilt werden. Was ist so falsch daran? Es wird nicht funktionieren. Sollte der Beschluss tatsächlich umgesetzt werden, müssten viele Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten

empfindliche Honorareinbußen hinnehmen.

Hamburg ist ein einziger Planungsbezirk. Und weil die Stadt auf Ganze gesehen eine hohe Versorgungsdichte aufweist, würden auch jene Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Haftung genommen, die in den großstädtischen Brennpunkten arbeiten. Selbst wenn man die Stadt in Planungsbereiche unterteilen würde, die den Verwaltungsbezirken entsprächen, wäre keiner davon nach Definition der derzeitigen Bedarfsplanung unterversorgt. Honorarzuschläge, die für unterversorgte Gebiete vorgesehen sind, würden

also nicht nach Wilhelmsburg oder Neuenfelde gehen, sondern beispielsweise in die ländlichen Gegenden Brandenburgs. Weil es dort aber gar nicht so viele Ärzte gibt, die das Honorar erwirtschaften könnten, würde es an die Kassen zurückfallen. Damit entpuppt sich die Regelung als verdeckte Subventionierung der Krankenkassen.

Die neue Regelung ist nicht im Interesse der Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Sie ist aber auch nicht im Interesse der Hamburger Patienten. Die KV bekäme kei-

Fortsetzung auf S. 6

KVH-Journal 2/10 SCHWERPUNKT 5

Fortsetzung von S. 5

ne tauglichen Instrumente der Niederlassungssteuerung an die Hand – im Gegenteil: Ärzte und Psychotherapeuten in den großstädtischen Brennpunkten gerieten unter größeren finanziellen Druck – was eine Abwanderung von Praxen in Gegenden mit mehr Privatpatienten wahrscheinlicher machen würde.

Wäre die neue Regelung denn ein taugliches Mittel, den Ärztemangel in den ländlichen Gebieten Ostdeutschlands zu bekämpfen? Auch das ist keineswegs sicher. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen deuten darauf hin, dass es wesentlich höherer Geldanreize bedürfte, um niederlassungswillige Ärzte aufs Land zu locken (siehe Interview auf Seite 7).

6

Scharfgeschaltet wird die Zuund Abschlagsregelung, mit der noch eine gesetzliche Vorgabe der alten Regierung umgesetzt wird, nach derzeitiger Beschlusslage im kommenden Jahr. Fast alle Fachbereiche weisen in Hamburg eine Bedarfsdeckung zwischen 110 und 150 Prozent auf, was dem Überversorgungsgrad I entspricht. Damit würde ein prozentualer Abzug vom Orientierungspunktwert der Vergütung zwischen 5,5 und 7 Prozent fällig (bei Psychotherapeuten 9,5 Prozent).

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses sieht eine Konvergenzphase vor. Für Altpraxen, die vor dem 1. Januar 2010 zugelassen waren, soll der Orientierungspunktwert jährlich abgestaffelt werden, bis im Jahr 2016 das Punktwertniveau des jeweiligen Überversorgungsgrades erreicht ist. Bei neuen Praxen soll sich der stufenweise Übergang auf die Jahre bis 2013 verkürzen.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ging bereits auf Distanz zu diesem Reformprojekt seiner Vorgängerin: Der Weisheit letzter Schluss seien Honorarabschläge nicht, sagte er dem *Deutschen Ärzteblatt* (12.2.2010). Spannend hingegen sei, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung unlängst eine gemeinsame Bedarfsplanung für den ambulanten und den stationären Bereich vorgeschlagen habe (siehe Seite 8). "Daran zeigt sich doch", so Rösler, "dass es auch in bislang als sehr starr empfundenen Institutionen eine Bereitschaft gibt, über Dinge nachzudenken, die bis vor kurzem tabu waren."

Tücken der Niederlassungssteuerung

Quotenregelung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bringt den Fachbereich an die Grenze zur "Überversorgung II"

Nicht immer passen all die gut gemeinten gesetzlichen Maßnahmen zur Niederlassungssteuerung zusammen. Die Quotenregelung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beispielsweise, wonach deren Anteil an der Gesamtzahl der Psychotherapeuten auf 20 Prozent erhöht werden soll, lässt die Bedarfsdeckung für die psychotherapeutische Versorgung in Hamburg auf 142 Prozent hochschnellen.

Das war knapp: Eine Überschreitung der 150-Prozent-Marke ("Überversorgungsgrad II") hätte bei Umsetzung der Ab- und Zuschlagsregelung saftige Honorareinbußen von 19 Prozent für alle in diesem Versorgungsbereich Tätigen nach sich gezogen (einschließlich der "neuen" Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) – schließlich soll die Überversorgung ja nach dem Willen des Gesetzgebers ja abgebaut werden.

In Hamburg liegt der Anteil der Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, derzeit bei etwa 10 Prozent. Um die gesetzlich vorgeschriebene Quote von 20 Prozent zu erreichen, sollen im Lauf des Frühjahrs 70 zusätzliche Stellen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt werden.

SCHWERPUNKT KVH-Journal 2/10

"Passendes Gesamtpaket"

Was macht einen Praxisstandort attraktiv? Leipziger Wissenschaftler haben niederlassungswillige Ärzte befragt.

Herr Prof. Dr. König, welche Prioritäten setzen Ärzte, wenn es um den künftigen Praxisstandort geht? Was ist ihnen wichtig?

König: Wir haben in einer repräsentativen Befragung einer Stichprobe von mehr als 5.000 vor einer Niederlassungsentscheidung stehenden jungen Ärzten untersucht, welche Anreize in welcher Stärke und in welcher Kombination auf die Niederlassungsentscheidung wirken.

Es zeigte sich, dass in der Gesamtstichprobe das monatliche Nettoeinkommen als einflussreichstes niederlassungsrelevantes Merkmal beurteilt wurde. Allerdings verringerte sich dessen Einfluss etwas ab einem monatlichen Nettoeinkommen von über 7.500 Euro. Hingegen war ein zu erzielendes Nettoeinkommen von monatlich 2.500 Euro oder weniger für die Befragten mit einem stark negativen Anreiz für eine Niederlassungsentscheidung verbunden.

Welche Faktoren spielen sonst noch eine Rolle?

König: Neben der Höhe des zu erzielenden Einkommens hatten in unserer Studie die Anzahl der zu leistenden Bereitschaftsdienste und das Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder einen bedeutenden Einfluss auf eine Niederlassungsentscheidung. In der Wichtigkeit der Merkmale folgten dann die berufliche Zukunft des Partners, das Angebot an Freizeitmöglichkeiten und die berufliche Kooperation mit Kollegen.

Wie viel Geld müsste man einem Arzt monatlich zusätzlich zahlen, um die Nachteile einer typischen Landpraxis zu kompensieren?

König: Unsere Studie zeigte, dass eine typische Landpraxis im Vergleich zu einer typischen Stadtpraxis nach den durchschnittlichen Präferenzen der Gesamtstichprobe mit einem erheblichen Nutzenverlust verbunden ist. Um diesen Nutzenverlust auszugleichen, müsste ein zusätzliches monatliches Nettoeinkommen von über 8.000 Euro gezahlt werden.

Würde diese Summe niedriger, wenn man es schaffen würde, die Lebensqualität oder das infrastrukturelle Umfeld zu verbessern?

König: Ja. Entscheidend ist das passende Gesamtpaket an Praxismerkmalen, um die Wahrscheinlichkeit einer Niederlassung in ländlichen Regionen zu erhöhen. So zeigte sich in unserer Studie, dass das zusätzlich zu zahlende Nettoeinkommen deutlich sinkt, falls bei der Landpraxis die Anzahl der Bereitschaftsdienste sehr gering bleibt und sich das Schul- und Betreuungsangebot für Kinder direkt vor Ort befindet.

Mittels einer ausschließlich monetär anreizbasierten Strategie der Unterversorgung in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken, dürfte angesichts knapper Ressourcen im Gesundheitswesen aber schwierig werden.



