

# KVH *journal*

## ADHS

*Verschreiben wir zu viele Medikamente?*



---

### **ANTIBIOTIKA**

*Programme gegen Resistenzentwicklung*

### **PRAXISKOSTEN**

*Keine methodischen Fehler im ZiPP*

## IMPRESSUM

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

## IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit,  
Martin Niggeschmidt  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 10/2013 (1. Oktober 2013)

Redaktionsschluss: 12. September 2013



## Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Das *KVH-Journal* muss viele Aufgaben erfüllen: Es soll Sie informieren über alle Entwicklungen und Entscheidungen, die für Ihren Praxisalltag relevant sind. Es soll Ihnen Hintergründe erklären, die zu diesen Entscheidungen geführt haben. Es soll Ihnen die Arbeit Ihrer KV näher bringen und Ihnen dabei helfen, unsere Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Es fungiert als offizielles Mitteilungsorgan der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Und dann soll es natürlich auch noch unterhalten, soll Ihnen die Themen in spannender Form nahebringen.

Und dann gibt es da noch etwas: Wir wollen guten Journalismus bieten, wozu auch gehört, kontroverse Themen nicht zu verniedlichen oder zu verschweigen. Ein solches Thema beherrscht diese Ausgabe des *KVH-Journals*. Eine Tartarenmeldung des Ersatzkassenverbandes VdEK (die sich im Nachhinein als wenig belastbar herausgestellt hat) war der Anlass, das Thema „ADHS“ einmal näher zu beleuchten: Alle Meinungen kommen zu Wort, Hintergründe werden dargestellt, ebenso Zahlen und Fakten. Ein Stück guter, alter, seriöser Journalismus. Auch dafür steht Ihr *KVH-Journal*.

**Ihr Walter Plassmann,**  
Vorsitzender der KV Hamburg

---

### KONTAKT

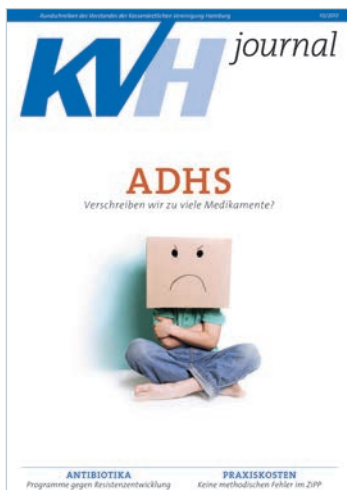
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

**Tel: (040) 22802-655, E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**

## INHALT

### SCHWERPUNKT

- 06\_ Nachgefragt: Werden zu schnell ADHS-Medikamente verschrieben?
- 08\_ Was bringt Methylphenidat für die Patienten?  
Eine kritische Bestandsaufnahme
- 10\_ Diskussionsbeitrag aus psychotherapeutischer Sicht
- 14\_ Positive Wirkung: Erfahrungen aus der Praxis einer Kinderneurologin
- 16\_ ADHS-Vertrag mit der AOK: Mehr Gespräche, weniger Medikamente
- 17\_ Ist Hamburg Spitzenreiter bei Methylphenidat-Verordnungen?



### AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18\_ Fragen und Antworten

### QUALITÄT

- 20\_ Beratungsangebot: Qualitätsmanagement mit der KV Hamburg  
Neu nach QEP zertifizierte Praxen

### ABRECHNUNG

- 21\_ Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2013

### WEITERLESEN IM NETZ: [WWW.KVHH.DE](http://WWW.KVHH.DE)

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie **Formulare, Anträge und Verträge** herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, KV-Veröffentlichungen und eine **erweiterte Arztsuche** für Mitglieder.



## ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 22\_** Antibiotika-Stewardship:  
Programme zum Kampf gegen  
Antibiotika-Resistenzen
- 25\_** Nutzenbewertung neuer  
Medikamente  
AkdÄ-Fortbildung zu Diabetes  
mellitus
- 26\_** Änderung der Schutzimpfungs-  
richtlinie  
Neue Impfeempfehlungen der Stiko  
Versand von Betäubungsmittel-  
Rezepten
- 27\_** Verordnung von Selenpräparaten  
Neue Beschlüsse zu Off-Label-  
Verordnungen

## FORUM

- 28\_** Wissenschaftlicher Beirat: Keine  
methodischen Fehler im ZiPP

## RUBRIKEN

- 02\_** Impressum
- 03\_** Editorial

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 21\_** Bekanntmachungen im  
Internet

## KOLUMNE

- 29\_** Zwischenruf von  
Dr. Bernd Hontschik

## KV INTERN

- 28\_** Leserbrief
- 30\_** Steckbrief:  
Dr. Joachim Weiß
- 31\_** Terminkalender

## BILDNACHWEIS

Titelbild: photophonie/fotolia  
Seite 9: photophonie/fotolia; Seite 12:  
Heinrich Hoffmann/Wiki commons;  
Seite 13: Alcibiades/Wiki commons;  
Seite 18: contrastwerkstatt/fotolia;  
Seite 19: Felix Faller/alinea; Seite 21:  
fotografci/fotolia; Seite 22 bis 24:  
Aktion meditech; Seite 27: Andrei/fotolia;  
Seite 29: Barbara Klemm; Seite 32:  
Felix Faller/alinea; Icons: iStockphoto

## Werden zu schnell Medikamente gegen ADHS verschrieben?

Wir haben Lehrer-, Ärzte- und Eltern-Vertreter um eine Stellungnahme gebeten.



**Josef Kraus**  
Präsident des deutschen  
Lehrerverbandes

## Verschreibungszahlen mahnen zur Vorsicht

Kinder mit AD(H)S sind anstrengend, sie erhalten deswegen oft negative Rückmeldungen. Medikamente versprechen Abhilfe, die Kinder sind umgänglicher und konzentrierter.

Die Medikamente haben vielen ADHS-Kindern geholfen, die stetig steigenden Verschreibungszahlen mahnen jedoch zur Vorsicht: Handelt es sich immer um den neuronal verursachten Symptomkomplex oder liegen dem Verhalten fehlende Grenzziehungen der Eltern oder Reizüberflutung durch überhöhten Medienkonsum zugrunde? Problematisch sind die möglichen Nebenwirkungen und ein Gefühl der Abhängigkeit, weil der Betroffene lernt, dass er ohne Medikament nicht wie gewünscht „funktioniert“. **Die Behandlung sollte sich nicht auf Medikation beschränken, sondern kombiniert werden mit Beratung, eventuell Familientherapie oder Verhaltenstraining.** Wichtig sind eine verlässliche Tagesplanung, reizarme Umgebung und viel Gelegenheit zu Sport und Bewegung – und dem Kind die Gewissheit zu geben, dass man ihm zutraut, das Problem beherrschen zu lernen. ■



**Thomas Krömer**

Vorsitzender des Berufsverbandes für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie/  
Psychotherapie in Hamburg

## Viele Eltern lehnen Medikamente ab

Die Verschreibungen für Medikamente bei der Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen sind in den letzten Jahren tatsächlich sprunghaft gestiegen. Dies betrifft in erster Linie den Wirkstoff Methylphenidat. Auch nach meinen Erfahrungen sind in Hamburg die Verschreibungszahlen für Medikamente bei Aufmerksamkeitsstörungen in die Höhe gegangen. Dabei gehen wir heute davon aus, dass die Prävalenz von Aufmerksamkeitsstörungen im selben Zeitraum gleich geblieben ist. Daraus schlussfolgernd stellt sich die Frage, wie der Anstieg der medikamentösen Behandlungen zu Stande kommt.

**In meiner Praxis stelle ich häufig fest, dass Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen von Eltern vorgestellt werden, die nicht an einer medikamentösen Behandlung interessiert sind beziehungsweise diese für ihre Kinder ausschließen. ■**



**Dr. Klaus Skrodzki**

Beisitzer im Vorstand der  
Eltern-Selbsthilfegruppe ADHS  
Deutschland e. V

## Nach bestem Wissen und Gewissen

**Die medikamentöse Behandlung der ADHS wird in Deutschland in den meisten Fällen sachlich richtig und nach bestem Wissen und Gewissen der Ärzte durchgeführt.** Nur in Ausnahmen werden Medikamente zu schnell, nicht leitliniengerecht und ohne hinreichende Kontrolle ihrer Wirkung verordnet. Daneben gibt es stets auch Fälle, in denen eine absehbar hilfreiche medikamentöse Behandlung unterbleibt. Beides sind Effekte einer fehlenden Akzeptanz von psychischen Krankheiten, zu denen auch ADHS gehört, und deren Behandlung in der Öffentlichkeit, als auch von fehlender Unterstützung der Krankenkassen für eine aufwändige Diagnostik und dauerhafte therapeutische Begleitung.

Ärzte und Psychologen sind bei Verhaltensstörungen abhängig vom Bericht der Menschen, die mit dem Kind zusammenleben, insbesondere der Eltern und Pädagogen. Das unterscheidet die ADHS nicht vom Einnässen, Schlafstörungen oder anderen psychischen Besonderheiten, die auch nicht einfach in der Arztpraxis beobachtet werden können. ■

VON PETER S. SCHÖNHÖFER

# Die ADHS-Inflation

Immer mehr Menschen bekommen eine Aufmerksamkeitsdefizit-Störung bescheinigt. Was leistet Methylphenidat für diese Patienten? Eine kritische Bestandsaufnahme.



## ADHS EINE ERFUNDENE ERKRANKUNG?

Der Zappelphilipp wurde schon 1845 von dem Psychiater Heinrich Hoffmann beschrieben, aber nicht als Krankheit, sondern als kindliches Verhalten, das besondere erzieherische oder pädagogische Probleme darstellte und mit dem entsprechend umzugehen war. In den 1980er Jahren wurden die präpubertären Verhaltensstörungen dann als Hyperkinesien bezeichnet. Heute heißt diese Verhaltensstörung ADHS und gilt als eine behandlungspflichtige Erkrankung, die bei 620.000 der unter 19-Jährigen (4,1 Prozent der Kinder und Jugendlichen) diagnostiziert wird und bei der Hälfte von ihnen medikamentös mit Psychostimulantien vom Typ

des Methylphenidat behandelt wird.<sup>1</sup> Trotz dieser Behandlung nimmt die Zahl der Betroffenen nicht ab, sondern laufend zu, zwischen 2006 und 2011 stieg der Anteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen von 2,9 Prozent auf 4,1 Prozent, also um 42 Prozent.

In den 1980er Jahren bauten viele Unternehmen der Pharma-

**Trotz intensiverer Behandlung nimmt die Zahl der Betroffenen nicht ab, sondern zu.**

industrie mit dem Ziel der Einsparung und Profitsteigerung die eigene Forschungskompetenz drastisch ab. Wegen der dadurch ausgelösten Innovationsschwäche be-

mühte sich das Pharmamarketing verstärkt, für alte oder bekannte Arzneimittel neue Vermarktungsfelder zu erschließen, indem es „angemietete“ ärztliche Experten dazu veranlasste, häufige und oft banale Verhaltens- oder Befindlichkeitsstörungen zu medikamentös behandelungspflichtigen Erkrankungen umzudefinieren. So wurden bei Heranwachsenden übliche Kontaktprobleme, Stimmungsschwankungen, Schüchternheit oder Essstörungen zu Symptomen der Depression umdefiniert, wodurch Antidepressiva und/oder Neuroleptika auch an Jugendliche vermarktbar wurden. Am besten bekannt ist der inzwischen gescheiterte Versuch der Firma Lilly, durch die Erfindung der „Female Sexual Dysfunction“ ihr Potenzmittel



VIAGRA auch an Frauen verkaufen zu können.<sup>2</sup>

Ähnlich suchte Novartis in den 1970er/1980er Jahren lukrative Absatzmärkte für sein altes amphetaminartiges Psychostimulanz Methylphenidat (RITALIN), das als Schnell- oder Wachmacher, als Energie- oder Leistungsspender (Neuroenhancer) vermarktet wurde und dabei abhängigen Missbrauch erzeugte. Durch schwere Zwischenfälle (Benommenheit, Atemlähme, Koma) bei als Mittel gegen Schnupfen vermarkteten Sympathomimetika war erkannt worden, dass diese Rezeptor-Agonisten bei Säuglingen und Kleinkindern mit offener Blut/Hirnschranke nicht aktivierend, sondern dämpfend auf unreife neuronale Strukturen wirken. Das traf auch für amphetaminartige Sympathomimetika wie Methylphenidat zu. Novartis stellte fest, dass sein Psychostimulanz bei Kindern mit Zappelphilipp-Verhalten – damals präpubertäre Hyperkinesien genannt – die für Betroffene und Betreuer störenden Symptome wie Unruhe, Agitation oder Bewegungsdrang eher dämpfen als aktivieren. Eine relevante Besserung von Lernfähigkeit, Schulleistungen oder Sozialverhalten ließ sich in klinischen Studien nicht belegen und fehlt deshalb als Indikationsangabe.

