

# KVH *journal*

## DOKTOR NOSTRADAMUS

*Kann man Volkskrankheiten  
anhand der Gene vorhersagen?*



**FORMULARÄNDERUNGEN**  
*Übersicht und Ausblick*

**INTERESSENKONFLIKTE**  
*Fortbildung braucht Unabhängigkeit*

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](mailto:redaktion@kvhh.de)

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

Ausgabe 1/2019 (Januar 2019)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

2019 ist für die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg ein ganz besonderes Jahr. Vor einem Jahrhundert – ganz genau am 18. Juni 1919 – gründete der praktische Arzt Dr. Julius Adam die „Vereinigung der Kassenärzte Großhamburgs“ und mit ihr die unmittelbare Vorläuferorganisation der KV Hamburg.

100 Jahre Kassenärztliche Vereinigung Hamburg – das bedeutet: gelebte Selbstverwaltung, Einsatz für die Qualität der Versorgung, ärztliche Solidarität.

Die Idee, die der KV zugrunde liegt, ist zu einer Erfolgsgeschichte geworden. Es ging damals darum, der Übermacht der Krankenkassen, die willkürlich entscheiden konnten, welche Ärzte für sie Leistungen erbringen durften und welche nicht, eine starke Verhandlungsmacht entgegenzustellen. Die Ärzte wollten nicht länger durch die Kassen gegeneinander ausgespielt werden und sie wollten zusätzlich feste Preise durchsetzen. Es ging um ärztliche Autonomie, um Selbstbestimmung und um drei wesentliche Forderungen: den Kollektivvertrag, die Einzelleistungsvergütung und die freie Arztwahl.

Ohne falsche Bescheidenheit können wir behaupten: Es ist in hohem Maße den Ärzten und ihrem Kampf für diese Forderungen zu verdanken, dass wir heute ein Gesundheitssystem haben, um das uns alle Welt beneidet.

Umso unverständlicher ist es, dass die Politik seit Längerem die Grundlagen wieder infrage stellt, auf denen unser System beruht: Die Budgets widersprechen seit ihrer Einführung in den 1980er Jahren dem Gedanken der Freiberuflichkeit und der Forderung nach Einzelleistungsvergütung und festen Preisen.

Die Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltung werden ohne Grund immer weiter eingeeengt, indem der Staat durch kleinteiligste Regelungen auf die Versorgung einwirkt.

Wenn zudem Krankenhäusern und renditeorientierten Finanzinvestoren der Zugriff auf Praxen und MVZ ermöglicht wird, dann werden Kräfte entfesselt, die die ambulante Versorgung der Patienten steuern, ohne eigentlich mit ihr zu tun zu haben.

Dadurch werden die Grundfesten unseres Systems erschüttert; die Vorteile bleiben indes im Verborgenen. Unsere Aufgabe als KV ist es, auf die Gefahren hinzuweisen und zu versuchen gegenzusteuern.

Aus der 100jährigen Geschichte unserer Institution lernen wir, dass es sich für die Selbstverwaltung zu kämpfen lohnt. Dies verbindet uns heute mit den Hamburger Ärztinnen und Ärzten, die vor hundert Jahren die KV gründeten. Wir dürfen nicht nachlassen, der Politik, der Öffentlichkeit und auch dem ärztlichen Nachwuchs dies immer vor Augen zu führen.

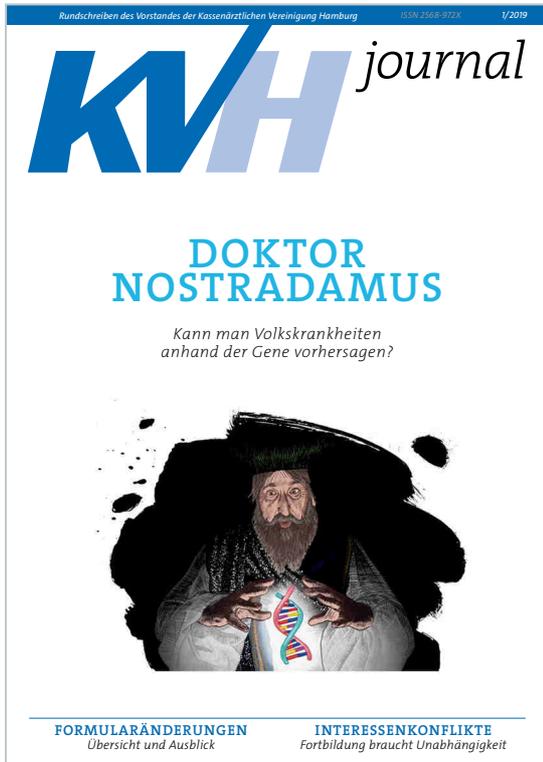
**Ihre Caroline Roos,**  
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

---

### KONTAKT

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

**Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**SCHWERPUNKT**

- 06\_ Nachgefragt: Zum klinischen Nutzen von Gentests für Volkskrankheiten
- 08\_ DNA-Horoskop: Wie präzise sind Vorhersagen auf Grundlage polygener Scores?

**FORUM**

- 13\_ Kaspar-Roos-Medaille für Dr. Klaus-Otto Allmeling

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 14\_ Fragen und Antworten
  - 16\_ Überblick: Formularänderungen 2018
  - 18\_ Homöopathie: Neue Formulare für Verträge mit IKK classic und Securvita BKK
- Hautkrebs-Screening: Änderung der elektronischen Dokumentation
- Aktualisierte Patienteninformationen zu Asthma, Herzschwäche, Melanom, Endometriose

**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.



**19\_** Verordnung von Kompressionsstrümpfen und Lymphdrainagen bei Lipödemem

#### QUALITÄT

**19\_** QEP-Einführungsseminar für Psychotherapeuten

#### ARZNEI- UND HEILMITTEL

**20\_** Schwerwiegende allergische Rhinitis: freiverkäufliche Glukokorticoid-Nasensprays wieder verordnungsfähig

**21\_** Sprechstundenbedarf: Vorsicht, Regressgefahr!

#### SELBSTVERWALTUNG

**26\_** Versammlung des Kreises 18

**27\_** Versammlung des Kreises 19

**28\_** Steckbrief: Dr. Bernward Heidland

#### RUBRIKEN

**02\_** Impressum

**03\_** Editorial

#### AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

**15\_** Bekanntmachungen im Internet

#### NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

**22\_** Interessenkonflikte auf Fortbildungsveranstaltungen

#### KOLUMNE

**25\_** Zwischenruf von Dr. Matthias Soyka

#### FORUM

**29\_** Leserbrief

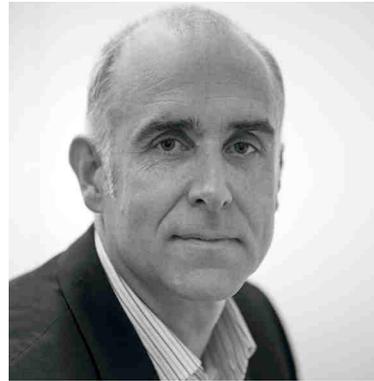
#### TERMINKALENDER

**30\_** Termine und geplante Veranstaltungen

#### BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3: Mauricio Bustamante; Seite 7 (rechte Seite): Helmholtz Zentrum München; Seite 9: Arne Sattler; Seite 13: Axentis Lopata; Seite 15: Felix Faller/Alinea; Seite 26 und 27: Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Seite 27 und 30: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

## Was nützen Gentests zur Vorhersage von Volkskrankheiten?



**Prof. Dr. Christian Kubisch**

Facharzt für Humangenetik und Direktor  
des Instituts für Humangenetik am  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

### Klinischer Nutzen ist völlig unklar

Polygene Risikoscores sind derzeit ein großes Thema in der Genetik. Man hofft, dieses Instrument in die Risikobewertung für multifaktorielle Krankheiten einbeziehen zu können – zumindest bei Personen, bei denen ein genetisches Risiko im Extrembereich vorliegt. Doch bislang ist der klinische Nutzen noch völlig unklar. Bei monogenen Krankheiten, deren Auftreten mit einer Mutation in einem einzelnen Gen zusammenhängt, kann man die Risiken genau beziffern – und in einer zunehmenden Zahl von Fällen auf das Ergebnis eines Gentests abgestimmte Vorsorge- oder Therapieangebote machen. **Davon sind wir bei den multifaktoriellen Krankheiten noch weit entfernt. Der durch die Scores erklärbare Anteil der individuellen Unterschiede für das Krankheitsrisiko schwankt je nach Krankheit von einigen wenigen bis vielleicht 30 Prozent.** Ob es sinnvoll ist, darauf spezifische Versorgungsstrategien aufzubauen, müssen klinische Studien erst noch zeigen. ■



**Prof. Dr. Klaus Zerres**

Facharzt für Humangenetik und  
Direktor der Akademie Humangenetik  
(Einrichtung der Deutschen Gesellschaft  
für Humangenetik e.V.)

## Risikopersonen sind ohne Test erkennbar

Volkskrankheiten sind meist multifaktoriell bedingt und entstehen dann durch ein Zusammenspiel äußerer Einflüsse mit einer meist sehr komplexen genetischen Disposition. Fortschritte der Genomsequenzierung und der Verfügbarkeit sehr großer Vergleichsdatenmengen (big data) haben die Möglichkeiten der Angabe statistischer Erkrankungsrisiken deutlich verbessert, obwohl vielfältige teilweise sehr fragwürdige Gentestangebote auch über das Internet seit vielen Jahren vertrieben werden. Das Grundproblem bleibt: Was bedeutet etwa die Angabe eines 1,3-fach erhöhten Risikos für eine kardiovaskuläre Erkrankung? Wir können heute bereits ohne Tests gewissermaßen auf der Straße Personen mit deutlich höheren Erkrankungsrisiken identifizieren. Der ärztliche Rat (bessere Ernährung, Gewichtsreduktion, mehr Sport, nicht rauchen) ist unabhängig von statistischen Risiken für alle gut. **Solange wir keine verlässlichen Belege dafür haben, dass das Wissen um eine statistische Risikoerhöhung einen messbaren medizinischen Nutzen für untersuchte Personen darstellt und sich in der Folge zum Beispiel deren gesundheitsbewusstes Verhalten ändert und dadurch deren Gesundheit verbessert, sind derartige Tests vor allem ohne individuelle Kenntnis der untersuchten Person und ihrer Lebensumstände medizinisch äußerst problematisch.** ■



**Dr. Harald Grallert**

Molekularbiologe und Arbeitsgruppenleiter  
in der Abteilung für Molekulare Epidemiologie –  
Diabetes and related traits (MED ART) des  
Helmholtz-Zentrums München

## Individuelle Vorher- sage ist schwierig

Mit Hilfe polygener Risikoscores kann man abschätzen, ob bei einer Teilgruppe ein erhöhtes Krankheitsrisiko im Vergleich zur Gesamtgruppe vorliegt. Etwas völlig anderes ist es, wenn eine Person sich genotypisieren lässt und dann ganz konkret wissen möchte: „Bekomme ich die Krankheit oder nicht?“ Das wird nicht funktionieren – zumindest nicht bei komplexen Krankheiten wie Typ-2-Diabetes, da hier auch andere Einflussfaktoren wie die Umwelt oder der Lebensstil eine entscheidende Rolle spielen.

Wir hatten gehofft, mit Hilfe polygener Scores präzise Vorhersagen machen zu können. Doch es hat sich herausgestellt, dass die Vorhersagen anhand klassischer Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht und BMI immer noch am verlässlichsten sind.

**Klinische Relevanz werden polygene Scores wohl zunächst auf einem anderen Gebiet bekommen: bei der Frage, welches Medikament bei einem bestimmten Diabetiker am wirksamsten ist.** Wir sind auf einem guten Weg, diese Verfahren so zu perfektionieren, dass wir sie in die Klinik bringen können. ■

# »Große Unsicherheiten«

Wissenschaftler haben Gentests zur Vorhersage von Volkskrankheiten entwickelt. Ein Meilenstein für die medizinische Grundversorgung?  
Der Risikoforscher **DR. FELIX REBITSCHKE** erläutert die Aussagekraft der Ergebnisse für die Individualdiagnostik.



## Was könnte ein Arzt oder ein Patient mit einem Test anfangen, der die genetische Disposition für Volkskrankheiten bestimmt?

