

KVH *journal*

WENIGER IST MEHR

*Wie US-Ärzte gegen
Verschwendung und Überversorgung
kämpfen*



ANTIBIOTIKA

Verschreibungszahlen in Hamburg steigen

WEITERBILDUNG

KBV schlägt Gründung einer Stiftung vor

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 11/2014 (1. November 2014)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Vor wenigen Tagen ist der Referentenentwurf der neuen Gesundheitsreform, euphemistisch „Versorgungsstärkungsgesetz“ (VSG) genannt, auf unseren Bildschirmen gelandet. Wir analysieren derzeit noch die wahrscheinlich haarsträubenden Auswirkungen auf Hamburg und werden die Ergebnisse im KVH-Journal vom Dezember vorstellen. Was aber jetzt schon klar ist und ein Gefühl erzeugt, das zwischen Wut und Fassungslosigkeit changiert, ist die Ideologie hinter diesen Reformabsichten, vor allem das Arztbild, das die Berliner Akteure haben.

Ein angehender Arzt kämpft sich noch durch die (schlecht bezahlte) Weiterbildung, während Gleichaltrige schon die ersten Schritte auf der Karriereleiter absolvieren. Wenn der Arzt sich dann niederlässt, muss er hohe finanzielle Lasten stemmen und gleichzeitig einen mittelständischen Betrieb aufbauen und am Leben erhalten.

Für die Gesetzesmacher – die im Falle des VSG vor allem bei der SPD zu finden sind – ist ein Arzt aber kein Freiberufler, sondern offenbar eine Schachfigur, die nach Belieben hin- und hergeschoben werden kann. Das gilt nicht nur räumlich (Stichwort Bedarfsplanung), sondern auch finanziell: langfristige Verbindlichkeiten gegen kurzfristige Änderungen der Arbeitsbedingungen. Das kann kein Betrieb schultern, auch keine Arztpraxis. Nachwuchs gewinnt man dadurch nicht, die ambulante Medizin wird in die Krankenhäuser abgedrängt. Das allerdings ist ein altes Ziel der SPD. Die Versorgung stärken wird es jedenfalls nicht.

Ihr Walter Plassmann,
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: Was halten Sie von der Choosing Wisely-Kampagne?
- 08_ Weniger ist mehr: Wie US-Ärzte gegen Verschwendung kämpfen

VERSORGUNG

- 12_ Antibiotika-Verbrauch in Hamburg steigt an
- 14_ Was ist vom primären Einsatz von Cephalosporinen und Fluorochinolonen zu halten?
- 15_ Bündnis für gezielte Antibiotikatherapie: Einladung zur zweiten Fallkonferenz

GESUNDHEITSPOLITIK

- 16_ Allgemeinärztliche Weiterbildung: Gute Quoten in Hamburg
- 17_ KBV schlägt Gründung einer Weiterbildungs-Stiftung vor

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_ Fragen und Antworten
- 20_ Hilfsmittel: Elektrostimulationsgeräte für DAK-Versicherte
Fortbildung: Erwachsene mit angeborenem Herzfehler
- 21_ Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“
- 22_ Hautkrebsvorsorge im Überblick

QUALITÄT

- 23_ Abnahmeprüfung von Ultraschallgeräten
Diabetischer Fuß: Mitbehandlung durch spezialisierte Einrichtungen erforderlich
QM-Seminar: „Wo steht unsere Praxis?“

ARZNEIMITTEL

- 24_ Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

RUBRIKEN

- 02_ Impressum
- 03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 24_ Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 25_ Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

KV INTERN

- 26_ Steckbrief: Dörte Collatz
- 27_ 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 10: mn/KVH; Seite 17: Yuris Arcurs Photography/Fotolina; Seite 18: Eyetronic/Fotolia; Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 25: Barbara Klemm; Seite 28: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto

Was halten Sie von der Choosing-Wisely-Kampagne?



Prof. Dr. Wolfgang Gaebel

ist Direktor der Klinik und Poliklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, ärztlicher Direktor des LVR-Klinikum Düsseldorf und u.a. Pastpräsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF)

Das nachfolgende Statement steht mit keiner dieser Funktionen in Zusammenhang.

Im Gleichklang mit den Leitlinien

Choosing Wisely ist die von einer amerikanischen Stiftung getragene Initiative, in der wissenschaftliche Fachgesellschaften vorrangig evidenzbasierte Negativempfehlungen ("don't's") für Ärzte und Patienten zu aktuellen Versorgungsthemen abgeben – mit dem Ziel, fachlich nicht vertretbare unnötige, ineffiziente oder schädliche diagnostisch-therapeutische Maßnahmen und damit Über- und/oder Fehlversorgung zu vermeiden. **Eine derartige Initiative ist prinzipiell zu begrüßen, darf aber zum Beispiel nicht von überwiegend ökonomischen Erwägungen geleitet sein, den vorhandenen Leitlinien zuwiderlaufen, oder das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient anderweitig behindern.**

In Deutschland stehen die notwendigen Informationen (auch als Negativempfehlungen) in den Leitlinien der Fachgesellschaften zur Verfügung, zunehmend auch als Patientenversionen. Zur Vermeidung von Redundanzen oder gar Widersprüchen sollte eine Choosing-Wisely-Initiative in Deutschland daher eng mit der Entwicklung von (oder mit bestehenden) Leitlinien abgeglichen, aber auch einer empirischen Überprüfung etwaiger Vor- oder Nachteile gegenüber Empfehlungen im Kontext von Leitlinien unterzogen werden. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nimmt sich aktuell dieser Thematik an. ■



Prof. Dr. Martin Scherer

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE, Sprecher der Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und DEGAM-Vizepräsident

Gut aufbereitete Informationen

Die Choosing-Wisely-Kampagne ist grundsätzlich eine gute Sache. Dass es Überversorgung gibt und dass vergeudete Ressourcen an anderer Stelle fehlen – dieses Problem haben wir in Deutschland auch. Ob man die Kampagne auf hiesige Verhältnisse übertragen sollte, wurde auf der Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) im Jahr 2013 diskutiert. Ergebnis: Was die Methodik betrifft, sind wir in Deutschland weiter. Wir haben sehr gute Leitlinien, in denen ebenfalls von bestimmten Maßnahmen abgeraten wird. Wenngleich wissenschaftlich stärker fundiert, sind die Informationen allerdings nicht so plakativ aufbereitet wie in den Choosing-Wisely-Listen. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) arbeitet derzeit an einer Leitlinie zum Schutz vor Überversorgung. Das wird eine umfangreiche S3-Leitlinie – doch es wird auch eine kompakte Kurzform im Geiste von Choosing Wisely geben. ■



Dr. Manfred Gogol

Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Klinik für Geriatrie des Krankenhauses Lindenbrunn in Coppenbrügge und AWMF-Delegierter der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

Evidenz als Auswahlkriterium

Die in den USA im Jahr 2011 begonnene Choosing-Wisely-Initiative könnte auch in Deutschland umgesetzt werden. Aus den bisherigen Erfahrungen und aus dem deutschen Versorgungskontext heraus entstehen aber auch Fragen. Aus der Sicht der evidenzbasierten Medizin kann es einen Rückschritt darstellen, Choosing Wisely-Empfehlungen nur auf dem Konsenswege einzelner Fachgesellschaften zu entwickeln. Ferner besteht ja nicht nur die Situation einer inadäquaten Überversorgung, sondern auch die einer für das Individuum wie für die Gesellschaft nachteiligen Fehl- und Unterversorgung. Auch das vom Grundsatz her angezeigte Prinzip eines „shared decision making“ bedarf Kompetenzen sowohl von Ärzten wie von Patienten (und Angehörigen), die nicht immer im gewünschten Umfang vorliegen und parallel weiter entwickelt werden sollten. ■

Literatur: Gogol M (2014). Choosing Wisely. Ein Modell für das deutsche Gesundheitswesen? Z Gerontol Geriatr 47:23-26

VON DAVID KLEMPERER

Weniger ist mehr

US-Ärzte kämpfen gegen Verschwendung: Immer mehr Fachgesellschaften veröffentlichen Listen mit medizinischen Maßnahmen, die sie für fragwürdig und überflüssig halten. Wäre die Choosing-Wisely-Kampagne auch ein Modell für Deutschland?



Am 4. April 2012 startete in den USA eine aufsehenerregende Gesundheitsinitiative. Im Rahmen der Choosing-Wisely-Kampagne veröffentlichten einige medizinische Fachgesellschaften Top-5-Listen mit diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ihres Fachgebiets, die Ärzte und Patienten hinterfragen sollten, weil sie möglicherweise überflüssig und für die Patienten schädlich sind. Mittlerweile sind mehr als 60 Fachgesellschaften beteiligt. Entscheidend für die Dynamik der Kampagne ist, dass sie nicht vom Staat oder den Kostenträgern ins Leben gerufen wurde - sondern von den Ärzten.

Wie kommt es, dass sich ausgerechnet die Ärzte eines Systems, das in weiten Teilen als "Gesundheitswirtschaft" organisiert ist, für die Vermeidung von Überversorgung und die gerechte Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen verantwortlich fühlen?