#### DOMINANZ DER PHARMAKOTHERAPIE BERECHTIGT?

ADHS wird als Reifungsstörung bestimmter Hirnfunktionen verstanden, wobei aber die Hypothese einer besonderen Rolle dopaminerger neuronaler Strukturen unzureichend belegt ist. Andererseits kann es bei ADHS im Laufe der Kindheit und



Ernüchternde Spätergebnisse: Keine Besserung von Sozialverhalten, Lernfähigkeit und Schulleistungen?

Jugend spontan zur Besserung beziehungsweise Ausheilung der Verhaltensstörungen kommen. Das zu fördern ist Ziel aller pädagogischen, psychagogischen oder psychotherapeutischen Bemühungen. Aber sie sind nicht immer zielführend.

Deshalb kam es zur erheblichen Steigerung des Stellenwertes und zur Ausweitung der Pharmakotherapie bei ADHS, als 1999 die MTA-Studie (Multimodal Treatment Study on Children with ADHD) eine Gleichwertigkeit der Behandlung mit Methylphenidat mit nichtmedikamentösen Verhaltenstherapien feststellte und sogar einen Vorteil der Behandlung mit Kombinationen beider

Behandlungsformen behauptete.<sup>3</sup> Die herstellernahen Apologeten der Pharmakotherapie propagierten danach solche multimodalen Behandlungskonzepte.<sup>4</sup> Hersteller von Methylphenidat wie Novartis oder Shire boten in ihren Fortbildungen für verordnende Ärzte flugs gesponserte Schnellkurse in entsprechenden Verhaltenstherapien an.<sup>5</sup>

Was bei Herstellern und herstellerhörigen Experten weitgehend unerwähnt blieb, sind die ernüchternden Spätergebnisse bei den 14 Monate mit Methylphenidat behandelten Jugendlichen der MTA-Studie im Vergleich zu unbehandelten: Nach drei Jahren waren die behan-

delten Jugendlichen erheblich häufiger straffällig (27,1 Prozent versus 7,4 Prozent) und wesentlich häufiger Drogenkonsumenten (17,4 Prozent versus 7,8 Prozent).<sup>6</sup>

Die in der MTA-Studie dargestellten positiven Ergebnisse korrelierten also nicht mit einer Besserung hinsichtlich Schulleistungen, Berufsausbildung, sozialen Bindungen oder allgemeiner Lebensbewältigung. Das gilt auch für die erhöhte Kriminalitätsrate von ADHS-Betroffenen. Die

Zahl der Straftaten sinkt zwar unter Methylphenidat um ein Drittel (32 Prozent), aber dieser Effekt geht bei Pausieren oder Absetzen der Medikation wieder verloren.<sup>7</sup>

Außer einer kurzfristigen symptomatischen Dämpfung unter der Medikation findet sich keine überzeugende Besserung der Verhaltensstörungen der Betroffenen. Die heute beobachtete Zunahme von ADHS bei Erwachsenen, die als Kind mit Methylphenidat behandelt wur-

den, lässt selbst das Gegenteil – eine Hemmung der Hirnreifung unter Methylphenidat – nicht völlig ausgeschlossen erscheinen, zumal tierexperimentelle Daten eine Hemmung der Hirnreifung durch Methylphenidat andeuten.<sup>8</sup>

#### SICHERHEIT VON METHYLPHENIDAT

Die typischen Störwirkungen amphetaminartiger Psychostimulanzien können auch bei Methylphenidat

## Allein mit der eigenen Hilflosigkeit

Medikamente beseitigen nicht die Ursachen des Konflikts. Stattdessen verhindern sie, dass Bewältigungsmechanismen erlernt werden.  
Ein Diskussionsbeitrag aus psychotherapeutischer Sicht.

**I**n der kontroversen Diskussion unterschiedlicher wissenschaftlicher Konzepte zum ADS und ADHS kommt das Erleben der betroffenen Kinder oft zu wenig zur Sprache. Aus Sicht von Psychotherapeuten, die über Jahre von den Sorgen dieser Kinder und ihren Familien erfahren haben, ist deren Hauptproblem das emotionale Erleben im System der Schule. Sie werden auf vielfältige Weise begrenzt durch Mitschüler und Regeln und außerdem Prüfungssituationen ausgesetzt. In dem Grenzerleben, dass etwas nicht möglich ist, zum Beispiel während des Unterrichtes draußen zu spielen, sind die Gefühle der Hilflosigkeit enthalten. Ein für alle Menschen meist als sehr unangenehm empfundener Zustand. Hinzu kommen Affekte von Verunsicherung, Beschämung und Schuld. Diese Kinder gehen nicht davon aus, dass irgendjemand diese Empfindungen miterleben und Anteil nehmen möchte. Sie glauben mit diesen Wünschen nicht willkommen zu sein und erleben diese daher als konflikthaft. Da bezogen auf diese Gefühle also die Erfahrung fehlt, dass geteiltes Leid halbes Leid

ist, bleibt ihnen keine andere Wahl als nach eigenen Lösungen zu suchen. Zum Beispiel führen sie einen Affektwechsel von der Hilflosigkeit in die Wut durch, was oft sehr leicht ist, da schnell etwas zu finden ist, über das sie sich ärgern können. Auch körperliche Bewegungen (Hyperkinese) bringen eine Entlastung, weil sie zu dem Erleben von Aktivsein führen, anstelle von Ohnmacht. Wenn beides nicht geht, bleibt die Möglichkeit, in eine selbstgewählte Fantasiewelt auszuweichen, in der das betroffene Kind sich eine Welt ohne die belastenden Affekte verschaffen kann. Dann ist das Kind aber nicht auf das schulische Geschehen konzentriert.

Dieser innere Zusammenhang wird oft nicht verstanden. Den Kindern wird deswegen unterstellt, die Fähigkeit ihres Gehirns zur Konzentration sei grundsätzlich gestört. Eine Nachfrage bei den Familien klärt meist sofort auf, dass die Kinder sich auf Lieblingstätigkeiten sehr wohl konzentrieren können. Die oft durchgeführten sogenannten ADHS-Testungen, wie zum Beispiel der Konzentrationstest, misst als psycho-

auftreten: Reizbarkeit, Aggressivität, Feindseligkeit, Verfolgungswahn, psychotische Verkennungen, Depression, Suizidalität, Schlafstörungen sowie Bluthochdruck, kardiovaskuläre Todesfälle, Rhabdomyolyse, Nierenversagen.

Vor allem die psychotischen Reaktionen können einen Einsatz von Neuroleptika auslösen, die Kinder und Jugendliche durch metabolische Störwirkungen (Hyperglykämie, Diabetes) oder durch Hyperprolaktin-

ämie mit Störungen der Sexualentwicklung bis zur Infertilität schädigen können.

Auch eine zytotoxische Wirkung wird sichtbar an der bekannten Wachstumshemmung bei Kindern unter sechs Jahren,<sup>9</sup> am Anstieg von Parkinson-Erkrankungen um 60 Prozent bei langjährigem Missbrauch von Amphetaminen<sup>10</sup> und tierexperimentell am Untergang dopaminerger Neurone unter Methylphenidat.<sup>11</sup>

## DAS GESCHÄFT MIT ADHS: DISEASE MONGERING

### 1. Vermehrung der Diagnosezahlen mittels Diagnose-Kriterien

Es ist eine bekannte Praxis in der Pharmaindustrie, die Zahl der Verbraucher eines Medikamentes dadurch zu steigern, dass man mit Hilfe angeheuerter Experten Laborwerte so verändert, dass die Zahl der angeblich behandlungspflichtigen Erkrankten zunimmt, dass also gestern

logischer Test auch nicht die Konzentrationsfähigkeit als solche, sondern bestätigt allenfalls, dass ein Kind sehr geübt darin ist, sich Aufgaben durch heimliches inneres Ausweichen zu entziehen, wenn die Aufgabenstellung Ähnlichkeiten mit der Schulsituation aufweist.

Diese Kinder brauchen also zusammen mit ihren Eltern die Gelegenheit, behutsam mit den bis dahin als sehr belastend empfundenen Gefühlen neue Erfahrungen zu machen. Durch Anteilnahme, Akzeptanz und Wertschätzung in einer psychoanalytischen Psychotherapie kann dann allmählich das Erleben seinen Schrecken verlieren. Die bisher vermiedenen Gefühle dürfen dann auch in der Schule ausgelöst werden.

In anderen Affektbereichen ist diese Entlastungserfahrung eine Selbstverständlichkeit; beispielsweise wenn eine ganze Familie zusammen trauert und alle die Tröstung als große Erleichterung erleben. Kaum jemand würde auf die Idee kommen, statt Zuwendung eine Glückspille zu fordern, die Trauer und Verlusterleben sofort reguliert.

Die im Fall von ADS, ADHS verabreichten Psychostimulantien entkoppeln das Gefühlserleben von Hilflosigkeit von den körperlichen Mitreaktionen (Alarm-, Schmerz- und Mangel erleben) und machen dadurch den inneren Gefühlszustand erträglicher, sodass das Abschweifen der Gedanken in eine Fantasiewelt

weniger nötig ist und die Kinder oft wieder besser am Schulgeschehen teilnehmen können. Wenn man das „Glückspillen“-Modell tatsächlich als attraktiv ansieht, könnte man in der Medikation der Kinder einen Ausweg sehen.

Der Preis, den sie aber, neben vielen anderen Auswirkungen, dafür in Wirklichkeit zahlen, ist das Weiterbestehen des Konfliktes, den die Kinder in Bezug auf den Wunsch nach Anteilnahme und Wertschätzung haben. Außerdem kann das Gehirn keine neuen Bewältigungsmechanismen erlernen, die ihm sonst zur Verfügung stehen würden und von der Medikamenteneinnahme unabhängig machen würden. Die Medikamentenwirkung führt also nicht zur Aufhebung der Ursache, sondern hindert sogar das Gehirn daran, die eigentlich notwendigen nachzuholenden Bewältigungsmechanismen zu erlernen.

Die Kinder bleiben meist mit ihren negativen Erfahrungen in Bezug auf den belastenden Affektbereich ein Leben lang allein, weil diese Gefühle sich aus dem Lebensalltag nicht wirklich verbannen lassen und spätestens in der nächsten Generation wieder als aktuelles Problem auftauchen.