**REBITSCHKE:** Der Versuch, Risikofaktoren für Volkskrankheiten zu identifizieren, ist ja nicht neu. Bisher ging es dabei vor allem um Umweltfaktoren und Verhalten: körperliche Bewegung, Ernährung, Lebensumstände. Medizinisch wurden körperliche Faktoren wie beispielsweise Blutdruck und zumindest für ausgewählte Krankheitsrisiken auch die familiäre Vorbelastung miteinbezogen. Für eine gesunde Person, die nun vor der Frage steht, ob sie sich einem Test zur genetischen Disposition für verschiedene Volkskrankheiten unterziehen soll, ist zunächst

wichtig zu wissen: Was ist das für ein Test? Wie ist das Ergebnis zu interpretieren? Und: Welche möglichen Nutzen und Schäden hat das Ergebnis für mich?

### Beginnen wir mit der ersten Frage: Was ist das für ein Test?

**REBITSCHKE:** Der Test wird mithilfe einer persönlichen Probe genetischen Materials durchgeführt und soll einen sogenannten polygenen Score für ein Erkrankungsrisiko liefern. Die Probe wird auf eine Vielzahl von Genabschnitten hin untersucht. Die dort vorzufindenden Genvarianten wurden zuvor in genomweiten Assoziationsstudien unterschiedlich stark mit einer bestimmten Krankheit in Verbindung gebracht. Bei solchen genomweiten

Assoziationsstudien untersucht man, welche Genvarianten häufig in einer Gruppe zu finden sind, bei der die Krankheit auftritt – im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, bei der die Krankheit nicht auftritt. Man versucht also herauszufinden: Welche Genvarianten tragen dazu bei, dass eine Krankheit verursacht oder gefördert wird? Es ist ein korrelativer Big-Data-Ansatz. Mit den in den Assoziationsstudien identifizierten Genvarianten lässt sich letztlich zumindest ein bestimmter Anteil des Erkrankungsrisikos erklären – bei Diabetes beispielsweise sind es etwa 20 Prozent.

**Es geht also um die Frage, welche Genvarianten statistisch mit dem Auftreten der Krankheit assoziiert**



**Dr. Felix Rebitschek** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Harding-Zentrum für Risikokompetenz des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung und Projektleiter des RisikoAtlas ([www.risikoatlas.mpg.de](http://www.risikoatlas.mpg.de)) zur Verbraucherbildung bei Problemen des Risikos und der Unsicherheit.

### **sind. Man erfährt nichts über die kausale Wirkungskette?**

**REBITSCHKEK:** Naja, die Studien sagen schon etwas über eine kausale Richtung aus: Wenn man eine Gruppe von Kindern untersuchen würde, wäre klar: Die Häufung bestimmter Genvarianten führt kausal zur späteren Ausprägung der Krankheit. Nicht umgekehrt. Aber den gefundenen Assoziationen liegt ein Gewirr von Kausalitäten zugrunde. Man kennt nicht die Funktion der Genvarianten oder die genauen Wirkungswege: Welche Genvariante reguliert auf welchen Umwegen die Expression? Welche Genvariante sorgt dafür, dass eine andere aktiv wird – oder eben nicht aktiv wird? Und es wird immer ein Zusammenspiel mit der konkreten Umwelt geben. Es geht

also nicht darum, Diabetes-Gene oder Herzinfarkt-Gene zu finden. Man findet Risiko-Genvarianten, die mit der Empfänglichkeit für das Auftreten der Krankheit zu tun haben. Deswegen ist schon wichtig: Es sind nur Korrelationen.

### **Und wie werden die polygenen Scores erstellt?**

**REBITSCHKEK:** Polygene Scores vereinigen viele kleine Wirkungen verschiedener Genvarianten auf bestimmte Erkrankungsrisiken hin. Ein üblicher Scoring-Algorithmus summiert eine Liste interessierender Genvarianten, die nach ihrem Abschnitt und ihrer Wirkung gemäß den Assoziationsstudien gewichtet werden. Die Güte eines solchen polygenen Scores hängt von seiner

prognostischen Qualität ab. Das heißt: Wenn der Score in einer weiteren Studie angewandt wird, sollte er die Menschen mit einer gewissen Sicherheit bestimmten Risikogruppen zuordnen können. Wenn ich 1000 Menschen teste, könnte ich also zum Beispiel sagen: Diese 30 Menschen haben im Vergleich zum Rest der Gruppe ein erhöhtes Risiko, weil ihr Score eine vordefinierte Schwelle überschreitet. Es ist aber wichtig zu unterscheiden: Für eine individuelle Vorhersage sind diese Modelle nicht konzipiert. Auf der Ebene des Einzelnen ist das Ergebnis mit großen Unsicherheiten verbunden.

**Nehmen wir an, ich versuche es trotzdem: Ich lasse einen Gentest machen, und es stellt sich heraus:**

**Mein durch den Score erklärbares Risiko, eine bestimmte Krankheit zu bekommen, ist um 50 Prozent erhöht. Vielleicht erhalte ich sogar noch eine Grafik, die meinen Wert auf einer Glockenkurve einsortiert (siehe Abbildung 1). Wie interpretiere ich dieses Ergebnis?**

**REBITSCHKEK:** Die Glockenkurve stellt die Verteilung von polygenen Risikoscores in einer Vergleichsgruppe dar. Menschen mit einem geringen Risikoscore-Wert lassen sich hiernach eher an der linken Seite im flachen Bereich der Glockenkurve einordnen. Die meisten Menschen haben einen durchschnittlichen Risikoscore, und so steigt die Glockenkurve zur Mitte hin an und fällt dann wieder ab. Auf der rechten Seite sind die Menschen mit höheren Risikoscore-Werten einzuordnen. In diese Grafik kann man den persönlichen Score-Wert einer bestimmten Person einzeichnen – hier in Form einer senkrechten Linie. Man kann dann aber nur sehen, wie der Genomscore dieser Person im Vergleich zur Gruppe ist. Auch die Aussage, ihr Erkrankungsrisiko sei

um 50 Prozent erhöht, ist wenig aussagekräftig. Prozent von was? Sie wissen weder, worauf sich das bezieht, noch von welchem absoluten Risiko wir überhaupt sprechen.

**Kann ich mir die Vergleichszahlen nicht selbst besorgen? Ich schaue mir einfach die Krankheitshäufigkeit an. Die Lebenszeit-Prävalenz findet man im Internet: 10 von 100 Menschen bekommen Diabetes. Dann kann ich mir doch ausrechnen, was ein um 50 Prozent erhöhtes Risiko bedeutet, oder?**

**REBITSCHKEK:** Nein. Bei der Prävalenz geht es ja um Personen, die tatsächlich erkrankt sind. Doch diese Glockenkurve stellt nur indirekt das bislang bestimmbare genetische Risiko einer Vergleichsgruppe dar. Das muss man immer bedenken: Der polygene Score, den der Test ermittelt, erklärt bei den meisten Krankheiten nur etwa 20 Prozent des Krankheitsrisikos. Mehr nicht.

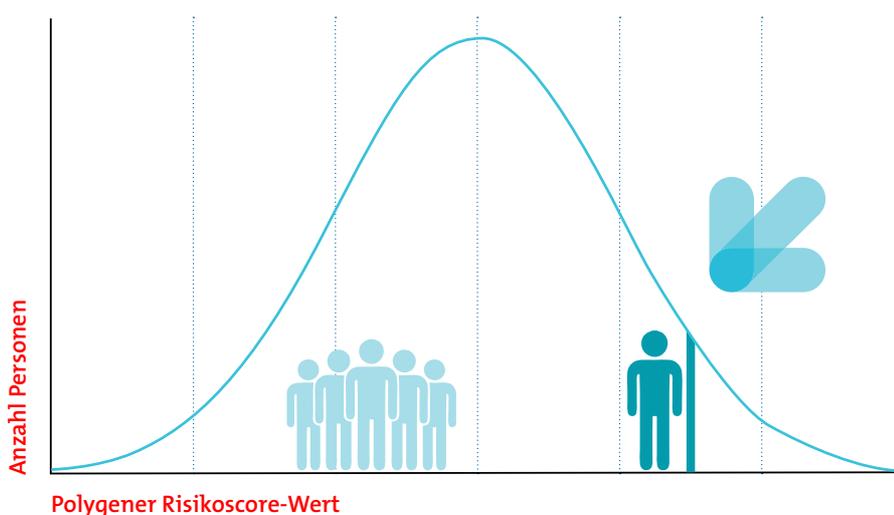
**Also müsste ich zusätzlich wissen, welche Menschen in der Ver-**

**gleichsgruppe tatsächlich krank werden?**

**REBITSCHKEK:** Ja, Sie benötigen immer absolute Risiken als Bezugsgröße, am besten ausgedrückt in Form von Häufigkeiten. Beträgt die Krankheitshäufigkeit in der Vergleichsgruppe 2 von je 100.000, könnten Sie mit einem um 50 Prozent erhöhten Risiko (also 3 von je 100.000) vielleicht ganz gut leben, ohne sich Sorgen zu machen. Anders sieht es aus, wenn die Krankheitshäufigkeit in der Vergleichsgruppe 10 von je 100 beträgt. Dann ist ein um 50 Prozent erhöhtes Risiko schon beträchtlich.

**Wie müsste ein Arzt das Ergebnis für seinen Patienten aufbereiten, damit dieser es versteht?**

**REBITSCHKEK:** Der Arzt könnte beispielsweise zunächst mal sagen: „Das Erkrankungsrisiko in der Allgemeinbevölkerung beträgt 10 von je 100. Laut score-basiertem Testergebnis ist Ihr Erkrankungsrisiko erhöht.“ Und dann wird es schon kompliziert: Wir gehen mal davon aus, dass der Score Faktoren wie Alter und Geschlecht außer acht lässt. Wenn die Krankheit vollständig genetisch bedingt wäre und alle genetischen Ursachen vollständig bekannt wären, könnte der Arzt bei einem um 50 Prozent erhöhten Risiko theoretisch hinzufügen: „In Ihrem Fall beträgt das Krankheitsrisiko 15 von je 100.“ Die Krankheit ist aber nicht vollständig genetisch bedingt, und die genetischen Ursachen sind nicht alle bekannt. Deshalb müsste der Arzt zusätzlich wissen, wie stark diese score-bezogene Risikoerhöhung um 50 Prozent auf den einzelnen Patienten angepasst werden muss, damit sich diese in absolute Risikozahlen übersetzen lässt. Nur wenn die absoluten Risikozahlen vorliegen, haben Sie alle Informationen, die Sie benötigen, um das Ergebnis sinnvoll interpretieren zu können.

