

Bisherige Systematik bleibt erhalten

Neuer Honorar- verteilungsmaßstab



SSB-Vereinbarung

Die wichtigsten
Änderungen im Überblick

Grippeimpfstoffe

Bestellung und Lieferung
für die nächste Saison

Umfrage

Hohe Arbeitszufriedenheit unter
Ärzten und Psychotherapeuten

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Es wird nur ein kurzer Sommer sein für die KV Hamburg. Denn schon im September beginnen die Honorarverhandlungen für 2013 - zum ersten Mal seit knapp fünf Jahren tragen sie diesen Namen auch wieder zu-recht. Vier Jahre Zentralisierung haben in Hamburg verheerende Spuren hinterlassen. Es wird kaum möglich sein, den verlorengegangenen Boden auf einen Schlag wieder zurückzugewinnen. Aber wir können erste Schritte auf dieses Ziel hin unternehmen. Leicht wird es nicht werden, aber wir sind gut vorbereitet. Doch zunächst einmal wünschen wir Ihnen einen schönen, erholsamen Sommer - und uns allen einen erfolgreichen Herbst!



*Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstands-
vorsitzender der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild: Thomas Oswald/fotolia.com

Doppelausgabe 7-8/2012 vom 1. Juli 2012

[Redaktionsschluss: 18. Juni 2012]

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: Wie wurde die Honorarverteilung in anderen KV-Regionen geändert?	4
Reform statt Revolution: Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat einem neuen Verteilungsmaßstab zugestimmt	5

Gesundheitspolitik

Dr. Regina Feldmann zur KBV-Vizechefin gewählt /	
Neuer Vorstand der KV Schleswig-Holstein tritt an	8
NAV-Virchow-Bund: "Kassen setzen sich über G-BA-Beschlüsse hinweg"	9
Was ist eine Versorgerpraxis? Wir müssen über förderungswürdige Leistungen diskutieren	10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	12
Hamburgische Hygieneverordnung: Neue Regelungen für Praxen	14

Qualität

Neue Dokumentationsbögen für Substitutionsbehandlung /	
QEP-Seminar zum Arbeitsschutz in der Praxis	15

Abrechnung

Antrag oder Widerspruch? Ihre Rechte bei RLV/QZV-Zuweisungen und Honorarbescheiden	16
Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2012	17

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet	17
------------------------------	----

Brennpunkt Arznei

Sprechstundenbedarfsvereinbarung: die wichtigsten Änderungen im Überblick	18
L-Methionin nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig / Nutzenbewertung	21
Nachtrag zur Übersicht zu den Impf-Ergänzungsvereinbarungen	21
Bestellung der Grippeimpfstoffe für die nächste Saison / Bestell-Vordruck	22

Forum

Umfrage: Hohe Arbeitszufriedenheit unter Ärzten und Psychotherapeuten	24
---	----

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik	25
---	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung	26
Terminkalender	27

Nachgefragt

■ Wie wurde die Honorarverteilung in anderen KV-Regionen geändert?



Der neue Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der KV Bayerns steht unter dem Motto „Kontinuität und Stabilität“. Zunächst bleibt es also bei RLV und QZV. Hausärzte erhalten einen Sicherstellungszuschlag, wenn sie definierte, besondere hausärztliche Leistungen anbieten. Im fachärztlichen Bereich ging es darum, neue Honorarverwerfungen zu verhindern. Über eine „asymmetrische Verteilung der Zuwächse“ werden Honorarverluste aufgrund der letzten Reformen bei den betroffenen Fachgruppen ausgeglichen. Neu ist zudem eine Änderung beim „BAG-Zuschlag“, der für standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften künftig maximal bei zehn Prozent liegt. Für 2013 ist – abgestimmt mit Berufsverbänden und vorausgesetzt der Zustimmung der Vertreterversammlung – ein neuer HVM geplant.

*Dr. Pedro Schmelz,
erster stellvertretender
Vorstandsvorsitzender der
KV Bayerns*



In Rheinland-Pfalz wurden ab April 2012 die Regelleistungsvolumina durch Individualbudgets mit einer Mengenbegrenzung auf Basis der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge des Vorjahresquartals ersetzt. Praxisschwerpunkte werden über die Individualbudgets bereits abgebildet. Die Grundpauschalen werden bei Ärzten der Grundversorgung vorweg aus der jeweiligen Fachgruppe mit einem Punktwert von 3,7 Cent im hausärztlichen und 3,2 Cent im fachärztlichen Bereich vergütet. Honorarsteigerungen können nun wieder in vollem Umfang an die Praxen weitergegeben werden. Bei einer unverändert gedeckelten Honorarmenge und der Umstellung des Aufsatzjahres von 2008 auf 2011 sind aber auch Honorarveränderungen zwischen den Fachgruppen möglich. Eine Honorarklammer von fünf Prozent soll größere Verwerfungen verhindern.

*Dr. Sigrid Ultes-Kaiser,
Vorsitzende der
KV Rheinland-Pfalz*



Wir haben uns dafür entschieden, am HVM vorerst nur kleinere Anpassungen vorzunehmen und ansonsten die anstehende EBM-Reform abzuwarten. Verändert wurde die Zuschlags-Regelung für Gemeinschaftspraxen: Künftig erhält jede Gemeinschaftspraxis einen festen Zuschlag von zehn Prozent, allerdings nur für die Leistungen in den RLV. Bei der Bildung der Honorartöpfe der Fachgruppen werden wir künftig das Vorjahresquartal zugrunde legen. Die bisherige Basierung auf 2008 konnte die Entwicklungen innerhalb der Arztgruppen nicht mehr abbilden.

Außerdem haben wir im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung für Ärzte, die nicht an der Sozialpsychiatrievereinbarung teilnehmen, ein Zeitkontingent eingeführt – analog zur psychotherapeutischen Behandlung.

*Dr. Ralph Ennenbach,
stellvertretender Vorsitzender der
KV Schleswig-Holstein*

Reform statt Revolution

■ Die KV-Vertreterversammlung hat einem neuen Verteilungsmaßstab zugestimmt. Das bisherige System bleibt erhalten, Änderungen gibt es nur im Detail.

Die regionalen KVen haben durch das Versorgungstrukturgesetz die Verantwortung für die Honorarverteilung zurückbekommen. Verbindlich vorgegeben bleiben die Regeln zur Vergütung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie, zur Bereinigung der Gesamtvergütung bei Selektivverträgen, zur Vergütung von labormedizinischen Leistungen sowie zur Trennung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil. Ansonsten steht es der ärztlichen Selbstverwaltung frei, den Modus für die Verteilung der Honorare unter den Ärzten ihrer Region zu verändern.

Allerdings machen die meisten KVen von ihren neuen Gestaltungsmöglichkeiten nur wenig Gebrauch. Auch die Vertreterversammlung der KV Hamburg beschloss am 7. Juni 2012, das bisherige System der Regelleistungsvolumen zunächst beizubehalten. Eine grundlegende Umgestaltung der Verteilungsregeln führt notwendigerweise zu Umverteilungen; mit zusätzlichen Finanzmitteln ließen sich diese Umverteilungen abfedern, doch an genau diesem Geld mangelt es derzeit.

Oberste Maxime sei es, Umverteilungen zu vermeiden,

sagte deshalb KV-Chef Dieter Bollmann vor der VV. „Uns fehlt das Geld, um Umverteilungen ausgleichen zu können“, so Bollmann. „Denn über Honorarzuwächse kann in diesem Jahr nicht verhandelt werden. Obwohl die Krankenkassen einen Riesen-Überschuss angehäuft haben, bleibt der Anstieg der Gesamtvergütung nach gesetzlicher Vorgabe auf 1,25 Prozent beschränkt.“

Die KV Hamburg hat einen neuen, ab 1. Juli 2012 gültigen Verteilungsmaßstab vorgelegt, in dem die verschiedenen Grundlagen der bisherigen Verteilungsregelung (Verträge, Bewertungsausschuss-Beschlüsse, KBV-Vorgaben) zusammengefasst wurden. Dieser Text kodifiziert bis auf wenige Ausnahmen allerdings lediglich den Status Quo.

RLV-Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften

Zu den wenigen Änderungen gegenüber der bisherigen Verteilungsregelung gehört die Neujustierung der RLV-Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften. Den bisher bundesweit vorgegebenen Modus hielt die Vertreterversammlung für nicht sachgerecht. Die Zuschläge wurden gestaffelt, je nachdem, wie viele Patienten von den Ärzten einer

Berufsausübungsgemeinschaft gemeinsam behandelt wurden. Es gab Unmut: Die Regelung schien strategiefähig zu sein, und das kostete Geld, das an anderer Stelle fehlte. Deshalb beschloss die Vertreterversammlung eine neue Regelung:

Standortgleiche Berufsausübungsgemeinschaften

Berufsausübungsgemeinschaften, die an einem einzigen Standort praktizieren, bekommen bei der Zuweisung einen Zuschlag von zehn Prozent auf das RLV, unabhängig von ihrer Zusammensetzung oder dem Kooperationsgrad.

Standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften

Bei Berufsausübungsgemeinschaften, die unterschiedliche Standorte umfassen, gilt:

- Auf die RLV aller Ärzte in den Betriebsstätten der Praxis, in denen mehrere Ärzte arbeiten, wird ein zehnprozentiger Aufschlag addiert.
- Wollen auch die Ärzte der Betriebsstätten, in denen nur ein Arzt arbeitet, den Aufschlag erhalten, muss ein mindestens zehnprozentiger Kooperationsgrad im Vorjahresquartal nachgewiesen werden. Hierzu ist ein Antrag der Praxis notwendig, es

Fortsetzung auf S. 6

wird nicht von Amts wegen geprüft.

Die Zuschläge werden künftig zu einem Teil aus dem Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe bezahlt. (Verteilungsmaßstab der KV Hamburg § 25 Abs. 2)

Zuweisungsfrist für Regelleistungsvolumina

Eine weitere Änderung betrifft die Fristen für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina (RLV) und der Qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV). „Es gab missverständliche Fristenregelungen im Gesetz“, so Ulrich Kronert, stellvertretender Justitiar der KV Hamburg und zuständig für die Erstellung des HVM. „Einerseits war dort festgelegt, die RLV-Zuweisung solle vier Wochen vor Quartalsbeginn erfolgen. Andererseits war als Rechtsfolge formuliert, dass die

alten RLV weiter gelten, wenn die Zuweisung nicht rechtzeitig vor Quartalsbeginn erfolgt.“ Der neue Hamburger Verteilungsmaßstab schreibt nun eine klare Frist vor: „Die Zuweisung erfolgt spätestens fünf Werkzeuge vor Quartalsbeginn. Maßgeblich ist das Postaufgabedatum.“ Wird der Termin überschritten, gelten die RLV und QZV aus dem laufenden Quartal weiter. (§29, Abs. 2)

Zusatzbudgets für Hausbesuche

Außerdem beschlossen die Mitglieder der Vertreterversammlung eine Vergütungsregelung, die sicherstellt, dass das von den Krankenkassen zusätzlich für Hausbesuche zugesagte Zusatzbudget nicht der Hausarzt-Facharzt-Trennung unterliegt. Damit soll sichergestellt werden, dass das Geld tatsächlich jenen zugute kommt, die zusätzliche Hausbesuche machen. Die Grundbudgets für Hausbe-

suche bleiben weiterhin versorgungsbereichsspezifisch: Es gibt also spezielle Vergütungsvolumina jeweils für Hausärzte und für Fachärzte, die an der Höhe des jeweiligen Vergütungsumfanges im Vorjahresquartal ausgerichtet werden. Die Praxen bekommen für ihre Hausbesuche anteilig Grundbudgets zugewiesen. Werden diese Grundbudgets überschritten, erfolgt die Vergütung aus dem Zusatzbudget der Krankenkassen, soweit hierfür ausreichende Mittel verfügbar sind. Ob die Honoraranforderungen aus dem hausärztlichen oder fachärztlichen Bereich kommen, spielt keine Rolle. (§15)

Deckelung von Laborleistungen

Die KBV hat Vorgaben für eine Reform der Vergütung von Laborleistungen ausgearbeitet. Diese bundesweiten Regelungen wurden von der KV Hamburg in den Verteilungsmaßstab übernommen.

Wichtig sind dabei folgende Änderungen:

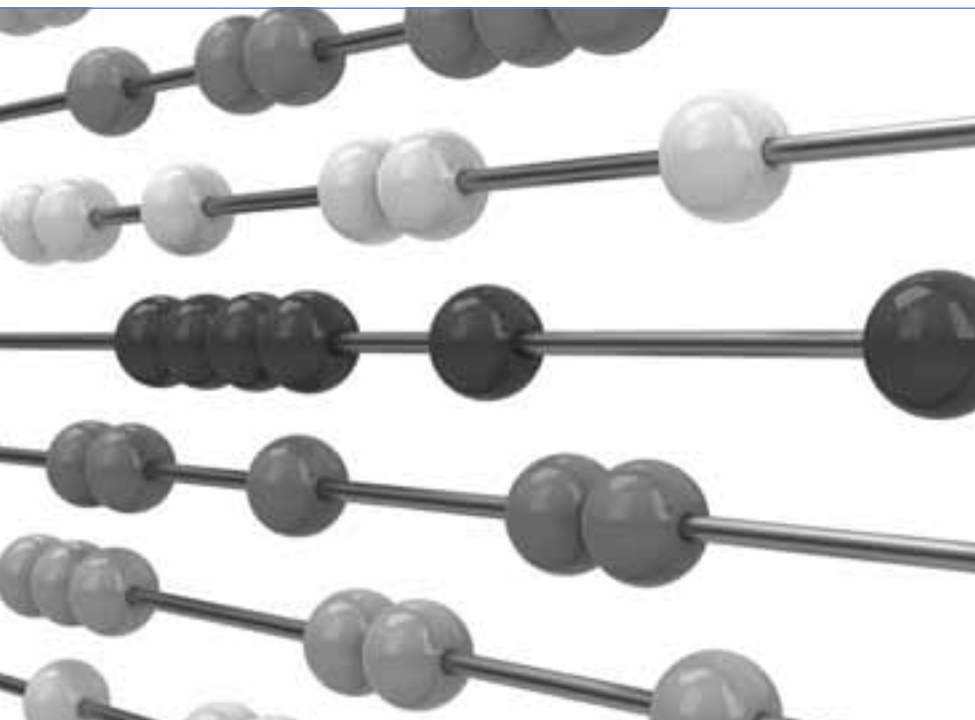
Laborärzte

Die Vergütung von Speziallaborleistungen nach Kapitel 32.3 EBM durch Laborpraxen wird bundesweit quotiert. Die Quote wird von der KBV ermittelt.

Selbstzuweiser

Nicht-Laborärzte, die in ihrer Praxis selbst Speziallabor nach Kapitel 32.3 EBM erbringen, unterliegen hierfür künftig einer fallwertbezogenen Budgetierung.

Foto: beermedia/fotolia.com



Zur Ermittlung des Budgets finden die nebenstehend aufgeführten Referenz-Fallwerte Anwendung (siehe Tabelle). Diese Fallwerte werden mit der Fallzahl des betroffenen Arztes aus dem jeweiligen Abrechnungsquartal multipliziert, woraus sich sein Budget ermittelt. Das Budget ist nicht verrechnungsfähig mit dem RLV.

Ein Arzt kann beantragen, individuell ein anderes Budget zugewiesen zu bekommen.

Da diese teilweise sehr einschneidend wirkende Regelung etwas kurzfristig durch die KBV erlassen wurde, kann ein betroffener Arzt beantragen, im 3. Quartal 2012 seine Verluste auf 15 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (unter Berücksichtigung der allgemein für das Labor geltenden Quotierung) zu begrenzen.

Dass die Laborreform bundesweit gilt, hat für die Hamburger Ärzte einen positiven Nebeneffekt, der mit dem Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) zusammenhängt. Der FKZ findet statt, wenn Hamburger Praxen Leistungen für Patienten erbringen, die nicht in Hamburg wohnen. Das Problem ist, dass die die KV Hamburg für Leistungen an auswärtige Patienten nicht den vollen Preis erstattet bekommt. Da es in der Hansestadt viele überregional arbeitende Labore gibt, betrifft dies zum großen Teil (etwa 55 Prozent) Laborleistungen. Der bundesweit einheitliche Rechenmodus

Speziallabor-Budgetierung bei Selbstzuweisern

Arztgruppe	Referenz-Fallwert in Euro
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkten Rheumatologie, Endokrinologie	40
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Hämatologie, Nuklearmediziner	21
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie, Lungenfachärzte, Dermatologen, Gynäkologen, Urologen und alle übrigen Facharztgruppen	4

sorgt nun für einheitliche Konditionen. Etwa ein Drittel des im Rahmen des FKZ bisher verloren gegangenen Geldes wird auf diese Weise wieder korrekt von den anderen KVen erstattet.

Pathologische und humangenetische Leistungen

In den meisten Leistungsbereichen gibt es für die Ärzte eine gewisse Kalkulationssicherheit durch die Zuweisung der Regelleistungsvolumina. Die pathologischen und humangenetischen Leistungen werden jedoch nicht über Regelleistungsvolumen, sondern über eine Quote gesteuert, die unter Berücksichtigung des historischen Leistungsbedarfs von 2008 errechnet wird.

Nach Auffassung der KV-Vertreterversammlung erfüllt eine solche Regelung nicht die Mindestanforderung an Kalkulationssicherheit. Eine am historischen Leistungsbedarf orientierte Quote gibt es zwar weiterhin – doch es wird eine Untergrenze eingebaut. Tiefer als 15 Prozent unter die Höhe der durchschnittlichen fachärztlichen Vergütungsquote

des Vorjahresquartals darf die Quote nicht sinken. (Die durchschnittliche fachärztliche Vergütungsquote beschreibt, wie viel Prozent des angeforderten Honorars die Fachärzte im Vorjahresquartal zum vollen Preis ausbezahlt bekamen.)