Das Schlagwort "waste" (Verschwendung) spielt in der Debatte um die Probleme des US-Gesundheitssystems eine große Rolle. Anfang des Jahrhunderts wurden einige viel beachtete Studien veröffentlicht, die zu dem Ergebnis kamen, dass etwa 20 Prozent der Geldmittel in der Medizin für unnötige Maßnahmen ausgegeben würden. Es gebe

eine erhebliche Überversorgung, so die Wissenschaftler. Patienten seien schlecht informiert und würden einige gängige medizinische Maßnahmen häufiger ablehnen, wenn sie über Nutzen, Risiken und Alternativen zutreffend aufgeklärt wären.

Das Unbehagen innerhalb der Ärzteschaft manifestierte sich im Februar 2002 in der Veröffentlichung der von der unabhängigen Stiftung American Board of Internal Medicine (ABIM) und mehr als 130 Organisationen weltweit getragenen Physician Charter ("Charta zur ärztlichen Berufsethik"), die große Beachtung fand und in viele Sprachen übersetzt wurde. "Die Veränderung der

Gesundheitssysteme in nahezu allen Industrieländern führt zu Frustrationen bei den Ärzten, weil der Kern der ärztlichen Berufsethik bedroht wird", heißt es dort.

Die Charta formuliert drei grundlegende Prinzipien der ärztlichen Berufsethik: das Primat des Patientenwohls, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten – und die soziale Gerechtigkeit (siehe Kasten). Ein ganzer Abschnitt der im Hauptteil aufgeführten "professional responsibilities" befasst sich mit der "Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen". Darin heißt es unter anderem:

"Die Verantwortung für einen angemessenen Einsatz der Mittel erfordert eine konsequente Vermeidung von überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen. Der Einsatz überflüssiger Maßnahmen setzt nicht nur den Patienten einer vermeidbaren Gefährdung aus, sondern vermindert auch die für andere Patienten zur Verfügung stehenden Mittel."

Die ABIM-Foundation führte eine Befragung von Ärzten durch und stellte eine hohe Zustimmung zu den in der Charta formulierten berufsethischen Prinzipien fest: "Ja, wir haben den Anspruch, unsere Patienten optimal zu versorgen." Doch die Ärzte sagten auch: "Wir können das im Alltag manchmal nicht umsetzen."

Dieses Problem kennen wir alle. Es gibt wirtschaftlichen Druck, es gibt Konformitätsdruck, es gibt Konkurrenzdruck. Wenn beispielsweise ein Arzt einem Patienten mit Atemwegsinfektion das nicht erforderliche Antibiotikum nicht verschreibt, geht dieser zum nächsten Arzt. Der Kollege gibt das Antibiotikum in ei-

Grundlegende Prinzipien ärztlicher Berufsethik



Auszug aus der vom American Board of Internal Medicine (ABIM) herausgegebenen Physician Charter

DAS PRIMAT DES PATIENTENWOHLS

Dieses Prinzip basiert auf der grundsätzlichen Verpflichtung, den Interessen des Patienten zu dienen. Altruismus trägt zu dem Vertrauen bei, das im Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Verhältnisses steht. Ökonomische Interessen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht unterlaufen.

DAS SELBSTBESTIMMUNGSRECHT DES PATIENTEN

Ärzte haben das Selbstbestimmungsrecht des Patienten grundsätzlich zu respektieren. Sie müssen ihren Patienten gegenüber aufrichtig sein und diese darin unterstützen, sich zu informieren und sachgerechte Entscheidungen

gen über ihre Behandlungen zu fällen. Die Entscheidungen des Patienten über ihre Behandlungen sind oberstes Gebot, solange sie mit ethischen Prinzipien vereinbar und nicht mit unangemessenen Ansprüchen verbunden sind.

DIE SOZIALE GERECHTIGKEIT

Die Ärzteschaft ist aufgerufen, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Dies schließt die faire Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel ein. Ärzte sollen sich aktiv daran beteiligen, Diskriminierungen im Gesundheitswesen auszumerzen. Dies bezieht sich auf die ethnische Herkunft, das Geschlecht, den Sozialstatus, die Religion oder auf jede andere gesellschaftliche Kategorie.

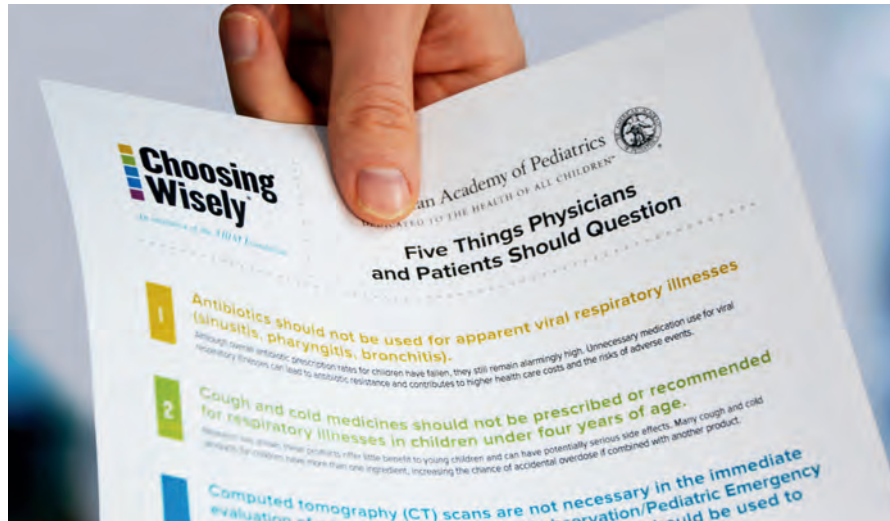
(Übersetzung: Prof. Dr. Johannes Köbberling)

ner Phase, in der die Beschwerden möglicherweise ohnehin bereits abklingen - und der Patient hat den Eindruck, der zweite Arzt sei mit einer Therapie erfolgreich gewesen, die durchzuführen der erste Arzt versäumt habe.

Da kann es nützlich sein, wenn für bestimmte medizinische Maßnahmen eine Stellungnahme der medizinischen Fachgesellschaft vorliegt, die einen wissenschaftlich begründe-

ten Standard definiert. Hier setzt die von der ABIM-Foundation organisierte Choosing-Wisely-Kampagne an: Man gibt Kollegen ein Instrument an die Hand, das dabei hilft, die Lücke zwischen dem eigenen berufsethischen Anspruch und der Wirklichkeit zu verringern.

Im Rahmen der Choosing-Wisely-Kampagne erarbeiten die Fachgesellschaften eigenständig ihre Top-5-Listen fragwürdiger oder



Kurze und leicht lesbare Statements: Entscheidend für die Dynamik der Kampagne ist, dass sie nicht vom Staat oder von den Kostenträgern ins Leben gerufen wurde – sondern von Ärzten.

überflüssiger medizinischer Maßnahmen. Zu den wenigen verbindlichen Vorgaben gehört, dass es sich um häufig angewandte Maßnahmen handeln soll oder um solche, die relevante Kosten auslösen. Und dass die Aufnahme einer Maßnahme in die Liste durch allgemein akzeptierte Evidenz unterstützt sein muss.

Nun könnte man einwenden, dass die Fachgesellschaften ja durchaus Eigeninteressen haben und möglicherweise Maßnahmen ausklammern, deren Etikettierung als überflüssig den Ärzten aus finanziellen Gründen gegen den Strich geht. Es stimmt natürlich: Eine Kampagne wie Choosing Wisely kann nicht alle Probleme lösen. Doch sie kann eine Atmosphäre schaffen, in der konstruktiv über den Nutzen von Maßnahmen diskutiert wird. Das löst eine positive Eigendynamik aus, denn die Empfehlungen der Ärzteschaft werden an selbst auferlegten Standards gemessen. Wichtig ist, dass die Ärzte "im Fahrersitz" sind und

die Führung übernehmen beim Versuch, das Verschwendungs- und Überversorgungsproblem zu lösen.

Die Themen werden gesetzt von den Fachgesellschaften, doch Adressaten sind nicht nur die Ärzte, sondern auch die Patienten und die Öffentlichkeit insgesamt. Zu jeder Liste für Ärzte gibt es entsprechende Publikationen für Patienten, die von *Consumer Reports* und anderen Verbraucherschutzorganisationen in allgemeinverständlicher Sprache herausgebracht werden. *Consumer Reports* ist im Gesundheitsbereich ohnehin gut aufgestellt, veröffentlicht Broschüren und Folder und hat im Internet hohe Klickraten.

Ein Haupt-Anliegen der Choosing-Wisely-Initiative ist es, Ärzte und Patienten ins Gespräch zu bringen über Verschwendung und Überversorgung. Wenn eine Maßnahme auf einer Liste auftaucht, bedeutet das kein Anwendungsverbot. Es bedeutet, dass Ärzte und Patienten darüber sprechen und auf Grundlage valider Informatio-

nen gemeinsam entscheiden sollen, ob eine Anwendung sinnvoll ist.

Der pragmatische Ansatz findet auch in anderen Ländern Beachtung. Mittlerweile zieht das Projekt weite Kreise. Pendants sind in Italien ("Mehr ist nicht besser") und in der Schweiz ("smarter medicine") entstanden. Im April 2014 startete eine Choosing-Wisely-Kampagne mit Beteiligung von derzeit zwölf Fachgesellschaften in Kanada.

Das sind Länder mit sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen, doch die Probleme scheinen überall ähnlich zu sein. Auch in Deutschland wird über nutzlose und potenziell schädliche Maßnahmen diskutiert.

Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin hat im März 2013 eine Veranstaltung organisiert, auf der sich Ärzte, Wissenschaftler und Patientenvertreter darüber austauschen konnten, ob die Choosing-Wisely-Kampagne auf Deutschland übertragbar wäre.

Deutschland hätte sehr gute Voraussetzungen für eine solche Initiative: Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sorgt dafür, dass es hohe und einheitliche Standards für die Erstellung der S3-Leitlinien gibt. Eine Kampagne wie Choosing Wisely böte hervorragende Möglichkeiten, die Inhalte dieser Leitlinien in komprimierter und leicht zugänglicher Form ins Bewusstsein der Ärzte, der Patienten und der breiten Öffentlichkeit zu bringen. ■

PROF. DR. DAVID KLEMPERER ist Internist und lehrt Sozialmedizin, Public Health und Gesundheitswissenschaften an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg

„Do not“ – Was Ärzte und Patienten in Frage stellen sollten

Vom Arznei-Telegramm ausgewählte Beispiele aus der Choosing-Wisely-Kampagne

Antibiotika bei offensichtlich viraler Atemwegsinfektion (Sinusitis, Pharyngitis, Bronchitis) *Quelle: American Academy of Pediatrics*

Antibiotika bei akuter milder bis mäßiger Sinusitis in den ersten sieben Tagen – außer bei Verschlechterung nach initialer Besserung *Quelle: American Academy of Family Physicians*

Antibiotika für Kinder von 2 bis 12 Jahren mit Otitis media ohne starke Krankheitszeichen, wenn beobachtendes Zuwarten angemessen ist *Quelle: American Academy of Family Physicians*

Glukosamin (DONA u.a.) und Chondroitin bei symptomatischer Kniegelenksarthrose *Quelle: American Academy of Orthopaedic Surgeons*

Glukokortikoide nach schwerer traumatischer Hirnverletzung *Quelle: American Association of Neurological Surgeons*

Routinemäßige antiepileptische Prophylaxe nach ischämischen Schlaganfall – außer nach Auftreten eines Krampfanfalls *Quelle: American Association of Neurological Surgeons*

Neuroleptika als Mittel der ersten Wahl zur Therapie von Verhaltensstörungen und psychischen Symptomen der Demenz *Quelle: American Geriatrics Society*

Verordnung von Cholinesterasehemmern bei Demenz ohne regelmäßige Prüfung auf kognitiven Nutzen und auf gastrointestinale Störwirkungen *Quelle: American Geriatrics Society*

Anhaltende oder häufige Einnahme rezeptfreier Analgetika bei Kopfschmerzen *Quelle: American Headache Society*

Allgemeines Screening auf Vitamin-D-Mangel *Quelle: American Society for Clinical Pathology*

Bildgebende Diagnostik bei Kreuzschmerzen in den ersten sechs Wochen – außer bei Warnzeichen wie z.B. schwere oder progrediente neurologische Defizite *Quelle: American Academy of Family Physicians*

Untersuchung des Unterleibs oder andere körperliche Untersuchungen vor Verordnung eines oralen Kontrazeptivums *Quelle: American Academy of Family Physicians*

Routinemäßiger jährlicher PAP-Test bei Frauen zwischen 30 und 65 Jahren *Quelle: American College of Obstetricians and Gynecologists*

Screenen von Frauen unter 30 Jahren per HPV-Test auf Zervixkarzinom *Quelle: American Academy of Family Physicians*

Routinemäßiges Screening auf Prostatakrebs mit PSA (Prostata-spezifisches Antigen)-Test *Quelle: American Academy of Family Physicians*

Test auf Borreliose bei unspezifischen muskuloskelettalen Symptomen *Quelle: American College of Rheumatology*

Aktiviertlassen eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD), wenn dies nicht mehr dem Versorgungsziel entspricht (z.B. bei absehbarem Tod) *Quelle: American Academy of Hospice and Palliative Medicine*

Entfernen quecksilberhaltiger Amalgamfüllungen aus Zähnen *Quelle: American College of Medical Toxicology*

Zuerst abgedruckt im Arznei-Telegramm 8/14.

Als Quelle ist stets jene US-Fachgesellschaft angegeben, auf deren Liste die genannte Maßnahme aufgeführt ist. Nähere Erläuterungen zur Auswahl der jeweiligen Maßnahme finden Sie auf der Website von Choosing Wisely: www.choosingwisely.org → Lists → (betreffende Fachgesellschaft auswählen)

Anstieg der Antibiotikaverordnungen in Hamburg

Eine neue Studie des ZI vergleicht die KV-Regionen – und legt problematische Entwicklungen offen

Die Antibiotikaverordnungen im ambulanten Versorgungssektor sind insgesamt rückläufig. Zu diesem erfreulichen Ergebnis kommt eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Für Hamburg sind die Daten allerdings nicht rundum positiv. Als Datengrundlage dienten die vertragsärztlichen Arzneiverordnungsdaten (AVD) und Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit. Um eine sinnvolle bevölkerungsbezogene Ein-

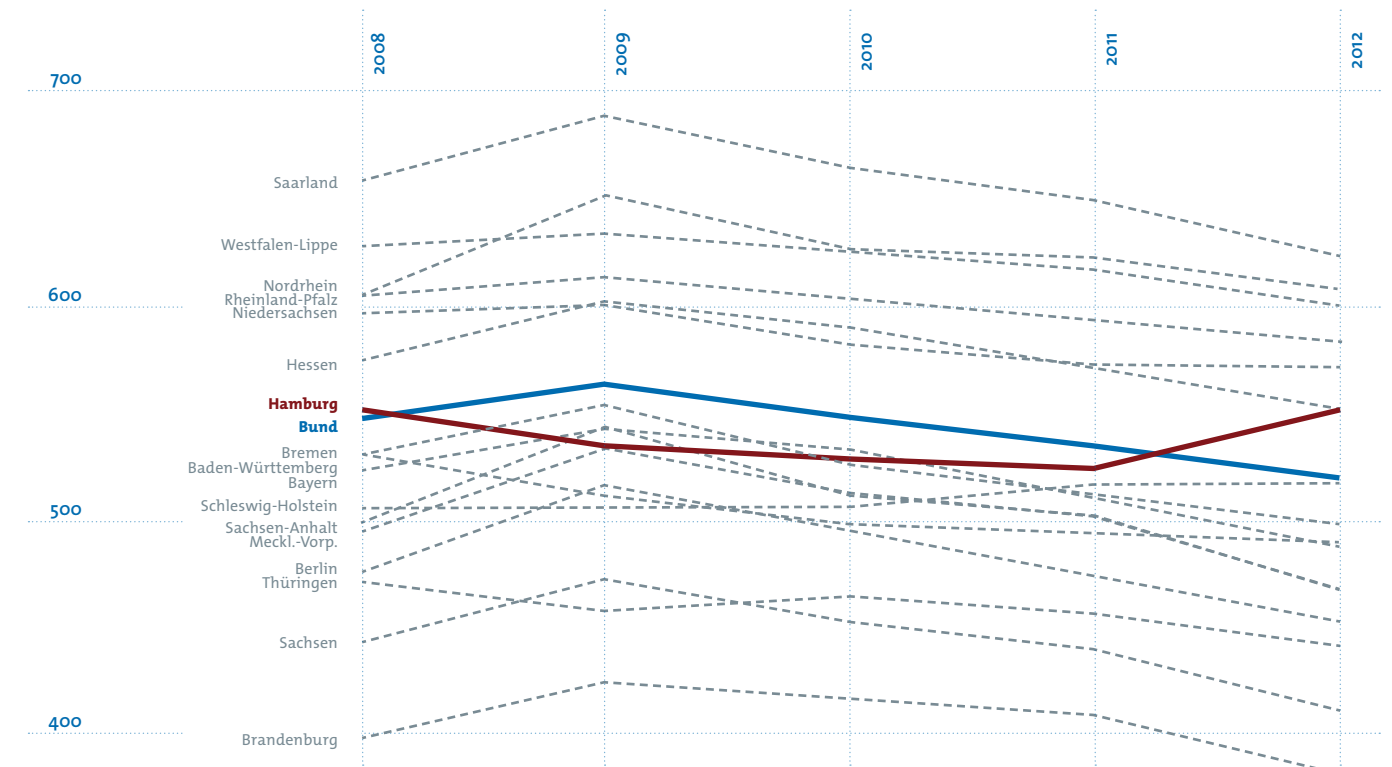
schätzung der Antibiotikaexposition im zeitlichen Verlauf zu bekommen, wurden drei Indikatoren herangezogen: erstens die Verordnungshäufigkeit, zweitens das Verordnungsvolumen und drittens der Anteil der Patienten mit mindestens einer Verordnung. Bei allen drei Indikationen liegt Hamburg etwa im Durchschnitt der KV-Regionen.

In Hamburg werden viele Patienten aus dem Umland versorgt. Das führt generell zu einer leichten Über-

schätzung der Verordnungszahlen. Bedenklich ist allerdings die Trendentwicklung: Zwischen 2008 und 2011 zeigte auch in Hamburg die Kurve der Antibiotika-Verordnungszahlen nach unten. Im Jahr 2012 jedoch stiegen die Verordnungen entgegen dem Bundestrend in Hamburg wieder an. Die Autoren der Studie können sich die Sonderentwicklung in Hamburg nicht erklären.

