

Stellen Sie sich zur Wahl!

Selbst- verwaltung

Warum wir unsere
Gestaltungsspielräume
nutzen sollten

Managed Care

Woran Medi-Convant
gescheitert ist

Patienten- autonomie

Weshalb die Diskussion um
Fangprämien am Kern des
Problems vorbeigeht



Liebe Leserinnen und Leser!

Im nächsten Jahr wählen Sie wieder Ihre Vertreterversammlung. Die amtierenden Vertreter haben vor fünf Jahren ihre Amtsperiode mit einem Paukenschlag begonnen, der bundesweit Wellen geschlagen hatte: Sie wählten einen KV-Vorstand ohne Ärzte. Nur die KV Hamburg ist diesen Weg nach der von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt verordneten „Professionalisierung“ gegangen. Ob dieses Experiment gut gegangen ist, müssen Sie selbst entscheiden. Der Vorstand weiß aber, dass er nur dank der guten Vernetzung mit den ärztlichen und psychotherapeutischen Gremien arbeiten können. Es gibt nur wenige KVen, in denen so sachlich Meinungen ausgetauscht und so transparent Entscheidungen getroffen werden, wie in der Hansestadt. Damit dies so bleibt, ist es wichtig, dass Sie sich engagieren und dem Vorstand zur Seite stehen. Reden Sie mit: Es ist Ihre KV Hamburg!



Ihr Walter Plassmann

Impressum

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

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild:
Fotolia XII

Redaktionsschluss: 11. September 2009

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Warum wir unsere Gestaltungsspielräume nutzen sollten	4
Nicht meckern, machen! Wahlauf Ruf des Vorsitzenden der Vertreterversammlung	5
Wie werde ich Standespolitiker? Kleine Gebrauchsanleitung für Kandidaten	6

Gesundheitspolitik

Kassenärztetag formuliert Forderungen an die nächste Regierung	10
--	----

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	12
Fortbildungspunkte: Fast alle KV-Mitglieder haben erfolgreich gesammelt	13
Genehmigungspflichtige Leistungen	13
Zuzahlungen auf einen Blick	14

Abrechnung

Abgabe der Abrechnungsunterlagen / Netzhautuntersuchung bei Diabetikern: Privatabrechnung nicht zulässig	15
---	----

Rundschreiben

Amtliche Veröffentlichungen	15
-----------------------------	----

Brennpunkt Arznei

Neue Arzneimittelrichtlinie: Hinweise zu verschreibungspflichtigen Loperamid- präparaten und lipidsenkenden Arzneimitteln	16
Merkblatt für Patienten zur Arzneimitteltherapie	17
Protonenpumpenhemmer: Hohe Gesamtkosten trotz fallender Preise / Fehlende Kassendaten: Arzneimittelfrühinformationen können nicht verschickt werden	18
Vorsicht Regresse: Synagis kann nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden	19

Qualitätssicherung

Qualitätsprüfung Röntgen und Computertomographie: KV fordert Dokumentationen an / Strahlenschutz: Bewertungssystem für Geräte ist jetzt bundeseinheitlich	20
--	----

Qualitätsmanagement

Zweite Stichprobe zum Stand des Qualitätsmanagement in den Praxen	21
---	----

Forum

Interview: Warum die DAK Hamburg ein „Versorgungsmanagement“ aufbaut	22
Patientenautonomie: Debatte um Fangprämien geht am Kern des Problems vorbei	25
Managed Care: Woran ist Medi-Convent gescheitert?	26
Steilshoop hat wieder einen Kinderarzt / Aktuelle Daten in der Arztsuche	29

KV intern

Steckbriefe: Für Sie im beratenden Fachausschuss	30
Terminkalender	31

Nachgefragt

■ Warum es sich lohnt, berufspolitisch aktiv zu sein – drei Statements von Veteranen der Vertreterversammlung



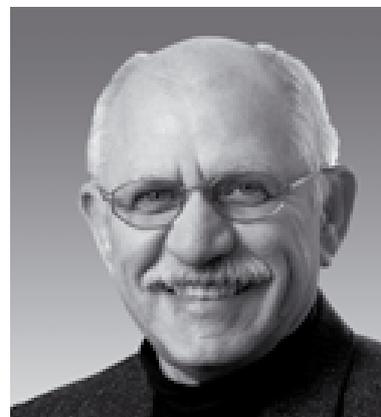
Die Alternative zur Selbstverwaltung ist die Staatsverwaltung oder die Verwaltung durch Kassen- oder Konzernfunktionäre. Das kann nicht in unserem Interesse liegen. Deshalb habe ich mich gern in der KV Hamburg engagiert und konnte so die Interessen unserer Fachgruppe im Konzert der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in kooperativer Atmosphäre vertreten. Es war sehr spannend für mich, gut informiert und direkt beteiligt zu sein an der Meinungsbildung und so einen sehr nahen Einblick in das gesundheitspolitische Geschehen zu bekommen.

*Harry Askitis, psychologischer
Psychotherapeut in Eimsbüttel*



Die Vertreterversammlung ist das satzungsgebende Organ der KV Hamburg. Gerade jetzt, wo der Selbstverwaltung der Hals zugeschnürt wird, ist es wichtig, dass sich die Ärzte und Psychotherapeuten engagieren. Wer seine Gestaltungsmöglichkeiten ungenutzt lässt und stattdessen auf den Segen von oben wartet, sollte sich nicht beschweren, wenn es noch dicker kommt.

*Dr. Klaus-Otto Allmeling,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Bergedorf*



Aufgabe der neuen Vertreterversammlung wird es sein, die Umgestaltung der KV voranzutreiben. Die Selbstverwaltung muss sich wieder mehr Gestaltungsspielraum erkämpfen. Für den KV-Apparat muss künftig gelten: Mehr Interessensvertretung, noch mehr Service. Die KV darf nicht zu einer bürokratischen Kontrollbehörde verkommen. Sie gehört uns – den Ärzten und Psychotherapeuten. Wenn wir uns nicht in die heillosen innerärztlichen Verteilungskämpfe verstricken wollen, die mit einem Selektivvertragssystem einhergehen, muss der Interessensausgleich der verschiedenen Arztgruppen innerhalb des KV-Systems besser gelingen. Es gibt für die KV reichlich zu tun. Ohne Engagement der einzelnen KV-Mitglieder wird es nicht funktionieren.

*Dr. Rudolf Osieka, Facharzt für
Urologie in Poppenbüttel*

Nicht meckern! Machen!

- Selbstverwaltung ist mühselig. Doch die Versorgung sicherstellen – das können wir Ärzte und Psychotherapeuten besser als der Staat oder ein entfesselter Markt.

„Es stand im Belieben jeder einzelnen Krankenkasse, mit den Ärzten Verträge abzuschließen, wobei sie die Zahl der für sie tätigen Ärzte selbst bestimmen konnte. Nach Angebot und Nachfrage richteten sich selbstverständlich die ‚Anstellungsbedingungen‘. In Hamburg bestanden damals rund 120 Krankenkassen. Die Bezahlung war, nach der Höhe beurteilt, fast bei jeder Krankenkasse eine andere. Die Arbeitsverteilung für die einzelnen Ärzte war so ungleich wie nur möglich.“

Diese „unwürdigen Verhältnisse“ vor 1919 beschrieb das Hamburger Ärzteblatt in einer Sonderausgabe im Dezember 1969 anlässlich des 50jährigen Bestehens einer einheitlichen Interessensvertretung der Hamburger Kassenärzteschaft. Seit nunmehr 90 Jahren sorgen die KV und ihre Vorläuferorganisation („Vereinigung der Krankenkassenärzte Groß-Hamburgs“) dafür, dass die Krankenkassen einzelne Ärztegruppen nicht mehr gegeneinander ausspielen können.

Diese Monopolstellung der KV war nie unumstritten, doch seit sich die Gesundheitspolitiker fast aller Parteien das Schlagwort „mehr Wettbewerb“ zu eigen gemacht haben, steht der

Kollektivvertrag massiv unter Druck. Wer wissen will, was ein Gesundheitssystem ohne kollektives Auffangnetz für den einzelnen Arzt bedeutet, kann in den historischen Dokumenten blättern – oder einen Blick auf das Gesundheitswesen der USA werfen. Dass es den Kostenträgern bei der Selektion der Ärzte lediglich um medizinische Qualität geht, ist auch dort nur ein vorgeschobenes Argument. Wenn bei all diesen Härten für Ärzte und Patienten wenigstens Kosten gespart würden, könnte man darüber diskutieren. Doch die Vertragsvielfalt lässt die Bürokratie wuchern. Die USA haben das teuerste Ge-

sundheitswesen der Welt – und nicht unbedingt das beste.

Nicht nur wir Ärzte, auch die Patienten fahren gut mit dem System der gemeinsamen Selbstverwaltung. Es ist ein Unterschied, ob in Selektivvertragsverhandlungen Leistungspakete über den Köpfen der Patienten hin und her verschoben werden oder ob das Kollektivvertragssystem eine gemeinsame Wettbewerbsordnung schafft, die es Patienten ermöglicht, unter den Vertragsärzten und –psychotherapeuten frei zu wählen.

Fortsetzung auf S. 6 



„Stellen Sie sich zur Wahl!“ Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung,

Die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, ist keine leichte Aufgabe. Wir Ärzte und Psychotherapeuten können das besser - besser als der entfesselte Markt und besser als der Staat. Doch die Selbstverwaltung erfordert persönlichen Einsatz und muss rückgekoppelt sein mit dem Erfahrungswissen und

>> Wem die KV in ihrer jetzigen Form nicht gefällt, der sollte sich engagieren. <<

der Kompetenz aller Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten.

Die KV ist nach demokratischen Prinzipien organisiert. Nach 1945 setzten sich einige der von den Nationalsozialisten aus dem Amt gedrängten KV-Funktionäre dafür ein, die danieder liegende ambulante Versorgung in

Hamburg wieder aufzubauen. Am 25. Februar 1948 trafen sich Hamburgs Kassenärzte zu einer Wahlversammlung im Gewerbehause und wählten aus ihrer Mitte den ersten und zweiten Vorsitzenden, fünf Beisitzer und einen aus 20 Mitgliedern bestehenden Beirat. Einige Gremien haben sich seitdem verändert, doch die Grundstrukturen der KV haben Bestand. Dass einzelne Ver-

tragsärzte oder Arztgruppen das Gefühl haben, ihre Interessen in der parlamentarisch strukturierten Selbstverwaltungsgemeinschaft nicht angemessen durchsetzen zu können, ist im Laufe der KV-Geschichte immer wieder vorgekommen. Es gab harte Auseinandersetzungen, und nicht immer wurden die Konflikte fair ausgetragen.