Dr. Hans-Helmut König ist
Professor für gesundheitswissenschaftliche Versorgungsforschung
und Gesundheitsökonomie am UKE.
Die Studie "The Role of Monetary
and Nonmonetary Incentives on
the Choice of Practice Establishment" (Health Services Research
2010; 45:212-229) wurde im
Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer an der Universität
Leipzig durchgeführt, wo König bis
März 2010 lehrte.

KVH-Journal 2/10 Schwerpunkt 7



Versorgungsplanung mit Geo-Daten

Wie kann die Verteilung von Praxen optimiert werden? Die KBV hat ein neues Konzept entwickelt. KV-Hamburg-Chef Dieter Bollmann stellt es vor.

Die derzeitige Bedarfsplanung wurde im Jahr 1993 vor dem Hintergrund einer vermeintlichen Ärzteschwemme eingeführt. Die Zahl der Niederlassungen sollte begrenzt werden, indem man die Verhältniszahlen zwischen Ärzten und Patienten in einem Planungsbereich festlegte. Für eine Niederlassungssteuerung,



Dieter Bollmann

die mit dem Problem einer drohenden Unterversorgung in ländlichen Gebieten oder in großstädtischen Brennpunkten umzugehen hat, müssen andere Instrumente entwickelt werden.

In einigen Bundesländern werden die Ärzte knapp. Die meisten Planungsbereiche sind aufs Ganze gesehen statistisch noch immer gut versorgt. Doch vor allem in ländlichen Gebieten, weitab von den Speckgürteln der Kreisstädte, zeichnen sich Versorgungsengpässe ab.

Eine zeitgemäße Bedarfsanalyse muss wegkommen vom Denken in starren Planungsgebieten. Grundlage des weiterentwickelten Bedarfsanalysekon-

zeptes, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) durchsetzen will, ist ein Geo-Informationssystem, mit dessen Hilfe auch die Nachfrage und die Morbidität der Patienten gemessen werden können. Die sogenannte "Kleinräumige Versorgungsanalyse" bildet ab, wie die Patientenströme tatsächlich verlaufen. Man kann sich ansehen: Woher kommen die Patienten, die eine Praxis aufsuchen? Welche Wege legen sie zurück?

Zunächst wird analysiert, wo gemischte Wohn- und Gewerbestrukturen einer Stadt zu finden sind, wo die reinen Wohnbezirke liegen – und welche Sozial- und Altersstruktur die jeweiligen Einwohner haben. In

SCHWERPUNKT KVH-Journal 2/10



Kleinräumige Bedarfsanalyse: Neue Arztsitze werden geschaffen, wo sie gebraucht werden

einem nächsten Schritt definiert man "Schwerpunkträume", zu denen sich die Menschen in einer Region hin orientieren. Die Rohdaten hierzu gibt es bereits, sie liegen den statistischen Landesämtern und Raumordnungsbehörden vor.

Die potenzielle Nachfragesituation wird dann mit den ärztlichen oder psychotherapeutischen Angebotseinheiten in Beziehung gesetzt. Nehmen wir einen großstädtischen Sprengel in Hamburg, in dem 6.000 Menschen leben. Angenommen, etwa 2.000 davon sind bereits im Seniorenalter. Bei 300 handelt es sich um Kinder. Eine Kinderarztpraxis könnte sich hier nicht halten. Doch was unbedingt sichergestellt sein muss, ist eine wohnortnahe Hausarztversorgung.

Die Patienten richten sich aber nicht nur danach, welche Praxis am besten zu erreichen ist. Die Einzugsgebiete der Praxen sind auch abhängig von deren Ruf, dem Grad der Spezialisierung – und dem vom Patienten in Kauf genommenen Zeit- und Wegeaufwand.

Es gibt in Hamburg hochspezialisierte Praxen, deren Einzugsbereich bis weit in die benachbarten Bundesländer hineinreicht. Die Patienten

Die Landesgesundheitsbehörde hat ein großes Interesse an einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung, weil sie die Infrastruktur der Krankenhäuser fördert und angesichts knapper Finanzen dafür sorgen muss, dass die Fördermittel sinnvoll eingesetzt werden. Das Leistungsspektrum der Sektoren verschiebt sich: Viele Leistungen, die früher stationär erbracht wurden, sind in den am-

Neu ausgeschriebene Arztsitze hätten auf jeden Fall ein gutes Patientenpotential.

nehmen lange Fahrten auf sich – vorbei an Kliniken, die das gleiche Leistungsspektrum anbieten. Daraus kann man schließen: Die Bedarfsplanung muss genug gute Angebote für hochspezialisierte Leistungen verfügbar machen – wo diese Angebote angesiedelt sind, spielt dabei eine untergeordnete Rolle.

bulanten Bereich abgewandert. Was an den Krankenhäusern bleibt, sind vor allem große Operationen und Leistungen, die mit einem hohen pflegerischen Aufwand einhergehen. Weshalb sollte die Behörde ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung fördern, wenn

Fortsetzung auf S. 10

KVH-Journal 2/10 Schwerpunkt

Fortsetzung von S. 9

80 Prozent dieser Leistungen ambulant erledigt werden können? Wäre es nicht wirtschaftlicher, diese Klinik zu schließen und die verbleibenden 20 Prozent der Regelversorgungsfälle von einem Krankenhaus der Spezialversorgung versorgen zu lassen?

Um fundierte Entscheidungen über eine sinnvolle Versorgungsstruktur treffen zu können, sollten Landeskrankenhausgesellschaft, KV, Ärztekammer und Behörde bei der Bedarfsplanung an einem Tisch sitzen. Krankenkassen und Patientenvertreter sollten in beratender Funktion dabei sein.

Welche Auswirkungen hätte die neue Bedarfsplanung auf die einzelne Praxis? Für die bereits niedergelassenen Ärzte würde sich wenig ändern, denn anders als eine Steuerung durch Honorar-Zuschläge und -Abschläge wäre die auf Geo-Informationen gestützte Versorgungssteuerung nicht mit Sanktionen verbunden. Auch der Wert der Praxen wird nach Einschätzung von Experten durch zulassungsrechtliche Bedingungen nur in geringem Maße beeinflusst (siehe Interview unten).

Eine mit Geo-Daten arbeitende Bedarfsplanung arbeitet auf

"Keine wesentliche Änderung"

Gutachter Thomas Hopf über den Einfluss der Bedarfsplanung auf den Verkaufwert von Praxen

Derzeit werden verschiedene Varianten der Niederlassungssteuerung diskutiert. Welche Auswirkungen hätte die Zu- und Abschlagsregelung (siehe Seite 5) auf den Verkaufswert der Praxen?

Hopf: Wenn es Zu- oder Abschläge vom Orientierungspunktwert in Höhe von einigen Prozent gibt, wird sich dies in ähnlicher Größenordnung auch auf den Praxiswert niederschlagen. Landarztpraxen in unterversorgten Gebieten sind schwer zu verkaufen. Eine geringe Anhebung der Punktwerte wird das kaum ändern.

Laut Gesetz soll das Gesundheitsministerium Mitte 2012

10

prüfen, ob die Honoraranreize effektiv genug sind, um die Bedarfsplanung abschaffen zu können. Bricht der Praxismarkt zusammen, wenn die Zulassungsbeschränkungen fallen?

Hopf: Nein. Vor Einführung der Bedarfsplanung im Jahr 1993 wurden die Praxen zu marktgerechten Preisen verkauft. Mit den Niederlassungssperren ist es in einigen Fachbereichen und Gegenden zu extremen Preis-Ausreißern nach oben gekommen. Das würde sich mit dem Ende der Bedarfsplanung wieder normalisieren.

Von diesen Ausnahmen abgesehen würden sich die Verkaufspreise der Praxen nicht wesentlich ändern. Der Wert einer Praxis ist ja nur zu einem kleinen Teil von zulassungsrechtlichen Bedingungen beeinflusst. Sehr viel wichtiger sind Faktoren wie die Patientenbindung, der Umfang der Kartei, eventuelle Kooperationsansätze mit den umliegenden Kollegen, der Standort an sich, die Form der bisherigen Praxisführung, die Wirtschaftlichkeit der Praxis und die Kosten- und Organisationsstrukturen. Diese Faktoren sind völlig unabhängig von der Konkurrenzsituation und der Bedarfsplanung.