Um eine Kalkulationssicherheit bezüglich des zu erwartenden Honorars zu gewährleisten, wird diese Mindestquote von der KV jeweils vor Quartalsbeginn veröffentlicht. (§ 16 ff)

Dass in Hamburg bisher lediglich Einzelaspekte der Honorarverteilung geändert wurden, heißt nicht, dass dies in Zukunft so bleiben muss. „Für strukturelle Änderungen bräuchte man eine gewisse Vorlaufzeit“, sagt KV-Chef Dieter Bollmann. „In der zweiten Jahreshälfte werden wir mit den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung darüber diskutieren, ob und gegebenenfalls wie die Honorarverteilung weiterentwickelt werden soll.“

Der ab 1. Juli gültige Verteilungsmaßstab der KV Hamburg im Volltext: www.kvhh.de → *Recht und Verträge* → *Rechtsquellen und Verträge*

Hausärztlicher KBV-Vorstand gewählt

■ Die thüringer KV-Chefin Regina Feldmann hat den Sprung in den KBV-Vorstand geschafft. Sie setzte sich im zweiten Wahlgang gegen den Hamburger Kandidaten Dr. Stephan Hofmeister durch.

Noch Minuten vor der Abstimmung war alles offen. Regina Feldmann, Chefin der KV Thüringen, war die Wunschkandidatin des Hausärzteverbandes und einer Mehrheit der hausarzt-nahen Delegierten. Der Gegenkandidat Dr. Stephan Hofmeister hatte vor Ort den besseren Auftritt, bekam für seine Vorstellungsrede mehr Applaus. Dem Allgemeinmediziner aus Hamburg schien es gelungen zu sein, den Saal auf seine Seite zu ziehen.



Foto: KBV/Juppe

Regina Feldmann

Der erste Wahlgang brachte ein Patt: 29 zu 29 Stimmen bei zwei Enthaltungen. Erst im zweiten Wahlgang gab es eine knappe, aber eindeutige Entscheidung: 31 Stimmen für Feldmann, 28 für Hofmeister.

Als KBV-Vizechefin wird Regina Feldmann für den hausärztli-

chen Versorgungsbereich verantwortlich sein. Sie tritt die Nachfolge von Dr. Carl-Heinz Müller an, der sein Amt im Februar 2012, rund ein Jahr nach seiner Wiederwahl, aus persönlichen Gründen niedergelegt hatte.

Feldmann hatte sich in der Vergangenheit immer wieder

klar zum KV-System bekannt. „Ich sehe eine dringende Notwendigkeit darin, einen Schulterschluss zwischen dem Hausärzteverband und den Hausärzten in der KV hinzubekommen“, erklärte Feldmann nach der Wahl.

„Nur das macht uns als Versorgungsbereich stark. Wenn man ein Gleichgewicht zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag findet und sich dort nicht weiter bekämpft, wird es wieder eine Einheit der Hausärzte geben.“

Der Hausärzteverband begrüßte die Wahl von Regina Feldmann. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler erklärte, er kenne Feldmann seit längerem und schätze sie. Gewiss habe es schon Auseinandersetzungen gegeben, aber: „Wo Reibung ist, entsteht auch Wärme“.

Neuer Vorstand der KV Schleswig-Holstein

■ Allgemeinmedizinerin Dr. Monika Schliffke tritt die Nachfolge von Dr. Ingeborg Kreuz an

Dr. Monika Schliffke und Dr. Ralph Ennenbach bilden seit Mitte dieses Jahres den Vorstand der KV Schleswig-Holstein. Die Mitglieder der Abgeordnetenversammlung der KVSH hatten Schliffke im Fe-

bruar zur neuen Vorsitzenden gewählt und Ennenbach als stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden bestätigt. Die Amtszeit dauert sechs Jahre und endet am 30. Juni 2018. Die Ratzeburger Allgemein-

medizinerin Dr. Monika Schliffke tritt die Nachfolge von Dr. Ingeborg Kreuz an. Diese hatte im September vergangenen Jahres aus persönlichen Gründen angekündigt, für keine zweite Amtszeit zur Verfügung

zu stehen. Schliffke bringt viel standespolitische Erfahrung mit und ist seit Jahren ehrenamtlich in der Selbstverwaltung der KVSH tätig, unter anderem als stellvertretende Vorsitzende der Abgeordnetenversammlung und Kreisstellenvorsitzende. Der promovierte Physiker Ralph Ennenbach arbeitet seit 2001 für die KV Schleswig-Holstein und ist seit 2006 Vorstandsmitglied. Einen Kernbereich ihrer künftigen Arbeit an der Spitze der

KV sehen Schliffke und Ennenbach in der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages. Dazu soll der eingeschlagene Weg, der auf die Etablierung von Zweigpraxen setzt, fortgeführt werden. Ein zweiter wichtiger Schwerpunkt ist die Verbesserung der Wirtschafts- und Arbeitsbedingungen. „Dazu wollen wir die Chancen, die sich durch die zurückgewonnene regionale Gestaltungshoheit in der Honorarverteilung ergeben, gezielt nutzen“, so der Vorstand.



Dr. Monika Schliffke

Foto: KVSH

"Kassen setzten sich über G-BA-Beschlüsse hinweg"

■ NAV-Virchow-Bund kritisiert zunehmenden Einsatz alternativer Methoden auf Kosten des Solidarsystems

Nach Ansicht des NAV-Virchow-Bundes bieten Gesetzliche Krankenkassen immer mehr in ihrer Wirkung ungesicherte Behandlungsmethoden und Arzneimittel an. Gleichzeitig kritisieren sie Wahlleistungen in Arztpraxen. „Dieser Umgang mit alternativen Methoden ist Unsinn“, sagt der Verbandsvorsitzende Dr. Dirk Heinrich. So gewähre eine Vielzahl an Krankenkassen Satzungsleistungen, die aus gutem Grund nicht im Leistungskatalog der GKV vorkämen, weil der Nutzen nicht nachgewiesen sei. „Dabei umgehen die Kassen klar die von ihnen selbst mitgetragenen Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und setzen sich damit über das

Gremium hinweg“, so Heinrich. Konkret kritisiert er die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der Homöopathie, der Phytotherapie und der anthroposophischen Medizin, die seit 2004 eigentlich nicht mehr erstattungsfähig seien.

Doch nicht nur ungesicherte medizinische Methoden und Arzneimittel sollen die Kunden locken, ergänzt Heinrich. „Einige Versicherer zahlen sogar für die Behandlung durch Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht als Kassenärzte zugelassen sind und umgehen dabei die Qualitätsanforderungen, die Krankenkassen sonst bei Vertragsärzten regelmäßig einfordern.“ Die Absicht sei klar: „Die Kassen wollen



Foto: Gina Sanders/fotolia.com

ein bestimmtes Klientel bedienen - und das auf Kosten aller Beitragszahler“, so Heinrich. „Das hat mit der verantwortungsvollen Versorgung von Patienten nichts zu tun. So geht man mit Zwangsbeiträgen nicht um.“



Foto: Kzenon/fotolia.com

Was ist eine Versorgerpraxis?

- Die Ärzte müssen unverzichtbare Kernbereiche der Versorgung definieren. Nur durch den Nachweis einer "Förderungswürdigkeit" lassen sich künftig Aufschläge auf den EBM-Preis verhandeln.

Dass medizinische Innovationen zusätzliches Geld kosten, leuchtet ein und ist auch in Honorarverhandlungen gut zu vermitteln. Die Krankenkassen wollen neue Leistungen für ihre Versicherten? Dann müssen sie mehr Honorar zur Verfügung stellen.

Schwieriger wird es, wenn es um Leistungen geht, die nicht neu sind, aber das Fundament der Patientenversorgung ausmachen. Das Versorgungsstrukturgesetz gibt den KVen nun einige Instrumente an

die Hand, um die haus- und fachärztliche Basisversorgung wieder in den Fokus zu rücken. Zum einen eröffnet es die Möglichkeit, über zusätzliches Honorar außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für besonders förderungswürdige Leistungen zu verhandeln. Mit diesem Hebel hätte die KV-Forderung nach zusätzlichen Mitteln für Haus- und Heimbefuche, die von den Krankenkassen noch immer völlig unzureichend finanziert werden, möglicherweise mit

mehr Nachdruck vorgebracht werden können.

Ein anderes Instrument sind Aufschläge auf den Orientierungspunktwert („Sicherstellungszuschläge“) für Praxen, die ein bestimmtes, besonders förderungswürdiges Leistungsspektrum anbieten.

Der Gedanke ist bestechend einfach: Ohne ein breites, stabiles Fundament lässt sich kein Gebäude errichten. Ohne eine stabile, gesunde Basisversorgung im haus-

und fachärztlichen Bereich könnte keine Spezialversorgung existieren. Doch gerade die Basisversorgung ist in den vergangenen Jahren aus dem Blickwinkel geraten. Während über neue, aber seltene Leistungen auf der Bundesebene erbittert gerungen wurde, musste sich die Basisversorgung in mengenregulierenden Budgets zurecht finden.

Es gilt also, diese Versorgungsebene zu stärken. Dort werden noch immer die meisten Patienten versorgt, dort bewährt sich der Sicherstellungsauftrag. Doch was ist eine „Basisversorgung“, welche Merkmale zeichnet eine „Versorgerpraxis“ aus? Die KV Bayerns hat als erste entsprechende Überlegungen und Berechnungen angestellt, die die KV Hamburg nun auf großstädtische Verhältnisse übertragen will.

