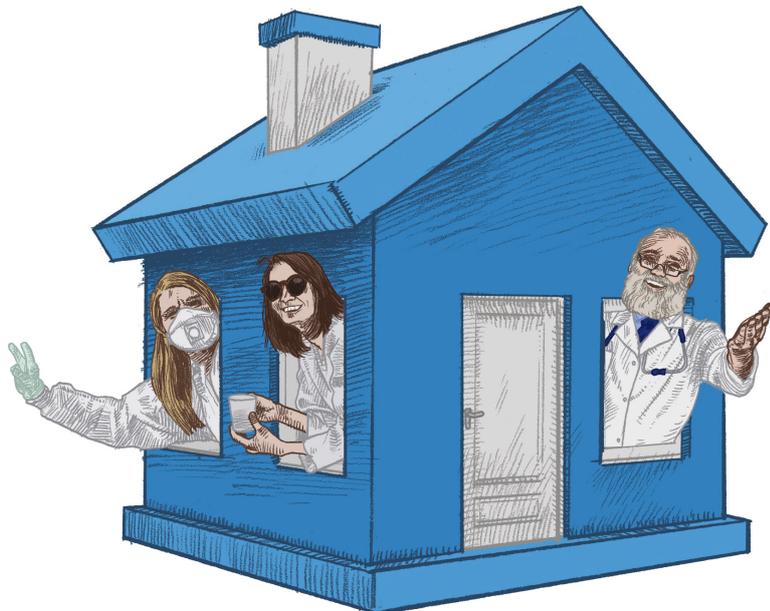


KVH *journal*

STADTTEIL- GESUNDHEITS- ZENTREN

Welche Konzepte sind sinnvoll?



VERGÜTUNG
Honorarvertrag für 2022

WIRKSTOFFVEREINBARUNG
Anpassungen und Neuerungen

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern Einblick in dieses Heft.

IMPRESSUM

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

ISSN (Print) 2568-972X
ISSN (Online) 2568-9517

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. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 2/2022 (Februar 2022)





Liebe Leserin, lieber Leser!

Viele Ärztevertreter sehen eine Impfpflicht mit Sorge. Denn irgendjemand muss den Zwang zur Impfung ja im Falle eines Falles durchsetzen – mit entsprechenden Problemen in den Praxen. Das ist eine der Fragen, die so gar nicht bedacht werden, wenn über eine Impfpflicht debattiert wird. Eine andere ist die juristische Umsetzbarkeit. Eine allgemeine Impfpflicht dürfte verfassungswidrig sein.

Impfen ist juristisch gesehen ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Diese ist geschützt in Artikel 2 des Grundgesetzes und gehört damit zu den „ewigen Grundrechten“, die niemals verändert werden dürfen. Für einen Eingriff in diese Grundrechte gibt es hohe Hürden. Im Hinblick auf eine Impfpflicht bedeutete dies, es müsste ein Gut geben, das höher einzustufen ist als die körperliche Unversehrtheit, die Maßnahme müsste sicher geeignet sein, um das Ziel zu erreichen, sie müsste klar beschreibbar sein und es dürfte keine milderen Mittel geben.

Ein Beispiel, bei dem diese Bedingungen vorgelegen haben, war die Polio-Schutzimpfung. Es gab ein klares Ziel, nämlich die von der WHO weltweit koordinierte Ausrottung des Polio-Virus. Das Virus ist völlig stabil, recht einfach strukturiert. Es gibt einen Impfstoff, dessen Wirkung 100 Prozent beträgt und ein klares Impfschema: eine einzige Impfung im Kindesalter. Die Impfkampagne hatte Erfolg, das Polio-Virus gilt hierzulande als ausgerottet.

Nichts von alledem liegt bei der Impfung gegen das SARS CoV-2-Virus vor. Zwar ist die „Überlastung des Gesundheitswesens“ – das schätzenswerte Gut – vom Bundesverfassungsgericht in seinem (Nicht-)Urteil zum „Lockdown“ als grundsätzlich mögliche Begründung für eine Grundrechtseinschränkung akzeptiert worden. Aber bei einer Impfpflicht müsste nachgewiesen werden, dass allein und ausschließlich die Nicht-Geimpften diesen Kollaps herbeiführen.

Selbst wenn dies gelänge (was schwer vorstellbar ist), lägen die übrigen Voraussetzungen für eine Grundrechtseinschränkung nicht vor: Die Wirkung der Impfung steht noch nicht fest, das Virus ist hoch mutationsfreudig und ein Impfschema deshalb gar nicht aufstellbar. Es wäre mit dem vom Verfassungsgericht bei Grundrechtseinschränkungen geforderten Bestimmtheitsgrundsatz nicht vereinbar, wenn die Impfpflicht nach Belieben durch politische oder gar administrative Entscheidungen immer neu festgestellt werden müsste.

Es erstaunt, dass bei einem derart eindeutigen Befund die juristische Dimension so gut wie nicht diskutiert wird – wie ja überhaupt weniger mit Argumenten gearbeitet wird als mit Emotionen. Aber das passt zu den Erfahrungen, die wir in zwei Jahren Corona machen mussten. Eigentlich können wir das besser.

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@kvvh.de



SCHWERPUNKT

- 06** Nachgefragt: Welches Konzept eines Gesundheitszentrums ist für die Versorgung benachteiligter Stadtteile sinnvoll?
- 08** Gesundheitskiosk Billstedt/Horn: Projekt der Ärzteschaft vor Ort
- 12** Poliklinik Veddel: Multidisziplinäres Gesundheitszentrum auf der Elbinsel

GESUNDEITSPOLITIK

- 16** Nach Druck aus der Ärzteschaft: Testphase für eRezept wird verlängert

HONORAR

- 18** Honorarvertrag für 2022: Hartes Ringen um ein "Weiter so"

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20** Fragen und Antworten

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.

- 22** Interview zum Konzept des Corona-Impfnewsletters: "Wir verstehen uns als Informations-Broker"
- 24** Corona-Impfpflicht für in Praxen tätige Personen
Nachweispflicht für Masern-Impfung bis Ende Juli verlängert
- 25** DMP: Pandemiebedingte Sonderregelungen laufen aus
Förderung der Weiterbildung: Neuerungen seit Jahresbeginn
Kodierrätsel: Was bedeuten die Ausrufezeichen?

ARZNEIMITTEL

- 26** Anpassung der Wirkstoffvereinbarung

SELBSTVERWALTUNG

- 31** Steckbrief: Dr. Sabine Sobirey



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

28 Hausärztliche Herausforderung "Polypharmazie"

RUBRIKEN

02 Impressum
03 Editorial

KOLUMNE

32 Zwischenruf
von Dr. Matthias Soyka

FORUM

33 Leserbrief

TERMINKALENDER

34 Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 7: AOK Rheinland/Hamburg, Stadtteilbüro Dulsberg; Seite 9 und 10: Klaus Balzer / Gesundheit für Billstedt/Horn UG; Seite 12 und 13 oben: Marcus Vogel; Seite 13 unten: Wonkee – Büro für Gestaltung; Seite 14: Miguel Ferraz Araujo; Seite 15: Yuris Arcurs Photography/Fotolia; Seite 21: Studioline Hamburg; Seite 23: Martin Zitzlaff Photography/www.zitzlaff.com; Seite 34: Michael Zapf; Icons: iStockfoto



Welches Konzept eines Gesundheitszentrums ist für die Versorgung benachteiligter Stadtteile sinnvoll?



Dr. Gerd Fass
Facharzt für Chirurgie und Orthopädie
in Mümmelmannsberg

Mümmelmannsberg kann Vorbild sein

Die Praxisklinik Mümmelmannsberg wurde als interdisziplinäres und sektorenübergreifendes Zentrum konzipiert und funktioniert seit Jahrzehnten. Der stationäre Bereich und die Praxen sind im selben Gebäude untergebracht. Man findet dort fast alle ärztlichen Disziplinen. Außerdem gibt es eine Physiotherapie-Praxis und eine Apotheke und einen Ableger des Gesundheitskiosks, in dem Arztbesuche vor- und nachbereitet werden und Beratungen zur gesundheitlichen Prävention und Schulungen stattfinden. Die Zahl der benötigten Belegbetten hat abgenommen, doch davon abgesehen bleibt das Zentrum in Mümmelmannsberg **ein erfolgreiches und tragfähiges Modell, das meines Erachtens auf andere Stadtteile mit hohen gesundheitlichen Belastungen übertragen werden kann.** Die vom Senat geplanten lokalen Gesundheitszentren (siehe Kasten Seite 11) sind anders konstruiert. Auch dieses Modell ist gut, doch es gibt zwei Schwachstellen: Erstens ist die Fördersumme zu gering, die Zentren wären stark unterfinanziert. Zweitens sind die Förderkriterien zu eng und unflexibel. Solche Zentren müssen angepasst sein an die Strukturen und Initiativen im Stadtteil und zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten konzipiert werden. ■



Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes der AOK
Rheinland/Hamburg



Jürgen Fiedler
Leiter des Stadtteilbüros
Dulsberg

Modell der Poliklinik als Beispiel

Aktuell ist es häufig so, dass keine oder zu wenig Koordination zwischen den an der haus- und fachärztlichen Versorgung Beteiligten stattfindet und die Kommunikation von den Patientinnen und Patienten als unzureichend beschrieben wird. **Sinnvoll und notwendig ist es daher aus unserer Sicht, eine vernetzte Versorgung zu etablieren und die Menschen durch das komplexe Versorgungssystem zu leiten.** Beispielhaft ist hier das Modell der Polikliniken zu nennen, andere Formen der Vernetzung von Einzelpraxen sind ebenso denkbar und wünschenswert. Aspekte wie eine gemeinsame Datenbasis der verschiedenen Fachdisziplinen für eine abgestimmte Diagnostik und Therapie und eine Reduzierung der Wartezeiten auf fachärztliche Termine können maßgeblich dazu beitragen, die Versorgung messbar zu verbessern. ■

Berücksichtigung der Gegebenheiten vor Ort

Ein lokales Gesundheitszentrum (vgl. Kasten Seite 11) mit seiner Niedrigschwelligkeit, seiner lokalen Verortung, seiner Neutralität in der Erstberatung und der Vielfalt der komplettierenden sozialräumlichen Angebote bietet chancenreiche Voraussetzungen, um diejenigen Bevölkerungsgruppen, die wenig informiert, zudem reserviert Angeboten gegenüberstehen, anzusprechen. Wichtiges Erfordernis dafür ist, die Idee eines lokalen Gesundheitszentrums vor Ort zu vermitteln. Dabei braucht es die KV als Partner und vermittelnden Akteur, denn, so meine Erfahrung, es begegnet einem vor allem Skepsis und wenig intrinsische Motivation bei der Ansprache an die lokale Ärzteschaft. Zudem benötigt es Förderbedingungen, in denen die unterschiedlichen Rahmenbedingungen vor Ort hinreichend berücksichtigt werden: Ist der Wunsch „alles unter einem Dach“ aufgrund der Zuschnitte der gewerblichen Einheiten im Gebäudebestand überhaupt umsetzbar? **Die Frage, ob mit Arztsitz oder als Kooperation, muss vor Ort entschieden werden, je nach Bereitschaft der jeweiligen Ärzteschaft. Unterm Strich bleibt die Aufforderung, das Thema zwischen Ärzteschaft und den sozialen Dienstleistern intensiver zu diskutieren.** ■

VON DR. DIRK HEINRICH

Projekt der Ärzteschaft vor Ort

Wie muss ein Gesundheitszentrum
konstruiert sein, damit es die Versorgung
in prekären Stadtvierteln verbessert?

Der Gesundheitskiosk
Billstedt/Horn zeigt, wie's geht.



