

KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 9/2012

Bürokratie frisst Versorgung



Korruption

Keine Sanktionen mehr
für bestechliche Ärzte?

Beschneidung

Warum eine Illegalisierung
Gefahren mit sich bringt

Substitution

Im Zweifel für
den Kinderschutz

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Ohne Verwaltung, Dokumentation und Qualitätskontrolle kann ein leistungsstarkes Gesundheitswesen nicht organisiert werden. Doch bürokratische Prozesse neigen dazu, Eigendynamiken zu entwickeln: Die Regelungsdichte nimmt zu, die Kontrolle wird verschärft, es gibt immer mehr Informationspflichten. Und irgendwann ist der Punkt erreicht, an dem die Bürokratie in den Praxen nicht mehr im Dienste der Patientenversorgung steht, sondern diese verhindert. Es wird höchste Zeit, die momentan herrschende Kultur des Misstrauens hinter uns zu lassen. Ärzte und Psychotherapeuten machen ausgezeichnete, hochqualifizierte Arbeit. Man muss ihnen allerdings genug Zeit lassen, sich um ihre Patienten zu kümmern.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Bollmann', written in a cursive style.

*Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

Titelbild: GoodMood Photo/fotolia.com, Nomad_Soul/fotolia.com

Ausgabe 9/2012 (1. September 2012)

Redaktionsschluss: 17. August 2012

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Haben wir zu viel unnötige Bürokratie im Gesundheitswesen?	4
Kultur des Misstrauen: Überregulierung und Bürokratie lähmen den Medizinbetrieb	5

Gesundheitspolitik

Korruption: "Das Problem wird überschätzt" - Interview mit Dr. Frank Ulrich Montgomery	10
Zirkumzision: Ein Hamburger Arzt warnt davor, die religiös motivierte Beschneidung Minderjähriger in die Illegalität abzudrängen	12

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	14
Verlegung des Vertragsarztsitzes bedarf einer Genehmigung / Neufassung des AOP-Vertrages	15
Bundesweite Befragung zu Praxiskosten/ Fortbildung zu Hygiene und Hautkrebsscreening in Lübeck	16

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet	15
------------------------------	----

Qualität

Überprüfung der Koloskopie-Dokumentation nur noch alle zwei Jahre / Neue Qualitätssicherungsvereinbarung für die Hörgeräteversorgung bei Kindern	17
Methadon-Substitution: Im Zweifel für den Kinderschutz	18
Gründung eines Qualitätssicherungsbeauftragten-Netzwerkes / QEP-Vertiefungsseminar im Ärztehaus	20

Brennpunkt Arznei

Neue Arzneiverordnungssoftware: Mehr Schutz gegen Regresse	21
Grippeimpfstoff Begripal kann bei Kindern ab sechs Monaten verwendet werden	22
Änderung der OTC-Übersicht / Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente	23

Forum

Praktikumsplätze in Arztpraxen gesucht / Als Mannschaftsarzt der Reiter bei den Olympischen Spielen: Dr. Manfred Giensch	24
--	----

Kolumne

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

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung	26
Terminkalender	27

Nachgefragt

■ Haben wir zu viel unnötige Bürokratie im Gesundheitswesen?



Ich teile die Auffassung, dass die Regulierung im deutschen Gesundheitswesen zu dicht ist. Die Gesetzgebung der letzten Jahre war oftmals unklar, was Regulierungsschübe auf allen Ebenen nach sich gezogen hat - vom G-BA bis hinunter in die regionalen Gremien. Ich bin sicher: Wenn sich Krankenkassen und KVen auf regionaler Ebene ernsthaft überlegen würden, wo in eigener Zuständigkeit etwas zu vereinfachen wäre, könnte man die Bürokratielasten um 20 bis 30 Prozent verringern.

*Wilfried Jacobs,
bis Juni 2012 Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg,
seither Geschäftsführer des
Instituts für patientenorientierte
Versorgungsforschung*



Bürokratie ist in einem System begrenzter Mittel potentiell tödlich: Sie verbraucht Ressourcen, die an anderer Stelle fehlen. Würde man die anfallende Bürokratie nach dem Kriterium auf den Prüfstand stellen, ob sie unseren Patienten unmittelbar nützt, käme man zu dem Ergebnis: 50 bis 60 Prozent davon ist überflüssig. Die Praxisgebühr ist ein Beispiel dafür. Sie entfaltet keine Steuerungswirkung, zieht aber weitere Verwaltungstätigkeiten nach sich: Für jeden weiteren Arztbesuch müssen Überweisungen erstellt werden. Die meisten sind ohne Fragestellung und werden nach vier Quartalen entsorgt. Was für ein Unsinn. Auch der Dokumentationsaufwand im Hygienebereich wird immer umfangreicher. Hier ist die Grenze des Sinnvollen zugunsten reinen Absicherungshandelns längst überschritten.

*Dr. Dirk Heinrich,
Bundesvorsitzender des
NAV-Virchow-Bundes*



Meine Erfahrung als Praxisberater: Die gesetzlichen Vorgaben für Ärzte mit Praxisgebühr, Beantragung QZV, Abrechnung DMPs und Hausarztverträge, Arzneimittelbudget, Heil- und Hilfsmittelbudget, Honorarverteilungsverträgen, EBM-Abrechnung, QM-Anforderungen, Weiterbildungsrichtlinien, Arbeitsrecht und vieles mehr sind für Kleinunternehmen unsinnig und belastend. Der Verwaltungsaufwand steigt zudem durch die Unmenge gesetzlicher Reglementierungen proportional zur Zahl der Ärzte und Mitarbeiter in einer Praxis. Mindestens 15 bis 20 Prozent der gesamten Arbeitszeit aller Beteiligten, somit in durchschnittlichen Praxen etwa ein Arbeitsplatz, ist zur Umsetzung aller Vorgaben notwendig. Änderungen können nur auf Ebene des Gesetzgebers nachhaltigen Erfolg zeigen.

*Thomas Voeste,
Mit-Inhaber der Unternehmensberatung Kock & Voeste*

Kultur des Misstrauens

■ Alle sind sich einig: Überregulierung und Bürokratie lähmen den Medizinbetrieb. Die Frage ist nur: Wie kann man Abhilfe schaffen?

Der Papierkrieg in den Praxen muss eingedämmt werden - dies zu fordern, gehört im Gesundheitswesen schon fast zum guten Ton.

Im schwarz-gelben Koalitionsvertrag von 2009 sind solche guten Vorsätze ausformuliert: „Dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel ist durch Abbau von Bürokratie (...) zu begegnen“, heißt es da. Und: „Wir brauchen eine Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften.“

Auch die ärztliche Selbstverwaltung hat den Bürokratie-

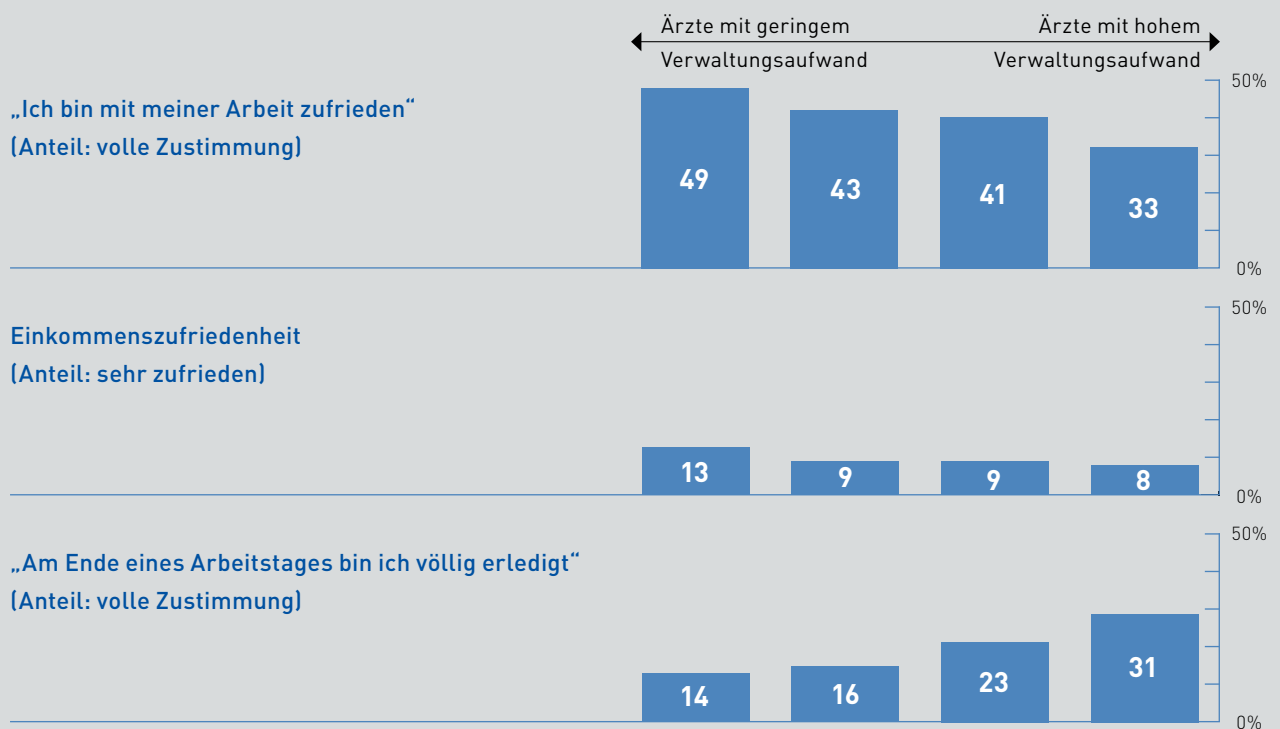
abbau auf die Agenda gesetzt. „Der Ärztemonitor, in dessen Rahmen rund 11.000 Nieder-gelassene befragt wurden, hat noch einmal deutlich gemacht, dass das größte Ärgernis in den Praxen die Bürokratie ist“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler bei einem Pressegespräch im Juli 2012. „Alle strukturellen Reformen werden wenig nützen, solange Ärzte und Psychotherapeuten das Gefühl haben, dass das, was ihnen vor allem fehlt, Zeit für ihre Patienten ist. Dies zu ändern ist deshalb eines unserer wichtigsten Ziele.“