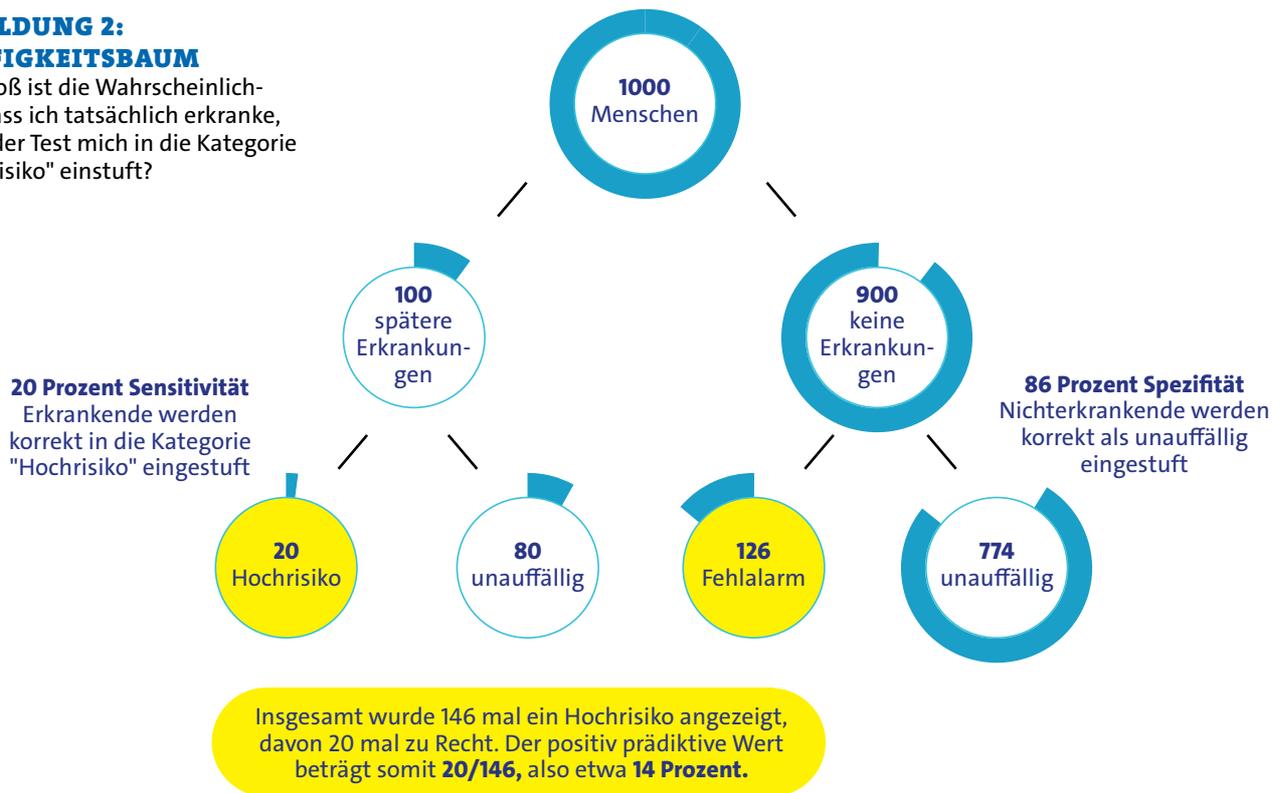


**ABBILDUNG 1: GLOCKENKURVE**

Die Darstellung des Testergebnisses als Glockenkurve ist wenig aussagekräftig. Man kann nur sehen, wie der Genomscore der untersuchten Person im Vergleich zu den Genomscores der Gruppe liegt. Um das Ergebnis interpretieren zu können, müsste man wissen, wie sich das score-bezogene Risiko in absolute Risikozahlen übersetzen lässt.

## ABBILDUNG 2: HÄUFIGKEITSBAUM

Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich tatsächlich erkrankte, wenn der Test mich in die Kategorie "Hochrisiko" einstuft?



### Wie groß ist denn die Wahrscheinlichkeit, dass ich tatsächlich erkrankte, wenn der Test mich in die Kategorie "Hochrisiko" einstuft?

**REBITSCHKE:** Das hängt davon ab, ab welchem Score der Testanbieter ein "Hochrisiko" festlegt. Wir können das ja mal durchspielen für ein vereinfachtes Szenario, in dem es nur die Kategorien „ja“ und „nein“ gibt und in dem die 15 Prozent mit dem höchsten Score als "Hochrisiko" gelten. Wie gut kann der Test unterscheiden zwischen denjenigen, die später Typ-2-Diabetes bekommen und denjenigen, die es nicht bekommen? Ausgangspunkt dafür wäre in unserem Szenario die Lebenszeitprävalenz. Orientiert an der Krankheitshäufigkeit würden Sie in 100 von 1000 möglichen Zukünftigen Diabetes bekommen und in 900 nicht (siehe Abbildung 2). Wenn wir auf der linken Seite des Diagramms nach unten gehen, kommen wir zu einer weiteren Gabelung: Wie wahr-

scheinlich kann der Test diejenigen identifizieren, die später tatsächlich Diabetes bekommen? Oder anders gesprochen: Wie viele von jenen, die später erkranken, klassifiziert er korrekt ins Hochrisiko? Diese Art von Zuordnung nennt man Sensitivität.

Wir wissen, dass der polygene Score auf Basis des heutigen genetischen Wissens maximal 20 Prozent des Risikos erklären könnte – wenn er fehlerfrei funktioniert. Also betrüge die maximale Sensitivität dieses absolut zuverlässigen fiktiven Tests 20 Prozent. In unserem Szenario heißt das: Bei 20 von 100 Personen, die an Diabetes erkranken werden, gibt es berechtigten Alarm.

### Das ist aber wenig. Ein guter medizinischer Test hat doch normalerweise eine Sensitivität von über 90 Prozent, oder?

**REBITSCHKE:** Prädiktive Verfahren lassen sich nicht direkt mit diagnostischen Verfahren vergleichen. Aber

Sie haben Recht: Eine Sensitivität von 20 Prozent ist sehr bescheiden. Der Grund für die geringe Sensitivität ist, dass es bei Typ-2-Diabetes wichtige Risikofaktoren gibt, die nichts mit den Genen zu tun haben, und außerdem noch genetische Einflüsse, die der Test nicht erfasst. So viel zur linken Seite des Häufigkeitsbaumes. Nun zur rechten Seite: Um die Güte der Vorhersage zu bestimmen, müsste man zusätzlich wissen, wie viele Fehlarms eine solche Hochrisiko-Klassifikation auslöst. Nur dann könnte man sagen, wie oft der Test insgesamt Alarm geschlagen hat – und eine Aussage darüber treffen, welcher Anteil davon berechtigt war. Und um diese Aussage geht es ja letztendlich.

### Wie lässt sich der Anteil der Fehlarms bestimmen?

**REBITSCHKE:** Wir wissen nicht, ob Personen, bei denen der Test relevante Genvarianten erkennt, beispielsweise

## Die „neue Genetik“ in den Medien

**G**roße Publikumsmedien wie Zeit oder Spiegel haben über die Vorhersage von Volkskrankheiten anhand polygener Scores berichtet. US-Wissenschaftler fordern demnach bereits die Einführung solcher Gentests in die medizinische Grundversorgung.



noch genetische Schutzfaktoren besitzen – denn wir verstehen das Kausalgefüge der Genvarianten nicht. Es mag bei einer Person ein Risikoprofil vorliegen, das vom Test auch erkannt wird – das aber nicht zur Ausprägung kommt, weil andere Faktoren es verhindern (unvollständige Penetranz). Es sind halt immer Risiken, keine Diagnosen. Wir können nicht sicher sagen, wie viele Personen einen Fehlalarm bekommen, also trotz Hochrisiko-Score nie erkranken werden. Aus Studien und Modellberechnungen kann man aber Annahmen ableiten, zum Beispiel für das hier gewählte Hochrisiko, dass der Test maximal 86 Prozent der Personen, die nicht erkranken, korrekt in die Kategorie „unauffällig“ (also: kein Hochrisiko) einstuft. Das bedeutet aber auch, dass es 126 Fehlalarme gibt. Der Test hätte

also insgesamt 146 mal Alarm ausgelöst – davon 20 mal zu Recht. Damit hätten wir eine Antwort auf Ihre Frage: Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie tatsächlich erkranken, wenn der Test bei Ihnen Alarm schlägt, beträgt hier nach 20/146, also etwa 14 Prozent. In der Allgemeinbevölkerung beträgt die Wahrscheinlichkeit 10 Prozent.

**Wenn der Test mich in die Kategorie "Hochrisiko" einordnet, würde ich doch davon ausgehen, dass ich mit ziemlich großer Wahrscheinlichkeit krank werde. In Wahrheit geht es nur um ein paar Prozentpunkte Risikozuwachs?**

**REBITSCHKE:** In absoluten Häufigkeiten ausgedrückt – ja. Ihr Krankheitsrisiko wäre um 4 Prozentpunkte erhöht.

**Was also nützt der Test?**

**REBITSCHKE:** Es gibt Risikomodelle, in denen Familieninformationen, kulturell-demographische Daten, Lebensverhältnisse und persönliche Verhaltensweisen zusammengeführt werden. Der Gentest zur genetischen Disposition für Volkskrankheiten könnte dafür ein weiterer Baustein sein. Auch bei der Entscheidung, ob man an einer Früherkennungsuntersuchung teilnehmen will, kann das Testergebnis eine Rolle spielen. Gehört man zu einer Gruppe mit einem erhöhten genetischen Ausgangsrisiko, wird man vielleicht eher bereit sein, sich regelmäßig untersuchen zu lassen. Die Hoffnung ist ja, das Verhältnis von Nutzen und Schaden für Früherkennungsuntersuchungen verbessern zu können, indem man risikoabhängig vorgeht.

**Möglicherweise ändert man ja auch seinen Lebensstil, wenn man ein überdurchschnittliches genetisches Krankheitsrisiko bescheinigt bekommt. Man erhält einen Anreiz, weniger Süßes zu essen und mehr Sport zu treiben. Das wäre doch auf jeden Fall ein Nutzen des Tests, oder?**

**REBITSCHKE:** Ja, gesunde Ernährung und Sport sind immer gut. Bislang haben wir allerdings keine Belege dafür, dass Personen, die ein genetisches Risikoergebnis bekommen, ihr Verhalten nachhaltig verändern. Die Evidenz zeigt bislang keine stabilen Effekte. Das kann allerdings auch daran liegen, dass die Risiken in den seltensten Fällen laienverständlich, transparent und ausgewogen kommuniziert wurden.

**Kann mir der Test auch schaden?**

**REBITSCHKE:** Man weiß von anderen Tests und von Vorsorgeuntersuchungen, dass die Teilnahme psychisch belastend sein und zu Übertherapien führen kann. Das ist für diese Art von Gentests noch nicht untersucht worden. Grundsätzlich sind Versorgungsstudien notwendig, welche die gesundheitlichen Folgeentwicklungen für jene, die den Test machen, mit jenen vergleicht, die ihn nicht machen. Eine Gefahr kann man zumindest schon heute benennen: dass einem Laien schlecht interpretierbare Daten vor die Füße geworfen werden, zum Beispiel in Form einer Score-Glockenkurve. Prädiktive genetische Tests erfordern eine eingehende Beratung darüber, was sie wirklich leisten können und wie ihr möglicher Nutzen mögliche Schäden überwiegt – bevor eine informierte Entscheidung über die Teilnahme getroffen wird und gegebenenfalls danach, wenn es um eine transparente Kommunikation der Ergebnisse geht. ■

*Interview: Martin Niggeschmidt*

# Würdigung für Dr. Klaus-Otto Allmeling

NAV-Virchow-Bund ehrt den Hamburger Allgemeinmediziner für sein berufliches und berufspolitisches Engagement



Dr. Dirk Heinrich (links) überreicht Dr. Klaus-Otto Allmeling die Kaspar-Roos-Medaille.

**D**er NAV-Virchow-Bund hat im Rahmen seiner Bundeshauptversammlung im November 2018 die Kaspar-Roos-Medaille an Dr. Klaus-Otto Allmeling verliehen. „Er hat sich als Hausarzt und als ärztlicher Standesvertreter um die niedergelassene Ärzteschaft verdient gemacht“, sagte NAV-Virchow-Bund-Chef Dr. Dirk Heinrich in seiner Laudatio.

Allmeling war 32 Jahre für seine Patienten in Hamburg-Bergedorf da. Bereits kurz nach seiner Niederlassung trat er dem NAV-Virchow-Bund bei. Von 1989 bis 2009 fungierte er als Vorsitzender der Landesgruppe Hamburg.

Das berufspolitische Engagement von Allmeling erstreckte sich auch auf die ärztlichen Körperschaften. Er saß 24 Jahre lang in der Vertreterversammlung der KV Hamburg und war von 1993 bis 2004 Mitglied des KV-Vorstandes, zuständig für die Organisation des ärztlichen Notdienstes. Fast zwei Jahrzehnte lang war er Mitglied der Delegiertenversammlung der Hamburger Ärztekammer. In den Jahren 1995 bis 1998 sowie 2003 bis 2006 bekleidete er das Amt des Vizepräsidenten der Hamburger Ärztekammer.

Als Standesvertreter setzt sich Allmeling bis heute für die Frei-

beruflichkeit sowie für gute wirtschaftliche Rahmenbedingungen selbstständig niedergelassener Ärzte ein.

Der NAV-Virchow-Bund zeichnet mit der Kaspar-Roos-Medaille Personen aus, die sich durch vorbildliche ärztliche Haltung oder durch erfolgreiche berufsständische Arbeit besonders um das Ansehen der Ärzteschaft verdient gemacht haben. Die Medaille ist nach dem vormaligen langjährigen Bundesvorsitzenden Dr. Kaspar Roos (1921 bis 1986) benannt und wird jährlich im Rahmen der Bundeshauptversammlung verliehen. ■

# 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

## ÜBERWEISUNG

### Kann ich eine Überweisung an spezielle, namentlich genannte Ärzte ausstellen?

Zur Gewährleistung der freien Arztwahl ist die Überweisung nach BMV-Ä nicht auf den Namen eines Arztes, sondern nur auf die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung auszustellen, in deren Bereich sie ausgeführt werden soll, zum Beispiel „Orthopädie“ oder „Kardiologie“. Eine namentliche Überweisung kann nur zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte beziehungsweise ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

## ABRECHNUNG

### Wir sind eine Hausarztpraxis. Unser Praxisverwaltungssystem zeigt seit Kurzem eine Fehlermeldung an, wenn wir die Gebührenordnungspositionen 01420 EBM oder 01612 EBM neben der Versichertenpauschale ansetzen möchten. Gab es hier eine Änderung, von der wir nichts mitbekommen haben?