Lokale Gesundheits- und Beratungszentren stehen derzeit hoch im Kurs. Die neue Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen „niedrigschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention“ zu errichten. Die Stadt Hamburg will lokale Gesundheitszentren in Stadtteilen auf den Weg bringen, die eine hohe Konzentration sozialer Problemlagen aufweisen. Damit will Hamburg „auch Erfahrungen sammeln mit zukunftsfähigen, patientenorientierten und sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen, die in die Regelversorgung überführt werden können“, so die Hamburger Sozialbehörde.

Der bislang einzige deutsche Gesundheitskiosk arbeitet in Billstedt-Horn und hat bereits gezeigt, dass er funktioniert. Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitevaluation, den das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg im April 2021 vorgelegt hat, kommt zu dem Ergebnis: „Der Gesundheitskiosk verbessert die Versorgung in den sozial benachteiligten Stadtteilen Billstedt und Horn.“

Die Idee, eine niedrigschwellige Anlaufstelle mit medizinischen und sozialen Angeboten einzurichten, entstand während der Versammlungen unseres KV-Kreises Billstedt/Horn. Wir haben in unseren Praxen oftmals mit Menschen aus einem gesundheitlich belastendem Lebensumfeld zu tun. Die Einwohner von Billstedt und Horn sterben im Schnitt zehn Jahre früher als die Eimsbüttler oder Blankeneser. Viele unserer Patientinnen und Patienten haben einen Migrationshintergrund, sie zu beraten ist manchmal sehr aufwändig und schwierig. Wir beschlossen, ein Ärztenetz zu grün-

Die Idee, eine niedrigschwellige Anlaufstelle mit medizinischen und sozialen Angeboten einzurichten, entstand während der Versammlungen unseres KV-Kreises Billstedt/Horn. Wir haben in unseren Praxen oftmals mit Menschen aus einem gesundheitlich belastendem Lebensumfeld zu tun. Die Einwohner von Billstedt und Horn sterben im Schnitt zehn Jahre früher als die Eimsbüttler oder Blankeneser. Viele unserer Patientinnen und Patienten haben einen Migrationshintergrund, sie zu beraten ist manchmal sehr aufwändig und schwierig. Wir beschlossen, ein Ärztenetz zu grün-



Gesundheitskiosk in Billstedt: Die umliegenden Praxen überweisen Patienten, die eine Beratung, Schulung oder Steuerung in passende Gesundheitsangebote brauchen.

den und dies mit der Schaffung eines institutionalisierten Beratungsangebots zu verbinden. Allerdings war klar, dass dieses Projekt nur funktionieren kann, wenn es von einer Management-Gesellschaft organisiert wird. Im Jahr 2016 gründeten wir als Trägergesellschaft für einen Gesundheitskiosk nach

Jahren durch eine Förderung des Innovationsfonds des G-BA. Der Gesundheitskiosk hat mittlerweile drei Standorte: in Billstedt (Möllner Landstraße 18), Mümmelmannsberg (Oskar-Schlemmer-Straße 9-15) und in Horn (Am Gojenboom 46). Insgesamt arbeiten dort etwa sechs Personen in Vollzeit

tinnen und Ärzte festgestellt. Das Ärztenetz Billstedt-Horn hat mittlerweile 65 Mitglieder. Behandelt man beispielsweise einen schlecht Deutsch sprechenden Patienten mit Übergewicht und Diabetes, ist die Wahrscheinlichkeit nicht sehr groß, dass eine Gesundheitsberatung nur in der Arztpraxis ausreicht. Also schlägt die Ärztin oder der Arzt eine eingehende, zusätzliche muttersprachliche Beratung im Gesundheitskiosk vor. Wenn der Patient einverstanden ist, wird er in das Projekt eingeschrieben. Er bekommt eine Überweisung, geht in den Gesundheitskiosk und erhält dort beispielsweise eine Diabetesberatung, eine Anleitung zur Gewichtsreduktion oder Bewegungsangebote. Falls nötig, wird er durch das Gesundheitssystem gelotst – beispielsweise bei einer sektorenübergreifenden

Die Idee, ein Beratungsangebot einzurichten, entstand in der Kreisversammlung.

finnischem Vorbild die „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“, an der zu 60 Prozent unser Ärztenetz, zu 30 Prozent Optimedis sowie zu jeweils fünf Prozent die Stadtteil Klinik Hamburg (SKH) und der Virchow-Bund beteiligt waren. Finanziert wurde das Projekt in den ersten drei

– vor allem akademisierte Pflegekräfte, die mindestens noch eine Sprache zusätzlich beherrschen, manche auch zwei.

Die Notwendigkeit einer Beratung, Schulung oder eines anderen Angebots im Gesundheitskiosk wird in den Praxen der beteiligten Ärz-



Beratung im Gesundheitskiosk: weniger Diabetes-Entgleisungen, weniger hypertone Krisen, weniger Klinikeinweisungen

Versorgung mit Krankenhaus und Reha. Außerdem erfahren die Menschen, welche Hilfen und Angebote es sonst noch im Stadtteil gibt: Sportverein, Kulturverein, Billenetz und auch städtische Einrichtungen wie Mütter-Beratungsstellen. Auch das wird von der „Gesundheit für Billstedt-Horn UG“, der von uns gegründeten Trägergesellschaft des Gesundheitskiosk, koordiniert. Wir haben versucht, im Rahmen einer Art Stadtteilkonferenz alle Institutionen und Beratungsstrukturen, die

und Ärzten entgegen, die eher im Team arbeiten wollen und sich mehr Austausch und Diskussion über Patienten wünschen. Auch das wird durch das Projekt möglich.

● Die Ärztinnen und Ärzte erhalten eine zusätzliche (add-on) Vergütung für die Überweisung an den Gesundheitskiosk und für bestimmte Zusatz-Leistungen wie die Erfassung des Risikoprofils und Zielvereinbarungsgespräche mit den Patienten sowie das Mitwirken an Arzneimittelkonsilen und

und Patienten durch die Beratung in passende Gesundheitsangebote gesteuert werden. Es gibt weniger Diabetes-Entgleisungen, weniger hypertone Krisen, weil die Menschen besser betreut werden. Die gemeinsame Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskiosk, in einem „multiprofessionellen“ Ärzte-Pflegertandem in der Patientenversorgung, führt zu besseren Kenntnissen über das Gesundheitswesen. Die Notaufnahme wird deshalb seltener in Anspruch genommen, wenn das Anliegen noch Zeit hat, bis die Arztpraxen oder der Gesundheitskiosk öffnen.

Nachdem die Förderung durch den Innovationsfonds ausgelaufen war, stiegen neben der AOK Rheinland/Hamburg noch die TK, die DAK Gesundheit, die Barmer und schließlich die Mobil Krankenkasse in den Vertrag mit ein. Damit können fast 90 Prozent der Versicherten in Billstedt/Horn am Projekt Gesundheitskiosk teilnehmen.

Ist es nun an der Zeit, das Modell Gesundheitskiosk in die Regelversorgung zu überführen? Ich würde sagen: ja. Allerdings hängt der Erfolg eines Gesundheitskiosks ganz entscheidend vom Engagement

Die beteiligten Praxen erhalten eine Vergütung für erbrachte Zusatzleistungen.

im Stadtteil eine Rolle spielen, zu vernetzen und zusammenzuführen.

Für die Ärztinnen und Ärzte in der Umgebung gibt es drei Anreize, sich an diesem Projekt zu beteiligen:

- Aufwändige Patienten werden besser betreut. Das macht die Versorgung erfolgreicher – und es reduziert den Aufwand in der Praxis, sodass mehr Zeit für andere Patienten bleibt.
- Die vernetzte Arbeit im Stadtteil kommt gerade jüngeren Ärztinnen

und Qualitätswirbeln. Die zusätzliche Vergütung wird mit der Gesellschaft „Gesundheit für Billstedt/Horn“ abgerechnet.

Der Evaluation des HCHE zufolge berichten die am Projekt teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte von einer Arbeitserleichterung und einer Verbesserung der Versorgung. Vermeidbare Krankenhausfälle sind nachweisbar um fast 20 Prozent zurückgegangen. Wir können feststellen, dass die Patientinnen

und der Beteiligung der Praxen im Stadtteil ab. Ein solches Modell funktioniert nur, wenn die im Umfeld niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Arbeit des Kiosks vertrauen und sich aktiv beteiligen. Wenn sie wissen, dass dort in ihrem Sinne beraten wird und wenn sie deshalb in großer Zahl Patientinnen und Patienten überweisen.

Die von der Hamburger Sozialbehörde geplanten lokalen Gesundheitszentren (siehe Kasten) sind anders konstruiert. Die umliegenden Praxen sind nicht direkt beteiligt. Werden die Ärztinnen und Ärzte aus der Umgebung gut mit einem Zentrum zusammenarbeiten, in dessen Trägerschaft und inhaltliche Ausrichtung sie nicht eingebunden sind? Bei dem sie nicht wissen, ob die Beratung dem entspricht, was sie für medizinisch richtig halten?

Und es gibt ein weiteres Problem: Konstitutiver Teil der von der Sozialbehörde geplanten Gesundheitszentren soll eine haus- oder kinderärztliche Praxis sein. Doch wenn eine Praxis direkt im Gesundheitszentrum sitzt, besteht das Risiko, dass die Patienten sagen: „Warum soll ich zu dem Arzt zurückgehen, der mich hergeschickt hat? Hier gibt's doch auch einen Arzt, da bleibe ich doch gleich hier.“ Das ist natürlich nicht im Sinne der umliegenden Praxen, die ein berechtigtes Interesse daran haben, ihre Patientinnen und Patienten nicht an einen Konkurrenten zu verlieren, der als Teil des Gesundheitszentrums ein Alleinstellungsmerkmal und einen Wettbewerbsvorteil hat.

Werden die umliegenden Arztpraxen ihre Patienten unter diesen Voraussetzungen zur Beratung ins

Gesundheitszentrum schicken?

Eine vertragsärztliche Praxis zum festen Kernbestandteil eines lokalen Gesundheitszentrums zu machen, stellt wohl auch einen Versuch dar, Ärztinnen und Ärzte an Gegenden zu binden, die vergleichsweise schlecht versorgt sind. Doch das geht an der Problemlage vorbei. Das Problem ist die Honorarmisere der Praxen in den prekären Stadtteilen, und Schuld daran ist die Einnahmeschwäche des GKV-Bereichs. Wer Ärztinnen und Ärzte in ärmeren Gegenden halten will, muss die Budgetierung aufheben – das ist mein *ceterum censeo* seit vielen Jahren.

Das TSVG hat hier schon Verbesserungen gebracht, aber das reicht noch nicht aus. Nur eine Bezahlung der GKV-Leistungen zu 100 Prozent würde die Einkommensunterschiede zwischen Praxen in prekären Stadtteilen und Praxen in wohlhabenden Gegenden mit vielen Privatpatienten auf ein erträgliches Maß reduzieren.

Anders als das lokale Gesundheitszentrum kann der Gesundheitskiosk aber immerhin zwei Aspekte vorweisen, die eine Niederlassung in prekären Gegenden attraktiver machen: die bessere Vernetzung und die zusätzlichen Einnahmen aus Add-on-Honoraren. Das sind wichtige Anreize, die dafür sorgen, dass der Gesundheitskiosk von den umliegenden Praxen getragen wird, erfolgreich arbeiten kann und damit auf Dauer auch eine Anziehungskraft auf niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte ausübt. ■



DR. DIRK HEINRICH

ist Mit-Initiator des Gesundheitskiosks Billstedt/Horn, zweiter Vorsitzender des Ärztenetzes Billstedt/Horn, Bundesvorsitzender des Virchowbundes und Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg

Lokale Gesundheitszentren: Das Konzept des Senats

Die Stadt Hamburg will in benachteiligten Stadtteilen insgesamt sieben Gesundheitszentren auf den Weg bringen. Gemeinnützige Träger konnten sich von Anfang 2020 bis Ende 2021 um eine Förderung von 100.000 Euro jährlich und um die Finanzierung einer halben Stelle für Sozialberatung bewerben. Konstitutiver Bestandteil des jeweiligen Gesundheitszentrums ist mindestens eine kooperierende hausärztliche oder pädiatrische Praxis. Außerdem soll es am selben Ort ein medizinisch-pflegerisches Angebot geben

(Gemeindeschwester, Community Health Nurse) sowie eine Sozialberatung. Um eine sektorenübergreifende Vernetzung zu fördern, soll das Gesundheitszentrum außerdem feste Kooperationen mit Einrichtungen aus dem Stadtteil eingehen – beispielsweise mit Pflegediensten, Beratungsstellen und psychotherapeutischen oder psychosozialen Angeboten. Die finanzielle Förderung für die Zentren soll zunächst über drei Jahre laufen. Nach Auskunft der Sozialbehörde sind bis Fristende sechs Bewerbungen eingegangen.

