

KVH *journal*

WISSENS- MANAGEMENT

Wo finde ich verlässliche Informationen?



BLUTZUCKER

Wie viele Teststreifen darf man verordnen?

ARZNEIMITTEL

Verschreibungsfrei oder rezeptpflichtig?

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, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 10/2014 (1. Oktober 2014)



Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Das Thema Fortbildung ist ein Dauerbrenner. Kein Berufsstand ist bezüglich seiner Fortbildung so reglementiert und wird so kontrolliert, wie dies bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Fall ist. Selbstverständlich erwartet jeder Patient, nach neusten Erkenntnissen diagnostiziert und therapiert zu werden. Selbstverständlich ist dies auch der Anspruch eines guten Arztes an sich selbst. Die kontinuierliche Fortbildung ist für die meisten sicher ein sehr schöner und erfüllender Teilaspekt unseres Berufes, und es gibt eine hohe intrinsische Motivation dafür.

Nachvollziehen kann ich einen gewissen Qualitätsanspruch durch die GKV und sogar Rahmenvorgaben, wie dieser zu erfüllen und zu kontrollieren ist. Wenn aber kleinteilige Vorgaben minutiös vorschreiben, was wann wie zu tun ist, und man am Ende für jedes DMP, für jeden Selektivvertrag und alle möglichen weiteren Programme eigene Fortbildungsnachweise erbringen muss, stellt sich schnell die Frage, wann ein Arzt noch Patienten behandeln soll, und wie es um die Freiberuflichkeit bestellt ist.

Für den Einzelnen können möglicherweise die neuen Medien und die in diesem KV-Journal diskutierten Ansätze eine Erleichterung beim Fortbilden sein und werden sicher auch von vielen bereits genutzt. Die Informationen sind schnell und auf Abruf verfügbar. Kritisch zu würdigen sind sie in jedem Fall, vielleicht mehr noch als die aus anderen Quellen, da Herkunft und Auslese oft nur schwer nachzuvollziehen sind.

Eine wichtige Aufgabe der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Selbstverwaltung sehe ich darin, beim Thema Fortbildung mit Politik, Krankenkassen und auch Ärztekammern um Angemessenheit zu ringen und auf Praktikabilität zu achten.

In diesem Sinne viel Freude mit dem „kontinuierlichen Studium“ ...

Ihr Dr. Stephan Hofmeister,
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de

**SCHWERPUNKT**

- 06_ Nachgefragt: Welchen Stellenwert hat das Internet, wenn Sie fachliche Informationen benötigen?
- 08_ Suche nach Evidenz: Zeiteffektives Recherchieren im Internet

DATENSCHUTZ

- 15_ Elektronische Patientendaten gehören nicht in den Müll!

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
- 18_ Elektronische Gesundheitskarte wird ab 2015 Pflicht

QUALITÄT

- 19_ QM-Seminare: „Risikomanagement“ und „Wo steht unsere Praxis?“

Neu nach QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 20_ Verschreibungspflichtig oder rezeptpflichtig? Tabelle zu vielfach nachgefragten Wirkstoffen
- 22_ Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten

- 24_ Blutzuckerteststreifen für insulinpflichtige Diabetiker: Welche Menge darf verordnet werden?
- 25_ AkdÄ-Fortbildungsveranstaltung / Workshop Pharmakotherapieberatung
- 26_ Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

ABRECHNUNG

- 26_ Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2014

FORUM

- 28_ Warum die GOÄ auch für den vertragsärztlichen Honorarbereich wichtig ist
- 32_ Vorsicht Falle: Die dubiosen Angebote von Adressverzeichnis-Anbietern

RUBRIKEN

- 02_ Impressum
- 03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 31_ Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 33_ Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

KV INTERN

- 34_ Steckbrief: Dr. Rolf Eichenauer
- 35_ Terminkalender

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag - unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Seite 3: Michael Zapf; Seite 8: Mpfphotography/Fotolia; Veronchick84/Fotolia; Seite 10: LaCatrina/Fotolia; Seite 15: Sergey Yarochkin/Fotolia; Seite 16: WavebreakMedia Micro/Fotolia; Seite 17: Felix Faller/Alinea; Seite 18: Denis Junker/Fotolia; Seite 24: Tunedin/Fotolia; Seite 33: Barbara Klemm; Seite 36: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto

Welchen Stellenwert hat das Internet, wenn Sie medizinische Informationen suchen?



Jens-Gero Passlack
Allgemeinmediziner
in Rahlstedt

Online-Recherche ist zeitaufwändig

Ich gehöre zur Fraktion der Ärzte, die für die Recherche bei medizinischen Fragen nicht das Internet nutzen.

Wenn ich bei jedem Patienten, der zu mir in die Sprechstunde kommt, erst einmal ins Internet schauen würde, käme ich zeitlich überhaupt nicht mehr zurecht. Immerhin behandle ich schon jetzt mehr Patienten als ich eigentlich sollte. Ich halte mich mit Hilfe von Fachzeitschriften, dem *Arznei-Telegramm*, dem *Deutschen Ärzteblatt* und den Informationen der Pharma-Industrie auf dem Laufenden über neue Forschungsergebnisse und Medikamente. Wenn direkt in der Sprechstunde Fragen auftauchen, weiß ich, wo ich nachschlagen kann, um Antworten zu bekommen. ■



Dr. Hans Walbaum
Allgemeinmediziner
in Rotherbaum

Erst mal ins Fachbuch schauen

Wenn ich Rat suche, greife ich zuallererst nach einem Fachbuch aus meiner Bibliothek. Im zweiten Schritt konsultiere ich die gängigen Internet-Suchmaschinen wie Google. Hier stößt man allerdings auf viele interessengeleitete Informationen, ohne dass man dies immer gleich erkennen kann. Zudem ist die Validität der Informationen nicht gesichert. Viele Informationsangebote bleiben auch an der Oberfläche, weil sie sich in erster Linie an Patienten richten. Bevor ich in einschlägigen Fachportalen suche, steht für mich an dritter Stelle lieber der Anruf bei einem Kollegen, der eine Koryphäe auf dem entsprechenden Gebiet ist. **Schließlich stehe ich als Hausarzt ja nicht am Ende der diagnostischen Kette.** Ich finde diesen persönlichen Kontakt sehr wichtig – und bei Bedarf kann ich meinen Patienten ja auch an den Spezialisten überweisen. ■



Dr. Sigrid Renz
Kinderärztin
in Eimsbüttel

Aktuelle Infos aus dem Internet

Bei infektiologischen Fragestellungen recherchiere ich auf den Seiten des RKI und der STIKO. Das sind offizielle Seiten, die den aktuellen State of the Art abbilden. **Auf der Seite der AWMF informiere ich mich über aktuelle Leitlinien.** Wenn es um seltene Erkrankungen oder genetische Defekte geht, schaue ich gern auf dem Fachportal www.orpha.net nach. Es gibt ja eine Reihe von Krankheiten, von denen man schon einmal gehört, die man aber nicht ad hoc parat hat, weil sie einem nur sehr selten im Praxisalltag begegnen. Natürlich nutze ich auch gelegentlich Google oder Wikipedia für die Recherche – wohl wissend, dass die verfügbaren Informationen hier nicht immer verlässlich sind. Auch Waschzettel lade ich mir mittlerweile lieber aus dem Internet herunter – das geht meist schneller als in einem dicken Wälzer wie der Roten Liste zu blättern. ■

VON STEPHAN FUCHS

Suche nach Evidenz

Was tun, wenn in der Sprechstunde plötzlich Fragen zur Wirksamkeit von Therapien auftauchen? Wer nicht in der Flut zweifelhafter Informationen untergehen will, muss schnell und effizient recherchieren.



Im Praxisalltag tauchen immer wieder Fragen auf, die der Arzt nicht auf Anhieb beantworten kann: Ist diese Untersuchungsmethode für den Patienten geeignet? Könnte ein bestimmter Umstand die Ursache für eine Erkrankung sein? Kann die Wirksamkeit einer Therapie als gesichert gelten?

Wer evidenzbasierte Medizin machen will, wird versuchen, diese Fragen irgendwie zu klären. Dem

stehen allerdings viele kleine und große Hindernisse entgegen: Wir wissen oftmals nicht, wo man auf die Schnelle verlässliche Informationen findet. Es besteht die Gefahr, in einem Informationswust zu versinken oder seine Zeit mit der Lektüre schlecht aufbereiteter Quellen zu verbringen, die möglicherweise auf Englisch verfasst sind oder deren Zuverlässigkeit man nicht einschätzen kann.

Um bei dieser Problematik eine ganz konkrete und nutzwertige Hilfestellung zu geben, hat die Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Marburg das Informationsmanagement-Konzept PERLEN entwickelt: "Patientenorientierte, evidenzbasierte RECHERCHE lernen, entwickeln und nutzen". Mittlerweile wird das Projekt zusammen mit der Universität Halle betreut. Wir möchten hier eine Systematik vorstellen, die dabei

hilft, unter den Bedingungen des Praxisalltags gezielt zu recherchieren.

Wenn ich schon weiß, wo die Antwort auf meine Frage zu finden ist, werde ich diese Quelle noch in der Sprechstunde zu Rate ziehen – während der Patient daneben sitzt: „Moment, ich schaue mal schnell nach ...“

Geht es um kompliziertere Recherchen, sollte man dem Patienten offen sagen: „Ich mache mich schlau, ich rufe Sie morgen an.“ Nach unseren Erfahrungen gestehen die Patienten dem Arzt diese Zeit gerne zu, denn sie spüren, dass er sich um ihr Anliegen kümmert.

Man kann davon ausgehen, dass sich am Ende der Sprechstunde eines Tages einige Fragen angesammelt haben. Studien zufolge tauchen etwa bei der Hälfte der Patienten konkrete (unbeantwortete) Fragen auf (Del Fiol, Guilherme u.a.: Clinical Questions Raised by Clinicians at the Point of Care, JAMA Intern Med. 2014 May;174(5):710-8)

Es ist sinnvoll, alles auf einer Liste zu notieren und sich nach der Sprechstunde ein Zeitfenster freizuhalten, um diese Fragen abzuarbeiten. Anfangs wird es ein wenig länger dauern, aber mit zunehmender Routine fällt das Recherchieren leichter.

Eines ist offensichtlich: Die am besten zugänglichen und am leichtesten konsumierbaren Informationsquellen sind nicht unbedingt die vertrauenswürdigsten. Auf dem Schreibtisch des Arztes liegen möglicherweise ein paar Broschüren von Arzneimittelherstellern. Sie sind bunt aufgemacht und gut les-

bar. Doch dahinter steht ein Verkaufsinteresse. Etwa 95 Prozent der exakten Inhalte solcher Broschüren sind nicht durch Studien gedeckt.

Daneben stapeln sich vielleicht einige Ausgaben der *Ärztezeitung*, des *Hausarzt* oder der *Medical Tribune*: Die gibt es häufig kostenlos. Wir nennen sie Streuzeitschriften, weil sie in alle Praxen „reingestreut“ werden – ob man sie haben möchte oder nicht. Diese Zeitungen und Zeitschriften sind fast ausschließlich anzeigenfinanziert. Sie sind also finanziell abhängig – nicht von ihren Lesern, sondern von der Arzneimittelindustrie oder anderen

Es macht Spaß, sich dem Ursprung evidenzbasierten medizinischen Wissens zu nähern.

Anzeigenkunden. Auch dies sind keine unabhängigen Quellen.

