

KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 1/2013



Viel hilft viel?

Die Last der Polypharmazie

Priscus-Medikation

Hamburger Verordnungszahlen sind besser als der Durchschnitt

Heilmittel

Praxisbesonderheiten gelten bundesweit

Praxisgebühr

Nachruf auf ein untaugliches Steuerungsinstrument

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Nach fruchtlosen Gesprächen mit den Krankenkassen hat der Vorstand der KV Hamburg auf Anraten der Vertreterversammlung die Honorarverhandlungen 2013 für gescheitert erklärt (siehe dazu die ausführliche Berichterstattung im *Hamburger Ärzteblatt* 12/2012 und im *KVH-Telegramm* Nr. 15). Bis zur Schiedsamts-Entscheidung, mit der nicht vor März 2013 zu rechnen ist, gelten die Honorarbedingungen des Jahres 2012 weiter, sollte nicht doch noch ein Kompromiss gefunden werden. Wir appellieren an das Verantwortungsbewusstsein der Krankenkassen: Wir brauchen Partner, mit denen wir über Versorgung reden können und die die diesbezüglichen Wünsche ihrer Versicherten ernst nehmen – keine Gegner, deren Ehrgeiz darin besteht, einen möglichst großen Anteil der Beiträge ihrer Versicherten als Überschuss einzubehalten.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Bollmann'.

*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@kvhh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge
und Meinungsäußerungen.

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

Titelbild: Marina Grau/fotolia.com

Ausgabe 1/2013 (1. Januar 2013)

Redaktionsschluss: 11. Dezember 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: Polypharmazie - Wann ist weniger mehr? _____	4
Polypharmazie: Vergiften oder heilen? _____	5
Priscus-Medikation: Hamburger Ärzte verordnen zurückhaltender als der Durchschnitt _____	11

Gesundheitspolitik

Nachruf auf die Praxisgebühr _____	14
------------------------------------	----

Aus der Praxis für die Praxis

Praxisgebühr: Was Sie über die Abwicklung wissen müssen _____	16
Reform der Bedarfsplanung _____	17
Fragen und Antworten _____	18
Blankoformular-Papier darf nur für die vertragsärztliche Tätigkeit eingesetzt werden _____	19

Abrechnung

Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2012 _____	19
---	----

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet _____	19
------------------------------------	----

Arznei- und Heilmittel

„Wirkstoff aktuell“ zu Tapentadol und Dronedaron _____	20
Neue fälschungssichere BtM-Rezepte / Heilmittel: Praxisbesonderheiten gelten bundesweit _____	22

Qualitätsmanagement

Übergangsfrist für die Zertifizierung nach alter QEP-Version verlängert / Wer ist zertifiziert? / Hygiene-Seminar: Noch Plätze frei _____	23
--	----

Forum

Malteser Migranten Medizin feiert fünfjähriges Bestehen / Leserbriefe _____	24
--	----

Kolumne

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

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Selbstverwaltung _____	26
Terminkalender _____	27

Nachgefragt

■ Polypharmazie: Wann ist weniger mehr?



Es gibt immer mehr ältere Patienten. Und es gibt immer mehr multimorbide Patienten, die von mehreren Ärzten gleichzeitig behandelt werden. Aus diesem Grund und weil Krankenhäuser Patienten oftmals mit einer großen Liste von Medikamenten entlassen, brauchen wir einen Koordinator, der die Gesamtmedikation daraufhin abklopft, welche Mittel wirklich notwendig sind. Das kann nur der Hausarzt sein. Wir haben zunehmend Medikamente für kleine Indikationsspektren, die sehr wirksam sind, aber auch erhebliche Nebenwirkungen haben. Wo diese Spezialindikationen eine Rolle spielen, müssen die Medikamente besonders sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

*Dr. Klaus Voelker,
Pharmakotherapieberater
der KV Hamburg*



Standardsituation: Alter Patient wird aus dem Krankenhaus entlassen, im Arztbrief Therapie-vorschlag mit 15 Medikamenten bei 10 behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Die Medikamente passen leitliniengerecht zu den Erkrankungen, von den scheinbar unvermeidlichen PPI abgesehen. Volles Wartezimmer, Zeitdruck. Einfachste Lösung: alles übernehmen, Rezepte unterschreiben, fertig. Besser: Hausarztlogik ersetzt Krankenhauslogik. Bei mehr als fünf Medikamenten lassen sich die Wechselwirkungen nicht mehr übersehen. Also: patientenzentrierte und nicht einzeldiagnosenzentrierte Medikation. Was kurzfristig wirkt (z. B. Ödemtherapie durch Thiazide und Schleifendiuretika) ist längerfristig fatal (Nephronblockade, Hyponatriämie). Es ist nicht sinnvoll, eine bewährte Medikation ohne medizinischen Grund durch ein "modernes" Präparat zu ersetzen.

*Volker Lambert,
hausärztlicher Internist
in Hamburg-Tonndorf*



Wann ist weniger mehr? Richtungsweisend ist ein Modellprojekt zur Verringerung von Multimedikation: In einem Gespräch mit Patient und gegebenenfalls den Angehörigen werden gemäß Algorithmus und individuellem Patientenprofil Medikamente identifiziert, die abgesetzt werden können. Das Absetzen erfolgt simultan unter Beobachtung des Patienten. In einer Studie konnten so die Verordnungen pro Patient fast halbiert werden, und das bei weniger Nebenwirkungen (siehe Seite 7). Vermutlich ist die korrekte Frage: "Wo ist weniger mehr?" Für die Umsetzung im Praxisalltag bedingt dies sicher zusätzliche personelle Ressourcen.

*Prof. Dr. Bernd Mühlbauer,
Direktor des Instituts für
Pharmakologie des Klinikums
Bremen Mitte*



Foto: K.-U. Häföler/fotolia.com

Vergiften oder heilen?

- Ältere Patienten nehmen oft viele verschiedene Arzneimittel ein, deren Wechsel- und Nebenwirkungen nur schwer kalkulierbar sind. Die Medikation auf ein überschaubares Maß zu reduzieren, ist eine anspruchsvolle Aufgabe.

Von Dr. Hans-Otto Wagner

Das Problem Multimedikation, oder international „Polypharmazie“, ist schon lange bekannt. Hausärztinnen und Hausärzten, besonders denen, die Altenheime mitversorgen, ist es bestens vertraut: Über 40 Prozent der Patientinnen und Patienten über 65 Jahren nehmen mehr als fünf Wirkstoffe ein.¹ Auch zehn bis 15 Medikamente sind keine Seltenheit. Eine solche Anzahl von Wirkstoffen ist aus phar-

makologischer Sicht nicht ungefährlich: So liegt das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei weniger als fünf parallel eingenommenen Medikamenten bei etwa vier Prozent, steigt mit der Zahl der Arzneimittel aber exponentiell stark an auf etwa 25 Prozent bei mehr als sechs verschiedenen Substanzen.² Auch Probleme bei der Einnahme (wie z.B. Verwechslungen von Medikamenten) und Einbußen der Compliance sind mit der Zahl der verordneten Medikamente eng assoziiert.³

Patient: Er ist etwas übergewichtig, raucht Zigaretten, hat keine Beschwerden und fühlt sich gesund. Sein Medikationsplan ist bislang noch leer. Im Alter von 57 Jahren werden erstmals Gicht, Hypertonie und Diabetes mellitus diagnostiziert, hierfür werden ihm Allopurinol, Enalapril und Metformin verschrieben. Mit 60 Jahren wird aufgrund der Raucheranamnese eine COPD inzident, die mit Tiotropiumbromid behandelt wird. Im weiteren Verlauf entwickelt er Kniebeschwerden: für seine neu diagnostizierte Gonarthrose nimmt er ein Schmerzmittel. Im Alter von 65 Jahren erhält er für seine Hypertonie zusätzlich



Fallbeispiel: Von null auf zwanzig Medikamente in zwei Jahrzehnten

Ein Beispiel für eine typische Polypharmazie-Laufbahn bietet folgender 55-jähriger

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

Hitliste der „Problem-Medikamente“

Diese vier Medikamente verursachen besonders häufig Krankenhauseinweisungen wegen unerwünschter Wirkung:⁷

- Antikoagulantien (33 Prozent),
- Insulin (14 Prozent),
- Thrombozytenaggregationshemmer (13 Prozent),
- Antidiabetika (11 Prozent)

Fortsetzung von S. 5 

Metoprolol und wird außerdem trotz jetzt reduziertem Gewicht insulinpflichtig. Ein weiteres Jahr später wird seine weiter verschlechterte Hypertonie zusätzlich mit Amlodipin und HCT behandelt. Seine Lungenfunktion wird schlechter und er bekommt Formoterol dazu. Außerdem leidet er an einem Prostataadenom, wofür der Patient Tamsulosin erhält. Hinzu tritt ein gastroösophagealer Reflux, der mit Omeprazol behandelt wird. Im Alter von 72 Jahren kommen neurologische Erkrankungen hinzu: Für seine Demenz bekommt er Rivastigmin, nach einer TIA zusätzlich ASS. Mit 75 Jahren erleidet er einen NSTEMI und erhält noch Simvastatin und Clopidogrel, aufgrund einer Osteoporose mit Wirbelkörperfraktur kommen auch noch Fentanyl und Alendronat, Calcium und Vitamin D sowie bei einem stationären Aufenthalt wegen exacerbierter COPD auch Ro-

flumilast und vorübergehend Prednison und wegen Unruhezuständen noch Risperidon hinzu.

Der Medikationsplan des inzwischen 75-jährigen Mannes sieht nun wie folgt aus: Allopurinol, Enalapril, Amlodipin, HCT, Metoprolol, Metformin, Insulin, Formoterol, Roflumilast, Tiotropiumbromid, Tamsulosin, Omeprazol, Rivastigmin, ASS, Alendronat, Ca.+Vit.D, Fentanyl-TTS, Clopidogrel, Simvastatin und Risperidon, bedarfsweise Schmerzmittel und Prednison.