Für die KV, ihr Erscheinungsbild und ihren Politikstil sind alle wahlberechtigten Ärzte und Psychotherapeuten mitverantwortlich. Die KV – das sind wir (selbst). Wem sie in ihrer jetzigen Form nicht gefällt, der sollte sich engagieren. Wir können die kassenärztliche Selbstverwaltung gestalten und verändern, wir können ihr Schicksal durch unser Handeln beeinflussen. Wir haben gemeinsam viel erreicht. Wir können gemeinsam mehr erreichen.

Deshalb: Stellen Sie sich zur Wahl! Ich verspreche Ihnen viel Ärger, viel Frust, aber auch gute, konstruktive Debatten und das befriedigende Gefühl, die Hamburger Gesundheitsversorgung aktiv mitzugestalten.

*Dr. Michael Späth,
Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg*

„Ich will da rein!“

■ Wie komme ich in die Selbstverwaltungsgremien? Kurze Gebrauchsanleitung von Dr. Michael Späth für Ärzte und Psychotherapeuten, die in der Landespolitik ein Wörtchen mitreden wollen.

Wann findet die Wahl zur Vertreterversammlung statt?

Späth: Die Vertreterversammlung wird alle sechs Jahre neu gewählt – das nächste Mal im Sommer 2010. Wer zu einer Kandidatur bereit ist, sollte aber frühzeitig mit den Vorbereitungen beginnen.

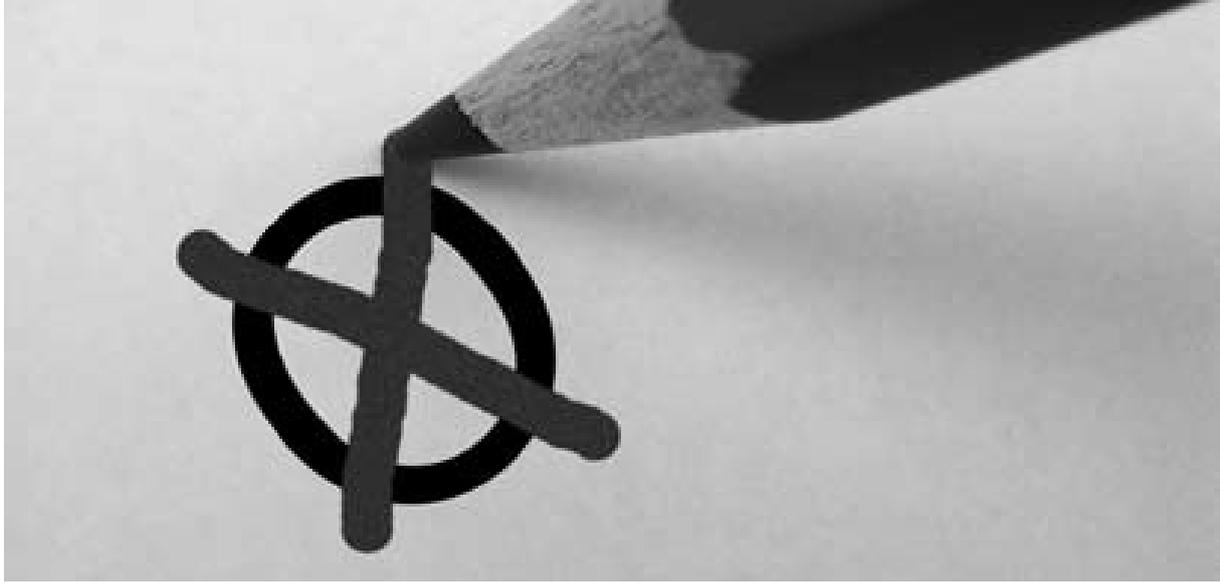
Wie kann ich mich zur Wahl stellen lassen?

Späth: Ähnlich wie bei der Bundestagswahl haben wir in der Vertreterversammlung ein Listenwahlrecht. Jede Gruppierung stellt eine Liste auf und zieht entsprechend des jeweils erzielten Stimmenanteils in

die Vertreterversammlung ein. Um gewählt werden zu können, muss man also auf einer dieser Listen kommen.

Welche „Parteien“ gibt es?

Späth: Derzeit sind in der Vertreterversammlung die Vertreter folgender Fraktionen vertreten:



Belegärzte, Hamburger Allianz, Hausärzterverband, Nervenärzte und Psychiater, Psychotherapeuten

Wie kann ich zu einer dieser Fraktionen Kontakt aufnehmen?

Späth: Das Vorstandssekretariat der KV (Tel: 22802 – 314, Fax: 22802 – 420 oder email: petra.marbs@kvhh.de) vermittelt die Ansprechpartner.

Und wenn mir keine der existierenden Gruppierungen zusagt?

Späth: Dann kann man sich alleine zur Wahl stellen oder eine eigene „Partei“ gründen. In beiden Fällen muss man eine Liste vorlegen, auf der 50 Unterstützer unterschrieben haben. Die Wahlvorschläge werden beim Landeswahlausschuss eingereicht, der sie nach formalen Kriterien überprüft.

Sind die Fraktionen vor allem Interessensvertretungen der Fachgruppen?

Späth: Prinzipiell gilt: Die Vertreterversammlung vertritt die Gesamtinteressen aller Hamburger Vertragsärzte und Ver-

tragspsychotherapeuten. Deshalb sollten die Mitglieder der Vertreterversammlung nicht nur die Partikularinteressen ihrer eigenen Gruppe im Blick haben.

Wie kann ich mich den Kollegen vorstellen, wenn ich gewählt werden will? Gibt es eine Art Wahlkampf?

Späth: In der Ausgabe des *Hamburger Ärzteblattes*, die vor der Wahl erscheint, können sich die Gruppierungen traditionell auf Sonderseiten vorstellen. Diesmal wird die KV zudem auf ihrer Website einen Bereich einrichten, auf der sich die Gruppierungen kostenlos präsentieren oder auf eigene Internetseiten verlinken können. Wenn sich eine Gruppierung durch das Verschicken von Briefen oder gedrucktem Info-Material vorstellen will, muss sie das Porto selbst zahlen. Die KV Hamburg erledigt aber die Adressierung und den Versand an die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten.

In welcher Reihenfolge erscheinen die Wahlvorschläge dann auf den Stimmzetteln?

Späth: Da haben wir noch immer das Windhundprinzip: Die

Listennummern werden entsprechend dem Eingang der Anmeldung vergeben.

Kann man in der Vertreterversammlung überhaupt etwas bewirken?

Späth: Das sehen die Vertreter ganz unterschiedlich. Einige wenige sagen: Das bringt alles nichts, ich kann mich mit meinen Vorstellungen nicht durchsetzen. Die meisten empfinden aber ihre Arbeit in der Vertreterversammlung als sinnvoll und als wirksame Interessenvertretung für alle Hamburger KV-Mitglieder. Deshalb stellen sie sich auch wieder zur Wahl.

Welche Macht hat die Vertreterversammlung?

Späth: Die entscheidende Macht der Vertreterversammlung besteht darin, den Vorstand zu wählen – und ihn gegebenenfalls vorzeitig abzuberufen. Deshalb ist es im ureigensten Interesse des Vorstandes, im Einklang mit der Vertreterversammlung und im Interesse aller Hamburger KV-Mitglieder zu handeln.

Fortsetzung auf S. 8 

In der Vertreterversammlung werden die politischen Grundsatzdiskussionen geführt. Das Gremium hat die Macht über die Satzung, den Haushalt und die Finanzen. Und sie nimmt die Verträge zur Kenntnis.

Wie viel Zeit muss ich für die Sitzungen einplanen?

Späth: Die Vertreterversammlung findet in der Regel einmal im Quartal an einem Donnerstag Abend statt und dauert zwei

>> Das Engagement in der Vertreterversammlung ist familienverträglich. <<

bis drei Stunden. Um sich auf die Sitzung vorzubereiten und die Unterlagen zu lesen, sollte man nochmals eine Stunde veranschlagen. Das Engagement in der Vertreterversammlung ist also durchaus sozial- und familienverträglich. Viele Mitglieder der Vertreterversammlung sind darüber hinaus in den Beratenden Fachausschüssen tätig, die einmal pro Monat tagen.

Welche Rolle spielen die Beratenden Fachausschüsse?

Späth: Die Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse werden von der Vertreterversammlung gewählt. Sie beraten den Vorstand zu den versorgungsspezifischen Fragestellungen. Gesetzlich vorgeschrieben ist nur der Beratende Fachausschuss Psychotherapie. Weil es sich aber um ein gutes Modell

handelt, um den Sachverstand der Basis ins operative Geschäft des Vorstandes einfließen zu lassen, gibt es bei uns in Hamburg außerdem einen Beratenden Fachausschuss für Hausärzte und einen für Fachärzte.

Welche Aufgabe hat der Beirat?

Späth: Auch der Beirat ist ein beratendes Organ des Vorstandes. Im Beirat sitzen neben den Vorsitzenden der Vertreterversammlung die drei Sprecher der Beratenden Fachausschüsse.

Der Beirat trifft sich mindestens einmal im Monat, um versorgungsbereichsübergreifende Themen zu diskutieren.

Bin ich als Mitglied der Vertreterversammlung meinen Wählern Rechenschaft schuldig?

Späth: Die Mitglieder der Vertreterversammlung haben eine Verantwortung für alle Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Jedes KV-Mitglied kann die Vertreter deshalb immer ansprechen und zu wichtigen Entscheidungen und Vorhaben befragen; oder sie auffordern, in der Vertreterversammlung bestimmte Anträge zur Abstimmung einzubringen. Das hatten wir schon oft.

Kann ich zu einer Vertreterversammlung kommen, ohne gewählt zu sein?