Die Gelbe und Rote Liste kennen alle Ärzte. Es gibt sie in gedruckter Form; als digitale Versionen sind sie oft in unsere Praxissoftware integriert oder auch im Internet zu finden. Das sind schnelle, oftmals auch überaus hilfreiche Informationsquellen. Bei der Nutzung sollte man sich allerdings vergegenwärtigen, dass sie von den Arzneimittelherstellern geschrieben wurden. Auch die Fachinformationen beruhen ausschließlich auf Angaben der Hersteller – allerdings gibt es hier enge behördliche Vorgaben.

Man muss also unterscheiden: Sind die Autoren der Quelle eher den „Technik-Enthusiasten“ zuzuordnen? Oder eher den „Technik-

Skeptikern“, die sich nüchtern und zurückhaltend äußern? Woher kommt die Information? Wie neutral ist sie? Spielen auf direkte oder indirekte Weise Verkaufsinteressen hinein?

Manchmal ist diese Unterscheidung nicht eindeutig zu treffen. Für einen schnellen Überblick zu gängigen therapeutischen Fragen beispielsweise ist die Website der Leitlinien der „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF) die erste Anlaufstelle. Die Fachgesellschaften gehören allerdings tendenziell eher zu den Technik-Enthusiasten, und man kann nicht davon ausgehen, dass sie völlig unbeeinflusst sind von den Verkaufsinteressen der Pharmaindustrie. Die den Leitlinien früher anhaftende Tendenz ist

aber mittlerweile abgemindert, weil bei den aktuellen Überarbeitungen meist mehrere Fachgesellschaften an der Autorenschaft beteiligt sind.

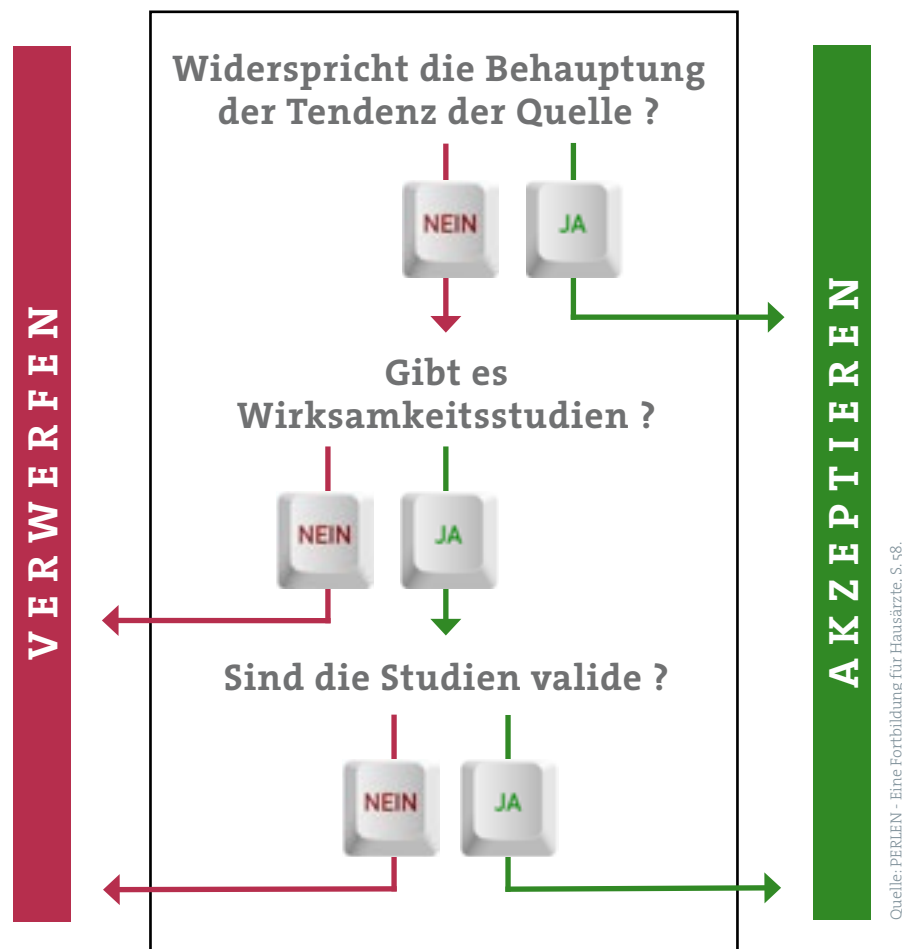
Eine einigermaßen neutrale Quelle ist auch die Web-Seite des Deutschen Ärzteblattes (www.aerzteblatt.de). Der Deutsche Ärzte-Verlag mit der KBV und der Bundesärztekammer im Hintergrund achtet darauf, dass eine gewisse Distanz zu Arzneimittel-, Medizinproduk-

IN KOOPERATION
MIT DEM INSTITUT FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN DES UKE



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Recherche-Ablaufplan



Ausgangspunkt des Ablaufplans ist eine Hypothese oder eine Behauptung – zum Beispiel über die Wirksamkeit einer Therapie. Wenn uns der Algorithmus auf eines der seitlichen Felder führt, können wir die Recherche beenden. Dabei wird die Behauptung entweder verworfen (rotes Feld) oder akzeptiert (grünes Feld).

te- oder Medizintechnik-Herstellern gewahrt bleibt oder aber eine eventuelle Verbindung auch dem Leser kenntlich gemacht wird. Die Autoren geben Interessenskonflikte an.

Nur wenige Publikationen lassen sich als vollständig unabhängig von sachfremden Interessen einstufen. Zu Medikamenten gibt es in Deutschland einige sehr gute Quel-

len: Da wären zunächst die beiden Zeitschriften *Arznei-Telegramm* und *Arzneimittelbrief* zu nennen. Die Redaktionen dieser Zeitschriften werten kritisch die Forschungsliteratur und Studiendaten aus, um über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln zu berichten. Beide Zeitschriften haben einen inhaltlich sachlichen Online-Auftritt mit

Suchfunktion und Datenbankstruktur.

Auch die Zeitschrift *Arzneiverordnung in der Praxis* ist empfehlenswert. Sie wird von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft herausgegeben. Ihre Web-Seite zeichnet sich durch eine gute Nutzbarkeit und Suchfunktion aus.

Und hier wären wir an der ersten Wegscheide im PERLEN-Ablaufplan für systematische Recherche angelangt (siehe nebenstehende Grafik). Die erste Faustregel lautet: Widerspricht die Behauptung der Tendenz der Quelle, kann man davon ausgehen dass die Information zuverlässig ist.

Wenn derart vorsichtige und skeptische Quellen wie *Arznei-Telegramm*, *Arzneimittelbrief* und *Arzneiverordnung in der Praxis* ein Medikament als wirksam und nützlich beurteilen, gibt es für diese Behauptung vermutlich eine gute Studienevidenz – und wir können, wenn unsere Frage damit beantwortet ist, die Suche an dieser Stelle abbrechen.

Andersherum gilt: Wenn in der Fachinformation der Arzneimittelhersteller davon die Rede ist, dass kontrollierte Langzeitstudien für die Wirkung eines Medikaments bei einer bestimmten Indikation fehlen, kann ich diese Information akzeptieren. Die Information („es gibt keinen Nutzenbeleg“) läuft dem Interesse des Herstellers eigentlich zuwider – und wird deshalb wohl stimmen.

Nicht immer kann man seine Suche nach benötigten Informationen so schnell beenden, denn die Lage ist meist ein wenig unübersichtlicher. Dann folgt als nächster Rechenschritt auf unserem Ablaufplan die Klärung der Frage: Gibt es Wirk-

samkeitsstudien? Wir machen uns nun auf eigene Faust auf die Suche nach Evidenz.

Es gibt eine durchaus verständliche Hemmschwelle, Datenbanken zu nutzen, um Studien zu finden. Doch es wird immer wieder Situationen geben, in denen man keine zufriedenstellende, bereits redaktionell aufbereitete Antwort auf eine bestimmte Frage findet oder in denen man den aktuellsten Forschungsstand braucht – und froh ist, wenn man auf frühere Erfahrungen im Umgang mit Datenbanken zurückgreifen kann. Es lohnt sich also, in einer ruhigen Stunde eine Datenbank zu öffnen und probierhalber ein paar Suchwörter einzugeben. Sie werden sehen: Es macht Spaß, sich dem Ursprung des evidenzbasierten medizinischen Wissens spielerisch zu nähern.

Viele Ärzte nutzen zur Informationsrecherche die Suchmaschine *Google Scholar*. Die Suchmaschine hat allerdings einige Nachteile: Nach welchen Kriterien die Treffer sortiert sind, ist schwer nachvollziehbar. Und die Möglichkeiten, auf das Ranking Einfluss zu nehmen, sind begrenzt: Man kann die Suche auf bestimmte Erscheinungszeiträume eingrenzen.

Gezielter und verlässlicher kann man in einer Fachdatenbank wie *Pubmed.com* suchen. Man sollte sich nicht davon abschrecken lassen, dass es sich um eine englischsprachige Website handelt. Die deutschen und die englischen medizinischen Begriffe haben oft denselben Ursprung und ähneln sich. Wenn man „Diab...“ in die Suchleiste eingibt, be-

kommt man automatisch Vorschläge für Suchbegriffe: „diabetes, type 2 diabetes, gestational diabetes ...“. Ansonsten kann man eines der frei zugänglichen Online-Wörterbücher Deutsch-Englisch (beispielsweise <http://dict.leo.org/> oder www.dict.cc) nutzen und damit die Suchbegriffe übersetzen lassen.

Es gibt eine sehr empfehlenswerte deutschsprachige Anleitung für den Umgang mit Pubmed von Günther Egidi und Klaus Gebhardt: www.degam.de → (linke Navigationsleiste unter Sektionen & AGs:) Fortbildung → Pubmed-Recherche für Hausärzte

Ist eine Sprunggelenksprothese sinnvoll? Ich suche zuerst bei den Reviews und erfahre: Bringt nichts.

Die Frage, ob überhaupt Wirksamkeitsstudien existieren, ist vor allem relevant, wenn es um alternative Therapien, Diagnostik und Screening/Früherkennung geht.

Was sind Wirksamkeitsstudien? Es gibt dafür drei grobe Kennzeichen:

- Sie sind am Menschen durchgeführt.
- Patienten werden zufällig der Fall- oder Kontrollgruppe zugeordnet.
- Sie haben relevante Zielgrößen – die Fragestellung bezieht sich also auf aus Patientenperspektive vorrangige Therapieziele.

Ein Beispiel: Ein Patient erkundigt sich, ob Noni (ein traditioneller polynesischer Fruchtextrakt) ein wirk-

sames Mittel zur Krebsvorbeugung ist. Eine *Pubmed*-Suche ergibt tatsächlich 48 Treffer. Die Überschriften der Publikationen zeigen aber, dass es sich hier ausschließlich um pharmakologische und tierexperimentelle Studien handelt (Stand: 26.8.2014).

Wenn man keine Wirksamkeitsstudie findet, kann man seinem Patienten die Auskunft geben: „Es gibt keine echten Beweise für eine positive Wirkung.“

Auch bei der PSA-Untersuchung zur Früherkennung von Prostata-Ca gibt es keinen eindeutigen Wirksamkeitsnachweis durch randomisierte, kontrollierte Studien mit relevanten Endpunkten (zum Beispiel die Senkung der Mortalitätsrate). Hier beginnt eine Diskussion, ob durch die PSA-Testung nicht zu viele „falsch positive“ Befunde provoziert werden, welche ungerechtfertigte Interventionen (Schaden-Nutzen-Verhältnis) nach sich ziehen.

