

# KVH Journal

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 3/2006

## Referendum KBV befragt Ärzte



## Gesundheitsreform

KVH positioniert sich gegen Gesundheitsreform

### Änderung der Psychotherapie-Richtlinien

Stellungnahme zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss.

S.12

### Genehmigungspflichtige Leistungen

Wo muss was beantragt werden?

S.26

### Hautvorsorge

Neuer Vertrag macht außer-budgetäre Abrechnung für manche Patienten möglich.

S.21





## Editorial

# Liebe Leserinnen und Leser!

**Die Überschrift des Arbeitsentwurfes zur Gesundheitsreform - „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ -entlarvt sich schnell als Etikettenschwindel, die Inhalte weisen den direkten Weg in die Staatsmedizin.**

Gab es bisher noch die - wenn auch kleine - Möglichkeit, regionale Belange der Patientenversorgung in Hamburg durch Vertragsverhandlungen gezielt zu steuern, so sollen wir zukünftig nur noch zentral vorgegebene und vom Gesundheitsministerium gebilligte Entscheidungen umsetzen. Die in den Eckpunkten versprochene Euro-Gebührenordnung scheint eine Fata Morgana zu sein.

Für alle Akteure im Gesundheitswesen auf Landesebene bedeutet diese rigorose Zentralisierung, dass sie zum langen Arm der Berliner Entscheidungen gemacht werden. Konsequenz derartiger Staatsmedizin ist eine Gefährdung der Patientenversorgung.

Wie soll eine zentrale Bundesbehörde die gewachsene und auf den Versorgungsbedarf der Patienten in einer Region ausgerichtete Versorgungsdichte und -tiefe gewährleisten?

Auch die KV soll massive Einschnitte in ihre bisherige Arbeit erfah-

ren. Sie darf zukünftig als eine reine Exekutionsbehörde Vorgaben und gesetzlichen Bestimmungen durchsetzen, ohne mitbestimmen zu können; Bewertungs- und Gemeinsamer Bundesausschuss werden unter ministeriellem Zugriff die Gestalter sein.

Mit diesem Ausblick bekommt das im Mai angekündigte, jetzt vorbereitete und im Oktober zu startende Referendum ein hohes Maß an Aktualität. Ich bitte Sie deshalb sehr, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen, wenn Sie angesprochen werden. Wir müssen objektivieren und der Politik kommunizieren, unter welchen Bedingungen Ärzte und Psychotherapeuten überhaupt noch bereit und in der Lage sind, die medizinische Versorgung aufrecht zu erhalten.

*Ihr Dieter Bollmann*

## Impressum

KVH Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg  
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter  
Erscheinungsweise vierteljährlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers  
Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt  
die des Herausgebers wider.

Redaktion:

Abt. Öffentlichkeitsarbeit

Barbara Heidenreich, Tel: (040) 22 802-534  
Melanie Vollmert, Tel: (040) 22 802-533

Bilder: [www.pixelquelle.de](http://www.pixelquelle.de), [www.photocase.com](http://www.photocase.com)  
Titelseite: Melanie Vollmert

Layout und Satz:

Headquarters Hamburg Werbeagentur  
[www.hqhh.de](http://www.hqhh.de)

Redaktionschluss:

15.09.2006

## Gesundheitspolitik

Regierungspläne gefährden Patientenversorgung und Arztpraxen	S.6
Offener Brief – Arbeitsentwurf zum „Wettbewerbsstärkungsgesetz“	S.7
Zwang zur Freiheit – Pflichtmitgliedschaft und ihre Vorteile	S.8
Ärzteproteste – notwendiger denn je	S.10
Urlaub auf Kassenkosten	S.11

## Aus der Praxis für die Praxis

Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien	S.12
Impfen nach STIKO-Empfehlung möglich	S.13
Fragen und Antworten	S.14
Patientenversorgung durch Krankenhäuser	S.15

## Abrechnung

Ambulante Operationen ab 1.1.2007 extrabudgetär	S.16
Überweisungsscheine im Auslandsabkommen – EG-Recht	S.16
Abgabe der Abrechnungsunterlagen II. Quartal 2006	S.16
Kassenfusionen	S.17

## Brennpunkt Arznei

Zugelassene Anwendungsgebiete für Oxazepam	S.18
Verordnung von Substitutionsmitteln	S.18
Leitlinie Depression erschienen	S.18

## Rundschreiben

Aufhebung des Vorbehaltes	S.21
Hautvorsorge	S.21

## Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement in der Praxis – die Zeit läuft!	S.22
---	------

## Qualitätssicherung

Beim Röntgen an die Dokumentation der Strahlenexposition denken	S.24
Qualitätskontrollen bei Substitution obligatorisch	S.25
Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen	S.26

## Berliner Seite

Patienten fühlen sich im Deutschen Gesundheitssystem gut versorgt	S.28
KBV will Vertragsärzte befragen	S.30
Zahl der MVZ steigt	S.30

## Forum

Zentraler Gesundheitspark auf Kundenfang	S.31
Kommentar: Ärzte, hört die Signale!	S.32
Kindervorsorge in Hamburg	S.33
Schutzimpfungen für kleine Patienten	S.33
Hamburger Arzt hilft Menschen in Not	S.34

## KV-hautnah

Radsportgruppe bei den Vattenfall Cycloclassics	S.35
Das Infocenter der KVH – Alles aus einer Hand	S.36
Internetpräsenz der KV Hamburg barrierefrei	S.37
Für Sie in der Vertreterversammlung	S.38

# Regierungspläne gefährden Patientenversorgung und Arztpraxen

**M**erkel zieht die Notbremse – Regierung verschiebt die Reform, befristeten die Zeitungen schon wenige Tage, nachdem die Arbeitsentwürfe zur Gesundheitsreform bei Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern zu heftigsten Protesten geführt hatten. Das Reformprojekt der Bundesregierung ist ins Stocken geraten. Dennoch bleibt keine Zeit für ein entspanntes Durchatmen. Denn der derzeit vorliegende Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform wird nicht nur von den 17 KVen und der KBV abgelehnt; selbst in den Regierungslagern werden die Kritiker immer lauter.

Deutliche Worte sprachen die KBV-Vorstände Dr. Andreas Köhler und Ulrich Weigelt im Namen aller KVen: „Die Folgen eines solchen Gesetzes wäre, dass die flächendeckende ambulante Versorgung in Deutschland für die Patienten am Ende wäre.“ Trotz einer chronischen Unterfinanzierung sichern und garantieren die KVen genau diese.

Wirklich verärgert ist der Vorstand in der Hamburger KV aber über die Kehrtwende um die Honorierung der Ärzte. „In der Koalitionsvereinbarung und im Eckpunktetpapier hat man den Ärzten eine Abschaffung der Budgets und eine Vergütung nach festen Eurobeträgen in Aussicht gestellt“, sagte Dieter Bollmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg. Mit dem Arbeitsentwurf verschärfe sich hingegen die Budgetierung der Honorare für Ärzte und Psychotherapeuten sogar noch. Damit gäbe es für die Praxisführung der Ärzte und Psychotherapeuten keine Planungssicherheit.

Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung wirft der Regierung vor, „geschickt und skrupellos“ zu agieren. Der Weg in die Staatsmedizin sei damit eingeschlagen und ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem, das für die Patienten eine gute und sichere Versorgung gewährleisten würde, werde aufgrund von Konstruktionsmängeln bei der geplanten Gesundheitsreform zerschlagen.

Zentralisierung aller Entscheidungen auf kleine Bundesgremien, die unter enger Führung und Aufsicht der Ministerialbürokratie arbeiten; Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen werden nachgeordnete Durchführungsbehörden, so fasst Walter Plassmann, stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg, die Folgen des Ar-

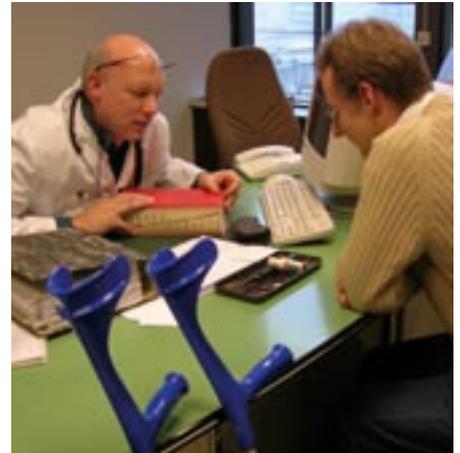
beitsentwurfs für das Gesundheitssystem zusammen. Der Wettbewerb werde nicht gestärkt, sondern abgewürgt, bevor er überhaupt beginnen könne. Gefährlich werde das ministerielle Vorgehen durch seine Raffinesse, denn diskutiert werde nur über den Gesundheitsfond und damit geschickt verschleiert, dass im Windschatten dieser Diskussion das gesamte Gesundheitswesen verstaatlicht werden soll.

Plassmann und Späth haben die im „Arbeitsentwurf“ sehr verstreut liegenden Änderungen zusammengetragen und deren Wirkung beschrieben. Diese Zusammenfassung ist im Hamburger Ärzteblatt vom September und auf der Homepage der KV Hamburg nachzulesen.

## Folgen für den Medizinstandort Hamburg

Jede am Gesundheitssystem beteiligte Gruppe findet in den ihr zugeordneten Textpassagen Unverdauliches. So formiert sich massiver Widerstand auch von Krankenhäusern, Krankenkassen, Zahnärzten, Apothekern und allen anderen im Gesundheitssystem Agierenden. Wenn es auch auf den ersten Blick so scheint, als ginge es nur um das Sichern von Pfründen, so wird spätestens beim Blick auf die strukturellen Veränderungen eine reale Gefahr für den Medizinstandort Hamburg deutlich.

Wird dieser „Arbeitsentwurf“ ohne Änderungen umgesetzt, wird jegliche Entscheidung über Struktur und finanzielle Ausstattung der Versorgung für die Hamburger Bevölkerung in Berlin gefällt. Darauf haben der Vorstand und der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg in einem offenen Brief die politischen Verantwortlichen in



*Mit der Gesundheitsreform ist eine gute Patientenversorgung nicht mehr möglich*

Hamburg hingewiesen.

Hamburger Arztpraxen böten eine hoch- und höchstspezialisierte Versorgung, die in keiner anderen Großstadt Deutschlands in dieser Weise zu finden sei und die auch von den umliegenden Bundesländern geschätzt und in Anspruch genommen werde. Mit großer Sorge sehen Bollmann und Späth den Medizinstandort Hamburg durch vielfältige und direkte Zugriffsmöglichkeiten der Ministerialbürokratie gefährdet.

Eine Aushöhlung der Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen, die Wirkung der möglichen Reform auf die Versorgung der Patienten in den Hamburger Krankenhäusern, die Möglichkeit, auf die Arzneimittelversorgung der Patienten durch ihren Arzt direkten Einfluss zu nehmen, haben den Vorstand der KV Hamburg dazu veranlasst, in Hamburg ein Bündnis von Ärzten und Psychotherapeuten, Zahnärzten, Krankenkassen, Krankenhäusern und Apothekern gegen das sogenannte „Wettbewerbs-Stärkungs-Gesetz“ zu initiieren. Sie alle sollen, jenseits aller übrigen Differenzen, die gemeinsame Sorge um unser Gesundheitswesen in Hamburg artikulieren. Mit gemeinsamen Aktionen wollen sie die Hamburger Politiker auffordern, in den politischen Gremien und dem Bundesrat für den Medizinstandort einzutreten.

(Hr)

An die  
politisch Verantwortlichen  
der Freien und Hansestadt Hamburg

## Offener Brief

# Arbeitsentwurf zum „Wettbewerbsstärkungsgesetz“

### Sehr geehrte Damen und Herren,

mit großer Sorge haben wir den „Arbeitsentwurf“ des „Wettbewerbsstärkungsgesetzes“ gelesen, der die reale Gefahr heraufbeschwört, die ambulante medizinische Versorgung für die Bevölkerung in Hamburg deutlich zu verschlechtern. Hierbei geht es weniger um finanzielle Fragen (obwohl es entgegen der mündlichen Ankündigungen keine finanziellen Verbesserungen der ambulanten Versorgung geben soll), sondern vor allem um strukturelle Fragen.

Wird dieser „Arbeitsentwurf“ ohne Änderungen umgesetzt, **wird jegliche Entscheidung über Struktur und finanzielle Ausstattung der Versorgung für die Hamburger Bevölkerung in Berlin gefällt!** Die teilweise sehr verstreut vorgenommenen Änderungen der bestehenden Rechtslage würden schlußendlich zur Folge haben, daß ein sehr kleines Gremium auf Bundesebene („Bewertungsausschuß“) verbindliche Vorgaben für alle Bundesländer machen würde, die vor Ort nur noch umzusetzen wären. Wir hätten keinerlei Gestaltungsmöglichkeiten mehr auf der regionalen Ebene.

Die ambulante Versorgung stellt in Hamburg einen wesentlichen Pfeiler des „Medizinstandortes“ dar. Bedingt durch die Ausstrahlung der Hansestadt in die umliegenden Bundesländer halten Hamburger Ärzte eine hoch- und höchstspezialisierte Versorgung in ihren Praxen vor, die in dieser Konzentration in keiner anderen Großstadt Deutschlands anzutreffen ist. Den Patienten wird eine hocheffiziente und vergleichsweise kostengünstige Versorgung angeboten. In unseren Verträgen mit den hiesigen Krankenkassen haben wir diese Versorgung aufgebaut und entwickeln sie weiter. Wir sehen die große Gefahr, daß diese örtlichen Besonderheiten künftig dem großen „Bundesbesen“ zum Opfer fallen werden. Diese Sorge wird nicht kleiner dadurch, daß wir im „Arbeitsentwurf“ lesen mußten, daß die Ministerialbürokratie der Bundesgesundheitsministerin sich vielfältige und direkte Zugriffsmöglichkeiten auf die entscheidenden Bundesgremien sichern will. Damit wird die Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen ausgehöhlt und de facto ein staatlich gelenktes Gesundheitswesen implantiert.

Bitte machen Sie Ihren Einfluß auf der Bundesebene gelten, um diesen Verlust der regionalen Verantwortung zu verhindern. Es darf nicht sein, daß wir hier vor Ort hilflos zusehen müssen, wie gewachsene und bewährte Strukturen nicht weiterentwickelt oder sogar zerschlagen werden, nur weil sie nicht in ein bundespolitisches Raster passen. Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung, sollten Sie nähere Informationen benötigen.

### Mit freundlichen Grüßen



Dieter Bollmann  
(Vorsitzender)



Dr. Michael Späth  
(Vors. der Vertreterversammlung)

# Zwang zur Freiheit

## Pflichtmitgliedschaft und ihre Vorteile

**B**undeskanzlerin Merkel hat ihre erste Regierungserklärung mit „Mehr Freiheit wagen“ überschrieben. Individuelle und wirtschaftliche Freiheit gehören heute zu den zentralen Leitwerten der Gesellschaften in westlichen Demokratien. Wie passt da noch eine Kassenärztliche Vereinigung ins Bild, die auf einer Pflichtmitgliedschaft von Ärzten und Psychotherapeuten basiert und diese dann auch noch in staatlichem Auftrag reglementieren muss? Stehen solche korporatistischen Einrichtungen dem Leitwert Freiheit nicht diametral gegenüber?

Die „Zwangsgemeinschaft“ KV bedeutet sicherlich zunächst eine Einschränkung individueller (Handlungs-)Freiheit. Gleichzeitig ist sie aber auch Garant von Vorteilen und Freiheitsräumen insgesamt, die der einzelne Arzt oder Psychotherapeut ohne den Rahmen der KV schmerzlich vermissen würde.

### Kollektiv statt partikular

Vorrangig bietet die Gemeinschaft aller zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten einen starken Gegenpol zur Nachfragemacht der Krankenkassen. Dies war auch der originäre Grund für die Entstehung der Kassenärztlichen Vereinigungen in den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts: Wollte vor 1931 der einzelne Arzt Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen behandeln, musste er einen individuellen Vertrag mit den Kassen schließen. Dieser konnte ihm jederzeit auch wieder gekündigt werden. Die Folge war ein Wettlauf um die – existenzsichernden – Verträge, ein scharfer Verdrängungswettbewerb und in seiner Folge schließlich außerordentlich niedrige Entgelte für die ärztlichen Leistungen. Unter dem ständigen ökonomischen Druck drohte das Berufsethos zu erodieren – eine schlechte Voraussetzung für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung und damit auch für die Versicherten und Patienten. Erst durch die Verhandlungskraft einer starken Organisation, die den ökonomischen Druck auffing und stabile Rahmenbedingungen schuf, konnte sich der einzelne Arzt frei von wirtschaftlichen Problemen dem Bedarf seiner Patienten widmen.

Auch nach über 70 Jahren erfahren die Mitglieder den Schutz der KV als „Anbietermacht“ gegenüber dem Nachfrager Krankenkasse.

Dass dies noch sehr gut funktioniert, zeigen nicht zuletzt die politischen Etikettierungen der KVen als „Kartelle“ und „Monopole“, die es endlich im Zuge eines verbesserten Wettbewerbs zu „knacken“ gelte. Die wirtschaftliche – d. h. für die Krankenkassen preiswertere – Alternative sollen wie zu Beginn des 20. Jahrhunderts Einzelverträge oder Verträge mit kleinen Gruppen sein. Die hier beteiligten Ärzte oder Psychotherapeuten müssten dann allerdings nicht nur ihre Leistungen und Pflichten vertraglich selbst definieren, sondern auch ihre Rechte gegenüber dem Auftraggeber. Im Extremfall müsste ohne den Rahmen der KV jeder Arzt seine eigenen Vertrags- und Managementstrukturen aufbauen.

Noch ist die ambulante Versorgung geprägt von den beiden gesetzlich festgelegten Vertragspartnern Krankenkassen auf der einen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf der anderen Seite. Sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen – aus welchem Grund auch immer – ihr Mandat verlieren, wäre die erste zu klärende Frage, wen die Krankenkassen als Verhandlungspartner akzeptieren würden. Dies könnten Berufsverbände sein, dies könnten aber auch nur lokale Netze oder sogar lediglich einzelne Ärzte oder Psychotherapeuten sein – je nach politisch-wirtschaftlichem Kalkül der Kassen. Im Zweifel stünde der einzelne Arzt der juristisch-administrativen Verhandlungsmacht der Krankenkassen gegenüber.

Träten (Berufs-)Verbände als Verhandlungspartner in Aktion, müssten sie bestrebt sein, für ihre Mitglieder möglichst vorteilhafte Vertragsabschlüsse zu erzielen – letztlich auch auf Kosten anderer. Um solche Abschlüsse überhaupt zu erreichen, müssten wahrscheinlich auch Zugeständnisse gemacht



Die KV: Garant von Freiräumen trotz individueller Einschränkungen

werden, die hinter die heutigen Reglementierungen im Rahmen des Kollektivvertrages zurückfallen.

### Regeln schützen

Nicht nur gegenüber dem Vertragspartner, auch innerhalb der Mitglieder wirkt die KV ausgleichend. Die von ihr – im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung – gezogenen Beschränkungen sind nicht mehr und nicht weniger als eine Wettbewerbsordnung. Es gibt einheitliche und verbindliche Regeln für alle, die bislang den Wettbewerb untereinander in sinnvollen Bahnen gehalten haben. Ruinöse Verdrängungswettbewerbe wie noch vor 100 Jahren oder wie sie sich jetzt wieder in anderen freien Berufen abzeichnen, werden vermieden.