INTERVIEW

»Wirksames Arbeiten«

Was ist die Idee hinter der Poliklinik auf der Veddel? **OLE BONNEMEIER** über die Ideal-Version eines Gesundheitszentrums, die Vorteile multiprofessioneller Zusammenarbeit und die Versorgungskonzepte der Gesundheitsbehörde.



"Gesundheit hängt unter anderem von der sozialen und wirtschaftlichen Umgebung ab."
Ole Bonnemeier arbeitet seit 2017 als Facharzt für Allgemeinmedizin in der Poliklinik Veddel.

Wie ist die Poliklinik Veddel entstanden?

BONNEMEIER: Unser Ziel war es, ein lokales, multidisziplinäres Gesundheitszentrum zu realisieren. Das Modell ist in anderen Ländern erfolgreich, denn es berücksichtigt, dass Gesundheit unter anderem von der sozialen und wirtschaft-

lichen Umgebung abhängt. Die Veddel ist ein Gebiet, in dem mehrere Faktoren zusammenkommen: Viele der Einwohner leben in einem gesundheitlich belastenden Umfeld, was zu höherer Morbidität und Mortalität führt. Gleichzeitig gibt es einen Mangel an Gesundheitsangeboten. Als wir begannen, uns

mit der Situation auf der Veddel zu beschäftigen, hatten sich dort seit Jahren keine Ärztinnen und Ärzte mehr niedergelassen. Von ehemals vier Praxen im Stadtteil war nur noch eine einzige übrig.

Im Jahr 2017 haben Sie eine Sonderbedarfszulassung beantragt



Poliklinik am Zollhafen: Praxis als Teil des Gesundheitszentrums



Multidisziplinäres Angebot mit Gesundheits- und Sozialberatung

und eine allgemeinmedizinische Praxis am Zollhafen eröffnet ...

BONNEMEIER: Ja. Die Praxis war von Anfang an als Teil eines multidisziplinären Gesundheitszentrums konzipiert. Im Laufe der Zeit kamen Sozialberatung, psychologische Beratung und eine Hebammen-Praxis hinzu. Außerdem gibt es eine Stelle

für Stadtteil-Arbeit sowie ein Community-Health-Nurse-Konzept. Im April 2021 haben wir einen weiteren Arztstz übernommen. Der Praxisbereich ist in eine Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei Betriebsstätten überführt worden. Im Rahmen der Ausweitung unserer Angebote wurde ein dritter Standort etabliert.

Die Angebote sind nicht mehr unter einem Dach?

BONNEMEIER: Leider nur teilweise. Die Grundidee des Konzepts ist, die Professionen eng zu verzahnen und kurze Wege zu ermöglichen. Das ist nur bedingt gelungen, weil die Fläche am Zollhafen zu klein wurde und wir keine größere zusammenhängende Räumlichkeit gefunden haben. Doch die drei Standorte sind zumindest nicht weit voneinander entfernt.

Wie würde ein ideales Gesundheitszentrum für die Veddel aussehen?

BONNEMEIER: Ideal wäre vor allem eine verlässliche Vergütungsstruktur für die nichtärztlichen Versorgungsbereiche inklusive Organisation und Verwaltung. Darüber hinaus sollten möglichst viele Fachdisziplinen an einem Ort zusammengeführt werden. Im medizinischen Bereich braucht es zunächst ein gynäkologisches Angebot. Eine pädiatrische Sprechstunde wäre sinnvoll, eine physiotherapeutische Praxis im Stadtteil ebenso. Außerdem würde ich mir größere Räumlichkeiten wünschen, in denen Präventionsmaßnahmen und Schulungen, Versammlungen und Nachbarschaftstreffen noch effektiver stattfinden können. →



Wegweiser zur Poliklinik: "Die umliegenden Praxen sind weit weg."

→ **Wie haben die umliegenden Praxen auf die Eröffnung der Poliklinik reagiert?**

BONNEMEIER: Die umliegenden Praxen sind weit weg. Die dort arbeitenden Ärztinnen und Ärzte haben die Eröffnung des Gesundheitszentrums eher befürwortet,

BONNEMEIER: In vielen Konstellationen wäre es sicher ein gangbarer Weg, wenn sich Ärztinnen und Ärzte zusammenschließen und zusammen mit gemeinnützigen Trägern ein Gesundheitszentrum gründen. Es gilt, die strukturellen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Der weitere

"Die Versorgung der Patienten verbessert sich in dieser Konstellation oftmals deutlich – das ist sehr befriedigend."

denn sie wussten aus ihrer täglichen Arbeit, dass es auf der Veddel einen echten Mangel gibt. Sie wären wohl auch nicht dazu in der Lage gewesen, noch mehr Versorgung auf der Veddel selbst zu übernehmen. Auch in den umliegenden Stadtteilen, Rothenburgsort im Norden und Wilhelmsburg im Süden, gibt es ja vergleichsweise wenige Praxen.

Wäre es möglich gewesen, ein Ärztenetz zum Träger des Gesundheitszentrums zu machen?

Abfluss von Sitzen in vorwiegend profitorientierte Strukturen muss verhindert werden.

Was halten Sie vom Konzept der lokalen Gesundheitszentren, das die Gesundheitsbehörde entwickelt hat?

BONNEMEIER: Das Konzept ist begrüßenswert. Es geht ja zunächst mal um eine Kooperation zwischen einer medizinischen Einrichtung und einem gemeinnützigen Träger auf rein formaler Ebene – nicht mehr und nicht weniger. Doch

offenbar gibt es teilweise Probleme, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die sich darauf einlassen. Das alles ist neu, die Ärztinnen und Ärzte wissen nicht genau, was auf sie zukommt. Hier könnte die KV helfen, indem sie die Projekte mit bestehendem Instrumentarium unterstützt – zum Beispiel, indem sie ihren Einfluss auf Landes- und Zulassungsausschuss geltend macht, um zusätzliche Arztsitze in unterversorgten Gebieten zur Verfügung zu stellen. Es braucht meines Erachtens hierfür auch erweiterte lokale Bewertungsverfahren. Die aktuelle Bedarfsplanung bildet die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner in unterversorgten Gebieten nicht adäquat ab. Eine andere Frage ist die Finanzierung der nicht-ärztlichen Leistungen. Hierfür sieht das Konzept der Gesundheitsbehörde bestimmte Gelder vor. Das ist noch unzureichend, doch es ist immerhin der Versuch, sich der Kostenkalkulation eines multiprofessionellen Gesundheitszentrums von städtischer Seite konzeptuell zu nähern. Das geschieht so zum ersten Mal. Ich bin froh, dass jetzt über neue Versorgungsstrukturen diskutiert wird.

Mal abgesehen von der konzeptuellen Ausgestaltung: Was könnte denn Ärztinnen und Ärzte daran reizen, mit einem lokalen Gesundheitszentrum zu kooperieren?

BONNEMEIER: Ich empfinde es als Gewinn, in einem multiprofessionellen lokalen Gesundheitszentrum zu arbeiten, weil sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten in dieser Konstellation oftmals deutlich verbessert. Es ist ein wirksameres Arbeiten – das ist sehr befriedigend. ■



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Unser Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Sozialversicherungsfachangestellten und einer Psychologin. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit:

Sie wollen Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an uns verweisen?

Sie haben grundsätzliche Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen gesetzlicher Krankenkassen?

Sie wollen an einen Kollegen oder eine Einrichtung mit einer besonderen Spezialisierung überweisen, wissen aber nicht, wohin?

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

| | | |
|----------------------|---------|-----|
| montags u. dienstags | 9 – 13 | Uhr |
| | 14 – 16 | Uhr |
| mittwochs | 9 – 12 | Uhr |
| | 14 – 18 | Uhr |
| donnerstags | 9 – 13 | Uhr |
| | 14 – 16 | Uhr |
| freitags | 9 – 12 | Uhr |

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.

Bitte informieren Sie uns darüber!

Fax 040 / 20 22 99 490

Bitte geben Sie die Telefonnummer der Beratung auch an Ihre Patienten weiter.

patientenberatung@aekhh.de

www.patientenberatung-hamburg.de

Auf Drängen der Ärzteschaft: Testphase für eRezept wird verlängert

Auch die Vertreterversammlung der KV Hamburg hatte eine Resolution gegen einen verpflichtenden Starttermin verabschiedet

Nach massiver Kritik hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die für den 1. Januar 2022 geplante verpflichtende Einführung des eRezepts ausgesetzt. Die Testphase wird verlängert, die Umsetzung soll nun sukzessive erfolgen.

Auch die Hamburger Vertragsärzteschaft hatte sich gegen den verpflichtenden Starttermin des eRezepts und der eAU positioniert. Am 16. Dezember 2021 forderte die Vertreterversammlung der KV Hamburg in einer von der Hausärztin Dr. Silke Lüder eingebrachten Resolution das BMG dazu auf, die strikten Vorgaben zur Einführung des eRezeptes aufzuheben, da ansonsten die Praxen lahmgelegt und die ambulante Versorgung der Patienten zum Erliegen kommen könnte. „Vor der Einführung von eAU und eRezept müssen valide flächendeckende Tests durchgeführt wer-

den“, heißt es in der Resolution der Vertreterversammlung. „Erst wenn das System stabil und fehlerfrei läuft, kann es scharf geschaltet werden.“ Der Beschlussfassung vorausgegangen war eine kritische Diskussion des Plenums zum Chaos bei der Einführung von eRezept, eAU und ePA, die spontan zur Forderung nach einem Moratorium und zur Formulierung der Resolution führte.

Die KV Bayerns (KVB) hatte zuvor eine Petition gestartet, mit der sie einjährige Testphasen für die eAU und das eRezept sowie perspektivisch für alle künftigen TI-Anwendungen sowie eine Beibehaltung von Ersatzverfahren forderte – und konnte dafür über 53.000 Unterstützerinnen und Unterstützer gewinnen. Jetzt muss sich der Petitionsausschuss des Bundestages mit dieser Resolution befassen; er kann eine Empfehlung an den Bundestag aussprechen.

Scharfe Kritik an der chaotischen Einführung des eRezepts kam auch von den Bundesorganisationen der Leistungserbringer, die an der Gematik als Gesellschafter beteiligt sind: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Kliniken hatten sich

Anfang Dezember in einer gemeinsamen Mitteilung gegen den ursprünglichen Starttermin ausgesprochen.

Laut Gematik soll die erweiterte Testphase dazu genutzt werden, um die Anzahl der Teilnehmenden an den Tests zu erhöhen, Updates aufzuspielen, die nötige Software zu installieren, das Personal zu schulen und die Stabilität des Zusammenwirkens der einzelnen erforderlichen Komponenten intensiv zu prüfen. Beobachter in Berlin werten diesen Schwenk als Zeichen, dass der neue Bundesgesundheitsminister das Thema Digitalisierung des Gesundheitswesens nicht mit derselben Vehemenz umsetzen möchte, die sein Vorgänger an den Tag gelegt hatte.