Weiter geht es mit der Recherche, wenn wir Hinweise dafür gefunden haben, dass es für die in Frage stehende Maßnahme Wirksamkeitsstudien gibt. Dann kommen wir zum letzten Abschnitt auf unserem Ablaufplan. Wir versuchen, die Frage zu klären: Sind die Wirksamkeitsstudien valide und auf die von mir betreuten Patienten anwendbar?

Wenn wir Glück haben, gibt es beispielsweise systematische Übersichtsarbeiten, in denen mehrere Studien auf ihr Design und ihre Qualität hin geprüft und die Ergebnisse zusammengefasst werden. Diese

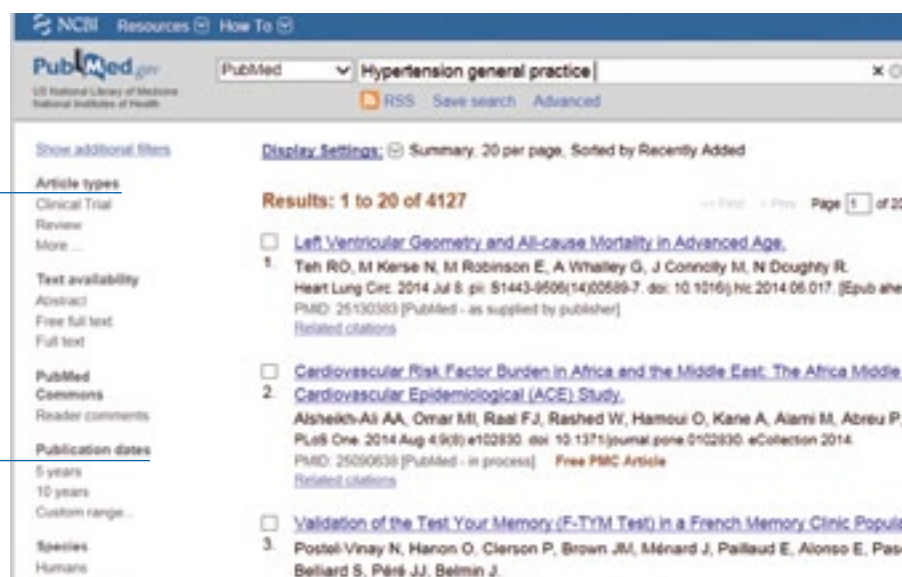
Gezielte Suche bei Pubmed

"article types"

Suche ich eine Einzelstudie oder eine Übersichtsarbeit?

"publication dates"

Wie aktuell soll die Studie sein?



sogenannten Reviews werden in der Regel von universitären Forschergruppen erstellt und sind häufig industriunabhängig.

Nehmen wir das Beispiel „Bluthochdruck in der Hausarztpraxis“. Gibt man ins Suchfeld von *Pubmed* die Begriffe „Hypertension“ und „general practice“ ein (siehe Abb. oben), erhält man 4127 Treffer. In der linken Navigationsleiste kann man die Suche auf „Reviews“ begrenzen (590 Treffer) und dann nochmals auf Veröffentlichungen der vergangenen zwei Jahre einschränken (67 Treffer). Das neuste Review ist einen Monat alt (Stand: 26.8.2014).

Bisweilen möchte man sich allerdings auch einzelne Studien ansehen. Das kann der Fall sein, wenn es

um eine spezielle Fragestellung geht, zu der es noch nicht genug Studien für ein Review gibt oder bei der das letzte Review bereits etwas zurückliegt – oder wenn man beispielsweise direkt die Quellenangabe einer Arzneimittelwerbung oder eines Artikels prüfen will.

Das medizinische Englisch der Studien ist relativ simpel; den Zusammenfassungen (Abstracts) kann man die Kerninformationen zu den Ergebnissen und der verwendeten Methodik auch ohne große Sprachkenntnisse entnehmen.

Die erste Frage, die sich stellt, ist: Sind die Studienergebnisse überhaupt auf meine Patienten anwendbar?

Wenn ich Allgemeinmediziner bin, lohnt es sich für mich häufig

nur, jene Studien anzuschauen, die sich mit Hausarztpraxen beschäftigen. Ein Orthopäde beispielsweise hat eine ganz andere Auswahl von Rückenschmerzpatienten – eine bereits ausgelesene Gruppe mit intensiveren Schmerzen oder besonderen Konstellationen. Deshalb gibt es für Orthopädiepraxen andere Studienergebnisse als für Hausarztpraxen.

Die zweite Frage ist: Ist die Studie valide? Zur ersten Beurteilung der Qualität einer Studie gibt es einige Schnell-Kriterien.

Wenn ich in meiner Praxis 100 Patienten ein Medikament gegen Bluthochdruck gebe, dann weiß ich: Es wirkt, sagen wir, bei 80 Patienten. Ich hätte damit lediglich eine kleine Beobachtungsstudie gemacht. Es gibt keine Vergleichsgruppe und ich weiß nicht: Bei wie vielen dieser Patienten hätte die Standardbehandlung (also das gängige Blutdruckmedikament) oder ein Placebo geholfen?

Eine Wirksamkeitsstudie muss also „kontrolliert“ sein: Sie braucht nicht nur eine Fallgruppe, an der ich etwas teste, sondern auch eine Kontrollgruppe. Idealerweise werden die Patienten den Gruppen durch einen

Bevorzugte Web-Seiten

Eine persönliche Hitliste guter Quellen kann man sich oben in die Browserleiste legen



Zufallsmechanismus zugeordnet, was man als „randomisierte“ Zuteilung bezeichnet.

Außerdem sollten die Gruppen „verblindet“ sein. Das heißt: Die Patienten der beiden Gruppen wissen nicht, welche Behandlung sie bekommen. „Doppelblind“ ist eine Studie, wenn auch der behandelnde Arzt nicht weiß, welche Behandlung die Patienten bekommen; „dreifach-blind“, wenn auch die „Auswerter“, von denen die Auswertung durchgeführt wird, nicht wissen, welche Behandlung die Patienten bekommen haben.

Eine hohe Anzahl an teilnehmenden Patienten festigt die Aussage.

Informationen über diese Schnell-Kriterien für die Qualität einer Studie findet man in der Zusammenfassung (Abstract). Wird beispielsweise eine Randomisierung oder Verblindung im Abstract nicht genannt, kann man davon ausgehen, dass sie nicht stattgefunden hat. Selbst wenn all unsere Kriterien für ein gutes Studiendesign erfüllt sind: Die statistischen Finessen und Fallstricke wird man als Otto-Normalarzt nicht nachvollziehen können.

Deshalb ist auch ein Blick auf die Angabe von Interessenskonflikten der Autoren am Ende des Artikels sinnvoll. Wenn im Absatz über Interessenskonflikte mitgeteilt wird, die Autoren hätten Geldmittel von einer öffentlichen Institution wie beispielsweise einem Ministerium

bekommen, ist die Information eher vertrauenswürdig. Wir wissen: Es steckt ein neutraler Geldgeber dahinter.

Wenn wir dagegen lesen, die Studie sei von einer bestimmten Firma finanziert worden oder der Autor habe in den vergangenen Jahren einige Berater-Honorare von Firmen bekommen, ist die Vertrauenswürdigkeit schwieriger einzuschätzen. Die Forscher sind abhängig von ihrem Geldgeber und möchten möglicherweise Folgeaufträge erhalten.

Nehmen wir für den abgestuften Umgang mit *Pubmed* ein Beispiel: Ein Patient mit Problemen am Sprunggelenk kommt zu mir in die Sprechstunde. Er sagt: „Ich habe einen Verwandten, der hat eine Sprunggelenksprothese bekommen. Wäre das auch was für mich?“ Da kann ich für meinen Patienten prüfen: Eine Sprunggelenksprothese – ist das sinnvoll? Ich gebe die Stichworte prothese (Prothese), anke (Sprunggelenk) und functionality (Funktionalität) bei *Pubmed* ein und suche zuerst nach den Reviews. Dabei erfahre ich: Bringt nichts. Allerdings sind die Reviews bereits acht Jahre alt, und die Technik schreitet schnell voran.

Deshalb wähle ich als nächstes Einzelstudien (trials) der vergangenen drei Monate aus. Die neuste Studie schaue ich mir an. Wenn sie den Schnell-Kriterien für Validität standhält, habe ich ein vertrauenswürdiges, aktuelles Ergebnis.

Beim Informationsmanagement in der Arztpraxis gilt: Man muss sich langsam einarbeiten, das braucht Zeit. Manche Ärzte kommen mit den in diesem Artikel erwähnten Webseiten gut zurecht, manche brauchen mehr Zeit. Wir schlagen vor, verschiedene Informationsquellen auszuprobieren. Geeignete Quellen kann man oben in die Browserleiste einprogrammieren.

Die Browserleiste könnten beispielsweise so aussehen: Ärzteblatt, AWMF-Leitlinien, Arzneitelegramm, Priscus-Liste, Wörterbuch, Pubmed ... Jeder Arzt wird sich im Laufe der Zeit seine persönliche Hitliste erstellen mit sieben bis zehn Quellen, die er gerne nutzt.

Wer nicht recherche-affin ist, wird im Praxisalltag möglicherweise weiterhin am häufigsten Google konsultieren – weiß aber im Zweifelsfall, wie er an harte, evidenzbasierte Informationen kommt. ■

Weiter Informationen zu PERLEN finden Sie unter:
www.allgemeinmedizin-projekte.de
→ Perlen



STEPHAN FUCHS ist Arzt in Weiterbildung in einer Hausarztpraxis in Wettin und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Sektion Allgemeinmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

WORKSHOP INFORMATIONSMANAGEMENT

Der Autor bietet einen Workshop zum Thema im Rahmen des Tages der Allgemeinmedizin an (siehe auch die ganzseitige Anzeige übernächste Seite).

Samstag, 8.11.2014 (ab 14.15 Uhr)

UKE Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Campus Lehre - N55

Anmeldung über: Thomas Kloppe, Tel: 7410 - 56479 Fax: 7410 - 53681

E-Mail: tda@uke.de

Spezialisiert auf den
ganzen Menschen

08.11.2014
UKE Hamburg

9:00 - 16:30 Uhr
Campus Lehre, N55

Anmeldung verlängert
bis zum 15.10.2014

www.uke.de/TdA
Kontakt: Thomas Kloppe
Institut für Allgemeinmedizin, UKE
Tel: 040 7410 56479
Fax: 040 7410 53681
tda@uke.de

Der Tag der Allgemeinmedizin (TdA) ist an vielen Universitäten fester Bestandteil der allgemeinmedizinischen Fortbildungsangebote. Der TdA bietet in Workshops unabhängige Fortbildungen für das gesamte hausärztliche Praxisteam an. Die Workshops sind explizit als Mitmach-Seminare konzipiert und bieten Gelegenheit, Wissen und praktische Fertigkeiten aufzufrischen und Neues einzuüben. Wir laden Sie herzlich ein.

VON JOHANNES CASPAR

Patientendaten gehören nicht in den Müll

Wenn der Praxis-PC ausgemustert wird, müssen die Daten ordnungsgemäß gelöscht werden. Eine Information des Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit.