Nicht-medizinische Aufgaben

Wer ernst machen will mit dem Versuch, überflüssige Bürokratie in den Praxen abzubauen, muss sich zunächst die Aufgabenteilung im Gesundheitswesen vor Augen führen. Erste Frage: Gibt es Verwaltungstätigkeiten in den Praxen, die eigentlich Aufgabe der Krankenkassen wären? Ganz oben auf der Liste der größten Bürokratie-Ärgernisse für Ärzte steht allen Umfragen zufolge die „Praxisgebühr“

Fortsetzung auf S. 6

Verwaltungsaufwand verleidet Ärzten die Arbeit



Quelle: Infas / Ärztemonitor 2012

(die ja eigentlich eine Kassengebühr ist). „Es wäre besser gewesen, wenn sich die Ärzte von Anfang an geweigert hätten, die Geldeintreiber für die Krankenkassen zu spielen“, sagt Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg. Regelmäßig zu Quartalsbeginn drängen sich die Patienten am Tresen, es gibt quälende Diskussionen. „Praxisgebühr? Ich habe gerade kein Geld dabei.“ „Wieso muss ich schon wieder bezahlen?“ „Ich bin doch befreit.“ Nach Angaben der KBV wendet das Praxisteam jedes niedergelassenen Arztes jährlich rund 120 Stunden auf, um die Praxisgebühr einzubehalten und zu quittieren. „Den Praxen entstehen jedes Jahr durch den Einzug der Praxisgebühr 360 Millionen Euro an Bürokratiekosten“, sagt KBV-Chef Köhler. „Pro Praxis sind dies mehr als 4.100 Euro.“ Die Kassenärztlichen Vereinigungen starteten deshalb im Mai bundesweit die Kampagne

„Praxisgebühr? Weg mit dem Bürokratiemonster!“. Auch in den Hamburger Praxen liegen Unterschriftenlisten aus. Im Oktober sollen die Unterschriften Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr übergeben werden. „Wir sind der Meinung, dass es wegen der soliden Finanzen der Krankenkassen möglich ist, auf die Praxisgebühr zu verzichten“, betonte Bahr kürzlich nochmals. „Doch die Union ist noch nicht davon überzeugt.“ Ob Ärzte- und Patientenverbände genug öffentlichen Druck aufbauen können, um die Praxisgebühr zu Fall zu bringen, ist noch offen. Doch schon droht die nächste nicht-medizinische Aufgabe auf die Praxen abgewälzt zu werden. „Mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kommt eine neue Bürokratielle auf uns zu“, warnt Dr. Silke Lüder, Hausärztin aus Hamburg-Bergedorf. „Die Praxen sollen

dazu verpflichtet werden, die Stammdaten der Versicherten zu aktualisieren.“ Das Beispiel Frankreich zeige, dass es auch anders gehe: Dort sei jeder Versicherte verpflichtet, seine Stammdaten regelmäßig in von den Kassen finanzierten Terminals in den Dienststellen der Kasse oder in Apotheken zu aktualisieren. Mit genuinen Verwaltungsaufgaben der Krankenversicherungen wie der Stammdatenaktualisierung haben die französischen Arztpraxen nichts zu tun.

Wettbewerb als Bürokratietreiber

Arztpraxen von unnötiger Bürokratie freizuhalten, ist oftmals eine Frage des



Foto: ISO Ke - photography/Fotolia.com

KV-Kampagne gegen die Praxisgebühr: "Weg mit dem Bürokratiemonster!"

politischen Willens. Wer, wie derzeit fast alle politischen Parteien in Deutschland, mehr Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen fordert, muss sich darüber im Klaren sein, dass damit zusätzlicher Verwaltungsaufwand ausgelöst wird.

Das zeigt das Beispiel Impfen: In Sonderverträgen mit der KV haben sich einige Kassen verpflichtet, die Kosten für Reiseimpfungen und für diverse Zusatzimpfungen im Sachleistungsverfahren zu übernehmen. Doch jeder Versuch, die Krankenkassen dazu zu bringen, sich auf einen gemeinsamen Katalog mit gemeinsamen Abrechnungsnummern zu einigen, ist gescheitert. Schließlich möchte jede Krankenkasse im Wettbewerb ihr eigenes Profil schärfen. So müssen die Ärzte bei jeder dieser Impfungen zunächst nachschlagen, ob die jeweilige Kasse des Patienten die Leistung übernimmt – und wenn ja, welche Abrechnungsnummer dafür in Ansatz gebracht werden kann. „Es ist eine Zwickmühle“, sagt der stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg Walter Plassmann. „Jeder Sondervertrag bringt den Ärzten zwar zusätzliche Einnahmen, aber häufig auch zusätzliche Bürokratie.“ In den USA, wo der Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherern und Versorgungsmodellen am ausgeprägtesten ist, geben die Arztpraxen 27 Prozent ihrer Einnahmen für Verwaltung aus – alleine 14 Prozent für das aufwendige Vertragsmanage-

ment. Die Ärzte müssen all die unterschiedlichen Verträge mit den Krankenversicherungen lesen und verstehen. Sie müssen im Praxisalltag unterschiedliche Leistungskataloge, unterschiedliche Qualitätssicherungsmodalitäten, unterschiedliche Preise und unterschiedliche Abrechnungswege beachten.

Im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Patienten mag Wettbewerb unschädlich sein – etwa wenn es um Kundenfreundlichkeit und Service geht oder auch um den Beitragssatz. Doch sobald die Wettbewerbslogik auf den medizinischen Bereich ausgeweitet wird, explodiert der Verwaltungsaufwand. Voraussetzung für eine bürokratiearme Praxis ist, dass die Konditionen auf Ärzteseite einheitlich sind: einheitliche Leistungskataloge, einheitliche Formulare und einheitliche Qualitätssicherung, einheitliche Abrechnungsmodalitäten. Aber das bedeutet eben auch: einheitliche Preise. Unter dem Strich würde weniger Honorar ausgezahlt werden können. Wieder die Zwickmühle: Mehr Honorar und Bürokratie oder weniger Honorar mit weniger Bürokratie?

Qualitätssicherung und Controlling

Doch selbst Einheitlichkeit hilft wenig, wenn die darin liegende Chance zur Eindämmung der Bürokratie nicht genutzt wird. Beispiel Qualitätssicherung: Rund 80 Prozent aller GKV-Leistungen, die in einer Arzt- oder

Psychotherapeutenpraxis erbracht werden, sind qualitätsgesichert. Neue Leistungen werden normalerweise nur noch mit einer begleitenden Qualitätssicherung in die kassenärztliche Versorgung aufgenommen. Ein Großteil der Qualitätsprüfungen wird von den Ärzten als sinnvoll akzeptiert – vor allem wenn, wie bei bildgebenden Verfahren, fachlich unstrittige Standards definiert werden können. Andere Vereinbarungen sind so kompliziert und enthalten so überzogene Informations- und Dokumentationspflichten, dass selbst Mitarbeiter der KVen nur den Kopf schütteln können.

Bisweilen entsteht sogar der Eindruck, es solle eine „Verhinderungsbürokratie“ geschaffen werden. Um ambulante Rehabilitation verordnen zu dürfen, muss der Arzt auf eigene Kosten eine Fortbildung absolvieren. Doch auch die Verordnung an sich ist kompliziert: Der Arzt füllt zunächst das Muster 60 zur „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ aus. Das aber ist nur der Antrag, um ein zweites Formular zu bekommen: das Formular zur „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Muster 61), das dann ebenfalls ausgefüllt werden muss. Lehnt der MDK die Reha ab, kann das Verfahren in eine zweite Runde gehen.