Die Ärztinnen und Ärzte waren ohne ihr Zutun in eine Zwickmühle geraten, da die Nutzung des eRezepts für die Praxen verpflichtend werden sollte, die technischen Voraussetzungen aber nicht flächendeckend gegeben waren. Für die Praxen bedeutet die Verlängerung der Testphase nun eine enorme Entlastung, da sie erst einmal am bewährten Papier-Verfahren festhalten können. ■



wir
schärfen
ihren

[v i • s u s]

/pharmakotherapieberatung

die gesundheit des patienten voranzustellen und dabei die regularien der wirkstoffvereinbarung und des wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten, gestaltet sich im praxisalltag oftmals als herausforderung. erfahrene ärzte beraten sie ganz individuell in der pharmakotherapieberatung der kvh. fragen sie uns einfach!



Hartes Ringen um ein »Weiter so«

Die Komplexität von Verhandlungen lässt sich nicht immer am Verhandlungsergebnis ablesen. Der Honorarvertrag für 2022 sieht im Wesentlichen ein „Weiter so“ vor. Das war aber gar nicht so einfach zu erreichen.

Unspektakulär kommt er daher, der Honorarvertrag für 2022. Die nackten Zahlen:

- Die auf der Bundesebene vereinbarte Anhebung des Orientierungspunktwertes (OPW) um 1,275 Prozent auf 11,2662 Euro-Cent wird übernommen.
- Wegen der besonderen Kostensituation der Hamburger Praxen wird der OPW um weitere 1,626 Prozent erhöht auf 11,4494 Euro-Cent.
- Die Krankenkassen fördern die pädiatrische Versorgung in strukturschwächeren Bezirken für drei Jahre mit jeweils 500.000 Euro.
- Die Krankenkassen beteiligen sich mit jeweils 1,5 Millionen Euro jährlich für die nächsten vier Jahre an den Kosten des Arzttruf Hamburg.

Die beiden letzten Punkte enthalten nichts Neues. Trotzdem wurde hierüber hart gerungen. Denn es sind freiwillige Leistungen der Krankenkassen, sodass eine Verhandlungslösung zwingend war.

Im Vergleich dazu waren die Abschlüsse zum OPW eher Routinegeschäft. Auf der Bundesebene hatten die Positionen sehr weit auseinandergelegen, weil die Kassenärztliche Bundesvereinigung den hohen Abschluss für die Tarifgehälter der Medizinischen Fachangestellten einpreisen wollte. Die Krankenkassen wollten dagegen den OPW absenken und waren lediglich bereit, „aus Anerkennung für die großen Leistungen der Ärztinnen und Ärzte in der Pandemie-Bekämpfung“ einer Nullrunde zuzustimmen. Die KBV rief schließlich das Schiedsamt an.

Die Unparteiischen wiesen zwar die Forderung der KBV nach Einbezug der Gehaltserhöhung zurück (sie wird 2023 berücksichtigt), sahen aber bei anderen Faktoren die Argumente auf Seiten der Ärzte. So wurde die Anhebung um 1,275 Prozent festgesetzt. Sie bedeutet für Hamburg einen Zuwachs von ca. 17,2 Millionen Euro, wenn die für 2022 erwartete Leistungsmenge tatsächlich abgerechnet wird.

Diese Bundeszahl wird seit einigen Jahren mit dem „Hamburg-Zuschlag“ ergänzt. Er beruht auf einer gesetzlichen Vorschrift, wonach der OPW regional erhöht werden kann, wenn die regionalen Kostenfaktoren über dem Bundesdurchschnitt liegen. Die KV Hamburg hatte eine solche Erhöhung gegen den erbitterten Widerstand der Krankenkassen durchgesetzt – schlussendlich durch einen Sieg vor dem Bundessozialgericht. Für 2022 ergab sich ein Zuwachs des OPW um weitere 1,626 Prozent, was weiteren 21,9 Millionen Euro entspricht.

Unter dem Strich steigen die Preise für die ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in Hamburg damit um knapp drei Prozent. Das ist angesichts der äußerst schwierigen Rahmenbedingungen, unter denen verhandelt werden musste – die Krankenkassen sind mit noch unkalkulierbaren Pandemiekosten konfrontiert –, recht ordentlich.

War diese Pflicht vergleichsweise schnell abgehakt, so gestaltete sich die „Kür“ sehr schwierig. Es galt zum einen, die Förderung der Krankenkassen für die pädiatrische Versorgung zu retten. Sie ging zurück auf eine Untersuchung der KV Hamburg, mit der wir nachweisen konnten, dass in einzelnen Bezirken Hamburgs trotz einer statistischen Überversorgung Probleme

bestehen, die nur mit zusätzlichen Arztsitzen gelöst werden konnten. Der „Landesausschuss“ ließ sich überzeugen und genehmigte vier zusätzliche Kinderarztsitze, und zum allerersten Mal erklärten sich die Kassen bereit, zusätzliche Zulassungen zu finanzieren.

Das damals gefundene Modell der Erhöhung der „morbiditybedingten Gesamtvergütung“ („Budget“) wurde zwar umgesetzt, stieß jedoch auf Kritik durch das für die Kassenaufsicht zuständige „Bundesamt für soziale Sicherung“ (BAS). Die Beamten monierten, dass eine zu einem späteren Zeitpunkt(!) verabschiedete Gesetzesreform diese Art der Förderung nicht mehr möglich mache. Die KV stufte den BAS-Brief als rechtlich unerheblich ein, doch die Kassen drängten darauf, die Förderungssystematik umzustellen.

Nach einigem Hin und Her konnte nun ein Modell gefunden werden, wonach die Pädiater in den Bezirken Mitte, Harburg und Bergedorf ab dem 1. Quartal 2022 auf die Gesprächsleistungen GOP 04230 und 04355 jeweils pro Fall einen Zuschlag abrechnen können. Dadurch soll die Zahl der Gesprächsleistungen in diesen Bezirken erhöht werden. Die betroffenen Kinderärzte werden von der KV Hamburg individuell per Brief informiert. Pro Jahr stehen 500.000 Euro zur Verfügung, der Vertrag gilt zunächst für drei Jahre. Der Aufschlag wird gezahlt, wenn die Menge der abgerechneten Gesprächsleistungen in 2022 im Vergleich zu 2019 unverändert bleibt, in 2023 muss er um drei und in 2024 um fünf Prozent ansteigen.

Deutlich höheres Konfliktpotential hatte die Fortführung der Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten des Notdienstes. Vor vier Jahren war es uns gelungen, die Kassen dazu zu bewegen, die Einführung des Arzttruf Hamburg mit 1,5 Millionen Euro jährlich zu unterstützen.

Die Gelder flossen in den Verwaltungshaushalt der KV und entlasteten damit die Ärzte und Psychotherapeuten.

Nun wurde der Arzttruf in den vergangenen Jahren massiv ausgebaut. Die Kosten verdoppelten sich. Trotzdem wollten die Krankenkassen ihre Unterstützung halbieren. Das hätte entweder zur Folge gehabt, dass der Verwaltungskostenbeitrag der KV-Mitglieder drastisch hätte angehoben werden müssen oder dass einzelne Leistungen des Arzttruf hätten gestrichen werden müssen. Beide Alternativen waren nicht sonderlich attraktiv – für beide Seiten.

So konnten sich KV und Kassen in einem „Spitzengespräch“ darauf einigen, die Unterstützung in der bisherigen Höhe aufrechtzuerhalten. Damit wurde eine Erhöhung des Verwaltungskostenbeitrags zwar nicht verhindert, aber doch so abgemildert, dass die Vertreterversammlung ihr in der Dezembersitzung zustimmen konnte.

Unter dem Strich können wir zufrieden sein mit diesem Ergebnis. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind mittlerweile so strikt, dass es wirkliche Verhandlungen kaum noch gibt. Vor allem der Zwang, alles gemeinsam mit allen Krankenkassen vereinbaren zu müssen, ist ein Hemmschuh, der dringend beseitigt gehört. Wir müssen wieder die Möglichkeit erhalten, auf die Bedingungen der einzelnen Krankenkasse eingehen zu können. In 2022 musste es noch die Einigung auf den „kleinsten gemeinsamen Nenner“ sein – doch so klein war er dann gar nicht. ■

WALTER PLASSMANN

Vorsitzender
der KV Hamburg



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

BLUTDRUCKMESSGERÄTE

Ich bin Hausarzt und werde öfter gebeten, Blutdruckmessgeräte zu verordnen. In welchen Fällen ist eine solche Verordnung möglich?

Eine Verordnung zur regelmäßigen häuslichen Überwachung ist in folgenden Fällen möglich:

- Hypertonus, der medikamentös nur schwer behandelbar ist und bei dem der Patient nach ärztlicher Anleitung die Medikation selbst anpassen kann, oder der dauerhaft einer engmaschigen Überwachung bedarf
- Hypertonie mit fortschreitenden Folgeschäden (zum Beispiel des Herzens, der Gefäße oder der Nieren), die den Patienten erheblich gefährden - wenn eine engmaschige Überwachung erforderlich ist
- Zustand nach Nieren- oder Herztransplantation

REZEPTE

Wir sind ab kommendem Monat eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), und die Betriebsstättennummer (BSNR) ändert sich somit. Müssen die Rezepte ab diesem Zeitpunkt geändert und neu bestellt werden?

Ja. Auf Rezepten muss immer die aktuelle BSNR aufgedruckt sein. Dafür ist es erforderlich, neue Rezepte zu bestellen. Die BSNR muss unten rechts in der Codierzeile des Rezepts und auch im Rezeptkopf aufgedruckt werden. So ist sichergestellt, dass es sich nicht um eine Rezeptfälschung handelt.

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Darf ich als psychologische Psychotherapeutin eine Krankenhausbehandlung auf Muster 2 verordnen?

Ja. Sie dürfen Krankenhausbehandlungen ohne gesonderte Abstimmung mit dem Arzt verordnen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie vorliegt:

- Indikationen nach § 26 der Psychotherapie-Richtlinie (z. B. depressive Episoden, Angststörungen oder nichtorganische Schlafstörungen)
- Indikationen der neuropsychologischen Therapie (z. B. organisches amnestisches Syndrom oder organische emotional labile (asthenische) Störung)

Zuvor müssen alle alternativen ambulanten Behandlungsangebote geprüft werden. Eine Genehmigung der KV ist nicht erforderlich.

Für alle übrigen Indikationen in Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM müssen Sie sich mit dem behandelnden Arzt abstimmen, um mögliche somatische Ursachen ärztlich abzuklären.

ONLINEPORTAL

Ich habe mein Passwort für das Onlineportal vergessen. Wie kann ich ein neues Passwort beantragen, und auf welchem Wege wird mir dieses zugeschickt?

Damit Ihr Passwort zurückgesetzt werden kann, müssen Sie online ein neues Passwort anfordern. Rufen Sie hierfür die Adresse des Onlineportals auf und klicken Sie auf das Feld „Passwort vergessen“. Sie werden im Anschluss

nach Ihrem Vor- und Nachnamen sowie Ihrer lebenslangen Arztnummer (LANR) zur Identifizierung gefragt. Nachdem Sie Ihre Daten in der vorgesehenen Maske eingegeben haben, können Sie Ihr neues Passwort mit dem Feld „Anfordern“ beantragen. Das Passwort wird Ihnen per Post an die Praxisanschrift zugeschickt. Hierbei ist zu beachten, dass Sie das neu zugestellte Passwort der KV Hamburg bestätigen müssen. Dazu senden Sie das beiliegende Anschreiben unterschrieben an uns zurück. Bitte scannen Sie das unterschriebene Anschreiben ein und mailen Sie es an die Mailadresse: online-services@kvhh.de. Sie können uns das Anschreiben auch per Fax oder per Post zukommen lassen.