Nein, hierbei handelt es sich um keine Änderung, sondern um ein Versäumnis Ihres Softwareherstellers, das offenbar jetzt erst behoben wurde. Die GOP 01420 EBM und 01612 EBM sind seit Jahren im Anhang 1 des EBM aufgeführt, welcher nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen aufführt. Die Leistungen sind nach diesem Anhang in der Versichertenpauschale enthalten und

somit nicht nebeneinander abrechenbar. Als Hausarztpraxis können Sie die Leistung nur gesondert abrechnen, wenn die Versichertenpauschale in dem Quartal nicht in Ansatz gebracht wird.

## ABRECHNUNG

### Wie oft kann ich die GOP 01735 EBM bei einer Patientin abrechnen?

Die GOP 01735 EBM ist nur ein einziges Mal berechnungsfähig. Der Zeitraum der Abrechnungsfähigkeit erstreckt sich hierbei auf zwei Jahre ab dem Erreichen des Anspruchsalters. Die Beratung und Motivation zur Teilnahme an der Krebsvorsorge nach GOP 01735 EBM kann demnach in einem Alter von zwanzig bis zweiundzwanzig Jahren erfolgen.

## IMPfung

### Ist die Impfung gegen Herpes Zoster (Gürtelrose) zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen möglich?

Nein, die Impfung gegen Herpes Zoster ist nicht Bestandteil der Schutzimpfungs-Richtlinie. In Deutschland sind zwei unterschiedliche Impfstoffe gegen Herpes Zoster für Personen ab 50 Jahren zugelassen und verfügbar: ein Lebendimpfstoff (Zostavax®) und ein Totimpfstoff mit Wirkverstärker (Shingrix®). Während für den Lebendimpfstoff nur eine Impfdosis erforderlich ist, muss der Totimpfstoff in zwei Impfdosen im Abstand von zwei Monaten verabreicht werden. Die Impfung mit dem Herpes Zoster-Lebendimpfstoff wird von der Ständigen Impfkommision (STIKO) derzeit nicht als Stan-



dardimpfung empfohlen und ist somit kein Bestandteil der Schutzimpfungs-Richtlinie. Zur Impfung mit dem Totimpfstoff liegt noch keine abschließende Bewertung durch die STIKO vor. Entsprechende Impfleistungen sind demnach nicht über die Krankenkassen abrechenbar. Wenn ärztlicherseits im patientenindividuellen Fall eine Impfung befürwortet wird, ist es empfehlenswert, dass der Patient vorab mit seiner Kasse die Möglichkeiten einer Kostenübernahme abklärt. Ansonsten muss der Patient die Rechnung selber tragen, wenn die Impfung gewünscht ist.

PSYCHOTHERAPIE

**Benötige ich vor der Akutbehandlung einen Konsiliarbericht?**

Die Psychotherapie-Richtlinie sieht vor, dass der Konsiliarbericht vor einer Kurz- oder Langzeittherapie spätestens nach den probatorischen Sitzungen eingeholt wird. Soll nach der Akutbehandlung eine Kurz- oder Langzeittherapie eingeleitet werden, finden zunächst probatorische Sitzungen statt.

Dementsprechend kann eine Akutbehandlung auch begonnen werden, wenn im Einzelfall der Konsiliarbericht noch nicht vorliegt, aber zeitnah eingeholt wird. Patienten sollten zudem bereits im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde an einen Konsiliararzt überwiesen werden, wenn eine weitere Behandlung geplant ist.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Antonia Lubda, Petra Timmann, Susanne Tessmer, Katja Egbers

**Amtliche Veröffentlichung**

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

**Verträge**

- Bestätigende Schriftwechsel zur bereichsübergreifenden Bereinigung zwischen der KV Hamburg und der HEK sowie der KKH
- 3. Nachtrag zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gem. § 73c SGB V zwischen IKK classic und der AG Vertragskoordination (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 3. Nachtrag zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gem. § 73c SGB V zwischen SECURVITA BKK und der AG Vertragskoordination (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

**Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten**

- Im KVH-Journal 11/2018 wurde der 5. Nachtrag zur Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung (GE) nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

- Im KVH-Journal 11/2018 wurde der 4. Nachtrag zur Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

**Satzung**

- 6. Nachtrag vom 18.10.2018 zur Satzung vom 01.07.2009 Hinweis: Die Satzungsänderung wurde am 22.11.2018 von der Aufsichtsbehörde gem. § 81 Abs. 1 SGB V genehmigt.

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

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

# Überblick zu den Formularänderungen 2018

Im vergangenen Jahr sind viele Formulare überarbeitet oder neu eingeführt worden. Wir haben die wichtigsten Änderungen für Sie zusammengefasst.

Januar

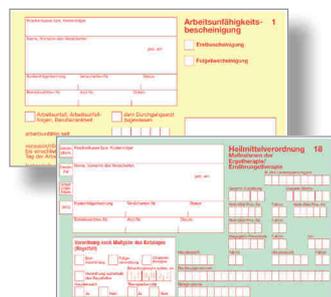
Juli

Oktober

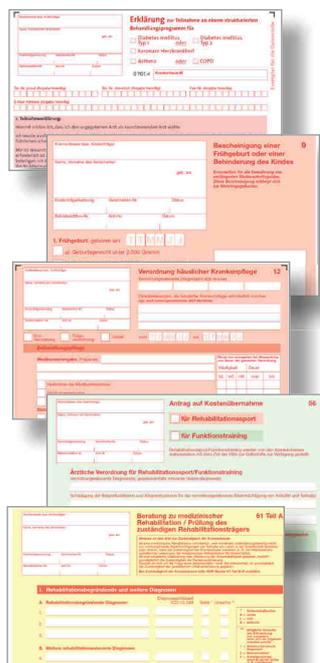
Januar



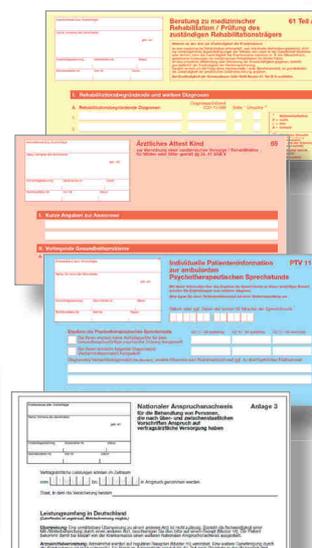
Anpassung Muster 1  
Erweiterung Muster 18



Überarbeitung  
DMP-Teilnahmeformulare  
Neugestaltung Muster 9  
Blankoformularbedruckung  
Muster 12,13,14,15,18  
Überarbeitung Muster 56  
Überarbeitung Muster 61



Neuschaffung  
Muster 64  
Neuschaffung  
Muster 65  
Überarbeitung PTV 11  
Neuschaffung Formular  
Nationaler Anspruchsnachweis



Überarbeitung  
Muster 20



Die Formulare sind beim Paul-Albrechts-Verlag zu beziehen (siehe [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → Formulare & Infomaterial → PAV-Formulare)

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



Muster	Formularbezeichnung	Änderungsdatum*	Inhalt der Änderung
Anpassung Muster 1	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	Januar 2018 - ohne Stichtagsregelung	Durchschläge b (Arbeitgeber) und c (Versicherter) wurden um Hinweise ergänzt
Erweiterung Muster 18	Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Ergotherapie/ Ernährungstherapie	Januar 2018 - ohne Stichtagsregelung	Um Verordnungsfähigkeit von Ernährungstherapie bei entsprechender Indikation erweitert
Überarbeitung DMP Teilnahmeformulare	Neue Teilnahmeformulare Diabetes mellitus (010F), Brustkrebs (020E), Koronare Herzkrankheit (030D), Asthma bronchiale (050C), COPD (060D), indikationsübergreifend (070C)	Juli 2018 - Stichtagsregelung	Datenschutzhinweise wurden ergänzt
Neugestaltung Muster 9	Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes (erforderlich für die Gewährung des verlängerten Mutterschaftsgeldes)	Juli 2018 - Stichtagsregelung	Das Muster 9 für die ärztliche Bescheinigung wurde um die Möglichkeit erweitert, das Vorliegen einer Behinderung zu bestätigen sowie einen entsprechenden Antrag zu stellen.
Blankoformularbedruckung (BFB) Einzug Muster 12, 13, 14, 15 und 18	Häusliche Krankenpflege, Heilmittelverordnung, ärztliche Verordnung von Hörhilfen	Juli 2018	Duplexverfahren für BFB darf verwendet werden
Überarbeitung Muster 56	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport oder für Funktionstraining	Juli 2018 - ohne Stichtagsregelung	Verweise auf Rechtsgrundlagen wurden angepasst
Überarbeitung Muster 61	Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	Juli 2018 - ohne Stichtagsregelung	Verweise auf Rechtsgrundlagen wurden angepasst
Neuschaffung von Muster 64	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	Oktober 2018 - Stichtagsregelung	Zur Vereinheitlichung des Verordnungsverfahrens für medizinische Vorsorgeleistungen
Neuschaffung von Muster 65	Ärztliches Attest Kind	Oktober 2018 - Stichtagsregelung	Zur Vereinheitlichung des Verordnungsverfahrens für medizinische Vorsorgeleistungen
Überarbeitung PTV 11	Individuelle Patienteninformation	Oktober 2018 - Stichtagsregelung	Ergänzung des Feldes „zeitnah erforderlich“
Neuschaffung des Formulars Nationaler Anspruchsnachweis	Für Patienten nach Abkommensrecht	Oktober 2018	Wird von den deutschen Krankenkassen an anspruchsberechtigte Patienten ausgegeben
Überarbeitung Muster 20	Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	Januar 2019 - Stichtagsregelung	Es muss keine zeitliche Einschätzung mehr bezüglich des Zeitpunktes der Wiederherstellung der AU getroffen werden
Dokumentation entfällt auf Muster 30	Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung	bei Inkrafttreten, wahrscheinlich 2. Q. 2019	Die Verpflichtung, die Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung auf dem Muster 30 zu dokumentieren, entfällt.
Überarbeitung Muster 4	Verordnung einer Krankenförderung	April 2019 - Stichtagsregelung	Das neu gestaltete Formular nimmt Bezug auf die neuen Pflegegrade und nicht mehr auf die alten Pflegestufen. Im Zuge dessen werden der Aufbau und das Format angepasst.

\*Im Falle einer Stichtagsregelung sind ab dem genannten Monat nur noch die aktualisierten Formulare gültig.



# Homöopathie-Verträge IKK classic und Securvita BKK: Neue Formulare

Ab dem 1. Januar 2019 gibt es neue Teilnahmeformulare für Versicherte und Ärzte zu den Homöopathie-Verträgen mit der IKK classic und der Securvita BKK. Die Anpassungen waren aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DS-GVO) erforderlich. Ab dem 1. Januar 2019 sind für Neueinschreibungen von Versicherten und Ärzten die jeweils neuen Teilnahmeformulare zu verwenden. Ärzte und Versicherte, die bereits an den Homöopathie-Verträgen teilnehmen, müssen ihre Teilnahme nicht erneut erklären. ■

Die Formulare finden Sie auf der Internetseite der KV Hamburg: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich → H → Homöopathie

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

# Hautkrebs-Screening: Änderung der elektronischen Dokumentation

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Dokumentationspflichten beim Hautkrebs-Screening zum 1. Januar 2019 angepasst. Durch die Änderungen soll es möglich sein, Verdachtsdiagnosen und Diagnosen differenzierter anzugeben, wodurch sich die Aussagekraft der Evaluation insgesamt verbessern soll. Weitere Anpassungen sollen vor allem dafür sorgen, bestehende Ungenauigkeiten in der Evaluation hinsichtlich Überweisungen und Verdachtsdiagnosen zu vermindern. Beispielsweise enthielt der hausärztliche Dokumentationsdatensatz bislang keine Informationen dazu, ob eine Überweisung an einen Dermatologen erfolgte. Grundsätzlich sollen die Übergänge eines Patienten vom Hausarzt zum Dermatologen zukünftig besser nachvollzogen werden können. ■

# Aktualisierte Patienteninformationen zu Asthma, Herzschwäche, Melanom und Endometriose

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat die Patienteninformationen zu den Themen Asthma, Herzschwäche, Melanom und Endometriose auf den neusten Stand gebracht. Auf jeweils zwei Seiten werden in verständlicher Form die wichtigsten Fakten zu den Erkrankungen vermittelt. Die Grundlage dafür bilden hochwertige Leitlinien, Patientenleitlinien sowie systematische Literaturrecherchen. Ärzte, Pflegekräfte und andere medizinische Fachleute können die Kurzinformationen kostenfrei ausdrucken, an Interessierte weitergeben oder im Wartebereich auslegen.