Auch anderswo nimmt die Komplexität zu. Die Formulare zur Verordnung von Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege,

Fortsetzung auf S. 8 

Krankentransporten und Logopädie sind umfangreicher geworden. Zusätzliche Angaben werden verlangt, damit die Rechtmäßigkeit der Verordnung besser kontrolliert werden kann. Dieser Bürokratiewachstums ärgert viele Ärzte. Um herauszufinden, ob die Formulare Passagen enthalten, die sogar den Kostenträgern überflüssig erscheinen, hat die KV Westfalen-Lippe einige Vertreter einer BARMER-Regionalgeschäftsstelle, MDK-Mitarbeiter und Ärzte an einen Tisch geholt. Beginnend mit den berichtigten Mustern 60/61 zur Verordnung ambulanter Rehabilitation nahmen sich die Mitglieder der Arbeitsgruppe ein Formular nach dem anderen vor, erläuterten Interessenlagen, diskutierten. „Dabei stellte sich heraus: Man kann vieles weglassen, ohne dass auch nur einer der Beteiligten vor Ort dies als Verlust empfinden würde“, sagt Dr. Thomas Kriedel,

Vorstandsmitglied der KV Westfalen-Lippe.

Auch über die „freien Kassenanfragen“ wurde in der Arbeitsgruppe gesprochen. Bisher können die Anfragen formlos gestellt werden, was den Klärungsprozess innerhalb einer Kasse, welche Informationen als notwendig angesehen werden, nicht eben befördert. „Wir sollten die Anfragen standardisieren und einige wenige Formulare zu konkreten Themenbereichen entwickeln“, so Kriedel.

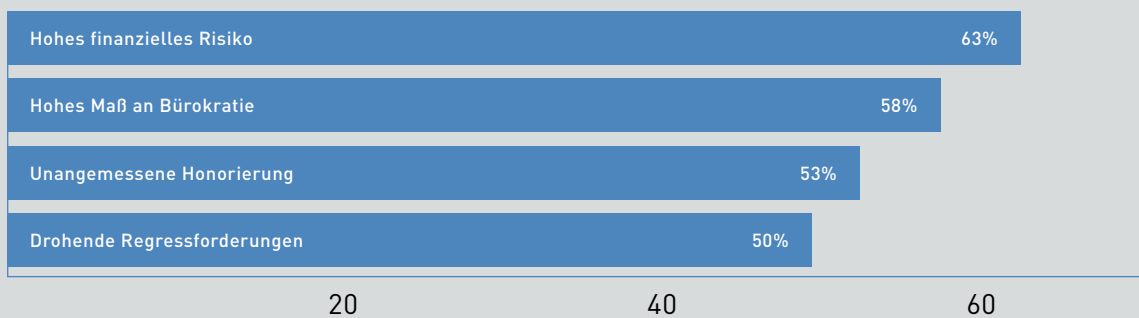
Viele Ärzte stört allerdings, dass ihre Entscheidungen überhaupt so hartnäckig von Nicht-Medizinern hinterfragt werden. „Ich bin der Arzt. Und ich bin derjenige, der den Patienten gesehen hat“, sagt Friedhelm Winder, Allgemeinmediziner in Eidelstedt. „Wenn ich zu der Überzeugung komme, dass ein hochdementer Heimpatient einen ledernen Sturzhelm braucht, sollte die Kasse das akzeptieren. Dennoch wird

kontrolliert: Ich muss mich rechtfertigen, muss Sturzprotokolle und Krankenhausakten kopieren. Das alles kostet mich Zeit, die mir für die Patientenversorgung fehlt.“

Tragen solch umfangreiche Informationspflichten am Ende wirklich zu mehr Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität bei? „Wir behelligen 95 Prozent weiße Schafe mit aufwendigen Kontrollen, um fünf Prozent schwarze Schafe zu treffen“, sagt der Schweizer Ökonom Mathias Binswanger. „Das ist ökonomisch unsinnig. Wichtig ist, die aus sich selbst heraus motivierten Ärzte nicht unter den Generalverdacht der Leistungsverweigerung zu stellen. Das ist eine entscheidende Voraussetzung für Qualität: Man soll die Leute, wo es funktioniert, in Ruhe arbeiten lassen.“ (Siehe das ausführliche Interview mit Binswanger im KVH-Journal 2/2012, S. 8. Im Internet unter www.kvhh.de → Medien & Publikationen → KVH-Journal)

Was Nachwuchsmediziner von der Niederlassung abhält

Die vier wichtigsten von Medizinstudenten genannten Hindernisse



Quelle: KBV und Universität Trier – „Berufsmonitoring Medizinstudenten. Bundesweite Befragung 2010“

Ausschluss- und Positivlisten

Die Regulierungsdichte im Gesundheitssystem nimmt unerbittlich zu: Jede Gesundheitsreform, jeder vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) veröffentlichte Beschluss und jede auf Regionalebene getroffene Vereinbarung bringt neue Regeln. „Das Eis, auf dem wir uns bewegen, wird immer dünner“, sagt der in der Hamburg-Mitte praktizierende Internist Dr. Nicole Claire. „Dabei kommt es zu einem möglicherweise nicht ganz unwillkommenen Nebeneffekt. Wenn es derart schwer ist, den Überblick zu behalten, verhält man sich vorsichtig.“ Es gibt komplexe Regelungen zur Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln, die ständig verändert werden. Es gibt eine Sprechstundenbedarfsvereinbarung, deren Detailversessenheit ahnen lässt, dass KV und Kassen um jedes Mittel, um jede Darreichungsform und um jede Indikation gerungen haben. Und es gibt eine umfangreiche Arzneimittelrichtlinie, die unaufhaltsam weiter wächst. Dort sind, untergliedert in zahlreiche Kapitel, Verordnungseinschränkungen, Ausschlüsse und Halbausschlüsse aufgelistet – wegen zweifelhaften Nutzens oder mangelnder Wirtschaftlichkeit, für bestimmte Patientengruppen und Indikationen, auf Basis von gesetzlichen Regelungen, von Rechtsverordnungen und von Beschlüssen des G-BA.

Entsprechend umfangreich müssen die Ärzte dokumentieren, um ihre Entscheidungen jederzeit (auch noch Jahre später) rechtfertigen zu können – was bisweilen dazu führt, dass die Dokumentation mehr Zeit in Anspruch nimmt als die Behandlung. Gerät ein Arzt in die Prüfung, muss er zeitraubende Stellungnahmen abgeben. Am Ende droht, was alle Ärzte fürchten: der Regress.

Spätestens seit Einführung der Rabattverträge, deren Inhalte geheim gehalten werden, hat der Versuch, die Ärzte für die Kosten von Arzneimittelverordnungen verantwortlich zu machen, seine Legitimität verloren. Die Modalitäten sind so unübersichtlich geworden, dass die meisten Hausärzte mittlerweile jede Vereinfachung begrüßen würden – auch wenn dies eine Einschränkung der Therapiefreiheit mit sich brächte: „Mit Einführung einer Positivliste würde die Kostenverantwortung wieder auf die Krankenkassen übertragen, wo sie auch hingehört“, sagt der Altonaer Internist Eckhardt Chales-de Beaulieu. „Die Krankenkassen hätten sofort zu entscheiden, ob sie für Arzneimittel, die nicht auf der Liste stehen, die Kosten übernehmen. Prüfung und Regress wären damit obsolet.“

Bürokratiekostenabschätzung

Ob die gesundheitspolitischen Akteure dazu bereit sind, dem

Problem der Überregulierung tatsächlich Priorität einzuräumen und einen Neuanfang durchzusetzen, ist fraglich. Um zumindest ein Bewusstsein für künftige Bürokratiezuwächse zu schaffen, will die KBV das sogenannte Standardkostenmodell (SKM) in der vertragsärztlichen Versorgung anwenden. Mit Hilfe dieser Methode lässt sich abschätzen, welche Bürokratiebelastungen auf die Ärzte zukommen, wenn neue Regelungen eingeführt werden. Die Definition von Bürokratie ist hierbei enger und präziser als im allgemeinen Sprachgebrauch: Untersucht werden lediglich die Informations- und Berichtspflichten (Ausfüllen von Anträgen und Formularen, Erbringen von Nachweisen). Dieses Vorgehen basiert auf Erfahrungen einer Entbürokratisierungs-Offensive der KV Westfalen-Lippe, die 2006 mit einer großangelegten Messung des Aufwands in den Praxen begann. In der Folge wurden diese Aktivitäten mit der KBV verzahnt. Mittlerweile hat die KBV einen eigenen Aufgabenbereich „Bessere Regulierung“ geschaffen, um sich systematisch mit dem Thema auseinanderzusetzen. Neue Richtlinien des G-BA und Vorgaben der ärztlichen und gemeinsamen Selbstverwaltung sollen in Zukunft mit genauen Aufstellungen begleitet werden, welche zeitlichen und finanziellen Lasten mit zusätzlichen Informationspflichten für Ärzte einhergehen.

mn

BGH-Urteil: Korruptionsparagrafen gelten nicht für Vertragsärzte

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat klargestellt, dass die Korruptionsparagrafen im Strafgesetzbuch für Vertragsärzte keine Gültigkeit haben. Strafbar ist Korruption nämlich nur bei „Amtsträgern“ (§11 StGB) und bei „Beauftragten eines geschäftlichen Betriebes“ (§299 StGB). Vertragsärzte sind nach Auffassung des BGH weder das eine noch das andere.