Bitte beachten Sie, dass Ihr altes Passwort bei Anforderung eines neuen Passwortes automatisch gesperrt wird.

HONORARBESCHEID

Wie kann ich im Onlineportal meinen Honorarbescheid einsehen?

Sofern Sie an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden sind, können Sie Ihre Honorarabrechnung getrennt nach Leistungserbringern und Betriebsstätten an den TI-angebundenen Arbeitsplätzen über das geschützte Portal der KV Hamburg unter folgender Adresse abrufen: <https://portal.kvhh.kv-safenet.de>. Die gewünschten Informationen stehen Ihnen im Navigationsbereich „Dokumente“ → „Dokumentenmanagement - System starten“ zur Verfügung. Nach Auswahl des gewünschten Honorarbescheides können Sie auf der rechten Seite den Menüpunkt „View“ anklicken. Bitte beachten Sie, dass die Abfrage ausschließlich an dem Rechner möglich ist, der an den Konnektor

angeschlossen ist. Nur zugelassene Mitglieder haben das Recht, den Honorarbescheid einzusehen. Das gilt nicht für angestellte Ärztinnen und Ärzte oder das Praxispersonal.

TSS

Ich bin psychologischer Psychotherapeut und habe eine Akutbehandlung über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt bekommen. In der Mail der TSS wurde mir mitgeteilt, dass sich der zugewiesene Patient innerhalb von zwei Wochen für eine Terminvereinbarung bei mir melden wird. Dies ist nicht erfolgt. Muss ich außerhalb dieser Frist trotzdem einen Termin zur Verfügung stellen?

Nein. Falls sich der Patient außerhalb dieser Zwei-Wochen-Frist nun doch bei Ihnen für eine Terminvereinbarung melden sollte, sind Sie nicht verpflichtet, einen Termin anzubieten, da die Frist überschritten ist. In diesem Fall kann der Patient an die Terminservicestelle verwiesen werden.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Damla Eymur, Natalie Wawrzeniez



INTERVIEW

»Wir verstehen uns als Informations-Broker«

Welches Konzept verfolgen die Autoren des Hamburger Corona-Impfnewsletters? **PROF. DR. HANS-PETER SCHEIDEL** über die Kunst, aus der Fülle an Fachinformationen herauszufiltern, was für Impfpfärztinnen und Impfpfärzte nützlich ist.

Wie ist der Corona-Impfnewsletter entstanden?

SCHEIDEL: Wir haben den Newsletter ursprünglich für die Mitarbeiter des Impfzentrums erstellt, um sie über die STIKO-Empfehlungen und die Studienlage zur Corona-Impfung auf dem Laufenden zu halten. Außerdem enthielt der Newsletter praktische Vorgaben zum Impfvorgang und zur Hygiene. Es war also ein Instrument der internen Kommunikation, um einen gemeinsamen Informationsstand im Impfzentrum sicherzustellen.

Und als das Impfzentrum geschlossen wurde, haben Sie den Newsletter weitergeführt?

SCHEIDEL: Ja, für die impfenden Ärztinnen und Ärzte in den Praxen. Das geschah auf Anregung der KV. Ich war zuletzt selbst als niedergelassener Arzt tätig und weiß, dass man sich nach einem langen Arbeitstag in der Praxis nicht noch stundenlang hinsetzen kann, um Fachliteratur durchzuarbeiten. Allein der RKI-Wochenbericht hat ja manchmal 35 Seiten. Hinzu käme eine regelmäßige Lektüre des New England Journal of Medicine, des British Medical Journal und anderer wichtiger internationaler Fachzeitschriften. Insofern weiß ich, wie wichtig es ist, Informations-Broker zu haben – und als solche haben wir uns immer verstanden. Wir sagen nicht, was richtig und was falsch ist, sondern versuchen, aus der Fülle der Erkenntnisse und Daten das Wichtigste herauszufiltern, um damit den Impfpfärzten in den Praxen Orientierung und Hilfe bei komplexen Entscheidungen anzubieten: News that you can use, news that you can trust and news you can comment on.

Wie gehen Sie konkret vor bei der Recherche?

SCHEIDEL: Wir arbeiten zu dritt am Newsletter: Dr. Dirk Heinrich, der ehemalige Sprecher der ärztlichen Leiter

des Impfzentrums, Dr. Cornelius Rau, Arzt in Weiterbildung in der Kinderintensivmedizin des UKE, und ich als altgedienter Professor. Mit Unterstützung von Herrn Dr. Rau scanne ich die neuen Empfehlungen und die wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Dann formuliere ich eine Kurzversion, die von Herrn Dr. Heinrich und Herrn Dr. Rau kritisch begutachtet wird. Es werden noch Zusätze und Korrekturen hinzugefügt, sodass eine echte Teamleistung entsteht. Der Austausch zwischen den Autoren ist wichtig. Wir schauen uns die Qualität der wissenschaftlichen Methoden an: Ist das stimmig oder nicht? Wir prüfen und wägen, welche Ergebnisse für den Praxisalltag tatsächlich relevant sind. Anhand der Klick-Zahlen können wir feststellen, dass die prak-

**CORONA-IMPFNEWSLETTER:
NUTZWERTIGE INFORMATIONEN FÜR
IMPFPFÄRTZTINNEN UND IMPFPFÄRTZE**

Ziel des Corona-Impfnewsletters der KV Hamburg ist es, die impfenden Praxen mit aktuellen Informationen rund um das Thema Corona-Impfung zu versorgen. Die Publikation bietet einen Überblick über den neuesten Stand der Wissenschaft als Hintergrundinformation sowie zahlreiche Empfehlungen und praxisrelevante Tipps, die für das Impfen in der Praxis wichtig sind. Verfasst wird der Impfnewsletter von Dr. Dirk Heinrich, Prof. Dr. Hans-Peter Scheidel und Dr. Cornelius Rau. Der Newsletter erscheint unregelmäßig und wird den Abonnenten per E-Mail kostenlos zugeschickt.

Archivierte Beiträge und ein Anmelde-Tool für das Abonnement finden Sie auf der Website der KV Hamburg: <https://www.kvhh.net/de/corona-informationen-fuer-praxen/impfung-gegen-sars-co-v-2/impf-newsletter.html>



Dr. Hans-Peter Scheidel ist Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe, ehemaliger Chefarzt am Marienkrankenhaus, ehemaliger medizinischer Leiter des Mammazentrum Hamburg und bis August 2021 Mitglied im Team der Leitenden Impfarzte im Impfzentrum Hamburg.

tisch relevanten Beiträge bei den Abonnenten auf ein ungleich höheres Interesse stoßen als die Darstellung und Zusammenfassung der Studien. Das macht aber nichts. Die Beiträge zu den Studien sind gewissermaßen Arbeitsnachweise. Sie machen transparent, wie wir zu den Auswahlkriterien für die praktisch relevanten Beiträge kommen.

Gibt es solche Corona-Impfnewsletters auch in anderen Bundesländern?

SCHEIDEL: Meines Wissens nicht. Nachdem wir die ersten Ausgaben erstellt hatten, gab es Anfragen von anderen Impfzentren, ob sie den Newsletter ebenfalls nutzen können. Auch heute hat der Newsletter offenbar noch eine relativ große Verbreitung außerhalb Hamburgs.

Sie bringen Meldungen über die Empfehlungen nationaler Institutionen wie der STIKO, werten aber auch die Veröffentlichungen internationaler Gesundheitsbehörden aus. Sie können also direkt vergleichen: Wie gut arbeitet die STIKO?

SCHEIDEL: Zunächst mal muss man klarstellen: Die STIKO gibt Empfehlungen heraus, keine Richtlinien. In begründeten Fällen können Ärztinnen und Ärzte von den STIKO-Empfehlungen abweichen. Wenn Sie mich fragen, ob ich die Kritik an der STIKO für berechtigt halte, dann sage ich: Nein. In der STIKO arbeiten hochqualifizierte Leute, denen ich meinen ganzen Respekt zolle. Das Problem ist, dass sich die STIKO manchmal relativ spät und aus Sicht einiger Politiker auch zu spät positioniert hat. Doch die STIKO hat nun mal den Auftrag, erst dann Empfehlungen abzugeben, wenn sie eine sehr starke Evidenz sieht. Wann die Evidenz als stark genug gelten kann, ist natürlich auch eine Ermessensfrage. In der Zulassungsstudie für den Astra-Zeneca-Impfstoff beispielsweise sind die Thrombozytopenien nicht aufgetreten. Sehr seltene Nebenwirkungen fallen erst auf, wenn Millionen Menschen geimpft sind. Evidenz ist eben ein fortschreitender Erkenntnisprozess. Ich bin der Ansicht: Die STIKO sollte besser ausgestattet werden, um schneller arbeiten zu können. Doch wir können froh sein, ein derart unabhängiges, hochqualifiziertes Gremium zu haben. ■



Corona-Impfpflicht für in Praxen tätige Personen

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und vulnerabler Personengruppen vor einer COVID-19-Erkrankung hat der Gesetzgeber für Personen, die in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereichs tätig sind, eine Impfpflicht beschlossen (§20a IfSG). Spätestens zum 15. März 2022 müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen Nachweis vorlegen: ein gültiges Impf- oder Genesenenzertifikat oder einen Nachweis über eine medizinische Kontraindikation gegenüber sämtlichen in der EU zugelassenen Impfstoffen gegen Sars-Cov-2.

Zu den Einrichtungen zählen unter anderem:

- Arztpraxen
- Psychotherapiepraxen
- Krankenhäuser
- Einrichtungen für ambulantes Operieren
- Dialyseeinrichtungen

Die Pflicht gilt sowohl für das medizinische Personal als auch für alle weiteren in der Praxis oder Einrichtung tätigen Perso-

nen, wie Reinigungskräfte oder Hausmeister, unabhängig von der Art der Beschäftigung (Arbeitsvertrag, Praktikum etc.). Sie gilt NICHT für

- Personen, die die Einrichtung/das Unternehmen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten (nur jeweils wenige Minuten)
- Personen, die in den Einrichtungen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden (d. h. die Patienten)
- Begleitpersonen von behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen (z. B. Eltern von Minderjährigen)

Nach Ablauf seiner Gültigkeit muss dem Arbeitgeber innerhalb eines Monats ein neuer Nachweis vorgelegt werden.

Wird kein Nachweis erbracht oder bestehen Zweifel an der Echtheit, muss der Arbeitgeber das Gesundheitsamt informieren. Die Lohnfortzahlungspflicht entfällt. Die Behörde kann dann weitere Schritte einleiten – bis hin zum Verbot der Arbeit in der jeweiligen Einrichtung. ■

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

NACHWEISFRIST FÜR MASERN-IMPfung BIS ENDE JULI VERLÄNGERT

Das Masernschutzgesetz verpflichtet Praxispersonal zum Nachweis von zwei Masern-Schutzimpfungen oder einer Immunität gegen Masern. Dies gilt für Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind.

Für Beschäftigte, die bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes am 1. März 2020 in der Praxis tätig waren, galt eine Übergangsfrist bis Ende Dezember. Diese Übergangsfrist ist jetzt coronabedingt bis Ende Juli 2022 ausgeweitet worden.

Beschäftigte, die nach dem 1. März 2020 eingestellt werden oder wurden, müssen oder mussten den erforderlichen Nachweis bereits vor Aufnahme der Tätigkeit erbringen. Sie fallen nicht unter die Übergangsregelung.