Immer wieder ist von Datenskan- dalen die Rede, wenn Patienten- dokumentationen im Müll oder im Altpapiercontainer landen und nicht ordnungsgemäß vernichtet wurden. Dies kann nicht nur datenschutzrecht- liche, sondern im Hinblick auf die Verschwiegenheitspflicht auch straf- rechtliche Folgen nach sich ziehen.

Während jedem Arzt der ver- antwortungsbewusste Umgang mit Unterlagen in Papier hinlänglich

bekannt sein dürfte, darf nicht ver- gessen werden, dass die Speicherung von Informationen zunehmend elek- tronisch im PC erfolgt. Der Daten- schutz und die Verschwiegenheits- pflicht müssen bei der Ausgestalt- ung der Technik konsequent Berück- sichtigung finden; dies betrifft auch den Fall, wenn der PC samt Festplatte ausgetauscht, verkauft, verschenkt oder sonst vom Arzt aus der Hand gegeben wird. Dann muss darauf geachtet werden, dass die personen- bezogenen Patientendaten nicht zu unberechtigten Dritten gelangen beziehungsweise die Patientengeheim- nisse offenbart werden.

Wie Papierunterlagen sind auch elektronische Daten sicher zu lö- schen. Hierzu reichen bloße Löschr- befehle nicht; diese führen grundsätz- lich nur dazu, dass der Speicherplatz, auf dem die Daten abgelegt sind, zum Überschreiben freigegeben wird. Wann dies jedoch geschieht, ist offen, so dass die Daten und In- formationen wieder rekonstruiert werden können. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstech- nik gibt beispielsweise Hinweise, wie ein sicheres Löschen oder auch Vernichten erfolgen kann. Soweit man auf spezialisierte Anbieter zur Löschung der Daten oder Vernich- tung der Datenträger zurückgreifen

möchte, müssen jedoch auch hierbei der Datenschutz und die Verschwie- genheitspflicht gewahrt sein.

Neben einem schriftlichen Auf- tragsvertrag und der Kontrolle durch den Arzt sollte hierbei darauf geach- tet werden, dass die Datenträger an sich sicher verschlüsselt sind, damit dem Auftragnehmer keine Geheim- nisse offenbart werden. Trotz Ein- schaltung eines Auftragnehmers ver- bleibt aber letztlich die datenschutzrechtliche Verantwor- tung dennoch beim Arzt selber. Die Kosten im Fall der Inanspruchnahme eines spezialisierten Anbieters sind auch nicht besonders hoch. Von dem Fall der Auftragsvergabe unabhängig stellt die sichere Verschlüsselung des Datenträgers an sich ohnehin auch eine geeignete Maßnahme dar, dass im Falle eines Diebstahls die Daten nicht von Unbefugten zur Kenntnis genommen werden können. ■



PROF. DR. JOHANNES CASPAR

Der Hamburgische Beauftragte für Daten- schutz und Informati- onsfreiheit steht für Rückfragen sehr gern zur Verfügung: Klosterwall 6. 20095 Hamburg Tel: 42854-4040 E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de



Daten können rekonstruiert werden, wenn sie nicht sicher gelöscht wurden.

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

CHRONIKERPAUSCHALE

Ich bin Allgemeinarzt und übernehme die Vertretung für einen Kollegen. Darf ich die Chronikerpauschale nach GOP 03220 EBM bei dessen Patienten abrechnen?

Nein. Die Chronikerpauschale ist ein Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach GOP 03000 EBM. Als Vertreter rechnen Sie jedoch die Versichertenpauschale nach GOP 03010 EBM ab.

AU-BESCHEINIGUNG

Ist es möglich, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) schon im Voraus auszustellen – zum Beispiel vor einem geplanten ambulanten Eingriff?

Nein, dies ist nicht möglich, da der Arzt die Arbeitsunfähigkeit nicht im Voraus beurteilen kann. Darüber hinaus wäre es möglich, dass der geplante ambulante Eingriff nicht zum festgelegten Datum durchgeführt wird. Laut Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie muss sich der Arzt vom Krankheitszustand des Patienten überzeugen, um die Dauer der AU festzulegen.



KRANKENGELD BEI ERKRANKUNG EINES KINDES

Können wir das Muster 21 (ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) zur Vorlage bei mehreren Arbeitgebern mehrfach für einen Patienten ausstellen?

Nein. Das Muster 21 ist zur Vorlage bei der Krankenkasse vorgesehen, nicht zur Vorlage beim Arbeitgeber. Der Patient kann das ausgestellte Muster bei Bedarf kopieren.

GERIATRISCHES BASISASSESSMENT

Muss für die Abrechnung der GOP 03360 EBM (Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) der zu behandelnde Patient zwingend in einer Pflegestufe sein?

Nein. Laut Kapitel 3.2.4 des EBM ist das Vorliegen einer Pflegestufe zur Abrechnung der GOP 03360 EBM nicht zwingend erforderlich.



BLANKOFORMULARDRUCK

Können Arzneimittelrezepte über die Blankoformularbedruckung ausgestellt werden?

Die Arzneimittelverordnung (Muster 16) darf aus Sicherheitsgründen nicht über den Blankoformulardruck erstellt werden, deshalb ist in der Blankoformular-Vordruckvereinbarung das Arzneimittelverordnungsblatt nicht enthalten.

VERJÄHRUNG DES ABRECHNUNGSANSPRUCHS

Kann man Leistungen, die bei einem Patienten im Vorquartal erbracht wurden, nachträglich bei der KV einreichen?

Ja. Der Anspruch auf Abrechnung von Leistungen verfällt erst in einem Jahr. Wollen Sie beispielsweise Leistungen nachreichen, die im 4. Quartal 2013 erbracht wurden, müssen Sie diese spätestens mit der Abrechnung des 4. Quartals 2014 einreichen (§ 2 Ergänzende Abrechnungsbestimmungen der KVHH).

KRANKENTRANSPORT

Kann ich einen Krankentransport zur stationären Rehabilitation verordnen?

Nein. Die Krankentransport-Richtlinie schließt die Ausstellung einer Verordnung zu ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen aus. Die Klärung der An- und Abreise erfolgt direkt zwischen Patient und Krankenkasse.

Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.
www.kvhh.de → Beratung und Information → Fragen und Antworten

HAUTKREBSSCREENING

Wie kann ich das Hautkrebsscreening für Versicherte ab 35 Jahren abrechnen, wenn die Gesundheitsuntersuchung nach GOP 01732 EBM im gleichen Quartal stattgefunden hat?

Mit der GOP 01746 EBM. Dies ist der Zuschlag zur GOP 01732 EBM für die Durchführung des Hautkrebsscreening im selben Behandlungsfall neben der Gesundheitsuntersuchung.

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

Ab Januar 2015 ist die eGK Pflicht

Alte Krankenversichertenkarten von gesetzlich Versicherten können dann nicht mehr eingelesen werden



Ab 1. Januar 2015 gilt für Patienten der gesetzlichen Krankenkassen nur noch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) zur Vorlage beim Arzt oder Psychotherapeuten. Die alten Krankenversichertenkarten können ab diesem Zeitpunkt nicht mehr in die Lesegeräte eingelesen werden und gelten nicht mehr als Versichertennachweis, mit dem Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen werden können. Dies betrifft auch Krankenversichertenkarten mit einem längeren Gültigkeitsdatum.

Kann ein Patient keine eGK vorlegen und ist die Behandlung nicht verschiebbar, hat der Patient zehn Tage Zeit, eine gültige Karte nachzureichen. Nach Ablauf der zehn Tage kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Das Ersatzverfahren ist in diesem Fall nicht anwendbar.

Legt der Patient bis zum Ende des laufenden Quartals eine eGK vor, die zum Zeitpunkt der

Behandlung gültig war, muss die Privatvergütung vom Arzt oder Psychotherapeuten erstattet werden. Dies gilt auch, wenn der Patient einen Krankenkassennachweis bis zum Ende des Quartals vorlegen kann, der belegt, dass zum Zeitpunkt der Behandlung ein Anspruch auf Leistung bestand. Der Arzt rechnet die Behandlung dann wie gewohnt als Kassenleistung ab.

Das Ersatzverfahren ist ausschließlich für die Fälle vorgesehen, in denen die Gesundheitskarte nicht verwendet werden kann, zum Beispiel bei einem Defekt des Lesegerätes. Eine Ausnahme bilden Notfallbehandlungen: Kann im Notfall keine eGK vorgelegt werden, darf das Ersatzverfahren angewendet werden.

Zudem wurde eine Identitätsprüfung bei Vorlage der eGK vereinbart. Die Praxen sind verpflichtet, offensichtliche Unstimmigkeiten zwischen den Daten der vorgelegten eGK und der Person hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und des Aussehens zu überprüfen. Bei eGK ohne Foto, also bei Kindern unter 15 Jahren und Patienten mit einer Pflegestufe, bezieht sich die Überprüfung lediglich auf das Alter und das Geschlecht.

Lässt sich die vorgelegte eGK dem Patienten offensichtlich nicht zuordnen, darf die Praxis die eGK nicht einlesen. Der Arzt oder der Psychotherapeut sind auch in diesem Fall berechtigt, nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung zu verlangen (Ausnahme: Notfall). ■

SONSTIGE KOSTENTRÄGER
Die alten Krankenversichertenkarten von Versicherten sogenannter "sonstiger Kostenträger" (zum Beispiel Heilfürsorge) sind weiterhin gültig.

Eine Patienteninformation zur neuen eGK sowie weiterführende Infos für die Praxis finden Sie unter: www.kvhh.de

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



QM-Seminar: Risikomanagement

In die Qualitätsmanagement-Richtlinie wurden neue Vorgaben zum Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen aufgenommen. In diesem Seminar bekommen Sie Tipps für die Umsetzung der neuen Anforderungen in den jeweiligen QM-Systemen (QEP, DIN ISO, EPA). Außerdem wird erläutert, welche Aufklärungs- und Informationspflichten die Ärzte laut Patientenrechtegesetz haben und wie Patientenunterlagen rechts- und revisionssicher archiviert werden. ■

Termin: Mi. 12.11.2014 (14 – 18 Uhr)
Teilnahmegebühr:
€ 98 inkl. Getränke und Imbiss
Ort: Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ansprechpartnerinnen für Qualitätsmanagement-Seminare:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

QM-Seminar: „Wo steht unsere Praxis?“

Ziel des Seminars ist eine Bestandsaufnahme der Organisation und Kommunikation in Ihrer Praxis. Sowohl das Gesamt-Erscheinungsbild als auch einzelne Bereiche wie zum Beispiel die Anmeldung, das Wartezimmer, das Sprechzimmer oder das Labor werden beleuchtet. Dabei wird deutlich, welche Verbesserungen möglich wären. Die Teilnehmer erhalten Arbeitsmaterial, damit eine Umsetzung in der eigenen Praxis erfolgen kann. ■

Termin: Mi. 19.11.2014 (9:30 – 17 Uhr)
Teilnahmegebühr:
€ 149 inkl. Getränke und Imbiss
Ort: Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
10 FORTBILDUNGSPUNKTE

QUALITÄTSMANAGEMENT			
Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen			
Praxis	Fachrichtung	Adresse	
Sönke Drischmann, Prof. Dr. Johann-Jasper Neidel, Dr. Stefan Herlein, Dr. Stefan Gödde	Orthopädie / Rheumatologie	22767, Schillerstr. 44	rezertifiziert am 16.3.2014
Dr. Sebastian Ropohl, Dr. Michael Grande	Orthopädie	21029, Reinbeker Weg 35	rezertifiziert am 4.4.2014
Dr. Karl-Christian Münter, Dr. Gunnar Menzer, Dr. Ulrike Pohl, Dr. Ewa Schiewe	Innere / Allgemeinmedizin	22177, Bramfelder Chaussee 200	rezertifiziert am 2.5.2014
MVZ Asklepios / Dr. Ulrich Peschel, Dr. Linda Geiger-Kötzler	Orthopädie	20099, Lohmühlenstraße 5	zertifiziert am 24.6.2014

Verschreibungsfrei oder rezeptpflichtig?