In den vergangenen Jahren hatte es immer mehr Gerichtsurteile gegeben, in denen Vertragsärzte als „Beauftragte der Krankenkassen“ eingestuft wurden – zuletzt im Dezember 2010, als ein Hamburger Vertragsarzt auf Grundlage dieser juristischen Konstruktion wegen Bestechlichkeit verurteilt wurde (siehe KVH-Journal 2/2011, S. 6). Eine mitangeklagte Pharmareferentin legte Revision ein – und so landete der Fall beim BGH. Der stellte fest, dass ein Vertragsarzt nicht von den Krankenkassen, sondern von den Patienten beauftragt werde – und deshalb nicht wegen Bestechlichkeit belangt werden könne. Das Anliegen, korruptivem Verhalten im Gesundheitswesen mit Mitteln des Strafrechts entgegenzutreten, sei nichtsdestoweniger berechtigt, erklärte der BGH. Die Entscheidung über die Schaffung eines entsprechenden Straftatbestandes obliege dem Gesetzgeber.

„Das Problem wird überschätzt“

- Reichen die Instrumente des Berufsrechtes aus, um Korruption im Gesundheitswesen zu bekämpfen? Ein Gespräch mit Dr. Frank Ulrich Montgomery, dem Präsidenten der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Hamburg.

Das Korruptions-Urteil des BGH sorgt für Diskussionen. Müssen bestechliche Vertragsärzte nun überhaupt noch mit Sanktionen rechnen?

Montgomery: Natürlich. Die ärztliche Berufsordnung sagt ganz klar, dass es berufswidriges Verhalten ist, wenn sich ein Arzt bestechen lässt. Das Sanktionsinstrumentarium der Ärztekammern reicht von der Rüge mit oder ohne Geldauflage bis zur Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens. Je nach Ausmaß des Vorfalls kann so etwas bis zum Entzug der Approbation durch die Behörde führen.

Wie oft werden berufsrechtliche Sanktionen verhängt?

Montgomery: Selten. Das liegt auch daran, dass das Problem

in seiner Dimension grotesk überschätzt wird. Die Berichterstattung über Einzelfälle ist so gewaltig, dass die Bevölkerung glauben muss, wir hätten es mit einem durch und durch korrupten System zu tun. Das ist mitnichten der Fall.

Nun muss die Staatsanwaltschaft alle Korruptionsverfahren gegen Vertragsärzte einstellen. Werden Sie die Fälle weiterverfolgen?

Montgomery: Wir bekommen die Akten automatisch. Der Gesetzgeber hat geregelt, dass alle Strafsachen nach Abschluss des Verfahrens der Ärztekammer übermittelt werden. Die Strafbarkeit im Rahmen des Strafrechts deckt sich nicht immer mit der Strafbarkeit im Rahmen des Berufsrechtes – und

wir prüfen den berufsrechtlichen Überhang. Der Hamburger Arzt beispielsweise, der Geld von Ratiopharm angenommen hat, wurde vom Landgericht Hamburg zu einer Geldstrafe von 10.000 Euro verurteilt. Erst im Nachhinein stellte sich heraus, dass der Korruptionsparagraf auf Vertragsärzte nicht anwendbar ist. Der Arzt hat das Urteil akzeptiert und eine sehr viel höhere Geldstrafe bezahlt als wir anhand des Berufsrechtes hätten verhängen können. Deshalb haben wir gesagt: Das war's, der Kollege ist genug gestraft.

Wenn es noch andere im Zusammenhang mit Ratiopharm stehende Vorgänge gibt, werden wir uns das ansehen. Das Problem ist: Die Staatsanwaltschaft hat sich reichlich Zeit gelassen.

Diese Fälle dürften zum größten Teil verjährt sein, wenn sie bei uns eintreffen.

Künftig kann die Staatsanwaltschaft in diesem Bereich gar nicht mehr arbeiten. Wird die Ärztekammer die Initiative übernehmen?

Montgomery: Wir sind kein Schnüffeldienst, haben auch gar nicht die Ermittlungskompetenzen, die beispielsweise nötig wären, Praxen zu durchsuchen. Das obliegt dem Staat. Wir brauchen einen Hinweis, einen Anfangsverdacht. Doch dann wird in der Ärztekammer sauber ermittelt, und dann kommt es gegebenenfalls auch zu berufsrechtlichen Sanktionen.

Es war zu lesen, die Ärztekammer wünsche sich eine Verschärfung des berufsrechtlichen Ermittlungs- und Sanktionsinstrumentariums. Was genau fordern Sie?

Montgomery: Wir könnten den Ermittlungsvorgang sehr stark beschleunigen, wenn wir mehr Kompetenzen hätten. Derzeit kann uns ein Arzt, gegen den wir ermitteln, sehr lange mit formalen Tricks hinhalten. Oft können wir die Verfahren erst abschließen, wenn der Vorfall Jahre her ist. Hier gibt es in der Tat ein Problem.

Wie könnte man dem abhelfen?

Montgomery: Zum Beispiel, indem der Arzt verpflichtet wird, auf unsere Fragen innerhalb eines definierten Zeitraums zu

antworten. Schon eine Missachtung dieser Frist muss mit einer Rüge oder einem Bußgeld geahndet werden. Außerdem brauchen wir eine Verschärfung des Strafinstrumentariums. Die meisten Ärzte würden wahrscheinlich nur lächeln, wenn sie von den Summen hören, die wir als Geldauflagen verhängen können. Wir brauchen Instrumente, die uns in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit nicht als zahnlose Tiger erscheinen lassen.

Sie werden als zahnloser Tiger wahrgenommen?

Montgomery: Momentan besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Präzision, mit der wir ermitteln, und der Schärfe der eventuell darauf folgenden Sanktionen

Wie müsste denn eine strafrechtliche Regelung formuliert sein, damit die Ärztekammer ihr zustimmen könnte?

Montgomery: Man kann auf zwei Wegen zu einer Lösung des Problems kommen: durch das Berufsrecht oder durch das Strafrecht. Ich plädiere nachdrücklich für eine Schärfung des berufsrechtlichen Instrumentariums.

Ist Korruption nicht auch vielen Ärzten ein Dorn im Auge? Wer Geld von Pharmafirmen angeboten bekommt oder für Zuweisungen eine Provision zahlen soll, würde einen Straftatbestand möglicherweise durchaus begrüßen.

Montgomery: Das ist doch bereits im Berufsrecht geregelt.



Foto: Ärztekammer HH

Dr. Frank Ulrich Montgomery

Sollte es Kollegen geben, die aufgefordert werden, Provisionen zu zahlen, bitte ich um eine Meldung an die Ärztekammer. Uns hilft auch, wenn ein Arzt berichtet: „Bei mir war ein Pharmavertreter und hat versucht, mich zu bestechen.“ Wir können dann mit der Firma sprechen und sie auffordern, solche Praktiken zu unterlassen.

In der freien Wirtschaft gilt die Annahme von Geschenken im Wert von bis zu 35 Euro als unbedenklich. Gibt es eine ähnliche Faustregel für Ärzte?

Montgomery: Zuwendungen, die über den Wert eines Schreibblocks oder eines Kugelschreibers hinausgehen, sollte ein Arzt nicht annehmen. Bei den immer wieder diskutierten Fortbildungsveranstaltungen gilt: Wenn eine Veranstaltung von der Ärztekammer mit Fortbildungspunkten akkreditiert wurde, kann man sich ziemlich sicher sein, dass alles mit rechten Dingen zugeht. Es wird dann vermutlich kein Fünf-Gänge-Menü geben, sondern nur Schnittchen. Aber man ist auf der sicheren Seite.

Beschneidung auf dem Küchentisch?

■ Die religiös motivierte Zirkumzision bei Minderjährigen darf nicht in die Illegalität abgedrängt werden. Das würde Menschenleben gefährden.

Von Sebastian Isik

Nach dem Urteil des Kölner Landgerichts vom 7. Mai 2012 ist eine Beschneidung von Jungen aus rein religiösen Gründen als Körperverletzung zu werten. Religionsfreiheit und Erziehungsrecht der Eltern werden nach Auffassung des Gerichts nicht unzumutbar beeinträchtigt, wenn sie warten müssen, ob sich das Kind später selbst für eine Beschneidung entscheidet.

Die Forderung, dass ein Junge erst dann beschnitten werden darf, wenn er das einwilligungsfähige Alter erreicht hat und seine Einwilligung gegeben hat, geht an den medizinischen Realitäten vorbei. Ich bin auf Zirkumzisionen spezialisiert, und ich weiß aus langjähriger Erfahrung: Je älter ein Patient zum Zeitpunkt der Beschneidung ist, desto schwieriger ist der Eingriff. Bei Neuge-

borenen heilt die Wunde sehr schnell, innerhalb von zwei bis drei Tagen. Die Kinder werden lokal anästhesiert. Sie spüren fast nichts, es gibt keine psychischen Belastungen. Ich würde immer dazu raten, eine Beschneidung bald nach der Geburt vorzunehmen, wie dies bei Juden und auch bei iranischen Muslimen üblich ist. Viele türkische Muslime lassen ihre Söhne erst im Alter



Foto: Wikimedia commons / Directmedia

Die Beschneidung Jesu (Gemälde von Guido Reni 1635)

zwischen sechs und 13 Jahren beschneiden - das ist ziemlich spät. Noch komplizierter ist es bei Erwachsenen. Ich sage jedem Erwachsenen, der eine Entfernung seiner Vorhaut wünscht: „Die Heilung dauert mindestens 14 Tage, im Normalfall drei Wochen. Darauf müssen Sie sich einstellen.“

Für Moslems und Juden hat die Zirkumzision eine rituelle Bedeutung. Auch Jesus und die Mitglieder der christlichen Urgemeinden waren beschnitten. Später wurde das Ritual der Beschneidung männlicher Neugeborener im Christentum weitgehend durch die Taufe ersetzt.