Weitere Informationen zur Masern-Impfpflicht:
https://www.kbv.de/media/sp/praxisinformation_masern.pdf#der%20Weiterbildung%20ab%2001.01.2022.pdf

DMP: Pandemiebedingte Sonderregelungen laufen aus

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beschlossenen DMP-Sonderregelungen sind zum 31. Dezember 2021 ausgelaufen. Trotz der Entwicklung der derzeitigen Corona-Infektionszahlen ist eine regelmäßige Teilnahme der Patientinnen und Patienten am Behandlungsprogramm eine wichtige Voraussetzung für eine strukturierte Versorgung von chronischen Erkrankungen. Daher müssen zur Fortsetzung der DMP-Teilnahme der Patienten ab dem 1. Januar 2022 wieder

regelmäßig DMP-Dokumentationen erstellt werden. Sofern ein Patient in den letzten beiden Quartalen des Jahres 2021 noch nicht in der Praxis war, ist ein Untersuchungstermin innerhalb des ersten Quartals 2022 und eine DMP-Dokumentation erforderlich. Empfohlene DMP-Schulungen sind durch die Patienten ab Jahresbeginn wieder wahrzunehmen. Sofern dies nicht möglich ist, kann in der Dokumentation die Angabe "war aktuell nicht möglich" angekreuzt werden. DMP-Schulungen können nicht mehr digital durchgeführt werden. ■

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

Förderung der Weiterbildung: Neuerungen seit Jahresbeginn

Die Richtlinie des Vorstandes der KV Hamburg zur Förderung der Weiterbildung wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2022 aktualisiert. Die Anzahl der zu fördernden Stellen der geförderten weiteren Facharztgruppen wurde von 44,42 Stellen auf 44,55 Stellen erhöht. Des Weiteren wurden im § 6 (Mindest- und Höchstdauer der Förderung) Änderungen vorgenommen ■

Die aktuelle Richtlinie im Volltext: <https://www.kvhh.net/Resources/Persistent/7/8/a/a/78aa3113c5c98a94ec08889a0dc72418f74e12d1/Richtlinie%20zur%20Förderung%20der%20Weiterbildung%20ab%2001.01.2022.pdf>

Ansprechpartnerin:
Nicole Schöwing
Tel: 22802-676

KODIER-RÄTSEL DES MONATS

Stellen Sie Ihre Kodier-Kenntnisse spielerisch auf die Probe!

In jeder Ausgabe veröffentlichen wir ein Kodier-Rätsel. Die Lösung finden Sie direkt unter der Frage in dem auf dem Kopf stehenden Text. Hätten Sie's gewusst?

BEI VIELEN KODES, BESONDERS BEI DEN NEUEN COVID-KODES, STEHT HINTER DEM KODE EIN AUSTRUFEZEICHEN.

- 1. WIRD DAS AUSTRUFEZEICHEN MITKODIERT?**
- 2. WAS BEDEUTET DAS AUSTRUFEZEICHEN?**

ANTWORT

Quelle: <https://www.dimdi.de/dyn/narric/de/dynamik/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/systematik/kodestruktur/>

● Z. B.: R50.88 G: Sonstiges näher bezeichnetes Fieber aufgetreten sind:

Hier muss zwingend auch kodiert werden, welche Nebenwirkungen COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet

U12.9 I: Unerwünschte Nebenwirkungen bei Anwendung von

der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet

● Z. B.: zu Covid passende Symptome: etwa J06.9 G: Akute Infektion an gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten

● Z. B.: Kontakt zu einem Infizierten: Z20.8G: Kontakt mit und Exposition auch kodiert werden, warum dieser Test überhaupt gemacht wurde:

COVID-2 durch einen Labortest nachgewiesen wurde. Hier muss zwingend Der Kode ist für COVID-19-Fälle vorgesehen, bei denen das Virus SARS-

Beispiele: U07.1 I: COVID-19, Virus nachgewiesen

kodiert wird.

dem immer nur zusammen mit einem weiteren Kode (Primärkode) ergänzenden Kode, der niemals allein verwendet werden darf, son-

2. Es kennzeichnet einen sogenannten Sekundärkode: also einen

1. Das Ausrufezeichen wird nicht mitkodiert.



Anpassung der Wirkstoffvereinbarung

MENGENZIEL FÜR 2021 RÜCKWIRKEND ANGEHOSEN

Die KV konnte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen erreichen, dass das hamburgweite Mengenziel (prozentualer Zuwachs an DDD pro Verordnungsfall im Verhältnis zum Vorjahr) für 2021 rückwirkend auf 4,7 Prozent angehoben wird. Eigentlich beträgt das Mengenziel laut Vereinbarung 1,25 Prozent. Nur wenn sowohl das Mengenziel als auch die qualitativen Ziele hamburgweit erreicht werden, entfällt die Wirkstoffprüfung für alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Das Mengenziel konnte im Jahr 2020 nicht eingehalten werden, sodass auf einige Praxen Prüfverfahren zukommen werden. Ob die angehobene Grenze dies für das Jahr 2021 verhindert, kann erst nach Vorliegen der Verordnungsdaten aller vier Quartale gesagt werden.

Für 2022 gilt weiterhin das ursprüngliche Mengenziel von 1,25 Prozent. Zumindest auf der Fachebene besteht zwischen KV und Krankenkassen aber darüber Konsens, dass die Situation Ende 2022 neu bewertet werden muss.

ANPASSUNG VON ZIEL- QUOTEN FÜR 2022

Die Zielquoten etlicher Ziele wurden an die aktuelle Ent-

wicklung (Ist-Werte) angepasst. So konnten wir uns bei dem in der Umsetzung problematischen Ziel der Antikoagulantien („Phenprocoumonquote“) auf eine Absenkung des hamburgweiten Zielwertes auf 15 Prozent (für Kardiologen auf 10 Prozent) einigen. Beim reinen NOAK Ziel gelten die rabattierten Nicht-Leitsubstanzen (Xarelto, Pradaxa) wieder als wirtschaftlich, die Ist-Quote von 95 Prozent wird zur neuen Zielquote.

Bei den Biosimilar-Zielen haben wir die Quoten entsprechend den aktuellen Verordnungsanteilen angehoben. Auch in einigen Generikazielen wurden die Zielquoten auf den Ist-Stand angehoben.

AUFTEILUNG DER ZIELE „KARDIOVASKULÄRES SYSTEM“ UND „UROLOGIKA“

Die Ziele „Kombigruppe kardiovaskuläres System (Nr. 12)“ und „Urologika (Nr. 23)“ wurden indikationsabhängig in je zwei getrennte Ziele aufgeteilt, um gezielter steuern zu können.

In Ziel Nr. 12.1 (Generikaziel) werden die Antihypertonika: Diuretika, Betablocker und Calciumantagonisten inklusive der Kombinationspräparate (bisher Ziel 12 „Kombigruppe kardiovaskuläres System“) erfasst – mit neuem Zielwert.

Die Wirkstoffe zur Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH) werden separat in Ziel Nr. 12.2 erfasst und ebenfalls mit neuem Zielwert für den Mindestgenerikaanteil (75 Prozent hamburgweit) gesteuert.

Für 12.1 und 12.2 zählen Rabattarzneimittel weiterhin positiv.

In Ziel Nr. 23.1 werden die Mittel zur Behandlung bei häufiger Blasenentleerung und Harninkontinenz („Spasmolytika“) erfasst. Hierbei handelt es sich um ein Leitsubstanzziel. Für die vereinbarten Leitsubstanzen (Tolterodin, Solifenacin, Trosipium, Darifenacin und Desfesoterodin) gilt eine Mindestquote von 88 Prozent (hamburgweit).

Die Mittel zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie, die bisher ebenfalls Teil des Ziels für die Urologika waren, werden im Leitsubstanzziel 23.2 erfasst. Die als Leitsubstanzen (Tamsulosin, Alfuzosin) vereinbarten Wirkstoffe haben eine Mindestquote von 91 Prozent (hamburgweit) erhalten.

Für diese beiden Leitsubstanzziele zählen die Leitsubstanzen und alle weiteren rabattierten Generika positiv.

ÄNDERUNG MS-ZIEL

Für das MS-Ziel wurden die Leitsubstanzen neu verein-

bart. Folgende Wirkstoffe sind als Leitsubstanzen festgelegt: Betainterferon-1a, Betainterferon-1b, Peginterferon-beta-1a, Glatirameracetat, Teriflunomid, Dimethylfumarat (Kategorie 1 gemäß S2k Leitlinie für Diagnostik und Therapie der MS). Der neue hamburgweite Zielwert lautet 70 Prozent. Neu ist auch, dass Rabattarzneimittel der Nicht-Leitsubstanzen nicht der Zielerreichung dienen!

DIE BISHERIGEN GENERIKAZIELE DER ANTIBIOTIKA UND DER WIRKSTOFFE ZUR ENDOKRINEN THERAPIE ENTFALLEN AB 2022.

NEUES ANTIBIOTIKAZIEL

Dafür haben wir ein neues Leitsubstanzziel für systemisch angewendete Antibiotika vereinbart. Dieses „Qualitätsziel“ hat eine Sonderstellung: Es beeinflusst nicht die Gesamtsaldierung und kann selbst im Prüfungsfall nicht zum Regress führen. Die Quoten für die Reserveantibiotika gemäß WSV spiegeln den Ist-Stand aus 2019 wider. Als hamburgweiten Zielwert haben wir uns auf eine Höchstquote für Reserveantibiotika von 20 Prozent geeinigt. Als Reserveantibiotika gemäß WSV haben wir uns auf folgende Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen geeinigt:

RESERVEANTIBIOTIKA GEMÄß LEITSUBSTANZZIEL NR.2

| | |
|--|--|
| Monobactame | |
| Andere Aminoglykoside | Amikacin Gentamicin Tobramycin |
| Linezolid/Daptomycin | |
| Carbapeneme | Ertapenem Meropenem |
| Cephalosporine der 3. Generation | Cefixim Cefotaxim Cefpodoxim Ceftazidim Ceftriaxon |
| Cephalosporine der 4. Generation | Cefepim |
| Fluorchinolone | Ciprofloxacin Levofloxacin Moxifloxacin Norfloxacin Ofloxacin |
| Glycopeptid-Antibiotika | Vancomycin |
| Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren | Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren Ampicillin und Enzym-Inhibitoren Kombinationen von Penicillinen Piperacillin und Enzym-Inhibitoren Sultamicillin |
| Lincosamide | Clindamycin |
| Polymyxine | Colistin |
| Tigecyclin | |

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

Alle Ziele und Zielwerte (je Fachgruppe/VG und hamburgweit) für 2022 entnehmen Sie bitte der Übersicht (Anlage 2 der Wirkstoffvereinbarung): <https://www.kvhh.net/ Resources/ Persistent/4/b/2/d/4b2d181008adfa2a3571d6d275b3e2698abb289a/Zielquoten%20ab%2001012022.pdf>



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Hausärztliche Herausforderung „Polypharmazie“

**VON PROF. DR. GABRIELE MEYER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)**

U

Unangemessene Multimedikation birgt ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen und -interaktionen, Einnahmefehler, unspezifische Beschwerden und Funktionsstörungen, Kaskadenverordnungen und steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (1, 2, 3). Trotz Multimedikation kann gleichzeitig eine Unterversorgung relevanter Erkrankungen vorliegen, die aufgrund der vielen Arzneimittel übersehen wird. Multimedikation muss nicht in jedem Fall unangemessen sein, wenn sie bewusst, wohlbegründet, verantwortbar und nach informierter Entscheidungsfindung mit dem Patienten konsentiert ist (3).

Menschen im höheren Lebensalter sind im besonderen Maße von Multimedikation betroffen, bedingt durch die altersassoziierte Multimorbidität, die Vielzahl der in Industrieländern verfügbaren effektiven phar-

makologischen Behandlungen und die Orientierung medizinischer Leitlinien an einzelnen Erkrankungen und ihren Pharmakotherapien (4, 5).

