

KVH *journal*

DATEN-HOTSPOT

*Wie funktioniert die
elektronische Patientenakte?*



ZEITPLAN

Digitale Anwendungen in der TI

NEUE RICHTLINIE

Weiterbildung in der Praxis

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 6/2021 (Juni 2021)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ist es angemessen, der elektronischen Patientenakte (ePA) beinahe ein ganzes Heft zu widmen? Auch wir finden die Art und Weise problematisch, wie die Digitalisierung des Gesundheitswesens durchgedrückt wird – und das in der Hochphase der Bekämpfung der Corona-Pandemie. Immer wieder setzt die Politik für die Einführung von digitalen Anwendungen knappe Fristen, deren Nichteinhaltung mit Strafen bedroht werden. Das für sich genommen ist schon unwürdig und fördert bei Ihnen sicher eher Widerstand als Motivation. Wir haben vom Bundesgesundheitsministerium gefordert, die Sanktionen ein für alle Mal zu kippen. Vor allem, da die technischen Voraussetzungen für die Anwendungen oftmals noch gar nicht verfügbar sind, wenn die Fristen ihrem Ende entgegenlaufen – was dazu führt, dass Sie ständig die Entwicklung im Auge behalten müssen.

Zudem bleibt zu hoffen, dass in den Feldtestungen das Zusammenspiel zwischen den Systemen der über 100 Krankenkassen, der 320 Systeme von Praxen und Apotheken mit den Konnektoren ausreichend geprüft wird und nötige Anpassungen vor dem Roll out umgesetzt werden.

Wir unterstützen die Digitalisierung, wenn sie zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung führt. Voraussetzung dafür ist, dass die digitalen Anwendungen ausgereift sind und die Abläufe in den Praxen verbessern statt sie zu behindern. Außerdem muss der Datenschutz gewährleistet sein. Diese Aspekte unter einen Hut zu bekommen, ist nicht einfach – denn mehr Sicherheit bedeutet oftmals auch mehr Aufwand. Doch wenn die sichere Digitalisierung mit Zusatzarbeit verbunden ist, muss das angemessen honoriert werden und darf nicht zu Lasten der Patientenversorgung gehen. Eine Praxis, die neben hochwertiger Medizin noch eine Hochsicherheits-Datenverarbeitung anbietet, muss finanziell entsprechend ausgestattet sein.

Was immer man von der Digitalisierungsstrategie des Gesundheitsministeriums halten mag: Der (vorläufige) Fahrplan ist festgelegt und muss von Seiten der Praxen eingehalten werden. Wir haben uns vorgenommen, unsere KV-Mitglieder so gut wie derzeit möglich zu informieren, um Ihnen Ärger und Sanktionen zu ersparen. Deshalb dieses Heft.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende 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: Was erwarten Sie von der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA)?
- 08_** Universal-Archiv: In der ePA können Patienten ihre Gesundheitsdaten zusammenführen
- 12_** Schritt-für-Schritt-Erläuterung: Die ePA im Praxisverwaltungssystem

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.

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14**_ Fragen und Antworten
- 16**_ Neue Richtlinie zur Weiterbildung
- 17**_ Veranlassung von Labordiagnostik:
Wer ist zuständig, wenn der Patient
von mehreren Ärzten behandelt
wird?

ARZNEIMITTEL

- 18**_ Neue Cholesterinsenker im Rahmen
der Wirkstoffvereinbarung 2021
- 19**_ Verdachtsfall Arzneimittelmis-
brauch

SELBSTVERWALTUNG

- 25**_ Steckbrief: Dr. Jan Ter-Nedden

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 20**_ Die Campbell Collaboration
untersucht die
Wirksamkeit sozialer
Interventionen

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

**AMTLICHE
VERÖFFENTLICHUNGEN**

23_ Bekanntmachungen im
Internet

FORUM

23_ Leserbrief

KOLUMNE

24_ Zwischenruf
von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

26_ Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Marcelo Hernandez/Funke Foto Services;
Seite 9, 12 und 13: Gematik GmbH; Seite 15: Fleur
Priess; Seite 16: New Africa/Stock.Adobe.com;
Seite 17: Angellodeco/Fotolia; Seite 26: Michael
Zapf; Seite 27: Stenzel Washington/Fotolia;
Seite 28: Markoagentur.de
Icons: iStockfoto



Was erwarten Sie von der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA)?



Dr. med. Johannes Holz
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
in Harvestehude

Entscheidend ist die Praktikabilität

Ich hoffe schon, dass die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) zu einer besseren Vernetzung zwischen Praxen, Krankenhäusern, Apotheken und Krankenkassen führt. Entscheidend wird aber sein, wie gut sich die ePA in den Arbeitsalltag integrieren lässt. Eine in Deutschland konzipierte elektronische Patientenakte muss natürlich höchsten Ansprüchen an Datensicherheit genügen und ist in enge Regularien eingebunden. Wie stark das die Anwenderfreundlichkeit beeinträchtigt, wird sich zeigen. **Was wir nicht brauchen können, ist zusätzlicher Bürokratieaufwand, der Zeit frisst, die wir eigentlich für die Patientenversorgung benötigen.** Übrigens sollte das Gesundheitsministerium bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens eine Strategieänderung vornehmen: Statt Praxen zu bestrafen, die nicht mitziehen, sollte man jene belohnen, die sich engagieren. Das würde für Motivation sorgen und Schwung in den Digitalisierungsprozess bringen. ■



Dr. med. Dipl.-Psych. Rita R. Trettin
 Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
 in Winterhude



Dr. med. Silke Lüder
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 in Bergedorf

Inhalte sind nicht verlässlich

Gesundheitsdaten und Patienteninformationen können in der ePA gespeichert werden. Damit soll sie als lebenslange Informationsquelle dienen, die jederzeit einen schnellen und sicheren Austausch der Daten ermöglicht. Es ist im Interesse der Patienten, dass zum Teil weit verstreute Daten, die im Alltag bisher oft mühsam besorgt werden müssen, den jeweiligen Behandlern zeitnah zur Verfügung stehen, um gut behandeln zu können. Das ist zunächst einmal vorteilhaft.

Doch die Handhabung scheint aufwändig: Die Akte liegt in der Hoheit des Patienten. Er kann seine ePA jederzeit allein einsehen, inhaltlich befüllen oder Dateien löschen. **Zuvor muss er die Akte persönlich beantragen und zustimmen, damit ein Leistungserbringer sie einsehen kann und dort Daten speichern darf. Und diese Entscheidung, die zeitlich limitiert ist, trifft er ab 2022 für jedes einzelne Dokument und muss damit die Vorgänge häufig wiederholen. Dieses zu wiederholende aktive Entscheiden wird dazu führen, dass Versicherte diese Schritte schlicht vergessen. Doch wenn wir uns auf die Inhalte nicht verlassen können, weil sie unvollständig und nicht aktuell sind, wird die Akte nicht den Nutzen haben, den sie haben könnte.** ■

Sinnvoller Fortschritt sieht anders aus

Die laut Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) angekündigte elektronische Patientenakte ist im Gegensatz zu früheren Planungen nur noch eine rein patientengeführte Datensammlung in der Cloud bei privaten Firmen. Eigentlich waren zwei Akten geplant, eine patientengeführte und eine arztgeführte, auf deren Inhalt man sich hätte als Arzt/Ärztin eher verlassen können als bei dem neuen Modell. Die geplante ePA wurde nicht ohne Grund vom KBV-Vorstand Andreas Gassen als „digitale ALDI-Tüte“ bezeichnet. Versicherte können Inhalte einstellen und löschen. **Die Akte enthält unsortierte PDF-Dateien, die beim Anwender zu zeitfressenden Suchaktionen führen werden. Das raubt uns dann die Behandlungszeit für den Patienten. Juristische Probleme in Arzthaftungsfällen resultieren aus der Unvollständigkeit der Datensammlung. Die ärztliche Schweigepflicht wird faktisch ausgehebelt, und der Bundesdatenschutzbeauftragte Prof. Ulrich Kelber stellt fest, dass die ePA gegen die Datenschutzgrundverordnung verstößt.** Man kann also tatsächlich weder Patienten noch Ärzten und Psychotherapeuten raten, diese ePA überhaupt zu nutzen. Sinnvoller Fortschritt sieht anders aus. ■

Das Universal- Archiv

In der elektronischen Patientenakte (ePA) können Patienten all ihre Gesundheitsdaten digital zusammenführen. Ab Juli 2021 müssen Ärzte und Psychotherapeuten in der Lage sein, die ePA zu befüllen.



Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) soll ein Meilenstein bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens werden.