Leitlinien und fachspezifische Therapien versagen bei multimorbiden Patienten

Jede Erkrankung kann für sich genommen gut vom Hausarzt oder vom jeweiligen Spezialisten leitlinienorientiert behandelt werden, wie das obige Beispiel zeigt. Doch bei multimorbiden Patienten können sich verschiedene leitliniengerechte Arzneimitteltherapien zu einem gefährlichen Medikamentencocktail summieren.

Auch weiß der Hausarzt nicht immer, welche Medikamente der Patient von anderen Ärzten zusätzlich noch bekommt. Zudem wird in Arzneimittelstudien in der Regel nur der Effekt eines einzigen Wirkstoffes bei Patienten mit eng definierten Problemen untersucht. Für den Einsatz im Rahmen einer multimedikamentösen Therapie bei multimorbiden Patienten gibt es keine Studiendaten und mithin auch keine evidenzbasierten Leitlinien. Außerdem fehlt es oft an Studien, die auch ältere Menschen über 80 Jahre einschließen, bei denen Arzneimittel wegen der veränderten Stoffwechselsituation häufig problematische Effekte, mehr unerwünschte Wirkungen und wegen zusätzlich vorliegender Erkrankungen weniger Hauptwirkung entfalten können.

Entsprechend schlecht ist es um die Arzneimittelsicherheit bei diesen Patientengruppen bestellt. Zum Beispiel leiden bis zu zehn Prozent aller Heimbewohner unter Arzneimittelnebenwirkungen. Dabei handelt es sich vor allem um Herz-Kreislauf-Beschwerden, eine allgemeine Hinfälligkeit, Magen-Darm-Probleme, Schwindel und Stürze und kognitive Einschränkungen.^{4,5} Über die Hälfte solcher unerwünschter Wirkungen sind potenziell vermeidbar. Einem erheblichen Anteil der Stürze liegt beispielsweise eine solche unerwünschte Arzneimittelwirkung ursächlich zugrunde.⁶

Ziel aus pharmakologischer wie aus Patientensicht muss es also sein, die Zahl der gleichzeitig eingenommenen Arzneimittel auf ein Mindestmaß von vielleicht fünf oder sechs zu senken. Hausärzte, die sich diesem Ziel nähern wollen, können sich allerdings nicht auf wissenschaftliche Evidenz berufen: Weder gibt es Leitlinien für das kontrollierte Absetzen von Medikamenten oder auch nur erprobte Lösungsstrategien für die Praxis, noch Hilfen für das bewusste Nicht-Verordnen. Automatisierte Arzneimittel-

checks und Softwarelösungen versagen im Alltag. Scores und Listen problematischer Arzneimittel (Beers-Liste oder die bessere Priscus-Liste⁸⁾ machen zwar auf die Schwierigkeiten aufmerksam, beschreiben aber oft nur die bekannten Probleme und helfen im konkreten Einzelfall oft nicht, zu Lösungen zu kommen.

**Studie aus Israel:
Fünfzig Prozent der Arzneimittel abgesetzt**

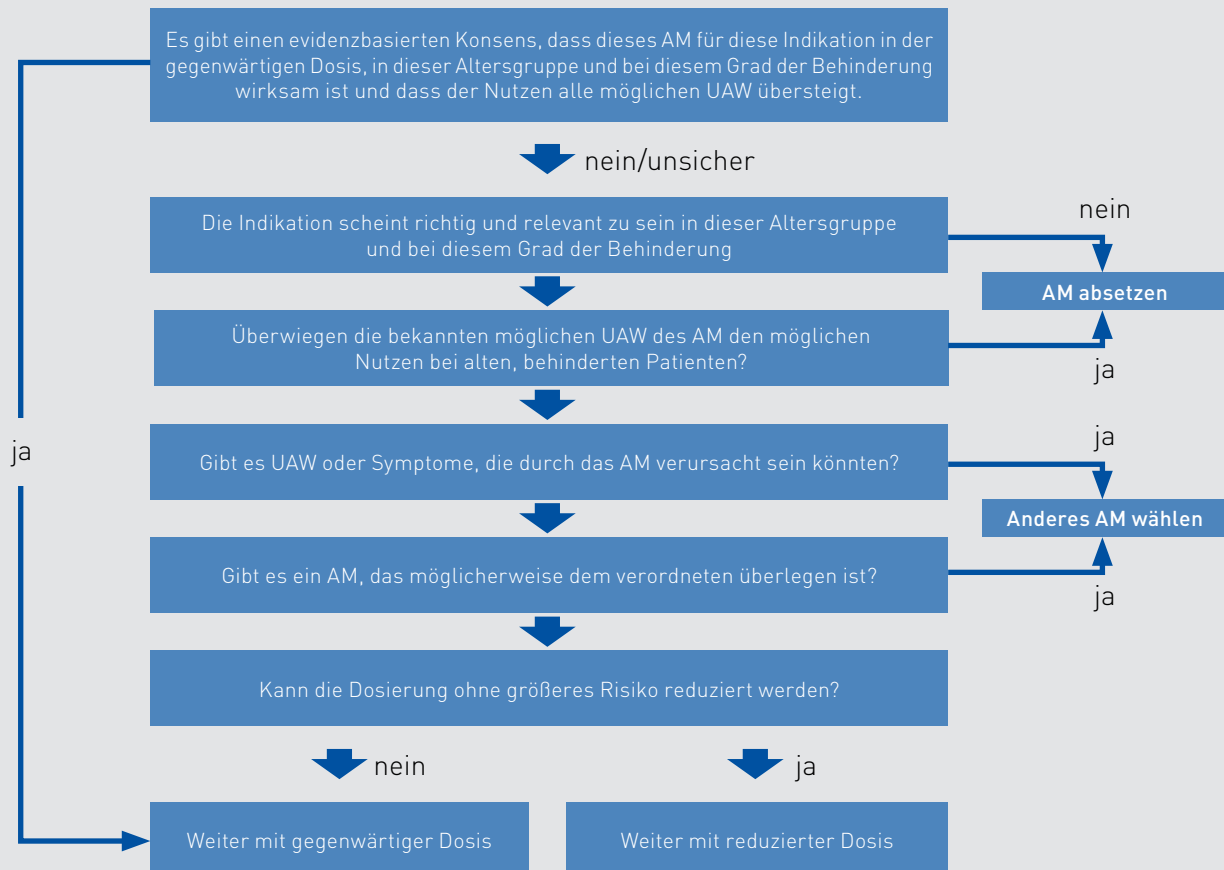
Eine Machbarkeitsstudie zum gezielten Absetzen von Medi-

kamenten bei älteren Patienten stammt aus Israel.⁹ Als kleine, unkontrollierte prospektive Interventionsstudie genügt sie nicht den strengen Anforderungen der evidenzbasierten Medizin. Dennoch lassen sich aus ihr wertvolle Erkenntnisse ableiten: Immerhin gelang es den Autoren, mit ihrem Algorithmus (siehe Grafik) fünfzig Prozent der vormals verabreichten Arzneimittel abzusetzen, ohne dass sich die gesundheitliche Situation

Fortsetzung auf S. 8

Algorithmus zum Absetzen von Arzneimitteln

AM = Arzneimittel, UAW = Unerwünschte Arzneimittelwirkungen



"Good Palliativ-Good Geriatric Practice"-Algorithmus nach D. Garfinkel und D. Mangin⁹

Praxistipps: Wie reduziere ich sinnvoll Medikamente?

- Ziele definieren: Welche Therapieziele haben oberste Priorität für den Patienten und welche Medikamente sind hierfür unabdingbar?
- Strategie festlegen: Medikamente, die nicht als zwingend erforderlich angesehen werden, versuchsweise absetzen
- Folgen abschätzen: Verzichtbare Medikamente immer einzeln absetzen, damit die therapeutischen Konsequenzen klar erkennbar sind
- Geduld haben: Es kann leicht ein Jahr dauern, bis der Patient seinen Medikamentenverbrauch auf fünf bis sechs verschiedene Präparate reduziert hat.
- Rückschläge in Kauf nehmen: Mit jedem stationären Aufenthalt kann das „Spiel“ wieder von Neuem beginnen, weil der Patient im Krankenhaus wieder auf neue Medikamente eingestellt, bzw. oft nur umgestellt wird, deren Zusatznutzen vom Hausarzt gemeinsam mit dem Patienten erst wieder neu bewertet werden muss.
- Zeit haben: Derartig verantwortungsvolle Entscheidungen benötigen ausreichend Zeit für gemeinsame Gespräche.

Fortsetzung von S. 7 

der Patienten verschlechterte. Meist besserte sich nach Absetzen eines Großteils der Medikamente sogar deutlich die subjektive Lebensqualität der Patienten.

Letztlich kann nur der Hausarzt im Gespräch klären, was dem Patienten wichtig ist. Zu berücksichtigen sind dabei sowohl die Lebensqualität

Die Lebensqualität der Patienten besserte sich, nachdem ein Großteil der Medikamente abgesetzt wurde.

als auch eine sinnvolle Priorisierung der therapeutischen Notwendigkeiten. Auch muss unter Umständen akribisch gesucht werden, ob nicht ein neues Symptom durch eine Nebenwirkung eines anderen Arzneimittels verursacht

wird. Oder es muss nach nicht-pharmakologischen Alternativen gesucht werden. Ein Beispiel: Die Unruhe und kognitive Störung einer 90-jährigen Patientin kann durch ein Spasmolytikum hervorgerufen werden, das ihre Harninkontinenz behandeln soll. Um diese Unruhezustände zu beseitigen, muss nicht zwangsläufig ein Neurologe hinzugezogen werden. Denn unter Umständen würde die Patientin das Tragen

von Inkontinenzvorlagen weniger stören als die Einnahme eines weiteren Medikaments mit entsprechendem Nebenwirkungsprofil.

Wichtig ist in erster Linie, dass der Patient gemeinsam mit

dem Hausarzt seine aktuellen Gesundheitsziele definiert und über die möglichen Folgen eines Absetzens seiner Medikamente aufgeklärt wird. Nach meiner Erfahrung fühlen sich selbst ausgesprochen tablettengläubige Patienten in der Regel erheblich wohler, wenn sie die Zahl ihrer täglichen Medikamente auf ein überschaubares Maß reduzieren dürfen.