In der Tabelle ist aufgelistet, für welche vielfach nachgefragten Wirkstoffe und Wirkstoffklassen sowohl verschreibungsfreie/apotheekenpflichtige (Ap) als auch rezeptpflichtige (Rp) Medikamente existieren und welche Kriterien jeweils für die korrekte Arzneimittelauswahl maßgeblich sind. Korrekt ausgewählt heißt in diesem Zusammenhang: zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Substanzklasse	Verschreibungsfreie/apotheekenpflichtige (Ap) Arzneimittel	Rezeptpflichtige (Rp) Arzneimittel	Kommentar/Erläuterung zur Verordnungsfähigkeit
Analgetika	Ibuprofen (Ap; bis zu 400 mg je abgeteilter Form) Indikation: leichte bis mäßigstarke Schmerzen (Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen), Fieber	Ibuprofen (Rp) Indikation: akute Arthritiden (einschließlich Gichtanfall), chronische Arthritiden, insbesondere rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) und andere entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen, Arthrosen und Spondylarthrosen, entzündliche weichteilrheumatische Erkrankungen, schmerzhaftes Schwellungen und Entzündungen nach Verletzungen	Auswahl je nach Indikation und Zulassung Ap: grünes Rezept* Rp: Kassenrezept
Antihistaminika (oral)	Cetirizin (Cetirizin-Generika), Loratadin (Lorano® bzw. Loratadin-Generika), Dimetinden (Fenistil®)	Desloratadin (Aerius® bzw. Generika), Ebastin (Ebastel®), Fexofenadin (Telfast®), Levocetirizin (Xusal® bzw. Generika)	Ap-Antihistaminika sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (s. Kasten) zu bevorzugen (grünes Rezept* bzw. Kassenrezept entsprechend OTC-Ausnahmeliste*). Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit kann auf Rp-Antihistaminika gewechselt werden. Eine sorgfältige Dokumentation ist dringend zu empfehlen, da es in der Vergangenheit bereits Prüfanträge zu Verordnungen von Rp-Antihistaminika gegeben hat.
Magen-Darm-Mittel	Esomeprazol (Nexium® Control) Pantoprazol/Omeprazol (Ap, 7 oder 14 Stück á 20 mg) Indikationen: Sodbrennen, saures Aufstoßen bei Erwachsenen	Pantoprazol/Omeprazol (Rp) Indikationen: Ulcera duodeni/ventriculi, Refluxösophagitis (inkl. Rezidivprophylaxe), Zollinger-Ellison-Syndrom, Prophylaxe und Behandlung NSAR-induzierter Ulcera, Eradikationstherapie (in Kombination mit Antibiotika)	Auswahl je nach Indikation und Zulassung Ap: grünes Rezept* Rp: Kassenrezept



Die Übersicht basiert auf einer Darstellung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, die wir in Auszügen übernommen haben. Die Tabelle erhebt also keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Substanzklasse	Verschreibungsfreie/apotheekenpflichtige (Ap) Arzneimittel	Rezeptpflichtige (Rp) Arzneimittel	Kommentar/Erläuterung zur Verordnungsfähigkeit
Migränemittel	Triptan-Präparate (Ap) in kleiner Packungsgröße (2 Filmtabletten): Formigran®/Contramig® (Naratriptan) bzw. Naratriptan-Generika, Dolortriptan® (Almotriptan)	Triptan-Präparate (Rp), z. B. Almogran®, Maxalt® (Rizatriptan), Zolmitriptan-Generika, verschreibungspflichtige Naratriptan-Präparate	Die kleinen Packungsgrößen (Ap) sind für die notfallmäßige Versorgung des Patienten (nach der Erstdiagnose einer Migräne durch einen Arzt) vorgesehen, die ohne Arztrezept möglich ist (Verordnung ansonsten nur auf grünem Rezept* möglich). In allen anderen Fällen (z.B. bei häufigen Therapieanlässen bzw. bei sonstiger Unzweckmäßigkeit der Ap-Triptane) sind Rp-Triptane auf Kassenrezept zu verordnen.
Sekretolytika	Acetylcystein (ACC) (Ap) Indikation: Erkältungsbedingte Bronchitis („Bagatellerkrankung“)	Acetylcystein (ACC) (Rp) Indikation: Sekretolytische Therapie bei akuten und chronischen bronchopulmonalen Erkrankungen, die mit einer Störung von Schleimbildung und -transport einhergehen	Auswahl je nach Indikation und Zulassung Ap: grünes Rezept* Rp: Kassenrezept

*gültig für Erwachsene und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren ohne Entwicklungsstörungen

Ap: apothekenpflichtiges, nicht verschreibungspflichtiges (= verschreibungsfreies) Arzneimittel, das in der Regel nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig ist – sofern nicht explizite Ausnahmeregelungen (gemäß Anlage I AM-RL, sog. OTC-Ausnahmeliste) bestehen.
Rp: rezeptpflichtiges, d.h. verschreibungspflichtiges Arzneimittel, das in der Regel zu Lasten der GKV verordnungsfähig ist – sofern nicht Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse (gemäß Anlage III AM-RL) bestehen.

WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOT NACH § 12 ABS. 11 AM-RL
„Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein.“

Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten

Immer wieder tauchen in den Praxen Fragen zur Verordnungsfähigkeit von Produkten auf, die in der Arztsoftware als Medizinprodukt (MP) gekennzeichnet sind. Die Regeln für diese Produkte unterscheiden sich deutlich von denen für Arzneimittel.

WAS SIND MEDIZINPRODUKTE UND WIE UNTERSCHIEDEN SIE SICH VON ARZNEIMITTELN?

Als Medizinprodukte werden viele sehr unterschiedliche Produkte mit medizinischer Zweckbestimmung klassifiziert. Dazu gehören zum Beispiel Implantate, Produkte zur Injektion, Infusion, Transfusion und Dialyse, Katheter, Verbandstoffe, Sehhilfen, Kondome, ärztliche Instrumente, Labordiagnostika, Produkte zur Empfängnisregelung sowie In-vitro-Diagnostika.

Medizinprodukte sind auch Produkte, die einen Stoff oder Zubereitungen aus Stoffen enthalten oder mit solchen beschichtet sind, die bei gesonderter Verwendung als Arzneimittel oder Bestandteil eines Arzneimittels (einschließlich Plasmaderivate) angesehen werden und in Ergänzung zu den Funktionen des Produktes eine Wirkung auf den menschlichen Körper entfalten können. Hierzu zählen viele Präparate, die früher als Arzneimittel eingestuft worden sind (zum Beispiel Abführmittel oder Spüllösungen). Diese werden auch als „arzneimittelähnliche“ Medizinprodukte bezeichnet.

Anders als bei Arzneimitteln, die pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch wirken, wird die bestimmungsgemäße Hauptwirkung bei diesen Medizinprodukten primär auf physikalischem Weg erreicht.

Seit 2008 entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), welche dieser „arzneimittelähnlichen“ Medizinprodukte in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse gehören. Voraussetzung hierfür ist ein entsprechender Antrag des Herstellers beim Bundesausschuss.

UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN KÖNNEN MEDIZINPRODUKTE VERORDNET WERDEN?

Die Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten ist unterschiedlich geregelt. Hier eine Übersicht für einzelne Produktgruppen.

VERORDNUNGSFÄHIGE PRODUKTGRUPPEN	
Produktgruppe	Grundlagen für Verordnung
Verbandstoffe	nach medizinischer Indikation /Wirtschaftlichkeitsgebot (siehe KV Journal 2/2014; S. 22-23)
Harn- und Blutzuckerteststreifen	nach medizinischer Indikation/ Wirtschaftlichkeitsgebot/Arzneimittel-Richtlinie (siehe Artikel S. 24)
„Arzneimittel-ähnliche“ Medizinprodukte	gemäß Anlage V der Arzneimittelrichtlinie (siehe nebenstehende Tabelle)

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



Die vom G-BA als verordnungsfähig eingestuften „arzneimittelähnlichen“ Medizinprodukte finden sich in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie. Hier ein Auszug aus Anlage V mit Beispielen für verordnungsfähige Medizinprodukte:

BEISPIELE FÜR ARZNEIMITTELÄHNLICHE MEDIZINPRODUKTE	
Medizinprodukt	Verordnungsfähig unter folgenden Voraussetzungen
Klysma salinisch	zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern
NaCl 0,9% B.Braun	zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen zur Spülung von Wunden und Verbrennungen zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen zur mechanischen Augenspülung
Dimet®20	für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopflausbefall
Freka Drainjet® NaCl 0,9%	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.
Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
Lubricano®	zur Anwendung bei Patienten mit Katheterisierung
MucoClear®6%	zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem 6. Lebensjahr.
Nebusal™ 7%	zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ≥6 Jahre
Paranix® ohne Nissenkamm	für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung bei Kopflausbefall
Salvia natura	zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen

Blutzuckerteststreifen für insulinpflichtige Diabetiker

Verordnungsmenge richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit

Selbsthilfeorganisationen kritisieren, dass Ärzte insulinpflichtigen Patienten mit Diabetes 1 oder 2 notwendige Verordnungen von Blutzuckerteststreifen vorenthalten und dies mit vermeintlichen Verordnungseinschränkungen begründet hätten. Um eventuelle Missverständnisse auszuräumen, noch einmal das Wichtigste in Kürze:

Gesetzlich versicherte Patienten mit Diabetes, die mit Insulin behandelt werden, erhalten die notwendigen Blutzuckerteststreifen zu Lasten der Krankenkasse.

Die Anzahl der verordnungsfähigen Blutzuckerteststreifen richtet sich ausschließlich nach der individuellen medizinischen Situation des Patienten. Die verordnenden Ärzte legen also in Absprache mit dem Patienten fest, wie oft am Tag oder in welchen Situationen der Blutzucker bestimmt werden muss. Hieraus ergibt sich dann die medizinisch notwendige (und damit wirtschaftliche) Anzahl der zu verordnenden Teststreifen.

Allerdings empfehlen wir eine sorgfältige Dokumentation. Die medizinische Notwendigkeit der entsprechenden Anzahl an Teststreifen



muss plausibel dargelegt werden können. Für gesetzlich versicherte Patienten mit Diabetes Typ 2, die nur mit Tabletten oder nur mit Lebensstiländerungen und Diätvorgaben behandelt werden, können Harn- und Blutzuckerteststreifen lediglich bei instabiler Stoffwechsellage zu Lasten der Kasse verordnet werden. Eine instabile Stoffwechsellage kann bei einer Therapieumstellung beziehungsweise Einstellung der Patienten auf orale Antidiabetika mit einem hohen Risiko für Hypoglykämien vorkommen oder bei akuten Erkrankungen. In diesen Situationen können dann einmalig 50 Teststreifen verordnet werden. ■

Zur Unterstützung in der Diskussion mit Ihren Patienten zu diesem Thema stellen wir Ihnen auf unserer Website eine Patienteninformation zur Verfügung: www.kvhh.de → Medien & Publikationen → Patienteninformationen → Eintrag unter "B": Blutzuckerteststreifen

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

Blutzuckerteststreifen in der Praxis: kein Sprechstundenbedarf!