Die KV besitzt auch die Mittel, ihre „Wettbewerbsordnung“ durchzusetzen. Wichtiges Mittel dazu ist die Honorarverteilung, so sehr diese auch durch die Verwaltung des Mangels in den letzten 15 Jahren in Verruf geraten sein mag. Die sinnvolle Verteilung des Honorars unter den Mitgliedern wird als demokratischer Prozess in der gewählten Vertreterversammlung gesteuert und hängt nicht – jenseits aller medizinischen Versorgungskriterien – vom wirtschaftlichen oder verhandlungstechnischen Potenzial einzelner Teilnehmer ab. Dem gleichen Ziel, dem Schutz der Allgemeinheit, dienen die Disziplinarordnung und letztlich auch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Gerade die Einbindung in das Sozialrecht des SGB V bedeutet für die Ärzte und Psychotherapeuten nicht nur die Übernahme von Pflichten. Das Sozialrecht schützt die Vertragsärzte insbesondere bei Auseinandersetzungen mit den Vertragspartnern. Vor allem bietet es niedrighwellige, nicht durch hohes Prozess- und Kostenrisiko behaftete Möglichkeiten, zu seinem Recht zu kommen. Gemeint ist das Mittel des Widerspruchs gegen Rechtsakte im Rahmen der Selbstverwaltung. Wer glaubt, sein Honorar sei nicht richtig berechnet oder eine Genehmigung zu Unrecht vorenthalten worden, der kann bei der entsprechenden Instanz Widerspruch einlegen. Die Entscheidung muss dann noch einmal mit allen Konsequenzen überprüft werden. Außerhalb des Rechtsrahmens des

Sozialgesetzbuches wäre ein beschwerdeführender Arzt oder Psychotherapeut sofort auf den normalen Rechtsweg – Klage vor einem Amts- oder Sozialgericht – angewiesen.

Doch gemeinsam gesetzte Regeln schützen nicht nur in wirtschaftlicher Sicht. Ein freier Wettbewerb und die Zersplitterung der Versorgung in zahlreiche Einzelverträge wird zu einer Diversifizierung nicht nur für die Patienten führen. Für den Arzt werden sie unterschiedliche Behandlungspflichten ebenso bringen wie unterschiedliche Berufsausübungsbedingungen: geforderte Sprechstunden, Verordnungsmöglichkeiten, Bereitschaftsdienste und anderes. Am Ende würde vor allem auch ein Mehr an Bürokratie stehen, vom einzelnen Vertragswerk über die vorgeschriebene Behandlungsdokumentation bis zu Auskunftsfomularen.

### Glaubwürdige, homogene Interessenvertretung

In der KV sind alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten vertreten, was andersherum gewendet bedeutet: Die KV vertritt auch alle ihre Mitglieder gleichmäßig. Sie gleicht damit automatisch Partikularinteressen einzelner Gruppen aus. Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten haben unter schwieriger Prämisse ihren internen Ausgleich gefunden und treten nach außen gemeinsam in der Wahrung ihrer Interessen gegenüber der Politik und den Vertragspartnern auf. Gegenbeispiel sind die Verhandlungen im Vorfeld zahlreicher Gesundheitsreformen, in deren Zuge haus- und fachärztliche Verbände mit ihren Forderungen getrennt auftraten und von geschickten Politikern gegeneinander ausgespielt wurden.

In der Vertretung aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten ist auch eine homogene, glaubwürdige Interessenvertretung begründet. Die KVen als Repräsentant aller an der Versorgung beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten haben deshalb ein gesetzlich verankertes Mandat und Mitspracherecht bis hin zu Gesetzgebungsverfahren auf Bundesebene. In der Selbstverwaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses und gemeinsam mit den Vertragspartnern Krankenkassen bestimmen die KVen auch die Umsetzung von

Gesetzen erheblich mit. Das KV-System kann sicher nicht alles umsetzen, was seine Mitglieder – berechtigt – wünschen, es ist jedoch die einzig anerkannte und effektivste Interessenvertretung gegenüber der Politik wie den Krankenkassen. Andere ärztliche Organisationen spielen nicht diese Rolle, haben nicht diesen geregelten Einfluss und es darf bezweifelt werden, ob ihnen jemals eine solche Position zugestanden wird.

Die KV steht für die Bündelung der Interessen aller Mitglieder. Ärztliche Verbände oder Berufsverbände, die jeweils nur eine Teilgruppe repräsentieren, treten untereinander als Konkurrenten auf. Die Erfahrungen mit innerärztlicher Solidarität sind nicht ermutigend. Eine solche Konkurrenz wird auch künftige Vertragsverhandlungen außerhalb des KV-Systems prägen.

### Unterstützung und Hilfe im Wettbewerb

Die Pflichtmitgliedschaft in der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung bringt Beschränkungen und Reglementierungen mit sich. Im Gegenzug bietet sie aber den Schutz und die Unterstützung einer starken Gemeinschaft, die dem Wohl aller ihrer Mitglieder verpflichtet ist. Die KV garantiert den Ausgleich zwischen den professionellen Interessen der Ärzte und Psychotherapeuten und denen der Krankenkassen und nicht zuletzt auch den Ausgleich der wirtschaftlichen Interessen der Mitglieder untereinander. Schließlich ist es die Gemeinschaft KV, die ihren Mitgliedern die Mitwirkung an der Definition von Inhalt, Niveau und Entwicklung der ambulanten Versorgung nach Maßgabe der Regeln der ärztlichen Kunst und des medizinischen Fortschritts ermöglicht.

Die Pflichtmitgliedschaft und die Arbeit der KV stellen eine solide Basis für eine möglichst freie Berufsausübung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten dar. Doch auf die Verpflichtung zur Mitgliedschaft allein will sich die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg nicht zurückziehen. Ihre Perspektive ist der zufriedene Kunde, der die KV auch aus freien Stücken als seinen Partner im Gesundheitswesen wählen würde.

KVH / KVWL

## Ärzteproteste – notwendiger denn je

**E**in Fünkchen Hoffnung keimte im Sommer auf, als die Eckpunkte der Gesundheitsreform bekannt wurden und Ulla Schmidt uns Ärzten eine Honorierung ohne Budgets in Euro und Cent in Aussicht stellte. Es war nur wieder eine Schmidt'sche Mogelpackung, die unsere Protestbereitschaft aushebeln sollte. Der Ende August bekannt gewordene 1. Arbeitsentwurf ist der direkte Weg in die Staatsmedizin. Die Selbstverwaltung bleibt nur noch als leere Hülle stehen, die GOÄ wird durch die Hintertür abgeschafft. Der Gesundheitsfond führt zur Einheitskasse und wir werden noch schlechter bezahlte Scheinselbstständige. Ein Horrorszenario, wenn wir dagegen nicht mit allen Mitteln angehen. Jetzt darf sich keiner mehr verstecken. Wir müssen protestieren, bis dieser Unsinn zurückgezogen wird und Frau Schmidt endlich ihren Hut genommen hat.

Mehr denn je ist es notwendig, dass wir Ärzte laut und deutlich sagen, dass wir bei der Demontage unseres Gesundheitssystems nicht mitmachen. Wir wollen unsere Patienten adäquat und gut versorgen und lehnen eine dirigistische Staatsmedizin ab. Es muss Schluss sein mit einer Gesundheitspolitik gegen Patienten und Ärzte.

Dass wir etwas bewegen, die politischen Absurditäten öffentlich machen können, haben unsere bisherigen Aktivitäten und das Echo darauf in der Öffentlichkeit und der Presse gezeigt.

### Protestprogramm 2006 umgesetzt

Das Aktionskomitee der beratenden Fachausschüsse der KV Hamburg und der ärztlichen Berufsverbände hat Dank der Spenden aus dem Kreis der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten das Protestprogramm 2006 bereits jetzt in seinen wesentlichen Punkten umgesetzt.

Die Hamburger Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hatten in der Urabstimmung dem Protestprogramm mit seinen fünf Punkten mit überwältigender Mehrheit zugestimmt.

### Ablehnung des AVWG

Der erste Punkt war die konsequente Ablehnung des Arzneimittelverordnungs-wirtschaftlichkeitsgesetzes. Dies wurde ohne Abstriche in allen Erklärungen, Pressemitteilungen und Reden zum Ausdruck gebracht. Die KV-Führung hat durch den Erfolg in den Verhandlungen mit den Krankenkassen erreicht, dass dieses Gesetz in Hamburg nicht zur Anwendung kommen kann. Dennoch bleibt es bei unserer strikten Ablehnung, denn durch das Verhandlungsergebnis wird das Gesetz ja nicht ungeschehen. Die zunehmende Einengung der Therapiefreiheit lehnen wir ebenso ab wie die unerträgliche Einmischung in das Arzt-Patientenverhältnis.



*Dr. Dirk Heinrich: Organisator der Proteste der Hamburger Ärzte*

### Aufklärung der Patienten

Die Aufklärung der Patienten über die Folgen der unsozialen Gesundheitspolitik ist immer noch in vollem Gange. Mit der Aktion „Protestwartezimmer“ und der Internetseite [www.aerzte-protest.net](http://www.aerzte-protest.net) stehen zwei gute Instrumente zur Verfügung. Die Postkarten an Frau Merkel sind sehr beliebt. Die Plakate fanden ein überwiegend positives Echo. Sie haben sich bis nach Bayern verbreitet. Im Gegensatz zu erklärenden Plakaten mit viel Text hatten wir uns entschlossen, provokative, zum Nachfragen und Nachdenken anregende Plakate zu wählen. Die Frage, „Was will denn der Doktor uns damit sagen?“ war beabsichtigt. Anfragen und Bestellungen aus dem ganzen Bundesgebiet zeigen uns, dass wir damit richtig liegen. Für Anzeigenkampagnen fehlt uns allerdings - noch? - das Geld.

### Schreiben an verantwortliche Politiker

Aufklärung der politisch Verantwortlichen geschieht zurzeit durch das Versenden der von unseren Patienten ausgefüllten Postkarten an Frau Merkel. Ebenso ist es möglich eine E-Mail an Frau Merkel zu schreiben. Eine entsprechendes Formular finden Sie auf der Internetseite [www.aerzte-protest.net](http://www.aerzte-protest.net).

### Sprechzeiten und Praxisschließungen

Die Anpassung der Sprechzeiten an die zur Verfügung stehenden Budgets ist in vielen Praxen erfolgt. Selbstzahlersprechstunden,



*Gemeinsam gegen die Gesundheitsreform*

kürzere Sprechzeiten für Kassenpatienten und Schließung der Praxis bei Fortbildungen sind in Hamburg gang und gäbe. In der Presse wurde darüber nicht so viel berichtet, da damit keine spektakuläre Aktion verbunden ist. Unsere Patienten aber haben es längst gemerkt. In den Kommentaren der Patienten überwiegt das Verständnis für unsere Situation und das Bewusstsein, dass Arzt und Patient in einem Boot sitzen, wächst.

Praxisschließungen fanden in Hamburg ganz konsequent an jedem nationalen Protesttag statt. Die Beteiligungsquote lag bei ca. 80%, einem Spitzenwert in Deutschland. Das Presseinteresse war dementsprechend hoch. Ein großer Erfolg auch deshalb, weil unsere Patienten auch hier mit Verständnis reagiert haben. Dies liegt sicher auch daran, dass wir dieses Instrument sehr dosiert und klug eingesetzt haben.

### Protestversammlungen im September

Im September werden die Protestversammlung am 20. September im Ärztehaus und der nationale Protesttag am 22. September in Berlin auf dem Gendarmenmarkt Höhepunkte der bisherigen Aktionen

sein. Wir werden im Hamburger Ärzteblatt darüber berichten.

Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten haben sich bisher in vorbildlicher Weise und großer Zahl an allen Demonstrationen in Berlin und Hamburg beteiligt. Selbst organisierte Busse, wie auch die Nutzung der zentral organisierten Züge und Busse kamen zum Einsatz.

Hat sich eine Wirkung bei den Politikern gezeigt? Ja und Nein. Einerseits werden die Proteste von Politikern kaum erwähnt. Andererseits stellte man uns einige Veränderungen in Aussicht, die auf den ersten Blick durchaus positiv erscheinen. Allerdings sehen wir schon heute, welche faulen Kompromisse uns hier im Gesetzentwurf aufgetischt werden sollen. Eine feste Gebührenordnung für Ärzte hatte man uns in den Eckpunkten in Aussicht gestellt. Im Arbeitspapier wurde deutlich, dass „feste Gebührenordnung“ in der Sprache des Ministeriums wohl eher eine zentralistische Staatsmedizin meint, die auch die Honorare der Ärzte festlegt. Wir brauchen dies alles nicht!

Unsere Forderung lautet weiterhin: **Alle Leistungen müssen bezahlt werden!**

Gleichzeitig wird an der GOÄ gerüttelt. Hier sagen wir klipp und klar: **Hände weg von der GOÄ!**

Neu ist ebenso, dass Politiker vom medizinischen Fortschritt reden und auch das demographische Problem erwähnen in Kombination mit der Aussage, dass mehr Geld im System notwendig sei. Nur die notwendigen Konsequenzen lassen auf sich warten.

### Welche weiteren Schritte sind notwendig?

Wir sehen, dass eine härtere Gangart wohl unumgänglich sein wird. Weitere nationale Protesttage, seien sie zentral oder dezentral organisiert, werden folgen müssen.

Dazu kommen Praxisschließungen, die über einen Tag hinausgehen. Eine andere Sprache versteht die Politik nicht. Haben wir Mut zur Macht? Wir haben sie, wenn wir wollen.

*Dr. med. Dirk Heinrich,  
Sprecher des Aktionskomitees*

### Urlaub auf Kassenkosten

**Sind Sie Versicherter einer gesetzlichen Krankenkasse und wollen in den Urlaub? Sie haben aber kein Geld, da die Kosten für Ihre Gesundheit immer weiter steigen. Dann fragen Sie doch einfach bei Ihrer Kasse an, ob sie die Kosten für Ihren Urlaub übernimmt! Einzige Voraussetzung ist, dass Sie einen Präventionskurs im Urlaub besuchen.**

Die DAK kooperiert mit TUI und bietet z.B. einen Zuschuss von 150 Euro für eine Reise nach Usedom an. Eines dieser Kurzprogramme nennt sich Natürlich & Gesund. Sie bekommen fünf Mal Muskelrelaxation und ein Mal Aqua Gymnastik. Zusätzlich stehen Ihnen Sauna- und Badelandschaft sowie der Fitnessbereich zur Verfügung. Laut Katalog der DAK belaufen

sich die Kosten für diese Reise auf 70 Euro pro Person.

Die BKK Gruner und Jahr bietet Ihnen eine Spezial-Fitness-Woche und bezahlt Ihnen, wenn Sie diese Reise machen, 300 Euro! Eine kostenlose Kinderbetreuung ist vorhanden. Und der Strand ist auch nicht weit weg.

Die Techniker Krankenkasse schickt sie in die Schweiz, in ein vier Sterne Hotel und bezahlt auch noch 255 Euro für Ihre Reise. Am Scharmützelsee werden Sie gründlich untersucht, Chefarzt inklusive, und bekommen ein ausführliches Fitnessprogramm. Sie sind bei einer anderen Kasse versichert? Dann fragen Sie doch einfach mal an, was Ihre Krankenkasse so für Ihre Urlaubskasse tun kann.

Diese Programme klingen alle verführerisch. Nun sollte sich der gesundheitsbewusste Bürger aber fragen, woher das Geld für solche



*So schön und so Billig – Die Kasse zahlt!*

Bezuschussungen kommt. Denn die Kassen behaupten, dass sie mit den Beiträgen der Versicherten nicht auskommen und erhöhen die Beiträge? Kann es sein, dass einfach zu viel Urlaub gemacht wird?

*Ihr KVerulant*



*Rezidivierende depressive Störungen gehören zu den häufigsten Krankheitsbildern*

## Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien

### Bundesministerium beanstandet Teile der neuen Regelung

**D**er Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss am 20. Juni 2006 einstimmig eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien, mit dem erklärten Ziel, zukünftig auf einer rechtssicheren Grundlage weitere Verfahren in die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Arbeit aufnehmen zu können. Notwendig wurde eine Neuregelung durch die gesetzlichen Änderungen der letzten Gesundheitsreform 2004, eine neue, einheitliche Verfahrensordnung zur Beurteilung des Nutzens neuer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden 2005 sowie veralteter Indikationsbeschreibungen zur Anwendung von Psychotherapie.

In der Fachöffentlichkeit wurden die beschlossenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien mit großer und kritischer Aufmerksamkeit verfolgt und sehr kontrovers diskutiert – ebenso wie die inzwischen erfolgte Teil-Bearbeitung durch die Aufsichtsbehörde, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Was für Änderungen hatte der G-BA nun tatsächlich beschlossen und was davon wurde von der Aufsichtsbehörde beanstandet und was nicht? Und was für mögliche Konsequenzen ergeben sich daraus für die psychotherapeutische Versorgung in der GKV?

Die veraltete, wenig differenzierende Beschreibung der Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie (in Abschnitt D) wurde aktualisiert und in Indikationsbereiche, orientiert an das Kapitel F ICD-10 „übersetzt“. Damit ist weder eine Ausweitung noch eine Einschränkung der zulässigen Indikationen zur Psychotherapie verbunden. Diese Änderung der Richtlinie wurde vom BMG nicht beanstandet. Sie tritt damit zum Zeitpunkt der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Ebenso bestätigt wurde vom BMG die Regelung (im Abschnitt B I, 3.2.), dass für die Anerkennung für Verfahren der Psychotherapie

ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA zu erbringen ist. Damit wird die bereits am 1.10.2005 beschlossene Verfahrensordnung zur Beurteilung des Nutzens neuer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden auch für die Psychotherapie und die psychosomatische Grundversorgung bindend. Das BMG bezieht Position in der alten Kontroverse zwischen Berufs- und Sozialrecht, in dem es die Auffassung vertritt, dass sich aus der berufsrechtlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens nicht zwingend dessen sozialrechtliche Anerkennung ableiten lässt. Es spricht dem G-BA die Berechtigung zu, eine eigenständige Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren durchzuführen. Dieses wird in der Fachöffentlichkeit und unter Juristen sicherlich auch weiterhin kontrovers gesehen.

Das BMG beanstandet mit ausführlichen Begründungen die vom G-BA gewählte Regelung (im Abschnitt B I, 3.3), wonach neben anderen Nachweisen, die nicht beanstandet werden (z.B. Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat (WB) gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz), ein Psychothera-

pieverfahren in der ambulanten Versorgung zugelassen werden kann, wenn es den Nachweis erbracht hat, mindestens in den drei häufigsten Krankheitsbildern wirksam, medizinisch notwendig und wirtschaftlich zu sein. Diese drei Anwendungsbereiche des so genannten Schwellenkriteriums der „Versorgungsrelevanz“ sind:

- Affektive Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie)
- Angststörungen und Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen.

Das BMG sieht diese Eingrenzung auf die drei häufigsten psychischen Erkrankungen als nicht verhältnismäßig an. Entscheidend für die sozialrechtliche Anerkennung eines Behandlungsverfahrens sei dessen indikationsbezogener Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Eine Forderung über den indikationsbezogenen Nutzen hinaus im Sinne einer psychotherapeutischen „Breitbandversorgung“ sei überzogen und gesetzlich nicht gedeckt. Das BMG greift u. a. die Kritik der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) auf, dass bei der Definition der Versorgungsrelevanz ausschließlich auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen abgehoben wurde, wichtige Parameter wie Schweregrad, Prognose, sozialmedizinische und gesundheitsökonomische Folgen sowie Ansatzpunkte für eine

psychotherapeutische Behandlung dagegen nicht berücksichtigt wurden. Das BMG sieht als „milderes Mittel“ eine indikationspezifische Abrechnungserlaubnis sowie vom G-BA zu regelnde veränderte Zuweisungsinstanzen von Patienten zu Therapeuten.