Seit Januar 2021 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine ePA anbieten – doch bisher haben sich weniger als ein Prozent für diese Anwendung registriert. Und obwohl die Praxen ab Juli dazu verpflichtet sind, die ePA auf Wunsch des Patienten zu befüllen, ist nicht sicher, dass die hierfür erforderliche Technik rechtzeitig von allen Anbietern zur Verfügung gestellt werden kann.

Für die Ärzte und Psychotherapeuten bedeutet das: Mit dem

IT-Dienstleister im Gespräch bleiben – und die notwendigen technischen Komponenten besorgen, sobald dies möglich ist (siehe Kasten rechts).

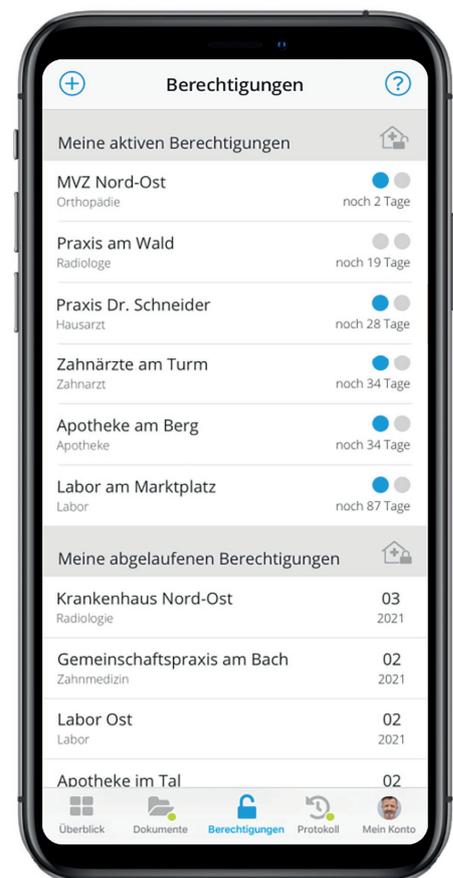
Die ePA ist eine patientengeführte Akte. Der Patient oder die Patientin entscheidet, was die ePA enthält und wer darauf zugreifen darf. Über die Telematikinfrastruktur gibt es gesicherte Schnittstellen zu Praxen, Krankenhäusern oder Apotheken. Damit wird eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Dokumentation möglich: Der Patient kann Kopien seiner in verschiedenen medizinischen Einrichtungen abgelegten Gesundheitsdaten digital zusammenführen. Und im Unterschied zu den bereits seit einigen Jahren von

den Krankenkassen angebotenen „elektronischen Gesundheitsakten“ ist die ePA standardisiert: Die Ärztinnen und Ärzte müssen sich nicht mehr mit den Funktionalitäten oder Verfahrensweisen von Akten verschiedener Kassen oder Anbieter auseinandersetzen. Es handelt sich um eine Universal-Akte mit einheitlichen Schnittstellen und Vorgaben.

Die ePA wird derzeit ausschließlich als App bereitgestellt und kann auf mobilen Endgeräten, wie zum Beispiel dem eigenen Smartphone oder einem Tablet, installiert werden. Auch Versicherte, die kein mobiles Endgerät besitzen, können die ePA nutzen. Dafür benötigen sie ihre elektronische Gesundheitskarte

Der Patient entscheidet, wer auf die Dokumente in seiner ePA zugreifen darf.

(Bei der hier dargestellten ePA handelt es sich um eine fiktive Demo-Version der Gematik – nicht um die reale ePA einer Krankenkasse.)



(eGK) sowie einen PIN von der Krankenkasse, um die ePA in der Praxis nutzen zu können.

Ärzte und Psychotherapeuten sind nicht dazu verpflichtet, zur ePA zu beraten – sie können hierfür an die Krankenkassen verweisen.

Der Arzt soll normalerweise gemeinsam mit dem Patienten während der Behandlung auf dessen ePA zugreifen. Dafür kann der Patient der Praxis gleich am Empfang eine Zugangsberechtigung geben für eine aktuelle Behandlung – aber auch für einen längeren Zeitraum, sodass die Praxis auch ohne Anwesenheit des Patienten

Dokumente in die ePA einstellen kann. Die Zugangsberechtigung für die Praxis gilt pauschal für die auf der ePA abgelegten medizinisch-ärztlichen Dokumente. Ab 2022

kann jedes einzelne Dokument gesperrt oder freigeschaltet werden.

Der Arzt hat die Möglichkeit, in der ePA nach bestimmten Dokumenten zu suchen. Sofern diese freigegeben sind, kann er die Dokumente ansehen und in sein Praxisverwaltungssystem herunterladen. Er kann auch Dokumente löschen – immer in Absprache mit dem Patienten.

Wenn der Arzt selbst Dokumente in die ePA hochlädt, fertigt er dabei lediglich Kopien an. Die Primärdokumentation im Praxisverwaltungssystem bleibt erhalten. Der Arzt muss die ePA des Patienten nicht selbst bearbeiten. Er kann diese Aufgabe an sein Praxis-Personal delegieren.

In der ePA wird der Zugriff der Praxis protokolliert.

Es können in der Akte Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen

WAS BENÖTIGE ICH, UM DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE BEFÜLLEN UND LESEN ZU KÖNNEN?

Neben dem TI-Anschluss und dem Praxisausweis (SMC-B) sind folgende Komponenten notwendig für die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA):

- Software-Update auf den sogenannten ePA-Konnektor (Für die ePA ist der E-Health-Konnektor nicht ausreichend.)
- ePA-Modul im Praxisverwaltungssystem

- eHBA 2.0 für die elektronische Signatur (um elektronisch zu unterschreibende Dokumente wie z.B. den eArztbrief in die ePA einstellen zu können)

Diese Komponenten müssen bis zum 1. Juli vorhanden sein, sonst droht eine pauschale Honorarkürzung um ein Prozent. Falls Sie noch keinen eHBA 2.0 haben, sollten Sie ihn baldmöglichst bestellen. Bitte fragen Sie Ihren IT-Dienstleister, wann er den ePA-Konnektor und das ePA-Modul im Praxisverwaltungssystem zur Verfügung stellen kann. Sollten die notwendigen Komponenten nicht rechtzeitig verfügbar sein, ist nicht davon auszugehen, dass die Honorarkürzung umgesetzt wird.

**Ansprechpartner: KV Hamburg Online-Services,
E-Mail: online-services@kvhh.de, Tel: 22802 -588 / -554 / -539**

und Behandlungsberichte gespeichert werden. Diese Dateien werden mit Metadaten versehen, um sie per Suchfunktion auffindbar zu machen. Auch der Notfalldatensatz und der elektronische Medikationsplan können hochgeladen werden.

Aus ärztlicher Sicht sollte die ePA nur jene Informationen enthalten, die für die aktuelle oder künftige Versorgung wichtig sein könnten.

Alle gängigen Formate wie zum Beispiel PDF und jpeg sind mit der ePA kompatibel. Papierdokumente können gescannt oder fotografiert und dann hochgeladen werden.

Beim Notfalldatensatz, dem elektronischen Medikationsplan und dem eArztbrief handelt es sich um standardisierte medizinische Dokumente, die in allen gängigen Praxisverwaltungssystemen und Krankenhausinformationssystemen einheitlich dargestellt werden.

Ab 2022 sollen Medizinische Informationsobjekte (MIOs) wie der Impf- oder Mutterpass, das U-Untersuchungsheft der Kinder oder die Dokumentation von Laborparametern hinzukommen.

Der Patient kann seine ePA jederzeit einsehen. Er kann Inhalte hinzufügen, in einen für den Behandler nicht einsehbaren Bereich verschieben oder auch löschen.

Da die ePA in der Hoheit des Patienten liegt, kann der Arzt prinzipiell nicht von einer medizinisch vollständigen Akte ausgehen. Allerdings ist diese Ungewissheit nicht völlig neu oder ungewöhnlich. Wenn der Patient seine Befunde und Unterlagen in analoger Form überbringt, kann der Arzt ebenfalls nicht sicher sein, ob er alle wichtigen Informationen erhält.

Die ePA ersetzt nicht die persönliche Anamnese, sondern unterstützt sie. Die ePA ersetzt auch nicht die Primärdokumentation der Praxis – diese bleibt genauso wichtig wie zuvor.

Die Daten werden in der ePA verschlüsselt abgelegt. Die Krankenkassen versichern, dass niemand außer den Patienten und denjenigen, die dazu berechtigt wurden, die Inhalte lesen können. Die ePA wird auf Servern von Firmen gespeichert, die von den Krankenkassen beauftragt wurden.