### DR. BERND HENKE

ist Kinder- und Jugendpsychiater und ärztlicher Psychotherapeut in Hamburg-Wellingsbüttel

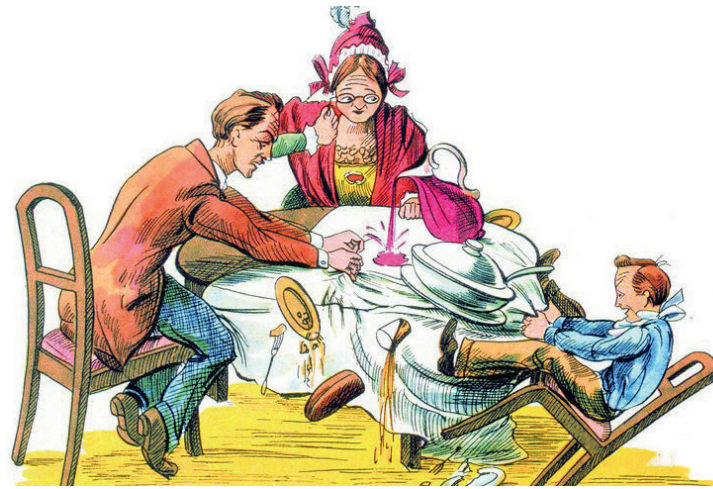
noch Gesunde heute behandlungspflichtige Kranke sind.

In der Psychiatrie benutzt man dazu häufig eine Veränderung von offiziellen Diagnose-Kriterien. Ende der 1980er Jahre bzw. Anfang der 1990er Jahre wurden die Diagnose-Kriterien der präpubertären Hyperkinesien durch die American Psychiatric Association im Diagnosekatalog DSM-IV in die „Attention-Deficit/Hyperactivity-Disorder (ADHD)“ umgewandelt. Das DSM entspricht dem hiesigen ICD 10.

Heute warnt der Schirmherr des DSM-IV Allen Frances, Psychiater an der Duke University, vor der dadurch ausgelösten Explosion von psychiatrischen Diagnosen.<sup>12</sup>

Auch in Deutschland stieg die Zahl der ADHS-Diagnosen von 5.000 im Jahre 1995 auf 750.000 im Jahre 2011, von denen jeder zweite Betroffene ein ADHS-Medikament erhält.<sup>1</sup>

Auch Ärzte können von dieser Entwicklung profitieren, wenn sie an einer honorierten Anwendungsbeobachtung für ADHS-Medikamente teilnehmen, obwohl andererseits ein solches Zusammenwirken von Ärzten und Pharmaindustrie nach Ansicht des Bundesgerichtshofs als „korruptives Verhalten im Ge-



„Zappelphilipp“ von Heinrich Hoffmann (1845): Kindliches Verhalten, das pädagogische Probleme darstellt

sundheitswesens“ qualifiziert werden kann.<sup>13</sup>

## 2. Gefährdungen durch ADHS-Fehldiagnosen

Die erleichterte Diagnosestellung gefährdet potentiell Millionen von Kindern, die in Überforderungssitu-

## Früh eingeschulte Kinder haben offenbar ein höheres Risiko, eine ADHS-Diagnose zu bekommen.

ationen wie üblich mit Angst, Unruhe, Bewegungsdrang und Konzentrationsstörungen reagieren und so dann fälschlich als ADHS diagnostiziert werden. Wenn sie dann auch ADHS-Medikamente erhalten, sind sie als krank abqualifiziert. Nach einer Studie der Universität Michigan (USA) findet sich bei den jüngsten

der neu eingeschulter Kinder eines Jahrgangs wegen der altersbedingten Überforderung häufiger die Diagnose ADHS als bei den jahrgangsalteren Kindern.<sup>14</sup> Diese Fehldiagnosen infolge altersbedingter Entwicklungsdefizite würden etwa 20 Prozent aller ADHS-Kinder betreffen.

Auch eine kanadische Untersuchung an 900.000 Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren kommt zu dem Ergebnis, dass unter den jahrgangsjüngsten Kindern 48 Prozent der Jungen und 77 Prozent der Mädchen wegen altersgemäßer Unreife fälschlich als ADHS diagnostiziert und/oder mit ADHS-Medikamenten behandelt werden.<sup>15</sup> Die Reifungsdefizite betreffen häufiger Kinder aus bildungsfernen Schichten und potenzieren sich in den nächsthöheren Klassen.

## 3. ADHS bei Erwachsenen

Offenbar gibt es – möglicherweise auch infolge behandlungsbedingter Hemmwirkung auf die Hirnreifung<sup>8</sup> – zunehmend erwachsene Betroffene mit ADHS-Symptomatik. Darin sah die Firma Medice einen neuen Markt, den sie sich für ihr Methylphenidat MEDIKINET ADULT mit einem Zulassungsantrag beim BfArM erschlie-

### Literatur:

1. BARMER GEK Arztreport 2013, Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS, Jan. 2013  
2. Moynihan R: The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003;326:45  
3. MTA Cooperative Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiat*

1999;56;1073-86

4. Remschmidt H, Global ADHD Working Group: Global consensus on ADHD/HKD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14;127-37  
5. Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie: Eine Generation wird krankgeschrieben – Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka. Köln, 2013

6. Molina BSG et al: Delinquent behavior and emerging substance abuse in the MTA at 36 months: Prevalence, course, and treatment effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1028-40

7. Lichtenstein P et al: Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med* 2012;367:2006-14

8. Grund T et al: Influence of methylphenidate on

ßen wollte. Das BfArM erteilte die Zulassung, obwohl keine Daten vorgelegt wurden, die die Sicherheit für eine Behandlung über mehr als sechs Monate belegten.

#### 4. Gesponserte wissenschaftliche Gesellschaften

Im Jahre 2008 gründeten Professoren der Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg in Zürich die „World Federation of ADHD“ mit dem Ziel, die Öffentlichkeit über ADHS und seine Therapie – damals insbesondere Methylphenidat – zu informieren.<sup>16</sup> Neben firmengesponserten „Fortbildungsveranstaltungen“ wird, gestützt von lukrativen Sponsorengeldern, alle zwei Jahre an luxuriösen Tagungsstätten ein „World Congress on ADHD“ zelebriert, auf dem die Hersteller von ADHS-Medikamenten und ihre Experten ihre neusten Produktwerbungen in pseudowissenschaftlicher Umgebung präsentieren dürfen.

Dass sich diese Zusammenarbeit nicht nur für Hersteller, sondern auch für die Veranstalter lohnt, ist im Pharmamarketing eine Binsenwahrheit. Der Vorstand der „World Federation“ rekrutiert sich fast ausschließlich aus Würzburger Professoren und deren ehemaligen Mitarbeitern. Nur zuletzt tauchte ein Brasilianer als Vorsitzender auf, aber



Methylphenidat-Präparate: Geringfügige Dämpfung von Agitation, Unruhe oder Bewegungsdrang

dessen Nähe zu Novartis als „Consultant“ kann man in seinem „biosketch“ nachlesen.<sup>16</sup>

Professionelles Marketing von Informationen über ADHS in der Öffentlichkeit soll ein Mehr an Diagnosen und Behandlungen bringen. Wer diesen Hintergrund kennt, liest die im Arztreport 2013 zusammengetragenen Daten über zehn- bis zwölfjährige Schulkinder mit anderen Augen:<sup>1</sup>

- In der Region Würzburg / Unterfranken haben 18,8 Prozent der Jungen und 8,8 Prozent der Mädchen eine ADHS-Diagnose – das sind 57 Prozent beziehungsweise 120 Prozent mehr als im Bundesdurchschnitt.
- RITALIN u.a. erhalten in dieser Region 13,3 Prozent der Jungen und 5,5 Prozent der Mädchen – das sind 100 Prozent beziehungsweise 175 Prozent mehr als im Bundesdurchschnitt.

Die wesentliche Frage bleibt aber offen: Ist das Krankheitserfindung oder Krankheitserkennung?

#### FAZIT

Während der Wirkdauer von Methylphenidat werden Agitation, Unruhe oder Bewegungsdrang bei ADHS geringfügig gedämpft. Die Behandlung fördert aber weder die Hirnreifung noch verbessert sie Schulleistungen, soziales Verhalten (soziale

Bindfähigkeit und Integration, Lebensbewältigung), Berufsausbildung u.a.

Professionelle ADHS Vermarktung zwecks Umsatzsteigerung von Medikamenten (Disease mongering) steigert die Zahl der ADHS Diagnosen und macht so immer mehr Kinder und Jugendliche zu Kranken. So kann es aussehen, wenn sich die solidarische Krankenversorgung zur profitorientierten Gesundheitswirtschaft wandelt. ■

#### PROF. DR. PETER S. SCHÖNHÖFER

ist Arzt und Pharmakologe. Von 1988 bis 2000 war er Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie am Klinikum Bremen-Mitte.

#### Interessenskonflikte:

1. Keinerlei materielle/finanzielle Beziehungen zu Arzneimittelherstellern
2. Mitglied bei Transparency International Deutschland und MEZIS

brain development – an update of recent animal experiments. *Behav Brain Funct* 2006;10:2  
9. Swanson J et al: Stimulant-related reductions of growth rates in the PATS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1304-13  
10. *Am Acad Neurology: Using Amphetamines May Increase Risk of Parkinson's Disease*. Pressemitteilung vom 20.02.2011. <https://www.aan.com/PressRoom/>

Home/PressRelease/904  
11. Moll GH et al: Early methylphenidate administration to young rats causes a persistent reduction of the density of striatal dopamine receptors. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001;11:15-24  
12. A. Frances, B. Schaden: Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Dumont Buchverlag, 1. Aufl. 2013  
13. Bundesgerichtshof Az. GSSt 2/11 vom 29. März 2012

14. Elder TE: The importance of relative standards in ADHD diagnoses: evidence based on exact birth dates. *J Health Econ* 2010;29:641-56  
15. Morrow RL et al: Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 2012;184:755-62  
16. World Federation of ADHD: [www.adhd-federation.org/world-federation-of-adhd.html](http://www.adhd-federation.org/world-federation-of-adhd.html)

VON KIRSTEN STOLLHOFF

# Positive Wirkung

Wer den Anstieg der Methylphenidat-Verordnungen für Kinder mit ADHS kritisiert, übersieht: Die Verschreibung des Medikaments bedeutet für viele Familien, die unter Leidensdruck stehen, eine große Erleichterung.

**I**n den vergangenen Monaten ist die Diskussion um ADHS neu entbrannt. Die Krankenkassen sprechen von einem „inflationären Anstieg“ von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen-Diagnosen, das Schlagwort der „ADHS-Generation“ macht die Runde.

Zunächst muss man festhalten: Die Prävalenz von ADHS in Deutschland liegt aus internationaler Perspektive betrachtet noch immer im unteren Bereich – weitaus niedriger als beispielsweise in den USA. Niemand bestreitet, dass die Zahl der Diagnosen in Deutschland innerhalb der vergangenen Jahrzehnte angestiegen ist. Vor dem Hintergrund der weltweit erhobenen Daten jedoch sollte man das als Normalisierung wahrnehmen: Auch in Deutschland hat sich ein Bewusstsein für diese Krankheit herausgebildet. Es wird genauer hingeschaut und besser diagnostiziert.

Ob es tatsächlich immer die „richtigen“ Kinder sind, die eine ADHS-Diagnose erhalten und entsprechend behandelt werden, kann

ich nicht beurteilen. Doch ich würde mir wünschen, dass die Krankenkassen den vor einigen Jahren ausgearbeiteten ADHS-Vertrag der KBV implementieren, der eine qualitativ hochwertige multidisziplinäre Diagnostik und Therapie regelt – und im Gegensatz zum Vertrag, den die KV Hamburg zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg anbietet, auch eine adäquate Honorierung vorsieht. Diese Vertragsmodelle sind inhaltlich auf der Leitlinie der „Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder und Jugendärzte“ aufgebaut. Würde das KBV-Behandlungsmodell bundesweit ausgerollt, hätte das zwei Vorteile: Alle mit dem Thema befassten Kollegen würden nach den gleichen hohen Standards arbeiten. Und eine angemessene Bezahlung würde nachrückende jüngere Ärzte motivieren, sich einzuarbeiten.