Das BMG geht berechtigterweise davon aus, dass ein approbierter Psychotherapeut in der Lage ist, Komorbiditäten zu erkennen und rechtzeitig einer wirksamen Behandlung zuzuführen. Das kann aber im Klartext auch bedeuten, dass ein Therapeut mit einer Zulassung oder Abrechnungsgenehmigung in einem begrenzten indikationsbezogenen Verfahren bei richtig erkannten Komorbiditäten, die nicht in sein Behandlungsspektrum fallen, seinen Patienten in einer laufenden Therapie rechtzeitig an einen anderen Behandler weiterüberweisen muss. Alle Beteiligten (Krankenkassen, Ärzte, Psychotherapeuten, Patientenvertreter) waren und sind (?) sich einig, dass es keine eingegrenzte und enge indikationsbezogene Zulassung eines Psychotherapieverfahrens geben sollte, sondern ein zur Krankenbehandlung geeignetes Verfahren eine möglichst große Bandbreite an Indikationen abdecken solle. Gründe hierfür sind eine hohe Zahl von Komorbiditäten in der psychotherapeutischen Versorgung sowie die schutzwürdigen Interessen von Patienten, von einem breit ausgebildeten Therapeuten behandelt zu werden. Die Aufteilung von Patienten mit mehreren Diagnosen auf verschiedene Behandler, wie dieses im fachärztlichen Bereich durchaus ein sinnvoller Fall sein kann, wird innerhalb der besonderen Struktur der ambulanten Psychotherapie einhellig als nicht sinnvoll, sondern eher schädlich angesehen. An einer Erweiterung des Schwellenkriteriums zu arbeiten ist sicherlich erstrebenswert, allerdings darf dabei nicht übersehen werden, dass auch aus Sicht der Kritiker des vom G-BA gewählten Schwellenkriteriums operationalisierbare Kriterien für ein erweitertes Schwellenkriterium derzeit kaum entwickelt werden können.

Verfahren, die die oben genannten Voraussetzungen des so genannten Schwellenkriteriums der Versorgungsrelevanz nicht erfüllen, sollten (im Abschnitt B I, 4) nach Beschlussfassung des G-BA bei

nachgewiesenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit indikationsbezogen als Methode oder Technik Anwendung finden. Weiterhin sollte eine Methode oder Technik nach vorangegangener Anerkennung durch den wissenschaftlichen Beirat (WB) und nach Nachweis von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit indikationsbezogene Anwendung finden.

Diese geplante Unterscheidung in Verfahren, Methode und Technik wurde vom BMG in Gänze beanstandet mit Verweis auf die Stellungnahme der BPTK, wonach die vom G-BA vorgenommene Abgrenzung der drei Begriffe teilweise deutlich von der üblichen fachlichen und rechtlichen Verwendung abweiche.

Auch hierüber wird in der Fachöffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert und gestritten. Gegner der vom G-BA vorgeschlagenen Lösung sehen es als sehr problematisch an, dass ein psychotherapeutisches Verfahren im Sinne des Psychotherapeutengesetzes durch die neuen Richtlinien des G-BA in eine Methode umdefiniert und abgewertet werden könnte. Befürworter der Unterscheidung zwischen Verfahren, Methoden und Techniken argumentieren, dass nach Beanstandung durch das BMG bereits vom wissenschaftlichen Beirat anerkannte Methoden der Psychotherapie (z.B. die Hypnotherapie oder das EMDR) keinen oder nur noch sehr erschwerten Eingang in die Psychotherapierichtlinien finden und eine unabhängige Weiterentwicklung außerhalb zugelassener Psychotherapieverfahren kaum noch möglich sein könnte.

Es bleibt abzuwarten, welche Novellierung der G-BA für die vom BMG beanstandeten Teile im Kapitel B der Psychotherapierichtlinien finden wird und es ist zu wünschen, dass dieses möglichst (wie vom BMG angemahnt) im Einvernehmen mit der Psychotherapeuten- und Ärztekammer sowie mit dem wissenschaftlichen Beirat geschieht.

*Christa Prieß – Beratender  
Fachausschuss Psychotherapie*

## Impfen nach STIKO-Empfehlung möglich

**Der VdAK übernimmt vollständig die neuen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) und damit auch die Kosten. Neu in den Impfkalender aufgenommen wurden:**

- Impfungen gegen Pneumokokken nach vollendetem 2., 3. und 4. Lebensmonat (letzte Impfung im Zeitraum vom 11. bis 14. Lebensmonat)
- Meningokokken – Einmalimpfung im 2. Lebensjahr

Auch alle anderen Krankenkassen haben gegenüber der KV erklärt, dass sie die Kosten für die Impfungen übernehmen.

Die Impfvereinbarungen werden entsprechend angepasst und dann im Hamburger Ärzteblatt und auf der Homepage der KV Hamburg veröffentlicht.

(vo)

## Psyhyrembel auf dem PC

**Die Softwarefirma envi.com KG und der Verlag Walter de Gruyter haben den „Psyhyrembel“ aktualisiert.**

Der „Psyhyrembel“ kann jetzt auch auf Pocket PCs oder PDAs benutzt werden. Diese mobile Version benötigt etwa 68 MB an Speicherkapazität und bietet interaktive Querverweise und eine Volltextsuche. Die Suche lässt sich auch auf Fachgebiete einschränken, um relevante Begriffe schneller zu finden. Auch Demoversionen sind erhältlich.

(vo)

### Link für Palm OS:

<http://pdassi.de/23442>

### Links für Pocket PC:

<http://pocketland.de/23442>  
oder  
<http://pocketland.de/23464>

# Fragen und Antworten

## Impfungen

**1** Ein Zivildienstleistender möchte wegen einer Auslandsreise eine FSME-Impfung, wie verhalte ich mich?

Lt. Schreiben des Bundesamtes für den Zivildienst werden Auslandschutzimpfungen von Zivildienstleistenden vom Bundesamt übernommen. Sie können den Zivi also zu Lasten des Bundesamtes impfen, nachdem Sie den Impfstoff auf den Namen des Patienten auf einem GKV-Rezept angefordert haben.

## Medikamente

**2** Es gibt ein neues, extrem teures Medikament (Pegaptanib) zur Behandlung der feuchten altersabhängigen Maculadegeneration, die Injektion desselben ist jedoch derzeit keine Kassenleistung, wie verhalte ich mich?

Da die Injektion zur Lasten der Kasse nicht möglich ist, wäre eine Verschreibung unwirtschaftlich und damit ist sie nicht möglich. Das Medikament Pegaptanib können Sie derzeit nur privat verordnen.

## Sprechstundenbedarf

**3** In der neuen Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist Rhesogam nicht mehr aufgeführt. Wie sollen wir das Anti-D-Immunglobulin bestellen?

Es laufen z.Zt. noch Nachverhandlungen mit den Kassen. Solange es keine gültige Entscheidung gibt, rechnen Sie bitte das Rhesogam als Sachkosten auf dem Schein in Eurocent ab.

**4** Können wir nach der neuen Sprechstundenbedarfsvereinbarung weiterhin für den Notfall benötigte Salben bestellen?

Hier herrscht ebenfalls Klärungsbedarf. Die Kassen vertreten die Ansicht, dass außer Polividon-Jodsalben keine Salbe für eine Notfallbehandlung geeignet sei. Um Regresse zu vermeiden, bitte z.Zt. keine Salben über SSB bestellen.

## EBM

**5** Wann ist mit der Übernahme der Akupunktur in den EBM zu rechnen?

Nach der letzten Information gehen wir davon aus, dass die Einführung der Akupunktur erst zum 1. Januar 2007 stattfinden wird, da die Verhandlungen mit den Krankenkassen noch nicht abgeschlossen werden konnten. Wir werden Sie dann informieren.

## Überweisungen

**6** Ein Patient möchte eine zweite Meinung einholen, darf in diesem Fall ein Überweisungsschein an die selbe Fachgruppe ausgestellt werden?

Nein, lt. SGB V § 76 Abs. 3 sind Zweitmeinungen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähig. Wenn Patienten eine zweite Meinung wünschen, müssen die Leistungen privat bezahlt werden.

Des Weiteren darf ein Vertragsarzt lt. BMV-Ä Abs. 3 und 4 Überweisungen an die selbe Fachrichtung nur in Ausnahmefällen ausstellen. Eine Zweitmeinung auf Wunsch des Patienten gehört nicht dazu.

**7** Darf man eine Überweisung an ein Krankenhaus ausstellen?

Die Überweisung eines Patienten an ein Krankenhaus oder eine Krankenhausabteilung ist (von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, wie z. B. eine ambulante Operation) nicht möglich, da Krankenhäuser nicht dazu berechtigt sind, ambulante Leistungen durchzuführen.

Damit nicht zu verwechseln sind Überweisungen an einzelne ermächtigte Krankenhausärzte.

## Kassengebühr

**8** Wer nimmt die Kassengebühr ein, wenn der Hausarzt im Urlaub ist und der erste Kontakt im Quartal bei dessen Vertreter stattfindet und muss der vertretende Arzt weitere Überweisungen ausstellen?

Die Kassengebühr nimmt in diesem Fall der Vertreter ein und die Patienten erhalten eine Quittung. Weitere Überweisungen kann der vertretende Arzt ausstellen. Sollte der Patient im Laufe des Quartals jedoch wieder zu seinem Hausarzt gehen, benötigt er keine Überweisung. Dort langt die Vorlage der Quittung, die dann durch den Praxisstempel entwertet wird, aus. Der Hausarzt legt einen ambulanten Behandlungsfall an und trägt die Pseudonummer 80033 ein, damit die KV die Kassengebühr nicht einbehält.

## Abrechnung

**9** Wie rechnet man Leistungen ab, die im ärztlichen Bereitschaftsdienst erbracht wurden?

Für die Abrechnung der Leistungen im Bereitschaftsdienst legt man einen Notfall/Vertreterschein (Scheinuntergruppe 43) an. Für den Ordinationskomplex wird die Nr. 01210 EBM abgerechnet.

## Hausbesuche

**10** Ein von mir betreutes Kind benötigt regelmäßig Heilmittelleistungen. Die Therapeutin möchte nun für die Behandlung des Kindes in der Tagesstätte auf dem Formular „Hausbesuch“ angekreuzt haben. Spricht etwas dagegen?

Heilmittelbehandlungen im Rahmen eines Hausbesuches sind nur aus medizinischen Gründen möglich. Außerdem darf die Therapeutin grundsätzlich nur in ihrer Praxis tätig werden mit Ausnahme des Hausbesuches. Auch erfüllt die Therapeutentätigkeit in einer Tagesstätte nicht die Kriterien eines Hausbesuches. Die Heilmittelverordnung kann also nur in der Praxis der Therapeutin ausgeführt werden.

Ihr Ansprechpartner:  
Medizinische Fachberatung  
Tel.: 22802-572

# Patientenversorgung durch Krankenhäuser

## Einweisung oder Überweisung?

**Viele Nachfragen von Vertragsärzten beziehen sich auf das Thema der organisatorischen Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Klinikärzten und beschreiben nicht selten unberechtigte Anforderungen von Überweisungs- oder Einweisungsscheinen durch Krankenhäuser. Wir haben deshalb für Sie zusammengestellt, unter welchen Bedingungen eine Einweisung in bzw. Überweisung an ein Krankenhaus erfolgen darf.**

### Einweisung in ein Krankenhaus

Die „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ (Vordruckmuster 2 - Einweisungsschein) darf nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt persönlich von dem Zustand des Patienten überzeugt hat, aus seiner Sicht die ambulante Versorgung nicht ausreicht, den Patienten adäquat zu versorgen, und deshalb die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses medizinisch zwingend geboten ist.

Es ist also unzulässig – wenn auch immer wieder von Kliniken gefordert – für einen Erkrankten, der ambulant behandelt werden kann, eine Einweisung auszustellen.

Steht die Notwendigkeit stationärer Behandlung außer Zweifel, erfolgt die Einweisung (Formular bitte vollständig ausfüllen). Die Gültigkeit ist nicht quartalsbegrenzt. Die Klinik kann alle zulässigen Krankenhausbehandlungsmaßnahmen (vorstationäre Diagnostik innerhalb von 14 Tagen vor der Aufnahme, stationäre Versorgung, nachstationäre Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung) auf der Grundlage dieser Einweisung abrechnen. Kommt das Krankenhaus nach der vorstationären Behandlung zu der Auffassung, dass stationäre Versorgung nicht erforderlich ist, kann es seine Leistungen ebenfalls auf Grundlage der vorliegenden Einweisung mit der zuständigen Kasse abrechnen.

Häufig wird berichtet, dass Krankenhäuser die stationäre Versorgung nicht binnen 14 Tagen nach der Erstvorstellung des Patienten realisieren und einen weiteren Einweisungsschein vom behandelnden Vertragsarzt erbitten, um die bei der Erstvorstellung erbrachten Untersuchungsleistungen abrechnen zu können.

Diese Vorgehensweise ist eine Umgehung der Regelungen zur vorstationären Behandlung und deshalb unzulässig!

### Einweisung in eine Tagesklinik

Auch für die Behandlung in einer sog. Tagesklinik (z. B. in verschiedenen Krankenhäusern des LBK bzw. Asklepios und im UKE) ist eine Einweisung erforderlich. Es handelt sich hierbei um eine **zeitlich beschränkte Inanspruchnahme des Krankenhauses** im Sinne der im § 39 SGB V genannten teilstationären Behandlung. In der Regel dauert eine solche Behandlung, bei der der Patient von morgens bis abends im Krankenhaus weilt und auch dort verpflegt wird, mehrere Wochen oder Monate.

Der Einweisungsschein ist nur einmalig zu Beginn der Behandlung auszustellen.

### Überweisung

Krankenhäuser sind grundsätzlich zur stationären, nicht aber zur ambulanten Behandlung zugelassen. Deshalb können Krankenhäuser - von Ausnahmen abgesehen - nicht mittels eines Überweisungsscheines in Anspruch genommen werden.

Überweisungen sind zulässig:

1. zur Inanspruchnahme eines ermächtigten **Krankenhausarztes** oder Inanspruchnahme einer ermächtigten **Krankenhausabteilung**.

Ermächtigungen sind in aller Regel im Leistungsumfang, häufig auch hinsichtlich des Überweiserkreises begrenzt. Überweisungen sind nur in diesem Rahmen zulässig. Der Überweisungsempfänger ist namentlich zu benennen. Ermächtigte Krankenhausärzte müssen ihre Leistungen persönlich erbringen.

2. zur Inanspruchnahme von **Hochschulambulanzen** (Polikliniken UKE) zur Untersuchung und Behandlung in dem für Forschung und Lehre notwendigen Umfang.

Die Leistungen werden pauschaliert direkt mit den Krankenkassen abgerechnet; nach Mitteilung der Krankenkassen sind mit der Pauschale alle bei einem überwiesenen Patienten notwendigen Leistungen abgegolten, soweit sie im UKE möglich sind.

3. zu **ambulanten Operationen**.

Notwendige ambulante Operationen kann der Patient im Krankenhaus durchführen lassen, das Krankenhaus wird wie ein niedergelassener Arzt tätig. Überweisungen zu ambulanten Operationen, die der Patient im Krankenhaus durchführen lassen möchte, müssen nicht auf das Krankenhaus ausgestellt werden.

Die für die Durchführung des Eingriffes bedeutsamen Unterlagen sollen dem Patienten mitgegeben werden. Zusätzlich erforderliche, auf das eigene Fachgebiet des Operateurs oder des Anästhesisten bezogene diagnostische Leistungen können neben dem eigentlichen operativen Eingriff im Krankenhaus durchgeführt werden, **sofern es über entsprechende Einrichtungen verfügt**. Das Krankenhaus ist aber auch berechtigt, diese zusätzlichen sowie außerhalb des Fachgebietes des Operateurs notwendigen Leistungen an einen niedergelassenen Vertragsarzt zu überweisen (Überweisungsformulare erhält das Krankenhaus von der KV).

Ambulante Operationen rechnet das Krankenhaus direkt mit der zuständigen Krankenkasse ab.

*Ihr Ansprechpartner:  
Medizinische Fachberatung,  
Dr. Weidner, Tel.: 22802-442*



Die kostengünstige Alternative: ambulante OP

## Ambulante Operationen ab 1.1.2007 extrabudgetär

**D**ie Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine extrabudgetäre Vergütung nach festen Punktwerten für ambulante Operationen beim Erweiterten Bundesschiedsamt durchgesetzt.

Vom Grundsatz her soll die Regelung bereits ab 1. Oktober gelten. Da die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen die festen Punktwerte noch verhandeln müssen, gilt die extrabudgetäre Vergütung ab 1. Januar 2007.

„Die Selbstverwaltung hat da-

mit einen gemeinsamen Beitrag zur Stärkung des ambulanten Operierens geleistet und damit eine vom Gesetzgeber gewünschte Alternative zu teuren stationären Eingriffen ermöglicht“, so Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender der KBV.

(vo)

### Abgabe der Abrechnungsunterlagen II. Quartal 2006

Montag, 2. Oktober 2006 bis Mittwoch, 18. Oktober 2006 im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Montag bis Freitag von 7.00 bis 16:30 Uhr und Samstag von 7.00 bis 13.00 Uhr

Die Frist kann nur ausnahmsweise und in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss gem. § 1 Abs. 1 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KVH vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 € berechnet.

Außerhalb der regulären Frist zur Scheinabgabe können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

Den richtigen Ansprechpartner vermittelt das Infocenter der KVH, Tel.-Nr. 22802-900.

(wa)

## Überweisungsscheine im Auslandsabkommen – EG-Recht

**W**enn bei der Behandlung eines Patienten im Rahmen des Auslandsabkommens weiterführende diagnostische oder therapeutische Leistungen durch einen anderen Arzt notwendig sind, müssen auf dem Überweisungsschein folgende Informationen eingetragen werden:

- Name und Institutionskennzeichen der aushelfenden deutschen Krankenkasse und
- an die aushelfende deutsche Krankenkasse geschickt werden (lt. § 5 Abs. 2, Anl. 20 BMV-Ä/ EKV).

- zusätzlich im Statusfeld die Ziffer 10007.

Für den weiterbehandelnden Arzt gelten die gleichen Regelungen wie für den erstbehandelnden Arzt. Das bedeutet:

- Die Dokumentation des Behandlungsanspruches (Vordruckmuster 80) und
- das Vordruckmuster 81 muss erneut ausgefüllt und

Alternativ kann die Dokumentation des Behandlungsanspruches durch eine Fotokopie des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises (nur Personalausweis oder Reisepass) erfolgen.

Die Abrechnung erfolgt über die beim erstbehandelnden Arzt gewählte deutsche Krankenkasse.

Ihre Ansprechpartnerin:  
Meike Rzepka  
Tel.: 22802-484

## Kassenfusionen

Im letzten KV-Journal haben wir für Sie bereits einige Kassenfusionen aufgelistet. Inzwischen haben sich weitere Kassen zusammengeschlossen wie Sie nachstehender Tabelle entnehmen können.

alter Name	aktueller Name	gültig ab
BKK Schleicher & Schuell Enercity   BKK Stadtwerke Hannover AG	Enercity   BKK Stadtwerke Hannover AG	01.01.2006
BKK SPAR BKK BVM	BKK BVM	01.04.2006
BKK Rheinkalk BKK Barmag-Steinmüller	BKK Barmag-Steinmüller	01.10.2006
sancura BKK TAUNUS BKK	TAUNUS BKK	angekündigt bis spätestens zum 01.01.2007
BKK O&K / KONE BKK Essanelle	BKK Essanelle	angestrebt zum 01.01.2007
AOK Hamburg AOK Rheinland	AOK Rheinland/Hamburg	01.07.2006

## Der besondere Fall

### AOK Rheinland/Hamburg:

**Achtung:** Es gibt zwei Kassen mit dem selben Namen und dennoch zwei verschiedenen Institutionskennzeichen und Vertragskassennummern.

Die bisherigen Karten mit den Kassennamen „AOK Hamburg“ und „AOK Rheinland“ behalten ihre individuelle Gültigkeit. Bei Ausstellung einer neuen AOK-GesundheitsCard wird ab dem 01.07.2006 der neue Name „AOK Rheinland/Hamburg“ verwendet.

### Bitte beachten Sie für die Abrechnung:

Die Institutionskennzeichen (IK) und die Vertragskassennummern (VKNR) bleiben vorerst bestehen:

AOK Rheinland – IK 104212505 / VKNR 24101

AOK Hamburg – IK 101519213 / VKNR 02101

### Die neue Anschrift:

AOK Rheinland/Hamburg  
Landesvertretung Hamburg  
Pappelallee 22-26  
22089 Hamburg  
Telefon: 040 / 20 23 0  
Fax: 040 / 20 23 49 07  
eMail: landesvertretung.hh@rh.aok.de

### Kennzeichnung der Vordruckmuster bei Unfällen

**D**ie Kassen haben uns gebeten, auf Folgendes aufmerksam zu machen:

Verordnungen, die in Zusammenhang mit einem Unfall stehen, sollten Sie bitte mit einem entsprechenden Hinweis kennzeichnen. Die Kassen haben dann die Möglichkeit Regressforderungen gegenüber Dritten konsequent wahrzunehmen.