Im Jahr 2007 wurde die Bedarfsplanung für Zahnärzte gekippt. Ich kann nicht feststellen, dass es eine signifikante Verände-

SCHWERPUNKT KVH-Journal 2/10

die optimale Verteilung der Versorgungseinheiten hin. Bei einigen Praxen würde man deshalb den Betrieb wohl auslaufen lassen, sobald sich der Inhaber zur Ruhe setzt. Dieser hätte einen Anspruch auf Entschädigung in Höhe des Praxis-Verkehrswertes. Gut gehende Praxen, die einen Beitrag zur Sicherstellung leisten, würden wie bisher an einen Nachfolger weitergegeben. Wären die Arztsitze an einen bestimmten

Ort gebunden, könnten sie nicht mehr von Kliniken und Investoren aufgekauft und an anderer Stelle konzentriert werden.

Die KV würde Arztsitze ausschreiben, die entweder frei geworden sind oder in schlechter versorgten Gebieten neu geschaffen werden sollen. Der Standort der neuen Praxen würde nicht auf Straße und Hausnummer genau festgelegt, immerhin aber auf einen klei-

nen Radius von etwa einem Kilometer.

Anders als heute hätte ein interessierter Arzt die Sicherheit, am ausgeschriebenen Ort tatsächlich ein entsprechendes Patientenpotential vorzufinden. Diese Reduzierung des betriebswirtschaftlichen Risikos würde jungen Ärzten den Schritt in die Niederlassung erleichtern.

> Dieter Bollmann, Vorsitzender der KV Hamburg

rung der Praxis-Verkaufspreise gegeben hätte. Praxen, die nicht rentabel geführt werden, die keinen ausreichenden Patientenstamm aufweisen, sind weiterhin schlecht verkäuflich. Gute Praxen, die etabliert sind und die auf einem hohen Niveau arbeiten, erzielen weiterhin gute Preise.

Welche Auswirkungen auf den Praxiswert hätte das von der KBV vorgeschlagene Bedarfsplanungskonzept?

Hopf: Wenn man alle Zulassungen an den Standort bindet, würde dem Handel mit Arztsitzen, die verlagert und an einem MVZ konzentriert werden, ein Riegel vorgeschoben. Viele Krankenhäuser investieren derzeit eher aus strategischen Erwägungen in Arztsitze, weshalb in manchen Fachbereichen Preise gezahlt werden, die sich vom tatsächlichen Wert der Praxen völlig abgekoppelt haben.

Das Konzept der KBV ist in jedem Fall zeitgemäß. In anderen Branchen hat sich die Auswertung von geo-kodierten Daten als hilfreich erwiesen. Im Gesundheitsbereich gibt es dazu noch keine Erfahrungen. Wenn Ärzte und Psychotherapeuten künftig nur noch Zulassungen für Standorte bekommen, an denen sie ausweislich der Geodaten gebraucht werden, könnte das meiner Einschätzung nach zu einer verbesserten Versorgung führen. Mittelfristig würden vermutlich auch die Übernahmepreise für Praxen in den ländlichen Regionen steigen.

Für einen Arzt, der erwägt, aufs Land zu ziehen, mag die Aussicht, seine Praxis im Alter verkaufen zu können, durchaus eine Rolle spielen ... Hopf: Das stimmt. Allerdings sollte man die Rolle des Praxis-Verkaufserlöses bei der Alterssicherung eines Arztes nicht überschätzen. Im Gesamtvolumen aller Vorsorgemaßnahmen macht der Praxisverkauf normalerweise kaum mehr als zehn Prozent aus.



Thomas Hopf,
Geschäftsführer und Gesellschafter der Berliner Unternehmensberatung Kock & Voeste
und Wertgutachter für Arztpraxen

KVH-Journal 2/10 Schwerpunkt 11



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 Ich wurde von einer Patientin, die auf Grund einer schweren Erkrankung ihren Haushalt nicht führen kann, gebeten, eine Haushaltshilfe zu verordnen. Wie gehe ich dabei vor?

Die Bereitstellung einer Haushaltshilfe zählt nicht zu den verordnungsfähigen Leistungen. Sie muss von den Versicherten direkt bei der Krankenkasse beantragt werden. Von dort bekommen die Versicherten ein Formular, auf dem der Arzt lediglich die medizinische Begründung für den Einsatz einer Haushaltshilfe angibt und gegebenenfalls, wie lang diese benötig wird.

2 Kann ich Portokosten nach der Nr. 40120 EBM abrechnen, wenn ich einem Patienten ein Rezept zuschicke?

Nein. Beim Versand von Rezepten oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen können keine Portokosten abgerechnet werden. Es handelt sich dabei um eine reine Serviceleistung des Arztes. Sie können ihre Patienten jedoch bitten, Ihnen die Portokosten zu erstatten.

3 Ein Patient wünscht Einsicht in seine Patientenakte. Muss ich ihm diese gewähren?

Ein Patient hat grundsätzlich das Recht auf Einsicht in seine Patientenakten. Dieses Recht beschränkt sich jedoch auf die objektiven Teile der ärztlichen Aufzeichnungen, also zum Beispiel Befunde über Behandlungsmaßnahmen, Angaben über Medikation, Operationsberichte, EKG, EEG, Röntgenaufnahmen und Laborberichte. Die subjektiven Einschätzungen

des Arztes, seine persönlichen Eindrücke über den Patienten müssen nicht offenbart werden. (Empfehlung der Bundesärztekammer und der KBV zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, Punkt 5.1)

Eine Patientin wird am Samstag aus dem Krankenhaus entlassen und bekommt für den Rest des Tages Medikamente mit. Sie benötigt jedoch auch für den Sonntag Tabletten. Wer ist für die Verordnung am Sonntag zuständig?

Das Krankenhaus muss die benötigte Menge an Arzneimitteln abgeben, wenn in unmittelbarem Anschluss an die Entlassung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. (Apothekengesetz § 14 Abs. 7)

Ergänzung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung

■ Was ändert sich?

Die regelmäßigen Gespräche der KV mit der BEK-GEK haben erfreulicherweise zu wichtigen Ergänzungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung geführt. Dabei waren die vielen Hinweise und Anregungen der Hamburger Ärzte sehr hilfreich.

Die Änderungen traten bereits zum 1. Januar 2010 in Kraft. Die während des ersten Quartals 2010 verbrauchte Menge der betreffenden Artikel kann also schon in den ersten 14 Tagen des 2. Quartals zu Lasten der BEK-GEK nachbestellt werden.

Die für den täglichen Praxisablauf besonders interessanten Neuerungen haben wir hier für Sie kurz zusammengefasst:

1. Testgase: Pneumologen und Internisten sowie Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Pneumologie, die die Nummern 13650, 13660, 13661 beziehungsweise 04530 EBM abrechnen, können die für die Durchführung der Untersuchung erforderlichen Testgase über den SSB anfordern (Anlage 2, Nr. 5)

- 2. Gehsohlen, auch Gipslaufsohlen genannt, werden als Ergänzungsmaterial für Gipsverbände neben Gehstollen, -bügeln und Gummiabsätzen in die Sprechstundenvereinbarung aufgenommen (Anlage 2, Nr. 1). Beachten Sie bitte, dass lediglich Gehsohlen, keine aufwändigeren Gehgaloschen Bestandteil der Vereinbarung sind. Mit Bezug der Gehsohlen über die SSB-Vereinbarung entfällt die Möglichkeit der Sachkostenabrechnung.
- 3. Ophthalmika: In Anlage 2, Nr. 6 wird die Aufzählung der Augentropfen ergänzt und neu geordnet. Acetylcholinhaltige Augentropfen wurden zur Herstellung einer schnellen,

kompletten Miosis im Rahmen eines operativen Eingriffs ergänzend eingeführt, als Arzneimittel zugelassene viskositätserhöhende Augentropfen im Zusammenhang mit Spaltlampenuntersuchungen durch Augenärzte sind jetzt gesondert aufgeführt.