Der Begriff „Multimedikation“ bzw. „Polypharmazie“ ist nicht verbindlich akzeptiert definiert. In Übersichtsarbeiten wurden mehr als 140 Definitionen zusammengetragen (5). Am häufigsten ist die Definition als die gleichzeitige und dauerhafte Einnahme von fünf und mehr Medikamenten, wobei sowohl verschriebene als auch frei verkäufliche Medikamente gemeint sind (6). Die Prävalenz von Polypharmazie ist regelmäßig Untersuchungsgegenstand internationaler Studien. Die Variation zwischen den Studienergebnissen ist ausgeprägt, abhängig von der zugrundegelegten Definition, der Altersgruppe, dem Setting und der Region (5).

INTERVENTIONEN ZUR VERMEIDUNG UNANGEMESSENER POLYPHARMAZIE

In zahlreichen Studien wurde eine Bandbreite von Interventionen erprobt, die auf die Vermeidung unangemessener Polypharmazie zielen. Die meisten enthalten einen Medikationsreview, entweder auf klinischer Einschätzung oder auf expliziten Checklisten beruhend wie STOPP/START, Beers Criteria, PRISCUS, Medication Appropriateness Index (MAI) (4). Die Instrumente sind nicht regelhaft in die klinische Versorgung implementiert und sind entweder nicht bekannt oder werden als wenig nutzerfreundlich erachtet (7). Ein Cochrane-Review zu Interventionen, die durch Nutzung validierter

Beurteilungsinstrumente eine angemessene Polypharmazie fördern wollen, kommt zu wenig praxisrelevanten Schlussfolgerungen (8). Die Aussagen, die aus der zugrundeliegenden Evidenz abgeleitet werden können, werden insgesamt als sehr unsicher eingeschätzt, und belastbarere Studien werden gefordert. Insgesamt 32 kontrollierte Studien aus 12 Ländern mit 28 672 älteren Menschen wurden ausgewertet.

Eine andere Cochrane-Übersichtsarbeit fokussiert auf das Setting Alten- und Pflegeheime und hat 12 kontrollierte Studien aus zehn Ländern mit 10 953 Bewohnern eingeschlossen (9). Medikationsreview war eine häufige Interventionskomponente, auch multidisziplinäre Fallkonferenzen und Edukation wurden in mehreren Studien untersucht. Die Unterschiede im Design der Studien, die unterschiedlichen Interventionen und Outcomeparameter sowie die heterogenen Ergebnisse erlauben keine eindeutige und belastbare Schlussfolgerung zur Wirksamkeit der Interventionen.

HAUSÄRZTLICHE LEITLINIE MULTIMEDIKATION

Medizinische Leitlinien berücksichtigen mehrheitlich nicht die Komplexität der Multimorbidität und nehmen kaum die Perspektive der Betroffenen ein, um eine Gewichtung der Relevanz von Behandlungsindikationen zu erzielen und die Belastung durch verschriebene Medikamente zu reduzieren (10). Die wenigen verfügbaren Leitlinien für Patienten mit Multimorbidität legen keinen Schwerpunkt auf den Aspekt der Medikation (z.B. 11).

Mit der kürzlich aktualisierten S3-Leitlinie „Multimedikation“ liegt eine Handreichung vor, die Hausärztinnen und -ärzte hierzulande unterstützen kann, die Arzneitherapie im Rahmen der Verordnungsentscheidung systematisch zu bewerten und eine rationale Arzneitherapie zu fördern (3).

Die Zielpopulation sind Personen mit mindestens fünf Dauermedikationen und drei und mehr chronischen Erkrankungen. Die Leitlinie enthält insgesamt 34 Emp-

fehlungen, deren zugrundeliegende Evidenz und die Begründung für die Empfehlungsfindung neben praktischen Tipps und strukturierten Instrumenten in der 155 Seiten umfassenden Langfassung nachzulesen sind (3).

Die Leitlinie ist in sechs Schritte gegliedert:

- **Bestandsaufnahme und Bewertung**
- **Abstimmung mit dem Patienten**
- **Verordnungsvorschlag und Kommunikation**
- **Arzneimittelabgabe**
- **Arzneimittelanwendung und Selbstmanagement**
- **Monitoring/Follow-up**

Die Evidenzbasis der Empfehlungen ist durchaus indifferent; für etliche Empfehlungen liegt ausschließlich ein Expertenkonsens vor. Die Empfehlungsgrade sind jedoch als mittel oder gar hoch ausgewiesen; ein niedriger Empfehlungsgrad liegt in keinem Fall vor. Insofern beanspruchen die Empfehlungen Verbindlichkeit, was bei dem niedrigsten Evidenzlevel (Expertenkonsens) in mehr als der Hälfte der Empfehlungen von der Entschlossenheit der Leitliniengruppe und der dahinterstehenden Organisationen zeugt, an der weit verbreiteten unangemessenen Multimedikation etwas ändern zu wollen.

Gemäß Leitlinie sollte in der Zielpopulation jährlich eine Medikationsüberprüfung sowie die anlassbezogene Überprüfung bei zusätzlichen Risiken und Ereignissen (Stürze, Krankenhausaufenthalt) stattfinden. Ferner sollte das Vorgehen in der Praxis zur Umsetzung eben dieser Medikationsprüfung eingerichtet werden.

Die Leitlinie beinhaltet sechs Empfehlungen zum Vorgehen bei der **Bestandsaufnahme und Bewertung**, zu den Informationen, die im Kontext der Medikationsbewertung erhoben oder vorliegen sollen wie Vorerkrankungen, aktuelle Beschwerden, klinischer Status, Selbstmedikation usw. Angehörige und andere Berufsgruppen sollten ggf. einbezogen werden, die Therapiebelastung erhoben und der Wunsch nach Veränderung



bestimmt werden. Für die Bewertung wird die Einschätzung mittels MAI empfohlen. Zur **Abstimmung mit dem Patienten** (zweiter Schritt) sollten deren Therapieziele im Sinne einer persönlichen Präferenzklärung ermittelt werden. Zum dritten Schritt **„Verordnungsvorschlag und Kommunikation“** sind 12 Empfehlungen formuliert, die zentral die Präferenz des Patienten bzw. dessen Stellvertreter in den Fokus nehmen. Das Vorgehen beim Absetzen von Medikamenten (Deprescribing) ist elementarer Bestandteil dieses Schrittes, ferner der Medikationsplan und die Sicherstellung umfassender Informationen für den Patienten.

Im vierten Schritt **„Arzneimittelabgabe“** sind Empfehlungen zur Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Apotheken des Informationsflusses zwischen Apotheke und Hausarzt zu finden. Der fünfte Schritt **„Arzneimittelanwendung und Selbstmanagement“** ist mit fünf Empfehlungen hinterlegt, die den aktuellen und verständlichen Medikationsplan verlangen und auf die selbständige Arzneimittelanwendung und Symptomkontrolle zielen. Im sechsten Schritt **„Mo-**

onitoring/Follow-up“ sind in vier Empfehlungen die Sorgfaltspflichten des individuellen Monitorings und Follow-up im Sinne von Kontrolle der Laborparameter, der Behandlungsergebnisse und der Handhabung der Therapie definiert.

Die hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ wurde einem Praxistest nach den DEGAM-Regeln auf Praktikabilität und Akzeptanz unterzogen (3). Inwieweit die Empfehlungen jedoch tatsächlich zu einer Reduktion unangemessener Multimedikation und damit zur Verbesserung der Versorgungsqualität der vorwiegend älteren von Polypharmazie betroffenen Menschen führen kann, ist damit nicht geklärt. Eine Cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit Hausarztpraxen als Einheit der Zufallsverteilung könnte hier Aufschluss geben. ■

PROF. DR. GABRIELE MEYER

**Direktorin des Instituts
für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Medizinischen Fakultät an der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

Referenzen

- 1) Fried TR, O'Leary J, Towle V, et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62 (12): 2261-2272
- 2) Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13 (1): 57-65
- 3) Leitliniengruppe Hessen, DEGAM: S3-Leitlinie Multimedikation. AWMF-Registernummer: 053-043. 2. Auflage 2021
- 4) Kurczewska-Michalak M, Lewek P, Jankowska-Polańska B, et al. Polypharmacy management in the older adults: A scoping review of available interventions. *Front Pharmacol* 2021; 12: 734045
- 5) Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med* 2021; 12 (3): 443-452
- 6) World Health Organisation. Medication Safety in Polypharmacy (WHO/UHC/SDS/2019.11)
- 7) Mc Namara KP, Breken BD, Alzubaidi HT, et al. Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia. *Age Ageing* 2017; 46 (2): 291-299
- 8) Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 (9): CD008165
- 9) Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 (2): CD009095
- 10) Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA* 2013; 310 (23): 2503-2504
- 11) Scherer M, Wagner HO, Lühmann D, et al. DEGAM: S3-Leitlinie Multimorbidität. AWMF-Registernummer 053-043, 2017





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Sabine Sobirey**
Stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses
Psychotherapeuten

Name: **Dr. med. Sabine Sobirey**

Geburtsdatum: **24.10.1962**

Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**

Fachrichtung: **Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutisch tätig in einer Praxisgemeinschaft mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und EMDR**

Weitere Ämter: **nein, Fortbildung und Supervision für Traumatherapie und EMDR**

Hobbys: **Musik, am liebsten live beim Ensemble Resonanz**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Als Studentin habe ich wohl eher an somatische Medizin im Krankenhaus gedacht, und ich finde die naturwissenschaftliche Seite der Medizin immer noch spannend. An der Psychotherapie und Psychiatrie schätze ich die Tiefe der Begegnung, die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen und die Möglichkeit, sehr leidenden Menschen kompetent zu helfen, meist durch Gespräch und Verständnis, manchmal auch mit traumatherapeutischem Handwerkszeug.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Der Wunsch, Informationen aus dem Alltag in die KV-Zentrale zu tragen und unsere Interessen zu vertreten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen durch Stärkung und Vernetzung der P-Fächer, gern auch mit materiellen Ressourcen. Digitalisierung/Bürokratie/Qualitätssicherung etc. bitte mit Augenmaß, schlanker und moderner.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Durch die Pandemie ist die Nachfrage nach Therapieplätzen weiter gestiegen bei zu knappem Angebot. Die häufig kleinen psychotherapeutischen Einzelpraxen sind durch die ständig neuen Anforderungen (TI, TSVG, eHBA, ePA, eAU etc.) überlastet bei gleichzeitig fehlendem Nutzen.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Die Gleichstellung der Frauen im Gesundheitswesen, für die nächste Generation. Mein persönliches Ziel ist, mehr Spaß und Lebensfreude zu haben, das kam unter Coronabedingungen zu kurz und ist deutlich einfacher umsetzbar. ■



Handel oder Behandlung? Beides sollte man schön trennen!

Kolumne von **Dr. Matthias Soyka**, Orthopäde in Hamburg-Bergedorf

Arzte brauchen Apotheker, die die von ihnen verschriebenen Medikamente an ihre Patienten ausliefern. Apotheker brauchen Ärzte (noch ein klein wenig mehr als die Ärzte die Apotheker), weil diese die Medikamente, mit denen sie handeln, rezeptieren.

Das Verhältnis zwischen den Medizinern und den Pharmazeuten ist trotzdem – und auch völlig ungeachtet der Tatsache, dass beide Berufsgruppen sogar eine gemeinsame Genossenschaftsbank haben – ein durchaus spezielles.

Schon der französische Schriftsteller Gustave Flaubert, der vor 200 Jahren als Sohn eines Arztes geboren wurde, thematisiert das Spannungsverhältnis in

**Eine der letzten Großtaten
des Ex-Ministers Spahn bestand
darin, den Apotheken das
Impfen zu gestatten.**

seinem Roman „Madame Bovary“. Der darin beschriebene wirtschaftliche Niedergang des Landarztes Dr. Bovary und seiner Frau wird zu einem Teil auch vom Dorfapotheker Homais verursacht, der regelmäßige Sprechstunden in seiner Apotheke abhält und dem Arzt die Patienten abspenstig macht, was schon damals nicht erlaubt war.