(Hr)



Bei Verordnung von Arzneimitteln  
Zulassungsbereich beachten

**Achtung:**

## Zugelassene Anwendungsgebiete für Oxazepam

**D**ie Deutsche BKK hat uns angeschrieben und bittet, Sie über folgenden Sachverhalt zu informieren:

Oxazepam hat in der Stärke 50 mg nur für den stationären Bereich eine Zulassung. Laut gültiger Fachinformation ist Oxazepam 50 mg zur ergänzenden, kurzfristigen Therapie schwerer Angst-, Spannungs- und Erregungszustände bei ausschließlich stationären Patienten zugelassen, wenn eine hochdosierte Einnahme von Benzodiazepinen angezeigt ist.

Wir bitten Sie in Ihrem eigenen

Interesse, dies bei weiteren Verordnungen zu berücksichtigen.

### Zur Erinnerung

An dieser Stelle möchten wir Sie an den Passus 22 der Arzneimittelrichtlinien (AMR) erinnern, der besagt, dass die langfristige Verordnung (über mehr als zwei Monate) von Tranquilantien und Hypnotika strenger Indikationsstellung und der Begründung in der ärztlichen Dokumentation bedarf.

*Ihre Ansprechpartnerin:  
Regina Lilje, Pharmazeutische  
Fachberatung Tel.: 22802-498*

### Leitlinie Depression erschienen

**D**ie Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat eine erweiterte und aktualisierte Auflage der Leitlinie zur Therapie der Depression herausgebracht.

Die Therapieempfehlungen der AkdÄ werden kritisch, interdisziplinär und unabhängig erstellt. Ziel dieser ist, anhand des in seriösen klinischen Studien belegten Erkenntnisstandes eine von der Pharmaindustrie unabhängige Orientierung für die hausärztliche Versorgung zu geben.

Professor Bruno Müller-Oerlinghausen, Vorsitzender der AkdÄ erklärt, dass viele Studien nur kurze Behandlungszeiträume und kleine Patientenkollektive aufweisen und positive Studien bevorzugt publiziert werden. Außerdem finden wichtige krankheitsrelevante Kriterien, wie z.B. Suizidrate und Sterblichkeit, in klinischen Studien bislang kaum Berücksichtigung.

Gerade in der Zeit bemerkenswerter Indikationsausweitungen von Antidepressiva und einer zunehmenden Tendenz, auch diagnostisch unschwellige Formen als behandlungsbedürftig anzusehen, hat sich die AkdÄ um eine möglichst klare Indikationsstellung für Antidepressiva bemüht.

Weitere Infos: [www.akdae.de](http://www.akdae.de)  
(Pressemitteilung)

## Verordnung von Substitutionsmitteln

### Take-home-Vergabe

**G**eleentlich erhalten wir Anfragen von Krankenkassen, mit der Bitte, die Verordnungen von Substitutionsmitteln zu überprüfen, die gegen die BtMVV verstoßen. Uns werden hierzu Rezeptkopien vorgelegt, aus denen hervorgeht, dass Substitutionsmittel für 14 Tage Take-home verordnet wurden.

Aus diesem Anlass möchten wir Sie nochmals darauf hinweisen, dass die Verordnung von Substitutionsmitteln für die eigenverantwortliche Einnahme (Take-home) des Medika-

mentes durch den Patienten nach § 5 Abs. 7 der derzeit gültigen BtMVV lediglich für 7 Tage erlaubt ist.

(mi)

Raum	Mittwoch, 15.11.2006		Donnerstag, 16.11.2006	
2	<b>Frühstückssymposium</b> 9.00 – 9.45 Uhr Auf neuestem Stand: <b>Minimalinvasive Bypass-Chirurgie</b> PD Dr. J. Ennker, Lahr	<b>Mittagssymposium</b> 13.15 – 14.00 Uhr Auf neuestem Stand: <b>Fortschritte in der Kathetherapie der KHK</b> Prof. Dr. H. Gülder, Wuppertal	<b>Frühstückssymposium</b> 9.00– 9.45 Uhr Auf neuestem Stand: <b>Prostatagesundheit durch Tomate, Licht und Messer</b> Prof. Dr. U. Humke, Stuttgart	<b>Mittagssymposium</b> 13.15 – 14.00 Uhr Auf neuestem Stand: <b>Selen – Neue adjunktive Therapie bei Sepsis?</b> Prof. Dr. K. Reinhart, Jena
	<b>10.00 - 13.00 Uhr</b>	<b>14.30 - 17.30 Uhr</b>	<b>10.00 - 13.00 Uhr</b>	<b>14.30 - 17.30 Uhr</b>
01	<b>Point of Care-Testing –Aktueller Stand</b> PD Dr. Dr. H.G. Wahl, Lüdenscheid <b>101</b>	<b>Diagnostik und Therapie seltener Stoffwechselerkrankungen</b> Prof. Dr. D. Häussinger, Düsseldorf <b>123</b>	<b>Die Arterie im Fokus moderner bildgebender Verfahren</b> PD Dr. M. Düx, Frankfurt <b>201</b>	<b>Der alte Herzpatient – kardiologische und chirurgische Aspekte</b> Prof. Dr. E. Gams, Düsseldorf <b>220</b>
02	<b>Differenzierte Nachsorge gynäkologischer Karzinome</b> Prof. Dr. W. Meier, Düsseldorf <b>102</b>	<b>Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms</b> PD Dr. M. Cohnen, Düsseldorf Dr. Chr. Vogt, Moers <b>124</b>	<b>Lungenkarzinom</b> Prof. Dr. H. Schweisfurth, Cottbus Prof. Dr. D. Kaiser, Berlin <b>202</b>	<b>Fortschritte in der Krebsforschung</b> Prof. Dr. G. Hoffmann, Grafath Prof. Dr. Chr. Poremba, Düsseldorf <b>221</b>
1				
3	<b>Von der molekularen Diagnostik zur zielgerichteten Therapie in der Hämatologie und Onkologie</b> Prof. Dr. R. Haas, PD Dr. R. Kronenwett, Prof. Dr. Chr. Poremba, Düsseldorf <b>103</b>		<b>Pflegeforum Kontinenzförderung in der Pflege</b> Katrin Balzer, Stuttgart Rolf Höfert, Neuwied <b>203</b>	
4 a/b	<b>Chinesische Medizin und Akupunktur in der Gynäkologie und Geburtshilfe</b> Dr. A. Römer, Mannheim <b>104</b>	<b>Akupunktur bei Migräne und neurologischen Erkrankungen</b> Dr. G. Stux, Düsseldorf <b>125</b>	<b>Schmerztherapie mit Akupunktur und TCM in der Praxis</b> Dr. S. Kirchhoff, Düsseldorf <b>204</b>	<b>Chinesische Arzneimitteltherapie</b> Dr. F. Sulisty, Dormagen <b>223</b>
4c	<b>Case Management</b> R. Höll, München H.-D. Falkenberg, München <b>105</b>	<b>Möglichkeiten der Burn-Out-Prophylaxe</b> Dr. Astrid Bühnen, Murnau Dr. M. Wenk, Ebersberg <b>126</b>	<b>Schmerztherapie im Alter</b> Dr. Ann-Kathrin Meyer, Hamburg <b>205</b>	<b>Pharmakogenetik – wie Gene die Arzneimittelwirkung beeinflussen</b> Dr. H.-G. Klein, Martinsried <b>224</b>
5	<b>Ortsübergreifende Kooperationen – Neues Vertragsrecht 2006</b> RA M. Broglie, Wiesbaden RA H. Wartensleben, Stolberg <b>106</b>	<b>Neue Vergütungsformen und Plausibilität in der Arztpraxis</b> RA H. Wartensleben, Stolberg RAin Stefanie Pranschke-Schade, Wiesbaden <b>127</b>	<b>Controlling in der Praxis – Vorbereitung auf Basel II</b> M. Graf, Stuttgart <b>206</b>	<b>Innovative Management- und Problemlösungstechniken im Gesundheitswesen</b> O. Henker, Reutlingen <b>225</b>
6	<b>Aktuelle Strategien zur Fehlervermeidung in der Medizin</b> Dr. O. Picker, Düsseldorf <b>107</b>	<b>Praktische Präventivmedizin</b> Prof. Dr. G. Schnack, Allensbach Prof. Dr. H. Rauhe, Hamburg <b>128</b>	<b>Diagnostische Pfade im Krankenhaus</b> Prof. Dr. W. Hofmann, München <b>207</b>	<b>Impfstoffe gegen sexuell übertragbare Krankheiten</b> Prof. Dr. G. Gross, Rostock Prof. Dr. K.-U. Petry, Wolfsburg <b>226</b>
7a	<b>Molekulare Pathologie solider Tumoren</b> Prof. Dr. R. Büttner, Bonn <b>108</b>	<b>Gastroenterologische Infektiologie – von der Diagnostik zur Therapie</b> Prof. Dr. J. Stein, Frankfurt <b>129</b>	<b>Umgang mit multiresistenten Keimen in der täglichen ärztlichen Praxis</b> Dr. Th. Fenner, Hamburg <b>208</b>	<b>Aktuelle Infektionsgefahren</b> PD Dr. G. Krause, Berlin <b>227</b>
7b	<b>Schul- u. Lernstörungen bei Kindern und Möglichkeiten ihrer Behandlung</b> Prof. em. Dr. G. Nissen, Würzburg <b>109</b>	<b>Praktische Ernährungsmedizin: Untergewicht – was ist zu tun?</b> Prof. Dr. B. Koletzko, München <b>130</b>	<b>Thoraxschmerzen</b> Prof. Dr. M. Leschke, Esslingen Prof. Dr. R. Dierkesmann, Gerlingen <b>209</b>	<b>Geriatric - Neurogeriatric</b> Prof. Dr. P. Bülow, Waldbreitbach PD Dr. H. Durwen, Düsseldorf <b>228</b>
8	<b>Prostatakarzinom – Diagnostik und Therapie</b> Prof. Dr. B. Helpap, Singen <b>110</b>	<b>Neue Möglichkeiten der Behandlung von Stuhlinkontinenz</b> Prof. Dr. H.J. Buhr, Berlin <b>131</b>	<b>Therapie der Sigmadivertikulitis</b> Prof. Dr. H.J. Buhr, Berlin <b>210</b>	<b>Gehen Verstehen – Ganganalyse nach RLAMC, Los Angeles / U.S.A</b> Kirsten Götz-Neumann, Düsseldorf <b>229</b>
12	<b>Grundkurs Ultraschall Kopf/Hals Introductory Workshop on Ultrasound for the head and the neck</b> Prof. Dr. R. Schmelzeisen, Prof. Dr. R. Laszig, Dr. Dr. R. Schön, Freiburg Prof. Dr. Dr. S. Reinert, Tübingen <b>111</b>		<b>Grundkurs Ultraschall Kopf/Hals - Fortsetzung -</b> Prof. Dr. R. Schmelzeisen, Prof. Dr. R. Laszig, Dr. Dr. R. Schön, Freiburg Prof. Dr. Dr. S. Reinert, Tübingen <b>111</b>	
14	<b>Mitgliederversammlung der Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Standespresse e.V.</b>	<b>Infektfälligkeit</b> Prof. Dr. H.-W. Baenkler, Erlangen Prof. Dr. J. P. Guggenbichler, Erlangen <b>132</b>	<b>Homöopathie in Klinik und Praxis</b> Dr M. Elies, Laubach <b>211</b>	<b>Homöopathie in der täglichen Praxis</b> Dr. M. Wiesenauer, Weinstadt <b>230</b>
15	<b>Demenz – Früherkennung und neuester Stand der Therapie</b> Prof. Dr. K. Maurer, Frankfurt <b>112</b>	<b>Phantom Schmerzen und stumpfschmerzen</b> Dr. K.-U. Kern, Wiesbaden <b>133</b>	<b>Depression – Früherkennung und neuester Stand der Therapie</b> Prof. Dr. K. Maurer, Frankfurt <b>212</b>	<b>Psychoe – Früherkennung und neuester Stand der Therapie</b> Prof. Dr. K. Maurer, Frankfurt <b>231</b>
16	<b>Katheterablation von komplexen Herzrhythmusstörungen</b> PD Dr. M. Horlitz, Köln <b>113</b>	<b>Die kranke Niere – Dialyse oder Transplantation?</b> Prof. Dr. Chr. J. Olbricht, Stuttgart <b>134</b>	<b>Hätten Sie es gewusst? Interaktives internistisches Fallseminar</b> Dr. S. Sahn, Offenbach <b>213</b>	<b>Modernes Hypertonie-Management, Assessment, Leitlinien, Patientenführung</b> Prof. Dr. B. Krönig, Trier Prof. Dr. M. Anlauf, Bremerhaven <b>232</b>
17	<b>Kardiale Bildgebung – update 2006</b> Prof. Dr. G. Sabin, Essen Prof. Dr. R. Erbel, Essen <b>114</b>	<b>Pädiatrie direkt</b> Dr. K.-J. Eßer, Düren Dr. V. Arpe, Düren <b>135</b>	<b>3D-Sonographie in Geburtshilfe und Gynäkologie</b> Dr. J. Jürgens, Titisee-Neustadt <b>214</b>	<b>Moderne Diagnose und Therapie chronischer Beinulzera</b> Prof. Dr. M. Ludwig, Berg/Kempfenhausen <b>233</b>
18	<b>Praxis-Qualitätsmanagement</b> W.M. Lamers, Billerbeck Sylvia Possin, Mülheim <b>115</b>	<b>IGeL- Verkaufstraining</b> W.M. Lamers, Billerbeck <b>136</b>	<b>Praxis-Übernahme aus juristischer, betriebswirtschaftlicher und steuerlicher Sicht</b> Monika Rohs-Weingarten, Köln <b>215</b>	<b>Qualitätsmanagement und Akkreditierung in medizinischen Laboratorien</b> Prof. Dr. R. Haeckel, Bremen <b>234</b>
19	<b>Arzneimittelsicherheit</b> Dr. C. Franken, Düsseldorf Prof. Dr. C. Ohmann, Düsseldorf <b>116</b>	<b>Genetisch bedingte Gerinnungsstörung und Gravidität</b> Prof. Dr. R. Scharf, PD Dr. R. Zotz, Düsseldorf <b>137</b>	<b>Risikomanagement</b> P. Gausmann, Detmold Dr. A. Dorsch, Haimhausen Dr. J. Koppenberg, Scuol (CH) <b>216</b>	<b>Team/Crew Ressource Management</b> Prof. Dr. M. Henninger, Weingarten Dr. J. Koppenberg, Scuol (CH) Dr. A. Dorsch, Haimhausen <b>235</b>
26	<b>Tropenkurs und Reisemedizin I</b> Dr. Th. Fenner, Hamburg <b>117</b>	<b>Tropenkurs und Reisemedizin II</b> Dr. Th. Fenner, Hamburg <b>138</b>	<b>Cytologie I: Entscheidungshilfen für die tägliche Routinediagnostik</b> Prof. Dr. H. Flenker, Bremerhaven Jutta Lange, Köln <b>217</b>	<b>Cytologie II: Qualitätssicherung in der Routinediagnostik: Präparate- und Diatetest</b> PD Dr. V. Schneider, Freiburg Jutta Lange, Köln <b>236</b>
27	<b>Gastroskopiekurs „Rhein-Ruhr“ des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) e.V.</b> Prof. Dr. J. Freise, Mülheim a.d.R. Prof. Dr. B. May, Bochum <b>118</b>		<b>Gastroskopiekurs „Rhein-Ruhr“ des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) e.V.</b> - Fortsetzung - <b>118</b>	
28	<b>Pädiatrische Notfallsituationen</b> Dr. A. Dorsch, Haimhausen <b>119</b>	<b>Kardiozirkulatorische Notfallsituationen</b> Dr. A. Dorsch, Haimhausen <b>139</b>	<b>Reanimation I</b> Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg <b>218</b>	<b>Reanimation II</b> Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg <b>237</b>
L	<b>Update Enterale Ernährung</b> PD Dr. A. Dormann, Köln Prof. Dr. C. Löser, Kassel <b>120</b>	<b>Massingkurs - Neue Gebührenordnung im Anflug! 75 €+ Notfall+Qualifikationen</b> Dr. H. A. Massing, Ibbenbüren <b>140</b>	<b>Krankenhaus-Marketing - up-date 2007</b> Prof. Dr. G. Riegl, Augsburg <b>219</b>	<b>Praxis-Marketing - up-date 2007</b> Prof. Dr. G. Riegl, Augsburg <b>238</b>
M	<b>Refresherkurs-Duplex-Sonographie – periphere Venen</b> Dr. Susanne Karasch, Siegen <b>121</b>	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>
R	<b>EKG-Grundkurs Teil I</b> Prof. Dr. M. Leschke, Esslingen <b>122</b>	<b>EKG-Grundkurs Teil II</b> Prof. Dr. M. Leschke, Esslingen <b>141</b>	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>

CCD.Süd

CCD.Pavillon

CCD.Süd, 2.OG

CCD.Ost

Ausführliches Programm: MEDICA e.V., Postfach 700149, 70571 Stuttgart, Tel. 0711/720712-0, FAX 0711/720712-29, E-Mail: info@medicacongress.de