Die Kurzinformationen im Internet:  
<https://www.patienten-information.de/kurzinformationen>



## Verordnung von Kompressionsstrümpfen und Lymphdrainagen bei Lipödemen

Die Lymphselbsthilfegruppe „Hamburg Eilbek“ hat die KV gebeten, auf die Verordnungsmöglichkeiten von Kompressionsstrümpfen und Lymphdrainagen bei Lipödemen hinzuweisen.

Offenbar scheuen Hausärzte und Fachärzte bisweilen die Verordnung von Kompressionsstrümpfen und Lymphdrainagen, weil sie Angst vor Regressen haben.

Bei einem Lipödem besteht die konservative Therapie aus einer medizinischen Kompressionsbestrumpfung. Diese kann laut Hilfsmittelverzeichnis zu Lasten der GKV verordnet werden. Zu Beginn der Therapie eines Lipödems verordnet der behandelnde Arzt zusätzlich zum ersten Paar medizinischer Kompressionsstrümpfe ein zweites Paar (Wechselversorgung). Danach stehen den Patienten nach Bedarf (in der Regel alle sechs Monate) weitere Strümpfe zu, sodass immer eine Wechselversorgung mit zwei funktionierenden Paaren möglich ist.

Wenn zusätzlich Zeichen eines Lymphödems Stadium II vorliegen (z.B. Druckschmerzen, Ödeme, Schwere- und Spannungsgefühl der betroffenen Extremitäten), liegt eine zweite Erkrankung neben dem Lipödem vor, die die Verordnung einer Lymphdrainage erforderlich macht.

Die ICD-10-Indikationsschlüssel finden sich in der Liste für die langfristige Heilmittelverordnung. Dadurch werden die Kosten dieser Verordnungen nicht dem Heilmittel-Verordnungsbudget einer Praxis hinzugerechnet. ■

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

## QEP-Einführungseminar für Psychotherapeuten

Die Organisation einer psychotherapeutischen Praxis unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der einer medizinischen Praxis. Der eineinhalbtägige Kurs richtet sich speziell an psychotherapeutische Praxen, die ihr QM-System unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und ihrer Praxisbesonderheiten aufbauen möchten.

Im Seminar wird gezeigt, wie der Qualitätszielkatalog aufgebaut und im Praxisalltag angewendet wird. Die Teilnehmer erhalten das QEP®-Manual für Psychotherapeuten, das an psychotherapeutische Gegebenheiten angepasste Musterdokumente, Checklisten und praktische Tipps enthält. ■

Termin: **Fr. 22.2.2019 (15 – 21 Uhr)**

**Fr. 23.2.2019 (8.30 Uhr – 16.30 Uhr)**

Teilnahmegebühr: **200 bis 250 Euro**

Ort: **Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg**

Anmeldung:

**[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Fortbildung → Termine**

**15 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Ansprechpartnerinnen:**

**Birgit Gaumnitz, Tel: 22 802 - 889**

**Sabrina Pfeifer, Tel: 22 802 - 858**



# Schwerwiegende allergische Rhinitis: Freiverkäufliche Glukokortikoid-Nasensprays wieder verordnungsfähig

**D**er Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Verordnungsfähigkeit Glukokortikoid-haltiger Arzneimittel zur topischen nasalen Anwendung neu geregelt: Bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik können Glukokortikoid-Nasensprays wieder zu Lasten der GKV verordnet werden (Anlage I der Arzneimittelrichtlinie / „OTC-Ausnahmeliste“, Nummer 21).

Glukokortikoid-haltige Arzneimittel zur topischen nasalen Anwendung stellen den Therapiestandard bei der Behandlung der persistierenden allergischen Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik dar. Nachdem diese Präparate aus der Verschreibungspflicht entlassen wurden, konnten sie zwischenzeitlich nicht zu Lasten der GKV verordnet werden. Das wurde nun

korrigiert (Beschluss vom 16. August 2018).

Die Beurteilung der Symptomatik und die Feststellung, dass es sich – unabhängig von der Schweregradeinteilung (in Leitlinien) – um eine „schwerwiegende Symptomatik“ handelt, obliegt im Einzelfall dem behandelnden Arzt.

In den tragenden Gründen zum Beschluss wurden Fälle benannt, in denen eine schwerwiegende Form der allergischen Rhinitis vorliegen kann. Beispielsweise:

- wenn es sich um eine persistierende allergische Rhinitis handelt, bei der die an mindestens 4 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen auftretende Symptomatik als schwerwiegend einzustufen ist.
- wenn die durch eine allergische Rhinitis ausgelösten

Symptome Rhinorrhoe, nasale Obstruktion/Schwellung, nasaler Juckreiz, Niesreiz oder Fließschnupfen die Lebensqualität beispielsweise aufgrund von Schlafstörungen und Beschränkungen der Arbeitsfähigkeit oder alltäglicher Aktivitäten erheblich beeinträchtigen und die Ausprägung der Symptomatik nachhaltig und dauerhaft ist.

Der Beschluss ist am 9. November 2018 in Kraft getreten.

In Nummer 6 der OTC-Ausnahmeliste ist bereits geregelt, dass Antihistaminika ausnahmsweise zur Behandlung einer persistierenden allergischen Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik verordnet werden können, wenn eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist. ■

## Korrektur

**Zum Artikel 20wal259"Leitsubstanzquote für TNF-alpha-Blocker"**

(KVH-Journal 12/2018, Seite 20): In der Tabelle zu den in Deutschland zugelassenen Adalimumab-Biosimilars wurden die Preise für

**Amgevita® 40 mg** falsch angegeben. Die korrekten Preise lauten:

Packung mit 2 Stück (Fertigpen/-spritze): 1.172,30 Euro

Packung mit 6 Stück (Fertigpen/-spritze): 3.420,27 Euro

Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Die korrigierte Version der Tabelle finden Sie im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) →  
Verordnung

## Sprechstundenbedarf: Was Sie beachten müssen, um unnötige Mehrarbeit und Regresse zu vermeiden

Aus den bisherigen Erfahrungen mit Sprechstundenbedarfs-Prüfungen und dem Austausch mit den Krankenkassen lässt sich ableiten, worauf Ärzte besonders achten müssen, um unnötige Mehrarbeit und Regresse zu vermeiden. Wir haben die wichtigsten Punkte für Sie zusammengefasst. Ergänzend finden Sie auf unserer Homepage die aktualisierte Liste der potentiell regressgefährdeten Mittel im Sprechstundenbedarf ([www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Verordnungen** → **Sprechstundenbedarf**).

### **Testmaterial für den Glucose-Toleranztest: Bitte keine fertig abgepackten Tütchen anfordern!**

Die Krankenkassen haben die KV um Informationen über die wirtschaftliche Anforderung von Testmaterial für den oralen Glukose-Toleranztest (OGT) und das Screening auf Gestationsdiabetes gebeten.

Glukose für den OGT beziehungsweise für Screening auf Gestationsdiabetes ist als Sprechstundenbedarf ordnungsfähig. Dabei gibt es zwei Varianten:

- 1.** Die Apotheke wiegt die benötigte Menge Glucose ab (Abfüllen von Briefchen als Defektur im Rahmen der Sprechstundenbedarfsbestellung). Das ist die wirtschaftliche Variante.
- 2.** Es werden fertig abgepackte Glucose-Tütchen (z.B. Glucose 50g/75g mit Geschmack der Fa. Medicalfox) angefordert. Diese Variante ist wesentlich teurer, gilt als unwirtschaftlich und ist aus Sicht der Krankenkassen von einer Verordnung über Sprechstundenbedarf ausgeschlossen.

Da die Krankenkassen entsprechende Prüf-anträge angekündigt haben, bitten wir dringend um Beachtung und gegebenenfalls um eine Umstellung der praxisinternen Anforderungsroutine auf die erste Variante.

### **Regresse für Glyco-Sid® in Einmalspritzen**

Laut Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung ist Glycerin bei Ballonkathetern (als Gleitmittel und zum Befüllen) im Sprechstundenbedarf zulässig. Dennoch gibt es derzeit Regresse für die Anforderung von Glyco-Sid®, einer 10-prozentigen Glycerin-Lösung, vorgefüllt in einer Spritze. Beanstandungsgrund ist aus Kassensicht, dass Einmalspritzen nach den allgemeinen Bestimmungen des EBM mit dem Honorar abgegolten sind und damit auch vorgefertigte Spritzen mit Glycerin im Sprechstundenbedarf nicht zulässig seien. Es bleibt abzuwarten, ob sich der Beschwerdeausschuss dieser Sichtweise anschließt. Bis dahin empfehlen wir, die Anforderung dieser und ähnlicher Produkte zu vermeiden und Alternativen zu prüfen.

### **Naloxon-Nasenpray wird als unwirtschaftlich angesehen**

Mitte 2018 ist Naloxon als Nasenspray auf den deutschen Markt gekommen (Nyxoid-Nasenspray). Bisher muss der kompetitive Opioid-Antagonist gespritzt werden, die für die entsprechenden Notfallindikationen zugelassenen Ampullen können als Sprechstundenbedarf (Antidota) angefordert werden. Anlässlich einer Anfrage aus einer Arztpraxis haben wir die Verordnungsfähigkeit des Nasensprays im Sprechstundenbedarf mit den Kassen diskutiert.

Wegen der Mehrkosten gegenüber den Naloxon-Ampullen halten die Kassen das Nyxoid-Nasenspray für unwirtschaftlich. Der Bezug des Nyxoid-Nasensprays über den Sprechstundenbedarf wird daher abgelehnt. ■

**Ansprechpartner  
für Fragen zu Arznei-  
und Heilmitteln:  
Abteilung Praxisberatung  
Tel. 22802-571 / -572**



---

**AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

---

# Interessenkonflikte auf Fortbildungsveranstaltungen

Unabhängigkeit ist unabdinglich.

---

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



Mitte 2018 hat eine Ärztekammer die Zertifizierung für eine Ärztefortbildung abgelehnt [1,2]. Die Gründe wurden aufgrund des laufenden Verfahrens nicht angegeben. In diesem Zusammenhang hat die Ärzteinitiative MEZIS e.V. „Mein Essen zahl' ich selbst“ jedoch erneut auf das Sponsoring von Pharmafirmen bei führenden Anbietern von ärztlichen Fortbildungen aufmerksam gemacht.

Zur Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten gehört es, die derzeit bestverfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu kennen, um den Patienten im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung optimale Entscheidungen zu ermöglichen. Fortbildungsveranstaltungen sind beliebt, da sie kompakt viele Informationen

weitergeben können. Ärztinnen und Ärzte sind auch gemäß ihrer Berufsordnung verpflichtet, sich kontinuierlich beruflich fortzubilden und dafür entsprechende Fortbildungspunkte zu erwerben. Es ist deshalb eine unerlässliche Grundvoraussetzung, dass Fortbildungen/Informationen unabhängig sind, um sicherzustellen, dass deren Inhalte/Empfehlungen nicht durch sekundäre (materielle oder nicht-materielle) Interessen beeinflusst werden [3].

Die im Transparenzkodex veröffentlichten Leistungen von 55 Pharmaunternehmen an Ärzte, Fachkreisangehörige (z.B. Hebammen und Apotheker) und medizinische Institutionen betragen 2017 etwa 605 Mio. Euro. Davon wurden circa 105 Mio. Euro an Personen für Fortbildungen und Vortragshonorare gezahlt und 102 Mio. Euro an Institutionen für die Unterstützung von Veranstaltungen, Spenden und Stiftungen [4].