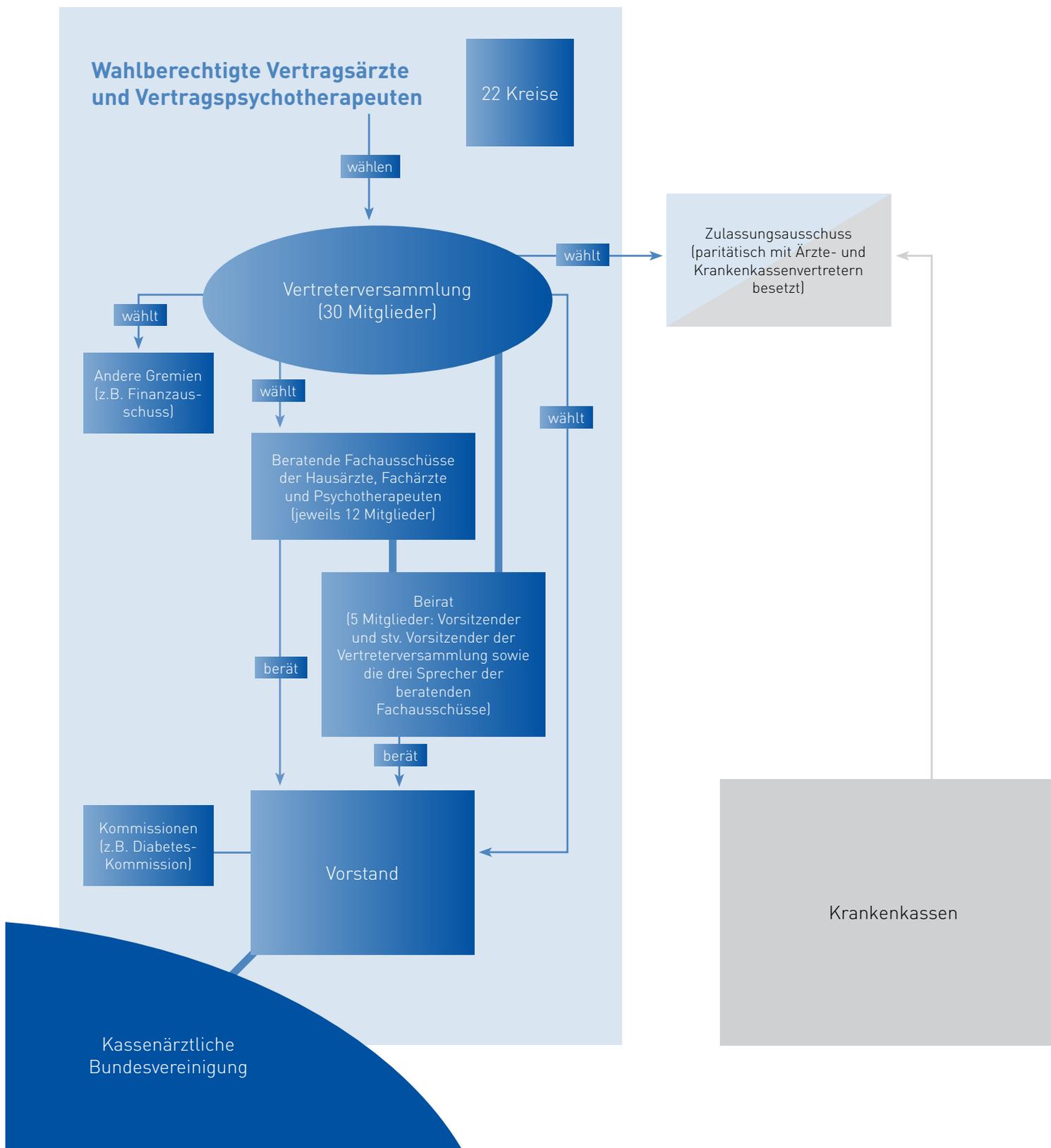
Späth: Ja. Wir haben eine Mitgliederöffentlichkeit. Die Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind immer herzlich eingeladen und willkommen, der Debatte zuzuhören. Wir laden auch immer die Vorsitzenden der Hamburger Berufsverbände und die Kreisobleute zu den Sitzungen ein.

Spielen die Kreisversammlungen überhaupt noch eine Rolle?

Späth: Aber ja. Viele Angelegenheiten werden auf Kreisebene geregelt. Zum Beispiel die Notfallversorgung, die Organisation gegenseitiger Vertretung. Auch die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten findet oft eher auf Kreisebene statt. Wenn sich ein Arzt oder Psychotherapeut neu niederlässt, kann er sich in der Kreisversammlung den Kollegen vorstellen. Obwohl dieses KV-Gremium von der Politik vor 5 Jahren abgeschafft werden sollte, wollten wir dieses Forum erhalten, um kreisbezogene Themen behandeln zu können und den Kontakt unter den Kollegen auf Kreisebene zu fördern.

Die Kreisversammlungen verabschieden auch Resolutionen und leiten sie an den Vorstand oder die Vertreterversammlung weiter. KV-Vorstände, Fachbereichsleiter und Mitglieder der Selbstverwaltung werden in die Kreisversammlungen eingeladen, um aktuelle Informationen weiterzugeben oder um bestimmte Themen zu vertiefen.

Die Selbstverwaltung der KV Hamburg



Kassenarzt oder Arzt der Kassen?

■ Viele Ärzte und Psychotherapeuten fürchten, dass das Gesundheitssystem kaputt reformiert wird. Der Kassenärztetag in Berlin formulierte konkrete Forderungen an die nächste Regierung.

Zerstört ein falscher Wettbewerbsgedanke die tragenden Werte unseres Gesundheitssystems?

Mit dieser Frage beschäftigte sich der erste Deutsche Kassenärztetag in Berlin, zu dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 1. September 2009 geladen hatte. Ziel der Veranstaltung war es, die Politik mit den Kernforderungen der Ärzteschaft zu konfrontieren.

In seinen Begrüßungsworten betonte KBV-Vizevorstand Dr.

Anspruch auf eine bestimmte Leistung hat, die sein Nachbar von dessen Kasse bekommt. Ich möchte jeden gleich gut behandeln können. Und ich möchte auf gar keinen Fall meine Unabhängigkeit verlieren. Ich möchte Kassenarzt bleiben und nicht Arzt einer Kasse werden.“

Auch Bischof Dr. Wolfgang Huber, Vorsitzender des Rates der Evangelischen Kirche Deutschland, betonte die Notwendigkeit, bei der Modernisierung des Gesundheitssystems die Solidarität nicht aus dem

Erhalt und Schutz des freien Berufs

Arzt ist ein freier Beruf. Ärzte entscheiden in medizinischen Fragen gemeinsam mit dem Patienten eigenverantwortlich. Dabei dürfen sie keinen Anweisungen von Nichtärzten unterliegen, unabhängig davon, ob sie als Vertragsärzte selbstständig oder angestellt sind.

Primat der Medizin statt Diktat der Ökonomie

Die Freiberuflichkeit ist durch die zunehmende Fremdkapitalisierung der ambulanten Versorgung gefährdet. Gewinnorientierte Kapitalunternehmen sind von ihrer Zielsetzung her kaum in der Lage, den Anforderungen einer solidarischen Krankenversicherung und sozialer Gerechtigkeit zu entsprechen. Sie ersetzen das Primat der Medizin durch den Vorrang der Ökonomie. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bekennen sich zum Gebot der Wirtschaftlichkeit, wehren sich aber im Interesse ihrer Patienten gegen die totale Ökonomisierung der Medizin.

Geordneter Wettbewerb statt Wildwuchs

Der freie Zugang aller gesetzlichen Versicherten zur ambulanten qualitätsgesicherten Versorgung rund um die Uhr ist

>> Wie lange kann die KV noch eine einheitliche Versorgung sicherstellen? <<

Carl-Heinz Müller, die KV werde ohne klare Wettbewerbsregeln bald nicht mehr in der Lage sein, eine flächendeckende Versorgung mit einheitlichen Qualitätsstandards sicherzustellen. Er warnte vor den Gefahren eines Selektivvertragssystems für Versorgungssicherheit und Versorgungsgerechtigkeit.

„Ich möchte niemals in die Situation kommen, Patienten abweisen zu müssen, weil sie einer Kasse angehören, mit der ich keinen Vertrag habe“, sagte Müller. „Ich möchte einem Versicherten nicht sagen müssen, dass er leider keinen

Blick zu verlieren: „Das System muss wieder in ‚gesunde Verhältnisse‘ eingebettet werden, um auch nachhaltig Bestand zu haben.“

Die KBV hat in den vergangenen Monaten versucht, die unterschiedlichen Interessen und Positionen der Vertragsärzte- und Vertragspsychotherapeuten-schaft zu bündeln und daraus Wahlprüfsteine zu erarbeiten.

Die sieben zentralen Punkte stellte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler als Forderung an die Gesundheitspolitik der nächsten Regierung vor:



„Ich möchte nicht Patienten abweisen müssen, weil sie einer Kasse angehören, mit der ich keinen Vertrag habe“ - KBV-Vize Dr. Carl-Heinz Müller.

in Gefahr. Ein unkoordinierter Wettbewerb führt dazu, dass die KVen die Sicherstellung nicht mehr gewährleisten können. Deren Basis ist und bleibt der Kollektivvertrag.

Wenn Ärzte nicht zu Vertragsmaklern und Erfüllungsgehilfen der Kassen werden sollen, muss der ungeteilte Sicherstellungsauftrag bei den KVen bleiben. Einzelverträge der Kassen können den Kollektivvertrag ergänzen. Wettbewerb ist sinnvoll, muss aber klare Regeln haben. Statt ein bewährtes System zu vernichten, sollten Umbau und Modernisierung das Ziel sein.

Abbau der bürokratischen Überregulierung

Die Bürokratie muss zurückgeführt werden auf das für eine gute Patientenversorgung notwendige Maß. Regelungen, die eine ethische Falle beinhalten, sind gänzlich zu eliminieren. Vertragsärzte und -psychotherapeuten bekennen sich zur Transparenz gegenüber den Versicherten.

Gutes Geld für gute Leistung

Pauschalen sind leistungsfeindlich und bilden nicht das tatsächliche Geschehen in der Praxis ab. Deshalb will die KBV zurück zur Einzelleistungsvergütung. Die Gesamtvergütung muss sich weiterhin an der Anzahl und der Krankheitshäufigkeit der gesetzlich Versicherten orientieren. Der jetzige Orientierungswert von 3,50 Cent muss dem betriebswirtschaftlichen kalkulierten Punktwert von 5,11 Cent angeglichen werden. Wer in der Praxis bessere Ergebnisse erzielt, erhält auch eine bessere Bezahlung. Dazu müssen Qualitätsziele definiert und die Vergütung entsprechend gestaffelt werden können.

Arzneimitteltherapie ohne Regressrisiko

Die KBV fordert: Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind Ärzte künftig nur noch verantwortlich für die Indikation sowie Auswahl und Menge des Wirkstoffs. Wirtschaftlichkeitsprüfungen erfolgen nur noch in Bezug auf die indikationsgerechte

Verordnung. Der Arzt trägt nicht mehr die Verantwortung für Preise und Kosten. Die geht auf Krankenkassen und Arzneimittelhersteller über.

Gestaltungsspielraum für die ärztliche Selbstverwaltung

Unverzichtbares Merkmal des freien Arztberufs ist die Selbstverwaltung. Gesetzliche Vorschriften haben deren Gestaltungsspielräume immer weiter eingeengt. Sie hat deswegen ihren Pflichtmitgliedern gegenüber ein Legitimationsproblem: Interessenvertretung ist nur noch eingeschränkt möglich, hoheitliche Aufgaben auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben überwiegen immer mehr. Die Politik muss sich entscheiden, ob sie auch weiterhin ein auf gesetzlicher Grundlage selbst verwaltetes Gesundheitswesen will. Ist das der Fall, müssen den Körperschaften die dafür notwendigen Gestaltungsspielräume zugestanden werden.