4. In der Anlage 4 (Ausstattungsliste Notfallkoffer) werden Oxacepam 10mg Tabletten, Höchstmenge 50 Stück, und NaCl-Lösung 0,9% in Faltenbalgflaschen, zum Beispiel als Freka drainjet, Höchstmenge 10 Flaschen, neu eingeführt.

Bitte lesen Sie die gesamten textlichen Änderungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung im Internet nach (siehe unten).

> Ansprechpartner Eva-Elisabeth Zunke Tel: 22802-402 Dr. Joachim Weidner Tel: 22802-442

Amtliche Veröffentlichung

Nachtrag zur Sprechstundenbedarfsvereinbarung

Der 4. Nachtrag zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf mit Wirkung der Anforderung für das 1. Quartal 2010 ist auf der Homepage der KV Hamburg veröffentlicht: www.kvhh.de \rightarrow amtliche Veröffentlichung

Bei Drucklegung war das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen, so dass das Inkrafttreten des Vertrages unter dem Vorbehalt der Beendigung des Unterschriftenverfahrens steht.

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

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900

Qualitätssicherung für Laboruntersuchungen

Übergangsregelung läuft aus



Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung labormedizinischer Untersuchungen (RiLi-BÄK), in Kraft getreten am 1. April 2008, regelt die Anforderungen an die Präanalytik und Postanalytik sowie die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im Laborbetrieb. Bis zum 31. März 2010 galt eine Übergangsregelung, um die Anforderungen in der Praxis umzusetzen. In dieser 7eit konnte die interne und externe Qualitätssicherung nach der zuvor geltenden Richtlinie durchgeführt werden.

Eine Ausnahme hiervon war die Bewertung der Ringversuche. Diese werden bereits seit dem 1. Januar 2009 nach der neuen Richtlinie bewertet.

Seit Anfang April gelten die neuen Regelungen.

Im Teil A , Nr. 7 der Richtlinie werden die grundlegenden Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem beschrieben, um eine einheitliche Anwendung zu gewährleisten. Neben post- und präanalytischen Prozessen ist die genaue

Beschreibung aller Laborprozesse erforderlich.

Im Teil B findet man die Grundsätze der Qualitätssicherung der Messergebnisse quantitativer labormedizinischer Untersuchungen. Sie wurden komplett überarbeitet. Alle quantitativen labormedizinischen Untersuchungen unterliegen der internen Qualitätssicherung. In der Tabelle B 1 a bis c sind die Grenzen für die Messabweichungen festgelegt. Die Berechnung erfolgt mit Hilfe des relativen quadratischen Mittelwerts der Messabweichung, nach Beendigung eines Kontrollzyklus.

Die externe Qualitätssicherung (Ringversuche) ist für alle in der Tabelle B 1 a bis c aufgeführten Laborparameter verbindlich. Die Teilnahme an einem Ringversuch ist weiterhin einmal im Quartal erforderlich.

Richtlinie und Durchführungsbestimmungen im Internet: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätssicherung \rightarrow Genehmigungspflichtige Leistungen \rightarrow Labor

> Ansprechpartner: Michael Bauer, Tel: 22802-388

Pädiatrische Röntgenuntersuchungen

■ Die wichtigsten Mindestanforderungen im Überblick

Den Ärzten der Radiologiekommission ist aufgefallen, dass die für pädiatrische Körperstammaufnahmen eingesetzten Verstärkerfolien häufig nicht den neuen Leitlinien der Bundesärztekammer (Stand 23. November 2007) entsprechen. Deshalb haben wir die Mindestanforderungen für pädiatrische Röntgenuntersuchungen hier nochmals zusammengefasst.

Die geänderten Leitlinien sehen bei Kindern (≤ 12 Jahre) generell (auch für Extremitäten) den Einsatz von Film-Folienkombinationen der Empfindlichkeitsklasse SC ≥ 400 vor. Bei digitalen Systemen darf die Bildempfängerdosis den Grenzwert von 5 μGy nicht überschreiten. Für Wirbelsäulenganzaufnahmen wird ausnahmslos die Empfindlichkeitsklasse SC = 800 mit einer Bildempfängerdosis von ≤ 2,5 μGy vorgegeben. Da für Aufnahmen des Körperstamms bevorzugt die Empfindlichkeitsklasse SC = 800 eingesetzt werden sollte, wäre bei Anschaffung neuer Verstärkerfolien die Umstellung auf die höheren Empfindlichkeitsklassen angezeigt. Die Ausgleichsfolien (+/-) werden nicht mehr aufgeführt und sind somit auch nicht mehr anzuwenden. Die Anhebung der Empfindlichkeitsklassen setzt allerdings voraus, dass der Generator sehr kurze Schaltzeiten zulässt. In der Anlage I der Sachverständigenrichtlinie (Stand 9. Januar 2009) liegt die Mindestanforderung bei ≤ 5 ms.

Dem Körperstamm sind auch der Schädel, die HWS, der Schultergürtel und die Hüftgelenke zuzuordnen.

Nach der Anlage I der Sachverständigenrichtlinie muss für Körperstammaufnahmen eine zusätzliche Filterung von 0,1 mm Cu-Äquivalent in den Strahlengang eingebracht werden. Dies entspricht einer Gesamtfilterung von 1mm Al plus 0,1 Cu-Äquivalent. Darüber hinaus empfehlen die Leitlinien auch für Aufnahmen der langen Röhrenknochen (großer Anteil rotes Knochenmark) die zusätzliche Filterung von 0,1 mm Cu-Äquivalent.

Bei allen pädiatrischen Röntgenuntersuchungen am Körperstamm einschließlich der Durchleuchtung muss die Einfalldosis beziehungsweise -dosisleistung und/oder das Dosisflächenprodukt (DFP) aufgezeichnet werden. Das Dosisflächenproduktmessgerät muss für pädiatrische Untersuchungen Werte im Bereich von 0,1 bis 10.000 µGy anzeigen können.

Ein Streustrahlenraster sollte erst bei Objektdurchmessern von größer als 12 bis 15 cm eingesetzt werden. An Aufnahmeund Durchleuchtungsgeräten sollte das Raster auf einfache Weise entfernt werden können. Darüber hinaus müssen gemäß der oben genannten Sachverständigenrichtlinie bei Durchleuchtungseinrichtungen, die nach dem 31. Dezember 2001 in Betrieb genommen wurden oder werden, folgende technische Einrichtungen vorhanden sein:

- Zusatzfilter: mindestens
 0,1 mm Cu-Äquivalent
- spezielle dosissparende Kennlinie
- Speicherung des letzten Durchleuchtungsbildes (Last Image Hold, LIH)

Wichtig ist, dass das Nutzstrahlenfeld korrekt eingeblendet wird (erkennbare Feldgrenzen) und dass die angrenzenden Körperabschnitte, insbesondere die Gonaden, konsequent mit Blei abgedeckt werden.

Sollten bei der Umsetzung Fragen oder Probleme auftauchen, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Ärztlichen Stelle gern zur Verfügung.

Ansprechpartnerinnen: Claudia Hinsch Tel.: 22 802 - 893 Sibylle Blauert Tel.: 22 802 - 451

15



Verordnung der interdisziplinären Frühförderung

Zuweisung erfolgt auf Kassenrezept

Krankenkassen und KV haben vereinbart, dass die Verordnung der interdisziplinären Frühförderung auf dem normalen Kassenrezept (Muster 16) erfolgen soll. Die Zuweisungsverordnung muss folgende Angaben enthalten:

- den Vermerk "Verordnung über die Eingangsdiagnostik interdisziplinärer Frühförderung"
- Diagnose (die eine solche Verordnung notwendig macht)
- Grund für die heilpädagogische Versorgung

Beispiele:

- Probleme in der Interaktion
- Kommunikationsprobleme

- Probleme beim Lernen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Sprachanbahnung
- Alltagsbewältigung
- Angststörung
- Aggression

Durch diese Regelung wird ausgeschlossen, dass die Verordnung zur Frühförderung versehentlich als Heilmittelverordnung die Richtgrößen des Arztes belastet. Zudem ist eine klare Abgrenzung zu sonstigen Leistungen möglich.