Nach Angaben der Gematik, der Betreiber-Gesellschaft der Telematikinfrastruktur (TI), stehen die Server in Deutschland und unterliegen den europäischen Datenschutzbestimmungen. ■

(Stand: 15.5.2021 – Es können sich Änderungen ergeben.)

Übersicht: Digitale Anwendungen im Zeitverlauf

Die Telematikinfrastruktur soll für eine sichere elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen sorgen. Hier ein Fahrplan zur Einführung der Anwendungen.

2. Quartal 2021

Seit April 2021: Elektronischer Arztbrief (eArztbrief) darf nur noch über einen KIM-Dienst (E-Mail-Dienst für „Kommunikation im Gesundheitswesen“) verschickt werden.

Voraussetzungen:

- eHBA 2.0
- KIM-Dienst
- Update auf eHealth-Konnektor (PTV3-Konnektor)
- PVS-Anpassung

3. Quartal 2021

Ab Juli 2021: Ärztinnen und Ärzte sind dazu verpflichtet, die elektronische Patientenakte (ePA) auf Wunsch der Patienten mit Daten zu befüllen. Auf die ePA können auch der Notfalldatensatz (NFD) und der elektronische Medikationsplan (eMP) gespeichert werden.

Voraussetzungen:

- Update auf ePA-Konnektor (PTV4-Konnektor)
- PVS-Anpassung
- eHBA 2.0 (für die elektronische Signatur)

Die Auflistung gibt den aktuellen Stand (15.5.2021) wieder. Der Zeitplan kann sich ändern.

Weitere Informationen: www.kbv.de → Service → Service für die Praxis → Praxis IT → Telematikinfrastruktur → Anwendungen

VERGÜTUNG FÜR DIE ARBEIT MIT DER ePA

Die Erstbefüllung der ePA soll in diesem Jahr mit 10 Euro vergütet werden. Eine GOP wurde hierfür bis zum Redaktionsschluss noch nicht festgelegt.

Die Gebührenordnungspositionen (GOP) 01431 und 01647 können abgerechnet werden, wenn medizinische Daten aus dem aktuellen Be-

geprüft und gegebenenfalls ergänzt werden.

Die GOP 01647 wird als Zusatzpauschale zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen (mit Ausnahme der Grundpauschale des Kapitel 12), sowie zu den GOP 01320, 01321 und 03070 und den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitro-diagnostische Leistungen) bezahlt. Sie kann einmal

Die GOP 01431 wird abgerechnet, wenn im betreffenden Quartal kein Arzt-Patienten-Kontakt und keine Videosprechstunde stattgefunden hat. Die GOP 01431 ist eine Zusatzpauschale zu den GOP 01430 (Verwaltungskomplex), 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale) und 01820 (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung im Rahmen der Empfängnisregelung). Sie kann höchstens viermal im Arztfall berechnet werden, ist mit 3 Punkten (0,34 Euro) bewertet und wird extrabudgetär vergütet. Sie kann im Arztfall nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen und nicht neben anderen Leistungen (mit Ausnahme der 01430, 01435 und 01820) berechnet werden. Sie ist außerdem nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig. ■

Die Erstbefüllung der ePA soll in diesem Jahr mit 10 Euro vergütet werden.

handlungskontext in der ePA erfasst, verarbeitet oder gespeichert werden. Weiter ist eine Prüfung möglicher Gründe, welche der Übermittlung in die ePA entgegenstehen, obligat. Außerdem müssen die zu den Dokumenten gehörenden Metadaten

im Behandlungsfall berechnet werden, ist mit 15 Punkten (1,70 Euro) bewertet und wird extrabudgetär vergütet. Sie kann im Behandlungsfall nicht neben der Pauschale für die Erstbefüllung der ePA berechnet werden.

4. Quartal 2021

Ab Oktober 2021: Praxen müssen die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) über einen KIM-Dienst (E-Mail-Dienst für „Kommunikation im Medizinwesen“) an die Krankenkassen senden.

Voraussetzungen:

- eHBA 2.0
- KIM-Dienst
- Update mindestens auf eHealth-Konnektor (PTV3-Konnektor)
- PVS-Anpassung

1. Quartal 2022

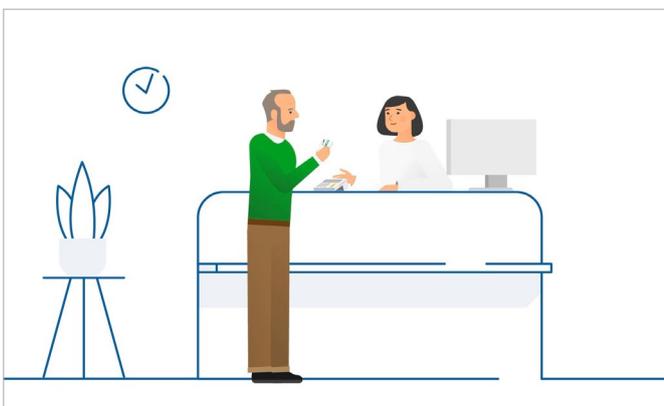
Ab Januar 2022: Die Nutzung des elektronischen Rezepts (eRezept) wird für alle Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtend. Zuvor (ab Juli 2021) soll es das eRezept als freiwillige Anwendung geben.

Voraussetzungen:

- eHBA 2.0
- Update mindestens auf eHealth-Konnektor (PTV3-Konnektor) — um die Komfortsignatur nutzen zu können auf ePA-Konnektor (PTV4)
- PVS-Anpassung

Die ePA im Praxisverwaltungssystem

Schritt-für-Schritt-Erläuterung: Die Gematik zeigt in einem Video, wie Praxen die ePA eines Patienten nutzen und eigene Dateien hochladen können.

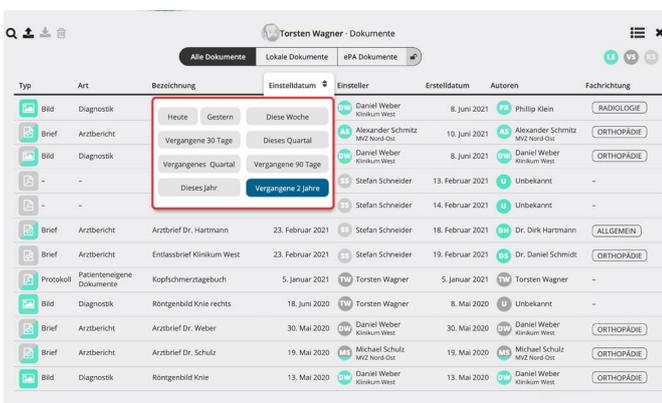


Wie erhalte ich Zugriff auf die ePA?

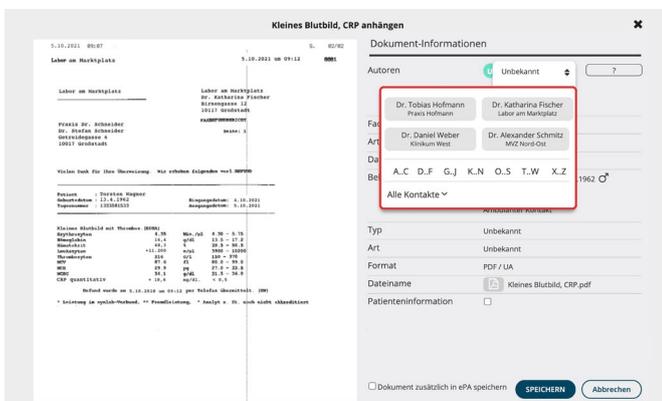
Sobald der Patient angemeldet und seine eGK eingele- sen ist, können Sie im Praxisverwaltungssystem prüfen, ob Sie Zugriff auf seine ePA haben.

Die Praxisverwaltungssysteme sind unterschiedlich und weichen in der Realität womöglich stark vom gezeigten Demonstrationssystem ab. In diesem Bei- spiel gibt es in der Patientenübersicht ein Feld, das den Status der ePA anzeigt (im Bild rechts unten, rot umran- det): Ist das Schloss geöffnet oder verriegelt? Damit die Praxis auf die ePA zugreifen kann, muss der Patient sei- ne Erlaubnis erteilen – entweder über sein Smartphone oder durch Eingabe seiner eGK-Pin am Kartenterminal.

In der Karteikarte des Patienten ist wie üblich Ihre ärztliche Dokumentation chronologisch aufgelistet. Mit dem Zugriff auf die ePA erscheinen nun auch Doku- mente von anderen Praxen oder medizinischen Einrich- tungen (rote Umrandung), die Sie aufrufen und lokal in Ihrem Praxisverwaltungssystem speichern können. Außerdem sehen Sie Dokumente, die der Patient selbst in die ePA gestellt hat, sofern er auch diese für Sie zur Einsicht freigeben hat.