Wir haben ein Nachwuchsproblem - das muss man ganz klar sagen: Die jüngeren Kollegen sind nicht bereit, die zeitaufwändige Versorgung von ADHS-Patienten als unterbezahlte Fleißarbeit zu be-

treiben. Viele ältere Kollegen, die im ADHS-Bereich praktizieren, werden ihre Praxen demnächst abgeben. Das wird Lücken hinterlassen. Wir haben in unserer Praxis derzeit Wartezeiten von einem halben Jahr – und ich glaube nicht, dass die Nachfrage sinkt.

Der Leidensdruck von betroffenen Kindern und Eltern ist hoch. Kinder mit ADHS sind nicht „ein bisschen am Rande der Norm“, sondern wirklich auffällig. Wenn es ständig Ärger gibt, wenn die Eltern ihr Kind vorzeitig aus der Schule abholen müssen, wenn sie von den Lehrern gesagt bekommen, ihr Kind sei nicht mehr beschulbar – dann kommen die Familien an ihre Grenzen.

Man geht davon aus, dass ADHS eine genetische Basis hat, die allerdings durch das Umfeld verstärkt wird. Diese Umweltbedingungen werden meiner Wahrnehmung nach ungünstiger. Es ist sicherlich gut für Kinder mit ADHS-Veranlagung, wenn es zu Hause klare Regeln und Strukturen gibt. Das zu gewährleis-

ten ist jedoch schwierig, wenn beide Eltern berufstätig sind oder wenn ein Elternteil alleinerziehend ist.

Hinzu kommt: Das schulische Umfeld hat sich verändert. Von den Kindern wird heutzutage erwartet, dass sie eigenverantwortlich lernen, was zur Folge hat: Sie bleiben öfter als früher sich selbst überlassen. Das ist für 70 Prozent der Kinder kein Problem. Doch Kinder, die eine ADHS-Veranlagung haben und in einer angeleiteten, klar strukturierten und kontrollierten Schulumgebung noch über die Runden kommen würden, gehen im modernen Schulbetrieb unter. Auch das mag eine Erklärung für den Anstieg der Diagnosen sein.

Viel diskutiert wurde in den vergangenen Jahren eine Studie der Michigan State University, wonach die jüngeren Schüler einer Klasse mit größerer Wahrscheinlichkeit eine ADHS-Diagnose gestellt bekommen als die älteren. Die Forscher folgerten, dass ganz normale altersbedingte Entwicklungsrückstände als Krankheit gedeutet würden – und nahmen dies als alarmierenden Beleg für strukturelle Fehldiagnosen.

Natürlich muss man eine sorgfältige Diagnose erstellen und darf Reifungsverzögerungen nicht mit ADHS verwechseln. Wenn mir eine Mutter sagt: „Mein Sohn hat bisher alles mit einem halben oder einem ganzen Jahr Verzögerung gelernt – aber er hat es gelernt“ – dann sagen wir: „Lassen Sie ihn doch später einschulen.“ Das geht allerdings nicht immer. Denn am Ende entscheidet nicht die Reife, sondern das Geburtsjahr darüber, wann ein Kind eingeschult wird. Wer unter der Starrheit dieses Systems zu leiden hat, sind die Kinder und die Eltern.

Kinder mit ADHS haben eine bessere Prognose, wenn ihre Krank-

heit schon vor der Einschulung diagnostiziert und behandelt wird. Man erspart ihnen, ausgegrenzt zu werden und immer wieder zu hören: „Du bist blöd, du nervst! Ach, du schon wieder!“ Wenn ein Kind nur negative Erfahrungen macht, kann sich kein Selbstwertgefühl entwickeln. Die Folge ist studienbelegt, dass die Betroffenen Gefahr laufen, soziale Außenseiter zu werden, in Süchte zu flüchten und kriminell zu werden.

In Deutschland werden weniger als 50 Prozent der Kinder mit ADHS-Diagnose medikamentös behandelt. Das ist meiner Einschätzung nach eher eine Unter- als eine Überversorgung. In der Leitlinie heißt es: „Der Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden hat gezeigt, dass eine individuell bedarfsangepasste medikamentöse Therapie den größten positiven Effekt auf die Kernsymptome von ADHS hat, wobei auch assoziierte Störungen günstig beeinflusst werden.“ Allerdings schreibt die Leitlinie noch immer vor, dass Medikamente erst dann eingesetzt werden, wenn andere Behandlungsmethoden (psychoedukative Maßnahmen, Verhal-

### Aus internationaler Perspektive liegt die ADHS-Prävalenz in Deutschland noch immer im unteren Bereich.

tenstherapien u.a.) nach einigen Monaten keinen Erfolg haben und eine erhebliche Störungsrelevanz besteht.

So würde man bei keiner anderen Diagnose verfahren: Man wartet doch auch nicht, bis ein Diabetiker ins Koma fällt, bevor man ihn medikamentös behandelt. Bei der Diagnose ADHS lässt man die Kinder in Deutschland oftmals länger als nötig leiden. Wir machen Kompromisse, weil die Vorstellung, Kinder mit Psychopharmaka zu behandeln, in der

Öffentlichkeit zu wenig Akzeptanz hat.

In der Laienpresse liest man immer wieder, es seien Eltern, die von den Ärzten die Gabe von Medikamenten verlangen, weil das Kind bessere Noten schreiben soll. Dass Eltern „brain enhancement“ für ihre Kinder fordern, erlebe ich nicht – und die Kollegen, mit denen ich spreche, auch nicht. Die Eltern, die in unsere Praxis kommen, wünschen sich eine Ergotherapie für ihre Kinder, da dies die Lehrer empfohlen haben zur Verbesserung des Verhaltens des Kindes.

Der erste Schritt ist eine sorgfältige Diagnostik, um die Ursachen der Verhaltensauffälligkeiten zu erfassen. Wenn ADHS vorliegt, wird nach Komorbiditäten gesucht: Nur bei 30 Prozent der Kinder mit ADHS tritt dieses isoliert auf. Nur so ist es möglich, den Eltern und dem Kind ein ausreichendes Therapiekonzept vorzuschlagen. Der erste therapeutische Schritt stellt die Psychoedukation dar: Wir veranstalten Informationsabende über den aktuellen Wissensstand über ADHS und seine Therapiemöglichkeiten. Weitere therapeutische Schritte stellen die Teilnahme an unserem Elterstraining und/oder an Skill-Gruppentrainings für die betroffenen Kinder dar.

Ich bin in dieser Frage ganz klar: Ergotherapie hilft meines Erachtens nicht bei ADHS. Um eine Veränderung im Gehirn zu erreichen, müsste man täglich sehr intensive verhaltenstherapeutische Maßnahmen durchführen. Oder man gibt Medikamente.

Ich stand dem Einsatz von Medikamenten früher durchaus kritisch gegenüber. Zu Beginn meiner niedergelassenen Tätigkeit schickte ich Kinder mit ADHS-Diagnose lieber zum psychomotorischen Turnen – über Jahre hinweg, ohne richtige Er-

folge zu sehen. Methylphenidat hingegen hat, wie ich feststellte, in über 90 Prozent der Fälle eine sehr gute, rasche und anhaltende Wirkung. An Nebenwirkungen sehe ich Appetitmangel und Einschlafschwierigkeiten – alles Probleme, die mit entsprechenden Maßnahmen in den Griff zu bekommen sind.

Ich halte Methylphenidat für ein sicheres Medikament. Es ist seit 1954 auf dem Markt, es ist intensiv untersucht worden, weil es (auch aus ideologischen Gründen) stets unter Beschuss stand. Mittlerweile gibt es 60-jährige Patienten, die das Medikament in ihrer Kindheit und Jugend genommen haben. Hätte es gravierende Nebenwirkungen gegeben, wäre das längst festgestellt worden. Methylphenidat verbessert die Im-

pulskontrolle und aktiviert das Arbeitsgedächtnis. Das Hauptproblem der von ADHS betroffenen Kinder ist: Sie haben keine Bremse, sie handeln, bevor sie denken: Diese Kinder stören im Unterricht, können nicht still sitzen, laufen über die Straße ohne zu schauen, verhalten sich anderen Kindern gegenüber distanzlos. Sie neigen zu heftigen Wutanfällen, im Rahmen derer sie sich und andere verletzen können. Für diesen Bereich der Impulskontrolle wirkt das Medikament sehr gut.

Viele meiner Patienten kenne ich, seit sie fünf Jahre alt sind, und ich begleite sie bis zur Volljährigkeit. Es ist nicht so, dass die Patienten durchgehend medikamentös behandelt würden. Wir machen Absetzversuche, oft kommt es auch zu spontanen Ab-

setzversuchen durch Vergessen der Medikamenteneinnahme. In der Pubertät wollen die Jugendlichen meist keine Medikamente mehr nehmen. Wir verabreden, dass wir uns nach einiger Zeit wiedersehen und darüber sprechen, wie es in der Schule läuft und mit Freunden. Wenn sie dann zurück in die Praxis kommen, sind viele von ihnen selbst davon überzeugt, dass ihnen die Medikamente noch gut tun.

Ich will das Beste für meine Patienten. Und ich stelle fest, dass viele Kinder und Jugendliche, die unter ADHS leiden, mit Hilfe von Medikamenten ihr Leben besser bewältigen – und zwar dauerhaft. ■

**DR. KIRSTEN STOLLHOFF**  
ist Kinderneurologin in Altona

## Mehr Gespräche, weniger Medikamente

Add-On-Vertrag soll die Versorgung von Kindern mit AD(H)S verbessern

Die KV Hamburg bietet zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg einen Vertrag zur Diagnose und Therapie von Kindern mit AD(H)S an. Ziel ist es, durch extrabudgetär vergütete Zusatzleistungen eine sorgfältige, leitliniengerechte Versorgung zu fördern.

Ein zentrales Element des Versorgungsmodells ist die Diagnostik. Der Vertrag regelt genau, welche Verfahren/Kriterien zur Diagnosesicherung herangezogen werden sollen. Bei der Behandlung wird Wert auf eine multimodale Herangehensweise und eine enge Kooperation zwischen Kinder- und Jugendärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten gelegt. Entsprechend der Leitlinie und der Arzneimittel-Richtlinie sollen zunächst nicht-medikamentöse Therapien durchgeführt werden. Sind diese Behandlungsmaßnahmen nicht erfolgreich, ist nach einer angemessenen Zeit die Notwendigkeit einer (zusätzlichen) medikamentösen Therapie zu prüfen. Außerdem ist im Vertrag die Durchführung von Elternschulungen und Familieninterventionen geregelt. Die Vertragspartner

hoffen, dass unterm Strich in diesem Versorgungsmodell mehr Zeit für Gespräche mit betroffenen Kindern, Eltern und Lehrern zur Verfügung steht.

Die teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten erhalten für die zusätzlich zur Regelversorgung erbrachten Leistungen und ihren Mehraufwand eine extrabudgetäre Vergütung, die je nach Modul 30 bis 200 Euro beträgt. Mit der Teilnahme an den vorgesehenen AD(H)S-Qualitätszirkeln können sie Fortbildungspunkte erwerben.

Eingeschrieben werden können bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherte Kinder im Alter zwischen sechs und 17 Jahren.

**Der ADHS-Vertrag ist Teil des Gesamtvertrages mit der AOK Rheinland/Hamburg auf Seite 30 bis 83.**

**Im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht und Verträge → auf „G“ klicken → Gesamtverträge → Gesamtvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg**

**Zur Teilnahmeerklärung Leistungserbringer: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Formulare → auf „A“ klicken → ADHS**

**Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900**



## Gewagte Rückschlüsse

Ist Hamburg tatsächlich Spitzenreiter bei Methylphenidat-Verordnungen, wie einige Medien behaupten? Belastbare Daten hierzu gibt es nicht. Fest steht aber: Die Verordnungszahlen steigen.