Zu zwiespältigen Ergebnissen kommt die Studie bei den bundeswei-

Abbildung 1
VERORDNUNGSHÄUFIGKEIT IN DEN REGIONEN



Zahl der Antibiotikaverordnungen (Rezeptierungen) pro 1000 GKV-Versicherte im Zeitverlauf

Was ist vom primären Einsatz von Cephalosporinen und Fluorochinolonen zu halten?

Das KVH-Journal gibt in dieser Ausgabe eine knappe Zusammenfassung der Studie des ZI zur Antibiotikaverordnung im ambulanten Bereich. Neben dem erfreulichen Rückgang der Antibiotikaverordnungen insgesamt werden zwei Punkte kritisch aufgeführt: die Zunahme von Cephalosporin-Verordnungen bei Kindern unter 14 und der überwiegende Einsatz von Fluorochinolonen bei Patienten über 70 Jahren. Beides ist auffällig, kann aber nur Ausgangspunkt für eine nähere infektiologische Betrachtung sein.

Die in der Studie angeführte Begünstigung von multiresistenten gramnegativen Keimen besteht deutlich erst bei Cephalosporinen ab der dritten Generation.

Die Studie differenziert aber nicht zwischen den Generationen der Cephalosporine mit ihren unterschiedlichen Wirkungs- und Nebenwirkungsprofilen. Bei Kindern können Oralcephalosporine bei bestimmten Infektionen durchaus indiziert sein, aber eben nur Substanzen der ersten Generation. Diese wirken vor allem im grampositiven Spektrum, sind im klinischen Einzelfall oft gegen Penicillin und Amoxicillin abzuwägen und sollten den Makroliden häufig eher vorgezogen werden, da diese ebenfalls Resistenzen fördern.

Ein unkritischer Einsatz von Chinolonen ist abzulehnen, dieser fördert grundsätzlich Multiresistenzen und ist Risikofaktor für Infektionen mit Toxin-bildenden

Clostridium difficile-Stämmen. Es ist anzunehmen, dass ein Großteil der Verordnungen für ältere Patienten bei Harnwegsinfektionen und respiratorischen Infekten vorgenommen wird. Hier gibt es in Abhängigkeit von Keim und Situation des Patienten meist Alternativen, die jedoch von der korrekten Identifizierung des verursachenden Keims und seiner Resistenz abhängen. Bei Weichteilinfektionen oder beim diabetischen Fuß können bestimmte Chinolone eine Rolle spielen, sofern klar zwischen kolonisierenden und virulenten Keimen unterschieden wird. Hier ist zu fordern, dass die Laboratorien die behandelnden Ärzte mit konkreten Informationen zur Antibiose versorgen und nicht unkommentierte lange Antibiotikamlisten erstellen.

Um das Ordnungsverhalten infektiologisch kritisch zu bewerten und mit zu steuern, wäre die Verknüpfung von Verordnungen und Diagnosen ebenso notwendig,

wie ein weiteres Differenzieren innerhalb der Substanzklassen. Die gründliche Aufbereitung der Verordnungszahlen ist ein erster Schritt und sehr zu begrüßen.

PROF. DR. MED. MATTHIAS MAAß



ist Mikrobiologe, Virologe und Infektionsepidemiologe am Labor Dr. Heidrich und Kollegen in Hamburg-Barmbek. Er hat über Chlamydieninfektionen geforscht, ist Koautor von über 100 Publikationen und sieht seinen Schwerpunkt an der Schnittstelle von Mikrobiologie und Infektionsmedizin in Klinik und Praxis. Er ist Gründungsmitglied des Hamburger „Bündnis für gezielte Antibiotika-Therapie“. Kontakt über das Labor Dr. Heidrich und Kollegen, Stuvkamp 20, 22081 Hamburg - Tel: 9707999-0

Abbildung 2

VERORDNUNGSHÄUFIGKEIT NACH WIRKSTOFFEN BEI KINDERN

Prozentualer Anteil an allen Antibiotikaverordnungen im Zeitverlauf

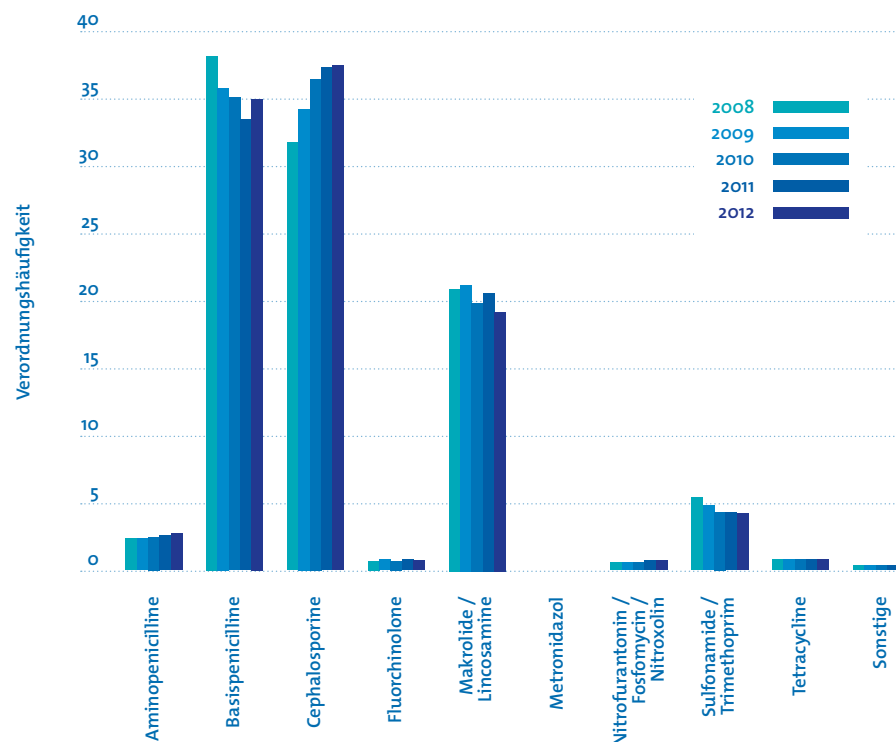
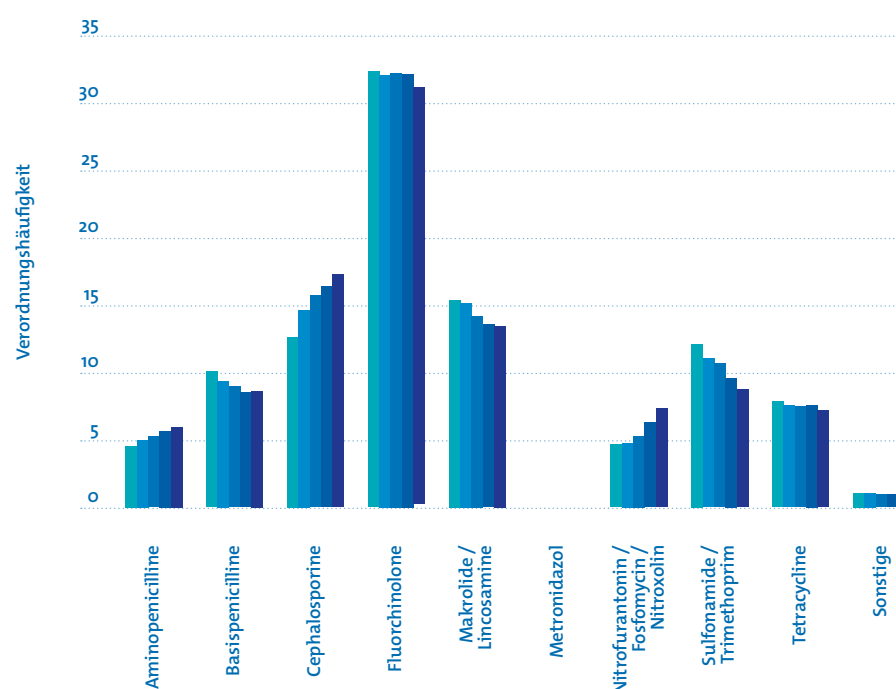


Abbildung 3

VERORDNUNGSHÄUFIGKEIT NACH WIRKSTOFFEN BEI ÜBER 70-JÄHRIGEN

Prozentualer Anteil an allen Antibiotikaverordnungen im Zeitverlauf



ten Verordnungszahlen für Kinder bis 14 Jahren. Positiv hervorgehoben wird, dass der Verordnungsrückgang bei dieser Altersgruppe besonders stark ausgefallen ist. Dies gilt auch für die regionalen Hamburger Werte. Allerdings ist gleichzeitig eine deutliche Zunahme der Verordnungshäufigkeit von Cephalosporinen feststellbar. Mittlerweile sind Cephalosporine die bundesweit am häufigsten für Kinder verordnete Wirkstoffgruppe. „Cephalosporine sind Reserveantibiotika und gelten als eine der Hauptursachen für die Entstehung von Multiresistenzen im gramnegativen Bereich“, heißt es in der Studie, „so dass hier zukünftig eine Beschränkung der Verordnung angestrebt werden sollte“. Immerhin hat sich der Anstieg der Verordnungshäufigkeit von Cephalosporinen seit 2010 abgeschwächt und ist von 2011 auf 2012 zum Stillstand gekommen.