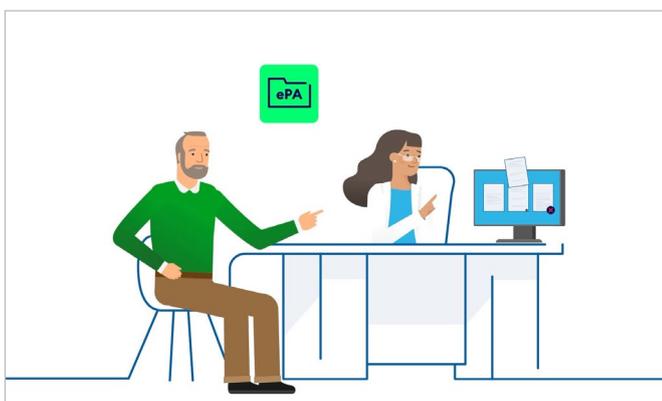


Sie benötigen ein bestimmtes Dokument? Anhand von Metadaten (z.B. Arztname, Datum – siehe rote Umrandung) können Sie danach suchen.



Wie befülle ich die ePA mit eigenen Dokumenten?

Sie haben ein Dokument erstellt, das für die Weiterbehandlung wichtig sein könnte. Bitte fügen Sie die passenden Metadaten hinzu (z.B. Arztname, Art des Dokuments – siehe rote Umrandung) und laden Sie eine Kopie davon mit einem Klick in die ePA hoch. In Ihrem Praxisverwaltungssystem bleibt das Originaldokument erhalten.



Besprechen Sie mit Ihrem Patienten, welche Daten Sie aus Ihrem Praxisverwaltungssystem in die ePA hochladen möchten.

Beim in diesen Bildern dargestellten Programm handelt es sich um eine fiktive Demo-Version der Gematik – nicht um ein echtes, lizenzfähiges Programm.

Quelle: YouTube-Video „Demonstration ePA im PVS“ (Gematik) www.youtube.com/watch?v=OV4aT-Ya-5Q



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

HEILMITTEL

Ich bin Hausarzt. Darf ich bei einem langfristigen Heilmittelbedarf auch mehr als sechs Einheiten verordnen und somit die orientierende Behandlungsmenge überschreiten?

Bei einer Diagnose aus der Liste "Langfristiger Heilmittelbedarf/Besonderer Behandlungsbedarf" kann der Bedarf für maximal zwölf Wochen auf einem Rezept verordnet werden.

Die orientierende Behandlungsmenge darf grundsätzlich bei allen Diagnosen überschritten werden, wenn es medizinisch notwendig ist; es dürfen so viele Verordnungen wie notwendig ausgestellt werden. Bitte beachten Sie: Für Diagnosen, die nicht in der Liste des „Langfristigen Heilmittelbedarfs/Besonderen Verordnungsbedarfs“ genannt sind, ist bei Überschreitung der orientierenden Behandlungsmenge in der Patientenakte eine entsprechende Dokumentation bzw. ein Vermerk vorzunehmen. Bei allen Verordnungen für nicht gelistete Diagnosen darf bei jeder neuen Verordnung jeweils nur die im Katalog genannte Höchstmenge aufgeschrieben werden (z.B. 6x/Verordnung).

FORMULARE

Meine Praxissoftware zeigt mir an, dass das Muster 40 für die Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei Männern nur noch bis Ende März ausgestellt werden konnte. Wie erfolgt seit April die Dokumentation?

Der Dokumentationsvordruck Muster 40 wurde zum 1. April abgeschafft. Hintergrund ist, dass die Nutzung des Musters 40 in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht mehr vorgeschrieben ist. Daher wurde es zum 1. April aus der Anlage 2 BMV-Ärzte gestrichen. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse erfolgt entsprechend der KFE-RL in der Patientenakte (vgl. § 26 KFE-RL).

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Ich habe ein Update meines E-Health-Konnektors bekommen. Gebe ich für die Kostenerstattung seitens der KV die Pseudo-GOP 96700 oder die 96701 an?

Um diese festgelegte Pauschale zu erhalten, setzen Sie einfach in dem Quartal, in dem mindestens eines der Module (eMP und/oder NFDM) betriebsbereit ist, bei mindestens einem Behandlungsfall bei jeder Ihrer Betriebsstätten (auch Nebenbetriebsstätten) die Pseudo-GOP 96700 für die Finanzierung an. Die Pseudo-GOP 96701 wird hingegen für die Einrichtung des KIM-Dienstes in Ansatz gebracht.

CORONA

Ich bin Hausärztin. Mein Patient wurde mit einem PoC-Test positiv getestet. Folgt jetzt ein Bestätigungs-PCR-Test?

Ja, in diesem Fall muss ein bestätigender PCR-Test durchgeführt werden. Für den Abstrich kann die GOP 88310 in Ansatz gebracht werden. Die Testung erfolgt entsprechend über das OEGD-Formular. Kreuzen Sie hierfür „Bestätigungs-PCR nach positivem Antigentest nach § 4b Absatz 1 TestV“ an.

CORONAIMPFUNG

An wen melde ich Nebenwirkungen im Zusammenhang mit einer Coronaimpfung?

Gemäß der ärztlichen Berufsordnung sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu melden. Die AkdÄ leitet diese pseudonymisiert an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) weiter.

Die entsprechenden (Online-) Formulare sowie weitere Infos finden Sie unter:

www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/index.html

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) besteht zudem neben der berufsrechtlichen Meldeverpflichtung eine gesetzliche Meldepflicht für über das übliche Maß hinausgehende Reaktionen nach einer Impfung an das Gesundheitsamt.

Zusätzlich können Ärztinnen und Ärzte Nebenwirkungen direkt an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder an das PEI digital melden. Ein Meldeformular finden Sie im Online-Portal unter dem Punkt „Impfen“.

BONUSHEFT

Ich habe soeben im Bonusheft meines Patienten die Bestätigung für eine Vorsorgeuntersuchung eingetragen (Stempel und Unterschrift). Kann ich den Eintrag ins Bonusheft abrechnen?

Nein. Das Ausfüllen eines Bonusheftes im Zusammenhang mit der Bestätigung von gesundheitsbewusstem Verhalten eines Versicherten gehört zur Vorsorgeuntersuchung und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden. Der Arzt muss diese Aufgabe allerdings nur dann ohne gesonderte Vergütung erledigen, wenn Durchführung und Dokumentation der Vorsorgeuntersuchung im selben Quartal erfolgen. Legt der Versicherte sein Bonusheft erst in einem späteren Quartal vor, stellt der Eintrag keine vertragsärztliche Leistung mehr dar und kann privat liquidiert werden (BMV-Ä § 36 Absatz 7). ■

Infocenter Tel: 22802-900



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



Neue Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung

Am 1. Mai 2021 ist eine überarbeitete Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung in Kraft getreten. Hier die wichtigsten Neuerungen:

- Die bisher getrennten Richtlinien für die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und in der fachärztlichen Weiterbildung wurden in einer Richtlinie zusammengefasst.
- Sollte bei Antragsstellung die sogenannte „Formale Zeitenbestätigung“ der Ärztekammer Hamburg nicht vorgelegt werden können, muss diese innerhalb von drei Monaten unaufgefordert nachgereicht werden. Es wird ein Bescheid mit aufschiebender Bedingung erteilt. Nach fristgemäßem Eingang und Überprüfung

der Fördervoraussetzungen werden die Fördergelder dann rückwirkend ausbezahlt. (Mit der „Formalen Zeitenbestätigung“ bestätigt die Ärztekammer, dass der noch abzuleistende Weiterbildungsabschnitt der Weiterbildungsordnung genügt und im Rahmen der Weiterbildung anerkannt wird.) Sollte die Formale Zeitenbestätigung nicht innerhalb von drei Monaten bei der KV eingehen, gilt die Förderung als von Anfang an nicht genehmigt. Ein Anspruch auf rückwirkende Förderung besteht nicht.

- Die Förderung ruht, wenn die Weiterbildung unterbrochen wird. Ausnahme: Bei Krankheitszeiten von insgesamt weniger als sechs

Wochen jährlich wird die Förderung aufrechterhalten; zu dieser Sechs-Wochen-Krankheitszeit zählen auch Kinderkrankentage. Die KV Hamburg zahlt dann allerdings nur den Differenzbetrag zu den Leistungen, welche die Praxis nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) erhält. Bitte melden Sie die Krankheitszeiten Ihrer Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an die KV, damit die Sechs-Wochen-Regelung umgesetzt werden kann (E-Mail: arztregister@kvhh.de). ■

Die neue Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung im Internet: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Recht und Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

**Ansprechpartnerin:
Abt. Arztregister
Nicole Schöwing, Tel: 22802-676
E-Mail: nicole.schoewing@kvhh.de**

SCHRITT FÜR SCHRITT IN EINE **BARRIEREFREIE** PRAXIS

Wie
barrierefrei
ist Ihre Praxis?
Wir beraten Sie
kostenlos!