Die Anforderungen an eine Basisversorgung sind in einer Großstadt andere als in einem Flächenstaat. Deshalb muss die KV Hamburg klären: Was macht eigentlich eine Versorgerpraxis in Hamburg? Welche Leistungen muss eine Praxis, die in unserer Stadt zentrale Aufgaben der Sicherstellung übernimmt, auf jeden Fall erbringen? Wie müssen diese Leistungen bezahlt werden, damit die Praxis sie rentabel erbringen kann?

Die Versorgung leidet darunter, dass dem unbegrenzten Leistungsversprechen eine begrenzte Geldmenge gegen-

übersteht. Mit diesem Problem umzugehen, wird eine der großen Herausforderungen der Zukunft sein. Dabei ist die Lösung im Sozialgesetzbuch bereits aufgezeigt: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Über die Notwendigkeit der am ausgefransten Rand der etablierten Medizin angesiedelten Leistungsbereiche kann man endlos streiten. Sinnvoller ist es, notwendige Versorgung vom Kern aus zu definieren: Was sind die unverzichtbaren Basisleistungen, die keinesfalls finanziell ausgetrocknet werden dürfen?

Hierzu werden Kriterien notwendig sein, die eine Versorgerpraxis definieren. Welcher Leistungsumfang ist unerlässlich? Welche Leistungsbreite ist notwendig? Gibt es Trigger - beispielsweise die Verordnung bestimmter Medikamente oder ein definierter Anteil an bestimmten Indikationen -, die herangezogen werden können?

Die KV Bayerns hat sich zunächst der hausärztlichen Versorgung angenommen. Die Kriterien einer „Versorgerpraxis“ waren unter anderem eine Mindest-Scheinzahl, eine Mindestzahl an Haus- oder Heimbefuchen, an DMP-Patienten und an Verordnung von Medikamenten für chronisch erkrankte Patienten. Wer solche Faktoren nicht erfüllt, nimmt

entweder quantitativ an der Versorgung nicht teil oder hat sein Leistungsspektrum in eine andere Richtung spezialisiert.

Um Missverständnissen gleich vorzubeugen: Es ist absolut legitim, eine „kleine“ Praxis zu führen oder sich in einer Nische oder Spezialisierung zu betätigen. Dies ist gerade in einer Großstadt wie Hamburg mit den durchaus eigenständigen Wünschen vieler Patienten möglich und kann ein auskömmliches Honorar ergeben. Aber damit lässt sich die Basisversorgung nicht sicherstellen. Deshalb muss diese gestärkt werden - nicht auf Kosten der übrigen Versorgung, aber es ist durchaus möglich, Zuwächse speziell für diesen Sektor zu erhandeln.

Nun müssen mit den Fachgruppen die Kriterien für die Definition der Versorgerpraxen abgestimmt werden. Am Ende des Klärungsprozesses muss die ärztliche Selbstverwaltung eindeutige versorgungspolitische Forderungen vorlegen. Diese Forderungen sind medizinisch begründet und im Interesse des Patienten. Deshalb werden wir gute Chancen haben, sie in den Verhandlungen mit den Krankenkassen durchzusetzen - friedlich oder schiechlich.

*Walter Plassmann,
stellvertretender Vorsitzender
der KV Hamburg*



Foto: Felix Faller

Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Stefanie Schmidt, Monique Laloire, Petra Timmann, Anna Yankyera, Katja Egbers

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 *Kürzlich kam eine schwangere Patientin in der 29. Woche in unsere Praxis und wünschte ein Screening auf Gestationsdiabetes. Ist das Screening zu diesem Zeitpunkt noch möglich?*

Nein. Die Durchführung des Screenings als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur zwischen der 24. (24+0) und der 27. (27+6) Schwangerschaftswoche möglich. Eine Toleranzgrenze ist nicht vorgesehen. Selbstverständlich ist nach wie vor bei Verdacht auf einen Gestationsdiabetes ein OGT möglich.

2 *Gibt es einen Vordruck, auf dem Arzneimittel verordnet werden können, die nicht rezeptpflichtig sind? Wo können wir diese Vordrucke beziehen?*

Sie können Arzneimittel, die nicht rezeptpflichtig sind, auf einem sogenannten „Grünen Rezept“ notieren. Die Vordrucke erhalten Sie beim:

Paul Albrechts Verlag
Hamburger Str. 6
22952 Lütjensee
Tel.: 04154-799 166
Fax.: 04154-799 173
E-Mail: info@pavcard.de

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können auch ohne

die Vorlage eines Formulars vom Patienten in der Apotheke gekauft werden.

3 *Kann ich als niedergelassener Allgemeinarzt eine Überweisung zu einem Kieferorthopäden ausstellen?*

Nein. Kieferorthopäden nehmen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung, sondern an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. Eine Überweisung zu einem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen hingegen ist möglich.

4 *Wir werden häufig gebeten bei Patienten, die statio-*

när behandelt werden sollen, eine prästationäre Testung auf MRSA durchzuführen. Können wir die Leistungen im Rahmen des neuen MRSA-Screenings abrechnen, wenn wir die Qualifikation dafür haben?

Die bevorstehende Aufnahme in ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim ist keine Indikation für eine Testung auf MRSA. Die Leistung darf nur abgerechnet werden, wenn es sich bei dem Patienten um einen Risikopatienten handelt. Hierfür sind genaue Indikationen beschrieben, die wir Ihnen im Folgenden darstellen möchten:

Der Patient muss in den letzten sechs Monaten an mindestens vier zusammenhängenden Tagen stationär behandelt worden sein und zusätzlich folgende Kriterien erfüllen:

- positiver MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder

- zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - chronische Pflegebedürftigkeit (mind. Stufe 1),
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten,
 - liegende Katheter (z.B. Harnkatheter, PEG-Sonde),
 - Dialysepflicht,
 - Hautulkus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

Werden diese Indikationen bei Ihrem Patienten nicht erfüllt, müssen die Kosten für die Leistungen privat in Rechnung gestellt werden.

5 *Wir besitzen die Genehmigung zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern, aber es besteht Unsicherheit, welche für die Sanierung benötigten Präparate zu Lasten der Kasse verordnet werden können.*

Die Mupirocin-haltigen Nasensalben (wie Turixin®, Bactroban®) sind verschreibungspflichtig und können damit zu Lasten der GKV verordnet werden. Antiseptische Rachenspülungen (z.B. ProntoOral®, Octenidol® oder chlorhexidin-haltige Präparate) und Waschlösungen (z.B. Octenisan®, Decontaman®, Pron-toderm®, Skinsan Scrub®) sind entweder keine Arzneimittel oder nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, deren Kosten daher zumindest von erwachsenen Patienten selbst getragen werden müssen.

Bleibt die Sanierung eines MRSA-Risikopatienten erfolglos, können auch Kontaktpersonen (also Personen, die im gleichen Haushalt leben und die gleichen sanitären Einrichtungen benutzen) untersucht und bei positivem MRSA-Nachweis behandelt werden. Auch bei der Behandlung dieser Fälle ist Mupirocinhaltige Nasensalbe eine Kassenleistung.

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

...eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Tel: 040/202 299 222

Montag-Dienstag	9-13 und 14-16 Uhr
Mittwoch	9-12 und 14-16 Uhr
Donnerstag	9-13 und 14-18 Uhr
Freitag	9-12 Uhr



Hamburgische Hygieneverordnung in Kraft getreten

■ Neue Regelungen für Arztpraxen

Mit dem Inkrafttreten der „Hamburgischen Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ vom 27. März 2012 sind in Hamburg die gesetzlichen Vorgaben aus der letzten Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) umgesetzt worden. Ziel der gesetzlichen Neuregelungen ist, insgesamt die Qualität der Hygiene im Rahmen von medizinischen Behandlungen zu verbessern.

Die Hamburgische Hygieneverordnung gilt unter anderem auch für Einrichtungen des ambulanten Operierens, für Dialyseeinrichtungen sowie für Arztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden. Hierbei ist zu beachten, dass der Begriff der invasiven Eingriffe in der Hygieneverordnung nicht nur operative Eingriffe umfasst, sondern sämtliche Gewebe verletzende diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

Die Hygieneverordnung stellt an die betroffenen Einrichtungen je nach Risikoprofil unterschiedliche Anforderungen.

Für alle genannten Einrichtungen gilt:

- Es müssen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infek-

tionshygiene (Hygienepläne) festgelegt werden. Dies wurde bisher schon vom IfSG verlangt und wird durch die Verordnung konkretisiert.

- Die Mitarbeiter der Einrichtung müssen zu Beginn eines Arbeitsverhältnisses und dann mindestens einmal jährlich über die jeweiligen innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene informiert werden.
- Wird ein Patient verlegt, überwiesen oder entlassen, müssen Informationen zur Verhütung oder Bekämpfung von nosokomialen Infekten und von resistenten Erregern an Notfallrettung, Krankentransport und weiterbehandelnde Ärzte (unter Berücksichtigung des Schutzes der personenbezogenen Daten) weitergegeben werden.
- Es ist Pflicht, an regionaler Netzwerkarbeit mitzuwirken. (Die Netzwerke werden in Hamburg vom Öffentlichen Gesundheitsdienst aufgebaut und koordiniert. Wir informieren Sie, sobald Ergebnisse vorliegen.)