Ärztekammern unterscheiden in ihrem Angebot zumeist nicht zwischen gesponserten und nicht-gesponserten Fortbildungen.

Sponsoring ist auch nicht grundsätzlich verboten. Die Bundesärztekammer fordert hierzu, dass „Fortbildungsinhalte frei von wirtschaftlichen Interessen“ sind, und empfiehlt hierfür entsprechende Maßnahmen [5]. Die Überwachung der Einhaltung dieser Anforderungen obliegt den Landesärztekammern im Rahmen der Zertifizierungen. Es ist zweifelhaft,

ob die hier üblicherweise geforderte Selbstauskunft ausreicht, um die Unabhängigkeit der Fortbildungsveranstaltung von wirtschaftlichen Interessen sicherzustellen [6].

Ein Beispiel: Eine kostenlose, zertifizierte Veranstaltung, initiiert durch eine Universitätsmedizin, dauert nur viereinhalb Stunden, wird jedoch von insgesamt 18 Sponsoren unterstützt. Eine Industrieausstellung ist vorgesehen und ein Imbiss am Abend. Dem unabhängigen Betrachter drängt sich jedoch die Frage auf, welche Interessen hier sichergestellt werden. Die Umverteilung von Industriegeldern als Honorare an die ärztlichen Referenten produziert weitere Interessenkonflikte.

Dass Pharmaunternehmen versuchen, ihre „Themen“ zu platzieren, entspricht ihrer wirtschaftlichen Interessenlage. Dadurch kann auch die inhaltliche Schwerpunktsetzung von Fortbildungsthemen beeinflusst werden, wie eine Untersuchung von Lenzen et al. [7] zeigte. Hierzu wurden Anmeldeinformationen der durch eine Landesärztekammer zertifizierten Angebote zu „strukturierter interaktiver Fortbildung über Printmedien, Online-Medien und audiovisuelle Medien“ ausgewertet und mit Daten der Ärztestatistik und der GKV-Arzneimittelschnellinformation korreliert.

Zwischen der Summe der angemeldeten Veranstaltungen in einem Fachgebiet und der Höhe des Umsatzes aus Medikamentenverordnungen der Ärzte dieses Fachgebietes bestand eine starke Korrelation und legte die Vermutung nahe, dass Fortbildungsanbieter insbesondere für sie wirtschaftlich attraktive Themen anmelden. Auch fiel auf, dass für die wirtschaftlich

„attraktiven Arztgruppen“ mehr kostenlose Veranstaltungen angeboten wurden [7].

Zuwendungen der Industrie können sich auf das Verschreibungsverhalten von Ärzten auswirken, dies wurde bereits in mehreren Studien aufgezeigt. Die hierzu überwiegend retrospektiv oder als Querschnitt durchgeführten Untersuchungen haben zwar die Studiendesign-bedingte Limitation, keinen ursächlichen Zusammenhang belegen zu können, aber sie generieren Hinweise, die es weiter abzuklären gilt. So werteten beispielsweise DeJong et al. [8] das Verschreibungsverhalten von 279.669 US-Ärzten aus und stellten eine Assoziation zwischen der Annahme von industriegesponserten Mahlzeiten mit einer erhöhten Verschreibungsrate für das beworbene Medikament fest. Auch Yeh et al. [9] fanden in ihrer Untersuchung mit 2.444 US-Ärzten eine Assoziation zwischen Industriezahlungen an Ärzte und der Verschreibung von Originalpräparaten (hier Statine).

Dass es auch ohne kostenlose Veranstaltungen, ohne gut bezahlte Vorträge und ohne andere Zuwendungen sehr gut gehen kann, belegt die Ärzteiniziativa MEZIS e.V. „Mein Essen zahl' ich selbst“. Seit ihrer Gründung 2007 engagiert sie sich für unabhängige ärztliche Fortbildung (<https://mezis.de/>) und verweist auf ihrer Webseite auf Alternativen und ungesponserte Anbieter, wie zum Beispiel die Fortbildungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft AKDÄ [3]. Aktuell ruft MEZIS zu einem Aktionsbündnis „Ärztliche Fortbildung 2020“ auf, „das sich zum Ziel setzt, ärztliche Fortbildung wieder als ureigene ärztliche Aufgabe anzusiedeln, die im Sinne einer guten Patientenver- →



→ sorgung unabhängig von den Interessen der Industrie stattfinden muss“ (<https://mezis.de/aerztliche-fortbildung-zurueck-in-die-haende-der-aerzteschaft/>).

Noch ein Hinweis: Derzeit untersuchen Medizinstudierende die Interessenkonflikte der 38 deutschen Medizinischen Fakultäten, die Mitglied im Medizinischen Fakultätentag sind. In einem Blog berichten Interviewpartner über ihren persönlichen Umgang und ihre Erfahrung mit Interessenkonflikten ([www.interestenskonflikte.de](http://www.interestenskonflikte.de)). Auch zwei Vorstandsmitglieder des EbM-Netzwerks, Ingrid Mühlhauser und Gabriele Meyer, haben ein Interview gegeben (siehe hierzu: [www.ebm-netzwerk.de/aktuelles/news2018-09-04/](http://www.ebm-netzwerk.de/aktuelles/news2018-09-04/)). ■

#### **Dr. Ulrike Euler, MSc**

**IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen**

Katharina-Heinroth-Ufer 1, 10787 Berlin

E-Mail: [ulrike.euler@iqtig.org](mailto:ulrike.euler@iqtig.org)

#### **Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer**

**Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

**Medizinische Fakultät**

**Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft**

E-Mail: [Gabriele.Meyer@medizin.uni-halle.de](mailto:Gabriele.Meyer@medizin.uni-halle.de)

1) MEZIS. Zu viele Interessenkonflikte: Ärztekammer verweigert führendem Anbieter von Ärztefortbildungen erstmalig die Zertifizierung. Pressemitteilung vom 07.08.2018: <https://mezis.de/category/pressemitteilungen/>

2) Charisius, Hanno. Behörde verweigert Zertifikat für umstrittene Ärztefortbildung. Süddeutsche Zeitung 13. August 2018: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/pharmaindustrie-behoerde-verweigert-zertifikat-fuer-umstrittene-aerztefortbildung-1.4091397>

3) Lieb K, Ludwig W. Arzneimittelkommission will mit gutem Beispiel vorangehen. Dtsch Arztebl 2016; 113: A 16–18: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/173491>

4) Transparenzkodex von FSA und vfa. Stand 21.06.2018:

[https://www.pharma-transparenz.de/fileadmin/user\\_upload/2018\\_Infografik\\_vfa\\_Transparenzkodex\\_2018\\_quer\\_3K.pdf](https://www.pharma-transparenz.de/fileadmin/user_upload/2018_Infografik_vfa_Transparenzkodex_2018_quer_3K.pdf) (abgerufen am 23.09.2018)

5) Bundesärztekammer: Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung. 4. überarbeitete Auflage 24. April 2015.

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/EmpfFortb\\_20150424.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/EmpfFortb_20150424.pdf) (abgerufen am 23.09.2018)

6) Schneider N, Egid G, Jonitz G. Pharmaindustrieunabhängige Aus-, Weiter- und Fortbildung. In: Lieb K, Klemperer D, Kölbl R, Ludwig WD (Hrsg). Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018. S.229–236.

7) Lenzen LM, Weidringer JW, Ollenschläger G. Interessenkonflikte in der ärztlichen Fortbildung –

Untersuchungen an zertifizierten Online-Fortbildungsangeboten. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2016; 110-111: 60-8.

8) DeJong C, Aguilar T, Tseng CW, Lin GA, Boscardin WJ, Dudley RA. Pharmaceutical Industry-Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries. JAMA Intern Med. 2016; 176: 1114-1122.

9) Yeh JS, Franklin JM, Avorn J, Landon J, Kesselheim AS. Association of Industry Payments to Physicians with the Prescribing of Brand-name Statins in Massachusetts. JAMA Intern Med. 2016; 176: 763-8.





# Nie wieder Schmerzen?

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

**F**ast täglich erhält man Finanzangebote, die einem 30 Prozent Rendite bei völliger Sicherheit vor Verlusten versprechen. Kaum jemand fällt noch darauf rein, meistens landen entsprechende Mails gleich im Spam-Ordner.

Anders bei Schmerzen. „Leben ohne Schmerz“ titelte der Spiegel unlängst. Darunter scheint es niemanden zu interessieren. Nur etwas seltener Schmerzen zu haben oder etwas weniger starke, scheint niemanden hinter dem Ofen hervorzulocken. Die Diätbranche hat es vorgemacht mit „Für immer schlank“. Jetzt folgt „Für immer schmerzfrei“.

## Ein Schaden entsteht durch das absolute, unrealistische Heilversprechen.

In den Bestsellerlisten steht seit Wochen das Ratgeberbuch „Deutschland hat Rücken“ von Roland Liebscher-Bracht, einem Bewegungskünstler, der einmal Maschinenbau studierte, aber vor dem Abschluss in das Kung-Fu-Geschäft wechselte. Für ihn hat „die Schulmedizin“ komplett versagt, weil sie völlige Schmerzfreiheit für illusorisch hält.

Dabei bedient er sich ganz ungeeignet an Versatzstücken der medizinischen Wissenschaft, die er zitiert, wie es gerade passt. Die Übungen, die er als eigene Entdeckung präsentiert, entsprechen weitgehend dem, was Ärzte und Physiothera-

peuten seit Jahren ihren Patienten nahe zu bringen versuchen. Beim Überfliegen des Buches springen mir Dehnungsübungen für den Ilipsoas und andere Hüftbeuger ins Auge, die ich schon vor dreißig Jahren in der Klinik angewandt habe, und da waren die Bücher der Manualtherapeuten Janda und Lewit, aus denen ich sie gelernt hatte, schon alt.

Obwohl man sich an der angeberischen Selbstdarstellung stören kann, liegt das eigentliche Problem woanders. Die alten Übungen sind ja gut, und es ist durchaus verdientvoll, diese Übungen charismatisch vielen Menschen nahezubringen,

auch wenn damit ein lukratives Geschäft betrieben wird.

Ein Schaden entsteht durch das absolute Heilversprechen und die Aufregung um das Versagen der Medizin. Und darin ist Liebscher-Bracht nicht allein. Nahezu alle Bücher zum Thema – vorneweg Dietrich Grönemeyer – versprechen „nie wieder Rückenschmerz“.

Das „Alles-oder-nichts-Denken“ und „Katastrophisieren“ sind bekannte Risikofaktoren der Schmerzchronifizierung. Wer sich nur durch unrealistische Heilversprechen zu eigenen Anstrengungen motivieren lässt, wird unweigerlich enttäuscht.

Es geht ihm wie dem Ruhesüchtigen, der die absolute Stille sucht. Ihn wird jedes Geräusch stören, ob von fernen Autos, Kindern oder Vögeln.

Die moderne Medizin hat viel erreicht, was sich unsere Vorfahren nie hätten träumen lassen. Aber die Erwartung steigt mit den Erfolgen der Medizin. Wir haben uns so daran gewöhnt, dass die Medizin alles in Ordnung bringt, dass wir uns wundern, wenn doch einmal Beschwerden übrigbleiben, und leiden dann an Dingen, die man früher kaum beachtet hätte.

Diese Einstellung bildete auch den Hintergrund für den Irrweg der Schmerztherapie unter der Parole: „Niemand braucht mehr Schmerzen zu haben“. Unter diesem Motto wurde die Verschreibung von Opioiden inflationiert, erhielten auch Menschen mit „Fibromyalgie“ und „Weichteilrheuma“ Fentanyl-haltige Pflaster und andere Betäubungsmittel. Den USA bescherte das eine Opioidkatastrophe ungeahnten Ausmaßes, und auch bei uns sind deren Ausläufer spürbar. Und jetzt, wo die Opioidverschreibungen sich langsam wieder reduzieren, rollt schon die nächste Welle an. Promotet durch modernen Lifestyle, Alt-68er-Romantik und die Pharmaindustrie, verspricht Cannabis das Paradies auf Erden.