Welche Ziele hat der Patient und wie möchte er leben?

Die Lösung für das Problem der Multimedikation hat also neben der fachlichen auch eine ethische Dimension: Welche Ziele hat der Patient, welche Pläne, was ist ihm wichtig? Eher die Lebensqualität oder die Lebenslänge? Die Prioritäten müssen gegeneinander abgewogen werden: Ein 55-jähriger Patient mit Bluthochdruck hat bestimmt ein anderes Verhält-

nis zum Therapieziel „Lebenslänge“ als ein hochbetagter Mensch. Der jüngere wird möglicherweise dafür eher eine unerwünschte Wirkung in Kauf nehmen, als sein 90-jähriger Leidensgenosse. Es mag Aufgabe von Spezialisten sein, gemäß Indikationsstellung Therapieempfehlungen abzugeben. Doch es ist Aufgabe des Hausarztes, diese Empfehlungen in gemeinsamer Entscheidungsfindung in Einklang mit der Lebenswirklichkeit des Patienten zu bringen, den er über viele Jahre kennt.

Das Haftungsrisiko beim gezielten Absetzen von Medikamenten, auf das man im Studentenunterricht und bei der Weiterbildung immer mal wieder angesprochen wird, ist überschaubar, zumindest bei einer gemeinsamen und sauber dokumentierten Entscheidungsfindung. In jedem Fall aber ist es deutlich geringer als für die unreflektiert fortgeführte Polypharmazie. Denn der Hausarzt ist letztlich für jedes von ihm unterschriebene Rezept alleine verantwortlich, auch wenn es vom Krankenhaus oder Spezialist empfohlen wurde. Und nur er hat den Überblick über alle Krankheiten und die komplette Medikation des Patienten.

Mehr Sicherheit dürfen sich Hausärzte von einer Leitlinie „Multimedikation“ erhoffen, die derzeit von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) erarbeitet wird.

Auch eine Leitlinie „Multimorbidität“ könnte im Praxisalltag von Hausärzten viele Prozesse beschleunigen und vereinfachen. Sie würde zudem auch Einfluss nehmen auf Therapieentscheidungen beim Spezialisten und im Krankenhaus, wo nach wie vor eine große Verantwortung für Polypharmazie liegt.

Institutionelle Hilfen

Die Forschung zum Thema Polypharmazie steckt zwar noch in den Kinderschuhen, aber dennoch sind interessierte Hausärzte nicht allein mit ihrem Engagement: Eine große Hilfe sind spezielle Pharmakotherapiezyklen, wie sie beispielsweise in den Hausarztverträgen in Baden-Württemberg erfolgreich praktiziert werden. In der Struktur dieser Hausarztverträge wird auch die Zeit, die der Hausarzt bei der Umsetzung einer rationalen Pharmakotherapie und für die Koordination benötigt, besonders wertgeschätzt. Einfacher und schneller ist es nämlich, Medikamentenpläne aus dem Krankenhaus oder von den beteiligten Spezialisten einfach fortzuführen, auch wenn es sich dann schnell auf zehn Medikamente aufsummiert.

Auch der sogenannte „Arzneimittelcheck“ im AOK-Hausarztvertrag hier in Hamburg ist ein vielversprechender Ansatz.

Prof. Dr. Martin Scherer, Direktor des Instituts für Allgemein-



Foto: by-studio/fotolia.com

medizin am UKE und Sprecher der Leitlinienkommission der DEGAM: „Wir müssen den Hausärzten Werkzeuge an die Hand geben, um das Problem Multimorbidität und Polypharmazie gemeinsam mit ihren Patienten zu lösen.“

Das Institut veranstaltet Praxis-Workshops und bietet Fortbildungen an, auf denen Tipps und Anregungen für das gezielte Absetzen von Medikamenten diskutiert werden

Fortsetzung auf S. 10 



*Dr. Hans-Otto Wagner ist Facharzt für Allgemeinmedizin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE). Von 1987 bis 2011 war er Landarzt, und in der Zeit von 1994 bis 2011 hatte er einen Lehrauftrag an der Universität Gießen für das Fach Pharmakologie und war Mitglied der Arzneimittel-Kommission des Universitätsklinikums Gießen-Marburg.
h.wagner@uke.uni-hamburg.de
www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/*

Fortsetzung von S. 9 ■■■

- zuletzt auf dem seit zwei Jahren jährlich durchgeführten und sehr gut besuchten Tag der Allgemeinmedizin am UKE Anfang November.

Die Entschleunigung in der Arzt-Patient-Beratung und

die pharmakotherapeutische Kompetenz des Hausarztes sind der Schlüssel zum Erfolg. Denn die Frage, die schon 1988 im renommierten Fachjournal *Lancet* aufgeworfen wurde, hat noch nichts von ihrer Brisanz verloren: „Need we poison the elderly so often?“

- 1) Thürmann PA, Holt S, Nink K, Zawinell A. Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster C, Klose J, Schmacke N. Versorgungs-Report 2012. Schattauer-Verlag Stuttgart 2012:111-130
- 2) Mühlberg W et al.: Neben- und Wechselwirkungen von Pharmaka im Alter. In: Platt D, Mutschler E (Hg.): Pharmakotherapie im Alter, 1999
- 3) Beardon PHG, McGilchrist MM, McKendrick AD et al. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *BMG* 1993; 307: 846-848
- 4) Coupland CAC, Dhiman P, Barton G, Morriss R, Arthur A, Sach T, et al. A study of the safety and harms of antidepressant drugs for older people: a cohort study using a large primary care database. *Health Technol Assess* 2011;15(28).
- 5) Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study Marie L Ancelin, Sylvaine Artero, Florence Portet, Anne-Marie Dupuy, Jacques Touchon, Karen Ritchie. *BMJ* 2011;343:d4551 doi: 10.1136/bmj.d4551
- 6) Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes. Untersuchung der Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, 2009/2010 im Auftrag des BMG
- 7) Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL: Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. In: *N Engl J Med.* 2011;365:2002-12.
- 8) Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(31-32): 543-51.
- 9) Garfinkel D, Mangin D: Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. In: *Arch Intern. Med.* 2010; 170: 1648

Arzneimittelcheck im AOK-Hausarztvertrag

■ Erste Analysen zeigen Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit

Im Sommer 2011 wurde in den Hausarztvertrag von AOK Rheinland/Hamburg und KV Hamburg ein „Arzneimittelcheck“ aufgenommen: Der Hausarzt prüft bei älteren, von der AOK vorgeschlagenen Patienten die Gesamtmedikation und stimmt diese – sofern notwendig – mit anderen verordnenden Kollegen ab. Erste Untersuchungen zeigen: Vor der Intervention waren durchschnittlich vier Ärzte an

den Verordnungen der Gesamtmedikation beteiligt. Die Patienten erhielten im Durchschnitt 16 verschiedene Wirkstoffe und davon ein Arzneimittel, das für ältere Menschen ungeeignet sein kann (Priscus-Arzneimittel). An der Abgabe der Arzneimittel waren im Schnitt vier verschiedene Apotheken beteiligt. Ein Jahr nach Durchführung des Arzneimittelchecks ist die Anzahl der dauerhaft verord-

neten Priscus-Arzneimittel um durchschnittlich 64 Prozent zurückgegangen. Auch die Zahl der an den Verordnungen beteiligten Ärzte nahm ab. Die Koordination des Hausarztes wirkt sich offenbar positiv auf die Arzneimitteltherapiesicherheit aus.

Informationen zur Teilnahme am Hausarztvertrag:

*Infocenter,
Tel: 22802-900*

Priscus-Medikation ist rückläufig

- Bundesweite Studie zeigt: Etwa fünf Prozent der älteren Patienten bekommen dauerhaft eine Medikation von der Priscus-Liste. Die Hamburger Verordnungen liegen unter dem Durchschnitt.

Ungeeignete Verordnungen für ältere Menschen kommen offenbar seltener vor, als bisher angenommen. Das ist das Ergebnis einer Studie, die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) durchgeführt wurde. Grundlage der Analyse ist die Priscus-Liste, in der Wirkstoffe aufgeführt sind, die für Patienten ab 65 Jahren eine potenzielle Gefährdung darstellen.

Der Anteil an Priscus-Wirkstoffen an den für Senioren verordneten Wirkstoffen ist seit Jahren rückläufig – sowohl was die Zahl der Verordnungen als auch was die Tagesdosen angeht. (Grafik 1)

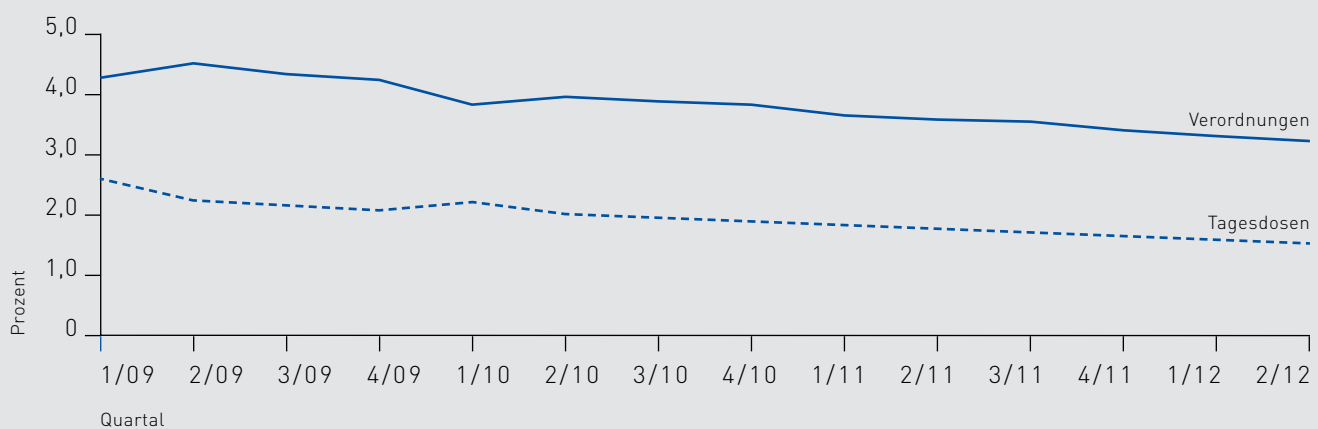
Das ZI fand heraus, dass im Jahr 2010 zwar knapp 21 Prozent der älteren Arzneimittelempfänger eine Medikation von der Priscus-Liste erhielten. Dabei handelte es sich jedoch oftmals nur um gelegentliche Einzelverordnungen. Nur rund 5 Prozent der älteren Arzneimittelempfänger waren von einer nennenswerten, längeren Therapie (mindestens zwei Verordnungen und 180 DDD) betroffen. Auf diesen Patientenkreis muss die Aufmerksamkeit gelenkt werden, um nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung gegebenenfalls mögliche Therapiealternativen zu finden. Zudem gibt es regionale Unter-

schiede bei den Verordnungen von Priscus-Medikamenten: In den westlichen Bundesländern wurde tendenziell ein größerer Anteil älterer Patienten mit Priscus-Arzneimitteln versorgt als im Osten. Hamburg ist hier die beste West-KV und liegt mit einem Verordnungsanteil von 20 Prozent deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (22 Prozent). Niedrigere Verordnungswerte erreichen ansonsten nur KVen in den neuen Bundesländern (siehe „Grafik 2“ auf Seite 13).