Für Dialyseeinrichtungen und Einrichtungen des ambulanten Operierens regelt die Hygieneverordnung darüber hinaus u.a.:

- hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen
- die personelle Ausstattung mit Hygienefachpersonal / hygienebeauftragten Ärzten und deren Fortbildungsverpflichtung (Hier gibt es eine Übergangsregelung: Die Vorgaben zur personellen Ausstattung müssen erst bis zum 31. Dezember 2016 erfüllt sein.)
- die Pflicht, nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen zu erfassen, zu bewerten und daraus Maßnahmen für das Hygienemanagement abzuleiten

Für Einrichtungen des ambulanten Operierens regelt die Hygieneverordnung darüber hinaus u.a.:

- die Pflicht, Daten zu Antibiotikaresistenzen und zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs zu erfassen und daraus Konsequenzen für das Ordnungsmanagement abzuleiten
- die Pflicht, der Behörde einmal jährlich über diese Auswertungen (nosokomiale Infektionen / Antibiotikaverbrauch) und die daraus abgeleiteten Maßnahmen zu

berichten und diese Berichte zu veröffentlichen

- die Pflicht, eine Hygienekommission zu bestellen (nur, wenn das ambulante Operieren der überwiegende Zweck der Einrichtung ist)

Die bisherigen allgemeingültigen Hygienestandards aus dem IfSG bleiben auch weiterhin gültig.

Den Volltext der Hygieneverordnung finden Sie unter der

Internetadresse: www.hamburg.de/krankenhaushygiene.

*Ansprechpartnerin für
KV-Mitglieder:*

*Astrid Kuratnik,
Tel. 22802-539*

Neue Dokumentationsbögen für die Substitution

Anfang des Jahres haben sich die Qualitätssicherungskommission Substitution und die KV Hamburg darauf verständigt, dass für eine bessere Überprüfung der Qualität in der vertragsärztlichen Substitutionsbehandlung die Dokumentationsbögen zu novellieren sind. Folgende Formulare wurden geändert:

- Aufnahmedokumentation
- Verlaufsdokumentation
- Dokumentation nach Ablauf von fünf Behandlungsjahren

Die Dokumentationsbögen wurden unter anderem um die Angaben zu den Vergabemodalitäten des Substitutionsmedikaments und zur aktuellen familiären und sozialen Situation des Patienten ergänzt.

Ein neues Formular wurde für die Dokumentation der psychosozialen Betreuung (PSB) entwickelt. Dieses PSB-Formular soll in Zukunft verbindlich mit der Substitutionsdokumentation geführt und bei Qualitätsprüfun-

gen durch die KV Hamburg mit vorlegt werden.

Die neuen Formulare sind ab 1. Juli 2012 gültig. Sie sind zu finden unter: www.kvhh.de → *Formulare*

Ansprechpartner:
Christine Schwarzloh,

Tel: 22802-741

Michael Bauer,

Tel: 22802-388

QEP-Seminar zum Arbeitsschutz

Auch in (kleinen) Arztpraxen gelten die Arbeitsschutzgesetze - und ihre Einhaltung wird von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) überprüft. Die Schutzmaßnahmen dienen dazu, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle in der Praxis zu vermeiden.

In dem von der KV Hamburg angebotenen QEP-Seminar „Arbeitsschutz“ lernen die Teilnehmer, wie sie sich, ihre Mitarbeiter und die Patienten wirksam vor Unfällen schüt-

zen können. Anhand von Beispielen wird verdeutlicht, wie Gefahrenquellen in der Praxis zuverlässig vom Praxisinhaber selbst zu erkennen und zu beheben sind.

Darüber hinaus wird in diesem Seminar aufgezeigt, wie Maßnahmen des Arbeitsschutzes in das Qualitätsmanagement integriert werden können und damit ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess zum Sicherheits- und Gesundheitsmanagement etabliert werden kann.

Das Seminar richtet sich an Ärzte sowie an alle für den Arbeitsschutz verantwortlichen Personen in der Praxis.

Neuer Termin:
Mittwoch, 26. September 2012
(9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: 149 Euro
inkl. Verpflegung

10 Fortbildungspunkte

Ansprechpartnerin:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Antrag oder Widerspruch?

■ Ihre Rechte bei RLV/QZV-Zuweisungen und Honorarbescheiden

Wer mit der Höhe der RLV/QZV im Zuweisungsbescheid oder im Honorarbescheid nicht einverstanden ist, kann Anträge stellen und/oder einen Widerspruch einlegen. Der neue Verteilungsmaßstab (VM) stellt klar, welches Instrument im jeweiligen Fall anzuwenden ist (siehe dazu § 31 Abs. 2 und 3 VM).

Anträge

Einen Antrag können Sie stellen, wenn Sie zur Änderung der RLV/QZV folgende Sachverhalte geltend machen möchten:

- eine außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten
- das Vorliegen von Praxisbesonderheiten
- sonstige Gründe der Sicherstellung
- eine anderweitige Arztgruppenzuordnung für die RLV-Zuweisung

(Näheres hierzu im § 31 Abs. 1 VM)

Außerdem können Sie einen Antrag stellen, wenn Sie folgendes beantragen wollen:

- als „Nicht-Labor-Arzt“ eine Erweiterung des Laborbudgets für die speziellen Laboratoriumsuntersuchungen (§ 12 Abs. 3 VM)
- als neu zugelassener Arzt ein Vergütungsvolumen für Haus- und Heimbefuche (§ 15 Abs. 6 VM)

- eine Ausnahme von der Fallwertminderung bei überdurchschnittlich großen Praxen (§ 22 Abs. 4 VM) oder
- eine RLV-Erhöhung bei standortübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften wegen einer Kooperation im Vorjahresquartal (§ 25 Abs. 2 c VM)

Bei den oben genannten Sachverhalten sind ausschließlich Anträge zu stellen. Zusätzlicher Widerspruch bedarf es nicht. Anträge müssen schriftlich gestellt und begründet werden. Sie sind quartalsbezogen zu stellen und können bis zum „bestandskräftigen“ Abschluss des betreffenden Quartals gestellt werden. Das bedeutet, dass Sie einen Antrag noch bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist beziehungsweise bis zur Beendigung eines Widerspruchs- oder Klagverfahrens gegen die Honorarabrechnung des betreffenden Quartals stellen können.

Zu den Anträgen ergeht ein Bescheid der Fachabteilung, gegen den Sie Widerspruch einlegen können.

Nachvergütungen auf Grund von Antragsbescheiden erfolgen auch dann, wenn das betreffende Quartal ansonsten bereits bestandskräftig abgeschlossen ist. Sie müssen also

keinen Widerspruch gegen die Honorarabrechnung einlegen, wenn Sie für das betreffende Quartal noch eine Nachvergütung aus einem laufenden Antragsverfahren erwarten.

Widersprüche

Einen Widerspruch können Sie immer dann einlegen, wenn Sie den RLV/QZV-Bescheid oder den Honorarbescheid aus anderen Gründen als den oben aufgeführten Antragsverhalten für rechtswidrig halten. Hierzu gilt die dem Bescheid beigefügte Rechtsbehelfsbelehrung. Über Widersprüche entscheidet satzungsgemäß der Vorstand.

Selbstverständlich können Sie mit entsprechenden Begründungen auch sowohl einen Antrag stellen als auch einen Widerspruch einlegen. Es schadet auch nicht, wenn Sie Ihr Anliegen mit dem falschen Begriff bezeichnen. Wir werden Ihre Schreiben in allen Fällen hausintern der richtigen Bearbeitung zuführen und Sie entsprechend informieren.

*Ansprechpartner:
Stefan Hagen,
Tel: 22802-397*



Foto: frox/fotolia.com

Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2012

Abgabefrist: 2. Juli bis 16. Juli 2012

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

Abgabezeiten in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einen Datenträger in die KV bringen und dort in einen bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

Ort: In Ihrer Abrechnungsabteilung AB 1 bis AB 5, Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo.– Fr. von 7:30 bis 16:00 Uhr oder nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit

schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen. Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden

über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900*

Amtliche Veröffentlichung

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

I. Verträge

- 1. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautvorsorge-Verfahrens mit der HEK ab 1. Mai 2012
- Technische Anlage zur Anlage 10 (Medikationscheck) des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V mit der Knappschaft

II. Hinweis: Das Unterschriftenverfahren für folgende Verträge ist nun abgeschlossen:

- Umsetzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) vom 26. März 2012 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic, der Knappschaft und dem vdek mit Wirkung ab 1. April 2012.

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

Infocenter, Tel. 22802-900

Neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung

■ Die wichtigsten Änderungen im Überblick

Viele Hinweise und Anregungen der Hamburger Ärzteschaft haben die Notwendigkeit deutlich gemacht, die Sprechstundenbedarfsvereinbarung neu zu verhandeln. Die neue Fassung liegt nun vor und ist ab 1. Juli 2012 gültig.