Ehrlich gesagt: Da ist es fast besser, wenn nur Dehnübungen und Faszienrollen das Heil bringen sollen. ■

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

VON DR. PETER WITZEL

# Versammlung des Kreises 18

Diskussionen über Wirkstoffvereinbarung, Bedarfsplanung und Merkantilisierung

**D**as Thema Wirkstoffvereinbarung beschäftigte auch dieses Mal die 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Kreisversammlung am 19. November 2018. Nachdem uns die KV-Apothekerin Barbara Spies im Sommer 2017 noch beruhigt hatte, dass uns die Wirkstoffvereinbarung letztlich mehr Verordnungssicherheit geben würde, tauschten wir uns nun über unsere ersten Erfahrungen mit dem „scharfgeschalteten“ System aus.

Das Echo war dabei geteilt: Einerseits bewerteten es viele positiv, dass wir nun zeitnah Rückmeldung zu unserem Ordnungsverhalten bekommen. Die entsprechenden regelmäßigen Schreiben der KV helfen vielen Kolleginnen und Kollegen bei der Selbsteinschätzung und auch bei der Planung weiterer Verordnungen für den Rest des Quartals. Andererseits erleben viele Ärztinnen und Ärzte diese Schreiben auch als deutliche Drohkulisse. Insbesondere wenn man viele Kombinationspräparate verordnet, schlägt das Warnsystem schnell an. Ob die Wirkstoffvereinbarung uns tatsächlich die versprochene Erleichterung verschaffen wird, weil wir dank des Frühwarnsystems mit weniger Regressen rechnen müssen, wird sich letztlich erst in vier Jahren zeigen.

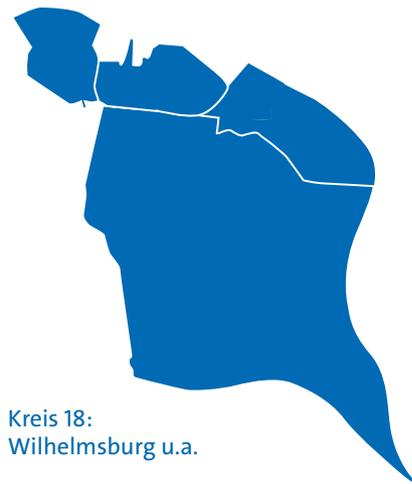
**Z**weites zentrales Thema unserer Kreisversammlung war die Budgetierung, die sowohl für die haus- als auch die fachärztliche Versorgung in Wilhelmsburg ein großes Problem

darstellt. So hat sich beispielsweise meine internistische Kollegin schweren Herzens entschlossen, künftig keine Gastroskopien mehr anzubieten, weil sie sich schlicht nicht rentieren. Diese Leistungen gehen mit hohem technischen und Materialaufwand einher, doch am Ende bekommen wir dafür nur 8 bis 10 Euro vergütet.

**W**enn meine Kollegin damit aufhört, wird es in ganz Wilhelmsburg nur noch eine Praxis geben, die Gastroskopien anbietet. Unsere Gespräche mit der KV zu diesem Thema haben leider noch nicht zu einer Lösung geführt. Bislang sieht es also so aus, als müssten die betroffenen Patientinnen und Patienten künftig Praxen in anderen Stadtteilen aufsuchen, wenn sie eine Gastroskopie benötigen.

Weite Wege müssen Menschen aus Wilhelmsburg auch auf sich nehmen, wenn sie eine Psychotherapie brauchen. Denn die psychotherapeutischen Sitze sind sehr ungleichmäßig in Hamburg verteilt. Gemessen an der Bevölkerungszahl müsste es in Wilhelmsburg eigentlich 18 psychotherapeutische Praxen geben, doch tatsächlich finden sich hier nur 2,5 Sitze.

Wir haben hier im Stadtteil leider den Eindruck, dass die KV sich nicht wirklich für eine kleinräumige Verteilung von Arzt- und Psychotherapeuten im Raum Süderelbe einsetzt. Das könnte im Verlauf der nächsten Jahre weiter zu einer ungünstigen Verteilung der Ver-



Kreis 18:  
Wilhelmsburg u.a.

sorgungskapazitäten führen. Das Argument, die Menschen könnten ja medizinische Versorgung in anderen Stadtteilen in Anspruch nehmen, greift leider häufig zu kurz: Insbesondere wenn es bei einer Psychotherapie darum geht, jede Woche einen Termin wahrzunehmen, ist es für die Betroffenen schwierig, nach Langenhorn oder Rotherbaum zu fahren. Das kostet nicht nur viel Zeit, sondern auch Geld für Benzin oder öffentlichen Nahverkehr – und damit sind Menschen, denen das nötige Kleingeld fehlt, von vornherein von etlichen Versorgungsangeboten ausgeschlossen.

**I**nsgesamt ist die Stimmung bei uns im Stadtteil weiterhin gut. Wir Ärztinnen und Ärzte in Wilhelmsburg halten zusammen, die Kommunikation funktioniert gut. Aber wir beobachten mit Sorge die zunehmende Merkantilisierung im Gesundheitswesen. Auch hier im Bereich Süderelbe haben schon etliche ältere Kolleginnen und Kollegen ihre

Praxissitze an Medizinische Versorgungszentren (MVZ) abgegeben und arbeiten nun erst einmal als Angestellte dort weiter. Wir haben den Eindruck, dass dieser Trend gerade in Wilhelmsburg derzeit an Fahrt aufnimmt. Vor allem wenn sich zuneh-

mend Klinikkonzerne und Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung einkaufen, drohen irgendwann amerikanische Verhältnisse, in denen wenige Großkonzerne das Angebot und damit letztlich auch die Preise bestimmen. ■

### Dr. Peter Witzel



ist Allgemeinmediziner und Diabetologe in Wilhelmsburg und Obmann des Kreises 18.

VON DR. SVEN-HOLGER KÜHN

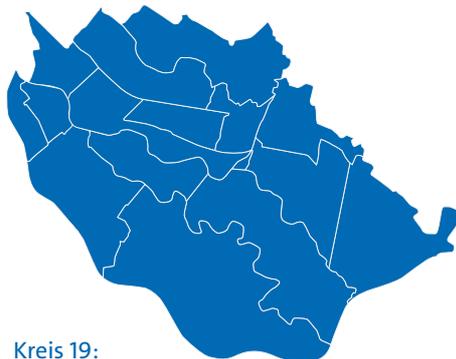
## Versammlung des Kreises 19

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz und die Inkontinenz

**S**ollte das Thema des Abends nicht besser: Das TSVG und die Inkompetenz lauten?

Bei unserer zweiten Versammlung diesen Jahres im November 2018 trafen wir uns jedenfalls wie gewohnt im Konferenzraum des Bergedorfer Krankenhauses Bethesda.

Die stellvertretende Vorsitzende der KV, Frau Caroline Roos, war dankenswerterweise so nett, uns in Bergedorf zu besuchen. Nach kurzer Vorstellung ihrer Vita brachte sie uns auf den aktuellen Stand des alle sehr bewegenden neuen Gesetzesvorhabens des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn. Trotz der doch wirren und sich teilweise widersprechenden Vorstellungen aus dem Ministerium gelang es Frau Roos, uns die Details zu erläutern und auch Zwischenfragen kompetent zu beantworten. Gerade diese direkte Nähe zu einem Vorstandsmitglied an diesem Abend macht den Charme solcher Kreisversammlungen aus. Ein Teilnehmer zeigte sogar großes Verständnis dafür, dass Frau Roos ja



Kreis 19:  
Bergedorf u.a.

nur die Überbringerin dieser Neuregelungen mit tiefen Eingriffen in unseren Praxisbetrieb war und hierfür nicht zu kritisieren sei.

**A**ls zweiten Redner des Abends konnte ich den Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe des Bethesda-Krankenhauses, Herrn Dr. Martin Neuß, begrüßen. Herr Neuß brachte uns zunächst sehr anschaulich auf den Wissensstand der Anatomie des weiblichen Beckens sowie der nervalen Strukturen und Funktionen. Anschließend stellte er uns aktuelle operative Verfahren zur Inkontinenz- und Senkungsbehand-

lung vor. Dankbar wurde von uns sein Angebot aufgenommen, ihm und seiner Abteilung Patientinnen vorstellen zu können, welche auf vorausgegangene Therapieversuche nicht angesprochen hatten. Im Rahmen der prästationären Diagnostik könne er den Patientinnen aus den vielfältigen Möglichkeiten den jeweils zutreffenden, auch konservativen, Therapieversuch unterbreiten.

**N**ach lebhaften Diskussionen sowohl über das kommende Gesetz als auch über die weibliche Inkontinenz verabschiedete ich die Teilnehmer mit drei Fortbildungspunkten in eine frohe Advents- und Weihnachtszeit. ■

### Dr. Sven-Holger Kühn



ist Urologe in Bergedorf, Obmann des Kreises 19, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg und 1. Vorsitzender der niedergelassenen Urologen in Hamburg.



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Bernward Heidland**  
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Bernward Heidland**

Geburtsdatum: **9.4.1959**

Familienstand: **verheiratet, zwei erwachsene Töchter**

Fachrichtung: **HNO**

Weitere Ämter: **stellv. Landesvorsitzender HNO-Berufsverband, Vorsitzender HNO-Qualitätsförderungsnetz, Mitglied im Beratenden Fachausschuss Fachärzte, Mitglied im Strategie- und im Fortbildungsausschuss der Ärztekammer Hamburg**

Hobbys: **Reisen (zu Fuß und mit dem Rad), Handball, „Heimwerken“**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Ja, soweit es für mich vor über dreißig Jahren absehbar war. Den Weg in die HNO hatte ich so nicht geplant, er erfüllt mich heute mit großer Zufriedenheit. In diesem „eher kleinen Fach“ sehe ich junge und alte Patienten, Frauen und Männer gleichermaßen, die Erkrankungen erfordern internistische und chirurgische Therapien. Diese Vielfalt macht immer noch Freude.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Ich wurde gebeten zu helfen, nun bin ich dabei und möchte mitgestalten in dem Rahmen, den uns die Politik zugesteht. Zu hoffen, dass sich etwas zum Besseren ändert, und warten – das klappt nicht.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Zu viele Kolleginnen und Kollegen empfinden unsere KV als übergeordnete Behörde und sich nicht als Teil der KV. Ich möchte mithelfen, das zu ändern. Die „Industrialisierung der Medizin“ im Krankenhaus wird wohl auch bald die ambulante Medizin erreichen. Praxismgemeinschaften und/oder Gemeinschaftspraxen mit ärztlicher Leitung, in denen man sich kennt und vertraut, müssen zum Nutzen unserer Patienten gestärkt werden. Hier kann und sollte Weiter- und Fortbildung erfolgen. Die Einzelpraxis – zumal im Facharztbereich – ist keine zukunftssichere Struktur.

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Die Anforderungen an Hygiene, QM, Arbeitsschutz und Datenschutz etc. nehmen Ausmaße an, die kaum noch überschaubar sind und uns als Selbständige zunehmend verunsichern. Engagierte, motivierte und gut ausgebildete MFAs zu finden und diese dann angemessen für ihre Arbeit zu bezahlen, ist eine wiederkehrende Herausforderung. Sich mit Freude der Arbeit und den Wünschen unserer Patienten zu widmen, fällt da mitunter schwer, gelingt mir jedoch (fast) immer.

**Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen?** Bei unserer täglichen Arbeit reden wir über Gesundheit und Krankheit und viel zu oft über die Angst, krank zu werden. Viele Krankheiten können wir heilen. Gesundheit auf Dauer wird es nicht geben. Wünschenswerte Vorbilder sind für mich Menschen, denen es auch bei schwerer Krankheit und Leid gelingt, zufrieden und gelassen zu bleiben.

# Leserbriefe

KVH-Journal Nr. 12/2018

## Titelthema: "Gesundheitskonzerne übernehmen die ambulante Versorgung"

### Spannendste Ausgabe seit Langem

Die Ausgabe 12/18 habe ich gerade in meiner Mittagspause gelesen – die spannendste Ausgabe seit Langem! Großartig der Bericht über den "big deal", wunderbar illustriert durch die Hontschik-Kolumne "Die Genom-Revolution" (die leider gar nicht so humorig endet, wie sie am Anfang anmutet).

Die politische Dimension der kassenärztlichen VEREINIGUNG wurde mit dieser Ausgabe aus dem Hintergrund hervorgeholt. Die politischen Forderungen unterstütze ich voll und ganz und würde gern noch hinzufügen, dass Auflagen und Verordnungen, die die Praxen betreffen, auch auf ihre praktische Anwendbarkeit hin überprüft werden müssen – die Arbeit darf nicht behindert werden, am Ende muss ein Plus für die Patienten und nicht für die Komplexität der Verordnungen stehen.