Auch bei den Dauerverordnungen mit Priscus-Medikamenten

Fortsetzung auf S. 12

Grafik 1: Anteil PRISCUS-Wirkstoffe an allen Wirkstoffen (ab 65-Jährige) in Prozent



Quelle: ZI 2012; Rx-Trendbericht (abrufbar unter: <http://www.zi.de/cms/rx-trendbericht/priscus-liste/>)

liegt Hamburg mit einem Patientenanteil von 4,8 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt (5 Prozent) und damit nach Bayern und Baden-Württemberg auf Platz drei unter den West-KVen (siehe „Grafik 3“ auf Seite 13).

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Verordnungen von verschriebenen Priscus-Medikamenten nach Indikationsgruppen: Hamburg bleibt fast durchweg unter den Bundesvergleichswerten und überschreitet diese nur in Einzelfällen:

- In Hamburg bekamen 2010 unter 6 Prozent der älteren Schmerzpatienten Wirkstoffe von der Priscus-Liste verschrieben. Damit steht Hamburg an zweitbesten Position im bundesweiten Vergleich der KVen – und zugleich

Priscus-Liste

Die sogenannte Priscus-Liste (abrufbar unter: www.priscus.net → *Priscus_Liste*) listet 83 für Patienten ab 65 Jahren potenziell ungeeignete Medikamente auf, gibt Hinweise zur Pharmakotherapie älterer Patienten und macht Alternativvorschläge. Sie ist rechtlich nicht bindend, sondern stellt eine Orientierungshilfe für Ärzte zur Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit dar. Im Einzelfall muss der Arzt jedoch grundsätzlich eine individuelle Nutzen-Risikoabwägung durchführen.

deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts (9 Prozent). Weniger wurde nur in Bremen verordnet.

- Auch der Anteil der mit Priscus-Antibiotika versorgten älteren Antibiotikapatienten ist mit unter 3 Prozent unterdurchschnittlich (3,2 Prozent). Gleiches gilt für die Urologika und die Antidementiva, die Vasodilatoren und die durchblutungsfördernden Mittel: In Hamburg wurden knapp

13 Prozent der älteren Patienten, die mit Urologika versorgt wurden, mit solchen von der Priscus-Liste versorgt. Der Bundesdurchschnitt lag hingegen bei 14 Prozent. Im Bereich der Antidementiva, Vasodilatoren und durchblutungsfördernden Mittel verordneten die Ärzte nur in zwei anderen KV-Bereichen weniger Priscus-Wirkstoffe.

- Allein im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen wurden in Hamburg deutlich mehr (10,3 Prozent zu 8,2 Prozent) ältere Patienten mit PRISCUS-Wirkstoffen versorgt als im bundesweiten Durchschnitt. Hier ist Hamburg Dritttletzter unter den KVen und Verbesserungspotenziale sollten durch gezielte Fokussierung hierauf genutzt werden.

Der vollständige Bericht des ZI im Internet:

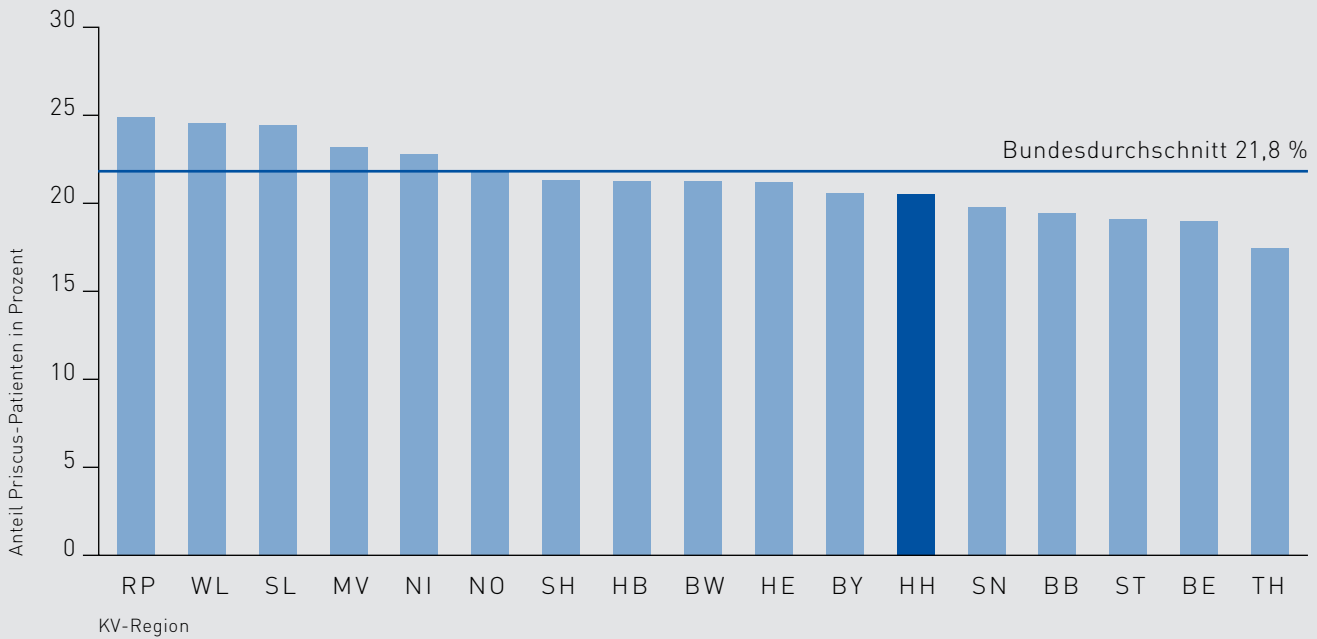
www.versorgungsatlas.de → *Versorgungsprozesse*

*Eva Schiffmann,
Bereich Beratung und Information,
Fachberatung Morbidität
und Vergütung*



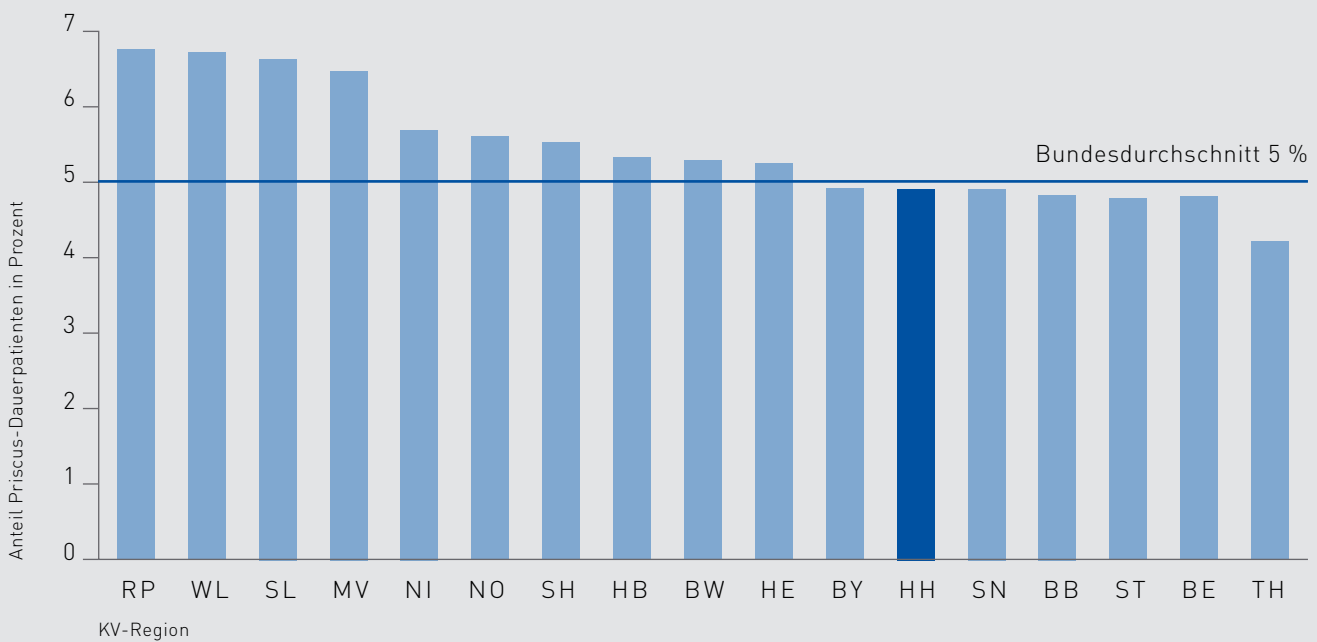
Foto: Yuri Arcurs/fotolia.com

**Grafik 2: Regionale Unterschiede der PRISCUS-Verordnungen in 2010
(Patienten ab 65 Jahren)**



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Berechnungen des ZI.