Die Mehrzahl der Änderungen sind rein redaktioneller Art mit dem Ziel, die Vereinbarung verständlicher zu machen. Präzisere Formulierungen sollen helfen, Regresse zu vermeiden. Durch Streichungen und sinnvolle Ergänzungen wird die Vereinbarung weiter konsequent an die medizinischen Realitäten angepasst.

Ein wesentlicher Erfolg der Verhandlungen mit den Krankenkassen ist, dass die Anlage 4 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (Ausstattungsliste für den organisierten Notdienst) künftig auch für Haus- und Heimbesuche während der normalen Praxisöffnungszeiten sowie für den Hausbesuch zur Unzeit gültig ist. Um Prüfungen zu vermeiden, müssen die Rezepte unbedingt entsprechend gekennzeichnet (entweder als „Notdienstbedarf“ oder als „Haus- bzw. Heimbesuch“) und die maximalen Bestellmengen eingehalten werden. Mehrbedarf muss in einem Prüfverfahren gegebenen-

falls medizinisch begründet werden.

Eine weitere Änderung betrifft Antibiotika. Diese können für die Anwendung in der Praxis nunmehr nur noch in injizierbarer Darreichungsform angefordert werden.

In Anpassung an aktuelle Leitlinien können künftig auch niedermolekulare Heparine zur Einleitung einer Thrombose-therapie im Sprechstundenbedarf (SSB) angefordert werden. Die Möglichkeit der Anforderung bezieht sich aber nur auf Präparate, die für diese Indikation zugelassen sind. Niedermolekulare Heparine zur peri- und postoperativen Thromboseprophylaxe wurden hingegen gestrichen. Die Verordnung für diese Fälle muss auf den Namen des Patienten erfolgen.

Bitte beachten Sie unbedingt den genauen Wortlaut der Sprechstundenbedarfsvereinbarung und stellen Sie die Unterlagen auch Ihren dafür verantwortlichen Mitarbeiterinnen zur Verfügung.

Die Anforderung von Artikeln oder Medikamenten, die nicht explizit in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung genannt werden, führt unweigerlich zum Regress.

Die Änderungen im Einzelnen (Änderungen im Text sind kursiv gedruckt):

Verband- und Nahtmaterial:
Aufnahme von *Endoclips*

Desinfektions- und Hautreinigungsmittel, *ausschließlich in flüssiger Form zur Anwendung am Patienten:*
Klarstellung, dass im Sinne der Sprechstundenbedarfsvereinbarung ausschließlich flüssige Desinfektions- und Hautreinigungsmittel angefordert werden können. Der Bezug halbfester Zubereitungen (Salben, Cremes, Gele) ist unter Ziffer 6. „Arzneimittel für Notfälle“ geregelt.

Diagnostische und therapeutische Mittel zur Anwendung in der Praxis:

- Aufnahme von *CO²-Gas zur Insufflation bei Koloskopien*
- Einmal-Infusionsbestecke/ Einmal-Infusionskatheter/ Einmal-Infusionsnadeln, auch Butterflykanülen, *ausgenommen Spezialinfusionssysteme, DEHP frei für Paclitaxel-Infusionen:* Infusionssysteme zur Applikation Paclitaxel-haltiger Infusionslösungen enthalten einen speziellen Filter und sind als Hilfsmittel auf den Namen des Patienten zu verordnen.
- Aufnahme von estriolhaltige Vaginalcreme im Zusammen-

hang mit dem Wechsel eines Pessars und zur Behandlung von Labiencynechien für Kinderärzte

- Aufnahme von *Fluorescein-Papier* oder *Augentropfen* (keine Importe, keine Rezepturen) für die ungeplante Anwendung im Zusammenhang mit einer Spaltlampenuntersuchung
- Klarstellung: *Lactose* für den *Lactose-Toleranztest* mittels *Blutzuckermessung*; kein Testmaterial für den *H2 Atem-Test*
- Aufnahme von *Methylenblau* als *Farbstoff* ausschließlich für die *Chromopertubation*
- Mittel zur *Kryochirurgie*: Kohlendensäureschnee, flüssiger Stickstoff sowie *gebrauchsfertige Gasgemische* zur *kryochirurgischen Behandlung von Warzen* – Aufnahme gebrauchsfertiger Gasgemische. Kälte-, bzw. Eissprays zur Kühlung bei Prellungen, Verstauchungen und anderen Verletzungen sind **kein** Sprechstundenbedarf!
- Aufnahme von *Vitamin K (Phytomenadion)* zur *Prophylaxe der Vitamin-K-Mangelblutung bei Neugeborenen*; nur für Kinderärzte

Arzneimittel für Notfälle

- Analgetika (*nur schnell freisetzende Darreichungsformen, keine Präparate mit modifizierter Wirkstofffreisetzung*)
Es dürfen weder retardierte Arzneimittel noch Arzneimittel mit schnell freisetzendem und retardiertem Wirkstoff-

anteil wie z.B. Diclofenac retard, Diclofenac SL angefordert werden

- Antiallergika – *nur flüssige Darreichungsformen zur oralen Anwendung, auch betamethasonhaltige Tropfen als Akutbehandlung nach Bienen- bzw. Wespenstichen bei Insektenallergie und injizierbare Darreichungsformen* (keine Anaphylaxie-Bestecke und epinephrinhaltige Fertigspritzen)
Klarstellung, dass antihistaminikahaltige Salben und/oder Tabletten nicht angefordert werden dürfen. Zulässig sind dagegen zum Beispiel dimetindenhaltige oder betamethasonhaltige Tropfen, epinephrinhaltige Ampullen (s. auch Mittel zur Behandlung des Schocks).
- Antiasthmatika und Broncholytika (sofort wirksame *Dosieraerosole und injizierbare Darreichungsformen; keine Kombinationspräparate mit verzögert wirkenden Bestandteilen, keine cortisonhaltige Dosieraerosole*).
- Antibiotika (*nur injizierbare Darreichungsformen*): Die orale Antibiotikagabe ist in der Regel der Beginn einer mehrtägigen Therapie, das

entsprechende Präparat ist daher auf den Namen des Patienten zu verordnen. Die medizinische Notwendigkeit der **unmittelbaren** Einleitung einer Antibiotikatherapie **in der Praxis** beschränkt sich auf wenige Notfälle, in denen injizierbare Antibiotika verabreicht werden müssen. Ausnahmen gelten nur im organisierten Notdienst und bei Haus- bzw. Heimbefuchen (s. Anlage 4 der SSB-Vereinbarung).

- Antiemetika – ausgenommen Serotoninantagonisten, *Neurokinin-1-Rezeptorantagonisten*
- Antiphlogistika / Antirheumatika (*nur schnell freisetzende Darreichungsformen, keine Präparate mit modifizierter Wirkstofffreigabe*)
Es dürfen weder retardierte Arzneimittel noch Arzneimittel mit schnell freisetzendem und retardiertem Wirkstoffanteil angefordert werden. Bitte beachten Sie auch, dass antiphlogistische (ibuprofenthaltige, diclofenac-haltige o.ä) Salben/Cremes/Gele im SSB nicht angefordert werden dürfen!

Fortsetzung auf S. 20

Cave

Die "Arzneimittel für Notfälle" sind ausschließlich für die **Notfallbehandlung** in der Praxis im zugelassenen Anwendungsgebiet (Fachinformation), in geringen Mengen, einer geeigneten Darreichungsform und unter Berücksichtigung der zu den einzelnen Mitteln angeführten besonderen Vorgaben als Sprechstundenbedarf zulässig

- Glaukommittel (*nur für die Behandlung des akuten Glaukomanfalls zugelassene Präparate*)
- Hämostyptika, soweit sie Arznei- oder Verbandmittel (z.B. Tabotamp®, Claudenwatte, -gaze, -tamponade) sind; *Eisen III Chlorid für Dermatologen und Chirurgen*
- Heparin – *unfraktioniert zur Injektion*
- Heparin – *niedermolekular – Erstinjektion zur Einleitung einer Thrombosetherapie nur für diese Indikation zugelassene Präparate*
Mit der Neufassung der SSB-Vereinbarung wurden niedermolekulare Heparine zur peri- und postoperativen Thromboseprophylaxe gestrichen. Die Verordnung für diese Fälle muss auf den Namen des Patienten erfolgen. Niedermolekulare Heparine zur akuten **Thrombosetherapie** sind hingegen in Anpassung an aktuelle Leitlinien im SSB anforderbar.
- *Mittel zur Behandlung des kardiogenen, septischen oder anaphylaktischen Schocks mit für diese Indikation zugelassenen Arzneimitteln*
- Die unpräzise Wirkstoffgruppenbezeichnung „Kardiaka“ wurde gestrichen. Notfallmittel wie Epinephrin, Norpinephrin, Dopamin usw. sind nunmehr explizit aufgenommen (Achtung: nur Ampullen, keine Autoinjektoren

- oder Fertigspritzen, s. auch Antiallergika). Mittel zur Behandlung der **Hypotonie** (Etilefrin, Midodrin u.a.) sind **kein** Sprechstundenbedarf!
- Kochsalzlösung physiologisch *in kleinen Mengen zur Injektion, keine Spüllösungen bei intraoperativen Maßnahmen*
- Verödungsmittel (z.B. *Äthoxysklerol® 3 %*, Phenomandelöl, Roschke-Lösung – bei proktologisch tätigen Ärzten und HNO-Ärzten). Entsprechend den Anwendungsgebieten der Fachinformation kann nur *Äthoxysklerol® 3 %* zur Sklerosierung bei Hämorrhoidalleiden angefordert werden. Die Verödung von Varizen kann nicht aus dem Sprechstundenbedarf erfolgen.
- Aufnahme von *Zugsalben in kleinen Mengen nur zu Anwendung in der Praxis*

Anlage 4: Ausstattungsliste Arztkoffer Notdienst, Haus- und Heimbefuche:

- Aufnahme von Nitrendipin 5 mg, Phiolen, 4 Stück für den organisierten KV-Notdienst und den Haus- bzw. Heimbefuch
- Neben Nitrendipin 5 mg kann ausschließlich Nifedipin in der Dosierung 10 mg im Rahmen des Sprechstundenbedarfs angefordert werden. Nifedipin in der Dosierung 5 mg ist laut Fachinformation nicht zur Behandlung des hypertensiven Notfalles angezeigt und führt zwangsläufig zum Regress.