Brigitte Mergard

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Altona

### Ärzte haben schlechte Karten

Eine Bemerkung vorab und um nicht missverstanden zu werden: Hamburgs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte machen in ihren Praxen einen super Job, egal wie groß oder klein die Praxis ist. Bes-



tens ausgebildete und fortgebildete PraxisinhaberInnen und ihre MitarbeiterInnen sind Garant für eine medizinische Versorgung, die ihresgleichen in der Welt sucht! Aber: Praxen sind auch Unternehmen. Sie müssen, um überleben zu können, konkurrenzfähig bleiben. Das gilt für die Ausstattung der Praxen, für die regelmäßige Schulung des Personals, für die angemieteten Räumlichkeiten, für regelmäßige Praxiswerbung ... die Liste könnte weit fortgeführt werden.

Und hier sehe ich den wesentlichen Problempunkt: Können zukünftig niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Unternehmer im Wettbewerb bestehen? Ich meine: eher nein!

Nur ein Beispiel aus meiner Fachgruppe (Gynäkologie): Unsere schwangeren Patientinnen erwarten (!) bestmögliche Ultraschall-diagnostik. Bilder, Videos, ja, das Senden von Ultraschallsequenzen vom Gerät direkt aufs Handy wer-

den angefragt. Diese Ultraschallgeräte kosten zwischen 70.000 und 90.000 Euro. Im Leasing fallen hier durchaus Raten von bis zu 7.500 Euro im Quartal an. Wie soll das eine Praxis aufbringen? Da hilft auch kein IGeln! Medizinkonzerne haben einfach mehr Marktmacht. Sie können durch Bündelung von Bestellungen enorme Rabatte erzielen, die für uns Einzelkämpfer niemals erreichbar sind. Und dies zieht sich wie ein roter Faden durch alle Bereiche der Praxis und des Praxismanagements.

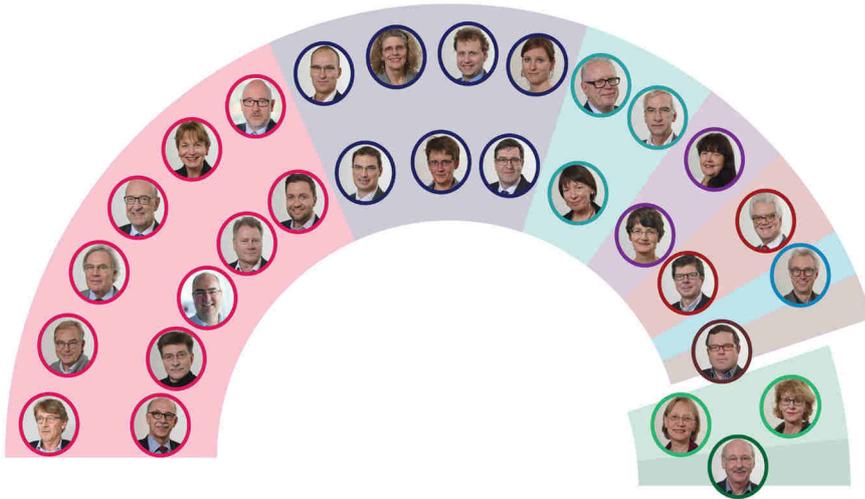
Es ist ein bisschen so wie in den 70er Jahren, als immer mehr Einzelhändler ("Tante-Emma-Läden") aufgaben, weil sie dem Druck der "Großen" einfach nicht mehr standhalten konnten. Wo ist die Lösung? Entweder die Kapitulation oder es muss ein Umdenken im Kopf her! Zusammenschluss im Rahmen einer Genossenschaft wäre ein Weg, allerdings ein schwieriger. Eine Alternative: Die KV gründet eine Holding, nutzt also ihre Marktmacht, als Unterstützer und Begleiter der niedergelassenen Ärzteschaft. In diese Holding gehen dann die Praxen ein. Die Ärztinnen und Ärzte bleiben Chefs ihrer Praxen, wechseln allerdings ins Angestelltenverhältnis. Der Lohn: eine gesicherte, ambulante Versorgung, ein gesichertes Gehalt (und nicht der Überraschungsmoment beim Öffnen des Umschlages mit der Restzahlung), geregelter Urlaub und geregelte Arbeitszeiten! Ich bin gespannt.

Dr. Thomas Gent

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Rahlstedt

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

Mi. 27.2.2019 (ab 19.30 Uhr)  
 Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

**DAS ONLINE-ARCHIV**



Sie suchen Texte aus einer zurückliegenden Ausgabe des KVH-Journals?  
 Unser Archiv finden Sie im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) →  
 (linke Navigationsleiste) → Medien und Publikationen → KVH-Journale

**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

**Neue Mitarbeiter einarbeiten**

Das Seminar unterstützt Sie dabei, professionelle Ausbildungs- und Einarbeitungsstrukturen in Ihrer Praxis aufzubauen und zu verankern. Für Praxisinhaber und -mitarbeiter, die mit der Einarbeitung und Betreuung neuer Mitarbeiter betraut sind.

**7 FORTBILDUNGSPUNKTE**  
**Mi. 30.1.2019 (14 - 18 Uhr)**  
 Gebühr: € 119 inkl. Imbiss & Getränke

**Datenschutz für Fortgeschrittene**

Für alle, die bereits ein Datenschutzseminar besucht haben und sich über Änderungen und neue Urteile informieren wollen. Auch zum Auffrischen für Praxisinhaber und Datenschutzbeauftragte der Praxis gedacht.

**7 FORTBILDUNGSPUNKTE**  
**Mi. 20.2.2019 (14 - 18 Uhr)**  
 Gebühr: € 119 inkl. Imbiss & Getränke

**QEP Hygiene**

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren unter anderem, welche Aufgaben der Hygienebeauftragte hat, wie Sie sich auf eine Praxisbegehung durch Behörden vorbereiten können, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und vieles mehr.

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**  
**Mi. 27.2.2019 (9.30 - 17 Uhr)**  
 Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränk

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg**

Infos zur Anmeldung:  
[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Fortbildung → Termine

**Ansprechpartnerinnen:**  
 Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889  
 Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858  
[qualitaetsmanagement@kvhh.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvhh.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**  
**Fr. 8.3.2019 (15 - 20 Uhr)**  
**Fr. 29.3.2019 (15 - 20 Uhr)**  
**Fr. 12.4.2019 (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. 13.3.2019 (15 - 20 Uhr)**  
**Mi. 27.3.2019 (15 - 20 Uhr)**  
**Mi. 8.5.2019 (15 - 20 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Gefährdungsbeurteilung**

Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften

**Fr. 1.2.2019 (15 - 18 Uhr)**  
Teilnahmegebühr: € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**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

**DMP PATIENTENSCHULUNGEN**

Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

**Zi-DMP Diabetesschulung für nicht-insulinpflichtige Patienten (Kursnr. 19A0337)**

**5 FORTBILDUNGSPUNKTE**  
**Sa. 23.3.2019**  
**9 - 12.45 Uhr** (für Ärzte und Praxispersonal)  
**12.45 - 17 Uhr** (für Praxispersonal)  
**Mi. 27.3.2019**  
**9 - 17 Uhr** (für Praxispersonal)

Gebühr: € 215

**Zi-DMP Diabetesschulung für insulinpflichtige Patienten (Kursnr. 19A0338)**

**5 FORTBILDUNGSPUNKTE**  
**Sa. 22.6.2019**  
**9 - 12.45 Uhr** (für Ärzte und Praxispersonal)  
**12.45 - 17 Uhr** (für Praxispersonal)  
**Mi. 26.6.2019**  
**9 - 17 Uhr** (für Praxispersonal)

Gebühr: € 215

**Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer / Ebene 13  
Weidestr. 122b, 22083 Hamburg**

**Anmeldung:** [www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html)  
→ ins Feld „Stichwort“ bitte die Kursnr. eingeben

Gerne senden wir Ihnen auch ein Anmeldeformular per Fax, E-Mail oder Post zu (bsp. bei Übernahme der Kursgebühr durch die Praxis).

**Ansprechpartnerin:** Bettina Rawald / Fortbildungsakademie, Tel: 202299-306  
akademie@aekhh.de

**Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2019!**

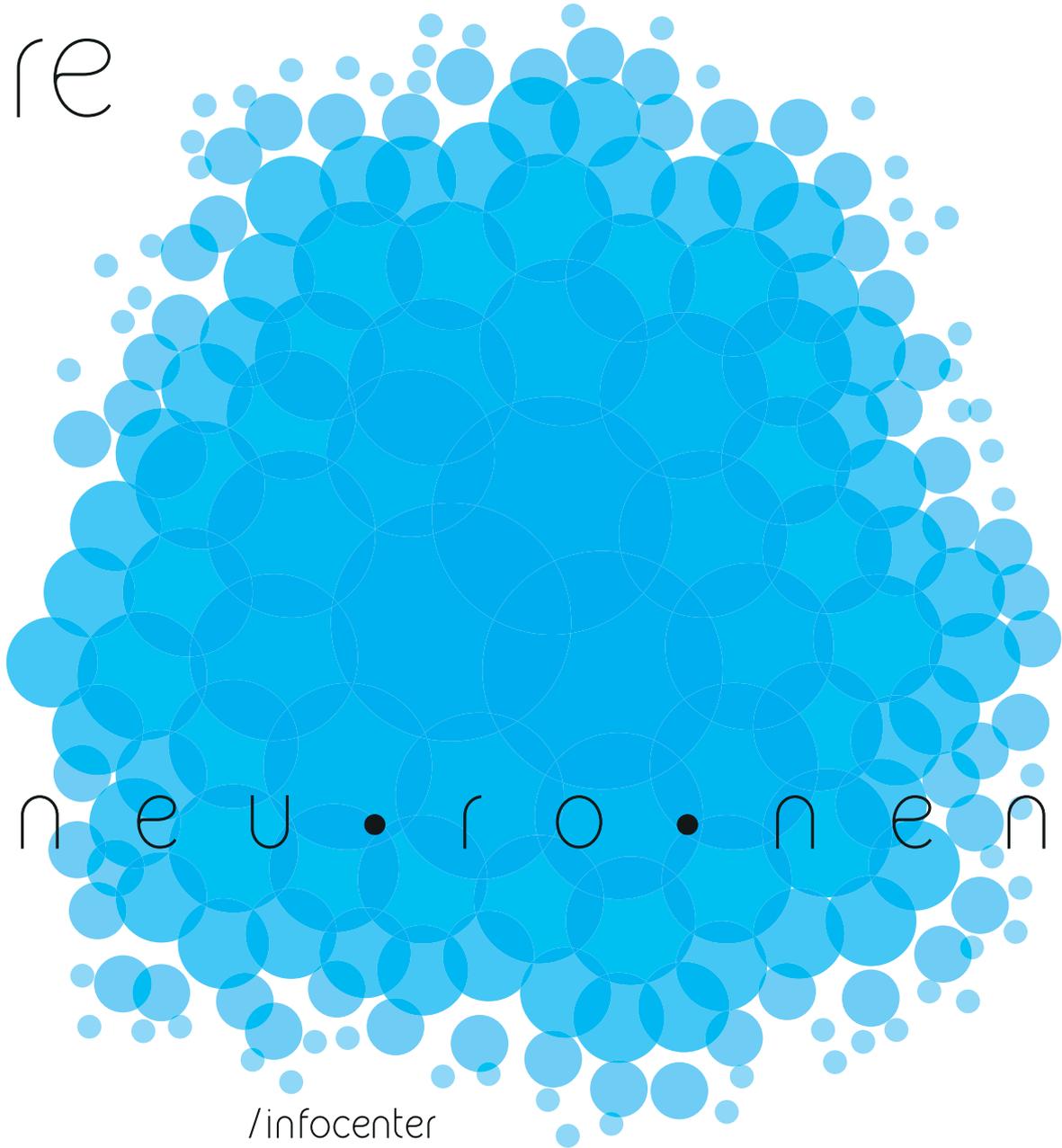


Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Januar und Juni 2019 stattfinden und gibt eine Vorschau auf das zweite Halbjahr 2019. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

[www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung\\_mfa.html](http://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!