Auch bei Patienten ab 70 Jahren gebe es eine problematische Entwicklung. Die am häufigsten bei dieser Altersgruppe eingesetzten Antibiotika sind Fluorchinolone. „Diese Wirkstoffgruppe gilt als einer der Hauptverursacher der schweren Clostridium difficile-Infektion, die gerade in dieser Altersgruppe häufig vorkommt und mit hoher Mortalität verbunden ist“, schreiben die Autoren der Studie. Auch der Einsatz von Fluorchinolonen gelte als wichtiger Faktor für die Entstehung von Antibiotika-Resistenzen.

Bei der Antibiotikaverordnung für Kinder und für über 70-Jährige sei also auf eine andere Wirkstoffpriorisierung hinarbeiten, so das Fazit der Studie. ■

Die vollständige Studie finden Sie unter: www.versorgungsatlas.de

Antibiotika Therapie

Bündnis für gezielte

Einladung zur zweiten Fallkonferenz

Rationale Antibiotikatherapie - aus der Praxis für die Praxis

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

eine geeignete und wirksame Antibiotikabehandlung im Zeitalter zunehmender Multiresistenzen erfordert ein breites Spektrum an Fachwissen und Erfahrung. Infektionen durch multiresistente Erreger sind schwer zu behandeln und kostenintensiv. Die aktuellen Daten des Zentralinstituts (siehe Bericht ab Seite 12) machen nicht nur deutlich, dass der Einsatz von Antibiotika in der ambulanten Behandlung kritisch zu hinterfragen ist, sondern dass hierbei auch die richtige Antibiotikagruppe auszuwählen ist.

Routine im Umgang mit den grampositiven multiresistenten Erregern wie MRSA und VRE besteht inzwischen insbesondere bei Kolleginnen und Kollegen, die Heimpatienten betreuen. Der Umgang mit gramnegativen multiresistenten Erregern (MRGN) ist nach der Veröffentlichung der neuen KRINKO-Empfehlung zunächst in der stationären Behandlung beachtet worden. Neu ist nun in Hamburg die Möglichkeit, auch ambulant bei bestimmten Risikofaktoren ein prästationäres Screening durchzuführen (siehe *KVH-Journal* 9/2014, Seite 23).

Nach einem kurzen Überblick über die aktuelle fachliche und politische Entwicklung sowie die Abrechnungsmodalitäten bei multiresistenten Erregern möchten wir Ihnen anhand von Fallkonferenzen das Thema näherbringen und im interdisziplinären Dialog mit einem Mikrobiologen diskutieren. Innerhalb der Veranstaltung ist zur Diskussion der einzelnen Fälle ausreichend Zeit eingeplant.

IHRE DR. KATJA PETERS
BÜNDNIS FÜR GEZIELTE ANTIBIOTIKATHERAPIE
PROGRAMMABLAUF

FÜR MITTWOCH, DEN 19. NOVEMBER 2014

Ab 15:45 Registrierung

16:00 - 16:30 Begrüßung und Einführung
 „Aktuelle Entwicklung und Abrechnung im Umgang mit multiresistenten Erregern“, Dr. med. Katja Peters

16:30 - 17:00 Aus der chirurgischen/diabetologischen Praxis: „Sektorenübergreifende Behandlung des diabetischen Fußes“, Dr. med. Monika Lotze-Rupp (Chirurgin)

17:00 - 17:15 Kaffeepause

17:15 - 17:45 Aus der HNO-ärztlichen Praxis:
 „Strukturiertes Vorgehen bei akuten Ohrschmerzen“, Dr. med. Bernward-Maria Heidland (HNO-Arzt)

17:45 - 18:15 Aus der pädiatrischen Praxis:
 „RSV-Infektion bei einem Säugling“, Dr. med. Jan Wieland (Pädiater)

18:15 - 18:30 Zusammenfassung und Ausblick,
 Prof. Dr. med. Matthias Maaß, Dr. med. Katja Peters

Moderation:

Dr. med. Katja Peters, MPH, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen und Umweltmedizin in Hamburg

Mikrobiologische Beratung:
 Prof. Dr. med. Matthias Maaß, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Termin: Mittwoch, 19.11.2014 (16 – 18:30 Uhr)
 Ort: KV Hamburg, Konferenzräume 1 und 2 (1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
FORTBILDUNGSPUNKTE: BEANTRAGT
 Teilnahme kostenlos

Anmeldung: schriftlich bis zum 12.11.14 an Sabine Daub per Post, Fax oder E-Mail: sabine.daub@kvhh.de

Allgemeinärztliche Weiterbildung: gute Quoten in Hamburg

Insgesamt zeigt das Förderprogramm aber nach Einschätzung von Wissenschaftlern zu wenig Wirkung, um Hausärztemangel zu verhindern

Im Vergleich zu anderen Bundesländern kann Hamburg bei der Förderung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses gute Zahlen vorweisen: Seit 2010 hat die Hansestadt (nach Berlin) durchweg die zweithöchste Quote von Weiterbildungsassistenten – und die Zahlen klettern nach oben: Gab es im Jahr 2010 noch sechs Weiterbildungsassistenten pro 100 Hausärzte in Hamburg, stieg die Quote im Jahr 2011 auf etwa sieben und im Jahr 2012 auf knapp acht (bezogen auf Vollzeitäquivalente). Der Bundesdurchschnitt liegt derzeit bei lediglich vier Prozent.

Diese Daten legte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in einer Studie über die

Entwicklung der Weiterbildungsstellen in den KV-Bezirken vor. Die Auswertung zeigt allerdings auch: Unterm Strich ist der Anstieg nicht ausreichend. „Die augenblicklichen Zahlen genügen nicht, um den bundesweiten Bedarf an Hausärzten in den nächsten Jahren zu decken“, sagt einer der Autoren der Studie, Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum.

Die hausärztliche Weiterbildung wird zur Hälfte mit Geldern aller niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bezahlt, die andere Hälfte steuern die Krankenkassen bei. Die KV Hamburg fördert die Weiterbildung des hausärztlichen Nachwuchses seit über 30 Jahren und war damit einer der Pioniere in Deutschland. Von Beginn an haben

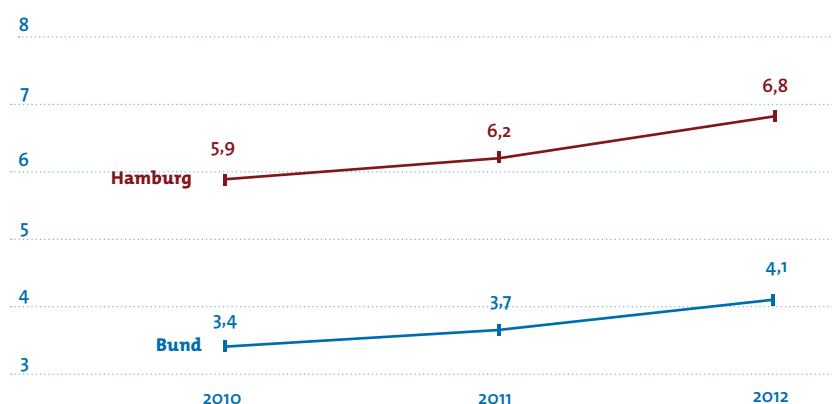
die Hamburger Ärzte die finanzielle Unterstützung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung als gemeinsame Aufgabe gesehen. Im Jahr 2010 wurde die allgemeinmedizinische Weiterbildung auf Bundesebene reformiert. KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen einigten sich darauf, die Förderung der Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich auf einen Betrag anzuheben, der nahezu an das Gehalt im Krankenhaus heranreicht.

In Hamburg wurden 2012 insgesamt 3,5 Millionen Euro für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ausgegeben (KBV-Evaluationsbericht 2012).

Die intensivere Förderung sollte dazu beitragen, den ärztlichen Nachwuchs für eine Tätigkeit in der allgemeinmedizinischen Praxis zu gewinnen.

Was die Durchschnittswerte im gesamten Bundesgebiet angeht, zieht die Studie nun allerdings eine unerfreuliche Zwischenbilanz: Die bundesweit angepeilte Zahl von 5.000 Ärzten in allgemeinärztlicher Weiterbildung pro Jahr werde bei Weitem nicht erreicht – im Jahr 2012 seien es 2.156 Vollzeitäquivalentstellen gewesen. „So ist perspektivisch nicht mal der einfache Ersatzbedarf für die in den Ruhestand gehenden Hausärzte zu decken“, so Studien-Autor Bätzing-Feigenbaum.

ALLGEMEINÄRZTLICHE WEITERBILDUNGSASSISTENTEN



Weiterbildungsassistenten pro 100 Hausärzte (Vollzeitäquivalente) im Zeitverlauf

Weiterbildung: KBV wirbt für Stiftungslösung

Die KBV schlägt vor, eine Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Trägerschaft von KBV, GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Privater Krankenversicherung und Bundesärztekammer zu gründen. Damit sollen zwei Fehlentwicklungen korrigiert werden, mit denen die medizinische Versorgung in Deutschland konfrontiert ist. Um dem mittlerweile erkennbaren und fortschreitenden Ärztemangel entgegenzuwirken, muss die Weiterbildung insgesamt auf eine solide finanzielle Grundlage gestellt werden. Außerdem muss die ambulante Weiterbildung gestärkt werden, weil viele angehende Fachärzte in der traditionell krankenhauszentrierten Weiterbildung nicht mehr die gesamte Bandbreite ihres Faches kennenlernen.