Franziska Schott



Fragen und Antworten

■ In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Infocenter Tel: 22802-900

1 Dürfen wir bei unserer Quartalsabrechnung nur die Diagnosen eingeben, die für das entsprechende Quartal relevant sind, oder können wir auch Dauordiagnosen eingeben?

Bei Ihrer Quartalsabrechnung sind alle Diagnosen beziehungsweise Dauordiagnosen zu vermerken, die im Abrechnungsquartal Grundlage für die Behandlung des Arztes waren. Die Angaben sind so vollständig zu machen, dass sie eine Beurteilung der sachlichen Richtigkeit der Abrechnung und der Verordnungsweise ermöglichen.

2 Als hausärztliche Praxis bekommen wir häufiger von Krankenhäusern Überweisungsscheine zur Durchführung der postoperativen Leistungen nach einer ambulanten OP. Auf den Überweisungsscheinen ist jedoch keine

lebenslange Arztnummer und keine Betriebsstättennummer vermerkt. Diese Angaben sind für unsere Abrechnung jedoch notwendig. Wie sollen wir vorgehen?

Krankenhäusern und angestellten Ärzten am Krankenhaus wurden keine Betriebsstättennummern beziehungsweise lebenslangen Arztnummern zugeteilt (es sei denn, sie sind zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt). Damit Sie die Überweisungsscheine trotzdem in Ihrer Abrechnung anlegen können, geben Sie anstatt einer Betriebsstättennummer in dem Feld "Überweisung von anderen Ärzten" oder „Anderer Arzt“ (Feldkennung 4219) den Namen des überweisenden Krankenhauses ein. Die Eingabe einer lebenslangen Arztnummer entfällt in diesen Fällen.

3 Für welche Fälle ist die Pseudo-Arztnummer 999999900 vorgesehen?

Die Nr. 999999900 wird in die Praxissoftware eingegeben, wenn es sich um eine zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Krankenhausabteilung bzw. ermächtigte Institutsambulanz handelt, die von der KV zwar eine Betriebsstättennummer, aber keine lebenslange(n) Arztnummer(n) zugewiesen bekommen hat.

4 Wir sind immer unsicher, welche Verbandmittel wir auf den Namen eines Patienten verordnen dürfen und welche nicht. Gibt es diesbezüglich bestimmte Vorgaben?

Verbandmittel werden vom jeweiligen Hersteller als solche deklariert und unterliegen

keinem Zulassungsverfahren wie die Arzneimittel. Wenn der Arzt ein Material für geeignet hält, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeit aufzusaugen, dann handelt es sich um ein Verbandmittel, das dem Patienten gemäß § 31 SGB V zu verordnen ist. Dies sind zum Beispiel Wund- und

Heftpflaster („Pflasterverbände“), Kompressen, Mittel zur feuchten Wundversorgung, Mull- und Fixierbinden, Gipsverbände, Mullkompressen, Nabelkompressen, Stütz-, Entlastungs-, Steif- oder Kompressionsverbände sowie Verbandmittel zum Fixieren oder zum Schutz von Verbänden. Zu den Verbandmitteln zählt

auch das Trägermaterial, das arzneilich wirkende Stoffe für oberflächengeschädigte Körperteile enthält (zum Beispiel Gazestreifen). Bitte beachten Sie, dass auch die Verordnung von Verbandmitteln unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit erfolgen muss und Ihre Arzneimittelrichtgröße die Verbandmittel einschließt.



Hohe Fortbildungsbereitschaft

■ Fast alle KV-Mitglieder haben genug Punkte gesammelt

Die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten waren beim Sammeln von Fortbildungspunkten erfolgreich. Insgesamt 96,5 Prozent der Ärzte und 97,3 Prozent der Psychotherapeuten konnten im ersten Fünfjahres-

Zeitraum die vorgeschriebenen 250 CME-Punkte nachweisen. Das ist bundesweit eines der besten Ergebnisse.

Für Ärzte und Psychotherapeuten, die am 30. Juni 2004 zugelassen waren, endete der

erste Fünfjahres-Zeitraum am 30. Juni 2009. Für diejenigen, die nach dem 1. Juli 2004 zugelassen wurden, begann der erste Fünfjahres-Zeitraum jeweils mit der Aufnahme ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit.

Genehmigungspflichtige Leistungen

■ Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten brauchen eigene Genehmigung

Für die Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen brauchen angestellte Vertragsärzte oder -psychotherapeuten eine eigene, personenbezogene Genehmigung. Es reicht nicht, wenn der anstellende Arzt oder

der ärztliche Leiter eines MVZ eine Genehmigung hat.

Ärzte, die beispielsweise einen Radiologen anstellen, müssen für ihn die Genehmigung der Leistung Röntgen beantragen

- trotz dessen Basisqualifizierung durch die Gebietsbezeichnung.

*Ansprechpartner:
Birgit Schmitt
Tel: 22802-523*

Zuzahlungen auf einen Blick

- Bei den Primär- und Ersatzkassen sind die Zuzahlungsregeln übersichtlich. Doch bei manchen Kostenträgern gelten andere Regeln. Wir haben die wichtigsten Punkte zusammengefasst.

Kostenträger	Behandlung von	Kassennummer	Kassengebühr*	Zuzahlung*			Können nicht rezeptpflichtige Arzneimittel verordnet werden?
				Arzneimittel	Heilmittel	Hilfsmittel	
Primär- und Ersatzkassen			ja	ja	ja	ja	nein
Auslandsabkommen (SVA)			ja	ja	ja	ja	nein
Sozialbehörde der Stadt Hamburg (Behandlungsausweis für Sozialhilfeempfänger)		02801	nein	ja	ja	ja	nein
Sozialbehörde der Stadt Hamburg (Behandlungsausweis für Asylbewerber)		02802	nein	nein	nein	nein	nein
Kriegsopferversorgung (KOV, BVG, BEG, BVFG) bei Patienten mit „KOV-Chipkarte“			nein	nein	nein	nein	ja
Kriegsopferversorgung (KOV, BVG, BEG, BVFG) bei Patienten mit rosa Behandlungsausweis**	Behandlung des Versorgungsleidens		nein	nein	nein	nein	ja
	Behandlung anderer Erkrankungen		ja	ja	ja	ja	nein
Postbeamtenkrankenkasse Stuttgart (nur Mitgliedergruppe A)		61850	nein	ja	nein	ja	nein
Freie Heilfürsorge Hamburg (Polizei, Feuerwehr)		02870	nein	nein	nein	nein	nein
Bundeswehr		79868	nein	nein	nein	nein	ja
Bundespolizei (Heilfürsorge BPOL)		27860	nein	ja	ja	ja	nein
Zivildienst		74895	nein	nein	nein	nein	ja, außer homöopathische Mittel, Vitaminpräparate, Stärkungs- u. Nahrungsergänzungsmittel oder Mittel, die kosmetischen Zwecken dienen
Berufsgenossenschaften (nur Behandlung des Unfallleidens)			nein	nein	nein	nein	ja

Angaben ohne Gewähr - nach Auskunft der jeweiligen Kostenträger

* entfällt bei Vorlage Befreiungsbescheinigung

** Werden in einem Quartal sowohl das Versorgungsleidens, als auch andere Erkrankungen behandelt, müssen zwei Fälle im Praxis-EDV-System angelegt werden. Die Behandlung des Versorgungsleidens wird mit der Kostenträgeruntergruppe KOV, BVG oder BEG abgerechnet und die Behandlung der anderen Erkrankung wird über die Krankenversichertenkarte der Krankenkasse abgerechnet. Verordnungen wegen des Versorgungsleidens und wegen anderer Erkrankungen müssen auf getrennten Rezeptvordrucken erfolgen.

Gültig für den Bereich KV Hamburg



Abgabe der Abrechnungsunterlagen III. Quartal 2009

1. Oktober 2009 bis 19. Oktober 2009

im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

(Samstag, den 3.10.2009 bleibt die Abgabestelle geschlossen)

Die Frist zur Abgabe der Abrechnungsunterlagen kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten können die Ab-

rechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

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

Hinweis auf amtliche Veröffentlichungen im Internet

Vergütung des Vorsitzenden für Vertretung des Beschwerdeausschusses vor Gericht

Die Vereinbarung über die gesonderte Vergütung des unparteiischen Vorsitzenden für die Vertretung des Beschwerdeausschusses vor Gericht – Amtsperiode 01.01.2008 – 31.12.2009 ist im Internet veröffentlicht. www.kvvh.de → Amtliche Veröffentlichungen

Wenn Sie keine Möglichkeit haben, den Text im Internet einzusehen, stellen wir Ihnen die Vereinbarung gern in Papierform zur Verfügung.

Ansprechpartner: Infocenter der KV Hamburg, Tel.: 22 802-900

Arzneimittelrichtlinie

- Noch immer gibt es Probleme bei der Umsetzung der neuen Vorgaben in der Praxis. Hier Erläuterungen zu zwei Problemfeldern mit besonderer Bedeutung.

Verschreibungspflichtige Loperamidpräparate

Nach dem Wortlaut der Richtlinie (Anlage III) darf Loperamid nur noch bei Kolektomie in der postoperativen Phase zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Halten Sie bei einzelnen Patienten die Verordnung außerhalb dieser Ausnahmeindikation für zwingend notwendig, so können Sie sich auf die allgemeine Formulierung des § 31 SGB V stützen, die besagt, dass Ärzte in besonderen Fällen Arzneimittel, die durch Richtlinien von der Verordnung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise mit Begründung verordnen dürfen. Unter diese Ausnahmeregelung würden wir fachlich auch die Patienten einordnen, die in Folge bestimmter Arzneimitteltherapien an schwerwiegenden Durchfällen leiden und deshalb die Therapie mit Loperamid zwingend benötigen (zum Beispiel HIV Patienten).

Verordnung von Statinen und anderen lipidsenkenden Arzneimitteln

Auch die neu formulierte Passage zur Verordnungsfähigkeit von Lipidsenkern hat zu einer Vielzahl von Nachfragen geführt. Die KV empfiehlt Ihnen, bei der Neuverordnung dieser Präparate kritisch zu hinterfragen, ob sie auch nach heutigen Bestimmungen und Erkenntnissen angezeigt ist. Im Folgenden haben wir die wichtigsten von Ihnen nachgefragten Punkte zusammengefasst.