**H**amburgs Kinder schlucken die meisten Pillen gegen ADHS“, meldete das *Hamburger Abendblatt* am 31. Juli 2013. Ähnliches wussten Medien wie NDR, *Stern.de* und *Spiegel-Online* zu berichten. Quelle dieser Meldungen war eine Pressemitteilung der Hamburger Landesvertretung des VdEK. Die alarmierende Kernbotschaft: „Die Verordnungsraten des Wirkstoffs Methylphenidat in Hamburg liegt rund 50 Prozent über dem Bundesdurchschnitt.“

Die Berichterstattung schreckte auch die Hamburger Politik auf. Zwei Tage nach Veröffentlichung der Pressemitteilung stellte die CDU-Abgeordnete Birgit Stöver eine schriftliche kleine Anfrage und bat den Senat um Stellungnahme. Die Antwort gibt bereits einen Hinweis darauf, wie schwierig es ist, in diesem Feld verlässliche Daten zu bekommen: „Nach Auskunft des VdEK basiert die Pressemitteilung auf den Arzneimittelabrechnungsdaten der Ersatzkassen in Hamburg,“ so der Senat. „Diese beziehen sich auf den Arztsitz und lassen somit keine unmittelbaren Rückschlüsse zum Wohnsitz und zur Anzahl der Patienten und Patientinnen zu.“

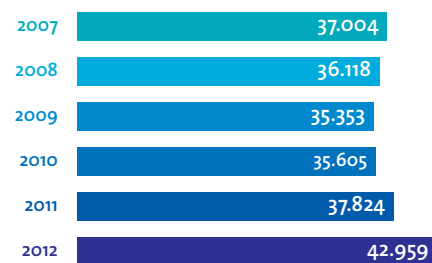
Die Daten geben also lediglich Auskunft darüber, wie viel die Hamburger Vertragsärzte für ihre Patienten verordnet haben – nicht aber, ob es sich um Hamburger Patienten handelte. Weil über alle Fachgrup-

pen hinweg etwa 25 bis 30 Prozent der von Hamburger Vertragsärzten behandelten Patienten aus umliegenden Bundesländern kommen, ist es methodisch unsauber, aus den Verordnungsdaten auf den Medikamenten-Konsum von „Hamburgs Kindern“ zu schließen. Dr. Kirsten Stollhoff, die Teilhaberin einer großen, auf ADHS spezialisierten Praxis in Hamburg ist, schätzt sogar, dass 50 bis 75 Prozent ihrer Patienten von außerhalb kommen.

Der Barmer GEK Arztreport 2013, der sich schwerpunktmäßig

### METHYLPHENIDAT-VERORDNUNGEN IN HAMBURG

Anzahl der Verordnungen



Tagesdosen (DDD)



dem Thema ADHS widmete, hatte Anfang des Jahres keine Auffälligkeiten bei der Verordnungshäufigkeit von Methylphenidat in Hamburg festgestellt. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion führte der Autor des Arztreports, Dr. Thomas Grobe vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover, ergänzende Auswertungen durch. Demnach ergaben sich als tatsächliches Verordnungsvolumen für in Hamburg wohnhafte Kinder eine Methylphenidatmenge, die einem Anteil von 68 Prozent des Verordnungsvolumens von Ärzten der KV Hamburg für Kinder mit beliebigem Wohnort entspricht. Rund 30 Prozent der von Hamburger Vertragsärzten verordneten Menge betraf Kinder, die nicht in Hamburg wohnen.

Wie auch immer diese Zahlen bei den anderen Krankenkassen aussehen mögen – fest steht: Unterm Strich steigen die Methylphenidat-Verordnungsraten auf Bundesebene und in Hamburg an.

Um 16 Prozent kletterte die Zahl der Verordnungen eigenen Auswertungen der KV zufolge in Hamburg zwischen 2007 und 2012 nach oben. Im selben Zeitraum nahmen die Tagesdosen um gut 13 Prozent zu. Hierin enthalten sind auch Methylphenidat-Verordnungen an Personen über 18 Jahren – ein Markt, der sich erst noch entwickeln wird. ■

## 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**

### VERSICHERTENPAUSCHALE UND KASSENWECHSEL

**Kann die Versicherten- bzw. Grundpauschale ein zweites Mal abgerechnet werden, wenn der Patient im laufenden Quartal die Krankenkasse wechselt?**

Ja, da es sich hier um einen neuen Behandlungsfall handelt. Ein Behandlungsfall wird nach dem Bundesmantelvertrag wie folgt definiert: Die ambulante Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres zu Lasten derselben Krankenkasse.

### ÜBERWEISUNG VOM ZAHNARZT

**Dürfen wir als Radiologen auf Grundlage einer formlosen Überweisung im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung tätig werden?**

Ja. Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung gilt eine formlose Überweisung an ausschließlich auftragnehmende Ärzte, ausgestellt vom Vertragszahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, als Behandlungsausweis. Der auftragnehmende Vertragsarzt rechnet seine Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein ab und fügt die formlose Überweisung des Vertragszahnarztes der Abrechnung bei.

### VERSICHERTENPAUSCHALE UND VERSICHERTENSTATUSÄNDERUNG

**Können wir die Versichertenpauschale ein zweites Mal berechnen, wenn sich der Versichertenstatus eines Patienten innerhalb eines Quartals ändert, dieser aber noch bei der gleichen Kasse versichert ist?**

Nein. In diesem Fall handelt es sich um denselben Behandlungsfall. Bei der Abrechnung wird der Versichertenstatus zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn gültig ist.

### BESCHÄFTIGUNGSVERBOT

**Ist die Ausstellung einer Bescheinigung über ein Beschäftigungsverbot in der Schwangerschaft bestimmten Fachgruppen vorbehalten? Gibt es für die Bescheinigung ein vereinbartes Formular?**



Schwangere am Arbeitsplatz



Die Ausstellung der Bescheinigung ist an keine Fachgruppe gebunden. Da es einem Vertragsarzt oftmals nicht möglich ist, eine Analyse des Arbeitsplatzes der Schwangeren vorzunehmen, kann ein Beschäftigungsverbot oder eine Beschäftigungseinschränkung auch durch einen Arzt vom Amt für Arbeitsschutz ausgesprochen werden. Ein vereinbartes Formular gibt es nicht: Das Beschäftigungsverbot oder die Beschäftigungseinschränkung wird durch ein ärztliches Zeugnis (Attest) bescheinigt.

AUSFÜLLEN VON MUSTER 60 / 61

**Kann man das Ausfüllen der Muster 60 und 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) gesondert abrechnen?**

Für das Ausfüllen des Musters 60 gibt es keine abrechnungsfähige Gebührenordnungsposition, da die Leistung in der Grund- bzw. Versichertenpauschale enthalten ist. Für das Ausfüllen des Musters 61 durch Ärzte, die über eine entsprechende Genehmigung verfügen, kann die GOP 01611 EBM abgerechnet werden.

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG

**Welche Ärzte dürfen eine verkehrsmedizinische Begutachtung durchführen?**

Das Gutachten erstellen dürfen Ärzte mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder

„Rechtsmedizin“, Ärzte mit der Bereichsbezeichnung „Betriebsmedizin“, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen und außerdem Fachärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation. Eine Liste mit Ärzten, die einen Befähigungsnachweis zur verkehrsmedizinischen Begutachtung haben und Fahrerlaubnis-Untersuchungen durchführen dürfen, kann bei der Patientenberatung (Tel: 202 299 222) erfragt werden. (§ 11 Abs. 2 Fahrerlaubnisverordnung)

VITAMINE ALS SPRECHSTUNDENBEDARF

**Können Vitamine über den Sprechstundenbedarf angefordert werden?**

Nein, Vitamine sind im Sprechstundenbedarf grundsätzlich nicht verordnungsfähig. Die einzige Ausnahme ist Vitamin K, das jedoch ausschließlich von Kinderärzten zur Prophylaxe der Vitamin-K-Mangelblutung bei Neugeborenen über den Sprechstundenbedarf bezogen werden darf. ■

Infocenter Tel: 22802-900



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

**Eingeschränkte Erreichbarkeit der KV-Mitarbeiter**

Wegen einer Personalversammlung sind die Abteilungen der KV Hamburg am 29. Oktober 2013 ab 9 Uhr nicht vollständig besetzt. Etwa ab 11 Uhr sind die KV-Mitarbeiter wieder normal erreichbar.



# Qualitätsmanagement mit der KV Hamburg

Nutzen Sie unser kostenfreies Beratungs- und Unterstützungsangebot für den Aufbau Ihres praxisinternen Qualitätsmanagements (QM)!



Auf Wunsch besuchen wir Sie und Ihr Praxisteam auch vor Ort in Ihrer Praxis. Wir bieten Ihnen allgemeine QM-Beratung, spezielle Recherchen zu einzelnen QM-Themen, die Durchsicht Ihres QM-Handbuchs und individuelle Unterstützung beispielsweise bei folgenden Aufgaben an:

- Feststellung des Ist-Zustandes Ihrer Praxis,
- Festlegung von Praxiszielen und deren späterer Überprüfung,
- Vorbereitung und Durchführung einer Teambesprechung,
- Gestaltung von Organigramm, Verfahrensanweisungen und anderen Dokumenten,
- Gestaltung einer individuellen Patientenbefragung. ■

**Sprechen Sie uns an!**  
**Ursula Gonsch, Tel: 22802-633**  
**Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889**

## QUALITÄTSMANAGEMENT

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Praxis	Fachrichtung	Adresse	
Dr. med. Frauke von Bodelschwingh et al.	Gynäkologie	22769 Hamburg Alsenstraße 25	rezertifiziert im Juni 2013
Gemeinschaftspraxis Forster & Schlüter	PT, Psychosomatik, Psychiatrie des Kindes- u. Jugendalters	20095 Hamburg Spitalerstraße 32	zertifiziert im Juni 2013
Dres. med. Kai-Ulrich Köchermann, Klaus Christian Holtfreter, Holger Rudolf Wilhelm Meyer	Orthopädie	22089 Hamburg Ritterstraße 16	zertifiziert im Juni 2013
Dres. med. Kurt Wolff, Andrea Lübke, Carsten Papenberg, Gabriele Wohlrab, Kai Uwe Peek, Philipp Goebel	Innere Medizin	22399 Hamburg Harksheider Straße 3	zertifiziert im Juni 2013



## Amtliche Veröffentlichung

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

### I. Verträge:

Vereinbarung zur Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die vereinbarte Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3a Satz 5 in Verbindung mit § 13 Abs. 2, § 53 Absatz 4 mit Ausnahme von § 13 Absatz 2 Satz 5 SGB V mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK - Landesverband NORDWEST, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), der IKK classic, der Knappschaft und dem vdek ab 1. April 2013 (Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen).

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

## Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2013

Abgabefrist: 1. Oktober bis 15. Oktober 2013

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

### Abgabezeiten in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einen Datenträger in die KV bringen und dort in 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 Mo.– Fr. von 7:30 bis 16:00 Uhr nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter

**Bitte beachten Sie: Am 3. Oktober (Feiertag) ist keine Abgabe möglich.**

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**

## PATIENTENBERATUNG

HILFE FÜR IHRE PATIENTEN



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

[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)

Tel: 040 / 202 299 222

ÄRZTEKAMMER  
HAMBURG

**KVH**

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

# Kampf gegen die Antibiotika-Resistenz

Programme gegen die Ausbreitung multiresistenter Keime werden unter dem Begriff „Antibiotic Stewardship“ zusammengefasst. Dem ambulanten Bereich kommt bei solchen Projekten eine große Bedeutung zu.