Bisher wird die Weiterbildung vor allem aus der Vergütung der kurativen Krankenversorgung finanziert. Während im stationären Bereich die Finanzierung der Assistentengehälter durch das DRG-System abgedeckt wird, sieht die ambulante Vergütungssystematik lediglich für Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin einen Zuschuss vor.

Weder im ambulanten noch im stationären Vergütungssystem werden die Aufwendungen der Weiterbildungseinrich-

tungen für eine Lehrtätigkeit berücksichtigt. Auch die Infrastruktur zur Koordination strukturierter Weiterbildung innerhalb von Weiterbildungsverbünden ist nicht gegenfinanziert.

Vom Beginn des Studiums an werden angehende Ärzte in Kliniken der Supramaximalversorgung am tatsächlichen Versorgungsalltag vorbei auf die Besonderheiten der Spitzenmedizin ausgerichtet. In der sich anschließenden Weiterbildung werden Stellen nach der Profitabilität einzelner DRG-Vergütungen geschaffen mit der Folge, dass grundversorgende Facharztweiterbildungen einen kontinuierlichen Rückgang zu verzeichnen haben.

Die Probleme können nach Auffassung der KBV nicht durch eine Bestandsoptimierung der bestehenden Förderprogramme gelöst werden, sondern nur durch ein grundsätzlich anderes Modell, wie es in anderen europäischen Ländern bereits erfolgreich umgesetzt wurde. Mit Hilfe einer Stiftung sollen bedarfsgerecht Stellen finanziert, Weiterbildungs-Strukturen gestärkt und der ambulante Weiterbildungs-Bereich insgesamt ausgeweitet werden. Die Stiftungsidee wird derzeit mit Politikern aller Parteirichtungen, mit Fachleuten sowie mit den Krankenkassen diskutiert.

Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Ärzte und Sozialversicherungsfachangestellte beantworten Ihre Fragen rund um das Hamburger Gesundheitssystem – kompetent und unabhängig. Wir helfen Ihnen bei der Arztsuche, nennen Spezialisten, erklären Krankheitsbilder oder Krankenkassenrecht.

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.

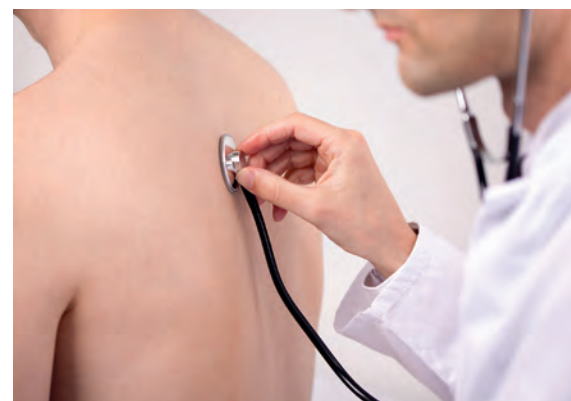
Infocenter Tel: 22802-900

J2-UNTERSUCHUNG

Kann die J2-Untersuchung bei allen Krankenkassen abgerechnet werden? Welches Patientenalter umfasst diese Untersuchung?

Bei der J2-Untersuchung handelt es sich nicht um eine Leistung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Im Bereich der KV Hamburg gelten jedoch Sonderverträge mit der Knappschaft und der Techniker Krankenkasse über die zusätzliche Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (J2). Anspruchsberechtigt sind Patienten im Alter von 16 bis 17 Jahren.

Es kann darüber hinaus weitere Krankenkassen geben, die diese Untersuchung anbieten. Um welche Krankenkassen es sich handelt, können wir allerdings nicht sagen, da in diesen Fällen die KV Hamburg kein Vertragspartner ist.



ANÄSTHESIE BEIM ZAHNARZT

Kann ich als Hausarzt für eine Vollnarkose bei einem zahnärztlichen und/oder mund-kiefer-gesichtschirurgischen Eingriff eine Überweisung an den Anästhesisten ausstellen?

Eine Überweisung kann ausgestellt werden, wenn die Voraussetzungen nach dem EBM (Kapitel IIIb, Abschnitt 5, Präambel 5.1, Nr. 8) für die Erbringung einer Narkose als Kassenleistung erfüllt sind. Die Erbringung von Narkosen ist berechnungsfähig bei:

- Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
- Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-Codierung ist mit Begründung anzugeben.
- Eingriffen entsprechend den Abschnitten 31.2.8 des EBM, sofern die Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist.



VORUNTERSUCHUNG FÜR PRIVATLEISTUNG

Für das Setzen eines Implantats beim Zahnarzt soll ich als Hausarzt Voruntersuchungen in Form von Laborleistungen erbringen. Sind diese Leistungen über die Krankenkasse abrechenbar?

Nein. Das Setzen eines Implantats ist eine Privatleistung. Entsprechend sind alle damit im Zusammenhang stehenden Leistungen ebenfalls privat in Rechnung zu stellen.

WEGEPAUSCHALEN BEI HAUSBESUCH

Werden die Wegepauschalen von der KV automatisch bei der Abrechnung von Hausbesuchen hinzugesetzt?

In der Regel nicht. Die Pauschalen müssen nach den Vorgaben der Honorarvereinbarung entsprechend den gefahrenen Kilometern vom Arzt abgerechnet werden. Wird ein Hausbesuch, aber keine dazugehörige Wegepauschale abgerechnet, setzt die KV automatisch die kleinste Wegepauschale (Kernbereich bis 2 km) hinzu.

WARTEZEIT IM NOTDIENST

Ich habe während meines Notdienstes eineinhalb Stunden mit einer Patientin auf den Notarzt gewartet. Kann ich diese Zeit zur Abrechnung bringen?

Ja. Dieser Einsatz kann mit der GOP 01440 EBM (Verweilen außerhalb der Praxis) abgerechnet werden, wenn keine weiteren berechnungsfähigen Leistungen erbracht wurden.

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

Kann das Hautkrebsscreening von Patienten unter 35 Jahren auch bei AOK-Nord/West-Versicherten über die KV abgerechnet werden?

Ja. Die AOK Nord/West übernimmt die Kosten im Rahmen der EBM-Regelungen bereits für Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Die Untersuchung kann mit der Gebührenordnungsposition 01745 EBM (Anamnese, körperliche Untersuchung exklusive Auflichtmikroskopie, elektronische Dokumentation) abgerechnet werden. Gleiches gilt im Übrigen auch für die AOK Rheinland/Hamburg. Auf Seite 22 finden Sie eine Übersicht über die derzeit gültigen Sondervereinbarungen zum Hautkrebsscreening.

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

Elektro- stimulationsgeräte für DAK-Versicherte

Die Versorgung von DAK-Versicherten mit Elektrostimulationsgeräten wird von nur noch zwei Anbietern übernommen. Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnort des Versicherten:

POSTLEITZAHLEN VON 00000 BIS 09999 UND 40000 BIS 99999

MTR Medizintechnik Rostock, Niederlassung Berlin
Kamenzer Damm 78, 12249 Berlin
Telefon (kostenfrei aus dem deutschen Festnetz):
0800 / 030 03 03
Fax: 030 / 669 910 10
E-Mail: info@mtronline.de

POSTLEITZAHLEN VON 10000 BIS 39999

MTR Medizintechnik Rostock, Niederlassung Rostock
Zur Himmelpforte 1, 18055 Rostock
Telefon (kostenfrei aus dem deutschen Festnetz):
0800 / 312 08 00
Fax: 0381 / 466 99 18
E-Mail: mtr@mtronline.de

Ärztliche Verordnungen können auf Wunsch des Versicherten direkt an den Anbieter gesandt werden. Der Anbieter schickt dem Versicherten das Elektrostimulationsgerät zu und stellt die Geräteeinweisung sicher.

Das neue Verfahren betrifft TENS-Geräte (09.37.01) und Muskelstimulationsgeräte (09.37.02.0, 09.37.02.1, 09.37.02.3, 09.37.02.4). Es gilt für Therapien, die nach dem 1. Oktober 2014 beginnen. Patienten, die bereits vor diesem Zeitpunkt mit einem Elektrostimulationsgerät versorgt wurden, können bei ihrem bisherigen Anbieter bleiben. ■

Ansprechpartnerin:
Yvette Hein / DAK Gesundheit
Tel: 2396-1249

Fortbildung: Erwachsene mit angeborenem Herzfehler

Am 15. November 2014 findet in Hamburg eine Fortbildungsveranstaltung zur Versorgung Erwachsener mit angeborenem Herzfehler (EMAH) statt. Dank des medizinischen Fortschritts erreichen heute nahezu alle Kinder mit angeborenen Herzfehlern das Erwachsenenalter. Mittlerweise gibt es in Deutschland deutlich mehr Erwachsene als Kinder oder Jugendliche mit diesem Krankheitsbild.

Um die Versorgungssituation des EMAH-Patientenkollektivs zu verbessern und zu standardisieren, hat eine speziell hierfür eingerichtete TASK-Force verschiedener Fachgesellschaften Empfehlungen für Versorgungsstrukturen und medizinische Leitlinien erarbeitet und eine Zertifizierung der behandelnden Ärztinnen, Ärzte und Zentren eingeführt.

Bereits vor mehr als 15 Jahren haben sich Kardiologen, Kinderkardiologen und Herzchirurgen zum norddeutschen Netz für angeborene Herz-Kreislauferkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter (NoNaH e.V.) zusammengeschlossen, um die Betreuung von EMAH-Patienten in Zusammenarbeit mit Hausärzten, Herzzentren und weiteren ärztlichen Fachgruppen zu gewährleisten und zu verbessern.