- Bei schon bestehender Therapie mit lipidsenkenden Präparaten sollten Sie anhand der ursprünglich vorhandenen Risikofaktoren des Patienten individuell entscheiden, ob die Therapie unter den jetzigen Regelungen fortgeführt werden sollte oder nicht.
- Die Risikokalkulatoren sind als Hilfestellung zu verstehen bei der Bestimmung des individuellen kardiovaskulären Gesamtrisikos des Patienten.
- Probleme entstehen, weil sich nicht alle Risikokonstellationen der Patienten durch diese Kalkulatoren abbilden lassen. Deshalb muss in jedem Fall geprüft werden, ob weitere Risikofaktoren in die Bewertung einzubeziehen sind.
- So sind zum Beispiel für Patienten mit Diabetes die durch die Kalkulatoren errechneten Werte teilweise zu niedrig. Für diese Patienten muss das Gesamtrisiko individuell angepasst werden.
- Auch für Patienten, die durch eine primäre familiäre Hypercholesterinämie ein hohes kardiovaskuläres Risiko tragen, müssen Sie eine individuelle Anpassung des Gesamtrisikos vornehmen, da die Risikokalkulatoren dieses Risiko rechnerisch gar nicht berücksichtigen.
- Tatsache bleibt, dass für Patienten ohne bestehende kardiovaskuläre Erkrankung (KHK, Schlaganfall oder TIA) und ohne hohem Risiko hinsichtlich einem kardiovaskulären Ereignis (im Sinne der Richtlinie) eine Verordnungsfähigkeit lipidsenkender Arzneimittel ausgeschlossen wurde.
- Für die quantitative Berechnung des Risikos stehen verschiedene Risikokalkulatoren zur Verfügung, zum Beispiel der Procam-Gesundheitstest, den Sie unter folgenden Internetadressen finden können:
<http://www.assmann-stiftung.de/stiftungsinstitut/procam-tests/procam-gesundheitstest/>
oder
<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identidier=3003499>



Merkblatt zur sicheren Arzneimitteltherapie

■ Acht Regeln, die Patienten beachten sollten

In einer gemeinsamen Aktion haben wichtige Organisationen und Interessensvertretungen im Gesundheitswesen ein Informationsblatt für Patienten mit Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie erarbeitet. Auf dem Informationsblatt sind acht wichtige Regeln zusammengestellt, die vor allem Patienten beachten sollten, die mehrere Arzneimittel einnehmen. „Das

Informationsmerkblatt ergänzt die persönliche Beratung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die diese jeden Tag in den Praxen leisten“, sagt Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Neben der KBV unterstützen auch die Bundesärztekammer, die Krankenkassen, Patientenvertreter und das Bundesgesundheitsminis-

terium die Aktion. Die Erarbeitung des Merkblattes wurde angeregt durch einen Workshop zum Thema „Sensibilisierung der Patienten für die Risiken der Arzneimitteltherapie“, der im November 2008 im Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt wurde.

Das Merkblatt im Internet: www.kvhh.de → Startseite

Protonenpumpenhemmer

■ Hohe Gesamtkosten trotz fallender Preise

Die Preise für Protonenpumpeninhibitoren (PPI) sind zwar gefallen, doch weil diese Wirkstoffgruppe immer häufiger zum Einsatz kommt, verharren die Gesamtkosten auf hohem Niveau.

Ein dauerhaftes Problem stellen in diesem Zusammenhang die Therapieempfehlungen der Krankenhäuser dar; denn PPIs gehören oft routinemäßig zur Verordnungsempfehlung dazu. Vor einer eventuellen Weiterverordnung sollte der Vertragsarzt kritisch die Indikation hinterfragen und die Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und auch Unbedenklichkeit in Bezug auf Nebenwirkungen und Wechselwirkungen prüfen. So sei an dieser Stelle auf die Meldung der Wechselwirkung von PPIs mit dem Thrombozytenaggregationshemmer Clopidogrel

hingewiesen. Die Arzneimittelkommission wies in ihrem Rote-Hand-Brief vom Juli 2009 darauf hin, dass PPIs im Falle der gleichzeitigen Einnahme mit Clopidogrel dessen Wirksamkeit herabsetzen können. Patienten, die Clopidogrel-haltige Arzneimittel einnehmen müssen, sollten PPIs vermeiden, es sei denn, sie wären absolut notwendig (siehe www.akdae.de → Arzneimittelsicherheit). Für Veränderung in diesem Segment hat die Neuregelung der Verschreibungspflicht für Omeprazol und Pantoprazol gesorgt. Beide Wirkstoffe sind in niedriger Dosis für die Behandlung von Sodbrennen und saurem Aufstoßen für einen Behandlungszeitraum von 14 Tagen aus der Verschreibungspflicht entlassen. Benötigt also ein Patient nur zur kurzzeitigen Behandlung dieser Beschwerden ein

PPI, so sollte der Vertragsarzt auf die freiverkäuflichen Präparate verweisen.

In § 12 der Arzneimittelrichtlinie heißt es: Ist eine medikamentöse Therapie medizinisch notwendig und sind verschreibungsfreie Arzneimittel zweckmäßig und ausreichend zur Behandlung in diesem Fall, so sollten diese vorrangig angewendet werden.

Sind aufgrund vorliegender Indikationen oder notwendiger ärztlicher Therapiekontrolle nur verschreibungspflichtige Präparate indiziert, so ist die Verordnung dieser Präparate natürlich weiterhin zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse vorzunehmen.

*Ansprechpartnerin für
Fragen zu Arzneimitteln:
Regina Lilje Tel: 22802-498*

Frühinformationen können nicht verschickt werden

■ Noch immer fehlen Kassendaten zu Arzneimittelausgaben

Wir können den Vertragsärzten leider keine Arzneimittelfrühinformationen für das 3. Quartal 2008 (und folgende) zur Verfügung stellen, da

noch immer Teile der entsprechenden Kassendaten fehlen beziehungsweise schon von den Kassen gelieferte Daten wegen Unplausibilitäten nicht

verwendet werden können. Der für die Lieferung der Daten vereinbarte Zeitpunkt für das 3. Quartal 2008 war Ende Dezember 2008.

Vorsicht Regresse!

■ Synagis kann nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden

In den letzten Wochen hat die Gemeinsame Prüfstelle Regressbescheide in beträchtlicher Höhe verschickt, weil einige Kinderarztpraxen das Präparat Synagis® über den Sprechstundenbedarf bezogen haben. Um die Ärzte vor weiteren Prüfanträgen zu schützen, informieren wir nochmals über die korrekte Beschaffung des Präparats: Synagis® ist kein Impfstoff, sondern ein Immun-

globulin. Damit kann es nur als Arzneimittel auf den Namen des Patienten zu Lasten von dessen Krankenkasse verordnet werden. Die Verordnung geht zunächst in das Arzneimittelbudget des Arztes ein. In Anlage 3 der Richtgrößenvereinbarung ist aber die Behandlung mit Synagis® aufgeführt und wird somit als Praxisbesonderheit anerkannt. Im Falle eines Prüfantrages bei Überschreitung

des Richtgrößenvolumens würden die Kosten der Synagis®-Therapie aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet.

Die Anforderung von Synagis® ist weder über den Sprechstundenbedarf noch als Impfstoff möglich. Die Applikation des Immunglobulins als intramuskuläre Injektion ist mit der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale abgegolten.

Pharmakotherapie- beratung der KVH



Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxisspezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

Alle Hamburger Vertragsärzte sind in der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!

Tel. 22802-572
oder 22802-571

*Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung:
Dr. Klaus Voelker (l.) und Dr. Hartmut Horst*



Qualitätsprüfung Röntgen und Computertomographie

■ KV fordert Dokumentationen an

Die KV Hamburg fordert bei zufällig ausgewählten Ärzten die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von Röntgen- und Computertomographie-Leistungen für jeweils zwölf Patienten an. Entsprechend der Qualitäts-Prüfungsrichtlinie nimmt die Radiologie-Kommission für die Dokumentation jedes Patienten eine Einzelbewertung vor.

Dabei geht es um folgende Beurteilungsparameter:

- rechtfertigende Indikation
- charakteristische Bildmerkmale einschl. Bildidentifikation
- wichtige Bilddetails (analog/digital)
- kritische Strukturen / kritische Bildelemente
- Strahlenschutz
- Befundung

Es gibt vier Beurteilungskategorien: von „keine Beanstandungen“ bis hin zu „schwere Beanstandungen“. Aus den Einzelbewertungen für die 12 Patienten ergibt sich dann die Gesamtbewertung. Um die Prüfungsergebnisse nachvollziehbar zu machen, werden dem Bescheid die Einzelbeurteilungs- und der Gesamtbeurteilungsbogen beigelegt.

■ Fehlen der „rechtfertigenden Indikation“ führt zu Honorarkürzung

Der Radiologie-Kommission ist bei der Stichprobenprüfung aufgefallen, dass in den Dokumentationen oftmals die rechtfertigende Indikation fehlt. Das führt zu einer schwerwiegenden Beanstandung, die eine Kür-

zung des Honorars für diese Leistung nach sich zieht. Der Arzt muss schriftlich festhalten, dass der gesundheitliche Nutzen der Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen gegenüber dem Strahlenrisiko

überwiegt (Röntgenverordnung § 23 u. 28 und die Richtlinie zu Aufzeichnungspflichten). Eine rechtfertigende Indikation ist auch dann zu stellen, wenn die Anforderung eines überweisen Arztes vorliegt.

Strahlenschutz in der Praxis

■ Ärztliche Stellen entwickeln bundeseinheitliches Bewertungssystem

Die Ärztlichen Stellen haben unter Mitarbeit der KV Hamburg ein bundesweit einheitliches Bewertungssystem für die Qualitätskontrolle von röntgendiagnostischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Geräten in den Arztpraxen entwickelt. Dieses Bewertungssystem wird ständig weiterentwickelt. Jeder

Betreiber einer röntgendiagnostischen, strahlentherapeutischen oder nuklearmedizinischen Einrichtung ist verpflichtet, seine Anlage bei der Ärztlichen Stelle anzumelden und regelmäßige Qualitätskontrollen durchzuführen. Die Ärztliche Stelle soll dazu beitragen, die Strahlenexposition zu verringern. Das

einheitliche Bewertungssystem kann auf der Internetseite der KV Hamburg eingesehen werden: www.kvhh.de → Qualitätssicherung → Genehmigungspflichtige Leistungen → Strahlenschutz

*Ansprechpartnerinnen:
Sibylle Blauert Tel: 22802-451
Claudia Hinsch Tel: 22802-893*

Stichprobe zum Stand des Qualitätsmanagement

■ Die meisten Praxen liegen gut in der Zeit

Ende November 2008 wurde die zweite zufällige Stichprobe zum Stand des Qualitätsmanagement (QM) in den Hamburger Praxen durchgeführt. Von den 73 Ärzten und Psychotherapeuten, die einen Fragebogen ausfüllten, lagen 58 gut in der Zeit und befanden sich richtlinienkonform in der Umsetzungsphase oder waren noch weiter fortgeschritten.