**Grafik 3: Regionale Unterschiede der PRISCUS-Dauerverordnungen in 2010
(Patienten ab 65 Jahren)**



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Berechnungen des ZI.



Foto: ap-net/fotolia.com

Die Praxisgebühr – ein Nachruf

- Nun wird sie also zu Grabe getragen, die Praxisgebühr - und es ist an der Zeit, einen Moment innezuhalten und zurückzuschauen.

Viel Positives lässt sich über die Verstorbene leider nicht anführen – vielleicht die Tatsache, dass sie dazu geführt hat, den Patienten und den Ärzten deutlich zu machen, dass auch in einer Kassenpraxis das Portemonnaie gezückt werden kann und manchmal muss. Wir Ärzte mussten mit Bargeld umgehen und uns daran gewöhnen, was uns sowohl zur Zielscheibe von Begehrlichkeiten machte (Investitionen in Praxissicherheit – plötzlich wurden vermehrt Einbrüche in Praxen verübt), als auch positiv ermöglichte, eine leichtere Ansprache der Patienten für Igeleistungen durchzuführen.

Aber auch das Bewusstsein, dass unsere Leistungen etwas wert sind, wurde dadurch gesteigert, denn leider ist die Zuwendung zum Patienten nicht das einzige, das einen Niedergelassenen interessieren kann. Er ist auch Kleinunternehmer, mit Kosten und Ausgaben, sowie Arbeitgeber, und daher muss auch stets ein Augenmerk auf die Finanzen gerichtet sein.

Dieses Bewusstsein fehlt immer noch manchem Kollegen, was sich manchmal spät aber heftig rächt. Bei der Entwicklung dieses Bewusstseins hat uns die Praxisgebühr durchaus

geholfen- das sollte hier nicht unerwähnt bleiben.

An Negativem fehlte es wahrlich nicht und jetzt ist die Zeit, sich dieses deutlich zu machen. Im Gesamtkontext wurden die angestrebten Ziele nicht erreicht (keine Steuerungswirkung). Immerhin mit einstimmigem Votum wurde die Praxisgebühr im Bundestag beerdigt, was andererseits wieder zeigt, wie wenig wir an etwas von der Politik Installiertem aus eigener Kraft zu ändern vermögen.

Denn was uns Ärzte angeht, fehlte es nicht an kritischen

Stimmen, nur zu spät, und es war doch unsäglich, als Inkassounternehmen für die Krankenkassen vor den Karren gespannt zu werden. Noch allzu gut habe ich die damalige Gesundheitsministerin Frau Schmidt im Ohr, die wörtlich in etwa sagte: Dafür gibt es keine Kompensation für Ärzte – das Einziehen der Praxisgebühr sei doch kein Aufwand!

Nun, das haben wir alle anders erlebt: Was da an Helferzeit durch Ansprache, fehlende Geldbeutel und Dokumentation, Kassenbücher und Inkasso (auch durch die von uns finanzierte KV) auf uns zugekommen ist, möchte ich persönlich gerne missen. Von Erhöhung der von uns bezahlten Arbeitszeit der Helferinnen und höheren Steuerberaterhonoraren ob deren (!) Mehrarbeit ganz zu schweigen.

Die Kassen haben mal gesagt: Wenn sie das durchführen müssten, wäre aufgrund der Verwaltungsausgaben fast keine Einnahmen mehr zu erzielen. Was man sich bei zwei Milliarden Euro Einnahmen durch die Praxisgebühr mal auf der Zunge zergehen lassen muss und den kostenfreien Beitrag, den die Niedergelassenen dadurch erbracht haben, nur umso deutlicher werden lässt. Und das sind die Zahlen pro Jahr! Nie wieder!

Jetzt ist die Praxisgebühr tot, auch wenn ich es erst wirklich glaube, wenn ich am 1. Januar 2013 keine zehn Euro-Scheine

mehr einziehen muss. Ein kurzes Innehalten voll Freude und Genugtuung sei hier erlaubt, ist es doch durchaus keine Selbstverständlichkeit, dass vom Staat eingeführte Gebühren und Abgaben einfach so,

ersatzlos, gestrichen werden. (Immerhin bezahlen wir immer noch für den Kaiser-Wilhelm-Kanal.)

Aber die nächsten Pläne zur besseren Steuerung der Arztkontakte, von denen wir ja angeblich zu viele haben in Deutschland (nebenbei bemerkt – da wurden auch die Labor- und Röntgenkontakte dazuzählt ...) sind schon in den Schubladen und stehen als Menetekel bereits an der Wand. Um es klarzustellen: Einem sinnvollen gesamtgesellschaftlichen Instrument will sich niemand verschließen, aber nie wieder darf sich die KBV auf solche Konditionen einlassen: keine wie auch immer geartete Ausweitung unserer Arbeit und zusätzliche Überfrachtung mit bürokratischen Instrumenten ohne angemessene Bezahlung! Widerstand gegen andersgeartete Pläne muss vor deren Beschluss kommen, sonst kommt er zu spät.

Jetzt ist die Stunde, in der alle Verantwortlichen, die KVen und die Bundesebene sich

das deutlich ins Stammbuch schreiben lassen müssen, denn wir haben gelernt: Auch unsere Arbeit ist etwas wert. Sollte es zu Nachfolgeregelungen kommen, muss es einen fairen finanziellen Ausgleich

Keine Ausweitung unserer Arbeit ohne angemessene Bezahlung – das müssen sich die Verantwortlichen ins Stammbuch schreiben lassen.

dafür geben, denn sonst ist die Praxisgebühr vielleicht nicht das Einzige, was von den emporsten Niedergelassenen an politischem Konsens zu Grabe getragen wird.

Möge die Praxisgebühr in Frieden ruhen – aber wie viel Ruhe dadurch einkehrt, liegt auch in der Hand der Ärzteschaft und deren Umgang mit zukünftigen Steuerungsmechanismen.



*Gregor Brinckmann,
Facharzt für Allgemein-
medizin, Sportmedizin,
Chirotherapie in Bergedorf /
Vorstand Hausärzterverband
Hamburg*

Ende der Praxisgebühr

■ Was Sie über die Abwicklung wissen müssen

Zum 1. Januar 2013 wurde die Praxisgebühr abgeschafft. Die Patienten müssen für eine ambulante Behandlung fortan keine zehn Euro mehr bezahlen. Das gilt für alle Patienten – egal, ob sie gesetzlich versichert oder bei einem der sonstigen Kostenträger erstattungsberechtigt sind. Und es gilt für alle Versorgungsbereiche – egal, ob es sich um einen Besuch beim Arzt, beim psychologischen Psychotherapeuten, beim Zahnarzt oder eine Inanspruchnahme des organisierten Notfalldienstes handelt.

Mit dem Ende der Praxisgebühr entfällt für den Arzt die Verpflichtung zur Kennzeichnung von zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsbefreiten Behandlungsfällen in der Abrechnung. Aus diesem Grund wurde die Funktion zur Angabe der Pseudoziffern und zum Ausdrucken einer Quittung zum 1. Quartal 2013 aus dem Praxisverwal-

tungssystem (PVS) herausgenommen. Die KBV hat die PVS-Hersteller rechtzeitig über die neuen Anforderungen informiert.

Nur Alt-Behandlungsfälle aus dem Jahr 2012 müssen noch gekennzeichnet werden. Das geht nicht mehr automatisch. Die Pseudoziffern für die Praxisgebühr müssen per Hand eingegeben werden.

Wenn bei Patienten zusätzlich diagnostische oder therapeutische Leistungen notwendig werden, die ein anderer Vertragsarzt erbringen muss, werden wie bisher Überweisungsscheine ausgestellt. Sollten Patienten auf eigenen Wunsch einen Vertragsarzt in Anspruch nehmen wollen, müssen sie nicht zwingend einen Überweisungsschein des „Erstbehandlers“ im Quartal vorlegen. Vertragsärzte, die nur auf Auftrag tätig werden dürfen (z. B. Radiologen), dürfen weiter-

hin nur mit Vorlage eines Überweisungsscheines in Anspruch genommen werden.

Die Mahnverfahren für alle ausstehenden Beträge bis einschließlich 31. Dezember 2012 müssen weiter betrieben werden.

Damit die Praxisgebühr nicht direkt an die Krankenkassen weitergeleitet werden muss, wurden die monatlichen Abschlagszahlungen entsprechend reduziert.

Falls Sie nach dem Wegfall der Praxisgebühr eine Anpassung der Höhe Ihrer Abschlagszahlungen wünschen, bitten wir Sie um eine kurze Nachricht. Bevorzugt per E-mail: Hannelore.Genter@kvhh.de oder Tina.Pfaffenbach@kvhh.de oder per Fax: 22802 – 420

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900*

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

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

Tel: 040/202 299 222

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



Reform der Bedarfsplanung

- Durch die neuen Verhältniszahlen wird die für Hamburg ausgewiesene Überversorgung ansteigen. Niederlassungen werden künftig nur noch per Nachrückverfahren möglich sein.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde eine Reform der Bedarfsplanung auf den Weg gebracht. Die Konkretisierung des Vorhabens nahm allerdings einige Zeit in Anspruch. Anfang 2013 soll die neue Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft treten.

Planungsbereiche

Es wird eine Neuordnung der Planungsbereiche geben. Die Richtlinie sieht vor, dass Hamburg ein einziger Planungsbereich für die hausärztliche wie die fachärztliche Versorgungsebene bleibt.

Regional kann aber von der Richtlinie abgewichen werden. Die Hamburger Gesundheitsbehörde, die künftig mehr Einfluss auf die Bedarfsplanung haben wird, hat schon im Vorfeld zu erkennen gegeben, dass sie zumindest im haus- und kinderärztlichen Bereich eine Unterteilung des Stadtgebiets in verschiedene Planungsbereiche für wünschenswert hält. Das Problem ist: Jede zusätzliche Unterteilung schafft neue Arztstellen, die zu finanzieren die Kassen nicht verpflichtet sind.