		Freitag, 17.11.2006		Samstag, 18.11.2006		
	Raum					
	2	<b>Frühstückssymposium 9.00 – 9.45 Uhr</b> Auf neuestem Stand: <b>Multimodale Therapie des Rektumkarzinoms</b> Prof. Dr. M. Betzler, Essen	<b>Mittagssymposium 13.15 – 14.00 Uhr</b> Auf neuestem Stand: <b>Neues und Bewährtes in der Antibiotikatherapie</b> Prof. Dr. H. Lode, Berlin	<b>Frühstückssymposium 9.00 – 9.45 Uhr</b> Auf neuestem Stand: <b>Leberzelltransplantation</b> Prof. Dr. W. Fleig, Leipzig	<b>Mittagssymposium 13.15 – 14.00 Uhr</b> Auf neuestem Stand: <b>Symptomatische Cholelithiasis</b> Prof. Dr. W. G. Zoller, Stuttgart	
		<b>10.00 - 13.00 Uhr</b>	<b>14.30 - 17.30 Uhr</b>	<b>10.00 - 13.00 Uhr</b>	<b>14.30 - 17.30 Uhr</b>	
CCD.Süd	01	<b>Moderne Bildgebung des Herzens</b> Prof. Dr. H. M. Hoffmeister, Solingen 301	<b>Herzrhythmusstörungen</b> Prof. Dr. B. D. Gonska, Karlsruhe 322	<b>Proteinpattern (DiaPat) zur Diagnose von Nieren- und Tumorerkrankungen</b> Dr. S. Wittke, Hannover 401	<b>Infektiologisches Fallseminar</b> PD Dr. A. Dormann, Köln Dr. B. Wejda, Bünde 422	
	02	<b>Diabetes mellitus – ein kardiovaskuläres Hochrisiko</b> Prof. Dr. H.U. Janka, Bremen 302	<b>Netzwerk Seltene Krankheiten</b> Prof. Dr. W. Hardingham, Ostercappeln 323	<b>Melanom und nicht-melanozytäre Hauttumoren</b> Prof. Dr. S. Roth, Düsseldorf Dr. K. W. Schulte, Düsseldorf 402	<b>Lasertherapie von Hautkrebs – was geht und was nicht geht</b> Dr. N. Seeber, Hamburg 423	
	1	<b>Ihr Einstieg in die Zusatzbezeichnung „Akupunktur“</b> Prof. mult. h.c./China Dr. F. Bahr, München 303	<b>Ihr Einstieg in die .....</b> - Fortsetzung - 303	<b>Ihr Einstieg in die .....</b> <b>Beginn: 9.00 h</b> - Fortsetzung - 303	<b>Ihr Einstieg in die .....</b> - Fortsetzung - 303	
	3	<b>Aktuelle Impffragen für die Praxis</b> Dr. H.-J. Laws, Düsseldorf Prof. Dr. R. von Kries, München 304	<b>InfoForum: Darmkrebs: und dann? mit Förderpreisverleihung für Selbsthilfegruppen</b> Dr. B. Wegener, Berlin 324	<b>InfoForum: Herzrhythmusstörungen</b> Prof. Dr. B. E. Strauer, Düsseldorf 403	<b>InfoForum: Tinnitus - interdisziplinär</b> Dr. H.-M. Strahl, Düsseldorf 424	
	4 a/b	<b>Ohrakupunktur</b> Dr. H. P. Ogal, Brunnen 305	<b>Akupunktur als Teil unserer Medizin</b> Dr. Walburg Maric-Oehler, Bad Homburg 325	<b>Aku-Taping</b> Dr. H.-U. Hecker, Kronshagen 404	<b>Neuraltherapie bei gynäkologisch- geburtshilflichen Indikationen</b> MR Dr. H. Becke, Ludwigsfelde 425	
	4c	<b>Psychosexuelle Störungen</b> V. van den Boom, Aachen 306	<b>Eheprobleme</b> V. van den Boom, Aachen 326	<b>Karriere in Weiß</b> Dr. K-P. Schaps, Wilhelmshaven 405	<b>InfoForum: Elektrodiagnose /-therapie und Elektrosmog</b> E.W. Eckert, Bonn Prof. Dr. U. Reinhold, Bonn 426	
	5	<b>RFID - Chancen und Risiken radiofrequenter Identifikation im Gesundheitswesen</b> H. Oehlmann, Naumburg 307	<b>Kooperationen im Gesundheitswesen – aktuelle Entwicklungen</b> RA Dr. jur. B. Halbe, Köln 327	<b>Betriebswirtschaftliche und Kassenrechtliche Aspekte auf dem Weg zur Selbständigkeit</b> M. Graf; B. Bedei, Stuttgart 406	<b>IGeL - Seminar</b> Dr. B. Kleinken, Mülheim 427	
	6	<b>Das digitale Krankenhaus</b> Prof. Dr. M. Siebolds, Köln Dr. Helga Kirchner, Düsseldorf 308	<b>Praxisabgabe und ärztliche Niederlassung unter Gesundheitsreformbedingungen</b> Prof. h.c. (BG) Dr. K. Goder, Münster 328	<b>Hausärztliche Suchtmedizin Schwerpunkt Alkohol bis 13.30 h</b> Dr. W. Dresch, Köln 407	<b>Evidenz basierte Medizin (EbM) -Basiswissen für die Bewertung von Pharmastudien - bis 18.00 h</b> Dr. J. Fessler, Flörsheim 428	
	7a	<b>Pränatal-Medizin und Genetik</b> Dr. P. Kozłowski, Düsseldorf 309	<b>Interdisziplinäre Gastroenterologie: Refluxkrankheit, Divertikelkrankheit</b> Prof. Dr. A. Tromm, Hattingen 329	<b>Knochen- und Weichteilinfektionen</b> Prof. Dr. G. H. Willital, Münster 408	<b>Aktuelle Aspekte der HIV-Infektion</b> Dr. H. Knechten, Aachen 429	
	7b	<b>Multiple Sklerose - Neues zur Pathogenese und aktuellen Therapie</b> Dr. S. Schimrigk, Bochum 310	<b>Kleinwuchs</b> Prof. Dr. R. Pankau, Kiel 330	<b>Aktuelle Proktologie</b> Dr. F. Raulf, Münster 409	<b>„Geriatrisches Basisassessment“ – Einführung und Praxiserfahrung</b> Dr. D. Lüttje, Osnabrück Dr. A. Leischker, Lingen 430	
	8	<b>Fortschritte in der Schizophrenieforschung</b> Prof. Dr. J. Wiltfang, Erlangen Prof. Dr. G. Hoffmann, Grafath 311	<b>Epilepsie – update</b> Dr. H. Hamer, Marburg Prof. Dr. B. Pohlmann-Eden, Bielefeld 331	<b>Arzt helferinnenForum: Karrierestationen für Arzthelferinnen</b> Luise Drehsen, Duisburg Beate Grube, Voerde 410	<b>Prima Klima im Team</b> Jutta Mosig-Frey, Flörsheim 431	
	12	<b>Grundkurs Ultraschall Kopf/Hals</b> - Fortsetzung - 111	<b>Kurs: Beinvenenthrombosen - ambulant behandelt</b> Dr. M. Hartmann, Freiburg 332	<b>Lungenfunktionsmessung in der Praxis – für Ärztinnen und Ärzte</b> Dr. H. Mitfessel, Remscheid 411	<b>Lungenfunktionsmessung in der Praxis – Tipps und Tricks für Assistenzpersonal</b> Dr. H. Mitfessel, Remscheid 432	
	14	<b>MTA-Forum: Der neue TvöD und das Arbeitszeitgesetz</b> Karin Petry, Bochum 312	<b>Fast track Anästhesie und Chirurgie 2006</b> Prof. Dr. Th. Standl, Solingen 333	<b>Auge und Allgemeinerkrankung</b> Prof. Dr. K. P. Steuhl, Essen 412	<b>Ernährungsmedizin und Diätetik aktuell</b> Prof. Dr. H. Mann, Aachen 433	
	CCD.Pavillon	15	<b>Polyneuropathien und –neuritiden im mittleren und höheren Lebensalter</b> Prof. Dr. J. Jörg, Wuppertal 313	<b>Neurologisch-psychiatrischer Untersuchungskurs</b> Prof. Dr. B. Hofferberth, Copenbrügge 334	<b>Neurologische Differentialdiagnose</b> Prof. Dr. P. Berlit, Essen Prof. Dr. W. Nacimiento, Duisburg 413	<b>Der Rückenschmerz – eine interdisziplinäre Herausforderung</b> PD Dr. A. Saleh, Düsseldorf 434
		16	<b>Hätten Sie es gewusst? Interaktives internistisches Fallseminar</b> Dr. S. Sahm, Offenbach 314	<b>Neue bildgebende Verfahren in der Prävention</b> Prof. Dr. R. Seibel, Mülheim/R. 335	<b>Osteologisches Seminar</b> Prof. Dr. Dr. E. Keck, Wiesbaden 414	<b>Klinische Ethikberatung im Krankenhaus</b> Dr. A. May, Bochum Prof. Dr. Dr. Vollmann, Bochum 435
17		<b>Refresherkurs-Duplex-Sonographie – periphere Arterien</b> Dr. Th. Karasch, Köln 315	<b>Mamma-Sonographie</b> Dr. M. Warm, Köln 336	<b>Spezielle Immuntherapie / Hyposensibilisierung</b> Prof. Dr. H. F. Merk, Aachen 415	<b>MELK Topo-Proteomics in der Dermatologie</b> Prof. Dr. B. Bonnekoh, Magdeburg Dr. A. Pommer, Magdeburg 436	
18		<b>GOÄ-Abrechnungsseminar Gynäkologie</b> Gerda-Marie Görner, Mülheim M. Knauf, Mülheim 316	<b>Ozon in der Komplementärmedizin</b> Dr. Renate Viebahn-Hänsler, Iffezheim 337	<b>GOÄ-Seminar</b> W.A. Lamers, Billerbeck 416	<b>Praxisorganisation nach dem „Deuser-Modell“</b> J. Deuser, Berlin Dr. K.-H. Deuser, Berlin 437	
19		<b>Kopf- und Gesichtsschmerz</b> Dr. Dr. R. Schön, Freiburg 317	<b>Warum Kopfklinikum?</b> Prof. Dr. R. Hagen, Würzburg 338	<b>6. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft der Ärzte im Krankenhausmanagement: Unternehmensrechtsformen deutscher Krankenhäuser – Chancen und Risiken für die ärztlichen Mitarbeiter</b> Dr. Christiane Ocken, Hamburg Dr. A. Dyrna, Leipzig 417		
CCD.Süd, 2.OG	26	<b>Hämatologischer Mikroskopierkurs</b> Prof. Dr. K. P. Hellriegel, Berlin 318		<b>Mikroskopischer Hämatologiekurs für Fortgeschrittene – auch geeignet für MTA und Laborärzte</b> Prof. Dr. W. Gassmann, Siegen 418		
	27	<b>Kolo-Ileoskopischer Untersuchungskurs (Ludwigsburger Endoskopiekurs)</b> Prof. Dr. P. Frühmorgen, Dr. K. Wehrmann, Ludwigsburg Dr. W. Rufle, Heidenheim 319		<b>Kolo-Ileoskopischer Untersuchungskurs (Ludwigsburger Endoskopiekurs)</b> - Fortsetzung - 319	<b>Narkose im Rettungsdienst</b> PD Dr. H. Kuhnigk, Würzburg Dr. K. Zischler, Frankfurt 438	
	28	<b>Notfälle bei älteren Menschen</b> Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg 320	<b>Medikamentöse Therapie im Notfall</b> Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg 339	<b>Qualitätsmanagement: Akkreditierung pathologischer Institute</b> Prof. Dr. W. Schlake, Gelsenkirchen 419	<b>Immunfluoreszenz-Kurs Beginn: 13.30 h</b> Dr. W. Stöcker, Lübeck Dr. R. Käthner, Göttingen 439	
CCD.Ost	L	<b>Kolposkopie I – Grundlagen der Kolposkopie</b> PD Dr. V. Küppers, Düsseldorf Prof. Dr. R. J. Lellé, Münster 321		<b>Kolposkopie II – Normale und abnorme Befunde der Vulva und Vagina</b> PD Dr. V. Küppers, Düsseldorf Prof. Dr. R. J. Lellé, Münster 420		
	M	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>	<b>2. Präventionstag – Forum für interdisziplinäre Präventivmedizin</b> Dr. Claudia Hennig, Königswinter P. Schlink, Königswinter 421		
	R	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>	<b>29. Deutscher Krankenhaustag</b>	<b>Manuelle Medizin</b> Dr. H. J. Petersohn, Düsseldorf 440	

Ausführliches Programm: MEDICA e.V., Postfach 700149, 70571 Stuttgart, Tel. 0711/720712-0, FAX 0711/720712-29, E-Mail: info@medicacongress.de



## Aufhebung des Vorbehaltes

Im KVH-Journal 2/2006 wurden untenstehende Verträge unter Vorbehalt veröffentlicht, um Sie rechtzeitig zu informieren.

Zu diesem Zeitpunkt war die Erklärungsfrist der Aufsichtsbehörde gem. § 71 Abs. 4 SGB V noch nicht abgelaufen. Nun ist das Unterschriftenverfahren für folgende Verträge abgeschlossen, die damit gültig sind:

- 1. Nachtrag zur Vereinbarung über die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten mit den Primärkassen – außer IKK Hamburg – vom 22.05.2006
- 1. Nachtrag zur Anlage D zum Gesamtvertrag mit dem VdAK / AEV – Vereinbarung über die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten vom 22.05.2006
- Nachtrag zum Verteilungsmaßstab vom 13.06.2006

### Erratum:

Leider hat sich in der Veröffentlichung des Nachtrages für den Verteilungsmaßstab – KVHJ 2/2006 – ein Fehler eingeschlichen:

In dem Passus Anlage B Abschnitt 2 muss der letzte Satz wie folgt lauten:

„Überschreitungen des pRVV werden mit Unterschreitungen des Zusatzvolumens verrechnet.“

(VE/schw)

## Hautvorsorge

### Neuer Vertrag macht außerbudgetäre Abrechnung für manche Patienten möglich

Seit dem 1. August 2006 bzw. 1. September 2006 können Versicherte folgender Mitglieder des AEV-Arbeiter-Ersatz-Kassen-Verband e.V.,

#### ab dem 1. August 2006

- der Gemünder Ersatzkasse (GEK),
- der Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK)
- der KEH-Ersatzkasse

#### ab dem 1. September 2006

- der Deutsche Angestellten Krankenkassen (DAK)
- der Hanseatischen Krankenkasse (HEK)
- der Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK)

einmal im Jahr eine Hautkrebsfrüherkennung vornehmen lassen.

Hautkrebs hat in den letzten Jahren immer mehr zugenommen. Mit gezielter Vorsorge ist Hautkrebs gut heilbar und deswegen haben oben genannte Kassen mit der KV Hamburg einen Vertrag über Vorsorge geschlossen. Ziel dieses Vertrages ist:

- Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen,

- Schulungen einzelner Versicherten zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Anspruchsberechtigt ist jeder Versicherte der oben genannten Kassen ab dem 18. Lebensjahr. Untersuchungen nach diesem Vertrag können zugelassene Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten durchführen. Auch Ärzte dieser Fachgruppe, die in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind, können an dem Vertrag teilnehmen.

Die Untersuchung umfasst folgende Leistungen:

- Die Anamnese
- Eine körperliche Untersuchung einschließlich Auflichtmikroskopie (Untersuchen der Haut, der Hautanhangsgebilde) und der sichtbaren Schleimhäute (Gesamthautuntersuchung, Hauttypbestimmung)
- Die vollständige Dokumentation

Eine Beratung über das Ergebnis der Untersuchungen gehört auch zum Leistungsspektrum. Dabei ist das individuelle Risikoprofil des Versicherten sehr wichtig und der Hinweis auf Möglichkeiten zum



Abbau von gesundheitsschädlichen Verhalten.

Bei Verdacht oder Vorliegen einer Krankheit muss der Arzt dafür Sorge tragen, dass der Patient eine entsprechende Behandlung erhält. Die notwendigen Maßnahmen der Therapie und der Nachsorge sind nicht Bestandteil dieses Vertrages. Die erforderlichen Daten sind mit Einverständnis des Patienten an den weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln.

Diese Leistungen werden mit 21,00 Euro außerbudgetär vergütet. Die Abrechnungsnummer ist die 94500. Die Leistungen werden mit der KV Hamburg abgerechnet.

Den kompletten Vertrag können Sie auch auf der Homepage der KV Hamburg unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) -> Rechtsquellen -> Gesetze & Verträge -> Verträge -> Vertrag 31a einsehen oder im Hamburger Ärzteblatt 9/06 nachlesen.

(vo)



QM - gut erklärt ist gut gelernt

## Qualitätsmanagement in der Praxis – die Zeit läuft!

### Weitere Informationsveranstaltungen im November

**A**m 1.1.2006 ist die Richtlinie zur Einführung eines Qualitätsmanagements in Kraft getreten. Für alle, die zu diesem Zeitpunkt schon niedergelassen waren, gilt dieses Datum auch als Starttermin für die „Planungsphase“. Doch zwei Jahre sind schnell um und vielleicht hat noch nicht jeder Zeit gefunden, sich mit dem Thema Qualitätsmanagement in der Praxis zu befassen.

Die KVH bietet allen bisher Unentschlossenen im November 2006 noch einmal Informationsveranstaltungen zum Thema QM an. Die Veranstaltungen finden im Ärztehaus in der Humboldtstraße statt. Bei Interesse melden Sie sich bitte telefonisch in der Abteilung Qualitätsmanagement an.

Tel.: 22 80 2 -847 oder -633.

#### Die Termine:

für niedergelassene Ärzte und Praxispersonal

- 08. November, 16 Uhr
- 22. November, 16 Uhr

für Psychotherapeuten (diese Veranstaltung wird von Christa Prieß, dipl. Psychologin, durchgeführt).

- 22. November, 19 Uhr

#### Warum muss Qualitätsmanagement in Praxen jetzt eingeführt werden?

- Der § 135a SGB V sieht seit dem 01.01.2004 die Einführung eines Qualitätsmanagements auch in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen vor.

- Die Rahmenbedingungen (Richtlinien) dazu sind vom G-BA mit Wirkung zum 01.01.2006 festgelegt worden.

In der Richtlinie ist u.a. der Zeitrahmen für die Einführung eines QM geregelt. Er gliedert sich in drei Phasen:

#### Planungsphase:

Innerhalb von längstens zwei Jahren nach In-Kraft-Treten der Richtlinie (01.01.2006) oder bei späterer Niederlassung ab Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit sind Maßnahmen zur Planung eines einrichtungsinternen QM durchzuführen (z.B. Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis, Festlegung von konkreten Zielen).

#### Umsetzungsphase:

Innerhalb von längstens zwei weiteren Jahren sind konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Einführung eines einrichtungsinternen QM zu ergreifen. Dabei müssen alle Grundelemente unter Verwendung der vorgesehenen Instrumente eingeführt werden.

#### Überprüfungsphase:

Innerhalb von längstens einem weiteren Jahr ist eine Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der Einführung der Grundelemente, der verwendeten Instrumente und der Zielerreichung, auf Grundlage von Nachweisen und Messungen (z.B. von Patientenbefragungen sowie Auswertungen dokumentierter Beschwerden und erfasster Fehler), vorzunehmen.

Danach schließt sich die fortlaufende Weiterentwicklung mit jährlicher Selbstbewertung an.

Außerdem ist in der G-BA-Richtlinie auch festgelegt, dass die KVen zur Bewertung der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen QM Kommissionen berufen. Die Bewertung erfolgt nach den Vorgaben der Richtlinie des G-BA. Die Ergebnisse sind durch die QM-Kommission standardisiert zu dokumentieren und an die KBV zu übermitteln. Diese stellt die Ergebnisse dann dem G-BA zur Verfügung. Nach Ablauf von fünf Jahren nach In-Kraft-Treten der Richtlinie überprüft der G-BA den Grad der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen QM.

#### QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Maßgabe hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein explizit auf den niedergelassenen Bereich

zugeschnittenes QM-System entwickelt. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Arzthelferinnen, KV-Experten und externen Beratern entstand „QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen“. QEP® wurde in einem bundesweiten Probelauf in 61 repräsentativen Praxen geprüft, extern evaluiert und erhielt anschließend den letzten Schliff.

Der QEP®-Kernzielkatalog enthält ausschließlich praxisrelevante Formulierungen und als einziges System seiner Art bietet QEP® ein Schulungscurriculum an, welches die Teilnehmer - Praxisinhaber und Mitarbeiter/innen - zur Einführung von QEP® in der eigenen Praxis auch ohne externe Hilfe befähigt.

Auf Grundlage des Curriculums werden bundesweit QEP®-Einführungsseminare von speziell durch die KBV lizenzierte QEP®-Trainer durchgeführt. In Arbeitsgruppen wird dort der Umgang mit dem QEP®-Qualitätszielkatalog erlernt und die Praxisinhaber und -mitarbeiter werden so in die Lage versetzt, im Anschluss an das Seminar QEP® einzuführen und umzusetzen. Als Veranstalter der QEP®-Einführungsseminare treten ausschließlich die Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und einige Berufsverbände auf.

Der QEP®-Kernzielkatalog mit Selbstbewertungsmöglichkeit sowie Umsetzungshilfen und Musterdokumenten in Form eines Manuals, inklusive einer CD-Rom, bilden im Zusammenhang mit dem Einführungsseminar ein sinnvoll aufeinander abgestimmtes Gesamtpaket. Mit diesem ist es möglich, ein äußerst praxisbezogenes Qualitätsmanage-



Kommunikation ist bei QM sehr wichtig

ment im niedergelassenen Bereich erfolgreich und zudem sehr kostengünstig einzuführen.

### Was Sie schon mal tun können, bevor Sie sich für ein bestimmtes QM-System entscheiden

In den Grundzügen unterscheiden sich die verschiedenen am Markt befindlichen Qualitätsmanagementsysteme kaum voneinander, lediglich in Preis und Praktikabilität! Alle wollen mit ähnlichen Mitteln letztlich bewirken, dass durch strukturiertes, systematisches Vorgehen das individuell Geplante auch tatsächlich erreicht wird. Insofern ist es nicht nötig für ein QM-System mehr Geld auszugeben als unbedingt sein muss. Bei der Entwicklung von QEP® war dies eine der wichtigsten Überlegungen. Weiterhin sollte es dem Praxisteam ermöglicht werden, ohne Unterstützung durch kostspielige Beraterfirmen und mit einem Zeitaufwand, der sich in einem vernünftigen Rahmen hält, ein praxis-spezifisches QM-System einzuführen und weiterzuentwickeln.