Nach Maßgabe der Qualitätsmanagement-Richtlinie müssen jährlich mindestens 2,5 Prozent der KV-Mitglieder zufällig ausgewählt und per Fragebogen zur Darlegung des QM-Standes in ihren Praxen aufgefordert werden.

Zusätzlich zu dem Fragebogen erhalten die Praxen einen Selbstbewertungsbogen – zur Selbstkontrolle, um intern einen Ist-Zustand zu erheben.

In die Stichprobenerhebung eingebunden waren die Mitglieder der Hamburger Qualitätsmanagement-Kommission. Sie führten diesmal 13 telefonische Qualitätsmanagement-Beratungen durch. Das entspricht nur einem Drittel der Beratungen, die bei der ersten Stichprobe angefallen waren. Angerufen wurde, wer mit der Umsetzung seines QM-Systems noch nicht in der Zeit lag und wer seinen Fragebogen auch nach der zweiten Bitte nicht eingesandt hatte.

Die Kommission wird nur beratend tätig, sie hat keine Sanktionsgewalt. Sie setzt sich aus Fachärzten, Hausärzten und Psychotherapeuten zusammen, die profunde Kenntnisse auf dem Gebiet des Qualitätsmanagement vorweisen können. Die Kommissionsmitglieder bieten den Hamburger Vertrags-

ärzten und -psychotherapeuten an, ihnen auf kollegialem und kostenlosem Weg bei allen Fragen zu Qualitätsmanagement hilfreich zur Seite zu stehen.

Natürlich können Sie sich auch weiterhin direkt durch die KV beraten lassen.

*Ansprechpartnerin:
Ursula Dudziak Tel: 22802-633*

Wer sich für den Fragebogen interessiert, kann ihn im Internet abrufen:

www.kvhh.de → Qualitätsmanagement → Qualitätsmanagement-Kommission → Fragebogen.

Den Selbstbewertungsbogen finden Sie unter: www.kvhh.de → Qualitätsmanagement → Qualitätsmanagement-Kommission → Selbstbewertungsbogen

Qualitätsmanagement: Deadline ist Ende 2009

Ärzte und Psychotherapeuten, die vor dem Januar 2006 niedergelassen waren, müssen bis Ende dieses Jahres ein Qualitätsmanagement-System eingeführt haben. So sieht es eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vor. Die Jahre 2006 bis 2007 galten als Planungsphase. Danach begann die zweijährige Umsetzungsphase, in der das Qualitätsmanagement-System eingeführt werden soll. Das Jahr 2010 ist als Phase der Selbstüberprüfung vorgesehen. Eine Zertifizierung ist bislang noch freiwillig.

Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die nach dem Januar 2006 ihre Praxis eröffneten, verschiebt sich der Zeitrahmen ab Datum der Niederlassung entsprechend nach hinten.

„Die Versorgungswege verbessern“

- Die DAK baut in Hamburg ein „regionales Versorgungsmanagement“ auf. Die beiden Leiter Frauke Latendorf und Reinhold Nehr über die Steuerbarkeit von Patienten, die Zusammenarbeit mit den Ärzten und den Stellenwert der Datensicherheit.

Die DAK hat in Hamburg ein „regionales Versorgungsmanagement“ eingeführt. Verbirgt sich dahinter ein Kostensparprogramm?

Nehr: Nein. Wir haben drei Ziele: Die Kundenzufriedenheit soll noch besser werden, die Versorgungsqualität muss erhöht werden und die Leistungsausgaben müssen sinken.

Wie wollen Sie das erreichen?

Latendorf: Indem wir unsere Kunden als Partner durch das immer komplexere Gesundheitssystem begleiten. Wichtig dabei ist, dass wir den Menschen zu-

hören. Nur so können wir über passende Behandlungsabläufe Auskunft geben. Wir optimieren den Übergang von der stationären Versorgung in die Reha oder in die ambulante Versorgung, besorgen Arzttermine und weisen auf Selbsthilfegruppen sowie Kurse hin. Außerdem klären wir die Patienten über ihre Rechte auf und helfen ihnen, entsprechende Anträge zu stellen.

Wenn die DAK das Projekt in einigen Jahren evaluiert – nach welchen Kriterien wird Erfolg oder Misserfolg gemessen?

Nehr: An erster Stelle steht die Zufriedenheit unserer Kunden.

Sie sollen sich gut aufgehoben und bestens versorgt fühlen. Darüber hinaus können wir durch das Versorgungsmanagement die Versorgungswege verbessern und somit die Kosten senken.

Um welche Patienten kümmern Sie sich?

Latendorf: Wir beraten Patienten mit den Diagnosegruppen: Herz-Kreislauf / Lungen-Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Atemwegserkrankungen), Muskel-Skelett-Erkrankungen (Arthrose, Bandscheibenbeschwerden, Rückenschmerzen) und psychische Erkrankungen



Foto: Melanie Vollmert

„Niemand wird gezwungen, unser Angebot anzunehmen“ – Frauke Latendorf (links) und Reinhold Nehr.

(Schizophrenie, affektive Störungen, Alkoholmissbrauch). Das sind typische chronische Krankheiten, die aber nicht durch moderne Gesundheitsprogramme wie das Disease Management abgedeckt werden. Für jede dieser drei Diagnosegruppen stehen etwa 10 Gesundheitsberater zur Verfügung.

Wie nehmen Sie Kontakt zu den Patienten auf?

Latendorf: Durch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfahren wir von der Erkrankung unseres Kunden. Ist er schon als Patient im Krankenhaus, nehmen wir Kontakt mit dem Sozialdienst auf, ansonsten rufen wir persönlich bei ihm an. Für uns ist entscheidend, dass der Patient gut versorgt wird und zum Beispiel nicht nach kurzer Zeit wieder ins Krankenhaus muss.

Was tun Sie, wenn der Patient nicht kooperiert?

Latendorf: Das ist bis jetzt selten vorgekommen. Doch lehnen Patienten unsere Beratung ab, ist das für uns auch in Ordnung. Unsere Kunden werden nicht gezwungen, das Gesprächsangebot anzunehmen. Und wir sind trotzdem weiter für sie da.

Besprechen sie mit den Patienten auch medizinische Themen?

Latendorf: Wir fragen schon, welche Medikamente sie nehmen – und in welcher Dosierung. Doch die Gesundheitsberater

haben die klare Anweisung, sich nicht in die Therapie des Arztes einzumischen. Deshalb ziehen wir stets auch den Arzt zu Rate, wenn wir dem Patienten von uns aus Maßnahmen vorschlagen.

>> Klare Ansage: Wir mischen uns nicht in die Therapie des Arztes ein. <<

Erfreulich ist, dass die Ärzte meist positiv reagieren und unsere Maßnahmen, beispielsweise Ernährungsberatungen oder Rückenschulen, dann selbst dem Patienten empfehlen.

Wie kontaktieren Sie die Ärzte?

Latendorf: Entweder per Telefon oder mit der klassischen Arztanfrage.

Und wenn der Arzt die von Ihnen vorgeschlagene Maßnahme ablehnt?

Latendorf: Dann akzeptieren wir natürlich das Behandlungsprogramm des Arztes.

Nach welchen Kriterien vermitteln Sie Ihre Versicherten an weiterbehandelnde Ärzte, in Rehaeinrichtungen oder in Krankenhäuser?

Nehr: Wir versuchen herauszufinden, was der Patient wünscht und welche Leistungserbringer sich in seiner Nähe befinden. Eine Rolle kann auch spielen, dass eine Praxis barrierefrei zu erreichen ist. Keinesfalls empfehlen wir aber nur bestimmte Fachärzte und Einrichtungen.

Und bei Rehaeinrichtungen?

Nehr: Auch bei der Reha versuchen wir, den Kundenwunsch zu berücksichtigen. Hier haben wir zum einen Kooperationskliniken

und auch eigene Rehakliniken, die wir empfehlen. Natürlich sind wir bestrebt, unsere Kliniken zuerst zu belegen.

Da berühren wir eines der Probleme, das Vertragsärzte mit einer Steuerung der Patienten durch Kostenträger haben: Dass sich die Kassen eigene Versorgungswege schaffen und dafür sorgen, dass die Patienten in diesem System bleiben.

Nehr: Im vertragsärztlichen Bereich haben wir gar keine eigenen Versorgungseinheiten.

In Berlin und Koblenz schon. Dort kooperiert die DAK mit dem Medizinischen Versorgungszentrum MediPlaza – ein ähnliches Projekt wie die Zusammenarbeit zwischen der TK und Atriomed.

Nehr: Die DAK plant in Hamburg kein solches Projekt.

Aber Sie müssen die Projekte zur Integrierten Versorgung (IV) bedienen, oder?

Nehr: Wir haben in Hamburg IV-Projekte im orthopädischen

Fortsetzung auf S. 24 



Foto: Melanie Vollmert

Versorgungsmanagement der DAK: Der Schwerpunkt der Beratung liegt auf chronischen Krankheiten, die nicht durch DMP abgedeckt sind.

 Fortsetzung von S.23

Bereich, in der Kardiologie und im psychiatrischen Bereich. Das sind wichtige Verträge in der Versorgungsstruktur. Doch wenn wir die Patienten kontaktieren, steht die Diagnose meist fest und die Therapie hat bereits begonnen. Somit ist eine

>> Natürlich versuchen wir, zuerst unsere eigenen Reha-Kliniken zu belegen. <<

Steuerung der Patienten in IV-Projekte noch eine Ausnahme. Unsere Strategie ist, die integrierte Versorgung als modernes Gesundheitsprogramm schon zu kommunizieren, bevor der Kunde krank wird.

In Bayern und Baden-Württemberg stand die DAK vor einem Jahr im Zentrum eines kleinen Datenschutzskandals. Der Bundesdatenschutzbeauftrag-

te bemängelte die Weitergabe vertraulicher Krankeninformationen an die Privatfirma Healthways, die im Auftrag der DAK Patienten kontaktierte.

Nehr: Wir gehen mit den Sozialdaten extrem sensibel um. Deshalb haben wir unser Versorgungsmanagement hier in

Hamburg mit Gesundheitsberatern aufgebaut, die fest bei der DAK angestellt sind. Es handelt sich um gelernte Sozialversicherungsfachangestellte mit einer medizinischen Weiterbildung.

Was haben die Ärzte vom Versorgungsmanagement der DAK?

Latendorf: Wir wollen die Ärzte unterstützen und ihnen administrative Arbeit abnehmen.