Die Ärzte können selbstverständlich auch weiterhin Überweisungen in Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) zur ärztlichen Mit-/Weiterbehandlung ausstellen. Hierzu wird das normale Überweisungsformular verwendet.

Von großer Bedeutung ist die klare Unterscheidung zwischen einer Zuweisungsverordnung zur interdisziplinären Frühförderung und der Überweisungen in ein SPZ insbesondere beim Hamburger Werner-Otto-Institut (WOI), das sowohl interdisziplinäre Frühförderstelle als auch SPZ ist und so schon bei der Terminvereinbarung erkennen kann, welcher Diagnostikweg eingeschlagen wird.

Weitere Informationen zum Thema interdisziplinäre Frühförderung finden Sie unter www.kvhh.de → Versorgung

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22802-900

Vergütung beim PKV-Basistarif

Ab 1. April gilt neue Multiplikator-Regelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) haben sich auf eine Honorierung von Leistungen für Privatpatienten geeinigt, die im PKV-Basistarif versichert sind.

Mit der Gesundheitsreform von 2007 wurden die privaten Krankenversicherungen verpflichtet, den PKV-Basistarif anzubieten. Im Basistarif versicherte Patienten sind Privatversicherte, deren Leistungsanspruch aber dem eines gesetzlich Versicherten entspricht.

Der PKV-Basistarif hat zum 1. Januar den PKV-Standardtarif abgelöst, dessen Versicherungsschutz ebenfalls mit dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Der

Standardtarif kann seither nicht mehr neu abgeschlossen werden. Für die Alt-Versicherten des Standardtarifs gelten aber dessen Vergütungsregelungen weiter.

Nach der neuen Vereinbarung können Leistungen für Patienten, die im PKV-Basistarif versichert sind, ab 1. April 2010 wie folgt privat abgerechnet werden:

Leistung nach GOÄ	Basistarif	Standardtarif (Alt-Versicherte)
Abschnitt M sowie die Leistungen nach der Nr. 437	0,9-facher Gebührensatz der GOÄ	1,16-facher Gebührensatz der GOÄ
Abschnitte A, E und 0	1,0-facher Gebührensatz der GOÄ	1,38-facher Gebührensatz der GOÄ
Übrige Leistungen	1,2-facher Gebührensatz der GOÄ	1,8-facher Gebührensatz der GOÄ

Diese Vergütungsregeln betreffen nicht die Leistungen für Patienten im PKV-Volltarif.

Abgabe der Abrechnungsunterlagen I. Quartal 2010

1. April 2010 bis 19. April 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 (Samstag, den 3. April 2010 bleibt die Abgabestelle geschlossen)

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

KVH-Journal 2/10 ABRECHNUNG 17

Verrechnungssystematik bei Fallwertzuschlägen

Können Fallwertzuschläge untereinander verrechnet werden? Oder mit dem RLV? Weil es hierzu viele Fragen gibt, haben wir die derzeit geltenden Regelungen nochmals zusammengefasst.

Neben dem Regelleistungsvolumen (RLV) kann ein Vertragsarzt zusätzliche Honorarvolumen für genau definierte Leistungen erhalten: die sogenannten Fallwertzuschläge. Durch die Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses und des auf Landesebene mit den Krankenkassen ausgehandelten Verteilungsmaßstabs ist geregelt, welche Fallwertzuschläge für die jeweilige RLV-Arztgruppe vorgesehen sind. Bei einigen Fallwertzuschlägen muss der Arzt auch über die Genehmigung zur Abrechnung der betreffenden Leistungen verfügen.

Liegen die Voraussetzungen für den Erhalt eines Fallwertzuschlages vor, wird dieser immer für den einzelnen Arzt berechnet. Die Summe der Fallwertzuschläge einer Praxis wird dann zusammen mit dem RLV im RLV-Zuweisungsbescheid und später in der Honorarabrechnung ausgewiesen.

Im Gegensatz zu den RLV können die für den einzelnen Arzt berechneten Fallwertzuschläge immer nur von diesem selbst abgerufen werden. Zwischen den Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft sind die Fallwertzuschlags-Volumen also nicht verrechnungsfähig.

18

Überschreitet ein Arzt sein Fallwertzuschlags-Volumen, fließt diese Überschreitung automatisch der persönlichen RLV-Anforderung des Arztes zu und kann - sofern dort noch ungenutztes Honorarvolumen zur Verfügung steht - mit dem RLV verrechnet werden. In die entgegengesetzte Richtung ist eine Verrechnung nicht möglich: Hat der Arzt sein RLV überschritten, kann diese Überschreitung nicht mit gegebenenfalls unterschrittenen Fallwertzuschlags-Volumen verrechnet werden.

Erst wenn die Verrechnung auf Arztebene abgeschlossen ist, können die RLV der einzelnen Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft untereinander verrechnet werden.

Hausärztlicher Bereich

Im hausärztlichen Bereich gibt es neun verschiedene Fallwertzuschläge (siehe Übersicht rechts). Um die Fallwertzuschläge für Sonographie, Psychosomatik, Langzeit-EKG und Chirotherapie zu bekommen, muss der Arzt eine Genehmigung zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen besitzen.

Die Berechnung der hausärztlichen Fallwertzuschläge erfolgt immer in gleicher Weise: Der Wert des Fallwertzuschlags wird mit der für die Berechnung seines RLV relevanten Fallzahl des Arztes multipliziert. Hat ein Arzt im Basisquartal beispielsweise 850 RLV-relevante Fälle versorgt, ergibt sich für den Fallwertzuschlag Chirotherapie (Wert 1,50 Euro) ein Fallwertzuschlags-Volumen in Höhe von 1,275 Euro.

Im hausärztlichen Bereich kann der Arzt sieben der neun Fallwertzuschläge untereinander verrechnen. Nur die Fallwertzuschläge Sonographie und Psychosomatik können nicht verrechnet werden. Faktisch ergeben die übrigen sieben hausärztlichen Fallwertzuschlags-Volumen also einen gemeinsamen Topf, der mit den Leistungen dieser Fallwertzuschläge gefüllt werden kann (siehe Grafik rechts).

Überschreitet der Arzt das Fallwertzuschlags-Volumen für Sonographie oder Psychosomatik oder das gemeinsame Volumen der sieben restlichen Fallwertzuschläge, fließt die Überschreitung wie oben beschrieben der RLV-Anforderung des Arztes zu.