Rund 126.000 Menschen in Hamburg haben eine Behinderung. Kommen Sie diesen Menschen entgegen - Schritt für Schritt.

Mit wenig Aufwand lassen sich große Effekte erzielen.

Wir beraten Sie gern und kostenlos.

Wir machen Ihre Pluspunkte sichtbar!

Alle Infos auch auf
kvhh.de/Barrierefreiheit



Veranlassung von Labordiagnostik

Wer ist für die Labordiagnostik zuständig, wenn ein Patient von mehreren Ärzten behandelt wird? Diese Frage wird immer wieder diskutiert, weil sich die Veranlassung von Labordiagnostik eventuell auf den Wirtschaftlichkeitsbonus auswirkt.

Grundsätzlich gilt: Zuständig (auch im wirtschaftlichen Sinne) für die Labordiagnostik ist derjenige Arzt, der das Laborergebnis für seine Diagnostik oder Behandlung benötigt – sofern die damit verbundenen Fragestellungen in sein Fachgebiet fallen. Im Zweifelsfall ist die Veranlassung einer Labordiagnostik mit dem mitbehandelnden Haus- beziehungsweise Facharzt abzustimmen.

Der Hausarzt ist demnach grundsätzlich zuständig für

- die Veranlassung von notwendiger Labordiagnostik im Zusammenhang mit einer Ausgangs-/Verdachtsdiagnose oder Behandlung
- die Veranlassung der Laborüberwachung bei der hausärztlichen Versorgung chronischer Erkrankungen
- die Veranlassung der Laborüberwachung von Dauertherapien beim Hausarzt – auch wenn diese Therapien ursprünglich vom Facharzt begonnen wurden

- die Veranlassung von Laboruntersuchungen im Zusammenhang beispielsweise mit der Überweisung zu einer radiologischen Auftragsleistung (z. B. zum Ausschluss des Risikos einer Nierenschädigung bei jodhaltigem Kontrastmittel)

Der Facharzt ist demnach grundsätzlich zuständig für

- die Veranlassung von Labordiagnostik, die er im Rahmen von differenzialdiagnostischen Überlegungen benötigt, um (gegebenenfalls auf Überweisung) eine fachärztliche Diagnose zu stellen
- die Veranlassung von Labordiagnostik oder Laborüberwachung im Zusammenhang mit einer Behandlung, die (derzeit) von ihm verantwortet wird
- die Veranlassung von Laboruntersuchungen im Zusammenhang beispielsweise mit der Überweisung zu einer radiologischen Auftragsleistung (z. B. zum Ausschluss des Risikos einer Nierenschädigung bei jodhaltigem Kontrastmittel). ■

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





Neue Cholesterinsenker im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung 2021

Die Wirkstoffe Bempedoinsäure und Inclisiran werden in der Hamburger Wirkstoffvereinbarung im Generikaziel für Lipidregulatoren (Nr. 13) mitgesteuert. Als patentgeschützte Originalpräparate dienen sie nicht der Zielerreichung. Rabattverträge werden aber positiv berücksichtigt.

BEMPEDOINSÄURE

Seit November 2020 ist Bempedoinsäure als Monopräparat (Nilemdo®) oder kombiniert mit Ezetimib (Nustendi®) auf dem deutschen Markt verfügbar.

Zugelassen sind beide Präparate zur Behandlung von Erwachsenen mit primärer Hypercholesterinämie (heterozygote familiäre und nicht familiäre) oder gemischter Dyslipidämie – begleitend zur Diät. Sie können allein oder zusammen mit Statinen und weiteren lipidsenkenden Medikamenten verordnet werden.

Nilemdo® darf gemäß Zulassung erst eingesetzt werden, wenn die Lipidspiegel mit der maximal verträglichen Statintherapie nicht ausreichend gesenkt werden konnten oder wenn Statine unverträglich oder kontraindiziert sind (1).

Nustendi® darf bei Statin-Intoleranz oder wenn Statine kontraindiziert sind erst eingesetzt werden, wenn die LDL-C-Ziele mit Ezetimib allein nicht erreicht werden konnten. Die Therapie von Nustendi® plus Statin setzt

voraus, dass die LDL-C-Ziele mit der maximalverträglichen Statin-Dosis zusätzlich zu Ezetimib nicht erreicht werden konnten (2).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für beide Präparate keinen Beleg für einen Zusatznutzen im Vergleich zu den festgesetzten zweckmäßigen Vergleichstherapien gesehen. Als Vergleichstherapien hatte der G-BA festgesetzt

- die maximal tolerierte medikamentöse Therapie nach Maßgabe des Arztes unter Berücksichtigung von Statinen, Cholesterinresorptionshemmern und Anionenaustauschern und
- Evolocumab oder LDL-Apherese (als „ultima ratio“ bei therapierefraktären Verläufen) ggf. mit begleitender medikamentöser lipidsenkender Therapie..

Kritikpunkte des G-BA waren u.a. unzureichend umgesetzte Therapien für Patienten im Begleitarm der Studie oder bei der Bewertung des Kombipräparates nicht geeignete Studiendaten durch zu kurze Studiendauer oder zu geringer Umfang der Studienpopulation (3).

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) kritisiert in ihrer Stellungnahme zur Bewertung der Bempedoinsäure, dass das Studienziel und Design der Studie (kurze Behandlungsdauer und begrenzte Patientenzahl) nicht auf patientenrelevante Endpunkte wie insbesondere Mortalität und kardiovaskuläre Morbidität zielt. Die LDL-C-Senkung sei hierfür eine unzureichende Surrogatvariable. Außerdem verweist die AkdÄ auf die erhöhten Risiken der Therapie mit Bempedoinsäure (z.B. signifikant mehr Therapieabbrüche aufgrund von UE, signifikant häufiger erhöhte Harnsäure im Blut und Symptome einer Gicht, signifikant häufiger renale Ereignisse) (4).

VERORDNUNGSFÄHIGKEIT VON LIPIDSENKERN

Bitte auch bei den neuen Wirkstoffen beachten!

Gemäß der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage III; Nr. 35 – www.g-ba.de) ist die Verordnung von lipidsenkenden Arzneimitteln zulasten der gesetzlichen Krankenkassen eingeschränkt. Eine Verordnung dieser Wirkstoffe ist demnach nur möglich

- bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK)
- bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20% Ereignisrate/ 10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren)
- bei Patienten mit genetisch bestätigtem Familiärem Chylomikronämie Syndrom und einem hohen Risiko für Pankreatitis

Vorsicht ist geboten bei der Kombination von Bempedoinsäure plus Statine (besonders bei Simvastatin): Bempedoinsäure erhöht die Statinspiegel und dadurch insbesondere das Risiko für Muskelbeschwerden.

Für einmal täglich 180 mg Bempedoinsäure (NILEMDO; nur als Packungen mit 28 Tbl. im Handel: 136 Euro) fallen Jahreskosten von 1.773 Euro an, für die Fixkombination mit 10 mg Ezetimib (NUSTENDI 98 Tbl.: 474 Euro) mit 1.767 Euro nahezu gleich viel. Das Monopräparat ist damit über 12,5-mal teurer als ein preiswertes Ezetimib-Generikum (142 Euro/Jahr, z.B. EZETIMIB ACCORD 100 Tbl.: 39 Euro). Der PCSK9-Hemmer Evolocumab (6.212 Euro/Jahr; REPATHA 6 Fertigtens: 1.434 Euro) kostet wiederum etwa das 3,5-Fache von Bempedoinsäure. Zum Vergleich: Einmal täglich 40 mg eines günstigen Simvastatin-Generikums kosten im Jahr rund 67 Euro (z.B. SIMVASTATIN STADA 100 Tbl. zu 40 mg: 18,31 Euro)(5).