Die nun vom NoNaH angebotene Fortbildungsveranstaltung richtet sich an Kollegen außerhalb des Netzes. Die Veranstalter konnten Referentinnen und Referenten aus drei überregional bekannten EMAH-Zentren in München, Berlin und Hannover gewinnen. ■

Termin: Samstag, 15.11.2014 (9 – 13.30 Uhr)

Ort: Hotel Baseler Hof, Esplanade 11, 20354 Hamburg
5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ansprechpartnerin:
Simone Guttchen / Elektrophysiologie Bremen
Tel: 0421 / 8400-7824
E-Mail: s.guttchen@ep-bremen.com



Gewalt gegen Frauen

Bundesweites Hilfetelefon ist Tag und Nacht erreichbar



Gewalt in Ehe und Partnerschaft, sexuelle Übergriffe und Vergewaltigung sowie Stalking und Cybermobbing, aber auch Menschenhandel, Gewalt im Rahmen von Prostitution und Genitalverstümmelung – Gewalt gegen Frauen hat viele Ausprägungen. Das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ berät anonym und kostenlos. Die Beraterinnen sind rund um die Uhr und auch am Wochenende und an Feiertagen unter 08000 116 016 und über Chat und E-Mail auf der barrierefreien Webseite www.hilfetelefon.de erreichbar – genau dann, wenn die Betroffenen Unterstützung brauchen und den Mut gefasst haben, sich jemandem anzuvertrauen. Sprachbarrieren gibt es nicht: Je-

derzeit können Dolmetscherinnen für 15 Sprachen zu den Gesprächen geschaltet werden. Auch hörbeeinträchtigte Menschen können das Hilfetelefon mittels eines Gebärdensprachdolmetschdienstes kontaktieren. So erleichtert das Angebot all denen die Kontaktaufnahme, die den Weg zu einer Einrichtung vor Ort zunächst scheuen oder sie aus unterschiedlichen Gründen nicht aufsuchen können. Die rund 60 Beraterinnen sind qualifizierte Fachkräfte mit Erfahrungen in der psychosozialen Beratungsarbeit. Gemeinsam mit den Anruferinnen suchen sie in den vertraulichen Beratungsgesprächen nach Lösungen. Auf Wunsch vermitteln sie die anrufenden Personen auch an

Unterstützungseinrichtungen vor Ort weiter, etwa an eine Frauenberatung oder ein Frauenhaus in der Nähe oder auch an eine Einrichtung des Gesundheitswesens.

Angehörige können die Beratung ebenfalls nutzen, um Frauen und Mädchen in ihrem Umfeld zu unterstützen. Zudem bietet das Angebot Informationen für Fachkräfte wie Ärzte, Lehrer oder Sporttrainer, zum Beispiel wenn eine Patientin, Schülerin oder Sportlerin in ihrem Umfeld von Gewalt betroffen ist oder es zu sein scheint.

Allein 2013 gab es mehr als 47.000 Kontakte zum Hilfetelefon. Rund 19.000 Personen wurden beraten, darunter waren mehr als 12.000 betroffene Frauen, die Unterstützung suchten. Besonders häufig war häusliche Gewalt Anlass der Gespräche. Oft hatten die Anruferinnen noch nie mit jemandem über ihr Problem gesprochen.

Das Hilfetelefon wird vom Bundesfamilienministerium finanziert. ■

Info-Materialien wie Plakate, Flyer und Online-Banner können über folgenden Link kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden:

**www.hilfetelefon.de →
materialien**

HILFETELEFON
08000 116 016

Kontaktaufnahme über Chat und E-Mail: www.hilfetelefon.de

Rund um die Uhr – auch an
Wochenenden und Feiertagen



Hautkrebsvorsorge im Überblick

Jeder GKV-Patient hat gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie ab 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf ein Hautkrebscreening. Die KV Hamburg hat darüber hinaus mit einigen Krankenkassen Sonderverträge für Patienten unter 35 Jahren vereinbart. Um welche Sonderverträge es sich handelt, können Sie der folgenden Tabelle entnehmen.

Kasse	Teilnahmeberechtigung	Alter des Versicherten	Häufigkeit	Inhalt der Leistung	Vergütung
AOK Rheinland/Hamburg und AOK NORDWEST	Allgemeinmediziner, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbez. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	ab Vollendung des 18. Lebensjahres	alle 2 Jahre	Inhalt der Leistungen gem. Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	GOP 01745 Vergütung nach EBM
BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Nord (laut Anlage des Vertrages)	Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V teilnehmen Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	0 bis Vollendung des 35. Lebensjahres	jährlich	• Anamnese • körperliche Untersuchung exklusive Auflichtmikroskopie • erstmalige Hauttypbestimmung • vollständige Dokumentation	GOP 94501 21,00 €
Knappschaft	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (auch Angestellte im MVZ und in Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V)	0 bis Vollendung des 35. Lebensjahres	alle 2 Jahre	• Anamnese • körperliche Untersuchung inklusive Auflichtmikroskopie • Befundmitteilung und Beratung • Dokumentation	GOP 94503 25,00 €
BARMER GEK	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (auch Angestellte im MVZ)	ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis Vollendung des 35. Lebensjahres	alle 2 Jahre	• Information und Einschreibung der Versicherten • Anamnese • körperliche Untersuchung inklusive Auflichtmikroskopie • Dokumentation • Serviceleistungen: max. 30 Min. Wartezeit bei vereinbarten Terminen und geeignete Terminvergabe an Berufstätige	GOP 94500 23,00 €
Techniker Krankenkasse	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (auch Angestellte)	ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis Vollendung des 35. Lebensjahres	alle 2 Jahre	• Information und Einschreibung der Versicherten • Anamnese • körperliche Untersuchung exklusive Auflichtmikroskopie • erstmalige Hauttypbestimmung • Dokumentation	GOP 94502 25,00 €
HEK	Fachärzte für Haut und Geschlechtskrankheiten (auch Angestellte)	ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis Vollendung des 35. Lebensjahres	alle 2 Jahre	• Information und Einschreibung der Versicherten • Anamnese • körperliche Untersuchung • erstmalige Hauttypbestimmung • Auflichtmikroskopie kann extra berechnet werden • Dokumentation	GOP 94504 (Vorsorge) 25,00 € GOP 94510 (Auflichtmikroskopie) 7,00 €

Die jeweils aktuellste Version dieser Tabelle finden Sie unter: www.kvhh.de → Versorgung → Hautkrebscreening
Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

Prüfung von Ultraschallgeräten

Achtung: Frist läuft aus!

Nach den Vorgaben der Ultraschallvereinbarung sind alle Ultraschallgeräte bis spätestens 31. März 2015 einer technischen Abnahmeprüfung zu unterziehen. Hierzu benötigt die KV Hamburg folgendes:

- Einen aktuellen Gerätenachweis (Gewährleistungserklärung). Sie finden dieses Formular auf unserer Internetseite www.kvhh.de unter „Formulare“. Dort klicken Sie im Glossar auf „U“, dann auf „Ultraschall diagnostik“. Der Gerätenachweis (Gewährleistungserklärung) ist vom Hersteller/Vertreiber Ihres Gerätes auszufüllen.
- Ein B-Bild pro Ultraschallgerät. Ein Bild eines Organs oder Organbereichs ist ausreichend. Das Bild kann als Printout, auf CD oder auf einem USB-Stick vorgelegt werden.

Sofern Ihr Ultraschallgerät bisher noch keiner technischen Abnahmeprüfung unterzogen wurde, (das heißt: wenn Sie noch keinen Bescheid von der KV Hamburg erhalten haben, in dem Ihnen die technische Leistungsfähigkeit Ihres Gerätes bescheinigt wurde), senden Sie das B-Bild und den vom Hersteller/Vertreiber ausgefüllten Gerätenachweis bitte umgehend an die KV Hamburg:

**Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Qualitätssicherung
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg**

Bitte beachten Sie, dass Leistungen, die mit einem Gerät erbracht wurden, welches nicht erfolgreich an der Abnahmeprüfung teilgenommen hat, nach dem 31. März 2015 zu Lasten der GKV nicht mehr durchgeführt und abgerechnet werden können. ■

**Ansprechpartner: Abteilung Qualitätssicherung
Beate Gehrke-Vehrs, Tel: 22802-384
Saskia Willms, Tel: 22802-631
Maike Exner, Tel: 22802-406
Kay Siebolds, Tel: 22802-478**

Diabetischer Fuß

Mitbehandlung durch spezialisierte Einrichtung erforderlich

Die Gemeinsame Einrichtung DMP Hamburg weist darauf hin, dass die Fußinspektion bei der Behandlung von Typ 2 Diabetikern äußerst wichtig ist. Bei einem auffälligen Fußbefund sollte eine Mitbehandlung durch eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung erfolgen, um Chronifizierung und Amputation vorzubeugen. ■

Der Hamburger DMP-Qualitätsbericht 2013 im Internet: www.kvhh.de → Versorgung → DMP → DMP-Rahmenverträge → DMP Qualitätsberichte

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

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



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: **Retigabin (Trobalt®)**, **erneute Nutzenbewertung**, **Turoctocog alfa (NovoEight®)**, **Sofosbuvir (Sovaldi®)**, **Macitentan (Opsumit®)**, **Dolutegravir (Tivicay®)**, **Dapagliflozin/Metformin (Xigduo®)**, **Canagliflozin (Invokana®)**, **Olodaterol (Striverdi® Respimat®)**

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

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

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:

- Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2014 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt).