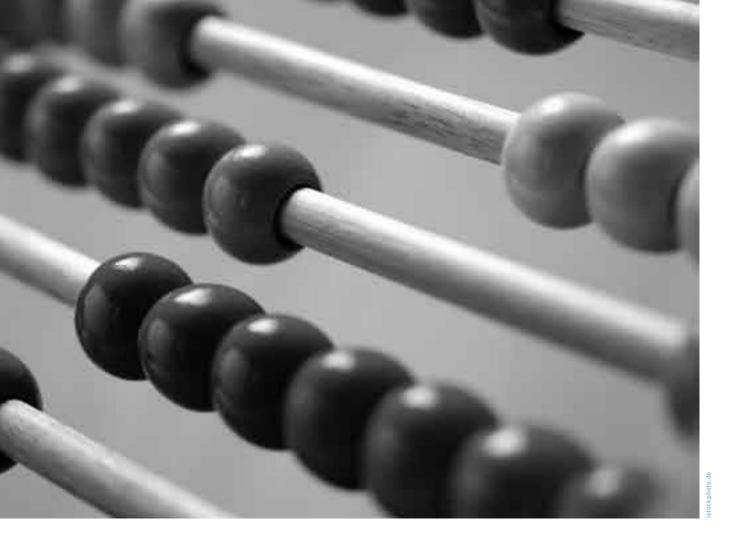
Fortsetzung auf S. 20

ABRECHNUNG KVH-Journal 2/10

Verrechnungsfähigkeit der Fallwertzuschläge im hausärztlichen Bereich

Name des Fallwert- zuschlags	enthaltene GOP	Wert in Euro	Bedingung	untereinander verrechnungsfähig	Geltung ab dem
1 Sonographie	33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092	3,50	Genehmigung erforderlich	nein	1. Quartal 2009
2 Psychosomatik	35100 und 35110	3,00	Genehmigung erforderlich	nein	1. Quartal 2009
3 Prokto-/Rektoskopie	03331 bzw. 04331	1,00		ja	1. Quartal 2009
4 Kleinchirurgie	02300 bis 02302	1,50		ja	1. Quartal 2009
5 Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00	Genehmigung erforderlich	ja	1. Quartal 2009
6 Langzeit-Blutdruck- messung	03324 bzw. 04324	1,00		ja	1. Quartal 2009
7 Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00		ja	1. Quartal 2009
8 Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50		ja	1. Quartal 2009
9 Chirotherapie	GOPen des Abschnitts 30.2 des EBM	1,00	Genehmigung erforderlich	ja	1. Quartal 2009
Fallwertzuschläge Arzt 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 untereinander verrechnungsfähig					
RLV Arzt 3 RLV Arzt 2 RLV Arzt 1 Praxis-RLV untereinander verrechnungsfähig					

KVH-Journal 2/10 ABRECHNUNG 19



Fortsetzung von S. 19

Fachärztlicher Bereich

Im fachärztlichen Bereich gibt es zwei unterschiedliche Arten von Fallwertzuschlägen (siehe Übersicht rechts).

Zum einen gibt es die Fallwertzuschläge für Sehschule, Phoniatrie und Pädaudiologie sowie die der Höhe nach unterschiedlichen Fallwertzuschläge der Diagnostischen Teilradiologie. Die Berechnung der Höhe des Fallwertzuschlags erfolgt hier in gleicher Weise wie im hausärztlichen Bereich. Der Wert des Fallwertzuschlags wird also mit der für die Berechnung des RLV relevanten Fallzahl des Arztes multipliziert.

20

Zum anderen gibt es im fachärztlichen Bereich für einige RLV-Arztgruppen sogenannte leistungsfallbezogene Fallwertzuschläge. Zur Berechnung der Höhe des Fallwertzuschlag-Volumens wird hier der Wert des Fallwertzuschlags mit der Zahl der "Leistungsfälle" multipliziert – also mit der Zahl der Fälle aus dem relevanten Basisquartal, in denen der Arzt die im Fallwertzuschlag enthaltenen Leistungen abgerechnet hat.

Die besonderen Berechnungsvorgaben für sogenannte "junge" und "neue" Ärzte und für Ärzte mit einer über dem 1,5 fachen des Durchschnitts liegenden Fallzahl (Abstaffelungsregelung) beim RLV gelten auch im Bereich der leistungsfallbezogenen Fallwertzuschläge.

Die Möglichkeit, einzelne Fallwertzuschläge untereinander zu verrechnen, gibt es im fachärztlichen Bereich nicht. Allerdings können auch im fachärztlichen Bereich Überschreitungen der Fallwertzuschlags-Volumina mit einer Unterschreitung des RLV des Arztes verrechnet werden.

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

ABRECHNUNG KVH-Journal 2/10

Fallwertzuschläge im fachärztlichen Bereich (nicht untereinander verrechenbar)

Name des Fallwert- zuschlags	gültig für RLV-Gruppe der	enthaltene GOP	Wert in Euro	Bedin- gung	Geltung ab dem
Sehschule	Augenärzte	06320, 06321	quartalsweise Berechnung		1. Quartal 2009
Phoniatrie, Pädaudiologie	HNO- Ärzte, FÄ für Phoniatrie, Pädaudiologie	20210 - 20371	quartalsweise Berechnung		1. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	alle fachärztlichen RLV - Gruppen, außer Nuklearmedizinern, Radiolo- gen und Strahlentherapeuten	34210-34282	5,00	Genehmigung erforderlich	1. und 2. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Chirurgen, Chirurgen mit ZB Proktologie, Plastische Chirurgen	34210-34282	6,10	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Frauenärzte, Frauenärzte mit SP Onkologie, Frauenärzte mit WB Endokrinologie	34210-34282	3,90	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	HNO - Ärzte	34210-34282	0,80	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Fachärztliche Internisten ohne SP und mit SP Endokrinologie	34210-34282	3,80	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Fachärztliche Internisten mit SP Gastroenterologie	34210-34282	2,10	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie, Fachärztliche Internis- ten mit SP Kardiologie und invasiver Tätigkeit	34210-34282	1,30	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Fachärztliche Internisten mit SP Pneumologie	34210-34282	4,70	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Fachärztliche Internisten mit SP Rheumatologie	34210-34282	5,40	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	MKG - Chirurgen	34210-34282	2,30	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Neurochirurgen	34210-34282	4,70	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Orthopäden, Chirurgen mit SP Unfallchirurgie	34210-34282	7,20	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	34210-34282	6,60	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	Urologen	34210-34282	3,30	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009
Diagnostische Radiologie	sonstige Fachärzte, außer Nuk- learmedizinern, Radiologen oder Strahlentherapeuten	34210-34282	5,30	Genehmigung erforderlich	3. Quartal 2009

Leistungsfallbezogene Fallwertzuschläge:

Name des Fallwert- zuschlags	gültig für RLV-Gruppe	enthaltene GOP	Wert in Euro	Bedin- gung	Geltung ab dem
Computertomographie	Radiologen	34310-34360	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	1. Quartal 2009
CT-gesteuerte Intervention	Radiologen	34502	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	1. Quartal 2009
Kernspintomographie	Radiologen	34410-34460	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	1. Quartal 2009
Nuklearmedizin	Radiologen	17310-17361 und 17371-17373	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	1. Quartal 2009
SPECT	Nuklearmediziner	17362-17363	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	1. Quartal 2009
Intervention	Fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie und invasiver Tätigkeit	34292	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	4. Quartal 2009
Intervention bei Neurochirurgen	Neurochirurgen	34310-34360 und 34502	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	4. Quartal 2009
Koronarangiographie	Fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie und invasiver Tätigkeit	34291	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	4. Quartal 2009
Serienangiographie	Fachärztliche Internisten mit SP Kardiologie und invasiver Tätigkeit	34283 - 34287	quartalsweise Berechnung	Genehmigung erforderlich	4. Quartal 2009
Spezielle Kardiologie	Kinderärzte mit SP Kardiologie	04410, 04418, 04419, 04420	quartalsweise Berechnung		4. Quartal 2009

KVH-Journal 2/10 ABRECHNUNG 21

G-BA: Therapiehinweise zu Ezetimib und Aliskiren

■ Einsatz nur in Einzelfällen wirtschaftlich

Im Dezember 2009 hat der G-BA sowohl für Ezetimib als auch für Aliskiren Therapiehinweise beschlossen.

Ezetimib

Die Monotherapie zur Behandlung von Hypercholesterinämien mit Ezetimib ist demnach nur wirtschaftlich, wenn die Behandlung mit Statinen wegen auftretender Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten nicht möglich ist.

Die Kombination von Ezetimib mit Statinen ist Patienten mit schwerwiegenden Fettstoffwechselstörungen vorbehalten, die ein sehr hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse haben (Ereignisrate

für 10 Jahre über 20 Prozent oder bestehende vaskuläre Erkrankungen). Für eine wirtschaftliche Verordnung sollte zusätzlich eine der folgenden Vorraussetzungen vorliegen:

- eine homozygote familiäre Sitosterinämie
- eine ausgeprägte, nicht anders zu behandelnde familiäre homozygote Hypercholesterinämie
- das Therapieziel der Verhinderung einer LDL-Apherese
- nachgewiesene Unverträglichkeit oder Kontraindikation für Statine

In den einschlägigen Studien konnte nicht bewiesen werden, dass durch die Therapie mit Ezetimib (Monotherapie oder Kombinationstherapie mit Statinen) die durch Herzinfarkt oder Schlaganfälle bedingten Todesfälle im Vergleich zur alleinigen Therapie mit Statinen reduziert werden. Deshalb gilt der (Mehr-)Nutzen im Vergleich zur alleinigen Therapie mit Statinen als nicht belegt.¹

Aliskiren

Weder für die Monotherapie noch für eine Kombinationstherapie mit Aliskiren ist belegt, dass sie eine bessere Blutdrucksenkung bewirkt als eine Dosisanpassung etablierter Antihypertensiva oder eine Kombinationstherapie mit diesen. Deshalb gilt die Verordnung des deutlich kostenintensiveren Aliskiren als unwirtschaftlich.