Bitte beachten Sie darüber hinaus:

Für individuell auf Ihre Verordnung hergestellte Rezepturen gelten die gleichen Grundsätze zur Anforderung des Sprechstundenbedarfs wie für die Verordnung von Fertigarzneimitteln aus der entsprechenden Gruppe!

Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses befand sich die Anpassung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung im Unterschriftenverfahren. Die Änderungen treten vorbehaltlich des Unterschriftenverfahrens zum 1. Juli 2012 in Kraft. Die während des zweiten Quartals 2012 verbrauchte Menge der Artikel kann also in den ersten 14 Tagen des dritten Quartals nachbestellt werden. Artikel, die mit der Neufassung gestrichen wurden, dürfen noch verbraucht, ab dem dritten Quartal 2012 aber nicht mehr zu Lasten der BARMER GEK verordnet werden.

Bitte lesen Sie die Sprechstundenbedarfsvereinbarung im Volltext auf unserer Homepage nach: www.kvhh.de → *Verordnung* → *Sprechstundenbedarf*

*Ansprechpartnerinnen:
Abteilung Praxisberatung
Barbara Spies,
Tel. 22802-564
Eva-Elisabeth Zunke,
Tel. 22802-402*

L-Methionin nicht mehr verordnungsfähig

Das Arzneimittel L-Methionin zur Vermeidung von Blasensteinen bei neurogenen Blasenstörungen kann nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden.

Aufgrund einer negativen Nutzenbewertung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, das Mittel von der OTC-Liste zu streichen. Der Beschluss ist am 2. Juni 2012 in Kraft getreten.

Vorsicht bei Präparaten ohne Zusatznutzen!

Die Nutzenbewertung als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie ist für alle Vertragsärzte verbindlich.

Indikationen, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die

gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie teurer sind, können bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrages als unwirtschaftlich angesehen werden. Verordnungen unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit im Ein-

zelfall sind möglich, müssen jedoch gegebenenfalls auch in einem Prüfverfahren plausibel begründet werden können. Diese Präparate sollten daher (zumindest) bis zum Abschluss des Verfahrens zurückhaltend eingesetzt werden.

Weitere G-BA-Beschlüsse

Aktuell hat der G-BA außerdem zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst: Apixaban, Mikrobielle Collagenase aus *C. histolyticum* Eribulin, Retigabin und Tafamidis Meglumin. Eine tabellarische Zusammenfassung aller Beschlüsse zur Nutzenbewertung finden Sie unter: www.kvhh.de → *Verordnungen* → *Arzneimittel* → *Die KVH informiert*. Alle Beschlüsse des G-BA im Volltext: www.g-ba.de → *Frühe Nutzenbewertung* → *Wirkstoff* → *Bemerkungen*

Impfergänzungsvereinbarungen

Im KV Journal 5/2012 haben wir eine Übersicht zu den Impfleistungen veröffentlicht, die aufgrund von Sonderverträgen zusätzlich bezahlt werden. Einige wichtige Informationen möchten wir hierzu ergänzen:

Zuzahlungspflicht der Patienten

- Die Impfstoffe für diese zusätzlich vereinbarten Impfungen werden auf einem Kassenrezept auf den Namen des Patienten zu Lasten

seiner Kasse verordnet. Versicherte der BKK vor Ort und der Knappschaft sind von der Zuzahlung für den Impfstoff in der Apotheke („Rezeptgebühr“) freigestellt. Erwachsene Versicherte der TK, der Novitas BKK und der Deutschen BKK hingegen müssen die Zuzahlung für den Impfstoff leisten: mindestens fünf und maximal 10 Euro.

- Kommt der Patient nur zur Impfung in die Praxis, fällt keine Praxisgebühr an.

Geltungsbereich

Die Sonderverträge gelten für alle Versicherten der beteiligten Krankenkassen - unabhängig vom Wohnort der Versicherten. Eine Besonderheit ist die Rotaviren-Impfung für bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherte Säuglinge: Diese Leistung kann nur im Rahmen des Hausarztvertrages abgerechnet werden.

*Ansprechpartnerin:
Regina Lilje
Tel. 22802-498*

Grippeimpfstoffe für die nächste Saison

■ Was Sie über Bestellung und Lieferung wissen müssen



Foto: Digitalpress/fotolia.com

Die Hamburger Krankenkassen haben den Grippeimpfstoff der Saison 2012/2013 ausgeschrieben. Den Zuschlag erhielt der Impfstoff Begripal der Firma Novartis (siehe Meldung auf www.kvhh.de vom 1.6.2012). Die Firma hat sich vertraglich dazu verpflichtet, während der gesamten Saison die Versorgung mit dem rabattierten Impfstoff in Hamburg zu sichern. Die Impfstoffe werden erst ab September 2012 zur Verfügung stehen - etwas später als gewohnt. Für die Belieferung der Praxen mit dem Impfstoff wurde folgende Vorgehensweise vereinbart:

1. Vorbestellung

- Bitte bestellen Sie so bald wie möglich die voraussichtlich für die Monate September/Oktober benötigten Impfdosen (etwa zwei Drittel Ihres Vorjahresbedarfs). Der Impfstoff kann ausschließlich als 10er Packungen bestellt werden.
- Bitte verwenden Sie für die Bestellung den nebenstehen-

den Vordruck und reichen Sie ihn bei der Apotheke Ihres Vertrauens ein.

2. Lieferung

- Im August fordern Sie mit einem Kassenrezept (Muster 16) die vorbestellte Menge des Impfstoffs Begripal (PZN 9708396) zu Lasten der Barmer-GEK an (gemäß Vereinbarung über die Verordnung von Impfstoffen). Bitte markieren Sie dabei das Feld 8.
- Benötigen Sie im Laufe der Saison weitere Impfstoffdosen, so stellen Sie ein zweites Rezept zur Impfstoffanforderung aus. Dieses sollte bis zum 10.11.2012 in der Apotheke eingereicht werden.
- Im Idealfall sollte mit diesen beiden Impfanforderungsrezepten Ihr Bedarf für diese Grippesaison gedeckt sein.
- Sollte ein Abweichen von dieser empfohlenen Vorgehensweise notwendig sein, so wird von Novartis zugesichert, dass jederzeit weitere Impfanforderungen während der gesamten Grippesaison möglich sind und eine zeitnahe Lieferung erfolgt.

Bitte beachten Sie: Der Impfstoff wird ohne Kanüle geliefert. Die benötigten Kanülen müssen von der Praxis zusätzlich angeschafft werden. Die Kosten hierfür sind mit dem

Impfhonorar abgegolten (kein SSB!).

Begripal ist während der anstehenden Grippesaison der einzige rabattierte Impfstoff in Hamburg. Sie können auch einen anderen Impfstoff als Begripal anfordern. Allerdings besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen in diesem Fall eine Prüfung einleiten. Deshalb sollten Sie eine abweichende Anforderung sehr gut medizinisch begründen können.

Die Krankenkassen haben angekündigt, bei einem zu großen Unterschied zwischen angeforderten und verimpften Dosen auch in Hamburg Regressverfahren einzuleiten. Bitte kalkulieren Sie die Anforderungen deshalb sorgfältig auf Basis der bisherigen Erfahrungen. Die Krankenkassen haben zugesichert, bei bedarfsgerechter Anforderung des rabattierten Impfstoffs das Wirtschaftsgebot als erfüllt anzusehen und auf Prüfungen zu verzichten.

Laut Zulassung können mit Begripal Kinder ab 36 Monaten und Erwachsene, für die eine Grippe-Impfung empfohlen wird, geimpft werden (siehe Fachinformation Begripal).

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

VORBESTELLUNG Grippeimpfstoff in Hamburg für Ihre Apotheke

Bestellung bei Apotheke

--

Bestellende Praxis (Bitte vollständige Anschrift)

--

Hiermit möchten wir folgende Impfstoffe vorbestellen:

2012/2013	Packungseinheit	Anzahl in Packungseinheiten
Begripal®	10er ohne Kanüle	_____x10er

.....
Datum

.....
Unterschrift Praxis

Umfrage: Hohe Arbeitszufriedenheit unter Ärzten und Psychotherapeuten

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der NAV-Virchow-Bund haben eine große repräsentative Ärztebefragung in Auftrag gegeben. Das Institut für angewandte Sozialwissenschaften Infas interviewte telefonisch niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten und legte auch eine Auswertung für Hamburg vor.