- 3. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle- und den Beschwerdeausschuss (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt).

- 3. Änderungsvereinbarung zum Vertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit der BARMER GEK (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

Hinweis: Kündigung von Verträgen:

- 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:

Die Novitas BKK hat ihren Beitritt zum 31. Dezember 2014 gekündigt.

- Vereinbarung über die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Ernährungsberatung mit der AOK Rheinland/Hamburg:

Die Vereinbarung wurde zum 31. Dezember 2014 von der AOK Rheinland/Hamburg gekündigt.

Rechtsquellen:

- 2. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab gem. § 87b SGB V ab dem 01.10.2013 mit Wirkung zum 01.10.2014

- Anpassung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b SGB V Teil B mit Wirkung zum 01.10.2014

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



Einzelhaftung

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

Warum wird man krank? Modern und weit verbreitet ist die Idee, alles sei "psychosomatisch". Und wenn man im Internet den Suchbegriff "Psychosomatik" eingibt und die Fachbücher beiseite lässt, findet man Titel wie "Krankheit als Sprache", "Mein Körper - Barometer der Seele", "Wenn die Seele durch den Körper spricht", "Krankheit - der Weg zu sich selbst", "Was Dir Deine Krankheit sagen will". Bestseller sind darunter!

Was aber soll man als Kranker machen, wenn einem die Krankheit partout nichts sagen will? Man hat Schmerzen, man verliert Funktionen und Fähigkeiten, man ist hilfsbedürftig, vielleicht sogar hilflos, eben krank. Aber man versteht es nicht. Sie spricht einfach nicht, die Krankheit. Jetzt ist man krank, und hat außerdem noch ein Problem.

In diesen Büchern wird aber nicht nur ausgebreitet, was Krankheiten dem Kranken "sagen" wollen, sondern es finden sich dabei gleich auch noch die zugehörigen Gesundheits-Konzepte. Auch die liegen ganz in der Hand des Kranken! Wenn man nur stark genug ist, wenn man

sich nur ausreichend um innere Ausgeglichenheit bemüht, wenn man Optimismus aufbaut und ausstrahlt, dann kann jede Krankheit besiegt werden. Schicksal und Tragik haben in diesen Konzepten keinen Platz.

Mit dieser monokausalen Botschaft wirft man Kranke auf sich selbst zurück, isoliert sie von ihren sozialen Zusammenhängen und macht sie zu Alleinverantwortlichen: Ihre

Wird der Patient nicht gesund, könnte ihm das angelastet werden: Vielleicht hat er ja nicht genug gekämpft?

seelische Verfassung hat sie krank gemacht; und wenn sie nicht gesund werden, dann wollen sie es vielleicht nur nicht genug, haben mental und emotional nicht genug gekämpft.

Ein sozialer oder gesellschaftlicher Kontext ist da nicht mehr von Bedeutung. So wird der Kranke vereinzelt und auf sich selbst zurückgeworfen.

Es fällt auf, dass zugleich auch die ökonomische Last des Krankseins mehr und mehr von der Gemeinschaft auf den Einzelnen verschoben wird. Am deutlichsten wird das am System der Zuzahlungen: Je schwerer die Krankheit, je teurer das Medikament, je mehr Krankengymnastik oder Hilfsmittel, je länger der Krankenhausaufenthalt oder die Rehabilitation, desto mehr zahlt der Kranke selbst.

Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung, der Eigenanteil der Seele und der des Portemonnaies, zwei Seiten derselben Medaille? Eigenverantwortung statt Solidarität heißt die neue Parole.

Es darf keine Rolle spielen, warum man krank wird: Dem Kranken stehen Hilfe und Beistand, Mitgefühl und Sachverstand zu. Keine Schuld und keine Schulden. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dörte Collatz**,
Kreisobfrau Kreis 21

Name: **Dörte Collatz**

Geburtsdatum: **19.9.55**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **EWa, BA, Disziplinarausschuss**

Hobbys: **Reisen, Lesen, Tanzen, Garten**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Hinsichtlich der Betreuung von Patienten und der eigentlichen Hausarztstätigkeit absolut, bezüglich der Tätigkeit als „Freiberufler“ weitgehend, aber hinsichtlich der Berufspolitik und der Bürokratie zunehmend weniger.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Bürokratieabbau, bessere Zusammenarbeit bzw. gegenseitiges Verständnis zwischen Haus- und Fachärzten sowie zwischen ambulantem und stationären Bereich jenseits der Honorarstreitigkeiten.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Eine Reform ist meines Erachtens dringend nötig, insbesondere sollte die Honorierung von Leistungen medizinisch sinnvoll erfolgen (z.B. mehr Rehabilitation und weniger OP's, weniger Papier - DMP, Formulare, Anfragen - und mehr Zeit für die Patienten). Dazu sollte auch der Patient mit in die Pflicht genommen werden, um ein Verschleudern kostbarer Ressourcen (unkontrollierte Facharztkonsultationen, Doppelmedikationen, Zweit-, Dritt-, Viert-Meinungen vor allem mit „Einweisung“ zur ambulanten Vorstellung im Krankenhaus usw.) zu vermeiden. Die KV sollte als Koordinator, Ratgeber und Vermittler auftreten. Ich würde mir allerdings mehr „Basisnähe“ und Transparenz bei der KV wünschen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Den gerade im Amt stehenden Gesundheitsminister würde ich bitten, mal einen Tag in meiner Praxis mitzumachen und mir zu sagen, wie ich die politischen Vorgaben mit den Wünschen und Ansprüchen meiner Patienten deckungsgleich bekomme, ohne einen Herzinfarkt oder eine Aufnahme in einer Klinik wegen Burn-Out zu riskieren.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mehr Zeit für meine Patienten, für meine Freunde und für mich zu haben. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG

der KV Hamburg

Do. 11.12.2014 (ab 19 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

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 Patientenrechtgesetz den Ärzten auferlegt.

Mi. 12.11.2014 (14-18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 98

(inkl. Imbiss und Getränke)

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 Getränke)

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 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149

(inkl. Imbiss und Getränke)

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

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber können die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen. Voraussetzung dafür ist eine Qualifizierung, die in diesem von der Berufsgenossenschaft BGW zertifizierten Seminar angeboten wird. Spätestens nach fünf Jahren ist eine Fortbildung erforderlich.

Mi. 21.1.2015 (15-20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 190 zzgl. MwSt.

(inkl. Verpflegung und Schulungsmaterial)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fortbildung für Mitarbeiterinnen: "Gefährdungsbeurteilung I"

Praxismitarbeiterinnen, die den Arbeits- und den Gesundheitsschutz in der Praxis organisieren, sollen sich fortbilden. In diesem Seminar wird gezeigt, wie man entsprechend gesetzlicher Vorgaben und BGW-Vorschriften eine Gefährdungsbeurteilung für die Praxis durchführt.

Mi. 4.2.2015 (15-18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 60 zzgl. MwSt.

(inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Fortbildung für Mitarbeiterinnen: "Gefährdungsbeurteilung II"

Dieser Workshop richtet sich an hochmotivierte Praxismitarbeiterinnen und deren Arbeitgeber. Die Gefährdungsbeurteilung soll weiter ausgearbeitet und aktualisiert werden, wobei insbesondere die Gefahrstoff- und BioStoffverordnung berücksichtigt werden. Bereits bestehende Unterlagen sollten mitgebracht werden.

Mi. 4.3.2015 (15-18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 40 zzgl. MwSt. (inkl. Imbiss aber ohne 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 4. QUARTAL 2014 VOM 2. BIS 15. JANUAR 2015

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?

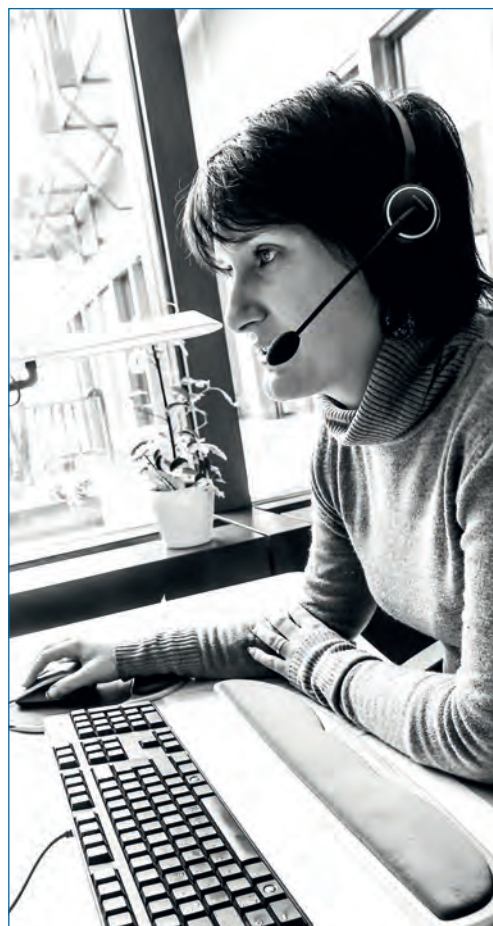
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Heidenkampsweg 99
22097 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