**»ARGUABLY, ONE OF THE MOST EFFECTIVE AND COMMON MEANS TO PROTECT HUMAN LIFE – THE USE OF ANTIBACTERIAL AND ANTIMICROBIAL COMPOUNDS (ANTIBIOTICS) – MAY NO LONGER BE READILY AVAILABLE IN THE NEAR FUTURE.«**

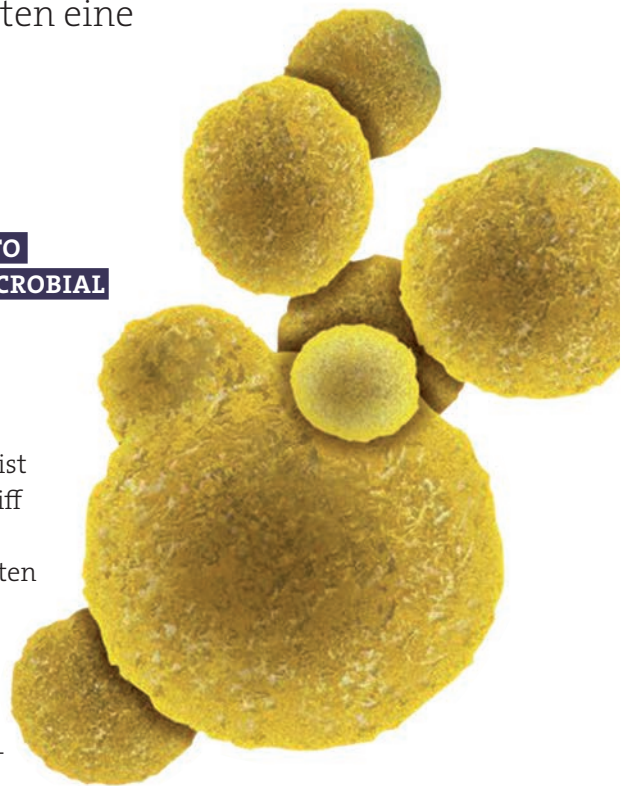
*Weltwirtschaftsforum, Global Risk Report 2013*

**D**ie fortschreitende bakterielle Resistenz gegen Antibiotika ist eine Pandemie, an deren Ende die komplett unbehandelbare Infektion steht. WHO und Weltwirtschaftsforum haben dies als globale Krise erkannt und fordern Programme, um durch rationalen Einsatz von Antibiotika den Teufelskreis aus Über-Therapie und Resistenzentwicklung zu durchbrechen. Solche Programme werden unter dem Begriff „Antibiotic Stewardship“ (ABS) zusammengefasst. In Krankenhäusern gibt es sehr erfolgreiche Programme, in der Praxis steckt ABS eher in den Kinderschuhen. Da der Großteil der Antibiotika-Verordnungen ambulant erfolgt, ist ABS aber gerade hier unumgänglich. Ein dritter Bereich - die Tierzucht mit ihrem tonnenweisen Verbrauch von Antibiotika - entzieht sich dem

Einfluss der Humanmedizin und ist allenfalls durch staatlichen Eingriff steuerbar.

Zu einer Zeit, in der uns die ersten panresistenten, gegen alle Antibiotika unempfindlichen Erreger begegnen, stehen wir einer leeren Antibiotika-„Pipeline“ in der Pharma-Industrie gegenüber. Wesentliche Fortschritte durch neue Substanzen sind in der nächsten Dekade nicht zu erwarten. Es gibt zwar höchst ambitionierte Anstrengungen, wie die 10 x 20 Initiative, die bis 2020 zehn neue systemische Antibiotika entwickeln lassen will, aber ob sich so eine globale Non-Profit-Initiative durchsetzen kann, ist fraglich. In der Praxis bleibt vorerst nur, sich an die Prinzipien einer guten Antibiotikatherapie zu halten. Evolutionäre Mechanismen bewirken Resistenzentwicklung auch bei optimalem Antibiotika-Einsatz, aber diese schreitet dann wesentlich langsamer voran.

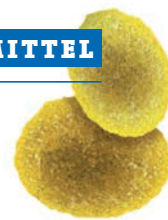
Unangemessener Einsatz von Antibiotika führt unstrittig zu antimikrobieller Resistenz. Die Optimierung der Therapie reduziert im Gegenzug die Resistenzen und die Nebenwirkungen der Antibio-



**Multiresistente Erreger:**  
Am Ende der Entwicklung stehen komplett unbehandelbare Infektionen.

tika. Die konsequente Umsetzung optimierter Therapieschemata steht daher im Zentrum von ABS. Praktisch jeder Arzt sieht sich mit den Folgen ungezielter Antibiosen konfrontiert: Die Auseinandersetzung mit MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) ist in Klinik und Praxis Alltag. Enterobakterien, die aufgrund ihrer ESBLs (extended-spectrum Beta-Laktamasen) hochresistent sind, treten in Pflegeeinrichtungen auf. Clostridium difficile Superinfektionen folgen Breitspektrum-Antibiosen, die die Darmflora





schädigen, und führen zu Diarrhoe oder lebensbedrohlicher Colitis.

ABS muss im niedergelassenen Bereich Hilfsmittel für den optimierten Antibiotika-Einsatz bieten. Die ABS-Group hat als Ziele zum Beispiel formuliert:

- Förderung der Qualität des Antibiotika-Managements
- Beitrag zur Reduktion antimikrobieller Resistenzen
- Kosteneinsparungen durch adäquaten Antibiotikaeinsatz
- Förderung der ABS-Kooperation von Niedergelassenen und Krankenhäusern

Die ersten drei Ziele sind eng verknüpft, da die optimierte Antibiose per se zu geringerer Resistenzbildung führt. Die Kosteneinsparung ergibt sich aus den günstigeren Preisen der Antibiotika mit schmalen Spektrum, kürzeren Therapiedauern und weniger Nebenwirkungen. Volkswirtschaftlich relevant, aber schlechter mit Kennzahlen belegbar, ist die von ABS erwartete Reduktion der Infektionen mit hochresistenten Erregern. Patienten mit Infektionen durch Problemkeime sind aufgrund der benötigten Reserve-Antibiotika, längerer Liegezeiten und vermehrter Arzt-Patienten-Kontakte in der Behandlung vergleichsweise teurer.

ABS wirkt in der ambulanten Medizin als Aufklärung über Therapiestandards in Form von Seminaren, Newslettern und Leitlinien. Unabdingbar ist die konstruktive Kommunikation mit dem Labor, das die Erreger und Resistenzen

### Sieben kurze Tipps für eine gute Antibiose

- **Behandeln Sie keine Kolonisation und keinen viralen Infekt antibiotisch, behandeln Sie nur bei klinischer Evidenz für einen bakteriellen Infekt!**
- **Nehmen Sie Kulturen ab, überdenken Sie die Therapie nach zwei Tagen und passen Sie sie an das Antibiogramm an! (Weitermachen, umsetzen und fokussieren, absetzen ...)**
- **Halten Sie sich an aktuelle Leitlinien!**
- **Vermeiden Sie Breitspektrum-Antibiotika, wenn dies möglich und leitliniengerecht ist!**
- **Fokussieren Sie den Einsatz von Antibiotika, so dass Sie den Selektionsdruck gering halten! (MRSA, C. difficile, ESBL ...)**
- **Wählen Sie die kürzeste adäquate Dauer für die Antibiose!**
- **Lassen Sie sich von Ihrem Infektionsexperten unterstützen!**

identifiziert hat. Letztlich ist das die einzige Möglichkeit eines aktiven Feedbacks, wie es in der Klinik über Visiten und infektionsmedizinische Konsile geschieht. Die Informationstechnologie erleichtert den Zugriff auf Informationen wie aktuelle Leitlinien, lokale Resistenzprofile und Lehrmaterialien. Sie ist Bestandteil des ABS-Managements.

Einige einfache Prinzipien der Antibiotika-Therapie sollen auch hier kurz erwähnt werden (siehe Kasten links).

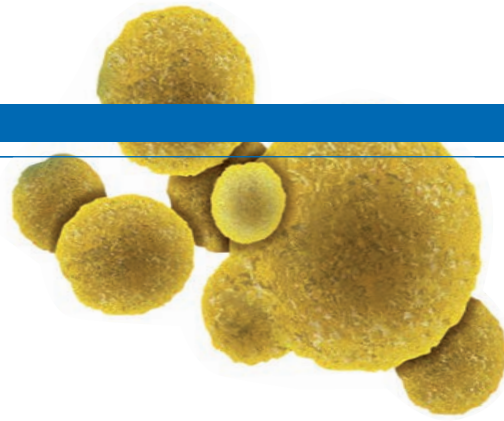
Ironischerweise sind wesentliche Aussagen von ABS medizinisches Allgemeinut, bloß befolgt werden sie zu selten.

Behandeln Sie keinen viralen Infekt antibiotisch! Wer würde da widersprechen? Trotzdem ist die Behandlung viraler Infektionen der oberen Atemwege eine der häufigsten Fehlanwendungen von Antibiotika mit erheblicher Resistenzentwicklung als Folge. Klinisch und mit kultureller Diagnostik ist eine Unterscheidung durchaus möglich. Bei negativem Kulturresultat ist die Antibiose abzusetzen. Bei Isolation eines Pathogens ist sie auf ein Antibiotikum mit möglichst engem Spektrum umzuändern. Ein essentieller Schritt, der oft unterlassen wird. Genauso ist die Initialtherapie natürlich umzustellen, wenn sich das Pathogen als resistent entpuppt. Bewährt hat sich ein Überdenken der Therapie nach 48 Stunden. In Großbritannien wird das sehr schön gefasst unter dem Schlagwort: Start Smart - then Focus!

Bei leichten Infektionen kann die Kultur abgewartet werden. Lebensbedrohliche Infektionen sind immer sofort adäquat zu behandeln (Sepsis, Meningokokken-Meningitis ...). Ein häufiges ABS-Problem ist die unnötige Behandlung der physiologischen Flora des oberen Respirationstraktes, zu der auch Staph. aureus, Haemophilus influenzae und Pneumokokken zählen, ohne dass eindeutige Infektionszeichen bestehen. Makrolide werden hier zudem oft anstelle von geeigneteren Cephalosporinen mit schmalen

**»A POST-ANTIBIOTIC ERA MEANS, IN EFFECT, AN END TO MODERN MEDICINE AS WE KNOW IT. THINGS AS COMMON AS STREP THROAT OR A CHILD'S SCRATCHED KNEE COULD ONCE AGAIN KILL.«**

*Dr Margaret Chan, Generaldirektorin, WHO. März 2012*



### Weiterführende Literatur

**ABSGROUP.** ABS im niedergelassenen Bereich. ABSGROUP GmbH, Wien 2011

**Allerberger F, Gareis R, Jindrák V, Struelens MJ.** Antibiotic stewardship implementation in the EU: the way forward. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2009;7: 1175-83

**IDSa.** The 10 x ,20 Initiative: Pursuing a Global Commitment to Develop 10 New Antibacterial Drugs by 2020. *Clin Infect Dis.* 2010; 50: 1081-1083.

**Spellberg B, Bartlett JG, Gilbert DN.** The future of antibiotics and resistance. *N Engl J Med.* 2013;368: 299-302

**UK Dep. of Health, ARHAI.** Antimicrobial Stewardship: „Start Smart – then Focus“. London 2011

Spektrum verordnet. Bei Harnwegsinfektionen werden häufig asymptomatische Bakteriurien im Alter oder Kontaminationen therapiert. Auch bei möglichen Haut- und Bindegewebsinfektionen wie bei diabetischem Fuß und Ulcus cruris mit den Mischkulturen aus zahlreichen, nicht zwingend pathogenen Mikroorganismen kommt dem ABS eine wichtige Rolle zu.

Oft vernachlässigt wird die Frage der optimalen Therapiedauer einer Antibiose. Ist sie zu lang, setzt man die gesamte humane Mikroflora unnötig dem Resistenzdruck aus und maximiert die Nebenwirkungen. Ist sie zu kurz, selektioniert man die resistenteren Pathogene (die zähesten überleben nämlich), ohne die Infektion zu eliminieren. Optimale Therapiedauern entnimmt man aktuellen Leitlinien. Hier finden sich auch Hinweise zur korrekten Wahl einer Initial-Therapie, die den Selektionsdruck möglichst gering hält.