Sie können beispielsweise die Compliance-Betreuung bestimmter Patienten an uns übertragen. Wir fragen die Patienten dann, ob sie regelmäßig ihre Medikamente nehmen. Tun sie es nicht, kann man eventuell schneller intervenieren als dies ohne Betreuung der Fall wäre. Wenn der Arzt das Gefühl hat, ein DAK-Patient hat mehr Bedarf an Aufklärung und Gesprächen als in der Praxis zu leisten ist, kann er unsere Telefonnummer weitergeben. Wir helfen im Bereich der Gesundheitsaufklärung und geben Lebensstilberatung. Und selbstverständlich beraten wir gerne die Ärzte, wenn sie sich bei bestimmten Kassenleistungen wie zum Beispiel den Hilfsmitteln nicht ganz sicher sind. Wir freuen uns über jedes Gespräch! *mn*

*Gesundheitsberatung der DAK
Tel: 8972595-1109*

„Gipfel der Heuchelei“

■ KV-Vize Walter Plassmann: Fangprämien sind Auswüchse gesundheitspolitischer Fehlentwicklungen

Auf eine Forderung konnten sich während der Debatte über „Fangprämien“ für die Einweisung von Patienten in bestimmte Krankenhäuser alle einigen: „Ein Vertragsarzt sollte seine Patienten dorthin überweisen, wo sie die für sie beste medizinische Versorgung bekommen.“ „Das ist schon richtig“, sagt der stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann. „Doch dieses berufsethische Prinzip wurde durch falsche Weichenstellungen der Berliner Gesundheitspolitik längst aufgebrochen.“

Der Hintergrund: Die engere Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich ist politisch erwünscht und wurde durch diverse gesetzliche Maßnahmen befördert. Verträge zur integrierten Versorgung sehen feste, auch wirtschaftlich determinierte Behandlungspfade vor und beeinflussen eine freie Entscheidung des Vertragsarztes für das von ihm zum jeweiligen Zeitpunkt unter medizinischen Gesichtspunkten favorisierte Krankenhaus. Vor allem die Kasse hat ein großes Interesse, dass in ihr Vertrags-Krankenhaus gesteuert wird. Die KV ist übrigens, anders als in der Medienberichterstattung suggeriert wird, an solchen Verträgen nicht beteiligt.

Die integrierten Versorgungsmodelle sind oft so üppig ausge-

stattet, dass gute bis sehr gute Preise für prä- und postoperative Leistungen gezahlt werden können. Sind das Fangprämien? Wo hierbei die angemessene Honorierung aufhört und die Bestechung beginnt, ist im Einzelfall nur schwer zu klären. „Wenn jetzt ausgerechnet diejenigen Politiker am lautesten klagen, die dafür verantwortlich sind, dass solche Auswüchse überhaupt entstehen können, ist der Gipfel der Heuchelei erreicht“, so Plassmann.

Weitaus gefährlicher für die Patientenautonomie als einzelne Bestechungsfälle ist Plassmann zufolge die Übernahme von Praxen durch Kapitalgesellschaften und Krankenhäuser. „In diesen Fällen wissen die Patienten häufig gar nicht, welchem Arbeitgeber der Arzt verantwortlich ist“, so Plassmann. „Es liegt auf der

Hand, dass in diesen Praxen nur in die eigenen Krankenhäuser eingewiesen wird, respektive in die Krankenhäuser, mit denen die Krankenkassen, die solche Kapitalgesellschaften unterstützen, besondere Verträge abgeschlossen haben. Diese für den Patienten nicht erkennbare Interessensverquickung ist weitaus bedeutender als Missbräuche durch direkte Bestechung.“

Das von der Politik verantwortete, unregelmäßige Nebeneinander der unterschiedlichsten Versorgungsformen mit nur schwer durchschaubaren Abhängigkeiten begünstigt die Schaffung von Grauzonen. „Wer will, dass Ärzte ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten überweisen,“ so Plassmann, „muss wieder klare Verhältnisse herstellen“.

Auf der sicheren Seite

Die Annahme von Geld für die bloße Einweisung eines Patienten in ein bestimmtes Krankenhaus ist klassische Korruption. Sie verstößt gegen berufsethische Pflichten und gegen die Berufsordnung. Bei Pauschalen, die Vertragsärzte von Krankenhäusern für prä- und postoperative Leistungen bekommen, gerät man in eine Grauzone. Juristisch und ethisch auf der sicheren Seite sind Vertragsärzte, wenn sie definierte Auftragsleistungen einzeln und zu den üblichen GOÄ-Sätzen mit dem Krankenhaus abrechnen.



medi-convent

DAS GESUNDHEITSMODELL

Entsorgung eines Zukunftsprojektes

- Das Versorgungsmodell von Medi-Convent wurde als modern und innovativ gefeiert. Nun ist die Managed-Care-Gesellschaft insolvent. Was ist schiefgelaufen?

Am 30. Juni 2009 empfahl der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einer Studie, mehr Managed-Care-Elemente in die ambulante Versorgung einzuführen.

Das Grundprinzip von Managed Care ist es, die Trennung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer ganz oder teilweise aufzuheben. Die Ärzte sollen ein finanzielles Interesse daran entwickeln, ihre Patienten effektiv und kostengünstig zu behandeln.

Knapp drei Monate vor Erscheinen des Gutachtens hatte eine der ersten Managementgesellschaften, die ein solches Managed-Care-Modell in Deutschland anboten, Insolvenz angemeldet.

Die Einlagen der beteiligten Ärzte sind höchstwahrscheinlich verloren. Viele Beobachter reiben sich verwundert die Augen: Ist Managed Care nun ein Zukunftsmodell, wie die Gesundheitsweisen glauben? Oder eine Fehlkonstruktion, zu wenig mehr nutzen als dafür, den Ärzten Finanzbeteiligungen aus der Tasche zu ziehen?

Die im Jahr 2004 von Hamburger Ärzten gegründete Medi-Convent hatte das Managed-Care-Konzept beinahe lehrbuchmäßig umgesetzt: Die Gesellschaft erhielt pro eingeschriebenem Patienten eine Jahrespauschale in Höhe des Betrages, den die Kassenseite durchschnittlich für ein Mitglied ausgab. Dafür übernahm Medi-Convent die

Komplettversorgung – und das finanzielle Risiko. „Das Versorgungsmodell verbindet die Vorteile so genannter Hausarztmodelle mit ökonomischen Anreizen für teilnehmende Ärzte“, heißt es in einer Selbstdarstellung.

Wer als Arzt einsteigen wollte, zahlte eine Gesellschaftereinlage von mindestens 500 Euro und wurde für die bei Medi-Convent-Patienten anfallenden Leistungen mit einem festen Punktwert von 6 Cent vergütet. Nicht teilnehmende Ärzte erhielten 5,11 Cent. Es gab keine Mengenbegrenzung. Abgerechnet wurde in Hamburg und Berlin über die KV als Dienstleister.

Auch für die teilnehmenden Patienten bot das innovative Ge-

sundheitsmodell anscheinend nur Vorteile: Erlass der Kassengebühr, 200-Euro-Beitragsrückerstattung bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen, Angebot von Präventionskursen in kooperierenden Fitness-Studios, ein hochgradig integriertes Behandlungssystem.

„Wir hatten eine positive Auswahl motivierter Patienten“, sagt der Hamburger Allgemeinmediziner Klaus Schäfer, einer der Gründerväter des Projekts. „Solche Patienten kann man eher führen und sie von Doppeluntersuchungen und unnötigen Krankenhausaufenthalten abbringen. Dadurch werden Kosten gespart. Bei normalen Patienten erfordert das einen Lernprozess, da dauert es länger.“

Weil das Marketing über die teilnehmenden Fitness-Studios lief, fühlten sich vor allem junge und gesunde Versicherte angesprochen, die ohnehin selten zum Arzt gehen – „positive Risiken“, wie Gesundheitsmanager sagen würden. Im Medi-Convent-Modell blieben die Behandlungskosten denn auch deutlich unter dem Wert, der durchschnittlich für ein Kassenmitglied ausgegeben wurde. Ein Teil der Einsparungen floss in die Verwaltung und die höheren Arzthonorare, ein Teil wurde an die ärztlichen Gesellschafter ausgeschüttet. „Wir haben uns weniger des Geldes wegen beteiligt“, sagt der Hamburger Orthopäde Dr. Ulrich Korn. „Sondern weil es ein geniales Konzept auch für uns Ärzte ist und außerdem dem politischen Willen entspricht.“

Einige Jahre lang waren alle zufrieden. Neben der BKK Gruner+Jahr, deren Vorstand Rainer Tietz das Projekt zusammen mit den Ärzten aus der Taufe gehoben hatte, beteiligte sich die BKK Kassana, eine kleine Kasse, die vor allem in Süddeutschland mit Medi-Convent um Neukunden warb. Die Zahl der teilnehmenden Patienten stieg kontinuierlich – am Ende waren es etwa 2000, darunter viele Kassenwechsler.

„Das Projekt lief erfolgreich“, sagt Andreas Schwarz, Hauptabteilungsleiter der BKK Kassana. „Wir wollten es weiter ausbauen. Geplant war, das Modell an den neuen Risikostrukturausgleich

anzupassen und zielgerichteter chronisch kranke Patienten anzusprechen – beispielsweise durch von den kooperierenden Fitness-Studios angebotene Diabetikerprogramme.“

Doch die BKK Gruner+Jahr hatte mittlerweile mit der Novitas Vereinigte BKK aus Duisburg zur „Novitas BKK – Die Präventionskasse“ fusioniert. Der ehemalige BKK-Gruner+Jahr-Vorstand Rainer Tietz erhielt am 7. April 2009 seine Kündigung. Alleiniger Vorstand der Novitas BKK sei nun Ernst Butz, meldete die *Wilstersche Zeitung*. Grund für den Rauschmiss von Tietz seien unterschiedliche Auffassungen über die Methoden zur Kundengewinnung gewesen. „Während Tietz und sein Team

auf langfristige Kundenbindung durch Präventionsangebote und Kundenzufriedenheit setzten, werden in Duisburg offenbar vor allem weitere Fusionen als Erfolgsrezept angesehen“, so die Zeitung.

Medi-Convent wurde bei dieser Gelegenheit offenbar gleich mit entsorgt. Die Novitas BKK kündigte Medi-Convent am 8. April 2009 fristlos den Integrationsvertrag – „aus wichtigem Grund“, wie es hieß. Auf Nachfrage lässt die Novitas BKK lediglich verlauten, die Kündigung sei kurzfristig „aufgrund der gesetzlichen Gegebenheiten und insbesondere nach Prüfung durch unsere Aufsichtsbehörde,

>> Wir hatten eine positive Auswahl motivierter Patienten. <<

das Bundesversicherungsamt“ nötig geworden.