Fragen, die sich aus jedem QM-System für Sie ergeben:

- Funktioniert unsere Kommunikation und unser Informationsfluss für alle zufriedenstellend?
- Haben wir alle Verantwortlichkeiten verbindlich verteilt?
- Sind unsere Arbeitsabläufe verbindlich dokumentiert?
- Wie sehen uns eigentlich unsere Patienten?
- Sind wir selbst zufrieden mit unserer momentanen Organisation bei der Anmeldung und Terminvergabe?

Jedes QM-System beinhaltet beispielsweise eine starke Einbeziehung der Mitarbeiter, denn Information und Kommunikation sind ein grundsätzlicher Baustein von QM. Ein erster Schritt kann also die Einführung einer regelmäßigen Teambesprechung sein, in deren Rahmen z.B. Verantwortlichkeiten verteilt und erste tabellarische Arbeitsablauf-Schilderungen angefertigt werden. Aus diesen Ablauf-Schilderungen entstehen im Verlauf

dann verbindliche Verfahrensanweisungen. Ebenfalls ist die Dokumentation dieser Besprechung wichtig, damit auch Mitarbeiter, die aus verschiedenen Gründen bei dem Treffen nicht dabei sein können, über getroffene Vereinbarungen informiert werden.

Ein weiterer Schritt ist die Erstellung eines Praxis-Organigramms, in dem alle Mitarbeiter mit ihren jeweiligen Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten aufgelistet sind.

Was wollen wir von unseren Patienten wissen?

Auch die Ausarbeitung eines kurzen Patientenfragebogens ist einer der ersten spannenden Schritte. Sie erfahren, wo Sie aus Patientensicht zuerst handeln sollten, und können auf dieser Basis durch spätere Befragungen ermitteln, ob Ihre Bemühungen erfolgreich waren.

### Unser Service für Sie: Hilfestellung durch die KVH

Von der KVH werden nicht nur Infoveranstaltungen und die geschilderten QEP®-Einführungsseminare angeboten. Auch bei Fragen während der QM-Implementierung oder wenn der Wunsch nach Vertiefung der Thematik bestehen, bietet die KVH ihren Mitgliedern weitgehende Unterstützung an. Sofern gewünscht, kann beispielsweise auch vor Ort in der Praxis mit dem Praxisteam eine Teambesprechung geübt werden, denn diese Besprechung stellt eine der wesentlichen QM-Säulen dar. Aber auch beim Gestalten eines Fragebogens für Patienten oder bei der Ausarbeitung einer Mitarbeiterumfrage ist die KVH gern behilflich. Geht es um die Erhebung des Ist-Zustandes, die darauf folgende Festlegung von Praxiszielen, die Gestaltung von Organigrammen, Verfahrensanweisungen und anderen QM-relevanten Dingen, stehen die Mitarbeiter der Abteilung QM den Mitgliedern der KVH mit Rat und Tat zur Seite.

Telefonisch ist die Abteilung QM unter 040 / 22 80 2 -633 oder -847 zu erreichen.

(dud)



## Übergangsfrist läuft ab

# Beim Röntgen an die Dokumentation der Strahlenexposition denken

**In der Sachverständigenrichtlinie wird künftig die Installation eines Dosisflächenproduktmessgerätes (DFP-Messgerät) gefordert. Anhand der angezeigten Werte überprüft die Ärztliche Stelle, ob die vom Bundesamt für Strahlenschutz vorgegebenen Referenzwerte eingehalten werden.**

Bis zum 31.12.2007 müssen Sie in der Lage sein, das Dosisflächenprodukt entsprechend der Röntgenverordnung § 28 zu dokumentieren. Damit Sie prüfen können, ob Ihre Röntgenanlage die erforderlichen Daten liefern kann, haben wir das Wesentliche des § 28 der Röntgenverordnung zur Aufzeichnungspflicht zusammengefasst.

### Der § 28 in Kürze

Der § 28 Abs. 1 Nr. 6 besagt, "dass die Strahlenexposition des Patienten, soweit sie erfasst worden ist, oder die zu deren Ermittlung erforderlichen Daten und Angaben aufzuzeichnen sind".

Diese Aufzeichnungen sind gegen unbefugten Zugriff und unbefugte Änderung zu sichern und auf Verlangen den zuständigen Stellen vorzulegen. Bei diesen Angaben wird unterschieden zwischen festen Daten (z. B. technische Daten, festgelegte Untersuchungsparameter) und variablen Daten. Letztere kön-

nen z. B. patientenbezogen und bei Abweichungen von Standardeinstellungen variieren. An konventionellen Röntgeneinrichtungen sind für jede Strahlenexposition grundsätzlich folgende Daten anzugeben:

- Höhe der Röhrenspannung (kV)
- Strom-Zeit-Produkt (mAs Nachanzeige bei Automatikbetrieb)
- Aufnahmeformat (Nutzstrahlenfeldgröße)
- Anzahl der Expositionen einschließlich der Fehlaufnahmen
- Durchleuchtungszeit
- Dosisindikatorwert bei digitalen Detektorsystemen.

Bei Feststromgeneratoren genügt die Zeitangabe und bei Verwendung einer Organautomatik kann auf die Angabe der Röhrenspannung verzichtet werden, wenn ein Wert für

die Organtaste festliegt, nicht verändert wird und bei den Standarddaten dokumentiert ist.

### Fazit

Bei Röntgeneinrichtungen, die über eine Dosisflächenproduktanzeige (mit Maßeinheit z.B. cGy x cm<sup>2</sup>) verfügen, kann auf die Angabe des Strom-Zeit-Produktes verzichtet werden.

Bei Röntgenanlagen, die über keine mAs-Nachanzeige verfügen und alternativ die Ermittlung des mAs-Produktes anhand der oben genannten Daten nicht möglich ist, müssen entsprechend nachgerüstet werden.

### Ein DFP-Messgerät muss installiert sein bei:

- Durchleuchtungsuntersuchungen des Gastrointestinaltraktes (Übergangsfrist bis 31.12.2007)
- Angiographien einschließlich Phlebographie, DSA und kardiologische Serien
- Interventionellen radiologischen Eingriffen
- Kinderradiologischen Untersuchungen am Körperstamm (<= 12 Jahre). Zum Körperstamm zählt auch die Röntgenuntersuchung des kindlichen Schädels, der HWS, der Schulter und der Hüfte.

Sollten Sie zu diesem Themenkomplex bzw. generell zur Umsetzung der Röntgenverordnung Fragen haben, bieten wir Ihnen gern unsere Hilfe an.

### Ihre Ansprechpartner:

Herr Engelhardt Tel. 42837-3135 (BWG/Amt für Arbeitsschutz).

Frau Meyer Tel. 22802-552 (Ärztliche Stelle KVH)

Frau Blauert Tel. 22802-451 (Ärztliche Stelle KVH)

Aufgrund der Vielzahl neuer Richtlinien und Verordnungen, hervorgerufen durch die Novellierung der Röntgenverordnung, werden Sie in den nächsten Heften neben aktuellen Informationen weitere Hin-

weise der Ärztlichen Stelle finden (z. B. Dokumentationspflicht bei computertomographischen Untersuchungen).

Das Rundschreiben der Ärztlichen Stelle vom 30.03.2004 und alle weiteren Informationen dazu finden Sie auch auf der Homepage der KVH unter [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) -> Ärzte/Psychotherapeuten -> Qualitätssicherung -> genehmigungspflichtige Leistungen -> Strahlendiagnostik und -therapie.

(bl)

## Ausfüllhilfe DMP Brustkrebs

**Die neuen Ausfüllhilfen für das Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs sind ab sofort bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH), beim Pförtner zu bekommen.**

In den Ausfüllhilfen finden Sie Hinweise zum Ausfüllen der Erstdokumentation, zur Einschreibung eines Patienten, zum Ausfüllen der Folgedokumentation und zum Umgang mit den Dokumentationen.

(vo)

## Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

# Qualitätskontrollen bei Substitution obligatorisch

**Seit dem 01.01.2003 ist die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg verpflichtet, stichprobenartig eine Qualitätskontrolle bei 2 Prozent der abgerechneten Substitutions-Behandlungsfälle pro Quartal durchzuführen. Dafür müssen zwingend auch diese Unterlagen eingereicht werden:**

- Einverständniserklärung zur Datenübermittlung bei Behandlungsbeginn
- Einverständniserklärung zur Datenübermittlung bei Abschluss der Behandlungsvereinbarung
- Bescheinigung der psychosozialen Beratungsstelle gem. § 7 Abs. 1 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung oder eine Bescheinigung über eine psychiatrische Mitbehandlung

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig eingereichte Dokumentationen von der Qualitätssicherungskommission Substitution der KVH geprüft werden können.

Aus der Leistungslegende ergibt sich, dass die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), Anlage I, zwingende Abrechnungsvoraussetzung für die Leistungen nach den Nrn. 01950, 01951 und 01952 EBM 2000plus ist.

In § 7 Abs. 1 der Anlage I Nr. 2 dieser Richtlinie ist festgelegt, dass der Dokumentation eine aktuelle Bescheinigung / schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder die Fortführung einer psychosozialen Betreuung beizufügen ist. Ist ausnahmsweise keine psychosoziale Betreuung notwendig, ist dies durch die psychosoziale Beratungsstelle zu bestätigen. Alternativ kann eine Bescheinigung über eine psychiatrische Mitbehandlung vorgelegt werden.

In Absatz 2 der vorgenannten Richtlinien hat der Arzt unverzüglich zu Beginn der Substitutionsbehandlung das schriftliche Einverständnis des Patienten einzuholen, damit der Beginn und die Beendigung einer Behandlung bei der zuständigen KV und der leistungspflichtigen Krankenkasse angezeigt werden kann.

### **Wichtig: Patientenunterschrift zu Beginn der Behandlung**

Bitte achten Sie unbedingt darauf, dass die Patienten gleich zu Beginn der Behandlung beide Einverständniserklärungen unterschreiben und sich durch Ankreuzen der

Formularkästchen mit der Behandlung einverstanden erklären. Eine Behandlung zu Lasten der GKV ist sonst nicht möglich.

### **Psychosoziale Betreuung**

Die Bescheinigung der psychosozialen Beratungsstelle muss binnen 4 Wochen nach Behandlungsaufnahme eingeholt werden.

Wiederholt wird uns in einer Dokumentation vom Arzt mitgeteilt, daß eine psychosoziale Betreuung nicht notwendig sei oder die Patienten nicht zu motivieren sind. In diesen Fällen werden die Substitutionsrichtlinien nicht eingehalten und eine weitere Behandlung des Patienten zu Lasten seiner Krankenkasse ist nicht durchführbar.

### **Dokumentation – Zeitplan einhalten**

Sechs Monate nach Behandlungsbeginn muss eine Verlaufsdokumentation (Version 2.0) erstellt und dann alle 12 Monate wiederholt werden.

*Ihre Ansprechpartner:*

*Frau Schwarzloh Tel.: 22 80 2741*

*und*

*Frau Mindermann Tel.: 22 80 2601*

*Abt. Qualitätssicherung*

# Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen

(Stand 01.07. 2006)

**F**ür eine Vielzahl von Leistungen ist eine Genehmigung durch die KVH erforderlich, da sie an eine Vereinbarung oder Richtlinie gebunden sind. Erst nach erteilter Genehmigung können Sie diese abrechnen. Anträge auf Genehmigung müssen schriftlich an die entsprechende Fachabteilung der KVH gerichtet werden. Welche Abteilung für welche Genehmigung zuständig ist, haben wir in einer Übersicht für Sie zusammengestellt.

## Wo muss was beantragt werden?

### Ambulante Operationen

Für die Durchführung von ambulanten Operationen ist gegenüber der KV eine Erklärung abzugeben, mit der der Arzt bestätigt, dass die Vertragsarztpraxis den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entspricht. Erklärungsvordrucke bekommen Sie in der Abt. Qualitätssicherung.

### Leistungen im Rahmen des EBM2000plus

Bitte beachten Sie, dass es im EBM2000plus zusätzlich Leistungen gibt, die ebenfalls nur auf Antrag und Genehmigung erbracht und abgerechnet werden dürfen.

Ihr Ansprechpartner ist die Abt. Honorarabrechnung.

### Abteilung Arztregister:

- Anerkennung als Belegarzt
- Beschäftigung eines Vertreters (siehe § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV)
- Beschäftigung eines Assistenten zur Weiterbildung (siehe § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV) Bei der Beschäftigung eines Assistenten zur Weiterbildung denken Sie bitte daran, dass dieser erst dann von Ihnen – als Arbeitnehmer – beschäftigt werden darf, wenn Sie die **vorherige** Genehmigung von der KVH eingeholt haben.

### Abteilung PIT:

- EDV-mäßig erstellte Vertragsarzt-Abrechnung

### Gesundheitsbehörde

Bei Beantragung der Genehmigung

- zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V
- für einen Schwangerschaftsabbruch

wenden Sie sich bitte an:

Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Fachabteilung Öffentlicher Gesundheitsdienst  
Abteilung G 3112

Billstraße 80  
20539 Hamburg  
Tel.: 428 37 - 2066



## Hier bekommen Sie die Vordrucke

Die Vordrucke finden Sie im Formularcenter auf der Homepage der KVH unter [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) -> Mitgliederbereich -> Formularcenter.

Die Formulare zur Teilnahme am DMP erhalten Sie am Empfang im Ärztehaus bei Frau Tiede Tel.: 22802- 398.

Wenn wir Ihnen Formulare per Post zusenden sollen, schicken Sie bitte einen frankierten und mit Ihrer Adresse versehenen DIN A4 Umschlag (Porto je nach Menge 1,45 Euro oder 2,20 Euro).

**Abteilung Qualitätssicherung:**

Anerkennung von Qualitätszirkeln im Bereich der KV Hamburg  
Apherese  
Arthroskopische Leistungen  
Chirotherapie  
Computertomographie  
Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe  
Diagnostische Radiologie einschließlich Mammographie  
Dialyse und Versorgungsaufträge  
DMP Teilnahme am DMP-Programm zur integrierten Versorgung von Brustkrebspatientinnen  
Teilnahme am DMP-Programm für die ambulante Versorgung von Typ 2 Diabetikern  
Teilnahme am DMP-Programm Koronare Herzkrankheit  
Erweitertes Neugeborenen-Screening (Kinder-Richtlinien Anlage 2)  
Hypnose  
(Dies gilt nicht für Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie bei der Zusatzbezeichnung Psychotherapie)  
Interventionelle Radiologie  
Invasive Kardiologie  
Kernspintomographie  
Kernspintomographie der Brustdrüse  
Knochendichtemessung  
Koloskopie  
Langzeit EKG-Untersuchungen  
Maßnahmen zur psychosomatischen Grundversorgung  
(Dies gilt nicht für Psychiater, Nervenärzte, Neurologen, Kinder- und Jugendpsychiater, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie bei den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Psychoanalyse)  
Messung der otoakustischen Emissionen (OAE)  
Nuklearmedizin  
Physikalisch-medizinische Leistungen  
(für angestelltes nichtärztliches Personal, z.B. staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut)  
Soziotherapie  
Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen gemäß dem Kapitel 32.3 des EBM  
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL)  
Strahlentherapie  
Substitutionsbehandlung  
Teilnahme an Vereinbarungen  
    Diabetes Vereinbarungen als Schwerpunktpraxis  
    HIV-Vereinbarungen  
    Schmerztherapie-Vereinbarung  
    Onkologie-Vereinbarung  
    Rheuma Vereinbarung  
    Vereinbarung über eine umweltmedizinische Behandlung  
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie  
Übende Verfahren  
(Dies gilt nicht für Psychiater, Nervenärzte, Neurologen, Kinder- und Jugendpsychiater, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie bei der Zusatzbezeichnung Psychotherapie)  
Ultraschalldiagnostik  
Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle  
Verhaltenstherapie  
Verordnung von medizinischer Rehabilitation  
(Dies gilt nicht für Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationsmedizin“ oder der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“)  
Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung  
Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome der weiblichen Genitale



## Patienten fühlen sich im Deutschen Gesundheitssystem gut versorgt

**N**icht alles, was so durch die Gazetten geistert, entspricht den Tatsachen. Lange doch wollte man uns weismachen, unser Gesundheitssystem sei teuer und schlecht. Die Patienten würden schlecht versorgt und an der Effizienz hapere es allemal.

Zwei Institute wollten es dann doch einmal genau wissen und haben die gefragt, für die andere sich als Sprachrohr betätigen: die Patienten. Die Ergebnisse dieser Befragungen waren eindeutig:

### Deutsches Gesundheitssystem im internationalen Vergleich auf Platz 1

Der Commonwealth Fund hat eine Studie der Gesundheitssysteme

veröffentlicht, bei der auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mitgewirkt hat. Sechs Länder haben teilgenommen: Deutschland, Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien und die USA.

Die Studie bescheinigte dem deutschen Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, es habe die kürzesten Wartezeiten, die Laborbefunde seien verlässlicher und

lägen schneller vor, Patienten hätten freie Arztwahl, bekämen in Krankenhäusern seltener eine Infektion und chronisch Kranke werden häufiger und regelmäßiger präventiv untersucht.

Insgesamt belegt das deutsche Gesundheitssystem den ersten Platz. Bei dem Punkt Patientensicherheit liegt Deutschland an zweiter Stelle und bei der Wirksamkeit, zu der die Kategorien Prävention, Betreuung chronisch Kranker, primär- und stationäre Versorgung sowie Koordination zählen, auf dem dritten Rang.

Internationale Rangfolge und nationale Gesundheitsausgaben

	AUS	CAN	GER	NZ	UK	US
<b>Gesamtplatzierung</b>	4	5	1	2	3	6
<b>Patientensicherheit</b>	4	5	2	3	1	6
<b>Effektivität</b>	4	2	3	6	5	1
<b>Patientenzentrierung</b>	3	5	1	2	4	6
<b>Rechtzeitige Leistungserbringung (timeliness)</b>	4	6	1	2	5	3
<b>Effizienz</b>	4	5	1	2	3	6
<b>Gerechte Mittelverwendung (equity)</b>	2	4	5	3	1	6
<b>Gesundheitsausgaben pro Kopf</b>	\$2,903	\$3,003	\$2,996	\$1,886	\$2,231	\$5,635

Quelle: BÄK intern, Juli 2006

## Klarer Vertrauensbeweis von über 4.300 Bürgern: 94 Prozent schwören auf ihren Haus- oder Facharzt

Auch die Patientenbefragung der KBV in Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe Wahlen zeigte deutlich, dass die ambulante Versorgung in Deutschland erheblich besser ist, als immer behauptet wird. „Die Patienten-Arzt-Beziehung ist fest und von tiefem Vertrauen geprägt. Die Deutschen verlassen sich auf die niedergelassenen Haus- und Fachärzte“. So lautet das Fazit von Dr. Andreas Köhler und Ulrich Weigeldt, dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Im Auftrag der KBV hatte die Forschungsgruppe Wahlen (FGW) im Zeitraum 22. Mai bis 8. Juni 2006 eine telefonische Versichertenbefragung bei insgesamt 4.315 Bürgern im Alter zwischen 18 bis 79 Jahren durchgeführt.

### Vertrauensverhältnis

Der Umfrage zufolge beschreiben 94 Prozent der Befragten das Vertrauensverhältnis zum Arzt in der Praxis, die sie am häufigsten aufgesucht haben, als gut (44 Prozent) oder sehr gut (50 Prozent).

### Hausarzt

Positiv fällt republikweit auch die Bewertung der medizinischen Versorgung durch den Hausarzt aus. 90 Prozent aller Bürger, die in den vergangenen zwölf Monaten ihren Hausarzt aufgesucht haben, attestieren ihm sehr gute (36 Prozent) oder gute (55 Prozent) medizinische Leistungen.

### Wartezeiten und Termine

85 Prozent der Befragten hatten in den vergangenen zwölf Monaten keinerlei Probleme, einen Termin beim Arzt zu bekommen; 46 Prozent erhielten ihn sogar sofort. Nur 3 Prozent mussten sich länger als drei Wochen gedulden. In der Praxis selbst kamen 70 Prozent innerhalb von 30 Minuten an die Reihe, 9 Prozent sogar sofort.