INCLISIRAN

Inclisiran (Leqvio®) ist seit Dezember 2020 zugelassen. Inclisiran wird als einzelne subkutane Injektion zu Behandlungsbeginn, dann nach drei Monaten und anschließend alle sechs Monate verabreicht. Der Wirkstoff ist zugelassen bei Erwachsenen mit primärer Hypercholesterinämie (heterozygot familiär und nicht familiär) oder gemischter Dyslipidämie bei Statin-Intoleranz oder unzureichender LDL-C (Low Density Lipoprotein Cholesterin) Senkung unter der maximal tolerierten Statindosis. Begleitend soll eine diätetische Therapie erfolgen. Eine Kombination mit anderen lipidsenkenden Therapien ist möglich, bei Statin-Intoleranz oder Kontraindikationen gegen Statine auch eine Monotherapie.

Inclisiran wird als einzelne subkutane Injektion zu Behandlungsbeginn, dann nach drei Monaten und anschließend alle sechs Monate verabreicht. Der neue Cholesterinsenker ist seit

dem Februar 2021 in Deutschland im Handel. Der Beschluss des Bundesausschusses zur Bewertung im Rahmen der Frühen Nutzenbewertung wird voraussichtlich im Juli erwartet.

Die AkdÄ urteilt in ihrer Rubrik „Neue Arzneimittel“: „...Bisher wurden keine patientenrelevanten Endpunkte wie kardiovaskuläre Morbidität oder Mortalität hinreichend untersucht. Eine explorative Analyse schwerer kardiovaskulärer Ereignisse zeigte in den Zulassungsstudien keinen Unterschied in diesen Endpunkten zwischen den Studienarmen. Studienergebnisse zu kardiovaskulären Endpunkten werden erst ab 2024 erwartet. Eine Einordnung von Inclisiran in die derzeit verfügbaren Optionen einer lipidsenkenden Therapie zur Verringerung des kardiovaskulären Risikos ist somit nicht möglich“(6). ■

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

Quellen:

- 1) Fachinformation Nilemdo® Stand Februar 2021
- 2) Fachinformation Nustendi® Stand Februar 2021
- 3) G-BA Beschlüsse Bempedoinsäure und Bempedoinsäure/Ezetimib — in Kraft getreten 15.04.2021; www.g-ba.de → Bewertungsverfahren
- 4) Stellungnahmen der AkdÄ zu Bempedoinsäure und Bempedoinsäure/Ezetimib; www.akdae.de → Stellungnahmen → AMNOG → frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V
- 5) e a-t 1/2021b; www.arzneitelegramm.de
- 6) „Neue Arzneimittel“; www.akdae.de → Arzneimitteltherapie

VERDACHTSFALL ARZNEIMITTELMISBRAUCH

Meldung von 21. April 2021: Ein 24-jähriger Mann, versichert bei der AOK Nordwest, wohnhaft im PLZ-Bezirk 22179, gibt an, chronische, nachts besonders starke Schmerzen an der linken Hüfte zu haben. Er brauche nachts 2stdl 20mg Oxycodon. Er habe sich aus Verzweiflung den Rücken verbrannt und zeigt die Narben.

Er legt einen Bericht über eine Operation an der LWS und eine Bescheinigung über das Mitführen von BtM vor. Der von ihm als Hausarzt genannte Kollege in Uetersen sagt, dass die Bescheinigung gefälscht sei. Es hätten schon mehrere Hamburger Ärzte nachgefragt.

Wenn Sie bei einer Person einen Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch haben, können Sie dies melden, um Kolleginnen und Kollegen zu warnen: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Verordnung → Themenübersicht: Arzneimittel → Verdachtsfälle Arzneimittelmissbrauch → Meldebogen: Mitteilung über einen Verdachtsfall eines Arzneimittelmissbrauchs

Wir werden den Verdacht nach Prüfung so veröffentlichen, dass weder ein Rückschluss auf die meldende Praxis noch auf die Identität des Patienten möglich ist.



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

»Better evidence for a better world«

Die Campbell Collaboration untersucht die Wirksamkeit sozialer Interventionen – inspiriert von Methoden der evidenzbasierten Medizin.

VON DR. DAGMAR LÜHMANN IM AUFTRAG DES NETZWERKS FÜR EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)

B

„Better evidence for a better world“, so lautet der Slogan der Campbell Collaboration (<https://www.campbell-collaboration.org/>), einer Schwesterorganisation der bekannten Cochrane Collaboration. Nicht erst, seitdem die Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie Gesellschaften auf der ganzen Welt betreffen und ihre vielschichtigen Auswirkungen noch gar nicht in Gänze abzuschätzen sind, existierte die Forderung, dass auch soziale, politische oder ökonomische Entscheidungen auf der Basis valider empirischer Evidenz getroffen werden sollten.

Das Auffinden, Bewerten und Zusammenfassen solcher Evidenz für die Wirksamkeit und Sicherheit sozialer und ökonomischer Maßnahmen in systematischen Reviews hat sich die Campbell Collaboration auf die Fahnen geschrieben.

Die Campbell Collaboration wurde im Jahr 2000 als sozialwissenschaftliches Forschungsnetzwerk gegründet und hat den Status einer Non-Profit-Organisation. Sie formuliert als ihre übergeordnete Zielsetzung: „Campbell exists to help people make well-informed decisions about social and behavioural interventions.“

Derzeit gibt es koordinierende Gruppen zu folgenden Themenbereichen: Verbrechen und Justiz (Crime and Justice), Klima (Climate Solutions), Behinderung (Disability), Ausbildung (Education), Internationale Entwicklungen (International Development), Wohlfahrtspflege (Social Welfare) und Business & Management.

Der methodische Ansatz für die systematischen Reviews gleicht dem, der in der medizinischen Fachwelt besser bekannten Cochrane Collaboration sehr stark. Das geplante methodische Vorgehen bei einem Campbell-Review wird vorab als Protokoll veröffentlicht und einem Begutachtungsverfahren (Peer Review) unterzogen. Auch der abgeschlossene Review durchläuft vor Veröffentlichung ein Peer-Review-Verfahren.

All diese Schritte zielen darauf ab, die Validität der Review-Ergebnisse zu stützen und systematische Verzerrungen zu vermeiden. Im Vergleich mit den Cochrane Reviews zu medizinischen Fragestellungen sind die Reviews der Campbell Collaboration zu sozialwissenschaftlichen Fragestellungen oft deutlich aufwändiger und umfangreicher. Dies hat sowohl inhaltliche als auch methodische Gründe. Aus inhaltlicher Sicht handelt es sich bei den sozialen und ökonomischen Maßnahmen

zumeist um komplexe, theoriebasierte Interventionen, die für ihre Umsetzung stark abhängig sind von Kontextbedingungen. Zum anderen verfolgen die Reviews der Campbell Collaboration immer eine internationale Perspektive, sodass die Dokumentation der Kontextbedingungen in den Reviews einen großen Raum einnehmen muss, um die Übertragbarkeit von Studienergebnissen für die Nutzer beurteilbar zu machen.

Aus methodischer Sicht spielt es eine Rolle, dass sozialwissenschaftliche Forschungsergebnisse im Gegensatz zu medizinischen Forschungsergebnissen nicht nur in Fachzeitschriften publiziert, sondern auch in Monographien und so genannter „grauer Literatur“, wie z. B. Projektberichten an Auftraggeber, veröffentlicht werden – was den Aufwand für die Literaturrecherchen erheblich erhöht. Weiterhin werden in Campbell-Reviews für die Beurteilung der Wirksamkeit von Interventionen nicht ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (RCT) herangezogen, sondern auch andere vergleichende Studiendesigns – was den Aufwand für die Beurteilung der Verzerrungsrisikos und die meta-analytische Ergebniszusammenfassung erheblich erhöht.

Alle Campbell-Reviews und Protokolle werden im Open Access Journal der Organisation „Campbell Systematic Reviews“ veröffentlicht (<https://onlinelibrary.wiley.com/journal/18911803>).

Zwei Beispiele für Campbell-Reviews mit engem Medizinbezug:

2017 wurde ein systematischer Review zur Wirksamkeit von früh eingesetzten, digitalen Kurzinterventionen gegen riskanten Alkohol- und Cannabisgebrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen veröffentlicht (1). Dabei wurde die Altersgruppe zwischen 15 und 25 Jahren betrachtet, als „digitale Kurzintervention“

wurden via elektronische Medien umgesetzte Kurzprogramme zur Prävention bzw. Therapie von Alkohol- bzw. Cannabismissbrauch definiert, als Kontrolle diente keine Intervention, Warteliste oder eine andere Kurzintervention. Als Endpunkte wurden der mittels validierter Skalen gemessene Alkohol- bzw. Cannabiskonsum herangezogen.

Dabei wurden Kurzzeiteffekte (bis zu 6 Monaten) und Langzeiteffekte (länger als 6 Monate) unterschieden. Die Recherchen nach randomisierten und quasi-randomisierten Studien wurden in 11 elektronischen Literaturdatenbanken und vier Datenbanken für graue Literatur umgesetzt. Zusätzlich wurde in Studienregistern recherchiert und Kontakte zu Experten im Themengebiet aufgenommen.