Führen Sie Blutzuckermessungen (zum Beispiel beim oralen Glucosetoleranztest) in der Praxis durch, können die benötigten Blutzuckerteststreifen nicht im Rahmen des Sprechstundenbedarfs angefordert werden. Die Kosten für diese Teststreifen sind in der Leistung enthalten beziehungsweise als Zuschlag gesondert abzurechnen.



AkdaÄ-Fortbildungsveranstaltung 2014



Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdaÄ) bietet Mitte Oktober wieder eine Fortbildungsveranstaltung in Hamburg an. Im Mittelpunkt steht diesmal die lipidwirksame Therapie zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in den Leitlinien. Dazu referiert der Gastroenterologe Prof. Dr. Gerald Klose aus Bremen. Ein Vortrag von Dr. Thomas Stammschulte behandelt aktuelle Themen und interessante Fälle aus der Pharmakovigilanz. Der Pharmakologe Prof. Dr. Ulrich Schwabe nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel vor. ■

Termin: Mi. 29.10.2014 (15 – 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: kostenlos

Ort: Ärztekammer Hamburg / Ebene 13, Raum 1, Weidestraße 122B, 22083 Hamburg

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Workshop Pharmakotherapieberatung

Über verschiedene Aspekte der Pharmakotherapie referieren Experten auf dem „71. Workshop Pharmakotherapieberatung“ in den Räumen der Hamburger Ärztekammer. Folgende Themen stehen auf dem Programm:

- Therapieoptionen beim diabetischen Makulaödem (Dr. Murat Cil, Oberarzt an der Augenklinik des St. Josef-Stift Bremen)
- Verändert sich das Ordnungsverhalten der Ärzte durch Beratung? (Dörthe Deutschbein, KV Schleswig-Holstein)
- AMNOG und Onkologie – Sinnvolles Instrument zur Preisregulierung oder Innovationsbremse? (PD Dr. Sebastian Fetscher, Chefarzt der Hämatologisch-Onkologischen Ambulanz der Sana Kliniken Lübeck)
- Die allergenspezifische Immuntherapie: Genug Evidenz für die tägliche Praxis? (Prof. Dr. Oliver Pfarr, Universitäts-HNO-Klinik Mannheim)
- Schlaganfallprophylaxe mit NOACs bei Vorhofflimmern (Prof. Dr. Hans-Peter Lipp, Leiter der Universitätsapothek Tübingen)
- Ergebnisse des Arzneiverordnungsreport 2014 (Prof. Dr. Ulrich Schwabe, Pharmakologisches Institut Heidelberg)

Die Tagung wird gesponsert von ALK-Abello Arzneimittel, Bristol-Myers Squibb und Pharm-Allergan. ■

Termin: Di. 7.10.2014 (9 – 15.30 Uhr)

Ort: Ärztekammer Hamburg / Ebene 13, Weidestraße 122B, 22083 Hamburg

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ansprechpartnerin:
Sophia Wagner,
Meinhardt Congress GmbH
Tel: 0341 / 4809229,
Fax: 0341 / 4806842
E-Mail: s.wagner@mcg-online.de



Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

Die Nutzenbewertung als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage XII) ist für alle Vertragsärzte verbindlich. Indikationen, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die gegenüber der 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:

Lomitapid (Lojuxta®), Ipilimumab (Yervoy®, neues Anwendungsgebiet), Radium-223-dichlorid (Xofigo®), Trastuzumab Emtansin (Kadcyla®, Emticitabin, Rilpivirin, Tenofoviridisoproxil (Eviplexa®), neues Anwendungsgebiet)

Eine aktuelle Übersicht über alle Wirkstoffe, für die das Verfahren der frühen Nutzenbewertung abgeschlossen ist oder derzeit durchgeführt wird, finden Sie auf den Internet-Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dort ist auf einen Blick zu erkennen, ob die bewerteten Wirkstoffe gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen aufweisen. Ärzte erhalten Hinweise zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung und erfahren außerdem, ob die Wirkstoffe bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheiten anerkannt sind. ■

Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Frühen Nutzenbewertung:
www.kbv.de → Service → Verordnungen → Arzneimittel → Frühe Nutzenbewertung

Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2014

Abgabefrist: 1. Oktober bis 15. Oktober 2014
 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: Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo.- Fr. von 7:30 bis 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

Bitte,

helfen Sie, chronisch kranke Drogenabhängige zu substituieren.

Eine professionelle Herausforderung und eine erfüllende Aufgabe

Wir brauchen Sie, liebe Kollegen.

initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de

www.bitte-substituieren-sie.de



VON GESA KRÖGER

Kein EBM ohne GOÄ

Derzeit wird über die Reform der GOÄ verhandelt. Ein Rückblick auf die Geschichte der Gebührenordnungen in Deutschland zeigt, warum die Ergebnisse auch für den GKV-Bereich von eminenter Bedeutung sind.

Im Kollektivvertrag der GKV besteht die ärztliche Vergütung aus Einzelleistungshonoraren und Pauschalen, die größtenteils einer Budgetierung unterliegen. Im aktuellen EBM müssen Vertragsärzte die durchschnittliche Leistung für einen Fall pro Quartal und unabhängig von der Zahl der Praxisbesuche abrechnen. Insbesondere die Budgetierung (1993) und morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) führten dazu, dass zeitweise über 30 Prozent, gegenwärtig aber mindestens 10 Prozent der ärztlichen Leistungen für gesetzlich Versicherte nicht vergütet werden.

Historisch betrachtet, basiert die Einzelleistungsvergütung im EBM auf dem System der privatärztlichen Gebührenordnungen. In Folge des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (1977) wurde der EBM eingeführt. Er fand für alle GKV-Kassen Anwendung. Sein Leistungsverzeichnis wurde weitestgehend von der neuen privaten Ge-

bührenordnung (GOÄ 1982) übernommen. Um zu verstehen, welche Bedeutung privatärztliche Gebührenordnungen für den GKV-Bereich haben, muss die historische Entwicklung betrachtet werden.

DIE SOZIALGESETZGEBUNG des deutschen Reichskanzlers Otto von Bismarck 1881 schuf die Grundstrukturen des heute bestehenden Gesundheitssystems und brachte unter anderem die formale Gründung der GKV als Körperschaft mit sich. Mit Einführung der Krankenversicherung für Arbeiter (KVG) zwei Jahre später verlor die Privatpraxis ihre Bedeutsamkeit für das ärztliche Gesamteinkommen. Fortan waren die Ärzte verstärkt von den durch die GKV-Kassen festgelegten Honorarsätzen („Taxen“) abhängig, was den erst kurz zuvor erlangten Status des freien Arztberufes zu degradieren drohte, gegebenenfalls in ein lohnarbeiterähnliches Arbeitsverhältnis. Je nachdem, mit welcher Krankenkasse

der Kassenarzt in einem „Arbeitsverhältnis“ stand, fiel auch die entsprechende Vergütung aus: mal höher, mal niedriger, mal als Pauschalhonorar, mal als Kopf- oder Fallpauschale, mal als Einzelleistungsvergütung.

Für Handwerker, Angestellte und Arbeiter gab es nun einkommens- und arbeitsplatzspezifische Krankenkassen innerhalb des Gesundheitssystems. Wohlhabende Berufsgruppen mussten medizinische Leistungen jedoch aus eigener Tasche finanzieren, was zum Entstehen der ersten privatwirtschaftlichen Versicherungsunternehmen führte. 1903 wurde erstmalig der „PKV“-Begriff eingeführt, um privat- und gesetzlich Versicherte trennen zu können.

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland wurde Anfang des 20. Jahrhunderts primär durch Verbände und Vereinigungen und nicht durch staatliche Einrichtungen organisiert. Allerdings war die zuständige Behörde durch die seit 1869 bestehende Gewerbeordnung

(GewO) ermächtigt, eine Gebührenordnung „für strittige Fälle im Mangel einer Vereinbarung“ zu erlassen. Die 1896/97 erlassene „Preußische Gebührenordnung“ (Preugo) war eine „subsidiäre Taxe“ und enthielt etwa zweihundert ärztliche Positionen und legte Mindest- und Höchstsätze fest. Die Mindestsätze waren für den Bereich der GKV anzuwenden. Nach wie vor gab es keine soliden Rahmenbedingungen hinsichtlich der Vergütung der ärztlichen Leistungen, was zunehmenden Unmut unter den Ärzten bewirkte.

Die lokalen Krankenkassen des GKV-Systems schlossen sich immer stärker zu überregionalen Dachorganisationen zusammen. Auf der Gegenseite entstanden zentralisierte Ärzteorganisationen. Der erste gewerkschaftliche Kampfverband von Ärzten, der „Verband der Ärzte Deutschlands“ (später Hartmannbund), forderte die Zulassung aller Ärzte für die Behandlung von Kassenpatienten, freie Arztwahl und die Ersetzung des Systems ungeordneter Einzelverträge

durch ein System von zwischen der organisierten Ärzteschaft und den Krankenkassen geschlossen Kollektivverträgen.

Durch das Berliner Abkommen entstand im Jahr 1913 die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen.

In den 1920er Jahren war die Preugo die wichtigste staatliche Gebührenordnung für ärztliche Leistun-

gen. Allerdings war sie veraltet. Deshalb entwickelte der Hartmannbund eine eigene Gebührenordnung. Diese sogenannte „Allgemeine Deutsche Gebührenordnung“ (Adgo) wurde im Weiteren dem medizinisch-technischen Fortschritt angepasst. Adgo und die Preugo zählten die einzelnen Arztleistungen auf und setzten für diese Mindest- und Höchstsätze fest.

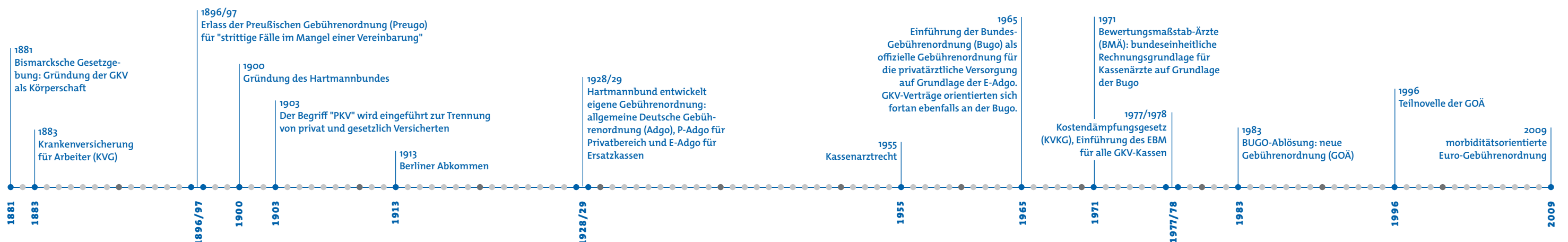
Die 1928 aus der Adgo weiterentwickelte Privat-Adgo (P-Adgo) sollte im privatärztlichen Bereich Anwendung finden. Sie enthielt mitunter doppelt so hohe Mindestsätze wie die Preugo und war mit etwa 670 Positionen wesentlich differenzierter.