Bei den Servicewünschen steht der Arzttermin am Vormittag an der Spitze (59 Prozent). Insgesamt 17 Prozent bevorzugen den Nachmittag, weitere 17 Prozent den Abend. 47 Prozent würden es begrüßen,

wenn es vermehrt Samstags-Sprechstunden geben könnte. Diese schätzen sie als sehr wichtig (14 Prozent) oder wichtig (32 Prozent) ein.

### Selbstzahler

16 Prozent derer, die in den vergangenen zwölf Monaten eine Praxis aufsuchten, haben von sich aus den Arzt nach einer individuellen Gesundheitsleistung (IGe-Leistung), also nach einer Behandlung außerhalb des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenkassen, gefragt. 19 Prozent hat der Arzt eine IGe-Leistung angeboten. 84 Prozent geben an, dass sich das Arzt-Patienten-Verhältnis durch die Offerte nicht geändert habe, 4 Prozent berichten sogar von einer Verbesserung. „Die Umfrage zeigt: Es gehört ins Reich der Märchen, dass Extra-Angebote das Arzt-Patienten-Verhältnis verschlechtern“, erklärte dazu Ulrich Weigeldt, Vorstand der KBV.

### KVen

Von der Institution Kassenärztliche Vereinigung (KVen) haben 73 Prozent der Befragten schon etwas gehört. Demnach bildet die Beschaffung von Informationen mit 42 Prozent den häufigsten Grund, mit einer KV Kontakt aufzunehmen.

### Die Konsequenz – Grundlage für die Politik

„Vor der nächsten Reform sollte erst einmal klar werden, was im deutschen Gesundheitswesen überhaupt im Argen liegt und zu ändern ist. Wir haben mit der Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen einen Beitrag dazu geleistet, die Bedürfnisse der Patienten zu eruieren und Stärken und Schwächen des Systems aufzudecken. Im Herbst wollen wir die Vertragsärzte und -psychotherapeuten befragen. Beide Umfragen werden wir zur Richtschnur unseres Handelns machen. Wir stellen sie auch gerne der Politik zur Verfügung“, sagte Köhler.

(Hr)

## Arznei gibt es jetzt wieder mit dem Arztausweis

**Wie die Ärzte-Zeitung berichtete, können Ärzte ab sofort verschreibungspflichtige Arzneimittel für den Eigengebrauch wieder unter Vorlage ihres Arztausweises in der Apotheke erhalten.**

Dazu ist die Arzneimittelverschreibungsverordnung geändert worden. Mit dieser Korrektur hat der Verordnungsgeber eine erst zum 1. Januar eingeführte bürokratische Praxis abgeschafft, die es Ärzten abverlangt hatte, auch für selbst benötigte Arzneimittel ein Rezept auszustellen.

Nach der jetzt gültigen Verordnung ist es wieder möglich, den Apotheker im Notfall telefonisch über eine Verschreibung und deren Inhalt zu informieren. Notwendig ist, dass der Einsatz des Arzneimittels unverzüglich erfolgen muss. Das Rezept muss dann nachgereicht werden.

(Ärzte Zeitung 30.8.2006)

# KBV will Vertragsärzte befragen

## Referendum startet im Oktober

**I**nfas, das Institut für angewandte Sozialwissenschaften, wird im Auftrag der KBV im Oktober das vertragsärztliche Referendum durchführen. Mitarbeiter des Meinungsforschungsinstituts sollen 20.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten telefonisch jeweils etwa fünf Minuten lang befragen.

Ziel sei es, so die KBV, herauszufinden, ob die niedergelassenen Ärzte hinter den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) stehen, welchen Wert sie dem Kollektivvertrag beimessen und wo die Grenzen der Belastbarkeit liegen.

Köhler betonte, die Aktion sei keine Urabstimmung, sondern es handele sich „im Prinzip um eine Mitgliederbefragung“. Er kündigte an, noch in diesem Jahr die Ergeb-

nisse zu präsentieren. „Ich glaube fest an ein Votum für die Körperschaften, verbunden mit für uns wichtigen Hinweisen, wo wir uns noch verbessern können“, so Köhler.

Die KBV-Vertreterversammlung hatte am 24. März dieses Jahres die Durchführung des Referendums beschlossen.

(red)



Die KBV macht eine telefonische Befragung bei Ärzten und Psychotherapeuten

## Zahl der MVZ steigt

**N**ach neuesten Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) liegen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) weiter im Trend. Ihre Zahl ist im zweiten Quartal 2006 auf 491 gestiegen. Im ersten Quartal waren es bundesweit noch 420, somit ist ihre Anzahl in drei Monaten um 17 Prozent gestiegen.

Die Zahl der in MVZ tätigen Ärzte erhöhte sich von 1.648 auf 1.943. Wovon mehr als die Hälfte – näm-

lich 1.172 – in einem Angestelltenverhältnis arbeiten. Die Größe der Zentren blieb mit durchschnittlich

vier Ärzten gleich. Vor allem Hausärzte, Internisten und diagnostisch tätige Radiologen sind in MVZ tätig. Bayern, Berlin und Niedersachsen haben die meisten MVZ und Vertragsärzte sind die häufigsten Träger von MVZ (61 Prozent) noch vor Krankenhäusern (26 Prozent).

(vo)

Aktuelle Entwicklung im 2. Quartal 2006

### Kennzahlen

1.	Gesamtzahl:	491
2.	Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte:	1.934
3.	Ärzte in Anstellungsverhältnis:	1.172
4.	am häufigsten beteiligte Facharztgruppen:	Hausärzte, Internisten, diagnostisch tätige Radiologen, Chirurgen
5.	MVZ-Größe:	Ø 4 Ärzte
6.	vorwiegende Träger:	Vertragsärzte und Krankenhäuser
7.	MVZ in reiner Trägerschaft von Vertragsärzten:	61,1 %
8.	vorwiegende Rechtsformen:	Gesellschaft bürgerlichen Rechts, GmbH, Partnerschaft
9.	Top3-Regionen:	Bayern, Berlin, Niedersachsen



## Gesundheitswirtschaftskongress

# Zentraler Gesundheitspark auf Kundenfang

**M**ehr Effizienz, Qualität und Wettbewerb sind die beliebtesten Forderungen, wenn es um die Reform des Gesundheitswesens geht. Für die Umsetzung empfehlen Management-Experten Wortschöpfungen wie „Versorgungs-Cluster“, „Gesundheitscenter“ oder „strategische Entwicklungspartnerschaft“. Im Kern geht es dabei vor allem um eines: die stärkere Vernetzung der Akteure. Das Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) setzt im Wettbewerb um mehr Patienten auf die Integration Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Dafür wollen die UKE-Planer das Berliner Polikum-MVZ mit einer Dependance in die Hansestadt locken.

Die Gesundheitsbranche ist ein widersprüchlicher Markt: Sie floriert als lukrativer Wachstumssektor und leidet gleichzeitig unter massivem Kostendruck. Ihren Akteuren will die Politik künftig mehr Vertragsfreiheit einräumen, trotzdem stellt der Arbeitsentwurf des Ministeriums zur nächsten Reform die Weichen für mehr zentrale und staatliche Kontrolle. Wie sich die Beteiligten in diesem hart umkämpften Markt geschickt positionieren, vernetzen und voneinander abgrenzen können, darauf gab es beim 2. Gesundheitswirtschaftskongress am 6. und 7. September 2006 in Hamburg keine klaren Antworten. Kleinster gemeinsamer Nenner der Vertreter aus Politik und Wirtschaft, Krankenkassen, Medizintechnikunternehmen und Klinikverbänden war vor allem die ebenso vielstrapazierte wie nebulöse Forderung nach mehr Effizienz und Qualität. Konsens herrschte auch über den Weg zu diesem vagen Ziel: Der Wettbewerb unter den Anbietern soll es richten.

Immerhin: Der Begriff Wettbewerb steht nicht mehr diffus im Raum, denn er hat längst im Gesundheitswesen Einzug gehalten. Mit der Einführung der Fallpauschalen im stationären Sektor hat der

Konkurrenzgedanke auch die Krankenhäuser erreicht – insbesondere in einer Metropole wie Hamburg buhlen die Kliniken heftiger denn je um ihre Kundschaft. Der Ärztliche Direktor und Vorstandsvorsitzende am Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) Prof. Jörg F. Debatin erklärte: „Der Hamburger Gesundheitsmarkt gleicht einem Haifischbecken. Hier gibt es viel Spitzenmedizin auf engem Raum, entsprechend hart ist die Konkurrenz.“

Das UKE soll sich durch Spezialisierung auf die besonders rentablen Disziplinen nach außen profilieren und vom Wettbewerb abgrenzen. „Eine solche Fokussierung erfordert allerdings Vernetzung in Form von Kooperationen“, meinte Debatin. Platz für neue Projekte gibt es auf dem UKE-Gelände zur Genüge: Viele Freiflächen liegen bislang noch brach und sollen in den kommenden Jahren sukzessive zu einem zentralen Gesundheitspark, dem „Gesundheitscenter Eppendorf“ ausgebaut werden. Geplant ist unter anderem ein Facharztzentrum für ambulante Operationen, dem ein Ramada-Hotel für begleitende Angehörige angegliedert werden soll.

Bereits heute beherbergt das UKE ein Medizinisches Versorgungszent-

rum (MVZ) mit 19 Kassenarztsitzen. „Unser Ziel ist es, weitere MVZ in das Gesundheitscenter Eppendorf zu integrieren“, sagte Debatin. Die UKE-Planer liebäugeln dabei mit einer Hamburger Dependance des erfolgreichen Berliner MVZ Polikum. Dieses Vorzeigeprojekt ist mit demnächst 40 beteiligten Ärzten aus 13 Fachrichtungen das größte MVZ in Deutschland – und befindet sich weiter auf Wachstums- und Expansionskurs. Gesundheitspolitiker und -ökonomien schwärmen gleichermaßen vom Polikum als einem Modell für die neuen Versorgungsformen.

Die Betreiber des Polikum sind daher gefragte Gesprächspartner und ständig unterwegs, um auf diversen Kongressen über ihr Konzept, ihre Motivation und ihren Erfolg zu sprechen. Beim Gesundheitswirtschaftskongress war Polikum-Geschäftsführer Dr. Felix Cornelius sogar der einzige Referent aus dem ambulanten Sektor – offensichtlich kommen für die Kongress-Organisatoren die entscheidenden Impulse zur Zukunft der ambulanten Versorgung mittlerweile nicht mehr aus den Reihen der ärztlichen Selbstverwaltung oder Berufsverbände, sondern aus Einrichtungen zur interdisziplinären Rundumversorgung wie dem Berliner Polikum.

Die Philosophie des Berliner MVZ ist ebenso einfach wie charmant: „Kosteneffizienz bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung ist möglich, wenn der Patient nur selten krank wird“, erklärte Cornelius. „Prävention und im Bedarfsfall bestmögliche medizinische Versorgung erfordern aber eine enge

Kooperation zwischen den Ärzten.“ Und genau diese erforderliche Kooperation lasse sich hervorragend in einer Struktur wie dem Polikum realisieren, wo alle behandelnden Ärzte Zugriff auf zentrale digitale Patientenakten haben und eng mit ihren Kollegen, aber auch mit Kliniken und Dienstleistern zusammenarbeiten. Nebenbei ließen sich durch die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur und ein professionelles Management natürlich auch Kosten sparen.

Allerdings seien große MVZ, die ihren Patienten tatsächlich eine breit angelegte interdisziplinäre Versorgung anbieten, noch die große Ausnahme. Cornelius berichtete: „Es gibt zurzeit etwa 500 Einrichtungen mit dem Status eines MVZ in Deutschland, davon arbeiten in den allermeisten nur zwei bis drei Ärzte. Lediglich 50 der MVZ beschäftigen mehr als acht Ärzte, aber erst ab dieser Größenordnung kann man

von einem MVZ im eigentlichen Sinn sprechen.“ Ein provokanter Erklärungsversuch für die zögerliche Ausbreitung von MVZ kam aus dem Plenum: „Eine gut geführte Einzelpraxis mit festem Patientenstamm ist immer noch eine sehr effiziente Wirtschaftsform. Wer will schon in einem MVZ arbeiten? Doch vor allem der risikoscheue Arzt, dem betriebswirtschaftliches Denken fremd ist, der aber trotzdem viel Geld verdienen will.“

Diesen Vorwurf wollte der Polikum-Manager nicht gelten lassen: „Wer eine Einzelpraxis heutzutage noch wirtschaftlich erfolgreich führen will, muss viele individuelle Gesundheitsleistungen erbringen und zum Teil auch medizinisch fragwürdige Verfahren anbieten. Das ist nicht kosteneffizient aus volkswirtschaftlicher Sicht.“ Die Arbeit in einem MVZ sei vor allem für junge niederlassungswillige Ärzte attraktiv, die sich auf ihre medizini-

sche Tätigkeit konzentrieren wollen und sich für eine Niederlassung als Vertragsarzt kein eigenes Expertenwissen in Sachen Basel II, Steuer- und Arbeitsrecht oder IT aneignen wollen.

„Wir diskutieren über das Für und Wider von MVZ aber generell zu sehr aus dem Blickwinkel der Leistungsanbieter.“ Langfristig werde mehr und mehr der Patientenwunsch den Markt bestimmen: „Das Modell MVZ wird sich in den kommenden zehn Jahren vor allem deshalb durchsetzen, weil der Patient es angenehm findet, eine Anlaufstelle, einen Parkplatz und eine Anmeldung für all seine Ärzte zu haben“, sagte Cornelius.

Informationen und Abstracts der Vorträge unter [www.gesundheitswirtschaftskongress.de](http://www.gesundheitswirtschaftskongress.de)

*Antje Soleimanian*

## Kommentar

# Ärzte, hört die Signale!

**Die Zeit der Glacé-Handschuhe ist vorbei, jetzt wird Tacheles geredet. Die von der Politik so sehr herbeigesehten privaten Investoren beginnen, im Gesundheitswesen Fuß zu fassen und die Krankenhäuser tun es ihnen nach, wie im Falle des UKE gerne auch mit öffentlichen Geldern. Dies ist noch kein Grund, in Panik zu verfallen; aber es ist ein Grund, einmal innezuhalten und die eigene Position zu hinterfragen.**

Die Politik wollte mit dem MVZ den stationären Einrichtungen den Weg in die Ambulanz bahnen. Das ist weitestgehend misslungen, rund zwei Drittel aller MVZ sind von niedergelassenen Ärzten gegründet und geleitet und haben damit deren Position gestärkt. Die reinen Krankenhaus-MVZ haben in aller Regel höchstspezialisierte Leistungen im Visier – übrigens auch das so hochgelobte MVZ des UKE, das im Wesentlichen strahlentherapeutische Leistungen anbietet.

Darüber hinaus wird die Bedeutung der MVZ nach Geltung des „Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetzes“ im nächsten Jahr dramatisch an Bedeutung verlieren. Die damit einhergehende Liberalisierung der Möglichkeiten, eine Praxis und seine eigene Arbeit zu organisieren, bietet gerade niedergelassenen

Ärzten einen gut bestückten Baukasten, mit dem man sehr genau auf die Bedürfnisse der Patienten, die Bedingungen des Umfelds und die eigenen Wünsche eingehen und passgenaue Lösungen entwerfen kann. Dieses Gesetz bringt den niedergelassenen Ärzten Vorteile, die mit der Dinosaurier-Lösung MVZ kaum zu schlagen sein wird.

Allerdings: Die Ärzte müssen die Möglichkeiten auch nutzen. Die MVZ-Entwicklung hat eines gezeigt: Die niedergelassenen Ärzte sind flexibel, schnell und durchaus zuweilen auch risikofreudig. Schwerfälligeren Einrichtungen wie ein Krankenhaus oder externe Betreiber benötigen mehr Zeit, neue Strukturen aufzubauen. Diesen Vorsprung gilt es zu nutzen. Deshalb: Informieren Sie sich frühzeitig über die gesetzlichen Änderungen! Die

KVH wird hierzu Veranstaltungen, Informationen und Beratungsangebote zur Verfügung stellen, sobald die Einzelheiten klar sind. Prüfen Sie ehrlich und ungeschminkt Ihre eigene Position: Sind Sie dort, wo Sie sein wollen? Besitzt Ihre Praxis ein tragfähiges Fundament? Gibt es Expansions-Wünsche, Möglichkeiten, -Partner?

Bunte Folien auf Kongressen mit klangvollen Namen sind geduldig. Lassen Sie sich hiervon nicht ins Bockshorn jagen. Aber schieben Sie die Prüfung auch nicht auf die lange Bank. Es ist auch nicht zwingend, die neuen Möglichkeiten auf Teufel komm raus zu nutzen. Eine gut aufgestellte Praxis (auch als Einzelpraxis!) hat immer noch beste Chancen, gute Versorgung und guten Ertrag zu kombinieren. Aber Sie sollten sich sicher sein, auf dem richtigen Weg zu sein. Die Investition in diese Frage ist in jedem Fall gut angelegt.

*Walter Plassmann  
Stellv. Vorsitzender  
der KV Hamburg*



Plakat der Infokampagne

## Gesundheit Hamburg

Unter dem Motto „Gesundheit Hamburg“ hat die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) eine Initiative zur Gesundheitsförderung für Kinder und Familien gestartet.

Auf der Seite [www.gesundheitsfoerderung.hamburg.de](http://www.gesundheitsfoerderung.hamburg.de) sind umfangreiche Informationen zu Prävention und Gesundheitsförderung zusammengestellt.



Gesundheit Hamburg!

(vo)

## Kindervorsorge in Hamburg

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz hat mit dem Hamburger Kinderschutzbund eine Kampagne zum Schutz von Kindern ins Leben gerufen. Mit dem Kinderreim „Enemene-Mu – Hey ich will zur U“ machen Kinder in deutscher und türkischer Sprache auf ihr Recht aufmerksam, an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U10 teilzunehmen.

Die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U10 sind erfolgreiche Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung, um körperlichen, psychischen oder geistigen Fehlentwicklungen und Krankheiten durch Prävention vorzubeugen. Von vielen Eltern und Sorgeberechtigten wird dieses Angebot bereits wahrgenommen. Allerdings ist zu beobachten, dass die Teilnahme ab der U8 bzw. am Ende

des vierten Lebensjahres deutlich abnimmt. Insbesondere bei Migrantenfamilien und bei Familien in sozial schwierigen Lagen kann insgesamt eine deutlich geringere Inanspruchnahme des Untersuchungsangebotes festgestellt werden. Hier soll die Informationskampagne Anstöße geben. Mit Plakaten auf allen Hamburger Litfassäulen, mit der zielgerichteten Verteilung

eines Falblattes, mit Infoständen in Stadtteilen mit niedriger Teilnehmerate und durch den Einsatz interkultureller Gesundheitsmediatoren sollen die entsprechenden Zielgruppen angesprochen werden. Gleichzeitig bietet der Hamburger Kinderschutzbund allen interessierten Eltern einen Erinnerungsservice für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen an.

Alle Plakatmotive sowie das Falblatt sind auch als PDF-Datei unter [www.gesundheit.hamburg.de](http://www.gesundheit.hamburg.de) erhältlich.

(vo)

## Schutzimpfungen für kleine Patienten

### Ratgeber neu aufgelegt

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hat die Impfbroschüre neu aufgelegt. Die Broschüre informiert über empfohlene Schutzimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche. Auch Informationen über den Zeitpunkt der Impfung, Impfstoffe, Nebenwirkungen, Impfhindernisse, die zu verhütenden Krankheiten und eine Reihe hilfreicher Adressen sind in der Broschüre enthalten.

Die aktuellste Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut, in der auch die Impfungen gegen Pneumokokken und Meningokokken als Standardimpfung für alle Kinder empfohlen werden, ist in diesem Ratgeber noch nicht berücksichtigt. Sie wird aber, darauf weist die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und

Verbraucherschutz ausdrücklich hin, in Hamburg nach § 20 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes öffentlich empfohlen.

Die Broschüre und die dazugehörigen Infoblätter liegen im Formularraum der KVH aus.