„Er hatte gegen das Gesetz vom 19. Ventose des Jahres XI verstoßen, welches in Artikel 1 jedem, der nicht über ein entsprechendes Zeugnis verfügt, die Ausübung der Medizin untersagt; und so war Homais aufgrund finsterner Denunziationen nach Rouen zitiert worden vor den Königlichen Staatsanwalt, in sein Privatkabinett.“

Auch wenn es heutzutage zu Spannungen zwischen beiden Berufsgruppen kommt, sind diese meist darin begründet, dass der eine oder andere Apotheker

sich nicht damit begnügen möchte, nur passiv Rezepte zu erhalten, sondern aktiv an die Sache herangeht.

Das kann zum Beispiel so aussehen, dass der Patient beim Einlösen des Rezepts zu hören bekommt, dass es doch ein noch viel besseres Medikament als das vom Arzt verordnete gibt, oder dass der Arzt nur sein Kreuz richtig setzen müsste, damit der Patient nicht mit dem billigeren Generikum vorliebnehmen muss. So ein Verhalten hat das Potential für mittelschwere Wutausbrüche beim Aussteller des Rezepts, die zwar menschlich verständlich, aber auch schlecht für den Blutdruck sind. Schließlich sind das nur Petitesse. Oft hilft hier eine klare Ansage an die Apotheke, gefolgt von einer kleinen Achtsamkeitsmeditation. Aber trotz aller Gelassenheit gilt: Die Grenze zwischen dem Handel mit Medikamenten und der Behandlung ist keine willkürliche, zufünftmäßige Abgrenzung wie im Mittelalter. Es geht zum einen darum, dass der Apotheker zwar ein studierter Pharmazeut ist, aber eben kein Mediziner, und seine Apothekenhelferin erst recht nicht. Beide bringen daher nicht die fachlichen Voraussetzungen mit, die ärztliche Beratung zu ersetzen.

Zum anderen ist die Trennung zwischen beiden Funktionen – Handel und Behandlung – notwendig, um den Minimalstandard von Unabhängigkeit bei der Medikamentenverordnung zu gewährleisten. Wenn der Apotheker sich seine eigene Nachfrage schafft, kann der Patient sich nicht sicher sein, dass sein Medikament aus medizinischer Notwendigkeit und nicht aus pekuniärem Interesse verordnet wurde.

Schon immer gab es findige Apotheker, die diese - gesetzlich vorgeschriebene - Trennung umgehen wollten (und Ärzte, die dabei mitmachten). Der Klassiker war das „Ärztehaus“ im Besitz eines Apothekers. Doch das funktioniert glücklicherweise schon lange nicht mehr. Ein neuerer Trend ist, dass sich Apotheker - oder gleich Pharmafirmen – in Medizinische

In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von **Dr. Matthias Soyka** und **Dr. Bernd Hontschik**.



Versorgungszentren einkaufen. Das lohnt sich zwar, vor allem wenn es dabei um Onkologie oder andere Verordnungsbereiche teurer Medikamente geht, kann aber leicht im Gefängnis enden. Das gleiche gilt für günstige Kredite von Apothekern an verordnende Ärzte, vor allem wenn eine Rückzahlung gar nicht ernsthaft intendiert ist.

Ärzte können die Aufweichung der Grenzen zwischen Handeln und Behandeln nicht tolerieren. Korruption – also die Vermengung von ärztlicher Medikamentenverordnung und Bedienung von Umsatzinteressen von Apotheken – muss die Ärzteschaft schon aus Gründen der eigenen Glaubwürdigkeit bekämpfen. Die Ärzteschaft als Ganzes hat ein Interesse daran, dass die Verordnung unabhängig bleibt. Deshalb wurde die Verschärfung von Korruptionstatbeständen von der großen Mehrheit der Ärzte begrüßt.

Nur im Gesundheitsministerium scheint nicht richtig verstanden worden zu sein, dass Handel und Behandlung strikt getrennt sein müssen. Eine der letzten Großtaten des Ex-Ministers Spahn bestand darin, den Apotheken das Impfen zu gestatten. Abgesehen davon, dass Apotheker das Injizieren, das Anamneseerheben und das Beurteilen von Befunden nicht gelernt haben und bei Notfällen nicht wissen (können), was zu tun ist, reißt die Impfberechtigung für Apotheker die Mauer zwischen Handel und Behandlung ein.

Das ist ein Fehler nicht nur im Allgemeinen, sondern auch in der speziellen Situation der Pandemie. Wenn wir um die noch erreichbaren Impfskeptiker kämpfen und mit guten Argumenten die Impfquote steigern wollen, dann ist Glaubwürdigkeit die wichtigste Voraussetzung. Wer diese Glaubwürdigkeit beschädigt, indem er die Grenze zwischen der ärztlichen Tätigkeit des Impfens und dem umsatzstarken Apothekengeschäft verwischt, der sabotiert die Impfkampagne. ■

Leserbrief

Dank an die MFA in den Arztpraxen!

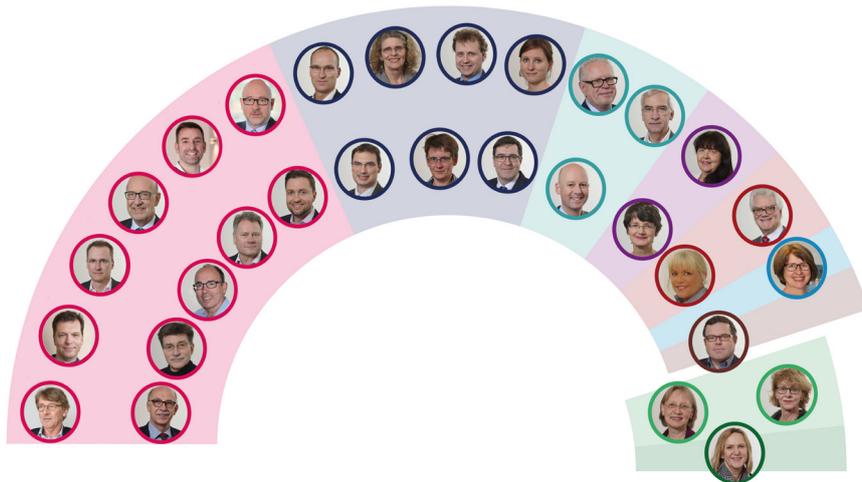
Die Corona-Pandemie hat von dem Gesundheitssystem in Deutschland einiges abverlangt. Täglich senden die Politiker berechtigterweise Beifall und Anerkennung an die Pflegekräfte und Ärzte der Kliniken. Leider hat die Politik und die Öffentlichkeit das medizinische Personal der Arztpraxen komplett aus den Augen und aus dem Sinn verloren. Dabei haben die medizinischen Fachangestellten der Arztpraxen seit Monaten tagtäglich neben der Routinearbeit einen großen Beitrag zu der Impfkampagne geleistet und in vielerlei Hinsicht die Kliniken entlastet. Deshalb möchte ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank und Anerkennung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tausender Arztpraxen richten und ihnen alles, alles Gute und weiterhin viel Kraft wünschen.

Dr. Behrus Subin
Facharzt für Innere Medizin /
Kardiologie in der Innenstadt

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 24. März 2022 (19.30 Uhr)

Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Hygiene in der Arztpraxis (Online)
Mi. 2.3.2022

Datenschutz in der Arztpraxis (Online)
Mi. 30.3.2022

Weitere Informationen finden Sie im Internet: <https://www.kvhh.net/de/praxis/veranstaltungen.html>
Oder über QR-Code:



Ansprechpartner:
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858
Michael Bauer, Tel: 22802-388
Laura Goldmann, Tel: 22802-574
qualitaetsmanagement@kvhh.de

ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

TELEMATIKINFRASTRUKTUR ERLEBEN: Hybrid-Veranstaltungsreihe rund um ePA, eAU, eRezept, KIM & Co

PVS-Anbieter zeigen, wie die TI-Anwendungen in der Praxis funktionieren – und beantworten Fragen. Die Veranstaltungen richten sich jeweils an die Nutzer bestimmter Systeme und an bestimmte Zielgruppen (Ärzte / Psychotherapeuten).

Fr. 4.2.2022

13 - 16.30 Uhr: CGM Medistar, Ärzte

16.30 - 20 Uhr: CGM Medistar, Ärzte

Sa. 5.2.2022

8 - 11.30 Uhr: CGM Medistar, Ärzte

11.30 - 15 Uhr: CGM Turbomed, Ärzte

15 - 18.30 Uhr: CGM M1 PRO, Ärzte

Sa. 5.3.2022

8 - 11.30 Uhr: Smarty, Ärzte

11.30 - 15 Uhr: Smarty, Ärzte

15 - 18.30 Uhr: Smarty, Psychotherapeuten

Sa. 12.3.2022

8 - 11.30 Uhr: Elefant, Psychotherapeuten

11.30 - 15 Uhr: Epikur, Psychotherapeuten und Ärzte

15 - 18.30 Uhr: PsyPrax, Psychotherapeuten

Sa. 23.4.2022

8 - 11.30 Uhr: Quincy Win, Ärzte

11.30 - 14.30 Uhr: MediSoftware, Ärzte

14.30 - 18 Uhr: Medatixx, Ärzte



Die Teilnahme ist nur nach Anmeldung möglich: <https://www.kvhh.net/de/ueber-uns/ti-veranstaltungen.html>

Präsenzveranstaltung (unter Einhaltung der Hygieneregeln): Ärztehaus (Saal 1), Humboldtstraße 56 / 22083 Hamburg

Virtuelle Teilnahme: Zugangsdaten per Mail nach Anmeldung auf der KV-Website

Ansprechpartner für Fragen zur Veranstaltung oder zur Anmeldung: Infocenter, Tel: 22802- 900

MODERATOREN-SCHULUNG FÜR ÄRZTLICHE QUALITÄTSZIRKEL

Die KV bietet eine Moderatoren-schulung für Ärztinnen und Ärzte an, die einen Qualitätszirkel aufbauen wollen oder leiten.

Zweitägig:
Do. 18.2. (15 – 20 Uhr) und
Fr. 19.2.2022 (9 – 18 Uhr)

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Anmeldung:
Sabine.Daub@kvhh.de

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Warum es mit manchen Patienten so schwierig ist: Persönlichkeitsstörungen im medizinischen Alltag verstehen und den Umgang mit schwierigen Patienten erleichtern

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 23.3.2022 (18 Uhr)
 (unter Einhaltung der Hygieneregeln)

Ort: Ärztehaus (Saal 1)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
 E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNG

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 13.5.2022 (14.30 - 17 Uhr)
Fr. 4.11.2022 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:
 € 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern
 (unter Einhaltung der Hygieneregeln)

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,
 E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können (E-Mail-Adresse siehe oben).

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Aktuelle Infos zu Veranstaltungen:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

oder über QR-Code:



Ansprechpartnerin:
 Bettina Rawald, Fortbildungsakademie,
 Tel: 202299-306
 E-Mail: akademie@aekhh.de

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand nehmen zu können, muss sich der Praxisinhaber (oder ein von ihm beauftragter geeigneter Vertreter) schulen lassen.

BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 23.2.2022 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 9.2.2022 (15 - 20 Uhr)
Fr. 25.2.2022 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Weitere Termine sind auf Anfrage möglich – zum Beispiel für bestimmte Berufsfachgruppen oder Einzel-Unternehmer/innen.

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer,
 Tel: 278063-47, Fax: 278063-48
 E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

FORTBILDUNGEN FÜR MFA

Kurse und Vortragsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte in der ersten Jahreshälfte 2022

Programmheft:
www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

wir
verbinden
ihre

[n e u • r o • n e n]

/infocenter

das infocenter gibt auskunft zu allem, was die kvh für sie tun kann, und schafft bei komplexen anliegen zügig verbindungen zu beratenden ärzten, apothekern und fachabteilungen. fragen sie uns einfach!