Allerdings geht es bei der Entfernung der Vorhaut keineswegs nur um Religion. In den arabischen Ländern liegt der Anteil der beschnittenen männlichen Bevölkerung bei über 80 Prozent. Die anglophonen Afrikaner kommen auf eine ähnlich hohe Quote – egal ob Moslems oder Christen. In den USA wird etwa der Hälfte der neugeborenen Jungen vor der Entlassung aus dem Krankenhaus die Vorhaut entfernt. Insgesamt sollen dort etwa 70 Prozent der männlichen Be-

völkerung beschnitten sein. Oftmals stehen dabei hygienische Gründe im Vordergrund. Unter der Vorhaut können sich Bakterien und Keime ansammeln, was zur Geruchsbildung führt. Deshalb sind es bei der Beschneidung erwachsener Männer nicht selten ihre Frauen, von denen die Initiative ausgeht.

Manche Leute fragen: Warum hat Gott den Mann mit Vorhaut geschaffen, wenn sie keinen Nutzen hat? Ich sage: Sie war nicht immer nutzlos. Früher brauchten wir die Vorhaut zum Schutz der Eichel vor Verletzungen. Heutzutage klettern wir nicht mehr nackt über Steine und Berge. Seit wir Kleidung haben, benötigen wir die Vorhaut nicht mehr - ebenso wenig wie lange Haare und wallende Bärte zum Schutz gegen Kälte.

Ich bin durchaus der Meinung, dass es auch Nicht-Mediziner gibt, die Beschneidungen fachgerecht durchführen. In einigen jüdischen Gemeinden vollziehen Rabbis diesen Eingriff – und sie tun dies so gut, dass mancher Urologe von ihnen etwas lernen könnte.

Doch sollten Zirkumzisionen bei Minderjährigen tatsächlich verboten bleiben, werden sie künftig heimlich oder im Ausland durchgeführt werden – ähnlich wie dies früher bei den Abtreibungen der Fall war. Dann kommen auch Pfuscher zum Zug. Wird eine Beschneidung im Keller oder auf dem Küchentisch vorgenommen, kann auf Komplikationen wie Blutungen oder Kreislaufprobleme nicht angemessen reagiert werden. Das gefährdet Menschenleben. Deshalb sollte eine gesetzliche Regelung gefunden werden, die verhindert, dass die Zirkumzision bei Minderjährigen in die Illegalität abgedrängt wird.



Foto: Patrick Sun

*Dr. Sebastian Isik,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Altona*

Bundesärztekammer rät von der Durchführung religiös begründeter Zirkumzisionen ab

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, hat das Beschneidungs-Urteil des Kölner Landgerichts als „unbefriedigend und für die betroffenen Kinder sogar gefährlich“ kritisiert. „Wegen der unklaren Rechtslage raten wir allerdings allen Ärztinnen und Ärzten, religiös begründete Beschneidungen an Jungen nicht mehr durchzuführen“, sagte Montgomery.



Foto: Felix Falter

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

Fragen und Antworten

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

1 *Wir sind eine fachärztliche Praxis. Können wir Patienten, die auf Überweisung zu uns gekommen sind, an weitere Ärzte überweisen? Oder müssen alle Überweisungsscheine von derjenigen Praxis ausgestellt werden, die auch die Kassengebühr eingekommen hat?*

Überweisungsscheine an weiterbehandelnde Ärzte dürfen Sie auch dann ausstellen, wenn Sie selbst auf Überweisung tätig geworden sind.

2 *Ein Patient, dem ein Blindenlangstock verordnet wird, muss an einer Schulung für dessen Gebrauch teilnehmen. Ist auch diese Schulung eine Leistung zu Lasten der GKV?*

Ja. Bei der erstmaligen Verordnung von Blindenlangstöcken

und/oder Leitgeräten wird eine spezielle Schulung von der GKV bezahlt. Stellt sich heraus, dass das Hilfsmittel nicht genutzt werden kann, beschränkt sich die GKV-Leistung auf die Erprobungsstunden (in der Regel fünf Unterrichtsstunden).

3 *Kann man eine Untersuchung mittels Videokinematographie bei durch Krankheit gestörten Bewegungsabläufen über den EBM abrechnen?*

Für die Untersuchung mittels Videokinematographie gibt es keine Einzelleistung im EBM. Sie ist jedoch obligater Bestandteil (Foto-/Videodokumentation) der Leistungen nach den GOPs 13400 und 13421 EBM. Die Art der Foto- beziehungsweise Videodokumentation ist jedoch letztlich dem Arzt überlassen.

4 *Im KVH-Journal 7-8/2012 heißt es, dass Fluoreszein-Papier oder Augentropfen nur für die ungeplante Anwendung bei einer Spaltlampenuntersuchung als Sprechstundenbedarf (SSB) angefordert werden können. Faktisch könnten die genannten Produkte damit nur in den wenigsten Fällen aus dem SSB verwendet werden. Ist das wirklich so gemeint?*

Nein. Es handelt es sich um einen Druckfehler. Das Wort „ungeplant“ kommt im Vertragstext nicht vor. Richtig heißt es: Fluoreszein-Papier oder Augentropfen können für die Anwendung bei einer Spaltlampenuntersuchung als Sprechstundenbedarf (SSB) angefordert werden.

Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Verlegung des Vertragsarztsitzes bedarf einer Genehmigung

Wer seinen Vertragsarztsitz an einen anderen Ort verlegen will, muss dies beim Zulassungsausschuss beantragen. Der Zulassungsausschuss prüft

dann im Einzelfall, ob durch eine Verlegung Versorgungsprobleme entstehen würden. In diesem Fall könnte der Antrag abgelehnt werden.

Die rückwirkende Genehmigung einer bereits vollzogenen Verlegung ist nicht möglich.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900*

Neufassung des AOP-Vertrages

■ Neben Belegärzten dürfen künftig auch andere Vertragsärzte Leistungen nach § 115b SGB V ambulant erbringen

Der Vertrag über „Ambulantes Operieren und sonstige stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus“ (AOP-Vertrag) wurde mit Wirkung zum 1. Juni 2012 geändert.

Künftig dürfen neben den Belegärzten auch andere Vertragsärzte die Katalogleis-

tungen nach § 115b SGB V ambulant erbringen. Dazu ist eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Vertragsarzt und dem Krankenhaus erforderlich (§ 7). Für die Einhaltung des erforderlichen Facharztstandards ist dabei das Krankenhaus verantwortlich (§ 14).

Den vollständigen Vertragstext finden Sie auf der Homepage der KBV:

*www.kbv.de → Rechtsquellen →
weitere Rechtsquellen*

*Ansprechpartnerinnen: Abteilung
Qualitätssicherung*

*Cornelia Wehner, Tel: 22802-602
Anja Götsche, Tel: 22802-684*

Amtliche Veröffentlichung

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

I. neu abgeschlossene Verträge bzw. Anlagen zu bereits bestehenden Verträgen:

- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der BKK-VAG NORD vom 4. September 2009:
Die Anlage 1 (beigetretene BKK'n) wurde ausgetauscht (Stand: 16. Juli 2012)
- BIGPREVENT - Vertrag zur präventionsorientierten Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zwischen der BIG direkt gesund und der AG Vertragskoordination i.d.F. des 3. Nachtrages
- 3. Nachtrag zum Datenstellenvertrag
- Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V zwischen der KV Hamburg und der Deutschen BKK über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen (Impfvereinbarung - Ausland) und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV) nach § 20d Abs. 2 SGB V

II. Hinweis:

Das Unterschriftenverfahren für folgenden Vertrag ist nun abgeschlossen:

- Sprechstundenbedarfsvereinbarung i.d.F. des 5. Nachtrages

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

Infocenter der KV Hamburg, Tel: 22 802 - 900



Foto: Gina Sanders / Fotolia.com

Bundesweite Befragung zu Praxiskosten

■ ZiPP belegt Kostenentwicklung und steigenden Honorarbedarf

Mehrere tausend Praxen in Deutschland haben wieder Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) bekommen. Sie werden gebeten, sich bis zum 30. September 2012 an einer Befragung zu den Kostenstrukturen von Praxen zu beteiligen.

Es ist das dritte ZI-Praxis-Panel (ZiPP), das im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztli-

chen Vereinigungen durchgeführt wird. Die Daten werden benötigt, um steigende Ausgaben für Personal, Miete, Geräte und ähnliches nachweisen und in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen geltend machen zu können.

Weil auch nach Erträgen und Aufwendungen der Praxis gefragt wird, benötigt man die Unterstützung des Steuerberaters. Gemeinschaftspraxen

erhalten eine Aufwandsentschädigung von 350 Euro (statt bislang 200 Euro). Für Einzelpraxen gibt es weiterhin 200 Euro.