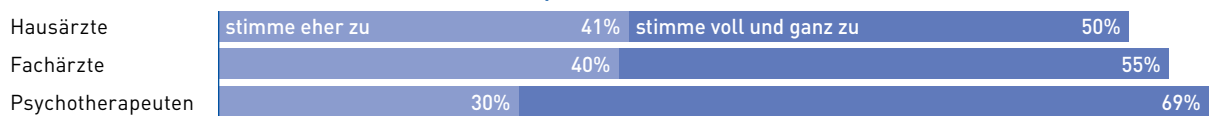
Die Umfrage offenbart eine hohe Arbeitszufriedenheit der Hamburger KV-Mitglieder: Der Aussage „Meine Arbeit macht mir Spaß“ stimmen 95 Prozent der Befragten zu.

Die Arbeitsbelastung der Hamburger Vertragsärzte ist hoch. Im Schnitt arbeiten Haus- und Fachärzte über 54 Stunden in der Woche. Dabei behandeln Fachärzte mehr als 40 Patien-

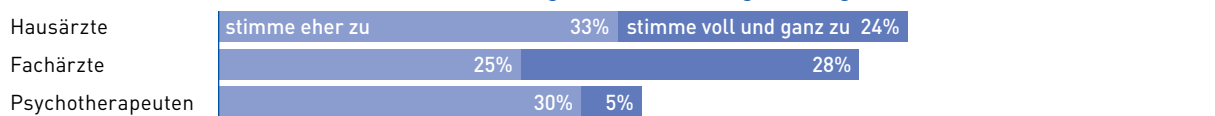
ten am Tag, Hausärzte sogar mehr als 50. Besonders gravierend: Fast 70 Prozent der befragten Hamburger Hausärzte gaben an, sie hätten nicht ausreichend Zeit für ihre Patienten. Nur gut zwei Drittel der Wochenarbeitszeit von Haus- und Fachärzten entfällt auf die Patientenversorgung. Etwa 16 Prozent der Zeit nehmen Verwaltungsaufgaben in Anspruch.

Aussagen von Hamburger KV-Mitgliedern

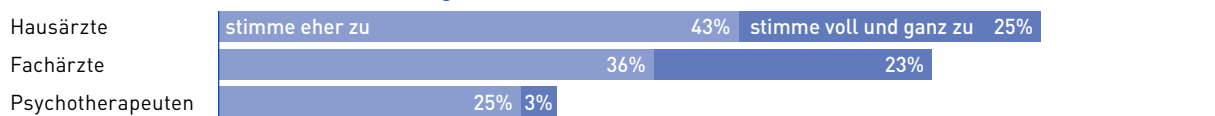
„Meine Arbeit macht mir Spaß“



„Am Ende eines Arbeitstages bin ich völlig erledigt“



„Ich habe zu wenig Zeit für meine Patienten“



Wochenarbeitszeit insgesamt (Stunden)



Aufteilung der Arbeitszeit (Prozent)



Kolumne von Dr. Bernd Hontschik,
niedergelassener Chirurg in Frankfurt / Main



Foto: Barbara Klemm

Treuepunkte

Ein Viertel aller Krankenhäuser in Deutschland zahlt Prämien an niedergelassene Ärzte, wenn diese ihre Patienten zur stationären Behandlung dorthin einweisen. Die Hälfte aller Sanitätshäuser, Apotheken, Hörgeräteakustiker und orthopädischen Schuhmacher bezeichnen das bei einer Befragung auch für ihr Geschäftsgebaren als eine übliche Praxis.

Jeder fünfte Arzt hat noch nie davon gehört, dass Bereicherung und Vorteilsgewährung für

Zuweisungen im Gesundheitswesen verboten sind – oder interessiert sich nicht dafür. Die Hälfte von ihnen meint sogar, das sei ein gesellschaftlicher Bereich ohne Sanktionen oder Kontrolle, da gäbe es weder Regulierungen noch Vorschriften.

Rechtzeitig zum 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg hat eine Forschungsgruppe der Universität Halle-Wittenberg diese Studienergebnisse veröffentlicht, die sie im Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen erhoben hat. Gutes Timing. Der Präsident der Bundesärztekammer, Montgomery, meint

dazu, das könne gar nicht sein. Wenn diese Zahlen stimmen würden, müsste es doch viel mehr Anzeigen geben. Das sei alles nur die übliche, beliebte Stimmungsmache gegen die Ärzteschaft.

Schlechte Ausrede. Ein befreundeter Radiologe, längst im Ruhestand, hat mir berichtet, wie Orthopäden 100 Euro Kick-

Fangprämien? Politiker, die eine Ökonomisierung der Medizin vorantreiben, sprechen von „Skandal“.

back für jede Zuweisung zum Kernspintomogramm von ihm verlangt haben, sonst müssten die Patienten zu einem anderen Radiologen gehen, der entsprechend zahlen würde. Tägliche Praxis.

Die Gesundheitspolitiker Spahn (CDU) und Lauterbach (SPD), die mit vielen anderen Gesinnungsgenossen seit Jahren die Ökonomisierung der ärztlichen Arbeit betreiben, die Aufsichtsratsposten bei privaten Klinikkonzernen besetzen, die fehlenden Markt und mangelnde Konkurrenz für die Ursache allen Übels halten, sprechen von

einem „Skandal“, von „Mafiamethoden“, von Schäden für die Patienten, die nicht in die besten, sondern in die bestzahlenden Krankenhäuser kommen. Glitzernde Krokodilstränen.

Krankenhäuser stehen ökonomisch mit dem Rücken zur Wand. Die Ärztinnen und Ärzte, das Pflegepersonal, alle Angestellten arbeiten unter kaum noch erträglichem Erfolgsdruck, bis zum Anschlag und oft noch mehr. Chefärzte werden ver-

traglich mit Bonuszahlungen dazu verführt, ihre Behandlungszahlen hochzutreiben. Fangprämien sind da höchstens ein winziges Teilchen am Rand dieses Überlebenskampfes.

Man kann nicht ein Sozialsystem zerstören und in einen Wirtschaftszweig umwandeln wollen, aber dann laut aufheulen, wenn es dort auch zugeht wie in der Wirtschaft.

*chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de*

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Michael Späth



Jahrgang: 3. Juli 1949

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Allgemeinmedizin, Labor

Weitere Ämter: Vorsitzender der Vertreterversammlung, diverse Ehrenämter auf Landes- und Bundesebene

Hobbys: Musik, Sport, Berufspolitik

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Nein, denn ursprünglich wollte ich Herzchirurg werden. Mit der eingetretenen Mischung aus Medizin und Management bin ich aber insgesamt sehr zufrieden.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Dass alle Kolleginnen und Kollegen ihre wertvollen Leistungen in voller Höhe als Einzelleistungen vergütet erhalten, der Bürokratieanteil auf unter fünf Prozent gedrückt wird und wieder mehr (angemessen vergütete) Zeit für die Zuwendung am Patienten zur Verfügung steht. Dafür haben wir unseren Beruf schließlich gewählt.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Dazu müsste erst einmal definiert werden, was wer unter Reform versteht. Bisher haben wir unter diesem Begriff Spargesetze und Mogelpackungen vorgesetzt bekommen, die uns von unserer Arbeit für den Patienten immer mehr entfernt und das Vertrauensverhältnis immer stärker belastet haben. Davon haben wir genug. Ohne die KV wird auch künftig die in Deutschland hervorragende ambulante Medizin nicht funktionieren.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Frau Merkel. Sie hat vor Jahren eingeräumt, dass angesichts des medizinischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung die Ausgaben für medizinische Versorgung pro Jahr um rund fünf Prozent steigen und selbst bei Ausschöpfung aller Sparmassnahmen drei Prozent Steigerung nicht zu unterschreiten sind. Wie kann sie diese Erkenntnis mit Gesetzen verbinden, die uns in 2011 und 2012 eine Steigerung von 1,25 Prozent als Obergrenze brachten?

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Einen echten Urlaub mit meiner Frau von mindestens drei Wochen Dauer.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 20.09.2012 (ab 20.00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Refresher-Kurs

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

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

Mi 19.09.2012 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 180,

jeder weitere € 130

inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar 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 2012

Teil 1: Mi 15.08.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 12.09.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

QEP®-Arbeitsschutz

In einer Arztpraxis muss das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz beachtet werden. In diesem Workshop lernen Sie den Umgang mit Gefahrstoffen, wie Sie Personal und Patienten vor Unfällen schützen können und wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird.

Mi 26.09.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Hygiene in der Arztpraxis

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

Mi 29.08.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

Mi 31.10.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

Das Seminar zeigt, wie man mit Patientenbeschwerden souverän umgeht, diese schon im Vorfeld vermeiden kann – und wie ein Fehlermanagement in der Praxis aufgebaut wird.

Mi 28.11.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Abgabe der Abrechnung für das 2. Quartal 2012

2. Juli - 16. Juli 2012

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der
KVH helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

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



Foto: Felix Fallert