(vo)





*Jörg Ehlert bei der Verteilung von den mitgebrachten Spenden*

## Ihre DM für Sri Lanka

# Hamburger Arzt hilft Menschen in Not

**W**eitgehend vergessen ist hierzulande die Flutkatastrophe vom 26. Dezember 2004, die unermessliches Leid mit Tod und Zerstörung über die betroffenen Regionen gebracht hat. Damals hat der Kollege Jörg Ehlert, Arzt in der Patientenberatung der KV Hamburg und der Ärztekammer Hamburg, sich schnell entschlossen und ohne Zögern gehandelt:

Mit ein paar tausend Euro - innerhalb von zwei Wochen bei Freunden, Verwandten und Kollegen gesammelt, drei Bananenkartons mit Medikamenten und einem gestifteten Rollstuhl reiste er Mitte Januar 2005 nach Ambalangoda auf Sri Lanka. Mit vielen kleinen Einzelhilfen konnte er in den Lagern der obdachlos gewordenen Menschen einen kleinen Beitrag zur Linderung der Not leisten: mit der Verteilung von Lebensmittel- und Bekleidungs-gutscheinen, dem Kauf von Schulschuhen für die Kinder, Mosquitonetzen und Spielzeug.

Nach der Rückkehr von dieser ersten von bislang sechs Hilfsreisen gründete er die gemeinnützige „Stiftung Helfen und Fördern“, für die im ersten Jahr 29.000 Euro an Spendengeldern eingegangen sind.

Durch eine Einzelspende von 5000 Euro war es möglich, mit Hilfe zuverlässiger Gewährleute vor Ort ein Grundstück mit einem Haus zu erwerben, auf dem dann drei weitere Häuser (je ca. 3000 Euro) gebaut wurden. Seit dem 11. September 2005 haben dort Familien mit sechs Kindern (ein weiteres wird im Oktober erwartet) ein neues Zuhause gefunden.

Seitdem hat Jörg Ehlert den

Schwerpunkt seiner Arbeit verlagert, zumal Hausbauprojekte jetzt von den großen Hilfsorganisationen durchgeführt werden und trotz vieler Provisorien weitgehende Normalität eingekehrt ist. Unterstützt werden jetzt 23 Familien, die tsunamunabhängig in Not geraten sind, z.B. mit finanziellen Einzelhilfen zwischen 10 und 25 Euro im Monat (das Durchschnittseinkommen eines Arbeiters liegt bei ca 80 Euro) und einzelnen kleinen Hausprojekten.

Da ist z.B. die Familie mit vier Kindern, deren Vater nach Herzinfarkt und Bypass-OP nie wieder richtig arbeiten können wird und deren Lehmhütte kurz darauf förmlich zusammengebrochen ist. Mit nur 1000 Euro konnte das Haus, das die Dorfgemeinschaft für die Familie im Rohbau begonnen hatte, fertig gestellt werden. Und die jungen Frau mit ihrem 1-jährigen Kind, deren Mann kurz vor der Geburt bei einem Unfall ums Leben kam? Ihr konnte – dank tatkräftiger Hilfe von Familie und Nachbarn - mit 1300 Euro von der Stiftung ein neues Zuhause gebaut werden.

Im November wird Jörg Ehlert wieder nach Sri Lanka reisen. Wenn Sie seine Arbeit unterstützen wollen, bringen Sie doch zur nächsten



*Jörg Ehlert beim Bau von Häusern für Obdachlose in Sri Lanka*

Scheinabgabe Ihre DM für Sri Lanka mit ins Ärzthaus.

Wenn auch Sie noch ein paar Groschen, Markstücke oder -Scheine in der Schublade haben, geben Sie diese am Empfang im Ärzthaus ab.

Wenn Sie mehr über die Arbeit und Aktivitäten der Stiftung erfahren möchten, können Sie Jörg Ehlert auch gern direkt ansprechen: Telefon 04102 / 41384

Von den Unruhen und kriegerischen Auseinandersetzungen zwischen der LTTE und der Sri Lankischen Armee ist diese Region übrigens nicht betroffen, die im südlichen Westen – ca. 30 km nördlich von Galle – liegt.

(red)



*Die KVH-Radsportler (v.l.n.re):  
Walter Plassmann, Petra Marbs,  
Barbara Heidenreich, Florian Kessler,  
Anke Ellerbrock, Bernd Hintz*

## KV Hamburg goes Cyclastics

# Radsportgruppe bei den Vattenfall Cycclassics

**Z**um elften Mal bot das Hamburger Radrennen für Profis und Jedermann spannenden Radsport. Zum ersten Mal ging auch ein Team der KV Hamburg an den Start. Während die einen die Köhlbrandbrücke erklommen, ließen sich die anderen von den Anfeuerungsrufen der Zuschauer den Tinsdaler Kirchenweg hinauftreiben. Insgesamt sechs Fahrerinnen und Fahrer im KVH-Trikot starteten im Jedermannrennen in den Distanzen 55 und 155 km.

So schnell wie Zabel oder Freire Gómez waren die Radler der KV natürlich nicht, aber mit schnellem Tritt, guten Zeiten und vor allem ohne Probleme kamen alle KVler ins Ziel in der Mönckebergstraße.

Für die Mitglieder der neu gegründeten Betriebssportgruppe ist kollegiales Miteinander beim Sport wichtiger als Rekorde zu erreichen. Gleichwohl schätzen sie aber die Herausforderung durch Wettkämpfe. Mit dem Sport die Belastungen des Alltags auszugleichen und auch mit Spaß und Freude für Fitness und Gesundheit zu sorgen, ist allen ein gemeinsames Anliegen. Noch gibt es keine festen Trainingsgruppen und je nach Kondition, Zeit und Lust schließen sich Radler den Trainingsgruppen beim NDR, der Lufthansa oder anderen Teams an.

Aber das wird sich ja vielleicht mit der Anzahl der Teammitglieder noch ändern. Dafür plant man schon mal munter und auf Zuruf die ein oder andere gemeinsame Tour oder die Teilnahme an einem RTF.

Auch viele Mitglieder der KV Hamburg radeln sportlich ambitioniert durch die Hamburger Randbezirke. Den ein oder anderen haben wir schon mal getroffen.

Wenn Sie keine Lust mehr haben einsame Trainingsrunden zu drehen ... ärztliche und psychotherapeutische Mitradlerinnen und Mitradler sind im KVH Team herzlich willkommen.

Wer Interesse hat, melde sich bitte bei Petra Marbs.

Tel.: 040 / 22 802 -322

(Hr)



*Die Gesichter zu den Stimmen.  
Monique Laloire, Katja Egbers,  
Stefan Möllers, Sandy Kupfer-  
schmidt, Heike Kühnel (v.L.)*

## Das Infocenter der KVH

# Alles aus einer Hand

**S**eit dem 01. Juli 2006 gibt es einen neuen Service der KV Hamburg für ihre Mitglieder. „Wir haben ein Infocenter für Ärzte und Psychotherapeuten eingerichtet“, so Walter Plassmann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVH. „Damit haben unsere Mitglieder in Zukunft eine Anlaufstelle in der KV, die ihnen fast alles beantworten kann“, so Plassmann weiter.

Doch welchen Service bietet das Infocenter wirklich? Um diese Frage zu klären, habe ich mich einen Tag ins Infocenter begeben und mir alles genau angeschaut.

Sandy Kupferschmidt und Monique Laloire telefonieren ununterbrochen. Ihre beiden Kolleginnen, Heike Kühnel und Katja Egbers sind im Urlaub und so betreuen die beiden alle Telefone des Infocenters. „Während der Ferienzeit ist deutlich weniger los, deswegen ist es nicht so schlimm, dass wir nur zu zweit sind“, erklärt Monique Laloire mir. Schon klingelt das Telefon wieder. Ein Arzt möchte wissen, ob die Zeckenimpfung von der Kasse gezahlt wird. Monique Laloire erklärt ihm, dass es auf die Region ankommt und sucht in einer Karte eifrig nach dem Ort Rosenheim. „Leider kann ich Rosenheim in der Karte nicht finden, am Besten nehmen Sie die Empfehlung für München, das ist der nächst größere Ort“, informiert sie den Arzt. Zusätzlich nennt sie ihm die Bundesländer, für die die Kasse die Zeckenimpfung bezahlt und bittet den Arzt, doch den Patienten zu fragen, ob er in einem dieser Bundesländer lebt oder dorthin in den Urlaub fährt.

Woher die beiden das ganze Fachwissen haben, möchte ich wissen. „Wir kommen beide aus den Abrechnungsabteilungen der KV“, antwortet Sandy Kupferschmidt. „Deswegen kennen wir uns mit der

Abrechnung und dem EBM hervorragend aus“, erklärt sie weiter. Monique Laloire ergänzt: „Wir haben aber auch in den anderen Abteilungen der KV hospitiert. Damit haben wir einen Einblick bekommen, welche Abteilung was bearbeitet und wen wir fragen können, wenn wir etwas nicht wissen. Auch an zwei vertiefenden Fortbildungen haben wir teilgenommen“.

Der Leitsatz der Abteilung lautet: „Alles aus einer Hand“. Gemeint ist damit, dass alle KV-Mitglieder im Infocenter anrufen können und im besten Fall sofort eine Antwort bekommen. „Wenn wir etwas nicht wissen, rufen wir auf jeden Fall zurück“, so Sandy Kupferschmidt. „Aber die meisten Fragen können wir auf Anhieb beantworten“, ergänzt Monique Laloire und zeigt mir eine Tabelle. In dieser Tabelle werden alle Anrufe festgehalten, die Fragen und Antworten sind dokumentiert und ob zurückgerufen wurde steht ebenfalls drin. Warum das Infocenter so detailliert dokumentiert ist meine nächste Frage. „Wir dokumentieren zur internen Auswertung damit wir in Zukunft noch schneller Antworten geben können. Teilweise kommen die Fragen auch ins KV Journal“, antwortet Stefan Möllers, der Abteilungsleiter des Infocenters. „Alle Fragen können wir nicht beantworten, dann vermitteln wir zur entsprechenden Fachabteilung“, geht Sandy Kupfer-

schmidt auf meine vorherige Frage ein. Welche Fragen das sind interessiert mich. „Fragen, die Aktenbezug haben“, antwortet Monique Laloire. Auf meinen fragenden Blick erklärt sie: „Damit meine ich zum Beispiel Widersprüche oder Fragen, die die Abrechnungsunterlagen betreffen. Diese Akten können wir nicht einsehen“.

Schon klingeln die Telefone wieder. Ein Arzt möchte wissen, welchen Wirkstoff er verordnen soll. „Das tut mir leid, Herr Doktor. Dazu kann ich Ihnen leider nichts sagen, aber meine Kollegen in der Pharmazeutischen oder Medizinischen Fachberatung helfen Ihnen gern weiter. Ich verbinde Sie“, erklärt Sandy Kupferschmidt freundlich. Es sind also auch Fragen im Infocenter willkommen, die aufgrund von fundiertem Fachwissen nicht beantwortet werden können. „Natürlich können die Ärzte und Psychotherapeuten auch mit solchen Fragen hier anrufen. Wir können da zwar nicht immer sofort Auskunft geben, vermitteln aber gern an die richtige Stelle oder leiten einen Rückruf ein“, meint Stefan Möllers. „Die meisten Fragen kommen immer noch zur Kassengebühr und viele zu Verordnungen. Erstaunlich ist, dass wir Anrufe der verschiedensten Gruppen bekommen“, erklärt der Abteilungsleiter weiter. „Hier rufen nicht nur unsere Mitglieder an, auch Rechtsanwälte, Patienten und Krankenkassen möchten ihre Fragen von uns beantwortet bekommen“. „Einmal hat eine Mitarbeiterin einer Krankenkasse hier angerufen und gefragt, ob eine bestimmte Leistung von der Gesetzlichen Krankenkasse bezahlt wird“, ergänzt Monique

Laloire und lächelt.

Wenn das Telefon einmal nicht klingelt, tauschen die Kolleginnen im Infocenter ihr Wissen aus und diskutieren Fragen, die sie nicht sofort beantworten konnten. Mich interessiert, warum das Infocenter eingerichtet wurde. „Das Infocenter ist eine zentrale Anlaufstelle. Hier können unsere Mitglieder ihre Fragen loswerden und müssen sich nicht durch die KV telefonieren. Unser Hauptanliegen ist der Service für unsere Mitglieder“, betont Stefan Möllers. „Die Ärzte und Psychotherapeuten sind von dem Infocenter begeistert. Wir bekommen durch-

weg eine positive Resonanz und haben sogar schon „Stammkunden“, erklärt er weiter.

Was machen unsere Mitglieder, wenn im Infocenter so viel zu tun ist, dass man nicht durchkommt? „Sie können uns auch eine E-Mail oder ein Fax schicken. Wir versuchen, alles innerhalb eines Tages zu beantworten“, beantwortet Sandy Kupferschmidt meine Frage. Also ein Service, der den Ärzten und Psychotherapeuten viel Zeit erspart und kompetent Auskunft gibt.

(vo)

## Alles aus einer Hand Das Infocenter der KVH

Telefon: 040 / 22 802 – 900  
Telefax: 040 / 22 802 – 885  
eMail: infocenter@kvhh.de

**Sie erreichen uns:**  
montags, dienstags  
und donnerstags  
von 8.00 bis 17.00 Uhr  
mittwoch  
von 8.00 bis 12.30 Uhr und  
freitags  
von 8.00 bis 15.00 Uhr

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)

## Internetpräsenz der KV Hamburg barrierefrei

Klare Strukturen, größere Nutzerfreundlichkeit

**Seit 1. September präsentiert sich die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg mit einem barrierefrei gestalteten Internetauftritt im Netz.**

Der Gesetzgeber schreibt es vor, die KV Hamburg findet es wichtig und richtig. Öffentlich-rechtliche Einrichtungen sind in der Pflicht, ihr Internetangebot „barrierefrei“ zu gestalten. Als Service-KV will die KV Hamburg allen Bürgern ihre Informationen zur Verfügung stellen und als namhafte Adresse im Hamburger Gesundheitswesen mit gutem Beispiel vorangehen.

Oberflächlich betrachtet hat sich an der Internetseite wenig geändert. Die wesentlichen Anpassungen fanden im Verborgenen statt. Doch was bedeutet „barrierefrei“ und welche Konsequenzen hat das für [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)?

### Barrierefreiheit

Man spricht von Barrierefreiheit, wenn z.B. bauliche Anlagen, Verkehrsmittel und elektronische Informationsquellen für behinderte Menschen leicht zugänglich und nutzbar sind. Gute Beispiele gibt es in der KV Hamburg viele. Die automatische Eingangstür für Gehbehinderte, das spezielle Telefon für Gehörlose im Notfalldienst, Behinderten-Toilette und nun auch der Internetauftritt.

Mit der erfolgreichen Umset-

zung kann sich jeder mit einem Internetzugang uneingeschränkt auf den Internetseiten der KV Hamburg bewegen. Also auch Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung. Das können Mobilitätsbehinderungen, z.B. Störungen der Feinmotorik sein. Schwache Sehkraft oder Farbenblindheit schränken ebenfalls ein. So gibt es für sehbehinderte PC-Nutzer so genannte Screenreader. Screenreader „übersetzen“ Text in Sprachausgabe oder Braillezeilen.

**Die Arztsuchmaschine** wird im nächsten Schritt angepasst. Die Suche nach einem Hamburger Arzt oder Psychotherapeuten wird somit ebenfalls barrierefrei zur Verfügung stehen. Hinter der Arztsuche verbirgt sich eine komplexe Datenbank, die aufgrund ihrer speziellen Anforderungen erst in einem Folgeprojekt ihre Barrieren verliert.

### Alles auf einen Blick

Die Auflage zur Barrierefreiheit war ein guter Anlass, auch die Startseite neu zu konzeptionieren, so dass alles auf einen Blick zur Verfügung steht. Das lästige Hin- und Herspringen zwischen zwei Bereichen ist passé, die Navigation ist einfach und schlüssig. Der Mit-



glieder-Bereich wurde so integriert, dass er auf der Startseite nach erfolgter Anmeldung (Mitglieder-Login) in der rechten Navigationsleiste eingeblendet wird.

(bg)

**Linktipp:** [www.einfach-fuer-alle.de](http://www.einfach-fuer-alle.de)

### Braillezeilen

**Braillezeilen sind eine spezielle Hardware für Blinde.**

Sie zeigen die Informationen des Bildschirms in der Blindenpunktschrift Braille, die von einem trainierten Leser mit den Fingerkuppen ertastet wird.

## Für Sie in der Vertreterversammlung

**Heike Klemm-Kitzing**

Geburtsdatum: 21.04.1951  
 Familie: verheiratet, zwei Kinder  
 Fachrichtung: Innere Medizin (hausärztlich)  
 Weitere Ämter: Mitglied Beratender Fachausschuss Hausärzte  
 Hobbys: Reisen, Lesen, Natur genießen

**1. Wie war Ihr beruflicher Werdegang?**

Apothekerin.  
 Ärztin, Fachausbildung Innere Medizin im AK Wandsbek.  
 Niederlassung 1994 in Volkssdorf.

**2. Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Jahren in der VV erreichen?**

Bessere Kooperation zwischen Kliniken, Haus- und Fachärzten.  
 Mehr Solidarität zwischen den Ärzten und Arztgruppen.

Honorarverteilung leistungs- und bedarfsgerecht, weg von Besitzstandswahrung und Abrechnungskunst.

**3. Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitswesen in zehn Jahren?**

Im Gesundheitswesen: mehr Zentralisierung, Pauschalierung und Staatliche Bevormundung. Privatisierung mit Kampf um so genannte „gute Risiken“. Entsolidarisierung auf Kosten alter polymorbider Patienten.

KVen: Weiter entmachtet, wenn wir uns nicht als starke Ärzteschaft geschlossen dagegen wehren.



Foto: Michael Zapf

**4. Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie fragen?**

Angela Merkel, weil sie sachlich differenzieren kann.

Frage: Warum Budgets nur für Ärzte und nicht für die Führungskräfte der Kassen und der Gesundheitspolitik.

**5. Welchen Traum möchten Sie gerne einmal verwirklichen?**

In meiner Praxis ohne Zeitdruck und ohne unsinnige Zwänge so arbeiten zu können, wie es meine Patienten verdienen.

**Dr. med. Hartmut Horst**

Geburtsdatum: 20.11.1941  
 Familie: verheiratet, drei Kinder  
 Fachrichtung: Innere Medizin  
 Weitere Ämter: Mitglied des Beirates als Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Fachärzte, Mitglied der Kammerversammlung, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses für Arzthelferinnen, Stellvertretender Vorsitzender des BBA für Arzthelferinnen  
 Hobbys: Berufspolitik (für weitere Hobbys bleibt zur Zeit kein Raum)

**1. Wie war Ihr beruflicher Werdegang?**

Medizinstudium im Berlin, Heidelberg, Hamburg.  
 Medizinalassistentenzeit und Assistentenzeit in Hamburg (AK St. Georg).

Seit 1979 in internistisch/onkologischer Gemeinschaftspraxis im Hammonia-Bad niedergelassen.

**2. Welche Ziele möchten Sie in den nächsten Jahren in der VV erreichen?**

Kooperation aller Arztgruppen, gegenseitiges Vertrauen und Vertreten, dadurch Stärkung des Arztberufes gegenüber der Politik und den Krankenkassen.

**3. Wo sehen Sie die KVH und das Gesundheitswesen in zehn Jahren?**

Zurzeit ist diese Frage leider nicht zu beantworten, da die KV zu stark von der Willkür der Politik abhängig ist.

Wichtiges Ziel: Orientierung zu einer Service-KV zur Stärkung der ärztlichen Anliegen.



Foto: Michael Zapf

**4. Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie fragen?**

Frau Merkel. Ich würde fragen, wieso sich die CDU überhaupt nicht um die Gesundheitspolitik kümmert und wo die Ankündigungen von vor der Wahl geblieben sind.

**5. Welchen Traum möchten Sie gerne einmal verwirklichen?**

Ein Jahr Arbeit als Arzt ohne bürokratische Neuerungen.

Hilfe für Ihre Patienten

## Patientenberatung

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

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

**040 / 22 802 650**

Montag bis Donnerstag 9 - 13 Uhr  
und 14 - 16 Uhr  
Freitag 9 - 12 Uhr