Bei Rückfragen können die angeschriebenen Ärzte und Psychotherapeuten die Telefon-Hotline 030 4005-2444 nutzen.

Weitere Informationen:
www.zi-pp.de

Fortbildung zu Hygiene und Hautkrebs-Screening in Lübeck

Die KV Schleswig-Holstein bietet in Kooperation mit Meinhardt Congress eine Fortbildungsveranstaltung in Lübeck an, an der auch Hamburger Ärzte teilnehmen können. Unter anderem wird ein Seminar zum Thema „Hygiene“ angeboten, wobei Infektionsschutz, MRSA und Instrumentendesinfektion im Mittelpunkt stehen. In einem anderen Seminar der Fortbildungsveranstaltung können sich Dermatologen und Hausärzte für die Durchführung des Hautkrebs-Screenings qualifizieren.

KVSH im Dialog – Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Assistenzpersonal

Hygiene in der Arztpraxis:
Fr. 14.9.2012 (14:00 - 18.30 Uhr)
Teilnahmegebühr: 45 Euro

Hautkrebs-Screening:
Sa. 15.9.2012 (9:00 -17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: 160 Euro

Ort: Park Inn Hotel Lübeck

Weitere Infos: www.vcg-online.de

Qualitätssicherung Koloskopie

■ Überprüfung der Dokumentationen nur noch alle zwei Jahre

Vertragsärzte, die Koloskopien durchführen, müssen nach bestandener Qualitätsprüfung künftig nur noch alle zwei Jahre ärztliche Dokumentationen im Rahmen der Qualitätssicherung einreichen. Bisher wurde die Prüfung jährlich durchgeführt.

Aufgrund der sehr guten Prüfungsergebnisse und geringen Beanstandungen in der

Vergangenheit beschlossen die Vertragspartner eine Änderung der Vereinbarung zur Entlastung der Ärzte.

Zur Prüfung müssen die Ärzte die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von 20 abgerechneten totalen Koloskopien und mindestens fünf abgerechneten Polypektomien einreichen. Die Dokumentationen werden durch die

Koloskopie-Kommission auf Vollständigkeit beurteilt.

Ansprechpartnerinnen:

Abteilung Qualitätssicherung

Manuela Gottschlich,

Tel: 22 802-406

E-Mail: manuela.gottschlich@kvhh.de

Katharina Flindt

Tel: 22 802-569

E-Mail: katharina.flindt@kvhh.de

Hörgeräteversorgung bei Kindern

■ Neue Qualitätssicherungs-Vereinbarung in Kraft

Seit 1. Juli 2012 gilt eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung zur Versorgung schwerhöriger Kinder mit Hörgeräten. Als Kinder gelten Säuglinge, Kleinkinder und Kinder bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres. Die Vorgaben orientieren sich weitestgehend an der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Vereinbarung zur Hörgeräteversorgung für Jugendliche und Erwachsene.

Die Vereinbarung regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen, die Anforderungen an die Praxis-

ausstattung, den Umfang der Versorgung, die ärztliche Dokumentation und die Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung für die Abrechnung der entsprechenden Leistungen.

Antragsberechtigt

sind Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie).

Dokumentation

Die Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation beginnt am 1. Juli 2013.



Stichproben

Die Vereinbarung sieht für den Zeitraum von zwei Jahren eine Stichprobenprüfung vor. Hierzu fordert die KV Hamburg bei zehn Prozent der Ärzte mit einer Genehmigung die ärztlichen Dokumentationen zu fünf abgerechneten Fällen an.

Ansprechpartnerinnen:

Susanne Keller,

Tel: 22 802-494

E-Mail: susanne.keller@kvhh.de

Cornelia Wehner

Tel: 22 802-602

E-Mail: cornelia.wehner@kvhh.de



Foto: picture-alliance/dpa/Frank Rumpenhorst

Im Zweifel für den Kinderschutz

- Behörden, Ärzte und Suchtberater haben Konsequenzen aus dem Fall Chantal gezogen und klare Regeln für die Zusammenarbeit bei der Substitutionsbehandlung erarbeitet.

Nachdem in Bremen bei Kindern von Substitutionspatienten Spuren unterschiedlicher Drogen in der Haarsubstanz festgestellt wurden, konstituierte sich Ende 2011 in Hamburg ein „Runder Tisch“: Die zuständigen Behörden, die Ärzteschaft und die Träger von Einrichtungen der Psychosozialen Betreuung berieten darüber, wie Kinder von Substitutionspatienten besser geschützt werden könnten. Drängende Brisanz bekam das Thema, als im Januar 2012 die elfjährige Chantal, deren Pflegertern bei-

de in Substitutionsbehandlung waren, an einer Überdosis Methadon starb.

Die am „Runden Tisch“ beteiligten Institutionen veröffentlichten im August 2012 eine Kooperationsvereinbarung. Darin sind klare Regeln festgelegt, die einzuhalten sind, wenn Ärzte, Suchtberater oder Behördenmitarbeiter das Wohl von Kindern für gefährdet halten.

Kooperation mit dem Jugendamt

Die Vereinbarung sieht vor, dass Ärzte bei Behandlungs-

beginn und im weiteren Verlauf der Behandlung nachfragen, ob im Haushalt der Substitutionspatienten minderjährige Kinder leben. Ist dies der Fall, soll es zwar keine automatische Meldung ans Jugendamt geben. Doch die Ärzte wirken darauf hin, dass die Substitutionspatienten sie von der Schweigepflicht gegenüber dem Jugendamt entbinden. So kann der Arzt die Behörden bereits informieren, wenn er den Eindruck hat, dass Eltern und Kinder Hilfe benötigen – und nicht erst, wenn eine

Gefährdung des Kindeswohls bereits offensichtlich ist.

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung soll der Arzt, wenn der Gefahr nicht anders abgeholfen werden kann, auch dann eine Meldung an das Jugendamt machen, wenn keine Schweigepflichtentbindung vorliegt.

Die Kooperationspartner haben einen Katalog von Indikatoren für Hilfebedarf und Kindeswohlgefährdung erarbeitet, an dem sich Ärzte und Suchtberater orientieren können. Nimmt der Substitutionspatient beispielsweise illegale Drogen, lebt er mit dem Kind in ungesicherten Wohnverhältnissen, ist eine Mangelernährung oder ein Mangel an Hygiene feststellbar, sollten die Alarmglocken schrillen. Im Zweifelsfall können die Ärzte sich von den Kinderschutzkoordinatoren der Bezirksämter oder vom Kinder- und Jugendnotdienst beraten lassen. Die

zur Beratung erforderlichen Angaben zu den Patienten und ihren Kindern sind pseudonymisiert zu übermitteln.

Kooperation mit der Psychosozialen Betreuung

In der Behandlungsvereinbarung entbindet der Substitutionspatient den Arzt und die Mitarbeiter der Psychosozialen Betreuung gegenseitig von der Schweigepflicht. Wenn im Haushalt von Substitutionspatienten minderjährige Kinder leben, sollte der Arzt immer eine Einrichtung der Psychosozialen Betreuung einschalten. Arzt und Psychosoziale Betreuung informieren sich laufend über den Behandlungs- und Betreuungsverlauf. Die 2008 in Hamburg eingeführte Begrenzung der Psychosozialen Betreuung auf maximal zwei Jahre wurde schon zur Jahreswende für drogenabhängige Eltern aufgehoben.

Take Home-Verordnungen

Bei den Gesprächen zur Erarbeitung der Vereinbarung haben sich die Kooperationspartner auch mit der Take-Home-Verordnung befasst. Die Vorgabe der Bundesärztekammer, dass eine Take-Home-Verordnung nur möglich ist, wenn „keine Hinweise für eine Fremdgefährdung bestehen“, soll von den Ärzten restriktiv ausgelegt werden, wenn minderjährige Kinder im Haushalt der Substitutionspatienten leben. Dann muss sehr sorgfältig geprüft werden, ob eine Take-Home-Vergabe tatsächlich zu verantworten ist. Im Zweifel bekommt der Kinderschutz Vorrang. Entscheidet sich der Arzt für eine Take-Home-Vergabe, weist er den Patienten nachdrücklich darauf hin, dass die Medikamente zu Hause sicher verwahrt werden müssen.

Ansprechpartner:

*Abteilung Qualitätssicherung
Michael Bauer, Tel: 22802-388*

Pharmakotherapieberatung der KVH

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxis-spezifischen 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*



Aufbau eines Netzwerks von Qualitätsmanagementbeauftragten

In der Regel sind in den Praxen die Medizinischen Fachangestellten mit den Aufgaben der Qualitätsmanagement-Beauftragten (QMB) betraut. Die KV Hamburg möchte diese Mitarbeiter gern bei ihrer Arbeit unterstützen und plant zu diesem Zweck den Aufbau eines QMB-Netzwerks. Es soll eine Plattform entstehen, die dem Erfahrungsaustausch, dem Lernen und der gegenseitigen Unterstützung dient.

Geplant sind einmal pro Quartal stattfindende (kostenfreie) Treffen von etwa zwei bis drei Stunden Dauer. Die KV kann

hierfür logistische Unterstützung anbieten – beispielsweise einen Raum zur Verfügung stellen oder Einladungen per Mail verschicken. Auf Wunsch kommen QM-Experten der KV gerne hinzu, um die Gruppe zu beraten.