Tatsächlich hatte das Bundesversicherungsamt (BVA) beanstandet, dass Medi-Convent bei einem Stammkapital von 26.000 Euro von der BKK Gruner+Jahr 10.000 Euro als Anschubfinanzierung erhalten hatte. „Wir haben gesagt: Das geht nicht“, sagt BVA-Pressesprecher Theo Eberenz. „Kassen dürfen sich auch nicht über eine Anschubfinanzierung an Versorgungsunternehmen beteiligen. Das ist nicht Aufgabe von Kassen.“ Die Rüge des Bundesversicherungsamtes datiert allerdings bereits aus der Zeit vor der Fusion. Medi-Convent begann

Fortsetzung auf S. 28 

damit, das Geld in Raten zurückzuzahlen. Zum Zeitpunkt der fristlosen Kündigung soll es Gerüchten zufolge nur noch um 3.500 Euro gegangen sein. Die Novitas BKK dementiert diese Angaben nicht.

Die andere an Medi-Convent teilnehmende Kasse hatte offenbar keinen Zweifel an der grundsätzlichen Zukunftsfähigkeit des Modells. „Wir können die fristlose Kündigung nicht nachvollziehen“, sagt Andreas Schwarz von der BKK Kassana. „Hätte die Novitas BKK fristgerecht gekündigt und einen geordneten Ausstieg vollzogen, hätte man das Modell retten können.“

„Wir haben bisher keine Anhaltspunkte dafür gefunden, dass Medi-Convent schlecht geführt gewesen wäre“, sagt auch der Hamburger Insolvenzverwalter Karsten Tötter. „Daran ist das Projekt nicht gescheitert.“ Auf Grundlage seines Berichts beschloss die Gläubigerversammlung am 3. August 2009, die Novitas BKK auf Schadenersatz zu verklagen wegen unberechtigter Kündigung.

Die Idee, ein kleines Versorgungsparadies für „gute Risiken“ zu schaffen, geht konform mit der gesundheitspolitischen Vorgabe eines verstärkten Vertragswettbewerbs und scheint als Geschäftsmodell funktioniert zu haben. Gescheitert ist Medi-Convent offenbar an

der zu großen Nähe zu einer einzigen Kasse – ein Problem, das bei Selektivverträgen nicht selten auftritt.

Krankenkassen, die im Wettbewerb ihr eigenes Profil entwickeln wollen, steigen nur ungern ins Prestigeprojekt der Konkurrenz ein. So arbeiten viele der vom Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen empfohlenen Zukunftsmodelle in Abhängigkeit von einigen wenigen Kostenträgern. Ändert sich die Geschäftspolitik des entscheidenden Kassenvorstands oder kommt es in Folge von Fusionen zu einem Kurswechsel, kann das auch größeren privat organisierten Versorgungsprojekten das Genick brechen.

Martin Niggeschmidt

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

...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

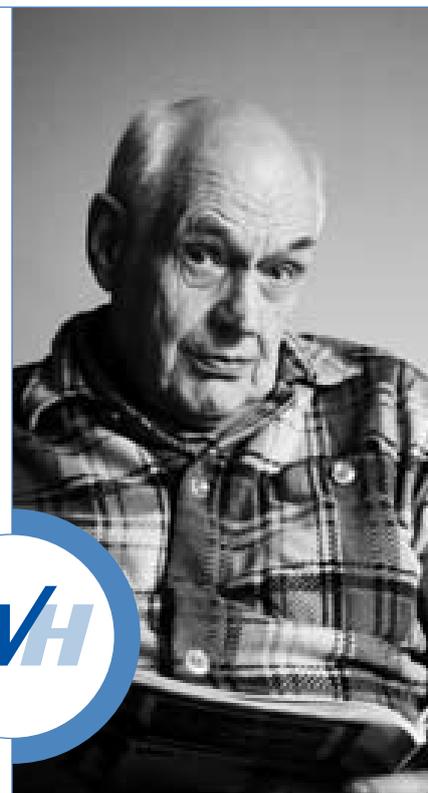




Foto: rnm

Kinderarzt für Steilshoop

■ Zulassungsausschuss folgt Votum der KV

Steilshoop hat nach sieben Monaten wieder einen Kinderarzt. Der Zulassungsausschuss folgte Mitte Juli einer Empfehlung der KV Hamburg und erteilte eine Sonderbedarfszulassung für Dr. Adnan Akbaba. Diese Art der Zulassung bindet den

Arztsitz für zehn Jahre an den Standort. Die KV Hamburg hatte sich lange darum bemüht, den Versorgungsengpass zu beheben, der mit der Schließung einer kinderärztlichen Gemeinschaftspraxis Ende des vergangenen Jahres entstanden ist.

KV-Pressesprecherin Barbara Heidenreich bedankte sich in einer Pressemitteilung bei Initiativen aus Steilshoop, deren Engagement mit dazu beigetragen habe, dass im Stadtteil nun wieder ein Kinderarzt praktiziert.

Arztsuche im Internet

■ Bitte aktuelle Sprechzeiten angeben / Verlinkung auf Praxis-Website möglich

Die KV Hamburg ist bemüht, die Arztsuche auf der Internetseite www.kvhh.net aktuell zu halten. Deshalb die Bitte: Melden Sie dem Arztregister, wenn sich in Ihrer Praxis die Sprechzeiten oder andere Gegebenheiten (wie beispielwei-

se die Zugänglichkeit für Rollstuhlfahrer) ändern. Sofern Sie die grundsätzliche Zustimmung zur Veröffentlichung gegeben haben, erscheinen die Daten dann auch in der Arztsuche. Sollte Ihre Praxis eine eigene Website haben: Bitte ebenfalls

dem Arztregister mitteilen! In der Arztsuche wird dann automatisch auf Ihre Internetpräsenz verlinkt.

*Ansprechpartnerin:
Jana Runge Tel: 22802-343
E-mail: arztregister@kvhh.de*

Steckbrief – Für Sie im beratenden Fachausschuss (BFA)

Dr. Eckhard von Bock und Polach
(BFA Fachärzte)



Geb. Datum: 12.04.1945
Familienstand: verheiratet,
2 Kinder

Fachrichtung: Internist

Weitere Ämter: Sprecher des KV-Finanzausschusses, Mitglied im Landesausschuss der Ärzte und KK, Mitglied im KV-Disziplinausschuss, stv. Mitglied der Vertreterversammlung der KV

Hobbys: Musik, Malerei, historische Gärten, Oldtimer

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Entbürokratisierung der Medizin, Einzelleistungsvergütungssystem anstatt zunehmender Pauschalierung, ausreichende Finanzierung des Systems.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Ich hoffe, es gibt weiterhin eine Einheits-KV. Dazu muss sich die KV noch mehr von einer Kontrollinstanz in eine Service-KV umwandeln. Bei anhaltender Unterfinanzierung des Gesundheitssystems wird es zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung kommen, was jetzt schon zu spüren ist.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Frau Ulla Schmidt: Ob sie absichtlich oder gezwungenermaßen in den zwei Legislaturperioden das Gesundheitssystem verschlechtert hat. Ob sie meint, auch noch eine dritte Periode zu erleben.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Ausreichend Geld zu haben, um einen ererbten Landsitz zu erhalten und ihn der Familie als Kulturerbe zu bewahren. Und möglichst noch lange kulturhistorische Reisen zu machen.

Dr. Guntram Hinz
(BFA Fachärzte)



Geb. Datum: 23.02.1955

Familienstand: verheiratet,
2 Kinder

Fachrichtung: Neurologie und Psychiatrie,
Psychotherapie

Weitere Ämter: Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte, Landesverband Hamburg e.V.

Hobbys: Kultur und Natur europäischer Länder, etwas Sport

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? 1) Neurologie und Psychiatrie als gleichwertige Fachgebiete unter den anderen Disziplinen zu etablieren - auch honorarpolitisch 2) Die „P-Fächer“ wieder einander näher zu bringen und Psychotherapie als integralen Bestandteil einer Psychiatrie der Zukunft zu verankern.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Die KV wird sich weiter für die Kooperation mit den Berufsverbänden öffnen. Sektorale Grenzen werden durchlässiger und es wird neue leistungs- und versorgungsbezogene Vergütungsmodelle geben, die sich nicht mehr nur an Fallzahlen und Diagnosen, sondern auch an Krankheits- und Behandlungsstadien orientieren.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Ich würde Frau von der Leyen als mögliche Nachfolgerin von Frau Schmidt gerne fragen, ob und welche Zukunft wir niedergelassene Fachärzte als freiberuflich Tätige zu erwarten haben.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Ich würde gerne ein mit Deutschland befreundetes friedliches Land draußen in der Welt beim Aufbau eines guten psychiatrischen Versorgungssystems beraten.

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 19.11.2009 (ab 20 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Fachliche Fortbildung

Moderne Schmerztherapie im ärztlichen Notfalldienst
Für alle im ärztlichen Notfalldienst tätigen Ärzte

Mi 21.10.2009 (ab 19 Uhr)
Im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

3 Punkte 

Informationen zu den Fortbildungen finden Sie auch im Internet:
www.kvhh.de → Fortbildung

Ansprechpartnerin:
Franziska Schott Tel: 22 802 - 378

3. Norddeutsche Fortbildungstage

Aktuelle praxisrelevante und berufspolitische Themen

Fr 9.10.2009 (ab 12 Uhr) und Sa 10.10.2009 (ab 8:30 Uhr)
Im Privathotel Lindtner, Heimfelder Straße 123,
21075 Hamburg

6 Punkte pro Tag 

Weitere Informationen:
Meinhardt Congress GmbH,
www.mcg-online.de
Tel: 0341 / 4206561

Psychoanalyse und Buddhismus
Michael-Balint-Vorlesung

Mi 28.10.2009 (ab 20:30 Uhr)
Universität Hamburg, ESA - Hörsaal B
Edmund-Siemers-Allee 1
20146 Hamburg

2 Punkte 

Tag der offenen Tür im Michael-Balint-Institut
Vorträge zur Psychoanalyse

Sa 7.11.2009 (ab 12 Uhr)
Michael-Balint-Institut
Falkenried 7
20251 Hamburg

2 Punkte 

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

Fr 27.11.2009 (15 – 21 Uhr) und
Sa 28.11.2009 (8:30 – 16:30 Uhr)

15 Punkte 

QEP®-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Fr 30.10.2009 (15 – 21 Uhr) und
Sa 31.10.2009 (8:30 – 16:30 Uhr)

15 Punkte 

QEP®-Themenseminare

„Datenschutz in der Praxis“
Mi. 07.10.2009 (9:30 – 17 Uhr)

7 Punkte 

QEP®-QMB-Seminar (3-teilig)
Für die Qualitätsmanagement-
Beauftragten der Praxen
Mi. 04.11.2009 (9 – 17 Uhr)
Mi. 09.12.2009 (9 – 17 Uhr)

QEP®-Kommunikationstraining
Zur Verbesserung der internen
und externen Kommunikation
Mi. 28.10.2009 (15 – 19:30 Uhr)

5 Punkte 

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Anmeldeformulare im Internet unter: www.kvhh.de → Ärzte/Psychotherapeuten

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 885
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

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