Bedarfsplan

Für die Erstellung des Bedarfsplans sind künftig die Krankenkassen und die KV zuständig. Können sich die beiden Partner nicht einig, trifft der Landes-

ausschuss (eine Art G-BA auf Landesebene) die Entscheidung. Gelingt es den Krankenkassen und der KV, sich auf einen Bedarfsplan zu einigen, legen sie ihn der Gesundheitsbehörde vor, die ihn beanstanden kann. Kommt es zu einer Beanstandung und kann zwischen Kassen und KV auf der einen Seite und der Gesundheitsbehörde auf der anderen Seite kein Einvernehmen hergestellt werden, entscheidet ebenfalls der Landesausschuss.

Wie bisher stellt der Landesausschuss auf Grundlage des Bedarfsplanes fest, wie hoch der Überversorgungsgrad einer Fachgruppe ist und inwieweit Zulassungsbeschränkungen erlassen werden müssen.

Die Verhältniszahlen, also die Zahl der Einwohner je Arzt einer bestimmten Arztgruppe, werden sich für Hamburg mit Inkrafttreten der Richtlinie durchgängig erhöhen. Der für Hamburg ausgewiesene Überversorgungsgrad wird also in allen bisher geplanten Arztgruppen ansteigen. Zukünftig unterliegen alle Arztgruppen der Bedarfsplanung. (Einzige Ausnahme sind die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, bei denen aus rechtlichen Gründen weder im KV- noch im KZV-Bereich eine Einbeziehung in die Bedarfsplanung möglich ist.) Die einzige Möglichkeit, sich



in Hamburg im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung niederzulassen, wird also künftig darin bestehen, für einen auscheidenden Vertragsarzt oder -psychotherapeuten nachzurücken.

Praxisabgabe

Nach der neuen gesetzlichen Regelung gibt es keinen rechtlich verbrieften Anspruch mehr, dass eine Praxis nach dem Ausscheiden des Inhabers fortgeführt wird. Der Zulassungsausschuss hat zukünftig zu entscheiden, ob die Praxis ausgeschrieben werden darf oder nicht. Stimmt der Zulassungsausschuss einer Ausschreibung nicht zu, hat die KV den abgebenden Arzt in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu entschädigen.

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie war zum Redaktionsschluss noch nicht verabschiedet. Wir werden über den Fortgang der Entwicklungen berichten.

Dieter Bollmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg



Foto: Felix Faller

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

Fragen und Antworten

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

1 *Kann ich einem Patienten Podologie verordnen, wenn kein Diabetes vorliegt - beispielsweise wenn es sich um einen Adipositas-Patienten handelt?*

Nein. Die Heilmittelrichtlinie schreibt vor, dass nur bei einem diabetischen Fußsyndrom mit Neuropathie und/oder Angiopathie im Stadium Wagner 0 Podologie verordnet werden darf.

2 *Kann ich einem Diabetes-Patienten mit dieser Diagnose auch dann Podologie verordnen, wenn er nicht im DMP eingeschrieben ist?*

Ja. Ob der Patient am DMP teilnimmt, spielt keine Rolle.

3 *Auf welchem Formular wird die podologische Behandlung verordnet?*

Die Podologie wird auf dem Muster 13 (Maßnahmen der Physikalischen Therapie/Podologischen Therapie) verordnet.

4 *Müssen wir einen Vertreter benennen, wenn wir die Praxis für zwei Tage schließen? Und ist es notwendig, dies gegenüber der KV Hamburg zu melden?*

Die Praxis muss ab dem ersten Tag der Abwesenheit einen Vertreter benennen (z. B. durch einen Anschlag an der Praxistür, Anrufbeantworter). Der Urlaub muss der KV Hamburg erst ab einer Abwesenheit von sieben Tagen gemeldet werden. Es ist nicht zulässig, lediglich den Notfalldienst und/oder die Notfallpraxen Farmsen und Altona als Vertretung anzugeben.

Das Praxisvertretungsformular, womit Sie Ihren Vertreter bei der KV melden können, finden Sie im Internet: www.kvhh.de → *Formulare* → *Praxisvertretung*

5 *Ein Patient kommt in unsere Praxis und erhält aufgrund eines grippalen Infektes eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Da der Zeitraum der Krankschreibung in seinen Urlaub fällt, möchte er wissen, ob er trotzdem berechtigt ist, in seinen lang geplanten Urlaub zu fahren. Was können wir ihm sagen?*

Der Patient sollte die Zustimmung der Krankenkasse einholen, wenn er plant, sich während des Zeitraums seiner Arbeitsunfähigkeit im Ausland aufzuhalten.

Blankoformular-Papier darf nur für vertragsärztliche Tätigkeit eingesetzt werden

Das Sicherheitspapier für die Blankoformularbedruckung darf nur im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit eines Arztes zum Einsatz kommen. Eine andere Verwendung, zum Beispiel für Privatliquidati-

on oder einen Arztbrief, ist nicht zulässig (BMV-Ä/EKV, Anlage 2a). Bei der Blankoformularbedruckung werden Formulare mit einem Laserdrucker auf Sicherheitspapier gedruckt. Die Praxisverwaltungssoftware

erzeugt hierbei sowohl das aktuelle Formularlayout als auch den Formularinhalt. Das Sicherheitspapier wird von den Krankenkassen finanziert.

*Ansprechpartnerin:
Astrid Kuratnik, Tel: 22802-539*

Abgabe der Abrechnung für das 4. Quartal 2012

Abgabefrist: 2. Januar bis 14. Januar 2013

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

Abgabe in der KV

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

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

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist von Mo. bis Fr. zwischen 7.30 und 16.00 Uhr nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter

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

Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist

hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

*Ansprechpartner
Infocenter, Tel: 22802 – 900*

Amtliche Veröffentlichung

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

I. Hinweis:

Der „BKK-Wahltarif-Vertrag“ zwischen dem BKK-Landesverband NORDWEST und der AG Vertragskoordination wurde zum 31. Dezember 2012 gekündigt.

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

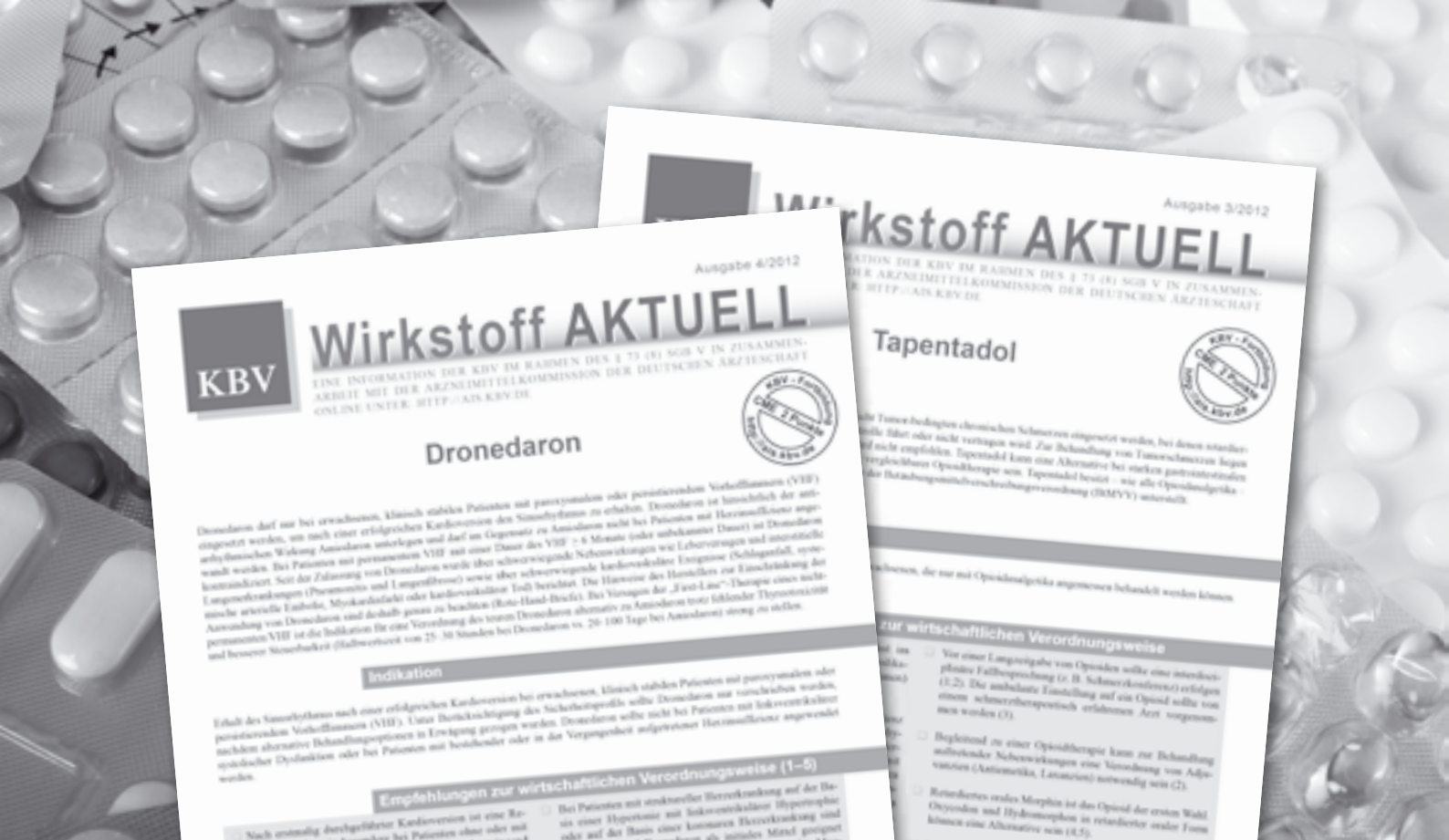


Foto: rainbow33/fotolia.com

„Wirkstoff aktuell“: Neutrale Informationen von KBV und Arzneimittelkommission

Die Publikation *Wirkstoff aktuell* wird von der KBV in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erstellt. Sie liefert dem Arzt unabhängige, neutrale Informationen über Arzneimittel, die im Rahmen der Verordnung zu Lasten der GKV erhebliche Kosten verursachen, und geben ihm Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise unter Bewertung des therapeutischen Nutzens des jeweiligen Arzneimittels.