Die zusammengefassten Ergebnisse zeigten – bei mäßiger bis schwacher Qualität der Evidenz –, dass Programme gegen riskanten Alkoholkonsum, in denen die Teilnehmer ein Feedback erhielten, vor allem positive Kurzzeiteffekte zeigten. Auch die wenigen Programme gegen riskanten Cannabiskonsum, die mit Feedback arbeiteten, zeigten – wenn auch kleine – kurzzeitige Effekte. Unerwünschte Wirkungen wurden nicht berichtet.

Die Autoren schließen als Implikation für die Praxis, dass vor dem Hintergrund der bestehenden Evidenz digitale Kurzinterventionen gegen Alkohol- und Cannabiskonsum auch aufgrund ihrer einfachen Umsetzbarkeit und der Affinität der Zielgruppe zu digitalen Medien eine kostengünstige Option zum Umgang mit dem Problem riskanter Alkohol- und Cannabiskonsum sein könnte. Weiterhin formulieren sie Forschungsbedarf im Hinblick auf Interventionen gegen Cannabiskonsum. Details zu den Programmen und ihrer Umsetzung sind dem umfangreichen Tabellenanhang des Review zu entnehmen.



Zu den neuesten Campbell-Reviews gehört die 2021 publizierte Aktualisierung eines Reviews zur Effektivität von schulbasierten Interventionen gegen Mobbing (2). Die Aktualisierung baut auf einer Vorgängerversion des Review auf, in der bereits 53 kontrollierte Studien analysiert wurden. Eingeschlossen wurden experimentelle und quasi-experimentelle Primärstudien, die die Wirksamkeit von schulbasierten Anti-Mobbing-Programmen bei Schülern zwischen 4 und 18 Jahren evaluiert haben.

Zur Ergebnismessung von Täterschaft bzw. Opferschaft mussten quantitative Daten, z. B. per Selbstausschlechts- oder Lehrerfragebogen erfasst worden sein.

Auch hier fand eine umfassende Literaturrecherche in 10 elektronischen Literaturdatenbanken, Datenbanken für graue Literatur und durch Expertenkontakte statt. Die Studienergebnisse wurden mithilfe verschiedener meta-analytischer Verfahren zusammengefasst und auf Konsistenz geprüft. Wichtige Information für Nutzer des Review ist zum einen die übergreifende Feststellung, dass durch Anti-Mobbing-Programme in Schulen positive Effekte hinsichtlich der Mobbing-Täterschaft (Reduktion um im Mittel 10-20%) und Mobbing-Opferschaft (victimization) (Reduktion um im Mittel 15-16%) zu erzielen sind. Zum anderen unterstützt die sorgfältige und differenzierte Beschreibung der einzelnen Programme bei der Adaptation auf eigene Kontexte bzw. Entwicklung eigener Programme.

„Evidence and gap maps“ (EGM) sind ein weiterer Publikationstyp der Campbell Collaboration. Auch hierbei handelt es sich um systematische Literaturanalysen, die allerdings keine eng umschriebenen Fragestellungen

adressieren, sondern versuchen, ein ganzes Themengebiet in seiner Breite abzudecken. Ziel der EGM ist, aufzuzeigen, zu welchen Aspekten innerhalb des Themengebietes schon viel und zu welchen eher wenig oder keine Evidenz vorliegt, und so auf Forschungsbedarf aufmerksam zu machen. Ein Beispiel für ein EGM zum Thema Interventionen gegen Kindesmisshandlung in Institutionen findet sich auf der Internetseite der Campbell Collaboration (<https://www.campbellcollaboration.org/better-evidence/institutional-responses-to-child-maltreatment.html>).

Im Zuge der Bekämpfung der Coronapandemie engagiert sich die Campbell Collaboration in unterschiedlichen Kontexten. Unter anderem wird das von der McMaster University in Kanada initiierte internationale COVID-END Netzwerk (<https://www.mcmasterforum.org/networks/covid-end>) unterstützt, welches seinerseits das Ziel hat, Entscheidungsträger mit der bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz zum Umgang mit der Coronapandemie zu unterstützen. Eine weitere Aktivität umfasst eine Zusammenstellung von 50 Campbell-Reviews zu unterschiedlichen gesellschaftlichen Aufgaben, die im Kontext der Pandemiebekämpfung wichtig sind, in einer virtuellen Zeitschriftenausgabe (3). ■

Dr. med. Dagmar Lühmann

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kontakt: EBM-Netzwerk

E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de

Tel: 030 / 308 336 60

Literatur:

1. Smedslund G, Wollscheid S, Fang L, Nilsen W, Steiro A, Larun L. Effects of early, computerized brief interventions on risky alcohol use and risky cannabis use among young people. *Campbell Systematic Reviews*. Januar 2017;13(1):1–192.
2. Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews* [Internet]. Juni 2021 [zitiert 11. Mai 2021];17(2). Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cl2.1143>
3. Aloe A, Barends E, Besharov D, Bhutta Z, Cai X 'Cindy', Gaarder M, u. a. Editorial: Fifty Campbell systematic reviews relevant to the policy response to COVID-19. *Campbell Systematic Reviews* [Internet]. September 2020 [zitiert 11. Mai 2021];16(3). Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cl2.1107>





Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- 4. Nachtrag zur Vereinbarung nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Vereinbarung) mit dem vdek (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

- 4. Nachtrag zur Vereinbarung nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Vereinbarung) mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic und der KNAPPSCHAFT (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 3/2021 wurde die Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2021 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Vertrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 3/2021 wurde der 6. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung gem. § 106b Abs. 1 SGB V unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: Austausch von Anlagen in Verträgen

- Anlage 1 zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 27. April 2021:

Die Liste wurde wie folgt aktualisiert:

BKK B. Braun Aesculap hat ihren Beitritt zum Hautkrebsvorsorge-Vertrag erklärt.

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

Leserbrief

KVH-Journal Nr. 5/2021, Titelbild

Wir sind doch nicht im Krieg!

Als Mitglied der KV Hamburg, als impfender Dialysearzt und als Privatmensch, der versucht, sich einen Rest gesunden Menschenverstandes in diesen turbulenten Zeiten zu bewahren, wundere ich mich doch sehr über die Titelseite des neuen *KVH-Journals*!

„Auf breiter Front“ steht da, und abgebildet ist ein Kampfjet-Cartoon, der eher aus dem Krieg der Sterne oder einem alten Wehrmachtjournal abgekupfert scheint. Ja sind Sie denn noch zu retten? Das ist geschmacklos und deplatziert, um es milde auszudrücken. Wir sind doch nicht im Krieg! Wir sollten alle bitte die Nerven bewahren und auf unsere Sprache achten!

Schon Titel und Abbildung einer der letzten Ausgaben („Hamburg impft“), darunter ein attackierender Ritter mit voller Montur und Lanze, war mehr als grenzwertig. Zumal rein inhaltlich zu der Zeit die Impfungen nur schleppend voran gingen, das Impfzentrum noch relativ leer war und viele Menschen von Fortschritt und Procedere enttäuscht waren, trotz der seit Anfang Januar erhaltenen Impfeinladungen.

Es wird ein Arztbild suggeriert, das mehr einem kämpfenden Gesundheitsoffizier zu entsprechen scheint. Davon distanzieren mich ausdrücklich! Bitte sehen Sie von solchen martialischen Aufmachungen ab.

Prof. Dr. Joachim Gloy,
Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
in Harburg

Infocenter, Tel: 22 802 - 900



Die Sportvereine unterstützen!

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

Durch das Herunterfahren des Wettkampfsports gibt es weniger Sportverletzungen. Alleine das Ausfallen der Skisaison dürfte in den spezialisierten Praxen und Kliniken der alpinen Skiorte zu ordentlichen Umsatzeinbußen geführt haben.

Den Ärzten in Hamburg hingegen bleibt genug Beschäftigung – nur das Spektrum der Erkrankungen ändert sich. Statt mit Umknicktrauma und Tennisellenbogen haben wir es jetzt verstärkt mit Homeoffice-Rücken und Corona-Wampe zu tun.

aber für die große Mehrheit ist sie eine der wichtigsten Triebkräfte. Dass Sport gesund ist, denken viele. Dieser vernünftige Grund bringt einen kurz nach Sylvester zwar dazu, endlich mal wieder Sport zu treiben. Aber um das nach Ostern und Pfingsten auch durchzuhalten, hilft es sehr, wenn der Sport auch Spaß macht und das Gruppenleben gleichermaßen Freude wie Verpflichtung erhöht.