Bevor das Projekt an den Start gehen kann, soll ein Auftakt-Workshop an einem Mittwochnachmittag stattfinden. Hiervon sollen sich QMB's angesprochen fühlen, die die Treffen später leiten und moderieren möchten. Im Workshop werden zum Beispiel Spielregeln erläutert und praktische Übungen

durchgespielt. Der Auftakt-Workshop findet am Mittwoch, den 7. November 2012 von 14 bis 19 Uhr statt. Die Kosten inklusive Verpflegung betragen 75 Euro. Die Mindestteilnehmerzahl beträgt zehn Personen. Sollten sich mehr als 20 QMB's anmelden, wird ein zweiter Termin folgen.

Wer am Workshop oder grundsätzlich an einem solchen Netzwerk interessiert ist, kann sich an folgende Ansprechpartner wenden:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

QEP-Vertiefungs-Seminar

Die KV bietet ab Oktober wieder ein fünfteiliges QEP-Vertiefungsseminar an. Im Seminar wird ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach dem Qualitätsmanagement-System QEP erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungsreife – wobei die Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

5-teiliges Blockseminar

<u>Teil 1:</u>	<u>Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)</u>
<u>Teil 2:</u>	<u>Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)</u>
<u>Teil 3:</u>	<u>Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)</u>
<u>Teil 4:</u>	<u>Mi 30.01.2013 (15:00-20:00 Uhr)</u>
<u>Teil 5:</u>	<u>Mi 27.02.2013 (15:00-20:00 Uhr)</u>

Teilnahmegebühr: 395 Euro
inkl. Verpflegung
Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Fortbildungspunkte: 34





Foto: yanlev/Fotolia.com

Neue Arzneiverordnungssoftware

■ Weniger Manipulation durch Werbung - mehr Schutz gegen Regresse

Seit dem 1. Juli 2012 gelten neue Vorgaben für die Arzneiverordnungssoftware. Die aktualisierte Software soll das manipulationsfreie Verschreiben von Arzneimitteln ermöglichen und die Ärzte vor Regressen schützen.

Zusätzlich angebotene Informationen sollen es den Ärzten erleichtern, wirtschaftlich zu verordnen und Vorgaben einzuhalten. So weist die neue Software auf Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse hin, die die Arzneimittel-Richtlinie bei bestimmten Präparaten vorgibt. Gerade hier gab es in letzter Zeit vermehrt Prüfanträge der Kassen.

Werbung ist nur in gekennzeichneten Fenstern zulässig und darf nicht vom Verordnungsvorgang ablenken. Auch völlig werbefreie Versionen müssen die Hersteller künftig anbieten.

Die KBV prüft die Software und übernimmt deren Zertifizierung. Wir empfehlen, sich von der Softwarefirma ausdrück-

lich bestätigen zu lassen, dass Sie über die neue, von der KBV zertifizierte Version verfügen. Für das reibungslose Funktionieren der Software ist der Hersteller verantwortlich. Einige Hersteller haben anwenderfreundliche Lösungen gefunden, die keinen zusätzlichen Speicherplatz benötigen. Bei anderen Programmen gibt es Schwierigkeiten – hier haben die Anbieter Nachbesserungen angekündigt.

Eine Praxisinformation der KBV, in der die Änderungen der

Arzneiverordnungssoftware im Detail dargestellt werden, finden Sie unter: www.kvhh.de
→ *Beratung und Information*
→ *Praxisinformation zur Arzneiverordnungssoftware*

*Ansprechpartnerin für
Fragen zur Software:
Bereich Beratung und Information
Astrid Kuratnik, Tel. 22802-539*

*Ansprechpartner für
Fragen zu Arzneimitteln:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572*

Aktualisierte Schnellübersicht im Internet

Die Schnellübersicht zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln nach der Arzneimittel-Richtlinie wurde mit Stand vom 12. Juni 2012 aktualisiert und ist im Internet abrufbar. Hier sind Wirkstoffe beziehungsweise Wirkstoffgruppen alphabetisch sortiert, bei denen es Einschränkungen oder Ausschlüsse der Verordnungsfähigkeit gibt. Die Übersicht ermöglicht es, sich schnell über Regelungen zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zu informieren.

www.kbv.de/ais → (linke Navigationsleiste) GBA/IQWIG → GBA → (am Ende der Liste) Dokumente zum Download → Schnellübersicht

Grippeimpfstoff Begripal kann bei Kindern ab sechs Monaten verwendet werden

Die Herstellerfirma Novartis hat mitgeteilt, dass ihr Grippeimpfstoff Begripal für Kinder ab sechs Monaten zugelassen ist - und nicht, wie im KVH-Journal 7-8/2012 gemeldet, erst ab 36 Monaten.

Novartis hat mit den Hamburger Krankenkassen einen Rabattvertrag für Begripal® für die kommende Grippesaison abgeschlossen. In diesem Zusammenhang ist die Frage der Anwendbarkeit des Impfstoffs für kleine Kinder aufgetaucht. Viele Kinderärzte haben bisher andere Impfstoffe verwendet. Außerdem wird derzeit ein neuer, nasal als Spray angewendeter Grippeimpfstoff für Kinder bei den Ärzten beworben. Die STIKO hat für keinen der Grippeimpfstoffe eine Empfehlung für bestimmte Altersgruppen ausgesprochen.

Deshalb sollte nur in medizinisch begründeten Einzelfällen vom rabattierten Impfstoff (also Begripal) abgewichen werden. Die Gründe sollten gut dokumentiert werden, da Prüfungen nicht ausgeschlossen werden können.

Was ist bei der Influenzaimpfung bei Kindern zu beachten?

(Auszug aus den FAQs des Robert Koch Instituts – Antworten des RKI auf häufig gestellte Fragen)

Die Impfung gegen Influenza mit einem trivalenten saisonalen Impfstoff wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab einem Alter von sechs Monaten empfohlen. In der Regel ist

für Kinder im Alter von sechs bis < 36 Monaten die halbe Erwachsenenendosis, ab einem Alter von 36 Monaten die volle Erwachsenenendosis indiziert. Die Dosierungsempfehlungen einzelner Hersteller sind teilweise abweichend. Maßgeblich sind die Angaben in der Fachinformation!

Die Anzahl der zu verabreichenden Impfstoff-Dosen ist abhängig vom Alter des Kindes und von den in der Vergangenheit bereits erfolgten Influenzaimpfungen.

Kinder von sechs Monaten bis neun Jahren:

Bis zum Alter von neun Jahren werden für Kinder, die zum ersten Mal gegen Influenza geimpft werden, zwei Impfdosen unter Einhaltung eines Mindestabstands von drei Wochen empfohlen. Für weitere Impfungen in den folgenden Jahren reicht eine Dosis.

Kinder ab neun Jahren:

Unabhängig von in der Vergangenheit erfolgten Influenzaimpfungen ist ab dem Alter von neun Jahren eine einmalige jährliche Impfung ausreichend.

Stand.09/2011 (Quelle: www.rki.de - Impfungen von A-Z)



Foto: st-fotograf/Fotolia.com

*Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572*

Änderung der OTC-Übersicht

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die OTC-Übersicht der Arzneimittel-Richtlinie geändert. Bei folgenden Wirkstoffgruppen wurden die Indikationen erweitert (Änderungen unterstrichen).

- Punkt 4: Acidosetherapeutika sind ordnungsfähig zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie, chronischer Niereninsuffizienz, sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm
- Punkt 36: Pankreasenzyme sind ordnungsfähig zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz

oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.

Zum Hintergrund: Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sogenannte OTC-Präparate) sind seit dem 1. Januar 2004 grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen (gilt nicht für Kinder bis zum 12. Geburtstag). Die Verordnung dieser Arzneimittel ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. In der

OTC-Übersicht (Anlage 1 der Arzneimittelrichtlinie) legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, welche OTC-Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Die Begründung für die Verordnung sollte in der Patienten - Dokumentation festgehalten werden.

Der gesamte Text der OTC-Übersicht im Internet:

www.g-ba.de → Informationsarchiv - Richtlinien → Arzneimittel → Anlage 1

*Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572*

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

Die Nutzenbewertung als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage XII) ist für alle Vertragsärzte verbindlich. Indikationen, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die gegenüber der Vergleichstherapie teurer sind, können bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrages als unwirtschaftlich angesehen werden. Verordnungen unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall sind möglich, müssen jedoch gegebenenfalls auch in einem Prüfverfahren begründet werden können. Diese Präparate

sollten daher (zumindest) bis zum Abschluss des Verfahrens zurückhaltend eingesetzt werden.