Ein Jahr später wurde aus der Adgo die E-Adgo. Letztere wurde vom Hartmannbund und den Verbänden der Ersatzkassen entwickelt. Die E-Adgo stellte ein ständig aktualisiertes und dem medizinisch-technischen Fortschritt angeglichenes Leistungsverzeichnis dar.

Im Jahr 1951 wurde das Selbstverwaltungsgesetz erlassen, das die Strukturen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wiederherstellte. Kurz darauf wurde die

Preugo zur „amtlichen ärztlichen Gebührenordnung für die Bundesrepublik Deutschland“ erklärt. 1955 schuf die Regierung das Kassenarztrecht. Der darin enthaltene Sicherstellungsauftrag gab den Vertragsärzten das Monopol auf die ambulante Versorgung von GKV-Patienten. Dafür mussten sie allerdings auf ihr Streikrecht verzichten. Die KVen konnten in Gesamtvertragsverhandlungen mit den Krankenkassen Einzelleistungsvergütungen

Der EBM ist eine Rabatt-Gebührenordnung und braucht eine neutral entwickelte Referenz.



WEITERFÜHRENDE LITERATUR (AUSWAHL)

Funke, A. (1988): „Privatärztliches Gebührenrecht“. MedR, Schriftenreihe Medizinrecht. Springer-Verlag, Heidelberg.

Simon, M. (2010): „Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise“. Verlag Hans Huber Hogrefe AG, Bern.

Tauchnitz, T. (2004): „Die ‚organisierte‘ Gesundheit. Entstehung und Funktionsweise des Netzwerks aus Krankenkassen und Ärzteorganisationen im ambulanten Sektor“. Deutscher Universitäts-Verlag/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

durchsetzen. Aufgrund der Tatsache, dass die Preugo schon lange nicht mehr alle neuen medizinischen Leistungen abbildete, arbeiteten die KVen eine eigene Bewertungsliste für die Anwendung in der kassenärztlichen Versorgung aus.

Als die Gesundheitsministerin Elisabeth Schwarzhaupt (CDU) 1965 die Bundesgebührenordnung für Ärzte (Bugo) erstellte, wurde nicht die fast 70 Jahre alte Preugo, sondern die vom Hartmannbund entwickelte und in der Vertragspartnerschaft der Ärzte mit den Ersatzkassen weiterentwickelte E-Adgo als Grundlage verwendet. Die Bugo löste die Preugo ab und galt 17 Jahre. Sie regelte Leistungsfragen, privatärztliche Honorare und deren Abrechnung. Im Vergleich zur Preugo beinhaltete die Bugo wesentlich mehr Gebührenordnungspositionen, nämlich 1000. Darüber hinaus erfolgte durch sie eine Anhebung des Gebührenniveaus um 28 Prozent sowie eine Verringerung des Spielraums zwischen Mindest- und Höchstsatz vom 1- bis 10-fachen auf das 1- bis 6-fache. Ein zentraler Unterschied zur Preugo bestand darin, dass die Bugo eine erheblich abgeschwächte Subsidiarität besaß. Die Bugo war nicht mehr nur für strittige Fälle im Mangel einer Vereinbarung gedacht, sondern galt nun offiziell als Gebührenordnung für die privatärztliche Honorierung.

Für Kassenpatienten wurden fortan Verträge ausgehandelt, die sich ebenfalls an der Bugo orientierten. 1971 beschlossen KBV und Krankenkassen auf Grundlage der Bugo, eine verbindliche, bundeseinheitliche Rechnungsgrundlage für Kassenärzte: den sogenannten Bewertungsmaßstab Ärzte (BMÄ). Im Zuge des Kostendämpfungsgesetzes

von 1977 wurde der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) zur Anbindung der kassenärztlichen Vergütung an die Entwicklung beitragspflichtiger Einnahmen der Krankenkassenmitglieder (Grundlohnsumme) konzipiert. Hinsichtlich der Freiberuflichkeit der Kassenärzte sollte die Vertragsfreiheit, Selbstverwaltung der Krankenkassen sowie die Stärkung der Ärzte und Krankenhäuser im Fokus stehen. Entsprechende Maßnahmen wurden bereits 1911 in der Reichsversicherungsordnung (RVO) verankert.

Einzelne Kassenarten in der GKV (AOK, BKK, Ersatzkassen etc.) hatten bislang verschiedene Gebührenordnungsstrukturen mit der KBV und den KVen vereinbart. Aus Angst vor einer erschwerten Ausgabenbegrenzung entschied der Gesetzgeber 1978, dass der EBM für alle GKV-Kassen Anwendung finden müsse. Ersatzkassen hielten lange an einer eigenen Gebührenordnung fest, der sogenannten Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO), die die E-Adgo ablöste. BMÄ und die E-GO sind mit ins KVG eingegangen bzw. darin aufgegangen.

2009 wurde die morbiditätsorientierte Euro-Gebührenordnung eingeführt. Sie enthält vor allem Pauschalvergütungen, doch auch einige Einzel Leistungsvergütungen. Deren Umfang versuchen die Ärzte seither in den Verhandlungen wieder auszuweiten.

Die vorerst letzte umfassende Aktualisierung der GOÄ fand im Jahr 1982 statt. Für das Leistungsver-

zeichnis wurde die Struktur des weiterentwickelten EBM übernommen. Seither gab es nur Teilnovellierungen der GOÄ, die vierte und letzte erfolgte 1996. Seitdem bemüht sich die Bundesärztekammer um eine umfassende GOÄ-Reform. Die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene modernisierte Vergütungsregelung soll erklärtermaßen auch eine Vorbildfunktion für den GKV-Bereich entfalten.

Gebührenordnungen für den privatärztlichen Bereich haben das Potenzial und den Anspruch, den aktuellen medizinischen Wissensstand hinsichtlich der erbrachten Leistungen widerzuspiegeln. Sie sind Grundlage für alle freiberuflich erbrachten ärztlichen Leistungen, unabhängig vom Versichertenstatus des Patienten, also für privat Krankenversicherte, Selbstzahler und nicht direkt patientenbezogenen Leistungen (zum Beispiel Gutachten).

FAZIT: Das Gebührenverzeichnis der vor gut 30 Jahren (1982) aus der Bugo hervorgegangenen GOÄ spiegelt längst nicht mehr das aktuelle medizinische Leistungsspektrum wider. Abrechnungsprobleme, Diskussionen über eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen sowie intransparente Abrechnungen sind die Folge. Die Vergütungssätze der Gebührenordnungen der Rechtsanwälte, Notare und Zahnärzte wurden inzwischen mehrfach angehoben, nicht aber die der Ärzte. Die Gebührenordnung beziehungsweise

die ärztliche Honorierung ist gemäß Bundessozialgericht nichtwirtschaftlichen Zwängen unterworfen: Die übergeordnete Notwendigkeit besteht primär darin, der Volksgesundheit und der Funktionserhaltung des Gesundheitssystems zu dienen. Einer GOÄ-Anpassung an wirtschaftliche Notwendigkeiten, zum Beispiel dem seit Jahrzehnten ausgebliebenen Inflationsausgleich, sollte folglich nichts mehr im Wege stehen. Freiberuflichkeit wird durch Vorschriften und Bürokratie zusehends erschwert. Ärzte, ob angestellt oder nicht, sollten unbelastet freiberuflich tätig sein können. Die Dualität der Versicherungszweige (PKV und GKV) spielt neben der Wettbewerbsentwicklung eine entscheidende Rolle im Hinblick auf das Verhindern der Rationierung von medizinischen Leistungen. Nur eine novellierte GOÄ ermöglicht echte Therapiefreiheit, was Voraussetzung für das Leben der Freiberuflichkeit ist und dafür, dass den Patienten tatsächlich alle Behandlungsoptionen offenstehen; nur so ist ärztliche Versorgung komplett. Der EBM ist eine Rabattgebührenordnung, die eine neutral entwickelte GOÄ benötigt, um Fehlentwicklungen des EBM erkennen und korrigieren zu können. ■

Zu diesem Thema ist eine Version in Langfassung beim NAV-Virchow-Bund erhältlich.

GESA KRÖGER, wissenschaftliche Mitarbeiterin im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
Korrespondenzadresse:
 Chausseestraße 119b, 10115 Berlin
 E-Mail:
 gesa.kroeger@nav-virchowbund.de

Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge:

- Bestätigender Schriftwechsel mit der AOK Rheinland/Hamburg zu § 5 Abs. 1 des Gesamtvertrages
- 40. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit dem vdek zum § 5 Abs. 1 des Gesamtvertrages (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 2. Nachtrag zur Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- 2. Nachtrag zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gem. § 73c SGB V mit der SECURVITA BKK
- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132 e SGB V mit der BKK vor Ort über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen bei Auslandsreisen nach § 20d Absatz 2 SGB V ab 1. Oktober 2014 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 1. Nachtrag zum Strukturvertrag nach § 73a SGB V vom 1. Oktober 2013 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 2. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2014 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

Hinweis: Kündigung von Verträgen:

- Kündigung der Vereinbarung auf der Grundlage von § 132 e SGB V mit der BKK vor Ort über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen bei Auslandsreisen nach § 20d Absatz 2 SGB V zum 30. September 2014
- Kündigung der Vereinbarung auf der Grundlage von § 132 e SGB V mit der Novitas BKK über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen bei Auslandsreisen nach § 20d Absatz 2 SGB V zum 30. September 2014

Hinweis: Aufhebung eines Vorbehalts:

- zum 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2014:
 Der 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2014 wurde im Hamburger Ärzteblatt 08/2014 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) gem. § 71 Abs. 4 SGB V veröffentlicht. Nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bzw. Nichtbeanstandung der BGV ist der Vorbehalt zur Veröffentlichung damit gegenstandslos.

Hinweis: Neue Anlage:

- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST: Anlage 1 wurde aktualisiert (Stand: 23. Juli 2014).

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

Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 – 900



Dubiose Angebote

Vorsicht bei Einträgen in Adressverzeichnisse: Lesen Sie das Kleingedruckte!



Eintragungsbetrag mtl. zzgl.
MwSt. EUR 83,- Eintragung
gilt für drei Jahre

Immer wieder bekommen Ärzte schriftliche Angebote von Adressverzeichnis-Anbietern zugefaxt, die aus versehentlich geleisteten Unterschriften Kapital schlagen. Die Masche ist immer ähnlich: Das Fax sieht aus wie ein „Korrekturabzug“, auf dem die Praxisdaten eingetragen sind. So kann der Eindruck entstehen, die Daten seien bereits in einem öffentlichen Verzeichnis eingestellt, würden nun aber auf ihre Aktualität hin überprüft und gegebenenfalls korrigiert.

Erst bei genauem Lesen wird deutlich, dass es um den Neuabschluss eines Vertrages geht, der eine Praxis teuer zu stehen kommen kann. Der Eintrag in ein Adressverzeichnis kostet dann beispielsweise monatlich etwa 80 Euro bei einer Laufzeit von mindestens drei Jahren. Eine einzige Unterschrift kann also zu Forderungen von insgesamt 2.800 Euro führen.

Für die Anbieter ist das ein einträgliches Geschäft. Die bisweilen zu Tausenden gleichzeitig ausgesandten Werbeschreiben von Adressverzeichnis-Anbietern gehen an Kleinunternehmer und Selbständige aller Art, zielen aber auch speziell auf niedergelassene Ärzte: Einige Adressverzeichnisse haben das Wort „Ärzte ...“ oder „Med ...“ im Namen.