Wenn nach der Pandemie Bilanz gezogen wird, dann dürfte sich das

den Zusammenhalt der Mitglieder, was gerade während des Lockdowns eine große soziale Bedeutung hatte. So wie in Bergedorf dürfte es an vielen Orten der Republik gelaufen sein.

Auf die angeblich so überforderten Behörden konnten die Vereine dabei nicht unbedingt rechnen. In Hamburg hatten sie Zeit genug, um stattdessen den Vorsitzenden unseres Vereins im Oktober mit einem Bußgeld von 5000 Euro zu belegen, weil sechs Monate zuvor zwei junge Skater auf der vom Verein schon geschlossenen Skateranlage ihre Runden drehten. Der Verein hätte für die nicht umzäunte Anlage wohl einen Wachdienst einstellen müssen, um zu verhindern, dass Coronaviren auf Skateboards ihr Unwesen treiben.

Statt Sport draußen, oder wie unser Verein es tat, im Freien unter einem offenen Zeltdach zu ermöglichen, wurde viel zu viel verboten. Jetzt brauchen wir eine schnelle Korrektur. Der Sport muss wieder auf die Beine kommen. Dafür brauchen die Sportvereine auch die Unterstützung von uns Ärzten und Psychotherapeuten. Wir sollten ganz gezielt und noch mehr als sonst, unseren Patienten empfehlen, Mitglied in einem Sportverein zu werden. Wir nehmen uns damit keine Arbeit weg, aber alle unsere Präventionsbemühungen werden dadurch erfolgreicher sein.

Dr. Matthias Soyka ist Orthopäde und Buchautor. www.dr-soyka.de; YouTube Kanal: Dr. Matthias Soyka – Hilfe zur Selbsthilfe

Die Geselligkeit beim Sport erhöht gleichermaßen Freude und Verpflichtung.

Denn das Fehlen ihrer sportlichen Aktivitäten bekommt unseren Patienten gar nicht gut. Während am Anfang noch viele Menschen diszipliniert ihre Joggingrunden im Stadtpark drehten und zuhause fleißig ihre YouTube-Fitnessprogramme absolvierten, lässt in den letzten Monaten die Disziplin bei den meisten nach.

Jetzt wird deutlich, wie wichtig die Sportvereine für die Gesundheit der Bürger sind. Es geht eben nicht nur darum, Sportplätze und Geräte zur Verfügung zu stellen, sondern auch um die gegenseitige Motivation, die Gemeinsamkeit und die Geselligkeit beim Sport.

Nicht jeder braucht diese kommunikative Seite des Vereinslebens,

zu rigoreuse Herunterfahren des Vereinssports als einer der größten Fehler erweisen, der möglicherweise auch noch Langzeitfolgen hat. Denn die Mitgliederzahlen der Sportvereine sinken. In dem Verein, den ich als Vereinsarzt betreue, lag die Mitgliederzahl erstmalig seit zwei Jahrzehnten unter der Marke von 10000. Das lag weniger an Austritten von Mitgliedern, sondern an fehlenden Neueintritten, wodurch sich die Bilanz der natürlichen Fluktuation ins Negative drehte.

Der Verein hielt dagegen, machte online Angebote für die Mitglieder, bot in den großen Wohnsiedlungen „Balkonsport“ an, den Trainer auf dem Rasen vor den Hochhäusern choreographierten. Und er sorgte für

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Jan Ter-Nedden**
Mitglied des Beratenden Fachausschusses angestellte Ärzte
und Psychotherapeuten

Name: **Dr. Jan Ter-Nedden**

Geburtsdatum: **11.11.1980**

Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**

Fachrichtung: **Dermatologie**

Weiter Ämter: **kooptiertes Vorstandsmitglied im Berufsverband Deutscher Dermatologen, stellv. Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja! Mein Ziel war das Arbeiten für Patienten und mit Menschen in einem anspruchsvollen, niemals gleichen Setting.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Der Wunsch nach Mitgestaltung, die Möglichkeit der Partizipation an Entscheidungsprozessen und das Ziel, den ärztlichen Beruf auch in Zukunft attraktiv zu halten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Junge Ärzte haben im Rahmen der Facharztausbildung keinen Kontakt zu den KVen. Der erst späte Kontaktpunkt sollte vorverlegt werden, die KV als Partner bereits früher wahrgenommen werden. Bestehende Hürden durch wie auch immer geartete Ressentiments und falsche Erwartungen können mit einer offenen und sachorientierten Darstellung der KV abgebaut werden.

Der demographische Wandel, die Tendenz zur ambulanten Versorgung auch hoch komplexer Erkrankungsbilder und die zunehmenden personellen Engpässe sind nur einige der Punkte, welche wir in den Praxen in den nächsten Jahren meistern müssen - lassen sie es uns gemeinsam angehen und zusammen die zukünftige Patientenversorgung gewährleisten.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?

Um dem Zustrom der Patienten auch in Zukunft gerecht zu werden, müssen wir die nachfolgenden Generationen von Medizinerinnen aufbauen. Neben der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung sehe ich hier auch zunehmend die Problematik, dass junge Kollegen nur schwer zu dem Modell der "eigenen Praxis" kommen.

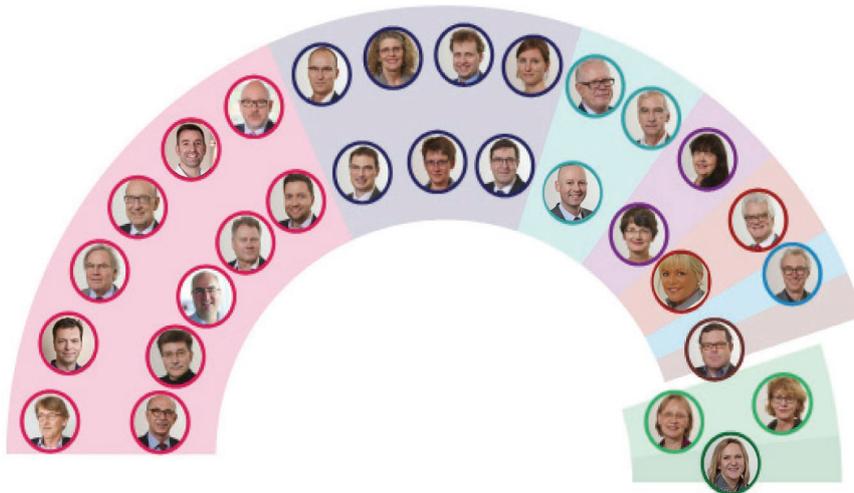
Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Eine angestrebte Selbstständigkeit in der eigenen Praxis in Verbindung mit der Weitervermittlung dieses tollen, individuellen und verantwortungsvollen Berufsbildes an folgende Generationen. ■



VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 20.10.2021 (ab 19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

**JEWELNS VOM
1. BIS 15. KALENDERTAG DES
NEUEN QUARTALS**

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie im Internet:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

**FORTBILDUNGEN
FÜR MFA**

Aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie im Internet:
www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

DAS ONLINE-ARCHIV



2/2021

3/2021

4/2021

5/2021

Sie suchen Texte aus einer zurückliegenden Ausgabe des KVH-Journals?
Unser Archiv finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (oben rechts)
Menü → Presse → Publikationen → KVH-Journal

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de → Fortbildung → Termine
Oder über QR-Code



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

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNGEN

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. 27.8.2021 (14.30 - 17 Uhr)
Fr. 19.11.2021 (14.30 - 17 Uhr)

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

**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).

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Brain at Work – Intelligenter arbeiten, mehr erreichen

Wie wir mithilfe der Neurowissenschaft die Mechanismen unseres Gehirns effektiv nutzen und so zu Spitzenleistungen gelangen können

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 2.6.2021 (18 - 21 Uhr)

(unter Einhaltung der Hygiene-Regeln)

Kopfschmerz und Migräne

Neue Optionen und Erfahrungen mit modernen Behandlungsmethoden

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 22.9.2021 (18 - 21 Uhr)

(unter Einhaltung der Hygiene-Regeln)

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

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
Anmeldung bitte per E-Mail an:
praxis@neurologiewinterhude.de



3. Hamburger Versorgungsforschungstag

Save the Date: 1. September 2021

MVZ - Der Vertragsarzt im Haifischbecken?

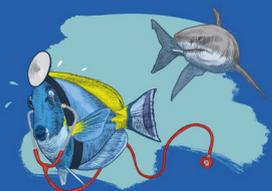


Illustration: Sebastian Haslauer

Eine Hybrid-Veranstaltung der



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!