Mit der Novelle zum Infektionsschutzgesetz wurde 2011 ABS für Krankenanstalten in Deutschland zur gesetzlichen Verpflichtung. Im niedergelassenen Bereich gibt es keine so klare gesetzliche Verankerung, aber die Dokumentationspflicht für resistente Erreger und den praxis-internen Antibiotika-Verbrauch in Einrichtungen, in denen Eingriffe vorgenommen werden (z. B. Dialyse, Gastroenterologie, Chirurgie), sind als Teil der Infektionskontrolle Grundlage für das ABS. Auch in Hamburg wird behördlich überprüft, ob gesetzeskonform dokumentiert wird. Die Dokumentationspflichten bedürfen einer eigenen Darstellung, die hier den Rahmen sprengen würde. Sie müssen vom Labor mit Hinweisen auf zu erfassende Erreger unterstützt werden.

Auch die Information der Öffentlichkeit über das Wesen von Infektionskrankheiten und die Sinnhaftigkeit von Antibiosen kann sehr erfolgreich sein. Hier sind langfristige, staatlich gesteuerte Kampagnen erforderlich.

Gutes Beispiel ist die in Frankreich omnipräsente Kampagne „les antibiotiques, c'est pas automatique“. Informierte Patienten werden weniger auf eine Antibiose als Allheilmittel drängen. Antibiotika ohne Indikation sollten natürlich auch dem insistierenden Patienten nicht verordnet werden. Letztlich möchte der Patient ja, was für ihn am besten ist, nicht eine bestimmte Substanz. Aber die Vermittlung ist oft mühsam.

Was können wir vor Ort für ein besseres ABS-Management tun? Strukturgebend können in erster

Linie KV, Kammer und Gesundheitsbehörde wirken. Nötig sind feste Ansprechpartner fürs ABS mit Praxisbezug, aktuelle Internetauftritte mit Zugang zu infektionsmedizinischen Inhalten im Netz und praxisrelevante Seminare. Ein gutes Beispiel liefert auch die vom niedersächsischen Landesgesundheitsamt ([www.nlga.de](http://www.nlga.de)) betreute ARMIN-Resistenz-Datenbank. Die von Hamburger Ärzten gestartete Fortbildungs-Initiative „Bündnis für gezielte Antibiotika-Therapie“ (siehe KVH-Journal 4/13) bemüht sich, die Diskussion über antimikrobielle Therapien in Hamburg stärker in den Vordergrund zu rücken. Kern des ABS im niedergelassenen Bereich bleibt die Anwendung aktueller Leitlinien auf Basis der lokalen Situation. Die Labore müssen ihren Einsendern dafür lokale Resistenzstatistiken zur Verfügung stellen, damit eine rationale empirische Auswahl der Antibiose möglich ist. Mikrobiologische Befunde müssen interpretiert und mit Hinweisen zur Antibiose versehen werden (Indikation, Antibiotika, Dosis, Dauer). Das Gespräch mit dem Experten ersetzt das jedoch nicht. Daher: Fragen Sie Ihren Infektionsexperten! ■

**PROF. DR. MATTHIAS MAASS** ist Mikrobiologe, Virologe und Infektionsepidemiologe am Labor Dr. Heidrich und Kollegen in Hamburg-Barmbek. Zuvor war er Leiter des Zentrallabors am Klinikum Augsburg. Er gehört zu den Gründungsmitgliedern des Hamburger „Bündnis für gezielte Antibiotika-Therapie“.

**KONTAKT** über das Labor Dr. Heidrich und Kollegen, Stuvkamp 20-22, 22081 Hamburg, Tel: 9707999-0





## 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 zweckmäßigen 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 plausibel 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: Dapagliflozin (Forxiga®), Aflibercept (Eylea®), Apixaban (neues Anwendungsgebiet!) (Eliquis®), Abirateronacetat (neues Anwendungsgebiet!) (Zytiga®), Fidaxomicin (Dificlir®) Ingenolmebutat (Picato®), Aflibercept (Zaltrap®)

Eine aktuelle tabellarische Zusammenfassung aller Beschlüsse zur Nutzenbewertung finden Sie unter:

**www.kvhh.de** → **Verordnung** → **Arzneimittel** → **Basisinformation** → „Frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente“  
**Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV):**  
**www.kbv.de/ais** → **Nutzenbewertung**

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

## AkdÄ-Fortbildung zu Diabetes mellitus



Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) veranstaltet eine Fortbildung in Hamburg. Schwerpunktthema ist Diabetes mellitus. In den vergangenen drei Dekaden hat sich die Prävalenz mehr als verdoppelt, mit geschätzten 347 Millionen erkrankten Erwachsenen weltweit. Dr. Hans Wille, Leitender Oberarzt am Institut für Klinische Pharmakologie am Klinikum Bremen-Mitte, gibt eine Übersicht zur medikamentösen Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2, zu den Therapiezielen, den zur Verfügung stehenden Wirkstoffklassen, deren Wirksamkeit hinsichtlich klinischer Endpunkte und deren Nebenwirkungsprofil.

Ein Vortrag von Dr. Thomas Stammschulte behandelt aktuelle Themen der Pharmakovigilanz. Prof. Dr. Ulrich Schwabe nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2012 / 2013 vor. ■

Termin: **Mittwoch, 16.10.2013 (15:00 – 18:00 Ur)**  
Ort: **Ärztehaus Hamburg**  
**Humboldtstraße 56**

**Ansprechpartnerin: Karoline Luzar,**  
**Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft,**  
**Tel: 030 / 400456-518, Fax: 030 / 400456-555**  
**E-Mail: karoline.luzar@akdae.de**

## PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG DER KV HAMBURG

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  
herzlich willkommen.**

**Vereinbaren Sie einen Termin!**  
**Tel: 22802-572 oder 22802-571**





# Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18. Juli 2013 Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie beschlossen. Neben redaktionellen Korrekturen zur besseren Übersichtlichkeit in der Anlage 1 wurde klargestellt, dass der Anspruch von Kindern und Jugendlichen (spätestens bis zum 18. Geburtstag) auf die Nachholung von Impfungen und Vervollständigung des Impfschutzes durch die Angaben der Anlage 1 nicht beeinflusst wird.

In Anlage 2 sind die Dokumentationsnummern (die gleichzeitig als Abrechnungsnummern bei uns vereinbart sind) gelistet. Hier gibt es zwei Änderungen:

- Bei der MMR-Impfung entfällt die Dokumentationsnummer 89301, da sie – nachdem Masern- bzw. Rötelnmonoimpfstoffe nicht mehr verfügbar sind und damit auch gegebenenfalls eine zweimalige MMR-Impfung erforderlich sein kann - nicht mehr alle möglichen Fälle abdeckt. Dokumentiert und abgerechnet werden alle MMR-Impfungen durch die Nummern 89301A (erste Dosis eines Impfzyklus bzw.

unvollständige Impfserie) oder 89301B (letzte Dosis eines Impfzyklus).

- Bei der Diphtherie (Standardimpfung)-Einfachimpfung wird der Hinweis auf die Verabreichung des Impfstoffs an Säuglinge gestrichen, da der zur Zeit verfügbare Monoimpfstoff erst für Kinder ab fünf Jahren gegeben werden kann.

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) → Informationsarchiv → Richtlinien → Schutzimpfungs-Richtlinie

## Neue Impfpfehlungen der Stiko

Die Ständige Impfkommission (Stiko) hat neue Impfpfehlungen veröffentlicht ([www.rki.de](http://www.rki.de)). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss nun innerhalb der festgesetzten Frist von drei Monaten entscheiden, ob und in welchem Umfang die geänderten Empfehlungen umgesetzt werden. Sobald der entsprechende Beschluss des G-BA rechtskräftig wird, werden wir auf unserer Homepage über die Änderungen informieren: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) ■

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

## Versand von Betäubungsmittel-Verschreibungen

Der Arzt trägt die Verantwortung dafür, dass das Rezept ankommt

Von Arztpraxen wurden wir wiederholt gefragt, ob Betäubungsmittel-Verschreibungen per Post versandt werden dürfen – beispielsweise an Apotheken oder Pflegeheime. Da die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung

zu diesem Punkt keine Aussage macht, haben wir uns zur Klärung dieser Frage an die Bundesopiumstelle gewandt.

Die Bundesopiumstelle empfiehlt einen möglichst sicheren Versandweg (z.B. Übergabe – Einschreiben), um die

Sicherheit des BTM-Verkehrs zu gewährleisten.

Die Behörde weist ausdrücklich daraufhin, dass die Verantwortung dafür, dass die BTM-Verschreibung beim Empfänger eintrifft, beim verschreibenden Arzt liegt. ■

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



## Verordnung von Selenpräparaten

Nur verschreibungspflichtige Selenpräparate können (soweit indiziert) zur Behandlung eines nachgewiesenen Selenmangels verordnet werden



Wir erhalten häufig Anfragen zur Verordnungsfähigkeit von Selenpräparaten zu Lasten der GKV, da manche Kliniken eine (Weiter-)Verordnung von Selen bei der Entlassung ihrer Patienten empfehlen.

Selenpräparate unterliegen der Verschreibungspflicht. Ausgenommen sind Präparate zum inneren Gebrauch mit einer Tagesdosis bis zu 50µg Selen.

Auf dem Markt gibt es Selenpräparate als freiverkäufliches apothekenpflichtiges Medikament (z.B. Selenase 50 AP), als Lebensmittel (Nahrungsergänzungsmittel; z.B. Selenase 100XL) und als verschreibungspflichtiges Arzneimittel.

Nur verschreibungspflichtige Selenpräparate (z.B. Selenase 300 RP, Cefasel 300µg) können im Rahmen ihrer Zulassungsindikation (Behandlung von nachgewiesenem Selenmangel, der ernährungsmäßig nicht behoben werden kann) und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (indiziert, zweckmäßig und wirtschaftlich) verordnet werden.

Einen kurzen Überblick zur aktuellen Studienlage finden Sie in einem aktuellen Artikel im Arzneimittelbrief „Gibt es Indikationen für eine Prophylaxe oder Therapie mit Selen?“ (AMB 2013; 47, 27). Die Autoren ziehen folgendes Fazit:

„Ein Cochrane-Review zur primären Prävention von Herz/Kreislauf-Erkrankungen ergab keinen Hinweis für eine Nützlichkeit von Selenpräparaten. Außer bei hochgradiger Mangelernährung und bei künstlicher Ernährung gibt es in Deutschland keine evidenzbasierten Indikationen für eine Prophylaxe oder Therapie mit Selenpräparaten. Bei Probanden mit bereits hoher Selenkonzentration im Serum oder bei Einnahme größerer Mengen Selen kann es zu chronischen Intoxikationen kommen.“ ■

## Off-Label

Neue Beschlüsse zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation (Ergänzung zur Übersicht im KVH-Journal Nr. 7/8 2013)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Juli 2013 beschlossen, zwei zusätzliche Wirkstoffe in den Teil A der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie aufzunehmen. Damit dürfen diese Wirkstoffe in den entsprechend genannten Indikationen zu Lasten der Kassen als Off-Label-Use verordnet werden.

Neu ordnungsfähig sind (unter Beachtung der in Anlage VI, Teil A der AM-RL genannten Hinweise zur Anwendung):

- Imiquimod zur Behandlung hochgradiger analer intraepithelialer Dysplasien (AIN) als Präkanzerosen bei HIV-infizierten Menschen unter antiretroviraler Therapie.

Die Diagnose AIN sollte vor Anwendung von Imiquimod histologisch oder zytologisch gesichert sein.

- Hydroxycarbamid bei chronischer myelomonozytärer Leukämie (CMML).

Ein Nutzen dieser Therapie wird als belegt und als eine erhebliche Verbesserung der Therapiemöglichkeiten angesehen.