Aktuell hat der G-BA zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst:

Belatacept (Nulojix®), Belimumab (Benlysta®), Emtricitabin, Rilpivirin, Tenofoviridisoproxil (Eplivera®), Extrakt aus Cannabis Sativa (Sativex®), Fampridin (Fampyra®), Ipilimumab (Yervoy®), Rilpivirin (Edurant®)
Zu folgenden Wirkstoffen wurden Preise vereinbart:
Ticagrelor (Brilique®), Pirfenidon (Esbriet®)

Eine aktuelle tabellarische Zusammenfassung der Beschluss-Inhalte finden Sie unter: *www.kvhh.de → Verordnung → Arzneimittel → Weiterführendes → „Frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente“*

Alle Beschlüsse des G-BA im Volltext: *www.g-ba.de → Frühe Nutzenbewertung → Wirkstoff → Bemerkungen*

*Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572*

Praktikumsplätze in Arztpraxen gesucht

Die staatliche Schule Gesundheitspflege sucht Vertragsärzte, die Schülern einen Einblick in den Arbeitsalltag einer Arztpraxis gewähren. Die Schüler sind Teilnehmer einer Berufsqualifizierung für den Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten. Es handelt sich um schulpflichtige Jugendliche mit Ausbildungsreife, die keinen Ausbildungsplatz gefunden haben.

Bis zu den Herbstferien werden die Schüler in Vollzeit un-

terrichtet. Danach sollen sie an zwei bis drei Tagen in einer Arztpraxis tätig sein und an den anderen Tagen den Unterricht besuchen und gegebenenfalls zusätzliche Unterstützung erhalten.

Die Berufsqualifizierung soll den Übergang in eine ungeforderte betriebliche Ausbildung ebnen. Für Arztpraxen ist die Berufsqualifizierung deshalb ein neuer Ansatz, Auszubildende zu finden.

Könnten Sie sich vorstellen, in

Ihrer Arztpraxis einen Platz für Teilnehmer an der Berufsqualifizierung bereit zu stellen?

*Kontakt: Andrea Hinsch, Staatliche Schule Gesundheitspflege
Tel: 42879-220*

E-Mail:

Andrea.Hinsch@hibb.hamburg.de

Mehr Infos:

<http://hibb.hamburg.de/>

*→ Bildungsangebote für Jugendliche → Berufsqualifizierung für Jugendliche ohne
Ausbildungsvertrag*



Foto: Andre Schoppmann

Foto: Dr. Manfred Giensch (r.) zusammen mit der zweifachen Olympiasiegerin Ingrid Klimke, die in Hongkong und London mit ihrer Mannschaft Gold im Vielseitigkeitsreiten holte.

Als Mannschaftsarzt der Reiter bei den Olympischen Spielen

Dr. Manfred Giensch, niedergelassener Arzt in Hamburg, konnte die Erfolge der deutschen Olympia-Reiter von Nahem miterleben. Er war als Mannschaftsarzt in London dabei „Eine meiner Hauptaufgaben als Mannschaftsarzt

besteht darin, die Sportler vor der versehentlichen Einnahme von Medikamenten zu bewahren, die bei Dopingkontrollen anschlagen“, so Giensch. Der 68jährige Chirurg, der in seiner Jugend zweimal die deutschen Studentenmeis-

terschaften in Dressur und Springen gewann, ist Mitglied im Medical Committee der Internationalen Reiterlichen Vereinigung. Seine Praxis in Harburg ist unter anderem auf Sturzverletzungen von Reitern spezialisiert.

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

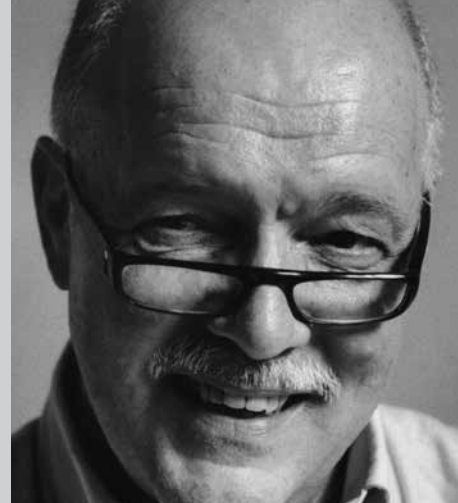


Foto: Barbara Klemm

Faulheit ade

Scurrile Meldungen kann man jeden Tag lesen. In diesem Jahr ist zum Beispiel die älteste Ärztin der Welt gestorben: Dr. Leila Denmark wurde 114 Jahre alt. Ihre Kinderarztpraxis in Atlanta hatte sie bis vor elf Jahren geführt, da war sie 103. In Kanada wurde ein Mann mit seinem Lastwagen gestellt, auf dem er 30.000 in Krankenhäusern gestohlene Röntgenbilder transportierte, um den Folien das Silber zu entziehen und zu Geld zu machen. Die Staulänge auf deutschen Autobahnen summierte sich im Jahr 2011 auf 450.000 Kilometer. Ein Bauer in Kuba ist innerhalb von 18 Jahren sechs Mal vom Blitz getroffen worden. In Luxemburg hat ein Mann sein Auto in einem Parkhaus vergessen und fünf Jahre stehen lassen; Parkgebühren 50.000 Euro. In Pakistan ist ein Arzt wegen Blasphemie verhaftet worden, weil er die Visitenkarte eines Pharmavertreters in den Papierkorb geworfen hatte, der mit Vornamen Mohammed hieß.

An der Universität von Verona hat eine Urologin nachgewie-

sen, dass sich Frauen eines erfüllteren Sexuallebens erfreuen, wenn sie Schuhe mit mindestens fünf Zentimeter hohen Absätzen tragen. Ein junges Kätzchen hat im schottischen Aberdeen einen Vollwaschgang mit lediglich etwas Nasenbluten überlebt. In die Europäische Union werden jedes Jahr

Faulheit ist jährlich weltweit für fünf Millionen Todesfälle verantwortlich. Damit sind AIDS, Tuberkulose und Malaria deutlich abgeschlagen.

über vier Millionen Kilogramm Froschschenkel importiert, wofür 200 Millionen Frösche ihr Leben lassen müssen. 81 Prozent aller Spammails bieten Medikamente an, wobei es fast immer um Potenzmittel geht. Den unedlen, skurrilen Nobelpreis für Medizin der Universität Cambridge in Massachusetts gewannen Forscher für den Nachweis, dass man mit voller Blase vermehrt falsche Entscheidungen trifft. Und eine Auswertung von Google-Suchanfragen in mehreren amerikanischen Bundesstaaten ergab, dass Wähler der Siegerpartei nach der Wahl signifikant ver-

mehrt pornographische Internetseiten aufsuchen.

Vorgestern bin ich noch mal wirklich erschrocken: Die renommierte britische Fachzeitschrift Lancet veröffentlichte eine Studie, nach der Faulheit jährlich weltweit für fünf Millionen der insgesamt 57 Millionen

Todesfälle verantwortlich ist, fast zehn Prozent! Damit sind AIDS (3 Millionen), Tuberkulose (1,6 Millionen), Verkehrsunfälle (1,2 Millionen) oder Malaria (1 Million) deutlich abgeschlagen.

Ich muss mein Leben ändern. Schluss mit dem Bewegungsmangel, rein in die Trainingsklamotten, aus mit Sofa, Fernsehen und Kartoffelchips! Die Vorstellung, dass auf meinem Totenschein womöglich "Faulheit" als Todesursache eingetragen wird, ist mir unerträglich.

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

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

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Wolfgang Wesiack



Jahrgang: 22.9.1947

Familienstand: verheiratet, 3 Kinder

Fachrichtung: Facharzt für innere Medizin

Weitere Ämter: Präsident des Berufsverbandes deutscher Internisten (BDA), Mitglied im Beratenden Fachausschuss Fachärzte, im Ermächtigungsausschuss und im Finanzausschuss

Hobbys: Sport und Reisen

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja. Trotz kontinuierlicher Verschlechterung der Rahmenbedingungen bin ich noch immer gerne Arzt.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Gerechte Honorierung der ärztlichen Leistungen, Bürokratieabbau.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Eine Reform des Gesundheitswesens müsste den Patienten mehr Eigenverantwortung zugestehen und insgesamt mehr Transparenz ins System bringen. Die KV ist ein notwendiger und erforderlicher Partner zur Organisation der Niedergelassenen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Da bin ich desillusioniert. Meine bisherigen Treffen mit Gesundheitspolitikern sind enttäuschend verlaufen.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Einmal um die Erde fliegen.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

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

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

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

Fr 09.11.2012 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 10.11.2012 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen

Unterstützt durch Mustervorlagen und anhand vieler Beispiele wird im Seminar ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach QEP® erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungsreife – wobei die Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

5-teiliges Blockseminar

Teil 1: Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 30.01.2013 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 27.02.2013 (15:00-20:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: 395 Euro inkl. Verpflegung

34 Punkte

QEP®-Arbeitsschutz

In einer Arztpraxis muss das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz

beachtet werden. In diesem Workshop lernen Sie den Umgang mit Gefahrstoffen, wie Sie Personal und Patienten vor Unfällen schützen können und wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird.

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Hygiene in der Arztpraxis

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

Mi 30.01.2013 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP® - Auftaktseminar für Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)

Die KV plant den Aufbau eines QMB-Netzwerks. Von diesem Auftaktseminar sollen sich QMBs angesprochen fühlen, die sich vorstellen können, später die QMB-Treffen zu leiten und zu moderieren. Seminarinhalte: Moderation, Spielregeln, praktische Übungen u.v.m.

Mi 07.11.2012 (14:00-19:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 75 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2012

1. – 15. Oktober 2012

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

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

Wann sind wir für Sie da?

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



Foto: Felix Fallert