Die Verordnung von Aliskiren kann nur dann eine (wirtschaftliche) Therapieoption sein, wenn die Behandlung mit etablierten Antihypertensiva unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen und Kontraindikationen ausgeschöpft worden ist. Aber selbst dann gilt zu beachten, dass (Mehr-) Nutzen, und Langzeitwirkung sowie Langzeitsicherheit nur ungenügend beurteilt werden können und die Einnahmemodalitäten eine höhere



Die Ausführungen der Therapiehinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind für Vertragsärzte verbindlich. Zwar kann ein Arzt im Einzelfall auch davon abweichend verordnen, aber er sollte dies – für eventuelle Prüfungen – medizinisch gut begründen können.

Mitteilungen über das Inkrafttreten der Beschlüsse des G-BA finden Sie auf den blau markierten Seiten des *Deutschen Ärzteblattes* und über die Internetseite des G-BA (www.g-ba.de). Wir empfehlen Ihnen, diese Informationsmöglichkeiten konsequent zu nutzen.

Kooperation des Patienten erfordern.²

Die vollständigen Beschlusstexte lesen Sie bitte auf den entsprechenden Internetseiten des G-BA nach. Wir empfehlen Ihnen die Kriterien für eine wirtschaftliche Verordnung hinsichtlich beider Wirkstoffe unbedingt anzuwenden. Weiterverordnungen und vor

allem Neueinstellung sollten kritisch hinterfragt werden.

Die Bewertungen des G-BA berücksichtigen die gegenwärtige wissenschaftliche Datenlage. Fachliche Erläuterungen zu den Beschlüssen finden Sie veröffentlicht unter:

www.g-ba.de \rightarrow Informationsarchiv \rightarrow Richtlinien \rightarrow

Arzneimittel \rightarrow Anlage IV \rightarrow Beschlüsse.

Quellen:

- 1. Beschluss des G-BA über die Änderung zur Arzneimittelrichtlinie in Anlage IV – Therapiehinweis zu Ezetimib v. 17.12. 09 www.gba.de
- 2. Beschluss des G-BA über die Änderung zur Arzneimittelrichtlinie in Anlage IV Therapiehinweis zu Aliskiren v. 17.12.09 www.g-ba.de

Verblisterte Medikamente für Heimpatienten

Höhere Arzneimittelkosten können nicht dem verordnenden Arzt angelastet werden

Die Verblisterung von Fertigarzneimitteln für Pflegeheimpatienten soll die Sicherheit der Medikamentenabgabe erhöhen beziehungsweise die Fehlermöglichkeiten verringern. Ein Nebeneffekt kann allerdings sein, dass die Verordnungskosten steigen. Deshalb fürchten viele Ärzte, sie könnten Ärger wegen unwirtschaftlicher Verordnung bekommen. Das sehen wir nicht so.

Da höhere Stärken von Arzneimitteln (und größere Packungen) in Bezug auf den Wirkstoffgehalt oft wesentlich billiger sind als geringere Stärken (und kleinere Packungen), werden Tabletten höher dosiert verordnet und dann geteilt dosiert, um Kosten zu senken. Arzneimittel, die für Pflegeheimpatienten industriell neu verblistert werden, sind aber nur dann von der (erneuten) Zulassungspflicht befreit, wenn es sich um ein in Deutschland oder EU-weit zugelassenes Präparat handelt und dieses unverändert (ungeteilt) verblistert wird.

Für den verordnenden Arzt bedeutet dies, dass die Präparate in dosisangepasster Stärke rezeptiert werden müssen, um Teilungen der Darreichungsformen zu vermeiden. Die dadurch anfallenden Mehrkosten

können dem Arzt nicht als Unwirtschaftlichkeit angelastet werden, sondern entstehen aufgrund gesetzlicher Vorgaben.

Für einzelne Patienten, die Präparate in besonders niedriger oder ungewöhnlicher Dosierung aus medizinisch/therapeutischen Gründen benötigen, ist natürlich weiterhin die Verordnung geteilter oraler Darreichungsformen möglich, solange die Kinetik des Wirkstoffs, die Galenik der Tablette und die Zulassung des Präparates die Teilung erlauben. Hier muss dann das Pflegepersonal des Heims die Teilung individuell vornehmen.

Korrektur

Der Artikel "Blutgerinnungshemmer Clopidogrel" (Heft 1/2010, Seite 16) enthielt einen Fehler. Ausnahmeindikation für die Monotherapie mit Clopidogrel ist die typische Claudikatio intermittens mit einer Schmerzrückbildungszeit von mehr als 10 Minuten in Ruhe – nicht, wie fälschlich ausgeführt, weniger als 10 Minuten. Wir bitten dieses Versehen zu entschuldigen.

Ansprechpartnerin: Regina Lilje Tel: 22802-498

Einfacher und schneller navigieren

KV Hamburg mit neuer Internetseite online

In den vergangenen Monaten hat die KV Hamburg ihren Internetauftritt komplett überarbeitet. Das Ergebnis ist ein modernes Web-Angebot mit klaren Strukturen und neuen Service-Funktionen für KV-Mitglieder, Patienten und Medienvertreter. Die Navigation wurde auf die Interessen und Bedürfnisse der drei Nutzergruppen zugeschnitten.

Für Ärzte und Psychotherapeuten steht ein breites Angebot an Informationen rund um den Praxisalltag zur Verfügung – von A wie Abrechnung bis Z wie Zulassung. Neu ist die klar strukturierte Übersicht an Verträgen und Formularen, die per Mausklick heruntergeladen werden können.

Auch die Suchfunktion sorgt für mehr Effizienz: Statt auf den zahlreichen Unterseiten nach einem bestimmten Thema zu suchen, kann man den Begriff direkt in die Suchmaske eingeben. Die Suchmaschine durchsucht alle Seiten und Dokumente nach diesem Stichwort und wirft eine Trefferliste aus.

Auch die Navigation über flashnimierte Tagclouds, über die FAQ- und die KVH-Journal-Box spart Mausklicks und führt auf schnellstem Weg zum Ziel.

Journalisten gelangen über die Kategorie Presse von der Homepage direkt zu den Pressemitteilungen und Veröffentlichungen der KV. Ein RSS-Feed liefert den Medienvertretern auf Wunsch automatisch die aktuellen Pressemitteilungen.

Auch die Mitglieder der KV Hamburg können von diesem News-Service Gebrauch machen. Ob RLV-Übersichten, neue Angebote in der Praxisbörse oder eine wichtige Vertragsinformation – der erweiterte RSS-Feed der KV hält die Mitglieder auf dem Laufenden.

Für viele Patienten ist die bekannte und bewährte Arztsuche der Einstieg auf die Homepage. Ein Überblick über den ärztlichen Notfalldienst Hamburg zeigt den Hamburgern, wer für sie ambulante ärztliche Versorgung übernimmt, wenn die Praxis geschlossen hat.

Umfangreiche Gesundheitsinformationen zu den verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen und einer gesunden Lebensweise runden das Angebot für Patienten ab.



Klar strukturierte Übersicht: von A wie Akupunktur bis Z wie Zytologie

24

KVH-Journal 2/10









Veranstaltung am Mittwoch, 28. April 2010, 16–19 Uhr im Saal 1 der KV Hamburg (Ärztehaus), Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg

Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung: Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen

Um die eigene Existenz zu sichern, gehört unternehmerisches Denken mehr denn je in die Arztpraxis.