Tapentadol (Palexia® retard)
Die Ausgabe 3/2012 befasst sich mit dem Einsatz von Tapentadol zur Behandlung starker, chronischer Schmerzen

bei Erwachsenen, die nur mit Opioidanalgetika angemessen behandelt werden können.

Die Autoren führen aus, dass Tapentadol nur bei Patienten mit schweren, nicht Tumor-bedingten chronischen Schmerzen eingesetzt werden sollte, bei denen retardiertes Morphin zu keiner ausreichenden Schmerzkontrolle führt oder nicht vertragen wird. Zur Behandlung von Tumorschmerzen liegen keine ausreichenden Daten vor. Die Anwendung wird nicht empfohlen. Tapentadol kann eine Alternative bei starken gastrointestinalen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) unter vergleichbarer Opioidtherapie sein. Tapentadol besitzt

– wie alle Opioidanalgetika – ein Sucht- und Abhängigkeitspotenzial und ist daher der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) unterstellt.

Tapentadol ist hinsichtlich seiner analgetischen Wirksamkeit den herkömmlichen Opioiden vergleichbar. Das Nebenwirkungsprofil scheint sich etwas zu unterscheiden. Während herkömmliche Opioide häufiger die typischen opioidinduzierten Nebenwirkungen wie gastrointestinale und zentralnervöse Symptome verursachen, führt Tapentadol häufiger zu Mundtrockenheit. Dass Tapentadol im Gegensatz zu dem pharmakologisch ähnlichen Tramadol der BtMVV unterliegt, liegt an

der Zulassungsstrategie des Herstellers. So wurde auch vermieden, Tapentadol mit dem therapeutischen Standard, dem retardierten Morphin, zu vergleichen. In einigen Studien lagen die Dosierungen der Opiode deutlich höher als in den deutschen Leitlinien empfohlen, so dass zu hinterfragen ist, ob äquieffektive Dosen verglichen wurden. Tapentadol bleibt somit eine therapeutische Reserve für eine sehr überschaubare Anzahl klinischer Situationen.

Bitte beachten Sie auch unseren Artikel zu Tapentadol im *KVH-Journal* 7 und 8/2011, Seite 22f.

Dronedaron (Multaq®)

In der neuesten Ausgabe von *Wirkstoff aktuell* (4/2012) informiert die KBV über den Einsatz von Dronedaron. Das Arznei-

mittel darf nur bei erwachsenen, klinisch stabilen Patienten mit paroxysmalem oder persistierendem Vorhofflimmern (VHF) eingesetzt werden, um nach einer erfolgreichen Kardioversion den Sinusrhythmus zu erhalten.

Dronedaron ist hinsichtlich der antiarrhythmischen Wirkung Amiodaron unterlegen und darf im Gegensatz zu Amiodaron nicht bei Patienten mit Herzinsuffizienz angewandt werden. Bei Patienten mit permanentem VHF mit einer Dauer des VHF ≥ 6 Monate (oder unbekannter Dauer) ist Dronedaron kontraindiziert. Seit der Zulassung von Dronedaron wurde über schwerwiegende Nebenwirkungen wie Leberversagen und interstitielle Lungenerkrankungen (Pneumonitis und Lungenfibrose)

sowie über schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse (Schlaganfall, systemische arterielle Embolie, Myokardinfarkt oder kardiovaskulärer Tod) berichtet. Die Hinweise des Herstellers zur Einschränkung der Anwendung von Dronedaron sind deshalb genau zu beachten (Rote-Hand-Briefe). Bei Versagen der „First-Line“-Therapie eines nicht-permanenten VHF ist die Indikation für eine Verordnung des teuren Dronedaron alternativ zu Amiodaron streng zu stellen.

Veröffentlicht wird *Wirkstoff aktuell* als Beilage in der Ausgabe A des *Deutschen Ärzteblattes* sowie elektronisch auf der Homepage der AkdÄ (www.akdae.de) und dem Portal Arzneimittel-Infoservice (AIS) der KBV (www.kbv.de/ais).

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*



Neue fälschungssichere BtM-Rezepte

Die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird voraussichtlich im ersten Quartal 2013 neue Betäubungsmittelrezeptformulare (BtM-Rezepte) herausgeben. Der genaue Termin steht noch nicht fest. Er wird rechtzeitig im amtlichen Teil des Bundesanzeigers bekannt gemacht werden.

Neu eingefügte Sicherheitsmerkmale sollen für eine fälschungssichere Verwendung der BtM-Rezepte sorgen. Die

Echtheit der BtM-Rezepte kann in jeder Apotheke mit einfachen Mitteln überprüft werden. Das Verfahren ist ähnlich wie bei der Geldscheinprüfung. Unter UV-A-Licht verändert das weitgehend gelbliche BtM-Rezept seine Farbe und die schwarz eingedruckte Rezeptnummer erscheint grünlich-fluoreszierend.

Wichtig: Die alten BtM-Rezepte behalten bis auf Weiteres ihre Gültigkeit. Ärzte sollten auf keinen Fall ihre alten BtM-Rezepte unaufgefordert an die Bundes-

opiumstelle zurücksenden, um sie gegen neue BtM-Rezepte einzutauschen. Es ist vorgesehen, die alten Rezepte zu verwenden, bis sie vollständig aufgebraucht sind. Die Regelungen für das Ausfüllen der BtM-Rezepte ändern sich nicht.

Weiterführende Informationen zum neuen BtM-Rezept, inklusive einer detaillierten Beschreibung der Sicherheitsmerkmale, hat das BfArM im Internet zusammengestellt: www.bfarm.de/btm-rezept

Heilmittel-Richtlinie

■ Praxisbesonderheiten gelten bundesweit – Meldeverfahren geändert

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften wurde für das Jahr 2013 erstmals ein bundesweit geltender Katalog für Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln vereinbart. Das bisherige Verfahren, eine Praxisbesonderheit zu melden, ist ab Anfang des Jahres hinfällig; die bisherigen Symbolnummern gelten nicht mehr. Um eine Praxisbesonderheit zu melden, muss man die dazugehörige ICD-10-Kodierung auf dem Heilmittel-Verordnungsformular (Muster 13,14,18) handschriftlich eintragen. Damit ist gewährleistet, dass die Praxisbesonderheit nicht das Heilmittel-Budget der Praxis belastet.

Bislang ist auf dem Heilmittel-Verordnungsformular noch kein

Feld für die ICD-10-Kodierung vorgesehen. Bis das Formular dem neuen Verfahren angepasst wird, muss die Kodierung an geeigneter Stelle eingetragen werden.

Demnächst soll die Meldung von Praxisbesonderheiten durch die Praxissoftware unterstützt werden. Das heißt: Stellt man eine Heilmittel-Verordnung in Verbindung mit dem entsprechenden ICD-10-Code der Praxisbesonderheit automatisch gemeldet. Die entsprechende Software wird allerdings voraussichtlich erst ab dem 2. Quartal 2013 zur Verfügung stehen.

Die Liste der ICD-gesteuerten Heilmittel-Besonderheiten fin-

den Sie auf der Website der KV Hamburg. Nützlich ist auch die Kenntnis der Liste der ICD-10 gesteuerten Möglichkeiten einer Genehmigung zum langfristigen Heilmittelbedarf (vom Patienten bei seiner Kasse zu beantragen). Auch in diesen Fällen sind diese Verordnungen aus dem Heilmittel-Budget herauszurechnen. Diese Liste ist ebenfalls im Internet eingestellt. www.kvhh.de → *Verordnung*

Ob es zusätzlich zu den Bundesvorgaben noch regionale Besonderheiten für den Bereich der KV Hamburg geben wird, stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest.

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

Qualitätsmanagement

■ Übergangsfrist für Zertifizierung nach alter QEP-Version verlängert

Praxen, die sich noch nach der (alten) QEP-Version 2005 zertifizieren oder rezertifizieren lassen wollen, können dies noch bis zum 30. Juni 2013 tun. (Es gilt das Datum der Zertifizierungsurkunde. Bitte beachten Sie eine mehrwöchige Vorlaufzeit bis zur Ausstellung der Urkunde!)

Die Frist wurde bis zu diesem Zeitpunkt verlängert, um den Praxen genügend Zeit für die

Umstellung auf die neue QEP-Version 2010 zu geben. Ab 1. Juli 2013 werden ausschließlich Zertifizierungen nach der

neuen Version durchgeführt. Nach wie vor gilt: Eine Qualitätsmanagement-Zertifizierung ist freiwillig!

Wer ist zertifiziert?

Bitte schicken, faxen oder mailen Sie uns eine Kopie Ihres Zertifikats, wenn Sie nach einem QM-System zertifiziert sind (Kontaktdaten siehe unten). Das Dokument wird dann Ihrer Personenakte zugeordnet.

Hygiene-Seminar: Noch Plätze frei

Die KV bietet am 30. Januar 2013 wieder ein Seminar über Hygiene in der Arztpraxis an. Es ist für Praxisinhaber und deren Mitarbeiter gleichermaßen geeignet. Unter anderem werden folgende Fragen erörtert: Welche Aufgaben hat ein Hygi-

enebeauftragter? Wie werden Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt? Welche Gesetze sind zu beachten? Was passiert bei Praxisbegehungen durch die verschiedenen Behörden? Es gibt noch freie Plätze im Seminar.

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Fortbildungspunkte

*Ansprechpartner für Fragen zu Qualitätsmanagement:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633, ursula.gonsch@kvvh.de
Birgit Gaumnitz, Tel. 22802-889, birgit.gaumnitz@kvvh.de, Fax: 22802-420
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg*

„Gott fragt nicht nach unserer Versichertenkarte“

■ Malteser Migranten Medizin feiert fünfjähriges Bestehen

Dass in den Räumen des Marienkrankenhauses seit 2007 Patienten ohne gültigen Aufenthaltsstatus behandelt werden, ist vor allem das Verdienst von drei Ärzten: Dr. Helgo Meyer-Hamme, Dr. Detlev Niebuhr und Dr. Hubertus-Eberhard Zimmermann halten im Wechsel jeden Dienstag die Sprechstunde der Malteser Migranten Medizin ab; und das ehrenamtlich. Insgesamt 1.000 Patienten aus über 70 Ländern wurden in den vergangenen fünf Jahren behandelt - der älteste war 85 Jahre, der jüngste 3 Wochen alt.