Der Beschluss legt fest, dass diese Behandlung von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie durchzuführen ist!

Der Entscheidung vorausgegangen war das Votum einer vom BMG benannten Expertengruppe, die – mit Zustimmung der pharmazeutischen Unternehmer – die Anwendung dieser Arzneimittel in den entsprechenden nicht zugelassenen Indikationen positiv bewertete. Auf Basis dieser Empfehlung hat der G-BA die Aufnahme in die Anlage VI der AM-RL beschlossen. ■

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



## Keine methodischen Fehler im ZiPP

Wissenschaftlicher Beirat reagiert auf Kritik von Internistenverbänden

Nachdem zwei Internistenverbände die Validität von Daten aus dem Zi-Praxispanel (ZiPP) angezweifelt hatten, meldete sich im August 2013 der wissenschaftliche Beirat des Projekts zu Wort. Das aus hochkarätigen Uniprofessoren aus den Bereichen Gesundheitsökonomie und Statistik zusammengesetzte Gremium wies die Vorwürfe zurück: Methodische Fehler seien im ZiPP nicht feststellbar.

Auslöser der Kritik der Internistenverbände war offenbar eine berufspolitischen Frage, nämlich wer ab Oktober unter welchen Bedingungen die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung abrechnen darf. Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, dass diese Zusatzpauschale nur Fachärzte der Grundversorgung erhalten und auch nur dann, wenn sie Leistungen der Grundversorgung abrechnen. Es entstand das Gerücht, dass die im Rahmen des ZiPP erhobenen Daten ausschlaggebend für die Entscheidung gewesen seien, die Facharztinternisten nicht als Grundversorger einzustufen. Fakt ist aber: Für die Entscheidung wurden und werden die Daten des ZiPP gar nicht benötigt; hierfür reichen die Abrechnungsstatistiken über vertragsärztliche Leistungen aus.

Aufgabe des ZiPP ist es, Informationen über die Kosten- und Versorgungsstrukturen in den Praxen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu erheben. Bisläng haben mehr als 8.200 Praxen teilgenommen und Daten zu ihrer wirtschaftlichen Situation bereitgestellt. So entsteht eine Datengrundlage, die auch für die Honorarverhandlungen genutzt wird.

„Das ZiPP ist wichtig für uns“, sagt KV-Hamburg-Chef Walter Plassmann. „Wesentliche Argumente für die Schiedsamtverhandlung in Hamburg haben wir diesen Daten entnommen.“ Die an ZiPP-Erhebungen teilnehmenden Praxen tragen dazu bei, die ärztlichen Interessen gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen. ■

## Leserbriefe

KVH-Journal Nr. 9/2013, S. 12  
„Die Hamburg-Gebührenordnung“

### Ungerechtigkeit vergrößert sich

Zwar ist die Nachricht einer kleinen Honorarerhöhung erfreulich. Leider wird durch eine prozentuale Steigerung die Schere der ungerechten Verteilung zwischen den Arztgruppen nur vergrößert. Bei 25.000 Euro pro Monat (z. B. Radiologen) bedeuten 4 Prozent Steigerung einen Honorarzuwachs von 1.000 Euro, bei 5.000 Euro pro Monat (Psychotherapeuten) 200 Euro. Wenn man die Umsätze zugrunde legt, ist die Differenz noch deutlich größer.

Bitte setzen Sie sich in allen Gremien für eine Beendigung dieser Ungerechtigkeit ein.

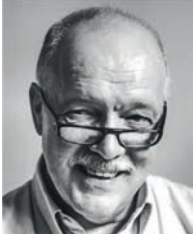
Matthias Kriesel,  
Psychotherapeut in Eimsbüttel

KVH-Journal Nr. 9/2013, S. 3  
Editorial: Verjüngungskur für das KVH-Journal

### Ist das das richtige Signal?

Das *KVH-Journal* hat ein neues Layout. Nun, die Schrift ist besser lesbar, die Bilder bunter, das Papier edler und die Kosten ... sind sicher höher! Ist das das richtige Signal, ausgerechnet in einer Zeit, in der uns allen das Wasser bis zum Hals steht? Muss da nicht jeder Außenstehende sagen: Na, den Ärzten geht's wohl doch nicht so schlecht, wenn sie sich so ein Hochglanzblatt leisten können?

Dr. Thomas A. Walter,  
Onkologe in Wandsbek



# Verdrehtrauma

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

**S**ommer 1970: Ein Patient hat sich beim Fußballspielen das rechte Knie verdreht. Es ist geschwollen, schmerzt, der Gelenkerguss muss punktiert werden. Die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung des rechten Kniegelenkes deuten auf einen Innenmeniskusriss hin.

In der Röntgenabteilung wird das Kniegelenk erneut punktiert, um Kontrastmittel zu injizieren, eine Serie von vier bis zwölf Röntgenbildern wird unter ständigem und schmerzhaftem Drehen des Beines angefertigt, noch eine weitere Spritze voll Luft nachgeschoben, um weitere vier bis zwölf Aufnahmen als Doppelkontrastbilder zu erhalten. Der Patient wird stationär aufgenommen und operiert, mit einem circa acht Zentimeter langen Schnitt am inneren Gelenkspalt, von wo aus man die vorderen zwei Drittel des Meniskus unter Sicht, das hintere Drittel nur mit viel Erfahrung und nach Gefühl entfernen kann. Acht bis zwölf Tage Krankenhausaufenthalt, schmerzhaft und langsame Mobilisierung, nach etwa sechs Wochen wieder arbeitsfähig. Die qualvolle Bilanz: vie-

le Röntgenaufnahmen (Strahlenbelastung), mehrfache Punktionen und langstreckige Eröffnung des Kniegelenkes (Infektionsgefahr), vollständiger Meniskusverlust (Arthrose so gut wie sicher) durch eine riskante Operation (Gefäßverletzung), lang andauernde Rekonvaleszenz (Genesung).

Ein ähnlicher Fall in der Gegenwart: Wieder Fußball, gleiche Beschwerden. Verdacht auf Innenmeniskusriss. Ein

Kernspintomogramm wird angefertigt, eine Videoarthroskopie durchgeführt, mit nur zwei kleinen Einstichen unterhalb der Kniescheibe. Unter Sicht wird der verletzte Teil des Meniskus entfernt, der unverletzte Rest belassen. Nach drei Tagen geht der Patient nach Hause, nach zwei Wochen ist Vollbelastung erreicht. Das ist medizinischer Fortschritt: Mo-

derne Apparatemedizin, keine Strahlenbelastung, minimal-invasive Operationsmethoden, Verringerung der Komplikationen, weniger Infektionsgefahr, Reduktion des Eingriffs auf ein Minimum, Verkürzung der Heilungszeit und der Rekonvaleszenz.

Schneller, risikoärmer, billiger! Was soll daran unbezahlbar sein? Findet die Verschwendung nicht ganz woanders statt?

**Schneller, risikoärmer, billiger!  
Was soll an dieser Versorgung unbezahlbar sein? Findet Verschwendung nicht ganz woanders statt?**

Überflüssige Impfungen für harmlose Infektionen und seltene Krebsarten, Vorsorgekampagnen, die trügerische Sicherheit verbreiten, hohe Renditen für Arzneimittelhersteller und private Klinikinvestoren. Da fließt das Geld, und munter wird eine verdrehte Diskussion über Rationierung von Leistungen und über Zusatzbeiträge geführt. ■

[chirurg@hontschik.de](mailto:chirurg@hontschik.de), [www.medizinHuman.de](http://www.medizinHuman.de)

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Joachim Weiß**  
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Joachim Weiß**

Geburtsdatum: **29.06.1949**

Familienstand: **verheiratet, drei erwachsene Kinder**

Fachrichtung: **Dermatologie und Venerologie**

Weitere Ämter: **Kreisobmann in Billstedt und Horn, stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung und des Beratenden Fachausschusses Fachärzte**

Hobbys: **Schwimmen, Wohnmobilreisen in ferne Länder**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Unbedingt. Ich hatte bei meiner Berufswahl gehofft, einen Beruf zu wählen, der mich ausfüllt und der mir Freude macht. Diese Hoffnungen haben sich vollkommen erfüllt. Insbesondere die Arbeit als freiberuflicher Arzt mit Kontakten zu Menschen aller sozialen Schichten sowie aller Herkunftsländer dieser Welt und mit eigenen Gestaltungsmöglichkeiten der täglichen Arbeit ist für mich sehr befriedigend. Ich würde mich immer wieder für den Beruf eines niedergelassenen Hautarztes entscheiden.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** Gleiche medizinische Versorgung für alle Menschen dieser Stadt.

**Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?** Wir sollten dafür kämpfen, dass die im internationalen Vergleich sehr gute Versorgung unserer Bevölkerung mit direktem Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten bleibt. Rationierung von ärztlichen Leistungen über Primärarztssysteme führt - wie der Blick in europäische Nachbarländer zeigt - zur Zweiklassenmedizin. Dies darf nicht sein und wird auch von der Mehrheit der Bevölkerung abgelehnt. Die KV als wichtiger Player für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung und einzige kraftvolle Instanz gegen die Pressionen von Krankenkassen und Politik sollte ihre jetzige Rolle behalten.

**Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?** Ich würde gern die Spitzenpolitiker von Union und SPD fragen, welchen Wert für sie die Freiberuflichkeit der Ärzte für die Qualität und Effizienz der ambulanten medizinischen Versorgung hat.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Ich würde für meine Familie und für mich gern etwas mehr Zeit und Muße haben. ■



## TERMINKALENDER

### VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

**Do. 12.12.2013 (ab 20 Uhr)** im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

### QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

#### 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. 16.10.2013 (9:30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

**10 PUNKTE**

#### QEP-Einführungsseminar für Praxen

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. 29.11.2013 (15:00-21:00 Uhr) /**

**Sa. 30.11.2013 (8:30-16:30 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. 5.2.2014 (9:30-17:00 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Verpflegung)

**10 PUNKTE**

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://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 2013 VOM 1. BIS 15. OKTOBER 2013

# INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

## **Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?**

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

## **Was bieten wir Ihnen?**

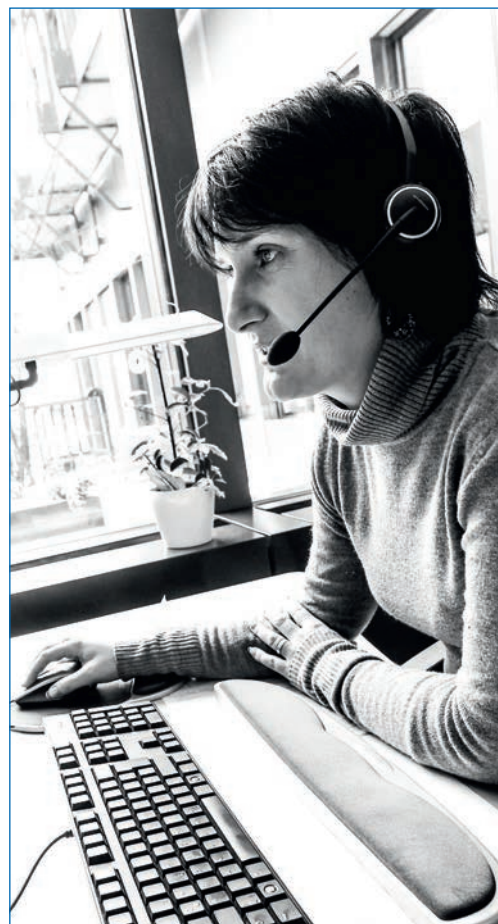
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

## **Wie erreichen Sie uns?**

Infocenter der KVH  
Humboldtstrasse 56  
22083 Hamburg  
Telefon: 22 802 900  
Telefax: 22 802 420  
E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto: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



# KVH

**Infocenter der KVH**  
Telefon 040/22 802 900  
[infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)