Neben dem Qualitätsmanagement ist auch Finanzmanagement gefragt. Business-, Finanz- und Investitionspläne werden in naher Zukunft zum Arbeitsalltag in den
niedergelassenen Arztpraxen gehören. Welche Fördermöglichkeiten stehen Ihnen als Arzt zu? Wie finden Sie
einen geeigneten Nachfolger für Ihre Praxis? Bekommen
Sie auch Geld für neue medizinische Geräte?

ber diese Fragen informiert die KV Hamburg in der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KfW initiierten Kampagne "Niederlassung, Nachfolge, Neuanschaffung: Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen". Experten geben ihr Wissen kompakt und verständlich in der dreistündigen Informationsveranstaltung an die Ärzte und Psychotherapeuten weiter.

Programm

- ▶ 16 Uhr Begrüßung
- 16.15 Uhr Impulsreferat "Impulse für Erfolg – Moderne Investitionsförderung für Arztpraxen" KfW Bankengruppe
- 17 Uhr Impulsreferat "KVH – wegweisend für Ärzte und Psychotherapeuten" Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
- 18 Uhr Talk "Finanzierung aus erster Hand"

Alle Experten stehen Ihnen gerne für Ihre Fragen zur Verfügung!

Anmeldung

Vor- und Zuname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Bitte bis zum **22. April 2010** an: **KV Hamburg** – Öffentlichkeitsarbeit Telefon: 040 22802-378

Telefax: 040 22802-420 franziska.schott@kvhh.de

Informationen auch im Internet: www.kvhh.de

Steckbrief – Für Sie im beratenden Fachausschuss (BFA)

Volker Lambert (BFA Hausärzte/Sprecher)



Geb.-Datum: 26.09.1945
Familienstand: verheiratet,
4 Kinder, 3 Enkel
Fachrichtung: FA für Innere
Medizin, FA für Allgemeinmedizin
Weitere Ämter: 1. Vorsitzen-

der des Vereins hausärztlicher Internisten, 2. Vorsitzender des Hausärzteverbandes. Mitglied im Bundesvorstand beider Vereinigungen Hobbys: Rennradfahren, Krimis lesen und schreiben, Geschichte der Pharmakotherapie

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Bundesweite Hausarztverträge - bürokratiebereinigt, lebensnah, verlässlich über Jahre Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren?

Die KV wird als neutrale Institution dafür sorgen, dass es eine wohnortnahe medizinische Versorgung gibt, dass diese Versorgung rational organisiert wird. Sie wird eine wissenschaftlich und politisch respektierte Organisation der Niedergelassenen sein und ein Gegengewicht gegen die Partikularinteressen der Pharmaindustrie, Versicherungen und anderer ökonomischer Nutznießer werden.

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

Horst Seehofer - mich interessiert sein Nachdenklichkeits/Populismus-Quotient.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Mit meinen 3 Söhnen den Nordsee-Radweg bewältigen.

26

Dr. Dirk Heinrich (BFA Fachärzte/Sprecher)



Geb.-Datum: 19.05.1959
Familienstand: verheiratet,
2 Kinder
Fachrichtung: Hals-NasenOhrenheilkunde und Allgemeinmedizin
Weitere Ämter: Landesvor-

sitzender des NAV und der GFB Hobbys: Skifahren, Lesen, Politik

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Den freien Beruf des Arztes wieder von der ständigen Gängelung durch Politik und Kassen befreien. Die Gemeinsamkeiten von Haus- und Fachärzten fördern.

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

KV wird wieder zur echten Interessenvertretung der niedergelassenen Ärzte, und wir sind mitten in einem System mit Grundleistungen durch die GKV und vielen Zusatzversicherungen mit Kostenerstattung. All das wird KV administrieren. Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?

Nelson Mandela. Wie hat er es geschafft, seine lange Haft zu überstehen, ohne Hass auf die Weißen zu entwickeln?

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

In unserem Weiterbildungsprojekt in Ruanda die ersten HNO-Ärzte, die dort ausgebildet wurden, in den Regionalkrankenhäusern arbeiten zu sehen und zu erleben, dass Kinder in Ruanda nicht mehr an Mastoiditis sterben müssen oder durch sie ertauben.

KVH-Journal 2/10

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung			
Do 08.04.2010 (ab 20:00 Uhr)	Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg		
Notfallseminare 2010 (für alle im ärztlichen Notfalldienst tätigen Ärzte)			
Basisseminar Sa 08.05.2010 (10:00-14:00 Uhr) Vertiefungsseminare Mi 07.04.2010 (18:00 - 20:00 Uhr)	Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Fortbildung → Kalender		
Mi 01.09.2010 (16:00 - 18:00 Uhr) Mi 27.10.2010 (18:00 - 20:00 Uhr)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
Qualitätsmanagement-Seminare			
QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen (16 Punkte) Fr 23.04.2010 (15:00 - 21:00 Uhr) / Sa 24.04.2010 (8:30 - 16:30 Uhr) Fr 18.06.2010 (15:00 - 21:00 Uhr) / Sa 19.06.2010 (8:30 - 16:30 Uhr) Fr 17.09.2010 (15:00 - 21:00 Uhr) / Sa 18.09.2010 (8:30 - 16:30 Uhr)			
QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten (16 Punkte) Fr 23.04.2010 (15:00 - 21:00 Uhr) / Sa 24.04.2010 (08:30 - 16:30 Uhr)			
QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen (16 Punkte) (5-teiliger Seminarblock) 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)			
QEP®-Vertiefungsseminare für Psychotherapeuten (30 Punkte) (einzeln buchbare Teile) Fr 18.06.2010 (15:00 - 21:00 Uhr) Fr 05.11.2010 (15:00 - 21:00 Uhr)	Ort: Arztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Fortbildung → Kalender		
QEP®-Themenseminare	Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633		
QEP-"Refresher" Auffrischung der Inhalte des Einführungsseminars (10 Punkte) Mi 05.05.2010 (9:30 - 17:00 Uhr) Mi 03.11.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)			
QEP-Zertifizierungsvorbereitung: Ist meine Praxis reif für die Zertifizierung? (10 Punkte) Mi 30.06.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)			
"QEP®-QMB-Seminar (3-teilig) Für die Qualitätsmanagement-Beauftragten der Praxis Mi 08.09.2010 (9:30 - 17:00 Uhr) Mi 22.09.2010 (9:30 - 17:00 Uhr) Mi 20.10.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)			
QEP®-QMB-Seminar "Datenschutz in der Praxis" (10 Punkte) Mi 27.10.2010 (9:30 - 17:00 Uhr)			
Moderatorentraining			
Die KV bietet wieder Moderatorentrainig für Ärze an, die einen Qualitätszirkel gründen oder leiten.	Mehr Infos dazu: www.kvhh.de → Startseite		











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

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

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

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

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

Anmeldung zu der	Info-Veranstaltungen:	Ja, wir nehmen teil.	Teilnehmerzahl
9.00—10.30 Uhr:	Rahmenbedingungen für Medizinische Versorgungszentren		
9.00—10.30 Uhr:	Der Hygieneplan in der Praxis		
9.00—10.30 Uhr:	Qualitätsorientierte Vergütung		
14.00—15.45 Uhr:	Medizinprodukte hygienisch richtig aufbereiten		
14.00—15.45 Uhr:	Stichprobenprüfungen durch KVen: Qual oder Qualitätsbeleg?	,	
16.15—18.00 Uhr:	Die neuen Kodierrichtlinien		
16.15—18.00 Uhr:	Qualitätsmanagement: aktuelle Entwicklungen und Neuerung	jen 🗆	
	n Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherap al. Melden Sie sich bis zum 30. April 2010 hier an:	Fortbildu	ingspunkte für de am Tag der desenen O, ICC Berlin
Postleitzahl, Ort:		·	
KV-Zugehörigkeit:			
Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname:			
Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname:			
Begleitendes Praxispersonal Vor- und Nachname:		Hauptstadtkon	0
E 11 000	//00550 00	√edizin und Ge	sundheit

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