Der katholische Erzbischof Dr. Werner Thissen, Schirmherr der Malteser Migranten Medizin, dankte anlässlich des fünfjährigen Bestehens der Versorgungseinrichtung den Ärzten, Helfern und Sponsoren. „Gott beschenkt uns einfach so, ohne zuerst Forderungen zu stellen, ohne zuerst nach unserem Namen, unserer Identität und nach unserer Versichertenkarte zu fragen. Die Malteser Migranten Medizin tut es Gott nach.“ Stellvertretend für die drei Ärzte beschrieb Dr. Huber-

tus-Eberhard Zimmermann seine Beweggründe, sich für die medizinische Versorgung von Migranten und Flüchtlingen einzusetzen: „Wir alle wollten unsere Berufskennntnisse zum Wohle anderer weitergeben, an die, die es im Leben nicht so geschafft hatten. Wir sind Kriegsjahrgänge und hatten Flucht, Vertreibung und Nachkriegsaufbau hautnah miterlebt.“

Weitere Infos:

www.malteser-migranten-medizin.de → *MMM vor Ort* → *Hamburg*

Leserbriefe

Ob es nochmal gerechter wird?

(„Die falbelhafte Budgetwelt der Kassen“, KVH-Journal 12/2012, S. 5)

Das *KVH-Journal* ist richtig informativ bezüglich des schlechten Budgets durch die Kassen. Ich hatte mehrmals um transparente Informationen gebeten, auch an "oberster Stelle" - leider immer ohne Antwort. Ob es nochmal gerechter wird?

Die Abschaffung der Praxisgebühr ist ein Fortschritt! Für uns Fachärzte deutlich weniger Bürokratie. Ich hoffe, dass die KV Hamburg mit deutlichen

Argumenten für uns mit den Kassen verhandelt.

*Dr. Birgit Werner,
Augenärztin in Eppendorf*

Dialyseleistungen werden hauptsächlich von Niedergelassenen erbracht

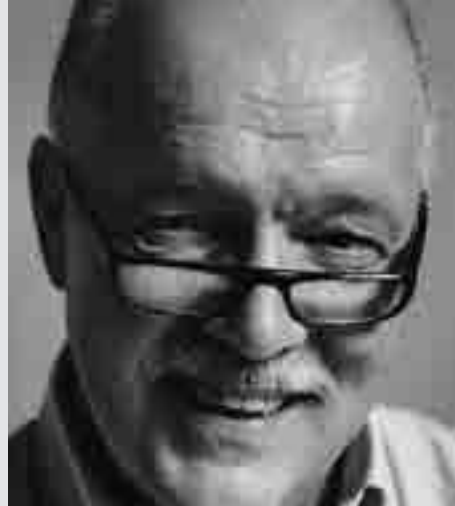
(„Alles nur ein Verteilungsproblem?“, KVH-Journal 12/2012, S. 10)

Anders als in dem Artikel suggeriert, werden die Dialyseleistungen in Hamburg und Deutschland nicht von "großen

Konzernen" erbracht, sondern weit überwiegend von niedergelassenen Fachärzten für Nephrologie. Wir verwenden unsere Zeit und Energie in direkter persönlicher Leistung am Patienten in Dialyse und Ambulanz. Unsere Leistungen sind an einen Versorgungsauftrag gebunden und dadurch auch einer Niederlassungs- und Mengenbegrenzung unterworfen.

*Prof. Dr. Joachim Gloy,
Nephrologe in Harburg,
Hamburger Obmann des
Verbandes Deutsche
Nierenzentren DN e.V.*

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



Böse Ärzte

Das Gefühl lässt sich nur schwer beschreiben: Beim gemütlichen Zappen landete ich vor wenigen Tagen in einer Dokumentation bei arte und blieb an Hubert Bruchmüller hängen. Er berichtete von seinen Herzbeschwerden im Sommer 1989. Sein Hausarzt wies ihn in eine Spezialklinik für Herz- und Lungenkrankheiten ein.

Dort wurde er untersucht, Herzkatheter, Belastungs-EKG, ein neues Medikament.

Nicht nur sein anhaltend schlechter Zustand machte ihm damals Sorgen, auch die häufigen Blutabnahmen fielen ihm auf, und das unerklärliche Verschwinden einiger Mitpatienten.

Auch Jahre später noch lässt ihm das alles keine Ruhe, er recherchiert immer weiter und erfährt schließlich, dass er als Testperson für ein neues Medikament missbraucht worden war. Sechs Mitpatienten waren bei der Testreihe verstorben.

Den Anfang der Sendung hatte ich ja verpasst, und so wurde ich mit jedem Satz unruhiger. Das

kann doch nicht wahr sein. So etwas hatte ich in unserem Land bisher für vollkommen ausgeschlossen gehalten. Andererseits gibt es nahezu keinen Betrug und keinen Gesetzesbruch, den ich der Pharmaindustrie nicht zutrauen würde – alles, wirklich alles ist schon dagewesen. Mir fällt der bis heute vi-

Der Mann wurde als Testperson für ein neues Medikament missbraucht. Sechs Mitpatienten waren bei der Testreihe verstorben.

rolente Contergan-Skandal ein. Mir fallen die ersten und tödlichen Anti-Babypillen-Tests in Mittelamerika ein. Mir fallen die heimlichen Syphilisinfektionen in Guatemala in den 1940er Jahren ein, wiederholt beim „Tuskegee-Experiment“, bei dem ab 1932 absichtlich und heimlich infizierte Schwarze in Alabama noch bis 1972 unbehandelt blieben, obwohl es längst Penicillin gab. Die Aufzählung ließe sich endlos fortsetzen, nie waren die „Patienten“ informiert, immer waren und sind Ärztinnen und Ärzte beteiligt, im Dienste der Wissenschaft, im Dienste der Menschheit.

Die Geschichte von Hubert Bruchmüller klärte sich dann auf: Die Klinik stand in Magdeburg, die Tests fanden in der DDR statt, Auftraggeber waren westdeutsche und schweizerische Pharmakonzerne; alles zusammen wohl gar nicht im Dienste der Menschheit, sondern tausendfacher Verkauf

von Gesundheit und Leben von DDR-Bürgern für Millionen D-Mark im Dienste der DDR-Devisenbilanz. Und als 1989

die BRD-Gesetze auch in der ehemaligen DDR Gültigkeit erlangten, zog die Pharma-Karawane einfach weiter, machte ihre Tests in Polen und in Rumänien.

Warum beteiligen sich Ärztinnen und Ärzte an Menschenversuchen? Warum überwachen sie Hinrichtungen, vollstrecken Todesurteile? Warum helfen sie bei Folterungen, beim Waterboarding im Irak, in Guantanamo, in Afghanistan? Mir wird das immer ein Rätsel bleiben.

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

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

Steckbrief – Für Sie in der Selbstverwaltung

Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung



Dr. Isolde de Vries

Geburtstag: 28. Oktober 1959

Familienstand: verheiratet

Fachrichtung: Psychotherapie

Weitere Ämter: Mitglied im Zulassungsausschuss, stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss, Koordinatorin des Kreises 3, Vorsitzende des Landesverbandes Hamburg und Schleswig-Holstein der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP), Fortbildungsbeauftragte der Alfred-Adler-Akademie, stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Hamburg der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)

Hobbys: Lyrik, Musik, Kunst

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die sprechende Medizin aufwerten und den Erhalt der ärztlichen Psychotherapie in allen Facetten, das heißt auch für hauptberuflich somatisch tätige KollegInnen, weiterhin ermöglichen. Die Wechselwirkung zwischen Psyche und Soma als eine genuin ärztliche Aufgabe erhalten.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Ja, im Sinne einer fairen Bezahlung für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen und bezahlbarer, hochqualitativer Leistung für PatientInnen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Mit John Neumeier über Kultur und ärztliche Kunst reden.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Als professionelle Traumdeuterin behalte ich diesen Teil lieber für mich.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Sonderversammlung: Do. 31.1.2013 (ab 20.00 Uhr)
Vertreterversammlung: Do. 21.3.2013 (ab 20.00 Uhr)
im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

Seminar „Der QM-Praxis-Check“

Dieses Seminar nimmt die Organisation und die Kommunikation der Praxis unter die Lupe. Beispielhaft wird der Praxisdurchlauf eines Patienten nachgestellt. Das Gesamt-Erscheinungsbild sowie einzelne Bereiche der Praxis wie z. B. Anmeldung, Wartezimmer, Sprechzimmer, Labor, werden beleuchtet.

Mi. 27.02.2013 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

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-lizenzierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr. 14.06.2013 (15:00-21:00 Uhr) / Sa. 15.06.2013 (08:30-16:30 Uhr)
Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 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 dieses Seminar ab.

Mi. 30.01.2013 (09:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Refresher-Seminar

Das Seminar soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr Praxis-QEP® auf die Version 2010 umzustellen. Für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen geeignet.

Mi. 20.02.2013 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl. Verpflegung und neuer QEP®-Unterlagen

10 Punkte

QEP®-Datenschutz

Die Wahrung der Schweigepflicht und der Datenschutz haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. In diesem Seminar stehen folgende Themen im Mittelpunkt:

- gesetzliche Grundlagen
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- Datensicherung und Umgang mit Patientendaten
- Aufbewahrung
- Diskretion in der Arztpraxis

Mi. 10.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

"Fit am Empfang"

Der Empfang ist das Spiegelbild der Praxis. Von der professionellen Konversation über den Umgang mit Patientenbeschwerden bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung - in diesem Seminar lernen medizinische Fachangestellte, einen positiven Eindruck von sich und Ihrer Praxis zu vermitteln.

Mi. 24.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

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 4. Quartal 2012

2. bis 14. Januar 2013

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 E-Mail

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 Fallner