Die Einträge sind meist völlig wertlos – selbst über normale Internet-Suchmaschinen findet man niedergelassene Ärzte leichter als über abseitige Internet-Verzeichnisse. ■

WIE KANN ICH MICH SCHÜTZEN?

- Prüfen Sie Angebote von Adressverzeichnis-Anbietern besonders sorgfältig – auch wenn es sich um reguläre Branchenbücher oder um offizielle Verzeichnisse zu handeln scheint. Lesen Sie das Kleingedruckte!
- Bleiben Sie misstrauisch, wenn der Anschein erweckt wird, es gebe bereits eine Geschäftsbeziehung zwischen Ihnen und dem Anbieter.
- Informieren Sie auch Ihre Mitarbeiter über die Machenschaften von Adressverzeichnis-Anbietern.

WAS TUN, WENN ICH VERSEHENTLICH UNTERSCHRIEBEN HABE?

- Bezahlen Sie nicht. Es ist Ihr gutes Recht, sich zu wehren, wenn Sie sich getäuscht fühlen.
- Reagieren Sie und nehmen Sie sich einen sachkundigen Anwalt. Die Chancen, auf diese Weise günstiger davonzukommen, stehen nicht schlecht – auch, wenn Sie das Geld bereits an die Adressbuchfirma überwiesen haben.



Büchertisch

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

Es ist jetzt über vierzig Jahre her, da kamen aufmüpfige Medizinstudenten in Frankfurt am Main auf die Idee, dem abgeschotteten Gebäude der ‚Schulmedizin‘ und dem verstaubten Konzept des Medizinstudiums könnte frischer Wind in Form von Büchern gut tun. Wir gründeten einen Büchertisch in der Mediziner-mensa. Bücher gab es genug: Die Psychoanalyse stand in voller Blüte und in Debatten mit dem Marxismus, Wilhelm Reich versprach die sexuelle Revolution, die Verstrickung der Medizin mit dem Nationalsozialismus wurde aufgedeckt, Medizinsoziologen kritisierten damals schon die zunehmende Profitorientierung in den Sozialsystemen, die Kostenexplosion und der bevorstehende Zusammenbruch des Gesundheitswesens war in aller Munde, die Zwangsernährung von hungerstreikenden Gefangenen löste heftige Diskussionen über die ärztliche Identität aus. Noch mehr Themen gab es, und entsprechend viele Bücher. Es waren aufregende Zeiten.

Vieles davon ist danach wieder eingeschlafen. Aber wer damals dabei war, hat es nicht vergessen. So erging es auch mir.

Es ist jetzt zehn Jahre her, da widerfuhr mir das seltsame Glück, diesen alten Faden wieder aufnehmen zu dürfen. Durch eine Dissertation über unnötige Appendektomien hatte ich in meiner Klinik und in der Region für Aufsehen gesorgt, und so kam ich zu dem überraschenden Auftrag, das Konzept einer Buchreihe zu entwerfen, die zum Einen an die ‚wilden‘ Zeiten anknüpfen,

von Ärztinnen und Ärzten geschrieben worden oder handeln von solchen. Explizit politische Bücher über das Gesundheitswesen, die Pharmaindustrie oder die Transplantationsmedizin finden sich genauso wie kommentierte Texte von Weizsäcker, Mitscherlich oder Gadamer zu grundsätzlichen Fragen, denen sich die Medizin gegenüber sieht.



Reflektiert seit zehn Jahren moderne Herausforderungen an Medizin und Gesundheitswesen: die Suhrkamp-Buchreihe "medizin Human"

zum Anderen aber die modernen Herausforderungen an die Medizin und das Gesundheitswesen reflektieren sollte. So entwarf ich die Reihe „medizinHuman“ bei Suhrkamp. Mit dem Namen ‚medizinHuman‘ wollte ich den Verdrehungen ein Wort geben, unter denen die Medizin leidet. Bei der Realisierung von ‚medizinHuman‘ lernte ich fantastische Kolleginnen und Kollegen kennen, die faszinierende Bücher zu ‚medizinHuman‘ beitrugen. Elf der fünfzehn Bücher sind

Es hat sich viel verändert in den letzten vierzig Jahren in der Gesellschaft, im Gesundheitswesen, in der Medizin. Aber die wirklich wichtigen Fragen zwischen Leben und Sterben, zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen Caritas und Kommerz sind die gleichen geblieben. Daher sind das auch die Fragen, mit denen sich ‚medizinHuman‘ befasst und zur Zeit mit Band 15 („Geschäftsmodell Gesundheit“) den zehnten Geburtstag begehen kann. ■

Mehr auf www.medizinHuman.de



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Rolf Eichenauer** , Kreisobmann Kreis 22



Name: **Dr. Rolf Eichenauer**
Geburtsdatum: **21.3.1957**
Familienstand: **verheiratet, ein Kind**
Fachrichtung: **Urologie**

Weitere Ämter: **Stv. Mitglied im Beratenden Facharztausschuss; stv. Vors. des Vereins der Hamburger Urologen (VUHH)**
Hobbys: **Komme leider viel zu selten dazu: Musik machen (oder auch mal hören), die Welt erkunden. Nur Menschen kennenlernen kann ich täglich - und das ist schön.**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ich freue mich immer noch morgens darauf, in die Praxis zu gehen und meinen Beruf auszuüben. Wenn man nicht als (Halb-)Gott in Weiss auftritt, sondern als kompetenter Berater und Begleiter, gerade bei einschneidenden Lebensumständen, ist eine Arzt-Patientenbeziehung etwas Besonderes. Das kann man erleben und damit ist das, was man sich einmal bei der Berufswahl vorgestellt hat, auch wirklich erfüllt. Als Urologe ist die Kombination aus chirurgischem Vorgehen und internistisch-onkologischer Betreuung unserer Patienten ein vor der Berufswahl nicht erkennbarer Gewinn. Nicht ahnen konnte man vor der Berufswahl, wieviel Zeit man für dem Arztberuf ferne bürokratische Erfordernisse erübrigen muss. Wenn diese Einschränkung nicht wäre, die nicht den Patienten, sondern der Familie und der Freizeit entzogen wird, wäre der Beruf des Arztes ideal.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Gerechtigkeit bei Honorar für Leistung. Kooperationen unter Niedergelassenen, aber auch mit dem Krankenhaussektor fördern, aber auch hier keine ungerechte Verteilung wie heute so oft. Urologie als zwar kleines Fach, aber mit großem Wert von Kinderurologie bis medikamentöser Tumorthherapie zu erhalten und fortzuentwickeln. Die Zukunft wird mit der qualifizierten Weiterbildung unserer Nachfolger entschieden. In Zeiten des voraussehbaren (Fach-)Ärztlemangels ist es absolut kontraproduktiv, bei einer Weiterbildungsordnung die Voraussetzungen so hochzuschrauben, dass sie keiner erreichen kann, die Honorierung der Leistungen aber davon abhängig zu machen. Hier ist ein grundsätzliches Umdenken erforderlich, das wir bislang vergeblich versuchen zu initiieren; leider wird beim Vertreten der Partikularinteressen oft ein größeres Ziel nicht erkannt.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Ja; leider wird es von der Politik versäumt, die bittere Wahrheit auszusprechen, dass dem Gesundheitssystem aus Gründen der gestiegenen Lebenserwartung und der veränderten Altersstruktur Leistungseinschränkungen als Folge sicher sind; diese zu beschreiben, Wichtiges, Unwichtiges zu definieren, sollte unsere Aufgabe sein, wenn hier wiederum Gerechtigkeit ein wichtiger Fakt bleiben soll. Gerecht sollte aber auch dann die Verteilung des Honorars sein, und hier wird wieder die KV eine wichtige Aufgabe erhalten.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?
Keinen! Ich würde mir wünschen, dass mal Politiker auf mich zukommen und mich fragen würden, wie ich Ihnen dabei helfen kann, das System zu erneuern und gerechter zu gestalten.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?
Noch viele. Aber die gehören hier nicht hin!



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg
Mi. 11.12.2014 (ab 20 Uhr) – Versammlungsort wird noch bekanntgegeben

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Risikomanagement

Dieses Seminar zeigt, wie die neuen Vorgaben zum Aufbau von Risikomanagement und Fehlermeldesystemen umgesetzt werden können und welche Aufklärungs- und Informationspflichten das neue Patientenrechtsgesetz den Ärzten auferlegt.

Mi. 12.11.2014 (14-18 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 98 (inkl. Imbiss und Getränk)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

QM - Wo steht unsere Praxis?

Ziel des Seminars ist eine Bestandsaufnahme der Organisation und Kommunikation in Ihrer Praxis. Dabei wird deutlich, welche Verbesserungen möglich wären.

Mi. 19.11.2014 (9.30 - 17 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 (inkl. Imbiss und Getränk)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

QEP-Hygiene

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.

Mi. 11.2.2015 (9:30-17:00 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 149 (inkl. Verpflegung)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement
Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

BGW - Grundschulung für Unternehmer

Seminar zur Qualifizierung für die alternative bedarfsorientierte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung gem. DGUV Vorschrift 2 § 2 (4) in Verbindung mit Anlage 3

Mi. 15.10.2014 (15-20 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 190 zzgl. MwSt. (inkl. Verpflegung und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fortbildung für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte zur "Gefährdungsbeurteilung"

Seminar gemäß BGW-Vorschrift DGUV Vorschrift 2

Mi. 29.10.2014 (15 - 18 Uhr)
Teilnahmegebühr: € 60 zzgl. MwSt (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle
Betriebsarztpraxis Dr. med. Gerd Bandomer FAX: 2780 63 48, E-Mail betriebsarzt@dr-bandomer.de

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 3. QUARTAL 2014 VOM 1. BIS 15. OKTOBER 2014

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?

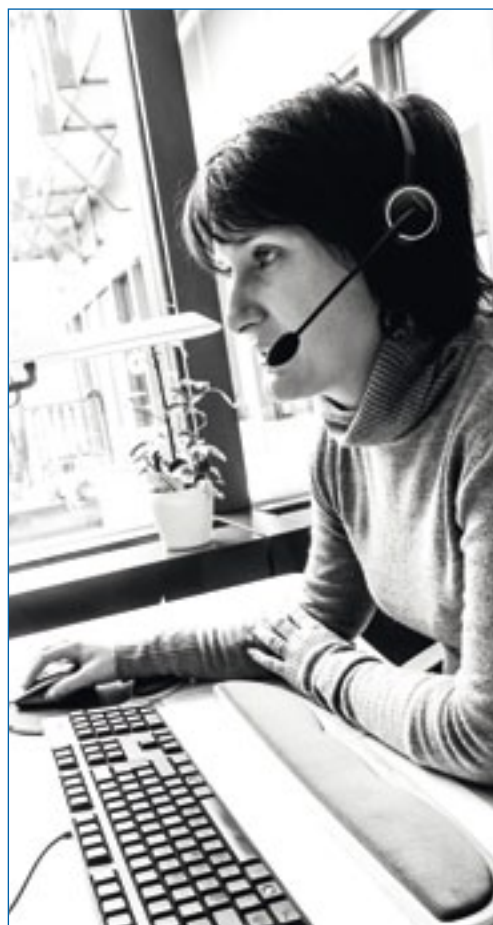
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg
Telefon: 22 802 900
Telefax: 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



Infocenter der KVH
Telefon 040/22 802 900
infocenter@kvhh.de